

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

únor 2013

číslo 2 • ročník 13



téma čísla

KAŠEL



- Vládní balíček – vybrané daňové novinky
- Lege artis
- Redukce používaných výkonů očkování v roce 2013

- Kašel a jeho varianty
- Chyby v péči o pacienty s cystickou fibrózou
- Lázeňská léčba nemocí dýchacího ústrojí

- Záchvaty nočního kašle
- Invazivní meningokokové onemocnění u dětí
- obsah čísel, ročník 2012



Pracujeme pro zdravější svět™



GlaxoSmithKline

Kde všude se může skrývat alergie na bílkovinu kravského mléka?



Děti s ABKM* jsou i ve Vaší ordinaci!

Alergie na bílkovinu kravského mléka postihuje 2 - 7,5 % kojenců a batolat¹, postihuje tedy 1 - 3 děti z 50.

Alergie se projevuje nejen velmi vážnými příznaky, ale **může být skrytá** i za celou řadou mírnějších symptomů. Často se projevuje současně ve více orgánových soustavách.² Největší zastoupení mají **gastrointestinální projevy** (zvracení, průjem, krev ve stolici), následované **kožními projevy** (exantém, atopická dermatitida, angioedém), v menší míře je alergie spojená i s **dýchacími problémy** (sípání, rýma, chronický kašel).

Nutrilon nabízí řešení.

Při podezření na alergii je nutné co nejdříve **provést dietní opatření** a vyloučit antigen bílkoviny kravského mléka **podáváním extenzivního hydrolyzátu**.²

Právě **Nutrilon Allergy Care** se směsí oligosacharidů nabízí unikátní řešení. Prokazatelně **redukuje symptomy ekzému** u 85 % dětí s ABKM³ a **snižuje výskyt kolik** způsobených ABKM a s nimi spojenou plačtivostí o 86 %³.

Navíc díky unikátní směsí oligosacharidů **scGOS/lcFOS 9:1**, vyvinuté po vzoru mateřského mléka, podporuje rozvoj pozitivní střevní mikroflóry⁴.

Nutrilon Allergy Care

Váš pomocník při diagnostickém i dlouhodobém řešení ABKM



Reference:

1. Hill D, Flier M A, Shelton M J, et al. Manifestations of milk allergy in infancy: clinical and immunologic findings. J Pediatr 1986; 109:270-276.
2. Vandenplas Y, et al., Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. Archives of Disease in Childhood (2007); 92: 902-908.
3. Verwilt J M, et al., Symptomatology and growth in infants with cow's milk protein intolerance using two different whey-protein hydrolysate based formulas in a primary health care setting. European Journal of Clinical Nutrition (1995); 49: 539-548.
4. Moro G et al., Dosage-related bifidogenic effects of galacto- and fructooligosaccharides in formula-fed term infants. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition (2002); 34: 291-295.

* Alergie na bílkovinu kravského mléka. Důležité upozornění: Kojení je nejvhodnějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další info na obalech a webových stránkách. Potravina pro zvláštní výživu - potravina pro zvláštní lékařské účely. **Materiál je určen pro odbornou veřejnost.**

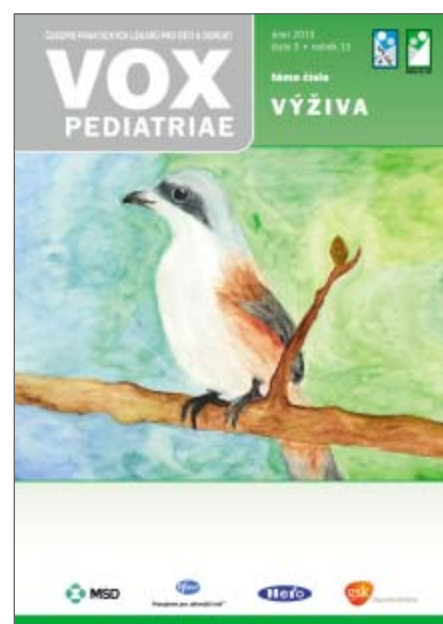
Vaše dotazy zodpovíme na infolince
v pracovní dny od 8.30 do 16.00 hod.

MÁTE OTÁZKY? VOLEJTE ZDARMA

800-110-000

www.nutrilon.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Vládní balíček – vybrané daňové novinky	7
	JUDr. Jan Mach	10
	Lege artis	11
	Redukce používaných výkonů očkování v roce 2013	11
	MUDr. Ctirad Kozderka	15
	Volby do OSPDL ČLS JEP	16
	MUDr. Bohuslav Machaň	16
	Kašel a jeho varianty	18
	MUDr. Veronika Skalická a kol.	18
	Chyby v péči o pacienty s cystickou fibrózou	19
	MUDr. Josef Nebesař	19
	Lázeňská léčba nemocí dýchacího ústrojí	20
	MUDr. Jarmila Turzíková	20
	Kazuistika: Záchvaty nočního kašle u Barborky	22
	MUDr. P. Krčková a kol.	22
	Komplikace u dítěte s monstrózní obezitou	25
	PhDr. Marie Nesrstová	25
	Léčba obezity může někdy vést k rozvoji mentální anorexie	28
	MUDr. Roman Sviták	28
	Invazivní meningokokové onemocnění u dětí	30
	Ze světa odborné literatury	31
	Aktuality	37
	Řádková inzerce	38
	Autodidaktický test, Hepatitidy	-
	MUDr. Rusalka Scholleová	-
	obsah čísel	-
	ročník 2012	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

BOIRON

GSK

HERO

**Jihomoravské dětské
léčebny**

Medicom International

MSD

NUTRICIA

PFIZER

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost
praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

Inzerce: Ing. Veronika Drahovzalová
GSM: 605 281 665 – jen pro 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 ústy Pavel Hejhal, 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 inzerce a vložených tiskovin.



Vážení kolegové,

těm z vás, kteří jsou členy Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP, je známo, že koncem minulého roku proběhly volby do výboru této společnosti. Ačkoliv – pravděpodobně je to známo i „nečlenům“. Došlo ke zvolení nového výboru, který doznal velmi podstatných změn. Tento výbor se sešel na svém prvním zasedání 16. 1. 2013 na pozvání předsedy volební komise MUDr. Ctirada Kozderky. Na tomto zasedání došlo k ustanovení jednotlivých funkcí tak, jak to ukládají stanovy ČLS JEP. Předsedkyní výboru OSPDL jsem se stala já. Cítím tedy určitou povinnost představit se alespoň trochu těm, kteří mne neznají.

V roce 1989 jsem dokončila studium Fakulty dětského lékařství UK Praha a po krátkém působení v plzeňském kojeneckém ústavu a pobytu na mateřské dovolené jsem nastoupila na tehdy „dětský obvod“ na jednom plzeňském sídlišti. V této ordinaci jsem zůstala i po složení atestační zkoušky z pediatrie a setrvávám v ní dosud, od roku 1995 jako privátní PLDD.

Po vstupu do SPLDD ČR jsem poměrně záhy začala získávat zkušenosti z práce v tomto sdružení, protože jsem byla zvolena nejprve okresním zástupcem a posléze regionálním předsedou Západočeského regionu. V této funkci jsem pracovala dvě volební období. Byla to období poměrně „divoká“, zahrnující shromáždění na Palackého náměstí a průvod Prahou s oslem... Aktivní činnost ve Sdružení jsem ukončila víceméně ze zdravotních a rodinných důvodů před čtyřmi lety. Nicméně především proto, že mi není lhostejný osud našeho oboru, jsem se brzy po zvládnutí osobních problémů začala opět zapojovat do činností souvisejících s mou prací, tentokrát ale jako regionální zástupce v OSPDL. Tak jako moji kolegové pořádám páteční vzdělávání na regionu, z mojí iniciativy se PLDD našeho regionu podílejí i na pořádání Plzeňských pediatrických dnů prostřednictvím přednáškového bloku, spolupořádáme regionální večer kazuistik, opět ve spolupráci s dětskou klinikou FN Plzeň, a další regionální či krajská vzdělávání. Na úrovni regionu jsem členem Sboru expertů, jakéhosi poradního sboru při Krajském úřadu Plzeňského kraje.

Moje ordinace je akreditovaným pracovištěm, jsem členkou akreditační komise pro obor praktické dětské lékařství. Již 15 let jsem externím učitelem na LF UK v Plzni. Podílím se tedy již dlouhá léta na pregraduální i postgraduální výchově mladých lékařů. Podílela jsem se kapitolou na učebnici pediatrie pro LF v Plzni.

Poté, co jsem souhlasila s kandidaturou do výboru odborné společnosti, se pro mne mnohé změnilo, přispělo k tomu i mé zvolení předsedkyní. Zabývám se proto nyní jakousi osobní analýzou koncepce práce OSPDL, tím, co by mělo být stěžejní pro náš obor.

Všichni víme, že máme problémy se získáváním mladých PLDD, s tzv. generační obměnou našich ordinací. Velmi mne mrzí, že se na tom, dle mého názoru, podílí i nedostatečná výuka pediatrie na lékařských fakultách, snad jen s malými výjimkami. Studenti mají jen minimální čas k poznání našeho oboru, a tak není výjimkou, že až na konci šestého ročníku medik poprvé řádně vyšetřuje dítě, a pak nepřekvapí, že se mu při tom obvykle klepou ruce. Není tedy asi divu, že když se jich pak ptám, kdo z nich chce dělat pediatra, a to obecně, prakticky nikdo se nepřihlásí.

Další je otázka rezidenčních míst. Měli jsme radost, že alespoň částečně byla tato kapitola ministerstvem uchopena, nicméně v poslední době vyvstává otázka budoucnosti tohoto řešení... Pořád je též na stole otázka ukotvení našeho oboru, myšlenka tzv. rodinného lékaře podle mne nespí, důležitá je tak celková koncepce péče o dítě v naší republice, a to i v evropských souvislostech. A další a další, tato stránka by asi nestačila...

Je třeba zdůraznit, že navazujeme na kvalitní činnost předchozích členů výboru, za jejich dosavadní práci jim velmi děkuji.

Děkuji i kolegům z nově zvoleného výboru, že našli odvahu a „přijali funkci“, protože ne vždy jsou funkcionáři jen uznale plácáni po zádech...

Doufám v dobrou a úzkou spolupráci se SPLDD ČR, vnímám ji jako velmi důležitou, a doufám i v podporu a spolupráci vás všech, jednotlivých kolegů.

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Konec roku přinesl k jednání především problematiku modelů úhrad v roce 2013. Většina zdravotních pojišťoven nicméně vyčkávala na definitivní text tzv. úhradové vyhlášky, takže jednání se vedla spíše v úrovni možných či uvažovaných změn. Vzhledem ke skutečnosti, že definitivní podoby úhradových dodatků ještě v průběhu ledna musejí potvrdit jednotlivé správní rady zdravotních pojišťoven, jejichž jednání jsou plánována až na druhou polovinu ledna, nepřekvapí, že k datu uzávěrky časopisu nebyl znám definitivní text žádného z úhradových dodatků.

5. 12.

S vedením Oborové zdravotní pojišťovny jsme se sešli nad možným textem úhradového dodatku pro rok 2013. Ze strany zástupců pojišťovny jsme byli ubezpečeni, že nedojde k zásadním změnám, bude respektován výstup z dohodovacího řízení a k diskusi je začlenění bonifikace v souvislosti se změnami v organizaci a vykazování očkovaní. Finální text dodatku však nebyl k datu uzávěrky tohoto čísla znám.

6. 12.

Na MZ ČR proběhla schůzka k problematice Metodiky očkovaní v roce 2013. Byly potvrzeny změny v Seznamu výkonů ve smyslu významné redukce používaných kódů (podrobněji se k této problematice vracíme na jiném místě časopisu).

7. 12.

Předsednictvo Sdružení na svém jednání mimo jiné projednalo dopady vydaných vyhlášek – Seznam výkonů s bodovými hodnotami a „úhradová vyhláška“, projednalo výstupy Koalice soukromých lékařů, řešilo návrh Metodického pokynu k předčasnému propouštění novorozenců a model vykazování očkovaní v roce 2013. Podrobněji se k jednotlivým tématům vracíme na jiném místě časopisu.

11. 12.

Také se zástupci Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR jsme diskutovali na téma možných změn v úhradovém dodatku pro rok 2013. Ani od této pojišťovny jsme však neměli k datu uzávěrky finální verzi dodatku k dispozici.

19. 12.

Zdravotní pojišťovna ŠKODA nás seznámila se svým návrhem modelu úhrad pro rok 2013. Vzhledem k tomu, že se tato zdravotní pojišťovna profiluje jako významně regionální, jsou mechanismy úhrady specifitější než u jiných zdravotních pojišťoven a jsou převážně řešeny s našimi zástupci v daném regionu.

20. 12.

ČPZP nás obdobně jako v případě již uvedených zdravotních pojišťoven ujistila, že žádné převratné změny oproti roku 2012 v úhradách nechystá. Obdobně jako od všech předchozích, ani od této zdravotní pojišťovny jsme finální text dodatku k datu uzávěrky časopisu neobdrželi.

Kongres
primární péče

Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
ve spolupráci

s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP

si Vás dovoluují pozvat na

7. kongres primární péče s mezinárodní účastí

Motto: Lékař první volby

1. až 2. března 2013

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

Registrační formulář najdete na internetových stránkách www.splcr.cz, www.detskylekar.cz a www.ahou.cz.

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



Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů pokračovala v diskusích s náměstkem ministra zdravotnictví pro zdravotní pojištění Ing. Petrem Noskem. Logicky byla probíraná témata věnována především legislativě. Diskutovány byly především návrhy vyhlášek. Seznam výkonů s bodovými hodnotami by měl přinést první změny především v oblasti terminologie, úhradová vyhláška by zase měla reflektovat aktuální ekonomickou situaci ve zdravotnictví. Pro nás je podstatné, že by měl být respektován výstup z dohodovacího řízení o cenách, čili by nemělo dojít v základu k poklesu úhrad. Nemohli jsme se vyhnout ani návrhu na zavedení elektronické preskripce, kdy tento návrh nevzešel z odborné diskuse, ale byl vytvořen poslaneckou iniciativou, proč asi?

■ Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 11. 12. 2012

1. Jednání s náměstkem ministra zdravotnictví Ing. Petrem Noskem

- Zástupci KSL diskutovali s náměstkem Noskem o pozměňovacím návrhu poslanců Skalického, Štastného a Rusnoka k vládnímu návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech. Ing. Nosek požádal KSL, aby své připomínky směřovala k autorům návrhu, na kterém se MZ ČR nepodílelo. Návrh bude pravděpodobně z jednání PSP ČR stažen (poznámka: návrh stažen nebyl).
- Návrh ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti byl přikázán výborům a stav projednávání je před 1. čtením. Podle předloženého návrhu nabude požadavek pro sestavení rozpočtů zdravotních pojišťoven při výši zadlužení nejméně 45 % HDP účinnosti od 1. ledna 2018.
- Zavedení jednotného inkasního místa, takzvaného JIMa, již bylo uzákoněno s účinností od 1. 1. 2015. Ministr financí se snaží prosadit, aby jednotné inkasní místo bylo zavedeno již od ledna 2014.
- Ekonomický stav resortu se nezlepšil, přestože došlo k mírnému nárůstu výběru pojistného. VZP již zasílá platby se zpožděním. Ing. Nosek řeší cash flow zdravotní pojišťovny s novým ředitelem Ing. Zdeňkem Kabátkem. Situaci by zachránila představená platba za státní pojištění.
- Dr. Stará informovala Ing. Noska o problémech, které privátním praxím způsobuje zasílání vyúčtování za rok 2011 od VZP až na konci roku 2012. Ing. Nosek přislíbil tento problém s VZP projednat.
- Za rozumný považuje návrh dr. Dvořáka zasílat ve specifických případech platby od zdravotních pojišťoven, pokud mají dopad na daňová přiznání, k 31. 12. Tímto způsobem ZP splní svou povinnost v daném roce a poskytovatelům bude platba

připsána až v roce následujícím. Toto platí pro OSVČ.

- Dr. Jojko přednesl stížnost regionů na pozdní vyúčtování od VZP za rok 2011 s regulacemi za preskripci a na postup zdravotní pojišťovny, která nezohlednila nárokovou dobu k připomínkování a ihned začala platby krátit.
- Ing. Nosek přislíbil zaslat zástupcům Koalice návrh úhradové vyhlášky.
- KSL stále vnímá nežádoucí trend narůstání úhrad lůžkovým zařízením a ustupování od požadavku na restrukturalizaci nemocnic. Ing. Nosek připustil, že připravené změny nepovedou k takovým úsporám, jak se původně předpokládalo. Za pozitivní považuje, že ZP budou více kontrolovat věcné a personální vybavení a to, zda jsou lůžka obsazena opravdu nemocnými pacienty.
- Dr. Dvořák předal Ing. Noskovi výsledky analýzy, podle které klesají úhrady za stejný časový rozsah poskytnuté zdravotní péče, a požádal o prověření této skutečnosti. Ing. Nosek navrhl pozvat na jednání KSL nového ředitele VZP a tyto problémy s ním projednat společně.
- Dr. Jojko informoval, že k připomínkám k seznamu výkonů nebyly zaslány kalkulační listy. Neznalost jejich obsahu bude působit lékařům problémy při případných kontrolách.
- Dr. Dvořák se zmínil o problému chirurgických oborů s vykazováním jednodenní chirurgie a domnívá se, že ZP tuto péči deponují pro nemocnice v případě, že v nich dojde k uzavření chirurgického oddělení. Ing. Nosek preferuje jednodenní chirurgii v nemocnici s celým zázemím, pro případ, že by při ošetření došlo ke komplikacím. Dr. Jojko se domnívá, že volná kapacita chirurgických ambulančních by se měla řešit výběrovým řízením.
- Zástupci KSL vznesli dotaz, zda je možné zjistit, jak se v jednotlivých regionech rozšiřovaly kapacity ambulantních zařízení

v posledních 10 letech, včetně úvazků. V roce 1996–1997 se hovořilo o redukci sítě, ale příslušné kroky podnikla pouze ZP MV ČR.

- Dr. Dvořák navrhl, aby MZ ČR zpracovalo metodiku posuzování kvality péče ZZ ve spolupráci s profesními sdruženími, aby se zdravotní péče redukovala směrem k lékařům, kteří ji poskytují lege artis. V souvislosti s tímto požadavkem doporučil dr. Neugebauer jako hlavní téma další spolupráce s MZ ČR kultivaci sítě ZZ a v souvislosti s ní provedení analýzy nákladů zdravotní péče na jednoho pacienta.
- Na dotaz dr. Chrže, který se týkal rozporu mezi zákonem a vyhláškou u definic některých stomatologických kódů v návrhu úhradové vyhlášky na rok 2013, přislíbil Ing. Nosek ponechat text v původním znění. Pokud bude MZ ČR pokračovat v reformních krocích, bude Ing. Nosek prosazovat v novele zákona takovou textovou úpravu, která by stávající problém vyřešila.

2. Pozměňovací návrh poslanců Skalického, Štastného a Rusnoka k vládnímu návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech

- KSL navrhuje odmítnout pozměňovací návrh jako celek. Dr. Jojko zpracuje návrh stanoviska KSL k tomuto návrhu a rozešle jej jednotlivým zástupcům KSL k připomínkování. Stanovisko bude zasláno MZ ČR, médiím a poslancům (poznámka: stanovisko bylo rozesláno 12. 12. 2012).

3. Odpověď premiéra k prohlášení Koalice soukromých lékařů k návrhu zákona o rozpočtové odpovědnosti KSL nebude na dopis reagovat.

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



Vládní balíček – – vybrané daňové novinky

I. Stanovisko Ing. F. Elise

Ing. František Elis, Daňový poradce
ev. č. 0056, držitel koncese pro oceňování
majetku pro podnik

V době vzniku tohoto článku neprošel zmínovaný vládní balíček ještě všemi stupni schvalovacího řízení. Níže popisované změny však lze přesto předpokládat s velmi vysokou pravděpodobností. Lze je rozdělit na změny dočasné, platné pro zdaňovací období kalendářních let 2013 až 2015, a změny trvalé. Výčet není z důvodu přehlednosti zcela vyčerpávající a zaměřuje se především na změny, jež budou mít praktický dopad na poskytovatele zdravotních služeb – fyzické osoby.

A. Změny dočasné

1. Solidární zvýšení daně (dočasné opatření pro zdaňovací období 2013–2015)

Zákon zavádí zvýšení daně z příjmů fyzických osob o 7 % z rozdílu mezi součtem příjmů zahrnovaných do dílčího základu daně podle § 6 (příjmy ze závislé činnosti) a dílčího základu daně podle § 7 (příjmy z podnikání) v příslušném zdaňovacím období a 48násobkem průměrné mzdy (strop vyměřovacího základu pro pojistné na sociální zabezpečení). Výsledkem je částka 1 242 432 Kč.

Poznámky:

- Dopad toto zákonné ustanovení lze eliminovat využitím institutu spolupracující osoby.
- Solidární zvýšení daně se týká pouze příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků (rozhodující není základ daně ze závislé činnosti, tedy superhrubá mzda, ale součet příjmů – hrubá mzda) a příjmů z podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti (tam je rozhodující základ daně).
- Z předchozího vyplývá, že solidární zvýšení daně se netýká příjmů z pronájmu a tzv. ostatních (příležitostných) příjmů.

- Dle údajů ÚZIS ČR činil za zdaňovací období kalendářního roku 2011 rozdíl mezi zdanitelnými příjmy a daňově uznatelnými výdaji u PL pro dospělé 1 026 tis. Kč a u PLDD 1 120 tis. Kč. Lze tedy předpokládat, že toto ustanovení se negativně dotkne nezanedbatelné části poskytovatelů zdravotních služeb těchto odborností.

2. Dočasné odnětí slevy na dani důchodcům pro zdaňovací období kalendářních let 2013–2015

Pokud fyzická osoba k 1. lednu kalendářního roku pobírá starobní důchod nebo invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně z důchodového pojištění nebo ze zahraničního povinného pojištění stejného druhu, nesnižuje svoji daňovou povinnost o slevu na dani ve výši 24 840 Kč. Omezení se tedy netýká pouze pracujících důchodců, ale všech důchodců zdaňujících své příjmy. Jedná se o obnovu situace před rokem 2008.

Poznámka

Věkové složení praktických lékařů podle údajů z Registru lékařů, zubních lékařů a farmaceutů:

do 34 let	4,1 %
35–44 let	15,2 %
45–54 let	34,4 %
55–64 let	33,9 %
65 let a více	12,4 %

Lze tedy důvodně předpokládat, že toto ustanovení se negativně dotkne nezanedbatelné části poskytovatelů zdravotních služeb odborností 01 a 02.

3. Zvýšení sazeb DPH (dočasné opatření pro zdaňovací období 2013–2015)

Zvýšení sazeb DPH o jeden procentní bod, a to jak u základní sazby daně, tak u snížené sazby daně. Nově tedy budou sazby daně 15 % a 21 %. Toto opatření je dočasné a odkládá na 1. 1. 2016 sjednocení sazeb DPH na úrovni jediné sazby 17,5 %. Nikoliv pouze akademicky může dojít k situaci, že „vládní

balíček“ neprojde legislativním procesem v takovém časovém horizontu, aby jeho účinnost nastala k 1. 1. 2013. Potom by od 1. 1. 2013 platila jediná sazba daně ve výši 17,5 % a sazby daně 15 % a 21 % by vstoupily v platnost např. od 1. 2. 2013.

Poznámky:

- Zvýšení sazeb daně se samozřejmě dotkne každého poskytovatele zdravotních služeb jako spotřebitele.
- Lze však předpokládat, že změna sazeb DPH nebude mít zásadnější vliv na ekonomiku lékařských praxí poskytovatelů zdravotních služeb – fyzických osob. Předpoklad vychází opět z dostupných údajů ÚZIS ČR za rok 2011, dle kterých jsou průměrné daňové výdaje PL pro dospělé 1 075 tis. Kč a PLDD 1 169 tis. Kč. Od těchto výdajů je třeba pro účely zjištění vlivu změn sazeb na ekonomiku praxí odečíst ty výdaje, které nejsou DPH zatíženy vůbec (např. mzdové výdaje, nájemné za nebytové prostory, ve kterých jsou praxe provozovány, ...). Dopad si dovoluji odhadnout na roční částku pohybující se kolem 10 000 Kč.

B. Změny trvalé (platnost od 1. 1. 2013)

1. Omezení výše paušálních výdajů (výdajů uplatňovaných procentem z dosažených příjmů)

Absolutní částka paušálních výdajů bude pro fyzickou osobu – poskytovatele zdravotních služeb (PZS) omezena, a to částkou 800 000 Kč. To znamená možnost efektivního uplatnění výdajů ve výši 40 % do hodnoty příjmů 2 mil. Kč. Zákon nezakazuje uplatnění výdajů procentem z dosažených příjmů i nad tuto hranici, limit paušálních výdajů ve výši 800 000 Kč však nelze překročit.

Poznámky

- Tento limit ve výši 800 000 Kč nelze obejít rozdělením příjmů na spolupracující osobu.



- Výše paušálních výdajů při uplatnění sazby 60 % a 80 % zůstává neomezená.
- V případě příjmů z pronájmu je 30 % paušálních výdajů omezeno částkou 600 000 Kč. To znamená opět možnost efektivního uplatnění do výše příjmů 2 mil. Kč.

2. Nemožnost uplatnění slev na dani u daňových subjektů s výdaji procentem z dosažených příjmů

Daňové subjekty uplatňující výdaje procentem z dosažených příjmů se musejí smířit s dalším omezením, a to v podobě nemožnosti uplatnění slev na dani a daňového bonusu. Pokud fyzická osoba uplatní u dílčího základu daně podle § 7 (příjmy z podnikání) nebo § 9 (příjmy z pronájmu) výdaje procentem z dosažených příjmů a zároveň tyto dílčí základy daně budou tvořit více než 50 % celkového základu daně, fyzická osoba nemůže:

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

V případě obou popisovaných změn trvalého charakteru lze předpokládat, že počínaje zdaňovacím obdobím kalendářního roku 2013 většina poskytovatelů zdravotních služeb – fyzických osob, kteří dosud uplatňovali výdaje procentem z dosažených příjmů, přejde na uplatňování výdajů ve skutečné, prokázané výši, neboť to pro ně bude daňově výhodnější.

II. Změny pro rok 2013 a upozornění

1) Změny DPH v roce 2013

Sazby daně:

**15 % snížená daň,
21 % základní daň.**

Významné změny v daňových dokladech:

- Na daňové doklady z jiných členských států či ze třetích zemí již nemají být doplňovány žádné údaje. Ty mají být uvedeny v evidenci pro daňové účely.
- Pokud je příjemce plnění zmocněn k vystavení daňového dokladu, je na něm uvedeno „vystaveno zákazníkem“.

- Pokud je příjemce plnění povinen přiznat daň, je na daňovém dokladu uvedeno „daň odvede zákazník“.
- Zjednodušený daňový doklad na plnění do 10 000 Kč lze vystavit při jakékoliv formě úhrady, nejenom při platbě v hotovosti.
- Zjednodušený daňový doklad lze nově vystavit na zboží podléhající spotřební dani z lihu.

Vznik plátcovství DPH:

Od roku 2013 se osoba po překročení obrátu stává plátcem od prvního dne druhého měsíce následujícího po měsíci, ve kterém překročila stanovený obrát. V současné době to bylo od prvního dne třetího měsíce.

Zdaňovací období měsíc:

Zdaňovací období pro nové a staré nespolehlivé plátce má být nově měsíční (nebude už čtvrtletní!!!) Dosavadní plátci nemusejí automaticky přecházet na měsíční zdaňovací období. Nespolehlivý plátec, skupina a nový plátec má měsíční zdaňovací období vždy.

2) Bankovní účty:

Správce daně zveřejní údaje o bankovních účtech plátce, které používá pro ekonomickou činnost. Do konce února musejí být správci daně nahlášeny účty, které si plátec přeje zveřejnit. Pokud žádné neoznačí, zveřejní správce daně všechny.

Od 1. března 2013 pak začne být účinný institut ručení, pokud odběratel uhradí na jiný než zveřejněný účet dodavatele.

Nespolehlivý plátec:

Správce daně zveřejní údaj o tom, zda plátec je či není nespolehlivým plátcem. Pokud je v okamžiku uskutečnění o poskytovateli zveřejněno, že je nespolehlivým plátcem, ručí odběratel za dodavatelem neodvedenou daň.

III. Co se mění od ledna 2013?

Novinky Ministerstva práce a sociálních věcí

Nový rok přinese změny v oblasti práce a sociálních věcí. Ty nejzásadnější se týkají důchodů a sociální karty. K 1. lednu se však mění také sociálně-právní ochrana dětí, minimální mzda, zákoník práce, podpora v nezaměstnanosti nebo zákon o sociálních službách.

DŮCHODOVÁ REFORMA

Lepší zabezpečení ve stáří z více zdrojů má zajistit druhý pilíř důchodového systému zavedený v rámci důchodové reformy.

Mimo jiné umožní uzavírat nové celoživotní důchodové spoření. Lidé se budou sami rozhodnout, zda do systému vstoupí - smlouvu o důchodovém spoření bude moci uzavřít každý, komu je víc než 18 let a dosud nedostává starobní důchod z českého důchodového pojištění, tedy z I. pilíře. Lidé nad 35 let mohou do II. pilíře vstoupit do 30. června 2013, mladší pak do konce kalendářního roku, kdy jim bude 35 let.

Každému, kdo se rozhodne spořit ve II. pilíři, se sníží pojistné na důchodové pojištění, které dnes platí do I. pilíře. A to o 3 procentní body, tedy z 28 % na 25 %. Tuto částku, k níž přidá další 2 procenta ze svých příjmů, si bude spořit na individuální účet u penzijní společnosti.

Klient si bude moci zvolit jeden ze tří způsobů výplaty: doživotní starobní důchod, doživotní starobní důchod se sjednanou výplatou pozůstalostního důchodu po dobu tří let, anebo starobní důchod na 20 let. Výše vypláceného důchodu bude záviset na tom, jaký druh penze si lidé zvolí, kolik si celkem naspoří, a případně i na tom, kolik jim bude let.

Od 1. ledna 2013 se mění také III. důchodový pilíř:

- penzijní připojištění se státním příspěvkem se mění na doplňkové penzijní spoření,
- mění se pravidla výplaty dávek,
- zavádějí se tzv. předdůchody.

DŮCHODY

Od splátky důchodu v lednu 2013 se zvyšují všechny důchody vyplácené z českého důchodového systému, tedy z I. pilíře. Týká se to důchodů starobních (včetně předčasných), invalidních (pro invaliditu prvního, druhého i třetího stupně) a pozůstalostních (vdovských, vdoveckých a sirotčích).

Základní výměra důchodu (stejná pro všechny druhy důchodů) se zvýší o 60 Kč z 2 270 Kč na 2 330 Kč. Procentní výměra důchodu, která je individuální a odvíjí se od získaných dob důchodového pojištění a příjmů, vzroste o 0,9 %. Zvýšení provede Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) automaticky, není potřeba o ně žádat.

**MINIMÁLNÍ MZDA**

Od 1. ledna 2013 se ruší všechny nižší sazby minimální mzdy a zůstává pouze jedna stejná pro všechny. Pro zaměstnance odměňované hodinovou mzdou činí 48,10 Kč za hodinu, pro zaměstnance odměňované měsíční mzdou pak 8 000 Kč za měsíc. Obojí se týká čtyřicetihodinové týdenní pracovní doby. Vychází to z nařízení vlády č. 246/2012 Sb., které vychází z principu rovnosti v odměňování zaměstnanců. Podrobnosti o minimální mzdě od 1. ledna 2013 jsou dostupné na adrese <http://www.mpsv.cz/cs/13833>.

PODPORA V NEZAMĚSTNANOSTI

Podpora v nezaměstnanosti se zvyšuje. Zatímco v roce 2012 mohl uchazeč o zaměstnání maximálně dostat 13 761 Kč za měsíc a v případě rekvalifikace pak 15 422 Kč, od ledna 2013 to je **maximálně 14 157 Kč**, při rekvalifikaci pak 15 866 Kč.

ZÁKONÍK PRÁCE

Podle novely zákoníku práce a zákona o zdravotnické záchranné službě se rozšiřuje okruh zaměstnanců, kteří mají nárok na dodatkovou dovolenou. Nově mezi ně patří zdravotničtí pracovníci, kteří vykonávají činnosti při poskytování zdravotnické záchranné služby alespoň v rozsahu poloviny stanovené týdenní pracovní doby.

ZDRAVOTNÉ POSTIŽENÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Nově je možné pobírat současně rodičovský příspěvek a příspěvek na péči. Příspěvek na mobilitu budou dostávat – v případech hodných zvláštního zřetele – i lidé, kteří využívají pobytové sociální služby. Rovněž se **o 2 000 Kč zvýší příspěvek na péči** pro nezaopatřené dítě ve věku 4 až 7 let, kterému tato dávka náleží ve stupni III nebo IV.

Novela zákona o sociálních službách umožní ministerstvu práce a sociálních věcí zřizovat zařízení sociálních služeb jako státní příspěvkové organizace. Současně se mění právní forma u existujících zařízení sociálních služeb, která byla zřízena ministerstvem jako organizační složky státu, na státní příspěvkové organizace.

ŽIVOTNÍ A EXISTENČNÍ MINIMUM

Částky životního a existenčního minima se nezvýší, nesplnily se totiž valorizační podmínky. V platnosti tedy zůstává výše životního a existenčního minima podle na-

řízení vlády č. 409/2011 Sb. s účinností od 1. ledna 2012. Měsíčně je životní minimum pro jednotlivce i nadále 3 410 Kč, existenční minimum pak 2 200 Kč. Více na <http://www.mpsv.cz/cs/11852>.

NEMOCENSKÉ POJIŠTĚNÍ

Redukční hranice týkající se denního vyměřovacího základu, na základě kterého se vypočítá například nemocenské, jsou pro rok 2013 následující:

- první redukční hranice **863 Kč**,
- druhá redukční hranice **1 295 Kč**,
- třetí redukční hranice **2 589 Kč**.

POJISTNÉ NA SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ

Konkrétní změny:

- částka průměrné mzdy pro účely pojistného je 25 884 Kč,
- maximální vyměřovací základ pro placení pojistného je 1 242 432 Kč,
- rozhodná částka (daňový základ) zakládající účast na důchodovém pojištění OSVČ, která vykonává vedlejší činnost v roce 2013, je 62 121 Kč,
- minimální měsíční základ pro placení záloh na pojistné pro **OSVČ vykonávající hlavní činnost** je 6 471 Kč – z toho **minimální záloha** na pojistné činí **1 890 Kč**,
- minimální měsíční vyměřovací základ pro **OSVČ vykonávající vedlejší výdělečnou činnost** je 2 589 Kč – z toho **minimální záloha** na pojistné činí **756 Kč**.

VÝPOČET NEZAMĚSTNANOSTI

Od ledna 2013 se bude používat nový ukazatel registrované nezaměstnanosti v České republice s názvem Podíl nezaměstnaných osob. Bude vyjadřovat podíl nezaměstnaných ze všech obyvatel v daném věku. Dosavadní míra nezaměstnanosti poměruje uchazeče o zaměstnání pouze k ekonomicky aktivním osobám. Více informací k novému ukazateli je dostupných na <http://www.mpsv.cz/cs/13851>.

Část II. a III. byla připravena redakcí, zvláštní poděkování patří MUDr. Michalovi Pukovcovi za dodání podkladů.

MZ poslalo nemocnicím Tamiflu

Ministerstvo zdravotnictví uvolnilo 17. ledna kvůli epidemii chřipky a nemoci dýchacích cest do šesti fakultních nemocnic v republice 9000 balení léku Tamiflu.

S vážným průběhem choroby v nemocnici skončilo 135 lidí. Celkem 23 osob připravila chřipka v této sezóně o život, oznámili představitelé ministerstva zdravotnictví. Úřad už minulý týden uvolnil 1440 balení antivirotika Relenza. Má ho Všeobecná fakultní nemocnice.

„Domníváme se, že tyto počty jsou v současné době dostačující. V případě potřeby jsme ale připraveni uvolnit další léky,“ uvedl náměstek ministra zdravotnictví Ferdinand Polák.

Celkem 3000 balení Tamiflu dostane Všeobecná fakultní nemocnice (VFN) v Praze. Dalších 2000 balení bude mít k dispozici fakultní nemocnice v Plzni, po tisícovce pak fakultní nemocnice v Ostravě, Hradci Králové, Olomouci a Brně. Ve VFN je i antivirotikum Relenza z minulého týdne. Zatím se ho použilo 225 balení.

Hygienici hodnotí šíření nachlazení a chřipky v Česku jako epidemii. Ministerstvo dvojici léků uvolnilo ze zásob kvůli závažným komplikacím, které se u pacientů objevují. Běžně se tyto medikamenty nepoužívají, lékaři je podávají jen ve vážných případech.

Podle dat Státního zdravotního ústavu stouply počty pacientů s akutním onemocněním dýchacích cest v uplynulém týdnu v průměru o 34 procent. Na 100 000 obyvatel připadlo 1391 nemocných. Lidí s chřipkou přibýlo v průměru o 88,2 procenta. Na 100 000 obyvatel jich bylo 128.

Hlavní hygienik zdůraznil, že by lidé měli v těchto dnech zvlášť dbát na hygienu. Měli by si důkladně umývat ruce, používat papírové kapesníky či si při kašli krýt ústa. Zvážit by také měli účast na hromadných akcích, kde by se nákaza mohla šířit.

Zdroj: čtk, 18. 1. 2013



Lege artis

JUDr. Jan Mach

ředitel právního oddělení České lékařské komory

V poslední době se množí dotazy na výklad pojmu lege artis. Vzhledem k tomu, že tento pojem v souvislosti s vydáním zákona o zdravotních službách komentovala Česká lékařská komora ústy JUDr. Jana Macha, ředitele právní kanceláře ČLK, přetiskujeme jeho vyjádření, které bylo publikováno ve Zdravotnických novinách na konci března 2012.



■ Lege artis – náležitá odborná úroveň podle nového zákona

V případě jakéhokoli trestního oznámení, stížnosti, žaloby o náhradu škody nebo žaloby na ochranu osobnosti, směřující proti zdravotnickému pracovníkovi a týkající se správnosti jeho odborného postupu, je vždy především posuzováno, zda postup odpovídal pravidlům „lege artis“ či nikoli.

Pro soudce a státní zástupce posuzující trestní oznámení či žaloby na zdravotníky a poskytovatele zdravotních služeb je velmi zásadní, jak je konkrétně zákonem definována povinnost zdravotníků poskytovat péči lege artis. Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. v platném znění, který bude zrušen dnem nabytí účinnosti nového zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. k 1. dubnu 2012, definuje povinnost zdravotnických pracovníků postupovat lege artis tak, že zdravotnická zařízení poskytují zdravotní péči „na úrovni současných dostupných poznatků lékařské vědy“. K tomu je nutno poznamenat, že původní socialistický zákon o péči o zdraví lidu neobsahoval slovo „dostupných“, ale zdravotnická zařízení měla povinnost postupovat na úrovni současných poznatků lékařské vědy. Výklad tohoto pojmu byl někdy obtížný a lišil se podle toho,

kdo jej podával. Právní zástupce pacienta, který se cítil poškozen, nebo pozůstalý po pacientovi měl pochopitelně důvod zdůrazňovat, že pacientovi měla být poskytnuta ta nejlepší možná zdravotní péče, jakou světová medicína v současné době zná. Právní zástupci zdravotnických zařízení a obhájci zdravotníků akcentovali pojem „dostupných poznatků“, když celkem logicky argumentovali, že není možno poskytnout každému pacientovi okamžitě tu nejlepší možnou zdravotní péči, kterou v daném okamžiku zná světová lékařská věda. Většina právníků se však shodovala na tom, že definice lege artis uvedená v zákonu o péči o zdraví lidu není příliš zdařilá.

Mnohem méně zdařilá a pro zdravotníky z hlediska jejich právní ochrany přímo maligní byla pak, podle mého názoru, definice původně navrhovaná v návrhu zákona o zdravotních službách předloženém v roce 2008. Tato definice vycházela z povinnosti poskytnout pacientovi veškerou potřebnou péči, jakou vyžaduje jeho zdravotní stav, tedy péči odpovídající jeho potřebám. Předkladatelé tohoto návrhu si zřejmě neuvědomili, že i při zcela správném postupu zdravotníků a splnění všech jejich profesních povinností v některých případech až pitevní náález ukáže, že péče odpovídající potřebám pacienta by byla zcela jiná než ta, která byla poskytnuta. Znamenalo by to tedy hodnocení práce zdravotníků z pohledu ex post, kdy výsledek je již znám, nikoli ex ante, tak jak se stav jevil v době, kdy lékař rozhodoval podle svého nejlepšího přesvědčení o dalším postupu léčby.

■ Navržená definice lege artis je objektivní

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v ustanovení § 4 odst. 5 volí český

termín, kterým definuje povinnost lege artis jako „náležitou odbornou úroveň“ a ukládá všem zdravotnickým pracovníkům povinnost postupovat při léčbě pacienta na náležitě odborné úrovni. Současně zakotvuje právo pacienta na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni, kterou pak definuje takto:

„Náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.“

Tato definice navržená Českou lékařskou komorou a akceptovaná panem ministrem i vládou a posléze i Parlamentem ČR je podle mého názoru zcela adekvátní a zdařilá. Soudce, státní zástupce nebo jiný orgán, který bude posuzovat trestní oznámení, žalobu či stížnost na zdravotníka, má touto definicí poskytnuta následující vodítka:

- Zdravotní služby musejí být poskytovány podle pravidel vědy – ať již vědy lékařské, nebo vědy jiného zdravotnického oboru, než je lékařství (ošetřovatelství, fyzioterapie, farmacie, klinická psychologie apod.).
- Zdravotní služby musejí být poskytovány v souladu s uznávanými medicínskými postupy. Přidrží-li se tedy lékař či jiný zdravotník kteréhokoli z uznávaných medicínských postupů, postupuje lege artis, bez ohledu na jakékoli standardy či jiná doporučení. Není a nemůže být vázán jediným určeným postupem pro každou situaci. Tomu nasvědčuje i další text.
- Péče musí respektovat individualitu pacienta a uznávaný medicínský postup odpovídající pravidlům vědy, musí odpovídat potřebám individuality pacienta v daném konkrétním případě. Také proto



nelze zdravotníky „svázat“ jakýmkoliv závaznými standardy, až na jasně stanovené výjimky, kde připadá v úvahu jediný možný správný postup.

- Při posuzování správnosti či nesprávnosti postupu bude brán ohled na konkrétní podmínky a objektivní možnosti, které lékař nebo jiný zdravotník v daném okamžiku měl. Jde tedy jasně o pohled ex ante, nikoli ex post. Bude třeba vzít v úvahu, jaké podmínky a jaké možnosti měl například vedoucí ústavní pohotovostní služby v menší nemocnici při péči o pacienta, jehož zdravotní stav se třeba zhoršil mezi druhou a třetí hodinou ranní v noci ze soboty na neděli. Tyto podmínky a možnosti budou možná jiné, než jaké měl lékař na velké klinice při zhoršeném zdravotním stavu pacienta ve všední den v běžné pracovní době, kdy je přítomen celý tým kliniky.

Lze tedy konstatovat, že nová definice lege artis, tedy náležité odborné úrovně poskytování zdravotních služeb, je rozumná, objektivní, vyvážená a vhodná i z hlediska rozumné právní ochrany zdravotníků.

■ Judikát Nejvyššího soudu

Tato právní úprava koresponduje s všeobecně uznávaným rozsudkem Nejvyššího soudu ČR ze dne 22. 3. 2005, sp. zn. 7 Tdo 219/2005, který je posléze citován v řadě dalších rozhodnutí Nejvyššího soudu, zejména ve věcech trestních. Nejvyšší soud v tomto judikátu definuje porušení pravidel lege artis takto:

„V trestněprávní nauce se běžně považuje za porušení lege artis, pokud lékař při výkonu svého povolání nedodrží rámec pravidel vědy a medicínských postupů, a to v mezích daných rozsahem svých úkolů, podle pracovního zařazení i konkrétních podmínek a objektivních možností.

Nejvyšší soud v této souvislosti konstatuje, že chyba v diagnóze sama o sobě ještě nemusí mít charakter nedbalosti ani jednání non lege artis. Může tomu tak být v případě, je-li nesprávná diagnóza důsledkem závažného porušení postupů pro její určování, např. v případě bezdůvodného nevyužití dostupných diagnostických metod. Postup lékaře je ovšem vždy nutno hodnotit tzv.

ex ante, tj. na základě informací, které měl lékař v době rozhodování k dispozici.“

Definice lege artis, tedy náležité odborné úrovně poskytování zdravotních služeb, jak je zřejmé, vychází především z tohoto rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR, všeobecně uznávaného a v dalších pozdějších rozsudcích Nejvyššího soudu mnohokrát citovaného.

Situaci, kdy je v soudním či jiném řízení hodnocena správnost či nesprávnost postupu lékařů či jiných zdravotníků z hlediska jejich odpovědnosti, je však třeba odlišit od situace, kdy se pacient – pojištěnec domáhá náležité zdravotní péče a její úhrady od zdravotních pojišťoven. V zemích západní Evropy a zejména ve Spojených státech amerických je obvyklé, že pacient – pojištěnec podává žalobu nikoli na svého lékaře nebo nemocnici, ale na svou zdravotní pojišťovnu, aby jí soud stanovil povinnost uhradit náležitou a potřebnou zdravotní péči. Zdravotní pojišťovna nemůže takovou úhradu odmítnout s poukázáním na definici lege artis, kterou shora citujeme, s tím, že pacient má právo pouze na takovou péči, která odpovídá konkrétním podmínkám a objektivním možnostem příslušného zdravotnického zařízení. Pokud v příslušném zdravotnickém zařízení nejsou vytvořeny pro poskytnutí náležité a potřebné zdravotní péče příslušné podmínky a nejde-li samozřejmě o neodkladnou péči, tedy akutní stav vyžadující okamžité řešení, má pojištěnec právo, aby byl přeložen do takového smluvního zdravotnického zařízení své zdravotní pojišťovny, které mu potřebnou a náležitou péči poskytne. Toto jeho právo je definováno v ustanovení § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. ve znění novel přijatých zákonem č. 298/2011 Sb. a č. 369/2011 Sb.:

„Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud:

- a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné;
- b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy;
- c) existují důkazy jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.“

■ Práva pojištěnce

Pokud tedy někteří kolegové zabývající se ochranou lidských práv v souvislosti s poskytováním zdravotní péče tvrdí, že nová definice lege artis jako náležité odborné úrovně zdravotních služeb snižuje právo pacientů na poskytnutí tak kvalitních zdravotních služeb, jakými disponuje současná lékařská věda, a odkazuje je na konkrétní podmínky a objektivní možnosti, definice práva pojištěnce uvedená v citovaném ustanovení toto vyvrací. Na druhé straně, pokud je pacientovi poskytována v daném okamžiku zdravotní péče v konkrétním zdravotnickém zařízení, těžko lze zákonem určit, že tato péče má být jiná než ta, která odpovídá objektivním možnostem. I pokud by zákon stanovil, že má jít o péči, která odpovídá nejlepším podmínkám a nejlepším možnostem, jaké mohou existovat, bylo by to zcela nereálné ustanovení. Proto přijatá právní úprava zachovává právo pojištěnce na péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, ale současně definuje povinnost zdravotnických pracovníků poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni.

Jinou a neméně závažnou záležitostí je, kdo má posoudit, zda zdravotní služby byly či nebyly poskytnuty na náležité odborné úrovni. Tuto otázku v trestním řízení ani v jiných soudních řízeních nemůže hodnotit sám vyšetřující policista, státní zástupce nebo soudce a vždy se musí opírat o expertní hodnocení, zpravidla ve formě znaleckého posudku. Naskýtá se pak otázka, který lékař je skutečně kompetentní hodnotit práci svých kolegů a náležitou odbornou úroveň jimi poskytnutých zdravotních služeb. Tato otázka je v současné době velmi aktuální a je řešena na úrovni Ministerstva spravedlnosti ve spolupráci s Českou lékařskou komorou. Připravuje se nový zákon o znalcích, který by měl tyto otázky lépe definovat než dosavadní zákon z šedesátých let minulého století. Bude nepochybně představovat podstatně vyšší nároky na kvalifikaci znalců, posuzujících práci jiných lékařů nebo zdravotníků, ale i mnohem vyšší odpovědnost znalců za odborně chybný znalecký posudek.



Redukce používaných výkonů očkování v roce 2013

■ I. Očkování povinné/pravidelné, hrazené ze zdravotního pojištění

Způsob úhrady:

Výkon – hradí zdravotní pojišťovna očkujícímu lékaři

Očkovací látka (OL) – hradí zdravotní pojišťovna distributorovi (výhradně vítězi zakázky)

Distribuce do ordinace zdarma distributorem vybraným v zadávacím řízení ze strany zdravotních pojišťoven

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

02105 – Pravidelné očkování podle předpisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění – případ, kdy ZULP hradí příslušná zdravotní pojišťovna (ZULP ano)

Vyazuje se ZULP, který byl skutečně aplikován, a to s nulovou hodnotou, čímž se jednoznačně určí konkrétní použitá OL.

Omezení frekvence – možno vykázat 2× v jeden den

• Použití nižší kombinace antigenů bez zdravotní indikace

Způsob úhrady:

Výkon – hradí zdravotní pojišťovna očkujícímu lékaři (v případě všech použitých očkování)

Očkovací látka (OL) – hradí pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce

Poznámka: v případě zdravotní indikace hradí OL zdravotní pojišťovna a vyazuje se kódem výkonu 02100. Do doby určení ceny všech OL pro použití nižších kombinací na žádost pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce se použije věta předchozí.

Distribuce do ordinace prostřednictvím kterékoli dostupné distribuční sítě na objednávku, lékař hradí dodané OL distributorovi na základě fakturace.

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

vyazuje se kódem:

02100 – Pravidelné očkování podle předpisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění – případ, kdy očkovací látku na základě volby hradí pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce (ZULP ne)

Omezení frekvence – možno vykázat 2× v jeden den

• Použití vyšší kombinace antigenů

Způsob úhrady:

Výkon – hradí zdravotní pojišťovna očkujícímu lékaři

Očkovací látka (OL) – hradí pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce

Distribuce do ordinace prostřednictvím kterékoli dostupné distribuční sítě na objednávku, lékař hradí dodané OL distributorovi na základě fakturace.

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

vyazuje se kódem:

02100 – Pravidelné očkování podle předpisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění – případ, kdy očkovací látku na základě volby hradí pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce (ZULP ne)

Omezení frekvence – možno vykázat 2× v jeden den

■ II. Očkování rizikových skupin a cílená očkování

Způsob úhrady:

Výkon – hradí zdravotní pojišťovna očkujícímu lékaři

Očkovací látka (OL) – hradí zdravotní pojišťovna distributorovi (výhradně vítězi zakázky)

Distribuce do ordinace zdarma distributorem vybraným v zadávacím řízení ze strany zdravotních pojišťoven, při objednávce je nutné uvést, že jde o OL pro kategorii rizikové skupiny, případně cílená očkování

rizikové skupiny:

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

vyazuje se kódem:

02105 – Pravidelné očkování podle předpisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění – případ, kdy ZULP hradí příslušná zdravotní pojišťovna

ZULP: ano – vyazuje se s nulovou hodnotou
Omezení frekvence – možno vykázat 2× v jeden den

■ III. Očkování nepovinné, hrazené ze zdravotního pojištění

Způsob úhrady:

Výkon – hradí zdravotní pojišťovna očkujícímu lékaři

Očkovací látka (OL) – hradí zdravotní pojišťovna očkujícímu lékaři s možností doplatku na straně pojištěnce/zákonného zástupce
Distribuce do ordinace prostřednictvím kterékoli dostupné distribuční sítě na objednávku, lékař hradí dodané OL distributorovi na základě fakturace.

Dosud se nepodařilo otevřít legitimní cestu s použitím OL přes lékárnu – v jednání

vyazuje se kódem:

02125 – Očkování včetně OL, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění

Omezení frekvence – možno vykázat 2× v jeden den

- proti pneumokokovým infekcím, pokud 3 dávky očkovací látky byly aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce
- proti lidskému papilomaviru třemi dávkami očkovací látky, a to pro dívky, je-li



očkovaní zahájeno od dovršení třináctého do dovršení čtrnáctého roku věku

- chřipka – dle příslušných právních předpisů

■ IV. Očkování zvláštní a mimořádná, hrazená ze státního rozpočtu – pro klienty zdravotních pojišťoven

Způsob úhrady:

Výkon – hradí zdravotní pojišťovna očkujícímu lékaři

Očkovací látka (OL) – hradí Ministerstvo zdravotnictví distributorovi (výhradně vítězi zakázky)

Distribuce do ordinace zdarma distributorem vybraným v zadávacím řízení ze strany Ministerstva zdravotnictví, při objednávce je nutné uvést, že jde o OL pro kategorii hrazení ze státního rozpočtu

vykazuje se kódem:

02130 – Očkování v případech, kdy OL je hrazena podle předpisů o ochraně veřejného zdraví

ZULP: ne

Omezení frekvence – možno vykázat 2× v jeden den

■ V. Očkování zvláštní a mimořádná, hrazená ze státního rozpočtu – pro nepojištěné občany

Způsob úhrady:

Výkon – hradí pacient/rodič přímo očkujícímu lékaři, nevykazuje se nikomu

Očkovací látka (OL) – hradí Ministerstvo zdravotnictví distributorovi (výhradně vítězi zakázky)

Distribuce do ordinace zdarma distributorem vybraným v zadávacím řízení ze strany Ministerstva zdravotnictví, při objednávce je

nutné uvést, že jde o OL pro kategorii hrazení ze státního rozpočtu

Způsob předávání informací a další náležitosti týkající se nepojištěných občanů řeší samostatná „Metodika k zajištění financování pravidelného očkování fyzických osob, které nejsou pojištěnci podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění“.

Za SPLDD ČR:
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda

■ Přehled vykazování očkování od 1. 1. 2013 (výkon či vakcína hrazena z v.z.p.)

(očkování dobrovolná nehrazená nevykazujeme, např. Havrix, FSME, meningokok, rotaviry...)

Kód očkovacího výkonu	Význam kódu	Druh očkovací látky	Bodová hodnota	Vykázání ZULP	Poznámka
02100	Pravidelné očkování jinak hrazené z v.z.p. – pro případ, kdy pojištěnec zvolí alternativu k pravidelnému očkování	Priorix Tetra Twinrix Boostrix	168	NE (hradí si sám pacient)	
02105	Pravidelné očkování hrazené z v.z.p.	Infanrix Hexa Infanrix Priorix Engerix B 10 Tetavax Boostrix Polio	168	ANO v hodnotě 0 Kč	
		Prevenar 13 chřipka	168	ANO v hodnotě 0 Kč, jde o zdravotní indikace	U chřipkové vakcíny ev. doplatek
02125	Dobrovolné očkování hrazené z v.z.p.	Synflorix Prevenar 13 Cervarix Silgard	168	ANO v hodnotě dle vyhlášky	Doplatek možný dle vyhlášky
02130	Očkování hrazené dle předpisu o ochraně veřejného zdraví (tzv. mimořádné a zvláštní)	Dle indikace HS např. Engerix B u některých profesí, Havrix při epidemii apod.	168	NE (hrazeno státem přímo distributorovi)	

Pozn.: ostatní očkovací kódy byly zrušeny.



Spánkové centrum řeší nejen chrápání

Na plicním oddělení zlínské nemocnice se provádějí zákroky, které řeší problémy pacientů od chrápání po závažné komplikace. Ty mohou člověka i ohrozit na životě. Jediné zařízení tohoto typu ve Zlínském kraji funguje od roku 2005, zatím vyšetřilo 1502 lidí. Lidé o této možnosti moc nevědí, přitom není vhodné to podceňovat, řekl 9. ledna primář plicního oddělení Vladimír Řihák s tím, že spánková medicína je jedním z nejdynamičtější se rozvíjejících lékařských oborů. Na problémy se spaním upozorní pacienty zejména jejich blízcí nebo si jich člověk časem všimne sám. „Je unavený, přes den usíná, velmi obtížně zvládá běžné aktivity, postupně se to většinou zhoršuje,“ podotkl Řihák. Problémem není to, že člověk pouze chrápe a špatně kvůli tomu spí. Ve spánku však může docházet k zástavám dechu, což vede k nízkému oxygenu v organismu.

„Několikanásobně se poté zvýší riziko vzniku náhlé cévní mozkové příhody, infarktu myokardu, arytmií nebo zvýšení krevního tlaku,“ uvedla lékařka Marta Vránová.

Problémy lze léčit operativně nebo takzvanou přetlakovou terapií, kdy přetlak rozšíří ve spánku dýchací cesty. Pacient má ve spánku nasazenou masku napojenou na přístroj, která pokrývá jen nos nebo i ústa. „Po léčbě se cítí mnohem lépe, mizí únava, zvyšuje se pracovní výkonnost a klesají rizika s ohrožením života. Spánek má zcela jinou kvalitu,“ řekla Vránová.

Potvrdil to také Jakub Kužela ze Zlína, který se léčí jeden rok. „Člověk se musí naučit s přístrojem usínat a necítit ho jako obtíž. Pár týdnů to trvalo. Vidím však velký rozdíl,“ uvedl Kužela, kterému se po používání přetlakového přístroje také zlepšil krevní tlak a snížila se mu dávka léků, které dříve musel brát.

Za vstupní vyšetření ve spánkovém centru pacient platí ve zlínské nemocnici přes tisíc korun, další vyšetření, přístroj i maska v hodnotě desítek tisíc korun jsou poté hrazeny pojišťovnou. Podle Řiháka je zlínské centrum jediné v zemi, kde je vstupní vyšetření zpoplatněno a nehradí je pojišťovna. Vedení nemocnice o tom s pojišťovnou jedná.

Zdroj: čtk, 10. 1. 2013

Srovnávací tabulka cen vakcín hrazených z v.z.p.

A			Synflorix	Prevenar 13	Cervarix	Silgard
B	Nákupní cena do 31. 12. 2012	Avenier	919	1329	1629	1899
		JK Trading	896	1302	1636	1913
		Ptáček	900	1300	1590	1870
		Kuna	889	1289	1569	1859
C	Nákupní cena od 1. 1. 2013	Avenier	919	1329	1629	1899
		JK Trading	904	1314	1651	1930
		Ptáček	900	1300	1590	1870
		Kuna	899	1299	1589	1869
D	Rozdíl nákupní 2012/2013 (max. zjištěná dle dostupných dat)		+10	+12	+20	+17
E	Úhrada z v.z.p. do 31. 12. 2012		1035	1035	1830	1830
F	Úhrada z v.z.p. od 1. 1. 2013		1044	1044	1846	1846
G	Rozdíl v úhradě 2012/2013		+9	+9	+16	+16
H	Poměr rozdílu nákup/úhrada v r. 2012/2013 (D/G)		0,88	1,33	0,94	1,06
I	Max. regul. cena 2012		1035	1578	1951	2123
J	Max. regul. cena 2013		1044	1592	1846	2149
K	Max.doplatek 2013 (J-F)		0	548	0	303
L	Max. zisk lékaře		140	263	240	271

Informace k doplatkům:

na http://www.mzcr.cz/obsah/jak-se-reguluji-ceny-leciv_2516_1.html je šikovní tabulka s uvedenými příklady výpočtu včetně doplatků.

Maximální obchodní přírážka

Maximální obchodní přírážka se na rozdíl od maximální ceny výrobce nestanoví ve správním řízení, ale je stanovena přímo v cenovém předpise vydávaném ministerstvem zdravotnictví ve Věstníku MZ.

Maximální obchodní přírážka v České republice se přímo odvíjí od ceny výrobce a má regresivní charakter. To znamená, že čím vyšší je cena výrobce, tím procentuálně nižší je obchodní přírážka, kterou mohou distributoři a lékárna uplatnit.

Maximální obchodní přírážka je stanovena takto:

Pásmo	Základ od (v Kč)	Základ do (v Kč)	Sazba	Nápočet (v Kč)
1	0,00	150,00	37 %	0,00
2	150,01	300,00	33 %	6,00
3	300,01	500,00	24 %	33,00
4	500,01	1 000,00	20 %	53,00
5	1 000,01	2 500,00	17 %	83,00
6	2 500,01	5 000,00	14 %	158,00
7	5 000,01	10 000,00	6 %	558,00
8	10 000,01	9 999 999,00	4 %	758,00

Př. 1: Výše uvedené říká, že pokud cena výrobce léku je 100 Kč, obchodní přírážka činí 37 Kč. Konečná cena:

Cena výrobce (100 Kč) + obchodní přírážka (37 Kč) + DPH 14 % (19,18 Kč) = 156,18 Kč

Př. 2:

Pokud cena výrobce léku je 1500 Kč, obchodní přírážka je 17 % + 83 Kč, tj. 338 Kč. Konečná cena:

Cena výrobce (1500 Kč) + obchodní přírážka (338 Kč) + DPH 14 % (257,32 Kč) = 2095,32 Kč

Výše ceny, kterou zaplatí pacient (tj. doplatek), je závislá na výši úhrady ze zdravotního pojištění.

Doplatek pacienta = konečná cena – úhrada ze zdravotního pojištění



Volby do OSPDL ČLS JEP

MUDr. Ctirad Kozderka

Ve druhé polovině listopadu 2012 proběhly volby do orgánů OSPDL ČLS JEP na období 2013–2016. Volební komise se sešla k vyhodnocení voleb dne 15. 12. 2012. Volební účast byla třetinová. Ze sekretariátu ČLS JEP bylo rozesláno 1099 volebních lístků, zpět bylo doručeno 367 volebních lístků. Z nich volební komise vyřadila 3 jako zcela neplatné (1× uvedeno více než 7 členů výboru, 2× neoriginální volební lístky). Dále bylo 6 volebních lístků uznáno jako částečně platných (uvedené jméno nebylo možno jednoznačně přiřadit ke jménu člena OSPDL). Volební komise na základě došlých hlasů sestavila pořadí zvolených členů do orgánů OSPDL, které bylo zveřejněno na www.detskylekar.cz. Následně oslovila jednotlivé členy, zda funkci přijímají. Finálně bylo vygenerováno obsazení sedmičlenného výboru a tříčlenné revizní komise. Dne

16. 1. 2013 se nově zvolený výbor a revizní komise sešly na prvním ustavujícím zasedání, na němž došlo k rozdělení funkcí.

Výbor OSPDL ČLS JEP bude tedy pracovat v tomto složení:

Předseda: MUDr. Alena Šebková
1. místopředseda: MUDr. Gabriela Kubátová
Místopředseda: MUDr. Pavel Neugebauer
Vědecký sekretář: MUDr. Milan Rytíř
Pokladník: MUDr. Eva Svobodová
Člen: MUDr. Eva Matoušková
Člen: MUDr. Jana Kulhánková

Revizní komise bude pracovat ve složení:
Předsedkyně: MUDr. Renata Růžková
Člen: MUDr. Jarmila Aronová
Člen: MUDr. Helena Letáková

Popřejme nově zvolenému výboru a revizní komisi zvládnutí náročných úkolů, které před nimi stojí. Současně věřím, že všichni členové OSPDL se budou snažit novému výboru v jeho práci účinně pomoci. Pro PLDD a dětskou a dorostovou populaci v ČR je životně důležité zakotvení dosažených pozic a jejich další posílení. A k tomu bychom měli přispět všichni, každý alespoň troškou, pod vedením výboru OSPDL.

Současně si dovoluji za všechny členy OSPDL, resp. za všechny PLDD poděkovat dosavadním členům výboru za jejich obětavou práci a čas.

Za volební komisi: MUDr. Ctirad Kozderka, PLDD Kralovice



Pozvánka na předkongresové sympozium **Management v ordinacích primární péče**

AKCE SE KONÁ V RÁMCÍ 7. KONGRESU PRIMÁRNÍ PÉČE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE
TOP hotel Praha, Blažimská 1781, Praha 4, 28. února 2013 od 17.00 do 20.00

Pořadatel: SPLDD ČR

Odborný garant: MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD ČR

Akce je zapsána do registru akcí celoživotního vzdělávání praktických lékařů, ohodnocena 3 kredity.

Ahou Public Relations, s.r.o., U Hranic 16, 100 00 Praha 10;

e-mail: petra@ahou.cz; web: <http://www.ahou.cz> nebo <http://www.detskylekar.cz>

12. konference dětské pneumologie 2013

13. dubna 2013 | Hotel DAP, Praha



Hlavní témata

- Praktický přístup k vyšetřovacím laboratorním metodám v pneumologii
- Náhlé příhody v pneumologii
- Varia a kazuistiky

Kontakt:

AMCA, spol. s r.o.
Vyšehradská 320/49, 128 00 Praha 2
tel.: +420 221 979 351 • fax: +420 221 979 352
<http://amca.cz/pneu2013/index.php/registrace>



Kašel a jeho varianty

MUDr. Bohuslav Machaň

ORL ambulance, Prostějov

Dítě stále kašle, i v noci a se záchvaty kašle, potíže se opakují. Je to problém současné doby. Dítě často nemívá teploty, opakovaně bere antibiotika, stav se zhoršuje.

Velmi často přichází na ORL vyšetření – v diferenciální diagnostice připadá kromě zbytnění lymfatické tkáně v úvahu rinosinobronchitida, alergická onemocnění, imunodefekt. Velmi často jde o kombinaci faktorů. Pomineme-li černý kašel, který má podstatné jméno v názvu, tak kašel je pouze příznak. Nejčastěji provází každou infekci dýchacích cest, nejčastěji virózu. Máme jen jedny dýchací cesty – anatomicky, fyziologicky, terapeuticky – začínají nosními vchody a končí v plicních sklípcích. Plocha dýchacích cest je 40 metrů čtverečních – jako tenisový kurt. Obranu zajišťuje mukociliární aparát, který průběžně odstraňuje cizorodé látky a spolu s BALT (bronchus associated lymphatic tissue) a plicními makrofágy má ubránit respirační systém a ubránit celistvost vnitřního prostředí před útoky infekčních agens. Akutní kašel nás zas až tak netrápí. Současný problém je chronický kašel. Oficiálně 4 týdny a déle, ale já jsem opatrný už druhý týden. Při adekvátní léčbě, pokud se stav nelepší a vyloučili jsme cizí těleso, budou příčinou atypické patogeny – u dětí mykoplazma, nebo jde spíše o alergickou etiologii. Ano, přibývá GERD, ale tam se snad anamnesticky můžeme orientovat. Přibývá psychogenních kašlů. To je způsobeno neúnosným přetěžováním dětí a psychickými problémy v rodině. Tady by anamnéza zabrala, ale před rodiči dítě mlčí. Měli jsme případ 12leté dívky drobné postavy bez větších průjmů, nakonec byla příčinou celiakie a po nasazení patřičné diety kašel vymizel.

Jsem zastáncem farmářské teorie. Děti, které jsou méně opečovávány rodiči a prarodiči, mají paradoxně lepší startovní pozici. Dítě vychováváme ve sterilních podmínkách, v konstantní pokojové teplotě 20–22 stupňů, vzorně čisté, strava sterilní, ale biologicky chudá. Imunitní systém se nemá kde učit. Můj názor na dětské kolektivy se nemění – ve

3 letech toto nepřipravené dítě pošleme do kolektivu. Kdyby tam chodily zdravé děti, tak snad. Ještě horší varianta je, že ke kojenci dáme bratříčka, který chodí na několik hodin do školky, aby se doma nenudil. Z pohledu celostní medicíny zcela špatně.

Víme, že 80 % lymfocytů je ve střevě. Tedy střevo rozhoduje o celkovém zdraví. Tedy kojít ano, ale potravní řetěz je neúprosný. Maminka se před plánovaným těhotenstvím musí vyčistit – ostropestřec mariánský, benedikt lékařský, ječmen, kyselina listová, laktobacily a péče o stravu a tekutiny v těhotenství rozhodují o tom, zda a jaké složení má mléko. Kolostrum je nejdůležitější pro vývoj dítěte. Babičky říkaly „pij meltu, budeš mít mléko“. Babičky ovšem nemohly vědět, že melta jsou beta-glukany a ty jsou potravou pro hodné a potřebné acidofilní bakterie. Člověk je organismus kyselý a potřebuje kyseliny. Jediná výjimka je období těhotenství, kdy moč ženy má alkalické pH.

Je-li dítě kojeno, je možno podle známých zásad začít přikrmovat zeleninovými polévkami, ale vše vařit doma, nesolit, neochucovat, dítě si zvykne. Ovoce – kompoty, mixované banány s dětským čajem, sladit medem – kvalitním. Dítě nesmí dostat ty jedy typu barevných „dětských“ (??) krabičkových či plastolahvičkových lahůdek a všech těch v plastu balených „pro-dětský“ se tvářících pochoutek tvaru různých jakobyzvírátek či rohlíčkových plněných „dobrot“ na sedm dnů, jména z forenzních důvodů nemohu použít, stejně ty všechny „mléčné přeslazené jakobyčokolády“. Tady je chyba, že lidé na tohle mají dost peněz. Všechny výrobky „potravinářského“ průmyslu jsou plné omega-6 nenasycených mastných kyselin, ale chybějí tam omega-3 – poměr má být 3:1. Dnes je v „potravinách“ poměr 15 až 30:1 ve „prospěch“ omega-6 a ty spolu s bílým cukrem jsou zodpovědné za epidemii zánětů cév,

metabolických syndromů, a jedním projevem hypoxické tkáně je chronický zánětlivý otok, který v průduškách vede k dráždění, tedy ke kašli. Ten kašel je výrazem chronické hypoxie organismu a není cesty ven léky. Léky problém neřeší. Nejhorší ovšem je, když chemicky přetneme reflex kašle – tedy od aferentních zakončení bloudivého a trojklaného a glossofaryngeálního nervu do prodloužené míchy anebo eferentní vlákna k mezižeberním svalům a bránici. Řízení organismu probíhá reflexně – autonomní nervový systém. Podkoří-hypotalamus-hypofýza-žlázy s vnitřní sekrecí a součástí tohoto neuro-imuno-endokrinního systému (prof. Ervín Staub) je imunitní systém. Kolik let trvalo, než medicína tento logický závěr přijala. Každá imunitní buňka je složitá biochemická továrna, pokud přetneme reflexní oblouk, tak řídicí systém vyšle chemické signály, a pokud utlumíme i tuto sekreci – a blokátorů nam nabízí farmaceutický průmysl mnoho –, tak potom ANS vyšle imunitní buňky, aby na vegetativní úrovni zasáhly, bohužel vyčerpaná respirační buňka již neumí udržet integritu a do buňky proniknou „hodné“ bakterie, které byly na povrchu, ale imunitní systém, který jsme vydráždili léky, zasáhne a zničí naše vlastní buňky. Vždy tvrdím zánět netlumit, zánět neposilovat, ale řetěz zánětu optimalizovat. Nová na přístupu celostní a bioregulační medicíny je snaha obnovit zdraví pomocí látek tělu vlastních, kterých se nám z různých příčin nedostává – tato substituce, spolu s péčí o střevní imunitní systém, psychickou péčí a rozumnou pohybovou aktivitou většinou stačí. Na každé úrovni máme sympatický a parasympatický systém. Nerespektujeme fyziologii – faktem je, že parasympatický systém je anabolický systém regenerace – noční, v dětském věku spánkový – proto je obrovská chyba, že rodiče nedodržují pravidelný i odpolední spánek dítěte. To v supermarketu nejde. Sympatický systém označuji

ERDOMED

erdosteín

ANTIBAKTERIÁLNÍ MUKOREGULÁTOR

s účinkem antiflogistickým, antioxidačním

NAČECHREJ
SVE PLICE...



Od 1. 11. 2012 změna úhrady!

Erdomed je hrazen pouze v rámci preskripce pneumologů, a to s omezením na pacienty s prokázanou CHOPN od stádia II, která má mukopurulentní fenotyp a více jak 2 exacerbace za posledních 12 měsíců.

Lékaři jiných odborností mohou i nadále předepsat Erdomed v jakékoliv jiné indikaci bez úhrady. Nutno označit recept symbolem „P“ a slovy „hradí pacient“.

Zkrácená informace o přípravku:

S: Erdosteín 300 mg v 1 tvrdé tobolce, Erdosteín 175 mg v 5 ml suspenzi, Erdosteín 225 mg v 1 sáčku prášku pro přípravu perorálního roztoku. **IS:** Mukolytikum, expektorans, bronchoprotektivum. **CH:** Erdosteín je mukomodulační látka, která snižuje viskozitu hlenu a tím usnadňuje vykašlávání. Působí antioxidačně a proti inhibici α -1-antitrypsinu tabákovým kouřem, čímž předchází poškození dýchacích cest. Zvyšuje koncentraci IgA v dýchacích cestách pacientů s CHOPN a předchází inhibici granulocytů způsobené kouřením. Zvyšuje rovněž koncentraci antibiotik ve sputu, snižuje schopnost adheze G+ a G- bakterií na epitel dýchacích cest. Tento antibakteriální antiladhezní účinek může omezovat bakteriální kolonizaci a snižovat riziko bakteriální superinfekce. Gastrointestinální nežádoucí účinky erdosteínu se nelíší od placebo. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbace chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiální, kádruvaní léčbě s antibiotiky v případech exacerbace s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy: a) arální insuficience těžšího stupně, homocysteinurie. Děti s tělesnou hmotností nižší než 15 kg: fenylketonurie - netýká se tobolek. **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretu v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. **NÚ:** Zřídka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea; výjimečně průjem. Ojedinelé byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteín potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxycilinu, klaritromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D:** Dospělí obvykle 1 tobolka 2x-3x denně nebo 1 sáček prášku pro přípravu perorálního roztoku 2x-3x denně. Suspenze u dětí 15-20 kg 2,5 ml 2x denně, 21-30 kg 5 ml 2x denně, nad 30 kg 5 ml 3x denně. **B:** 100 ml suspenze, tobolky 10 x 300 mg a 20 x 300 mg, sáčky 20 x 225 mg. Po naředení je suspenze použitelná 14 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2-8°C. **Datum poslední revize textu SPC:** 12.9.2012. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE, P: Erdosteín je předepisován u pacientů s prokázanou CHOPN od stádia II, která má mukopurulentní fenotyp a více jak 2 exacerbace za posledních 12 měsíců. U pacientů, u nichž nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN za 3 měsíce, má být léčba erdosteímem přerušena. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

LEVOPRONT®

sirup, kapky

Levodropropizin

Utiší váš kašel



Účinné antitusikum s periferním
mechanismem účinku¹

Stejně účinný a lépe tolerovaný
než centrální antitusika¹

Bez ovlivnění respiračních
funkcí a mukociliární clearance¹

1. SPC 2. Chest 2006; 129: 1S - 23S

Doporučován podle ACCP
Guidelines pro krátkodobou
symptomatickou léčbu kašle
u pacientů s akutní nebo
chronickou bronchitidou².

Zkrácená informace o přípravku:

S: Levodropropizinum 60 mg v 1 ml roztoku, Levodropropizinum 60 mg v 10 ml sirupu. **IS:** Antitusikum. **CH:** Levodropropizin je syntetické periferní antitusikum nekodéinového typu s účinky antialergickými a antibronchospastickými. Nepotlačuje respirační funkce ani mukociliární clearance. **I:** Bronchopulmonální afekce doprovázené dráždivým suchým kašlem. Je vhodný před bronchoskopickým vyšetřením. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Nemocní s bronchiální hypersekrecí nebo sníženou mukociliární funkcí. Výrazné snížení funkce jater. **ZU:** Používat pouze po důkladném zvážení rizika u pacientů s těžkou insuficiencí ledvin a u dětí mladších 24 měsíců. Sirup obsahuje sacharózu, kapky alkohol. **NÚ:** Zřídka nauzea, zvracení, pálení žáhy, průjem; mdloba, závrat; palpitace. Velmi vzácné alergické reakce. **IT:** Používat s opatrností při podávání benzodiazepinů. **TL:** Přípravek je v době těhotenství a kojení kontraindikován. **D:** Dospělí a děti od 12 let 1 ml (20 kapek) roztoku nebo 10 ml sirupu až 3x denně. Děti 2-12 let 1 mg levodropropizinu/kg až 3x denně. **B:** Kapky 15ml, sirup 120 ml. Držitel registračního rozhodnutí: Dompé Farmaceutici S.p.A., Itálie. **Datum poslední revize textu SPC:** 21.3.2012. Přípravky nejsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

Medicom

ANGELINI

Medicom International s.r.o.
Pátelní 7, 635 00 Blno
tel: 546 123 111, fax: 546 123 112
www.medicomint.cz



jako systém boje a útěku. Jde o systém katabolický a jeho převaha vyčerpává nejen dětské pacienty. Chronický stres jakékoliv etiologie vede k produkci interleukinu 1,6, interferonu gama, tumor nekrotizujícího faktoru alfa. Následně ANS aktivuje nadledvinky – produkci katecholaminů, kortikoidů, oxytocinu, reninu, ale inhibuje produkci růstového hormonu. Chronický stres vede k autoimunitním chorobám, růstové retardaci, hypogonadismu, ale stále častěji i k problémům s početím. Nechápal jsem, proč naše léčba často nemá žádoucí efekt, přestože děti berou imunomodulační vakcíny, anti-leukotrieny, metizoprinol, antihistaminika, která umějí imunomodulaci téměř všech cytokinů. To jsem pochopil, až když jsem důsledně aplikoval principy celostní medicíny do ORL praxe. Námi podávané léky se zkrátka do uzavřené buňky v chronicky zá-
nětlivém terénu nedostanou. Nemohou. Otevřít buňku je problém. Naše hyperkalorická „moderní“ strava je chudá. Potřebujeme ve stravě inositol, bor, bioflavonoidy. Roky preferuji fytofarmaka, a to jsou bioflavonoidy – potřebujeme kyselinu

galovou, epikatechingalát, proantocyanidin A. Například pravé borůvky (ale plnohodnotné, nikoliv ze supermarketu) to umějí i v marmeládě, potřebujeme sušené švestky, kyselé zelí, zelené fazole, soju, ale nikoliv geneticky modifikovanou, ale i špenát, cibuli, luštěniny, žito, špaldu, hrubě mleté mouky, vločky v biokvalitě, biořepkový a olivový olej, šunku, uherák a maso a vejce od šťastných zvířat, která jedí trávu a zachází se s nimi slušně. Dražší mořské ryby 2× týdně.

Zázrak je domácí jablečná šťáva. Například 100 g jablek obsahuje 10 mg vitamínu C, ale 150 mg bioflavonoidů. Nyní víme, že 100 mg bioflavonoidů nahradí 500 mg nesteroidních antiflogistik. Pokud se rodiče vrátí k domácí stravě a Magdaleně Dobromile Rettigové – zeleninovým i koštním vývarům, medu, meltě, kaši z vloček s domácí marmeládou a zdravým jogurtům ve sklenici místo „mléčných“ čokolád, tak budeme bez práce. Nebude GERD, nebudou autoimunity. Obdiv pediatrium za to, že celostní princip prosazovali jako přirozenou součást péče o své dětské klienty. Svou cestu k celostní medicíně

jsem našel až po své nemoci. Nemoc je náš přítel a pokud umíme naslouchat, najdeme cestu nejen pro sebe.

Zavedl jsem do léčby věčně stonajících dětí fytofarmaka a acidofilní bakterie již před lety, nyní stačilo přidat kolostrum a kvalitní plnohodnotné multivitaminy. Vybrat ty pravé, vyráběné z přírodních surovin, které se vstřebají a využijí, není v té přehřáté zdravě se tvářících produktů jednoduché. Pokud děti i rodiče změni své stravovací zvyklosti, přestanou konzumovat mentolové výrobky, bublinkové nápoje, studené z ledničky a zmrzliny a místo „ovocného“ čaje se vrátí k teplému čaji, tak to je správná cesta. Samozřejmě pasivní kouření je vůči dítěti nespravedlivé, a přidá-li se přirozený pohyb a antistresový režim, tak bude po problému s chronickým i psychogenním kašlem. Pravda, při akutní infekci si pár dnů zasmrkáme a zakašleme, ale co nás nezabije, to nás posílí. Imunita se trénovat musí.

Chyby v péči o pacienty s cystickou fibrózou

MUDr. Veronika Skalická a kol.

Pediatrická klinika FN Motol, pracovní skupina pro CF ČPS JEP

V péči o pacienty s cystickou fibrózou (CF) či podezřením na tuto nemoc je třeba mít na paměti, že

- dítě, které má opakovaně při infektech purulentní rýmu a expektoraci, jistě není zdravé a je tedy nutno pátrat po etiologii; k vyšetření patří CI v potu a také kultivační vyš. purulentních sekretů
- novorozenecký screening CF má svoje úskalí, tedy i nadále je nutno na CF myslet, a i u těch dětí, které NSCF prošly jako negativní, v případě, že mají jakékoliv příznaky suspektní k Dg. CF, indikovat potní testy
- u nemocných s CF je vhodné pravidelně minimálně 6× ročně, optimálně každý měsíc a vždy při respiračním infektu, provádět mikrobiologické vyšetření sputa/odsátého sekretu HDC
- každou exacerbaci respirační infekce je nutno léčit antibiotiky, vybírat širokospektrá s protistafylokokovým účinkem, dávkovat na

horní hranici dávkovacího rozmezí a podávat minimálně 10, raději 12–14 dní (makrolidy nebývají v těchto situacích dostatečně účinné)

- strava nemocných s CF musí být vysokokalorická, mléko má nezastupitelnou nutriční hodnotu, žádným způsobem neovlivňuje konzistenci hlenu (pacienty poškozuje mýtus o tom, že „mléko zahleňuje“), vysazení mléka ze stravy s výjimkou vzácných situací prokázané alergie nebo deficitu laktózy je zcela nevhodné
- alternativní medicína je v případě CF hodně nebezpečná, pokud je používána místo evidence-based léčby
- ze strany PLDD je žádoucí psychologická podpora a vedení nemocného a celé rodiny, v případě potřeby je vhodná i intervence psychiatra (hlavně u adolescentů se setkáváme s odmítáním diagnózy a narůstající non-compliance).



Lázeňská léčba nemocí dýchacího ústrojí

MUDr. Josef Nebesař

náměstek pro lékařskou, ošetrovatelskou a lázeňskou péči DLL Lázně Kynžvart

Nemoci se bohužel nevyhýbají ani dětem. Představujeme vám léčebnu, jejímž posláním je léčebně rehabilitační péče o děti s nespecifickým onemocněním dýchacího ústrojí, kožním onemocněním, nemocemi ledvin a močových cest a obezitou – přírodní léčebné lázně Lázně Kynžvart. Od roku 2010 má tato lokalita, jako jedna z pouhých čtyř oblastí v České republice, uznány rozhodnutím MZ ČR zdejší klimatické podmínky jako přírodní léčivý zdroj.

Léčebna se specializuje na léčebně rehabilitační péči o děti a dorost, a to již od 1,5 roku věku do ukončení 18. roku věku. Dle vyhlášky MZ ČR č. 267/2012 Sb. bylo indikační spektrum rozšířeno i na léčebně rehabilitační péči o dospělé pacienty – **rodinné lázně**.

K přírodním léčivým zdrojům Dětské lázeňské léčebny patří také minerální prameny. Jsou součástí zřídelní soustavy kyselek uvnitř široké mariánskolázeňské zřídelní oblasti, avšak společný mají pouze hlubinný zdroj oxidu uhličitého. V současné době se jímají čtyři prameny: Richard, Helena, Viktor a Marie, využívány jsou první tři.

Léčebna využívá šest lázeňských domů s celkovou kapacitou až 355 lůžek, včetně lůžek pro doprovody dětí. V léčebně je poskytována komplexní i příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče a rovněž lázeňská léčebně rehabilitační péče pro samoplátce. U dětí předškolního věku je, po schválení revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny, možný a běžný doprovod rodiče. U samoplátců je možný doprovod v jakémkoliv věku dítěte. Doprovod dětí, ani těch předškolních, však není nutný. I malé děti bez doprovodu jsou v léčebně velice spokojené.

Dále nabízíme celou řadu dalších možných pobytů, ať už to jsou pobyty ozdravné, edukační, pobyty na zkoušku apod.

O děti pečují kvalifikovaný zdravotnický personál 24 hodin denně, po celou dobu je rovněž zajištěna lékařská péče.

Dětská lázeňská léčebna Lázně Kynžvart je státní příspěvkovou organizací, jejím zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Při zahájení komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče je stanoven každému pacientovi **individuální léčebný plán** podle diagnózy a jeho aktuálního zdravotního stavu. V léčebném plánu je stanoveno množství a druhy procedur, které přispívají ke zlepšení zdravotního stavu pacientů. Lázeňská léčebně rehabilitační péče u dětí s diagnózou **asthma bronchiale** probíhá v délce 28 dnů s možností prodloužení i opakování. Léčbu předepisuje praktický lékař pro děti a dorost a schvaluje revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny.

Plicní funkce jsou kontrolovány u dětských pacientů spirometrickým vyšetřením, které provádíme při nástupu a před skončením léčebného pobytu.

K lázeňské léčebně rehabilitační péči jsou využívány:

A/ Léčebné faktory podhorského klimatu (nadmořská výška 730 m) a optimální délka léčebného pobytu:

- vysoký stupeň čistoty vzduchu**, výhodné proudění vzduchu a vysoký stupeň oslunění – čistota ovzduší je monitorována vlastním zařízením.
- nízký obsah alergenů a bakterií** v ovzduší.
- vysoká relativní vlhkost vzduchu** daná blízkostí rozsáhlých smíšených lesů Slavkovského a Českého lesa. Vysoká relativní vlhkost vzduchu snižuje riziko vzniku ponámačového bronchospasmu a zvlhčuje sliznice dýchacích cest. Okolní lesní porosty produkují lehké záporné ionty, vlivem kterých dochází při aeroterapii k zvýšené tvorbě hlenů, zvyšuje se samočisticí činnost sliznic. Soubor vlivů klimatoterapie přispívá k přeladění organismu z vagotonie do sympatikotonie během lázeňské léčby, což vede spolu s protizánětlivou léčbou k zmírnění bronchiální hyperreakivity.
- optimální délka léčebného pobytu – převažuje celkový nespecifický účinek vyvolaný změnou prostředí, úpravou životního rytmu, opakovaným účinkem léčebných procedur.

B/ Inhalační léčba:

- osvojení si správné inhalační techniky** při používání inhalačních léků za účelem maximálního transportu léku do dýchacích cest.
- vlastní inhalační léčba** využívající přírodní léčivé zdroje – alkalická minerální voda Vincentka – aktivuje pohyb řasinkového epitelu na sliznicích dýchacích cest, rozpouští vazký hlen a usnadňuje jeho vykašlávání.

C/ Pohybová léčba – je nedílnou součástí léčby astmatu. Provádíme kondiční cvičení a speciální dechovou gymnastiku.

- LTV skupinová a individuální** – nutná ke zvýšení tělesné zdatnosti (cvičení na žínkách, lavičkách, trampolíně, gymnastických míčích, plavání a cvičení v bazénu, jehož voda je ošetřována metodou ozonizace, jízda na horských kolech, zátěžové chodníky, míčové hry aj.). Pro děti vyšších věkových kategorií zařazujeme cvičení na přístrojích v posilovně. Zvýšení tělesné zdatnosti umožňuje předcházet vzniku pozátěžového bronchospasmu, nemocný zvládá vyšší tělesnou zátěž s nižší ventilací.
- dechová gymnastika** – zahrnuje masáže a míčkování ochablých svalových skupin v oblasti hrudníku a ramenního pletence, odstraňování uvolněného sekretu z dýchacích cest, nácvik vzpřímeného držení těla, nácvik správného dechového stereotypu – bráničního dýchání a dechových pohybů dolní části hrudníku. Po zvládnutí bráničního a dolního hrudního dýchání se reflexně uvolní ztuhlá horní a střední část hrudníku a pacient může pokračovat v nácviku spojení bráničního a hrudního dýchání. Po zvládnutí tohoto způsobu dýchání pracují dýchací svaly koordinovaně. Zlepšením koordinace dýchacích svalů, zvýšením jejich síly, je dosaženo téměř normální mechanické funkce plic.

D/ Vodoléčebné procedury – střídavé nožní koupele (kontrastní teploty), skotské stříky (kombinace kontrastních teplot a tlaku), hydromasážní vana, Hubbardova lázeň (kom-



binace tlaků a teploty vody pro posilování ochablých svalových skupin) a Hauffeho lázeň (dilatace cév, zlepšení prokrvení) mají stimulační vliv a přispívají ke zvýšení odolnosti a adaptaci organismu na zátěžové situace (hlavně vůči infekcím).

E/ Saunování – zvyšuje odolnost organismu.

F/ Dietoterapie – řídí se zásadami racionální dětské dietetiky s důrazem na pestrost stravy s dostatkem zeleniny a čerstvého ovoce, rovnoměrné rozložení dávek s přiměřeným energetickým obsahem během dne. U dětí s potravinovými alergiemi je sestavován individuální jídelníček ve spolupráci s nutričním terapeutem.

G/ Psychoterapie a edukace:

Nedílnou součástí lázeňské léčebně rehabilitační péče je individuální psychologický přístup k pacientům, upevňování sebevědomí dětí, které je mnohdy vlivem chronického onemocnění značně sníženo, a edukace jejich doprovodu, praktické zaučení v rehabilitačních technikách a teoretické přednášky lékařů léčebny, seznámení se s podstatou choroby a se zdravým životním stylem.

H/ Farmakoterapie:

Dlouhodobá medikamentózní léčba závisí na diagnóze a indikační skupině k lázeňské léčebně rehabilitační péči, je indikována praktickým lékařem pro děti a dorost ve spolupráci s odborníky příslušných oborů. Pacient je se stanoveným léčebným plánem přijímán a tento plán je lékaři DLL respektován. Aktuální medikamentózní léčba se řídí momentálním zdravotním stavem pacienta. Léčba vždy odpovídá zásadám účelné farmakoterapie.

I/ Režimová opatření:

Režim pobytového dne dětského pacienta je systémově naplánován. Plán zahrnuje naordinované procedury, školní výuku i volný čas malého pacienta. Školní výuka probíhá během dopoledne a týká se dětí ve věku povinné školní docházky. Předškoláci navštěvují mateřskou školu nebo si hrají v hernách na jednotlivých odděleních. Po odpočinku v odpoledních hodinách následují další procedury dle denního plánu. Během celého dne probíhá klimatoterapie. Řízená terénní chůze po okolí je volena tak, aby vycházky a výlety byly nejenom zajímavé, ale aby od-

povídaly fyzické kondici dětského pacienta. V léčebně je dodržován antialergický režim.

Výsledným efektem lázeňské léčebně rehabilitační péče je stabilizace základního onemocnění, zvýšení tělesné zdatnosti dítěte, zvýšení sebedůvěry a psychické stability a možnost zařazení astmatika do sportovního kolektivu zdravých vrstevníků. Lázeňskou léčebně rehabilitační péči o děti s respiračním onemocněním považujeme za integrální součást komplexní péče, kterou se dosáhne zlepšení zdravotního stavu bez vedlejších účinků dalších léků na organismus dítěte, a to vlivem koncentrace všech ostatních léčebných metod a opatření v klimaticky příznivém prostředí s využitím přírodních léčivých zdrojů a při zachování léčebného farmakologického plánu, stanoveného vysílajícími odborníky. Komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče v Dětské lázeňské léčebně Lázně Kynžvart významně přispívá k úspěšnosti léčebně preventivního programu u dětí s respiračními onemocněními a zlepšení kvality jejich života. Výsledky uskutečněné studie potvrzují, že příznivé účinky se neprojevují jenom v klasických zdravotnických ukazatelích, ale lze je dlouhodobě a trvale potvrdit i v ekonomice komplexní péče. Výsledky hodnocení potvrdily, že po absolvování opakované komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče došlo k celkovému poklesu nákladů na léčbu dětí antibiotiky v průměru na 53,1 % dle jednotlivých věkových skupin a celkový pokles nákladovosti na léčbu respiračních onemocnění dětí symptomatiky dosáhl 33,6 %. Stejný trend byl zaznamenán i v kategorii spotřeby imunostimulancií a kortikoidů. Ve všech věkových kategoriích výrazně klesla četnost hospitalizací pro respirační onemocnění dětí v kalendářním roce po absolvování lázeňského pobytu.

Dle vyhlášky MZ ČR č. 267/2012 Sb., o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost, došlo k některým změnám. Podstatné jsou změny indikačních podskupin k lázeňské léčbě dětí především v indikační skupině XXV – netuberkulózní onemocnění dýchacího ústrojí. Jiné podstatné změny, týkající se léčebně rehabilitační péče o děti v DLL Lázně Kynžvart, vyhláška neobsahuje, naopak umožňuje výrazné rozšíření léčebných indikací v léčebně.

V současné době je možné v DLL Lázně Kynžvart poskytovat léčebně rehabilitační péči dětem s následujícími indikacemi:

(U indikací **XXIII**, **XXIV/3** a **XXIX** probíháji dohodovací řízení s jednotlivými zdrav. pojišťovnami)

XXIII: Nemoci trávicího ústrojí: XXIII/1, XXIII/2, XXIII/3, XXIII/4, XXIII/5

XXIV: Nemoci a poruchy výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí a obezita: XXIV/2, XXIV/3

XXV: Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí: XXV/1, XXV/2, XXV/3, XXV/4, XXV/5, XXV/6, XXV/7

XXVIII: Nemoci močového ústrojí: XXVIII/1, XXVIII/2, XXVIII/3, XXVIII/4, XXVIII/5, XXVIII/6

XXIX: Duševní poruchy: XXIX/1, XXIX/2

XXX: Nemoci kožní: XXX/1, XXX/2

Dohodovací řízení na poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče pro dospělé (**rodinné lázně**) v současné době probíháji pro indikační skupiny:

III: Nemoci trávicího ústrojí: III/1, III/2

IV: Nemoci z poruchy výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí: IV/2

V: Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí: V/1, V/2, V/3, V/4, V/5, V/6, V/7

VIII: Nemoci močového ústrojí: VIII/1, VIII/2, VIII/3, VIII/5

IX: Duševní poruchy: IX/1, IX/2

X: Nemoci kožní: X/1, X/2

Další informace:
www.detskalecebna.cz



Kazuistika: Záchvaty nočního kašle u Barborky

MUDr. Jarmila Turzíková

Dětské odd. FN Na Bulovce, Praha

Barbora S., narozena 2. 12. 1998



RA: matka zdravá, oba její rodiče astma otec zdravý, bratr narozen 2003 – od kojeneckého věku opakované bronchitidy, ve 3 letech projevy polinózy, od 4 let v péči naší ambulance pro alergickou rýmu a astma

SA: Úplná rodina, byt 3+1, ústřední topení, zvíře doma není

OA: Dítě z 1. fyziologického těhotenství, porod a poporodní průběh bez komplikací, PH 3650g, PD 51cm. Kojena 3 týdny. Po odstavení a zařazení kravského mléka začala více ublíkávat a objevil se atopický ekzém. Po zařazení hutnější stravy kolem 9. měsíce věku ublíkávat přestala. V 10 měsících věku první bronchitida s obstrukcí, od té doby opakovaně obstruktivní bronchitidy, každá rýma „spadla na průdušky“. Byla často nemocná, hlavně v podzimních a zimních měsících, časté horečnaté infekty, v létě obvykle jen kašlala. Stav se výrazně zhoršil ve 3 letech, kdy nastoupila do mateřské školy. Bronchitidy měla téměř každý měsíc. Léčena vždy antibiotiky, léčba nebyla moc efektivní, poslechový nález přetrvával dlouho, obvykle kašlala více než 3 týdny, někdy byla „nutná“ léčba více antibiotiky.

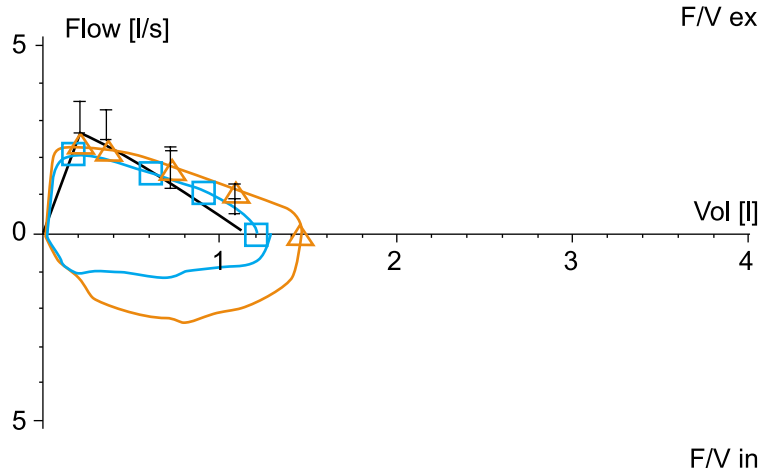
NO: Barborka byla poprvé vyšetřena v naší pneumologické ordinaci ve věku 6 let. Byla doporučena praktickou lékařkou k provedení pH-metrie pro suspekt ní refluxní chorobu jícnu. Typické projevy refluxní choroby jako pálení žáhy, zvracení nebo ruminace

pozorovány nebyly. Občas matka u dítěte pozorovala foetor ex ore při rýmě. Posledních 6 měsíců ale trval kašel, i v letních měsících hodně kašlala ve dne, ale hlavně v nočních hodinách, nejčastěji až po půlnoci, téměř denně záchvat dráždivého kašle. Zkoušena léčba antibiotiky bez efektu. Alergologické vyšetření dosud neměla, v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost odebrány imunoglobuliny, prokázána snížená hladina IgA, ostatní imunoglobuliny včetně IgE v mezích normy. Lékařka se domnívala, že příčinou nočního kašle u Barborky by mohl být gastroezofageální reflux, protože si pamatovala, že dívka v kojeneckém věku ublíkávala, a kašel se nejčastěji objevoval v poloze vleže v noci.

Při první návštěvě byl klinický nález u Barborky téměř fyziologický. Dýchala čistě, měla jen lehce halonované oči a v nosohltanu byl patrný hlenohnisavý sekret. Přestože byla objednána k provedení pH-metrie, vyšetření jsme nakonec neprovedli. Po podrobném odebrání anamnézy nám tento postup nepřipadal správný, neboť nebyla zatím provedena jednodušší a pro dítě méně nepříjemná vyšetření, jako je spirometrie a alergologické testy. Pomýšeli jsme totiž především na průduškové astma, které se může projevovat záchvaty nočního kašle. Suspekce z tohoto onemocnění bylo o to větší, že Barborka měla v kojeneckém věku atopický ekzém a v předškolním věku trpěla na tzv. „obstruktivní bronchitidy“.

Provedli jsme spirometrické vyšetření. Křivka průtok/objem měla normální tvar a všechny parametry byly v mezích normy. Přesto jsme provedli dilatační test. Po aplikaci 4 vdechů salbutamolu došlo k výraznému zlepšení plicní funkce, jednovteřinová vitální kapacita se zlepšila o 20 %, což je důkazem zvýšené bronchiální reaktivity. Provedli jsme alergologické prick testy a odebrali screening z krve na běžné inhalační a potravinové alergeny. Alergická senzibilizace prokázána nebyla.

Uzavřeli jsme tehdy diagnózu jako průduškové astma neatopické a kašel jako ekvivalent astmatu. Barborka dostala léčbu inhalačními kortikosteroidy v nízké dávce v kombinaci s antileukotrieny. Po týdnu kašel ustal, od té doby byla Barborka zcela v pořádku. Byla na udržovací léčbě pouze inhalačními kortikosteroidy. Dochází na pravidelné kontroly, spirometrie je stále v mezích normy, hodnoty FENO (oxid dusnatý ve vydechaném vzduchu) se pohybují mezi 10–15 ppb, což jsou normální hodnoty. Před rokem se objevila alergická senzibilizace na pyly travin, v letních měsících se začaly objevovat symptomy polinózy. Astma jsme překlasifikovali na alergické, léčba zůstala beze změny – nízká dávka inhalačních kortikosteroidů. Protože dívka v poslední době začala pociťovat pozátěžové problémy – závodně tančí –, je toho času na léčbě inhalačními kortikosteroidy s dlouhodobě působícími beta-2 agonisty ve fixní kombinaci a je opět zcela bez problémů.



Léčba kašle z pohledu homeopatické terapie

Homeopatie může mít při léčbě kašle významné místo. Řeší akutní stavy, kdy zkracuje délku léčby a snižuje výskyt komplikací. Může působit rovněž preventivně, takže snižuje počet recidiv, které mohou přispívat např. ke vzniku astmatu.

2 kazuistiky z praxe

MUDr. Kateřina Formánková,
pediatr, homeopat, Ostrava

- Léčila jsem kašel u 4leté holčičky, která přišla na kontrolu se suchým kašlem, trvajícím 14 dní. Kašlala zvláště v noci a postupně se stav zhoršoval i přes podávanou standardní léčbu. Maminka dávala různé kapky i sirupy – bez efektu. Během posledních dnů začaly být záchvaty kašle v noci provázeny nadáváním a zvracením. Základním lékem záchvatů suchého kašle, zvláště v noci, je lék Drosera. Pokud je kašel doprovázen nadáváním a zvracením, doplní melékem Ipeca 9 CH, 5 granulí po každém záchvatu kašle. Doporučení: Drosera 30 CH 3x denně 5 granulí, v noci podle potřeby dávku zopakovat a k tomu podávat lék Ipeca 9 CH. Zpráva od dívčiny matky – kašel do 2 dnů ustal, dítě bylo poté již zcela v pořádku.
- Ve své ordinaci často léčím pedagogy, kteří na podzim přicházejí s chrapotem a suchým kašlem po větší hlasové zátěži a změně počasí. Na namožené hlasivky a neustálé lechtání v krku, které nutí pacienty pokašlávat, velmi dobře zabírá kombinace léků Arnica montana 9 CH a Rumex crispus 9 CH, oba léky doporučuji rozpustit ve sklenici vody (od každého 5 granulí) a během vyučování popíjet. Tato léčba je velmi účinná, a tak je téměř pravidlem, že po zlepšení stavu jednoho učitele přicházejí do mé ordinace další členové tohoto učitelského sboru, aby se ujistili, že mohou brát stejné léky.

SIRUP DROSETUX *šetrná přírodní léčba*

- sirup rostlinného původu
- bez věkového omezení
(mohou jej užívat i těhotné a kojící ženy)
- bez chemických barviv a umělých sladidel
- bez alkoholu
- nežádoucí účinky nebyly dosud zaznamenány



BOIRON
www.boiron.cz

Sirup Drosetux® obsahuje 10 léčivých látek v homeopatickém ředění: Drosera 3 CH, Arnica montana 3 CH, Belladonna 3 CH, Cina 3 CH, Coccus cacti 3 CH, Corallium rubrum 3 CH, Cupri gluconas 3 CH, Ferrum phosphoricum 3 CH, Ipecacuanha 3 CH, Solidago virgaurea 1 CH. Přípravek je volně prodejný, k dostání v lékárnách. Není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



Komplikace u dítěte s monstrózní obezitou

**MUDr. Petra Krčková, Martina Vítová, MUDr. Renata Pomahačová, PhD.,
MUDr. František Stožický, DrSc. prof. MUDr. Jiří Kobr, PhD.**

Dětská klinika FN a LF UK Plzeň

■ Úvod

Nárůst obezity v dětském věku je enormní. Statistiky uvádějí, že za posledních 10 let došlo k trojnásobnému nárůstu dětské obezity. Alarmující je i zvyšující se výskyt zdravotních komplikací, které obezitu doprovázejí, a nárůst metabolického syndromu u obézních dětí. Následující kazuistika to potvrzuje.

■ Kazuistika

Dvanáctiletý pacient byl poprvé vyšetřen v obezitologické ambulanci Dětské kliniky FN Plzeň v červnu 2009, tj. v 9 letech věku. Z rodinné anamnézy je důležitým údajem obezita u obou rodičů, otec léčen antihypertenzivy. Pacient je z fyziologické gravidity s normálními porodními mírami (hmotnost 3260 g, délka 49 cm), kojen pouze 1 měsíc. Vážněji nestonal, od 7 let věku byl sledovaný pro obezitu v endokrinologické ambulanci dle spádu.

Při prvovýšetření v naší obezitologické ambulanci váží pacient 86,9 kg, jeho BMI je 38,1 kg/m². Vstupním vyšetřením je vyloučena hypofunkce štítné žlázy, hyperkortikalismus a dysmorfické syndromy spojené s obezitou. V laboratoři jsou zvýšeny jaterní transaminázy, přítomen hyperinzulinismus, hraničně zvýšena hladina kyseliny močové v séru – blíže viz tab. 1. Sonograficky popi-
sován obraz difúzní steatózy jaterní.

Tab. 1 – Vstupní patologické výsledky

Parametr	Hodnota	Norma
S-ALT	1,74 µkat/l	0,1–0,67
S-AST	0,73 µkat/l	0,1–0,67
S-GMT	0,79 µkat/l	0,1–1,04
S-kys. močová	345 µmol/l	120–340
S-CP	1,6 nmol/l	0,28–1,32

Pacient měl nepravidelnou pohybovou aktivitu a chyby ve stravování – nesnídal, pil

sladké tekutiny, ve večerních hodinách měl často ovoce.

Obr. 1 a tab. 2 uvádějí vývoj antropometrických parametrů během sledování v obezitologické ambulanci, tab. 3 vývoj obvodů.

Tab. 2 – Poslední vývoj BMI a tělesné hmotnosti

Datum	BMI (kg/m ²)	Hmotnost (kg)
Leden 2012	42,9	115,3
Duben 2012	41,7	116,4
Říjen 2012	43,9	128,3

Tab. 3 – Vývoj tělesných obvodů

Měřený parametr	Vstupní hodnota (cm)	Poslední hodnota (cm)
Obvod pasu	105	114
Obvod břicha	111	130
Obvod pasu	119	125

Podívejme se nyní blíže na jednotlivé komplikace u našeho pacienta.

V tukovém spektru se přechodně objevuje hypertriglyceridémie, ale poslední lipidogram z října 2012 je zcela v normě (není přítomno ani snížení HDL cholesterolu). Od roku 2010 měl pacient hyperurikémii s kolísavými hodnotami, které nepřekračovaly 500 µmol/l, opakovaně provedeno i vyšetření odpadu kyseliny močové za 24 hodin, výsledky vyloučily snížené vylučování do moči jako příčinu hyperurikémie. V říjnu 2012 došlo k významnému zvýšení urikémie na 555 µmol/l, při kontrole v prosinci 2012 toto zvýšení přetrvává. U pacienta se zatím nevyskytl žádný dnový záchvat.

Od počátku sledování v obezitologické ambulanci je u pacienta přítomen hyperinzulinismus, každoročně byl prováděn orální glukózový toleranční test. V roce 2011 výsledky testu svědčí pro poruchu glukózové tolerance – viz tab. 4.

Tab. 4 – Orální glukózový toleranční test 11/2011

Čas (min)	Glykémie (mmol/l)	C peptid (nmol/l)	Inzulin (mIU/l)
0	5,5	2,25	51,5
120	9,1	6,0	343,5

Byla zahájena terapie metforminem, ale matka terapii samovolně po dobrání balení 30 tablet vysazuje. Matka i pacient byli opětovně edukováni v problematice onemocnění a nutnosti pravidelného užívání léku. Pravidelně kontrolovány glykémie, C peptid a hodnota glykovaného hemoglobinu – výsledky již neukazovaly na možný rozvoj diabetu mellitu II. typu. Kontrolní orální glukózový toleranční test v prosinci 2012 již nesvědčí pro poruchu glukózové tolerance či rozvinutý diabetes mellitus – viz tab. 5.

Tab. 5 – Kontrolní oGTT 12/2012

Čas (min)	Glykémie (mmol/l)	C peptid (nmol/l)	Inzulin (mIU/l)
0	5,4	1,716	34,4
120	4,8	3,33	82,4

Vzhledem k intermitentně měřeným hypertenzním hodnotám krevního tlaku byla v únoru 2011 indikována 24hodinová Holterovská monitorace krevního tlaku, prokázána systolická hypertenze ve všech fázích s fyziologickým nočním poklesem. Pacient byl přijat k dovyšetření a vyloučení sekundární příčiny hypertenze na Dětskou kliniku FN Plzeň. Během hospitalizace byla vyloučena renální endokrinní příčina, echokardiografické vyšetření neprokázalo hypertrofii zadní stěny levé komory, která by svědčila pro fixovanou hypertenzi. Kardiologem tedy nebyla zatím indikována farmakoterapie, pacient byl opět poučen o nutných režimových opatřeních. Po roce byl proveden kontrolní kontinuální monitoring krevního tlaku, prokázána systolická hypertenze II. stupně ve všech fázích, indikováno zahájení terapie selektivním beta-antagonistou.



Iktus kvůli hormonální antikoncepci?

Lékaři v Česku o tom opatrně mluví už čtyři roky: kvůli hormonální antikoncepci mohou mladé dívky dostat iktus a teoreticky ochrnut, v krajním případě i umřít. Varování sílí i ve světě. Ve Francii se kvůli tomu strhla lavina žalob. Pětatřicet tisíc lidí v Česku ročně postihne iktus. Třetina z nich zemře. Mezi nimi je i několik desítek dívek ve věku kolem dvaceti či pětadvaceti let. Proč?

To lékaři dlouho nevěděli. Dokud neurolog Jiří Neumann nezačal případy velmi podrobně zkoumat. „Ukázalo se, že když jsme vyloučili rodinnou zátěž a další možnosti, zbyl jeden společný jmenovatel: hormonální antikoncepce,“ říká. Že mohou „pilulky proti otěhotnění“ způsobit iktus, dokazuje právě probíhající soudní pře ve Francii. Tam řeší žalobu pětadvacetileté Marion Laratové, která skončila ochrnutá na půlku těla. Případ strhl lavinu a její advokáti už zdokumentovali třicet dalších podobných příběhů, včetně jednoho úmrtí mladé dívky. Marion Laratová brala hormonální kontraceptiva jen tři měsíce, když ji mrtvice postihla. Vyšetření ukázalo, že trpěla vážnou poruchou srážlivosti krve, jež podávání těchto přípravků vylučuje. Potíž je ta, že o své nemoci nevěděla, stejně jako většina dívek. Předběžná vyšetření totiž zpravidla nikdo neřeší – ani ony, ani lékaři. Hormonální antikoncepce se u nás stejně jako ve světě hojně předepisuje (užívá ji 80 procent dívek do dvaceti let) a ženy i mnozí lékaři získali dojem, že je zcela bezpečná. „Gynekologové testy na zjištění poruch srážlivosti nedělají. Jsou finančně příliš nákladné na to, aby se daly hradit z veřejného zdravotního pojištění,“ říká Neumann. V populaci je přitom podle Všeobecné zdravotní pojišťovny deset procent žen, které trpí stejnou poruchou jako ochrnutá Francouzka. To znamená, že každou desátou Češku, která antikoncepci užívá, může potkat stejný – ne-li horší – osud jako Marion Laratovou. Podle genetičky Moniky Koudové mohou dívky zemřít na mrtvici klidně už v šestnácti letech. Stačí, když letí na dovolenou letadlem, čímž se zvýší riziko jak iktu, tak trombózy. Výrobci léků se brání, že každý příbalový leták říká, kdo antikoncepci nesmí užívat. A ženy s poruchami srážlivosti krve patří na přední místo. Podle firem se nemá šetřit na vyšetření žen před předepsáním pilulek.

Zdroj: L. Petrášová, MF Dnes, 10. 1. 2013

U pacienta byl změřen pletysmografickou metodou (přístroj Endo – PAT 2000) reaktivní hyperemický index (RHI), nebyla prokázána endoteliální dysfunkce. Domníváme se, že negativní výsledek je dán normálním lipidogramem a správně léčenou hypertenzí.

Bohužel spolupráce s rodinou a pacientem je problematická, na kontrolu v říjnu 2012 se dostavili až po písemné výzvě. Dle došených záznamů týdenního jídelníčku došlo po edukaci nutriční terapeutkou k úpravě stravování, ale otázkou je pravdivost těchto záznamů. Velkým problémem zůstává pohybová aktivita, která je stále nedostatečná.

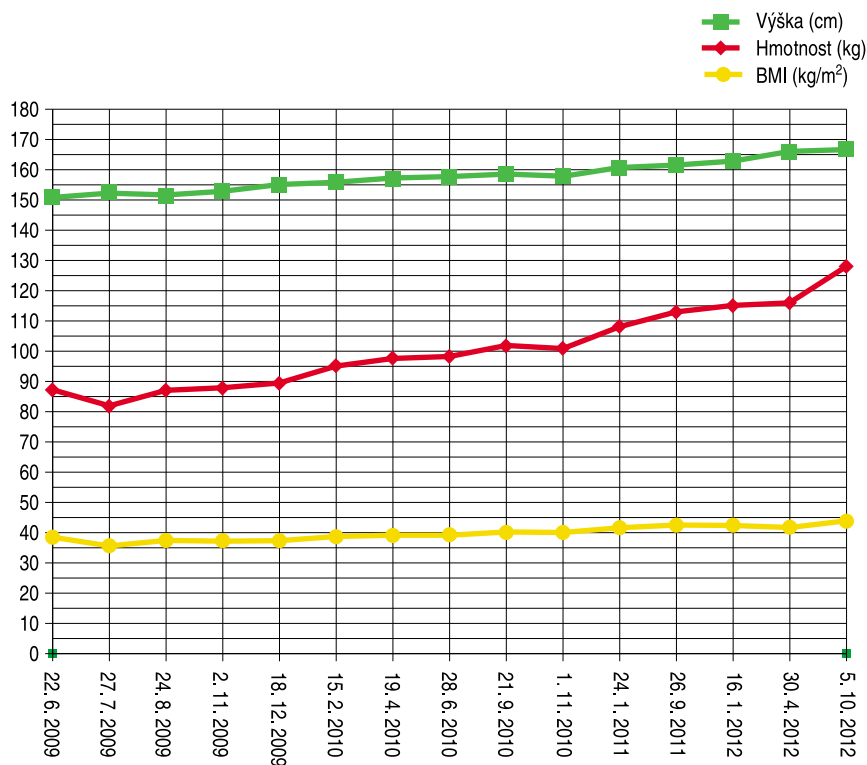
Shrnutí

Představili jsme vám kazuistiku obézního pacienta, který je v pásmu obezity již od 18 měsíců věku. Ve 12 letech věku byla

prokázána porucha glukózové tolerance vyžadující terapii antidiabetiky, prokázána hypertenze s nutností farmakoterapie. Přítomná významná hyperurikémie bez dnových záchvatů, elevace jaterních transamináz v důsledku steatózy jater. Jedná se o nespolupracující rodinu, která je opakovaně edukována v problematice obezity a komplikací z ní vycházejících. Vzhledem k přítomným komplikacím je již od počátku sledování v obezitologické ambulanci doporučován lázeňský pobyt, který ale pacient trvale odmítá. V péči odborné ambulance zůstane pacient z důvodu nutnosti sledování vývoje a léčby vzniklých komplikací.

Dle mého názoru stále velká část populace nevnímá obezitu jako zdravotní problém, proto je nutná neustálá osvěta v této problematice, která doufejme povede k zastavení stále se zvyšující incidence dětské obezity.

Obr. 1 – Vývoj antropometrických parametrů





Léčba obezity může někdy vést k rozvoji mentální anorexie

PhDr. Marie Nesrstová, MUDr. Zlatko Marinov

Dětské obezitologické centrum, Pediatrická klinika FN Motol a 2. LF UK Praha

Poruchy příjmu potravy se v posledních letech staly z medicínského hlediska středem zájmu diagnostiky a léčby. Podmínkou úspěšné terapie je sociokulturní analýza, která se snaží porozumět stylu doby, uznávaným hodnotám, ale i vztahu k tělu jedince a jeho výkonům. Z pohledu patologie jídelního chování zaznamenáváme na jedné straně spektra narůstající obezitu u dětí v předškolním věku a významný výskyt obezity v adolescenci. Na druhé straně u dospívajících je patrné zaujetí štíhlostí, fyzickou a výkonovou úspěšností. V této věkové skupině se objevuje až patologický strach z tloušťky, narušené vnímání těla, kdy často dochází k vyhublosti až kachektizaci.

Pro ilustraci uvádíme kazuistiku 14leté dívky, u které se obě problematiky propojily. Na konkrétním příkladu poukazujeme na přestup dětské obezity v mentální anorexii a úskalí při jejich léčbě.

Klíčová slova: dětská obezita, mentální anorexie, zvláštnosti diagnostických a terapeutických přístupů

Příjem potravy nemá pouze nutriční význam, ale je spojován s mnoha sociálními, ekonomickými a psychologickými aspekty. Když se vzájemné vztahy dostávají do výrazné nerovnováhy, může dojít k poruše příjmu potravy (PPP). Moderní pojetí PPP chápe toto onemocnění jako kontinuální spektrum od restriktivní formy mentální anorexie, přes purgativní formu, mentální bulimii, záchvatovitě přejídání na psychogenním podkladě až po některé formy obezity.

■ Kazuistika

Z osobní anamnézy: Dívka ze 3. těhotenství, porodní hmotnost 4100 g a délka 52 cm. Poporodní adaptace bez pozoruhodností. Kojena byla 3 měsíce. Psychomotorický vývoj odpovídal věku. Dobře prospívala až do 10 let věku. Učila se výborně. Změna nastala ve 4. třídě základní školy, kdy nastoupila jako třídní přísnější paní učitelka. Měla k dce časté výhrady stran učiva a pomalého pracovního tempa. Dívka začala být neklidná, jedla více různých sladkostí a během 6 měsíců přibrala na váze 8 kg. Její hmotnost byla 58 kg na 153 cm. Od dět ve

škole i od starších sourozenců doma vnímala výsměch. Měla přezdívku „bumbříček“.

Z rodinné anamnézy: Dominantní matka 43 let, středoškolského vzdělání, měla obezitu I. stupně BMI 30,5. Otec 47 roků, v invalidním důchodu po operaci karcinomu rekta, měl nadváhu BMI 26,5. Sestry 17 a 19 let, studující, obě s lehkou nadváhou.

Průběh nadváhy: Do obezitologické ambulance FN Motol v 10 letech dívku odeslala obvodní dětská lékařka s obezitou 2. stupně body mass index (BMI) 24,8, 99. percentil BMI (PR BMI), 2,41 směrodatné odchylky BMI (SD BMI). Během standardní protokolární léčby v ambulanci při jednoměsíčních návštěvách došlo při dobré spolupráci k žádoucím hmotnostnímu úbytku. V 11,5 letech byla hmotnost v pásmu nadváhy s hmotností 55 kg na 156 cm výšky, 22,5 BMI, 1,54 SD BMI, což odpovídá 94 percentilu BMI (graf č. 1). Následně spontánně přestává rodina s dívkou na kontrolní vyšetření docházet. Dle pravidel ambulance byla kontaktována poštou ohledně růstových parametrů, kdy dívka již byla v pásmu normální hmotnosti.

Při preventivní prohlídce ve 13 letech obvodní dětská lékařka zaznamenala, že dívka začala omezovat příjem potravy. Lékařce sdělila, že chce být štíhlá jako její spolužačka, která je astenického habitu, ale na genetickém podkladě. Naše klientka měla v této době normální hmotnost 50 kg na 158 cm výšky, 20 BMI, 74 SR BMI. Vnímala se silná, začala u ní restriktce příjmu potravy a měla nadměrný příjem tekutin v množství

3–5 litrů za den. Lékařkou byl doporučen pravidelný jídelní režim, snížení množství tekutin. Na kontrolním vyšetření za 3 měsíce byla hmotnost u dívky 44 kg na 159 cm, 25 SR BMI. Opět lékařka s dívkou a matkou prohodila jídelní režim. Za další měsíc hmotnost stagnuje. Rodině byla doporučena hospitalizace na Dětské psychiatrické klinice, což matka odmítla a vyhledala vyšetření opět v naší ambulanci.

Průběh mentální anorexie: Do psychologické ambulance na Dětské poliklinice FN Motol přišla dívka ve věku 14,3 roku. Její hmotnost byla 42 kg na 160 cm výšky, 17,1 BMI, 17,2 PR BMI (graf 1). Doma veškeré jídlo přepočítávala na kalorie. Jedla hodně jablka (1,5 kg za den), měla významnou restriktci příjmu potravy a pila 2–3 litry vody.

V rodině byly velké neshody ohledně jídla, zejména mezi matkou a naší klientkou. Na tělovém schématu se vnímá silně obézní. Chtěla mít postavu modelky – „nebýt zase ta kulička“. Pohybově byla významně aktivní. Denně rychlá chůze nejméně 2 hodiny. Běhala tři patra schodů. 2× týdně docházela na karate v délce 1,5 hodiny. Ve škole opět vnímala výsměch od spolužáků. Měla přezdívku „kostřička“ (obr. 1). V chování byl patrný neklid a úzkostné projevy (obr. 2). Menstruaci již neměla 9 měsíců. Hůře spala.

S matkou i dívkou byla v psychoterapeutickém sezení prohodována problematika mentální anorexie. Otec byl po celou dobu



Papírové recepty možná zůstanou

Lékaři možná nebudou mít ze zákona povinnost předepisovat od roku 2015 léky až na výjimky elektronicky.

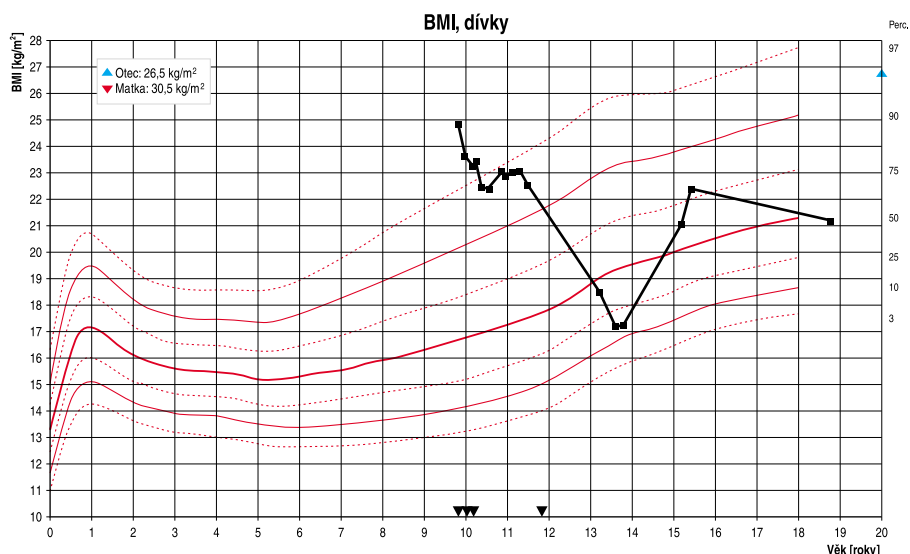
Proti tomuto požadavku Sněmovny se dnes postavili senátoři z ústavně-právního výboru na návrh jeho předsedy Miroslava Antla (za ČSSD). Podle odpůrců by téměř úplné zrušení papírových receptů přineslo v praxi problémy, nejisté jsou prý i deklarované miliardové úspory.

Místopředseda výboru Vladimír Plaček (ČSSD) poukázal na to, že elektronickou podobu mělo ročně jen 250 000 receptů, zatímco 74 milionů bylo tradičních papírových. S elektronickou podobou by podle kritiků měli problémy senioři i lékaři v jejich věku. Podle zástupců ministerstva zdravotnictví je málo elektronických receptů kvůli tomu, že lékaři k jejich používání nejsou nijak motivováni a záleží jen na jejich dohodě s pacienty.

Povinné využívání elektronického receptu vložila Sněmovna na návrh svého zdravotnického výboru do vládní novely o léčivech, jejímž účelem bylo hlavně ochránit české pacienty před padělkami léků. Vládní návrh vycházel z evropských předpisů. Zastánci si od zavedení povinných elektronických receptů slibují úspory až dvou miliard korun ročně. Zmizí podle nich také falešné recepty. Výjimky pro použití papírových receptů by mělo stanovit vyhláškou ministerstvo zdravotnictví.

Vládní předloha počítala s tím, že farmaceutické firmy budou zodpovědné za trvalé sledování bezpečnosti svých léčivých přípravků. Předloha zpřesňuje ochranné prvky léků na recept i vydávaných v lékárnách jen na průkaz. Novela také upravuje účinnější a efektivnější možnost postihu v případech, kdy se léky prodávají na tržištích nebo v zásilkovém prodeji na internetu, aniž jsou dodržena pravidla zásilkového výdeje. Sankce za porušení zákona mohou činit až 20 milionů korun.

Zdroj: čtk, 17. 1. 2013



Graf 1 - BMI, dívky

sezení spíše pasivní. Bylo doporučeno zrušit docházku na zájmový kroužek karate, zkrátit a zvolnit tempo vycházek a eliminovat běh do schodů. Doma se nevážit, omezit sledování kalorických hodnot jídla. V režimu jídla racionální životospráva s menší porcí 6× denně u stolu, příjem tekutin do 2 litrů za den. Doporučen 1 tekutý energetický potravinový doplněk na druhou večeři. V rozhovoru jen s matkou bylo zdůrazněno zejména nevytýkat dívce její přístup k jídlu i chování. V případě zlepšení celkového stavu rodina upozorněna na nutnou hospitalizaci na Dětské psychiatrické klinice. Dívka reagovala pláčem, že nikam nepůjde. Za 2,5 měsíce od začátku terapie dívka navýšila hmotnost o 2,6 kg. Následně váha stagnovala. Dívka odmítala příjem tekutého energetického doplňku. Pila neslazený čaj a začala více jíst sladká jídla. V chování byla dívka již více uvolněná, spolupracovala, občas úsměv i vtip. Rodiče vnímali situaci u dívky zlepšenou a jen konstatovali, že jedla stále ještě menší porce masa. Dívka v terapii sdělovala obavy, že když bude nadále nárůst hmotnosti, bude opět tlustá. Bylo to typické chování dívek s mentální anorexií, které modifikuje jejich rozhodování.

Ve věku 15 let měla dívka navýšenou hmotnost na 48,6 kg. V rozhovoru opět sdělovala neshody s matkou, která nakupovala spoustu sušenek, čokolád, oříškový krém a další pochutiny. Dívce však odmítala dát sebemenší porci, protože jedla málo maso, a sladkosti nakupovala jen pro otce a starší sestry. Toto jednání matky vedlo u dívky k rozvoji bulimické epizody. V noci potají



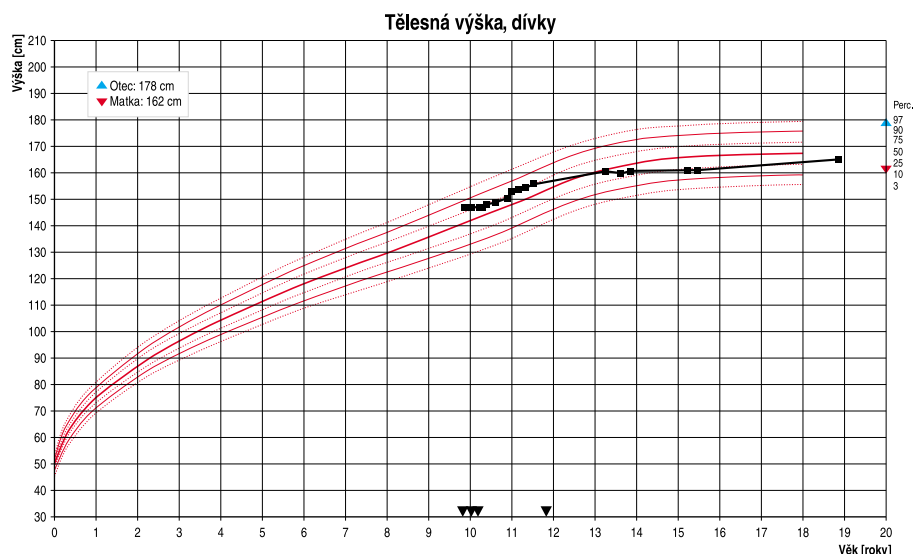
Obr. 1



Obr. 3



Obr. 2



Graf 2 – Tělesná výška, dívky

snědla během 20 minut větší množství domácích zásob. Následně měla výčitky svědomí, ale zvracela jen 1×. Sdělovala, že se cítila velmi nepříjemně. Matka byla upozorněna, že pokud se tyto stavy budou u dívky častěji opakovat, byl by to důvod k hospitalizaci. Doporučeno doma nemít větší zásoby pochutin, které u dívky spouštějí její nepřiměřené chování. Následně se již bulimická epizoda neopakovala.

Ve věku 15,3 r. byla hmotnost 54,4 kg na 161 cm výšky, 21 BMI, 64 PR BMI. Přestala řešit, co a kolik toho sní. U dívky se rozběhl menstruační cyklus. Vyprazdňování stolice bylo pravidelné a byl zlepšen spánek. V chování byla veselá a spokojená (obr 3).

Ve věku 15,5 r. hmotnost u dívky 57,8 kg na 161 cm, 22,3 BMI, 78 PR BMI. Příjem jídla byl 5× denně, již vnímala pocit hladu a jedla s chutí. Na tělovém schématu se vnímala jako normální dívka sportovního typu. Na naše pravidelná setkání přivedla spolužačku, u které se začínala rozvíjet mentální anorexie. Sdělila, že by nechtěla, aby spolužačka prožívala to, co ona sama musela překonat.

Poslední kontakt s dívkou se uskutečnil v září 2012 ve věku 19 let. Její hmotnost byla 57,5 kg na 165 cm, 21,1 BMI (graf 1). Měla zcela normální jídelní návyky, pravidelnou menstruaci. Občas měla ještě v zátěži lehčí stavy úzkosti, které se projevovaly jako dechové obtíže. Opět jsme se zaměřili na autogenní trénink, nácvik volného dýchání. Je studentkou 4. r. střední chemicko-po-

travinářské školy. Má blízkého přítele a žije normálním partnerským životem.

Závěr

PPP u dětí představují závažnou komplikaci v somatickém a psychosociálním vývoji dítěte. Průběh mentální anorexie v době dospívání ovlivnil u dívky růst, kdy finální výška se ze 75 PR přes epizodu obezity snížila na 25 PR přes epizodu mentální anorexie ke konečné výšce na 47 PR, tj. rozdíl cca 5 cm původního předpokladu (graf 2). Příčiny vzniku PPP jsou multifaktoriální a představují vzájemnou interakci biologických, psychologických, rodinných a sociálně-kulturních faktorů. Rizikové faktory mají kumulativní charakter. Mohou být společné pro všechny formy PPP (např. sociálně-kulturní ideál postavy) a některé jsou specifické pro konkrétní typ (např. rozdílné osobnostní a rodinné charakteristiky).

Komplexní léčba PPP je dlouhodobá. Na změny chování, myšlení a citění se soustřeďuje kognitivně-behaviorální terapie. Cílem terapie je změna sebepojetí klienta z nemocného a málo schopného na obraz úspěšného jedince, který se cítí dobře v kruhu rodiny a svých nejbližších. Uvědomujeme si, že se jedná o obtížný úkol, ale vždy máme radost, jako v prezentované kazuistice, když se nám daří a klient se vrací spokojený do běžného života.

Náboženská obřízka bude v Německu legální, potvrdili poslanci

Němečtí poslanci ve středu schválili pravidla obřízky chlapců z náboženských důvodů. Pokud bude tento rituál židů a muslimů proveden podle lékařských standardů, nebude za něj hrozit trest.

Obavy z něj vyvolal květnový verdikt soudu v Kolíně nad Rýnem, který kvůli zdravotním komplikacím po zákroku u malého hochy náboženskou obřízku označil za ublížení na zdraví, což spustilo bouřlivé protesty židů a muslimů nejen v Německu.

Tuto právní nejistotu má odstranit schválený vládní návrh zákona, který obřezání chlapců legalizuje obecně za předpokladu, že při něm budou dodržena lékařská pravidla a u malých chlapců s ním budou souhlasit rodiče. Beztrestnost se nebude vztahovat pouze na případy, kdy by bylo ohroženo blaho dítěte, například zdravotními riziky u hemofiliků. U chlapců mladších půl roku budou moci zákrok provádět nejen lékaři, ale i vyškolení představitelé náboženských obcí. Tím zákon vychází vstříc židovské komunitě, která má vlastní rituální obřezávače, takzvané mohely. Pro tuto úpravu se dnes vyslovila velká většina přítomných poslanců; 434 jich hlasovala pro a proti bylo 100. Neprošel naopak návrh skupiny opozičních zákonodárců, kteří chtěli umožnit odstraňování předkožky teprve po dovršení 14. roku chlapce, kdy s tím dotýčný bude moci sám souhlasit, a to výhradně lékaři. To by však bylo v rozporu s židovskou tradicí, v níž mohl obřízku provádět osmý den po narození dítěte.

„Zákon o obřízce zavádí zpět normální stav, který byl až do května letošního roku zcela samozřejmý“, prohlásila ministryně spravedlnosti Sabine Leutheusserová-Schnarrenbergerová, která návrh právního předpisu předložila. Jeho schválení přivítali představitelé německých židů i muslimů. „Zákon o obřízce konečně nastoluje právní jistotu. Pro nás má také důležité politické poselství, že židé a muslimové jsou zde vítáni,“ reagoval prezident Ústřední rady židů v Německu Dieter Graumann. „Konečně zmizel příznak kolínského chybného rozsudku. Zákonodárci vytvořili právní jistotu a tím i právní klid,“ přidal se předseda Ústřední rady muslimů Aiman Mazyek. Schválení zákona přivítala rovněž německá katolická a evangelická církev. Ve Spolkové republice žije zhruba čtvrt miliónu židů a na čtyři milióny muslimů.

Zdroj: čtk, 13. 12. 2012



Invazivní meningokokové onemocnění u dětí

MUDr. Roman Sviták

Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje,
Anesteziologicko-resuscitační klinika LF UK a FN Plzeň

IMO, původce Neisserie meningitidis, je v ČR málo časté, ale jeho smrtnost je relativně vysoká, kolem 10 %. K polovině úmrtí dochází do 24 hodin, většinou se jedná o pacienty s meningokokovou sepsí se septickým šokem. IMO postihují především mladší věkové kategorie, maximum výskytu je ve věkové skupině 0–4 roky (prevalence séro skupiny B) a 15–19 let (prevalence séro skupiny C). Doba zahájení úvodní komplexní léčby (současná triáda infuzní léčby až resuscitace oběhu, oxygenace až umělé plicní ventilace /UPV/ a antibiotické /atb/ léčby) je nejdůležitějším ovlivnitelným faktorem průběhu stonání.

Onemocnění vzniká náhle, většinou u dříve zdravých dětí a mladistvých. Zpočátku je klinický obraz necharakteristický (chřipkové příznaky, teplota, únava), už v této fázi se mohou objevit diagnosticky důležité petechie a sufuze. **Pro IMO jsou typické nově vzniklé petechie, které jsou větší než 2 mm, mohou splývat a nacházejí se také na dolních končetinách a na břiše. Při lokalizaci petechií pouze na hlavě, krku a horní polovině trupu je IMO málo pravděpodobné.** Rozlišení petechií od jiných exantémů je možné pomocí „sklíčkové“ metody (exantém při tlaku pod sklem vybledne až vymizí, petechie přetrvávají).

Klinický obraz meningokokové sepse zahrnuje hemoragický exantém (petechie a sufuze), horečku, příp. psychickou alteraci (neklid, agitovanost, zmatenost) a počínající či rozvinutý šok (tachykardie, tachypnoe, chladná periferie, opožděný kapilární návrat nad 2 vteřiny, periferní cyanóza, hypotenze a oligurie).

Vzhledem k možnému perakutnímu průběhu onemocnění je diagnostika suspektního IMO klinická. Přesto je nezbytné pokusit se i v podmínkách PNP o průkaz patogena: před podáním atb provést sterilní odběr krve na bakteriologické vyšetření. Na IMO je nutno pomýšlet, jestliže je u pacienta s febrilním stavem a exantémem přítomen alespoň jeden z následujících příznaků:

- hemoragický exantém (petechie a sufuze),
- rychlý průběh nemoci (řádově hodiny),

- známky sepse: zchvácenost, tachykardie, tachypnoe,
- šok,
- porucha vědomí.

Klinická diagnostika spočívá na lékařských první linii, lékařských ambulancí, urgentních příjmů a lůžkových oddělení nemocnic, lékařských RLP a operačních střediscích ZZS. Při primární výzvě na operační střediska ZZS je indikován výjezd RLP při přítomnosti uvedených příznaků.

Příznivější prognózu mají pacienti, u kterých je v co nejkratší době zajištěna celá úvodní léčebná triáda (infuzní léčba až resuscitace oběhu, oxygenoterapie až umělá plicní ventilace, parenterální antibiotická léčba). Jednotlivé kroky jsou následující:

1. Zajištění periferního nitrožilního přístupu, infuze krystaloidů. Při nedostupnosti nitrožilního přístupu zajištění intraoseálního vstupu.
2. Oxygenoterapie (např. inhalační podání kyslíku maskou, přibližně 5 litrů/minutu).
3. Odběr krve na kultivaci (3–5 ml u dětí, 10 ml u dospělých, aplikace do hemokultury). Vhodný je i odběr na PCR diagnostiku (2 ml srážlivé krve u všech osob do sterilní zkumavky označené PCR). Nadměrné úsilí v zachycování infekčního agens nesmí znamenat časový odklad, který by mohl ohrozit život pacienta.
4. Cefalosporin 3. generace (cefotaxim nebo ceftriaxon) intravenózně, intraoseálně, v krajním případě intramuskulárně. Např. úvodní dávka cefotaximu u dospělých 3 g, u dětí 50–100 mg/kg. Je-li vysloveno podezření na IMO, je nezbytné aplikovat atb do 30 minut.
5. Objemová resuscitace pomocí krystaloidů či koloidů. Úvodní dávku aplikovat během 30 minut, u dospělých 500–1000 ml krystaloidu (nebo 300–500 ml koloidu), u dětí 20 ml/kg krystaloidu. Při trvající oběhové nestabilitě je indikována UPV a léčba vazopresory.
6. UPV je indikována jak při šokovém stavu, tak při poruše vědomí a známkách těžké intrakraniální hypertenze.

7. Při poruše vědomí, křečích má prioritu protišoková léčba a UPV. Je vhodné podat dexamethazon (úvodní dávka 0,15 mg/kg), případně metylprednizolon, dle potřeby antikonvulziva: diazepam pod 6 let 5 mg, nad 6 let 10 mg i.v. nebo rektálně.

Nezastupitelná úloha lékařů první linie spočívá v diagnostice onemocnění. Při vyslovení podezření na IMO lékaři první linie (praktický lékař pro děti a dorost, praktický lékař, lékaři LSPP, lékaři ambulancí bez lůžkového zařízení) neodkladně kontaktují dispečink zdravotnické záchranné služby pro přivolání sanitního vozidla ZZS. Do příjezdu výjezdové skupiny ZZS podle svých možností poskytují úvodní léčbu, zejména zajišťují nitrožilní vstup, aplikují krystaloidní roztoky, pokud jsou dostupné, a monitorují životní funkce (tlak, puls, dýchání). Nejde v žádném, případě o podcenění úlohy lékařů prvního kontaktu, ale o zdůraznění skutečnosti, že jakékoliv časové zdržení či neúplná péče zvyšují riziko úmrtí pacienta (např. časové zpoždění při obtížném zajišťování nitrožilního vstupu). Ordinance praktických lékařů nejsou povinně vybaveny cefalosporinem 3. generace ani kyslíkovým přístrojem, z důvodů úvodního ošetřování pacientů s IMO to není vyžadováno.

Pokud vysloví podezření na IMO lékař ZZS, pak poskytne úvodní léčbu v plném rozsahu. V podmínkách přednemocniční péče je pouze personál vozu RLP schopen poskytnout komplexní triádu léčebných opatření až v rozsahu intenzivní péče. Vůz RLP je personálně a přístrojově vybaven podle vyhlášky MZ č. 49/1993 Sb. v platném znění podle vyhlášky MZ č. 51/1995 Sb. Ve voze RLP je navíc jedna dávka parenterálního antibiotika (3 g cefotaximu), transportní hemokultivační nádobka a sterilní zkumavka označená „PCR“.

Pacienti s IMO jsou hospitalizováni na specializovaných pracovištích s adekvátním personálním a přístrojovým vybavením pro léčbu pacientů se závažným průběhem onemocnění (perzistující šokový stav, perzistující intrakraniální hypertenze, ischemická postižení končetin, multiorgánové selhání apod.).



Volba specializovaného pracoviště se může v různých regionech České republiky lišit, podle místních podmínek se většinou jedná o jednotky intenzivní péče (JIP) infekčních oddělení a klinik, jednotky intenzivní a resuscitační péče (JIRP) pediatrických oddělení a klinik (zejména děti s potřebou umělé plicní ventilace či resuscitační péče) nebo lůžková oddělení anesteziologicko-resuscitačních oddělení a klinik.

Primární převoz nemocného z ambulancí praktických lékařů, LSPP a ambulancí bez lůžkového zázemí uskuteční výjezdová skupina ZZS. Během primárního transportu doplnit dosud neaplikovanou úvodní léčbu, pokračovat v léčbě, teplé infuzní roztoky, zabránit prochladnutí (fólie). Transport do zařízení, které bude schopno pacientovi poskytnout péči odpovídající zdravotnímu stavu, výjimečně do spádového zařízení (např. urgentní příjmy nemocnic, ambulance lůžkových infekčních a dětských oddělení) před zajištěním sekundárního převozu na specializovaná pracoviště. Pokud nebyla vzhledem ke krátkosti primárního transportu aplikována kompletní úvodní léčba, je nezbytné zajistit při předávání nemocného na lůžkové oddělení kontinuitu péče a zabránit časovému zpoždění péče (např. aplikace antibiotika do 30 minut od prvního vyslovení podezření na IMO, ne od přijetí do nemocnice). Převoz jinými prostředky je akceptovatelný pouze v případě, bude-li tím zajištěno včasnější zahájení léčby uvedené výše, vždy je nutný doprovod lékaře.

Sekundární transport pacientů na specializovaná pracoviště se provádí podle místních podmínek pomocí sanitního vozu RLP či letecké záchranné služby, před převozem musí být pacientovi poskytnuta úplná úvodní léčba (včetně podání antibiotik), ev. i další léčba podle Léčebného protokolu IMO a doporučeného postupu v intenzivní péči.

Po ukončení ošetření pacienta (sanitní vozidlo RLP, ambulantní či lůžkové zařízení) postačí vyvětrání sanitního vozu či místnosti a dezinfekce míst potřísněných krví či jinými sekrety pacienta běžnými dezinfekčními roztoky. Riziko nákazy zdravotnického personálu je malé, za rizikový kontakt se považuje resuscitace z úst do úst, potřísnění obličejů zdravotníka slinami či jinými sekrety pacienta při intubaci a dalším ošetřování. U těchto zdravotníků-kontaktů je nařízen lékařský dohled po dobu 1 týdne a protektivní chemoterapie (V-penicilin, při alergii

makrolid) po dobu 7 dnů v běžné terapeutické dávce užívané u respiračních infekcí. Protiepidemická opatření je doporučeno od počátku koordinovat s příslušným epidemiologem.

■ Kazuistika

3 leté dítě z fyziologické gravidity, porod bez komplikací, psychomotorický vývoj v normě. Prodělalo v říjnu 2011 třítydenní respirační infekci. Léčen mj. antibiotikem Ospen. Po proběhlém infektu trvá u dítěte únava. 19. 11. večer se objevuje rýma a kašel. 20. 11. v 1:30 se probouzí s horečkou 39 °C, matka mu dává antipyretikum (panadol) a ukládá je ke spánku. V 9:00 se objevuje výsev petechií v oblasti třísel a kolen. Ve 12:15 chlapec vyšetřen na ambulanci dětského oddělení nemocnice Domažlice, je též proveden odběr krve s nálezem (Leu 7,4; CRP 31). Podána antibiotická terapie: K-PNC 1 500 000 IU i.v., nemocné dítě transportováno ne na specializované pracoviště, ale převozovým sanitním vozidlem DRNR na dětské oddělení nemocnice Klatovy, kde ve 13:45 má horečku 40 °C. a je přítomen rozvoj hemoragické diatézy, vzhledem ke kritickému stavu je chlapec neprodleně předán LZS a ve 14:15 je transportován do Fakultní nemocnice Plzeň. Během transportu LZS je somnolentní, s přítomnou hypotenzí, krevní tlak 80/50 torr. Terapie během transportu: Plasmalyte i.v., Solumedrol 125 mg i.v., oxygenoterapie polomaskou. Ve 14:35 je chlapec předán ve Fakultní nemocnici Plzeň na Emergency Anesteziologicko-resuscitační kliniku. Zde při příjmu je dítě při vědomí s tělesnou teplotou 36,8 °C. s vysoce závažným klinickým nálezem: progredující hemoragická kožní diatéza (petechie až drobné sufuze po celém těle). Na urgentním příjmu je poskytnuta okamžitá agresivní intenzivní léčba zaměřena na udržení a podporu základních životních funkcí: tracheální intubace, umělá plicní ventilace při kvalitní analgosedaci, komplexní léčba šoku s oběmovou náhradou a podporou katecholaminů. Podáno antibiotikum Ceftriaxon 1,5 g i.v. Chlapec po této úvodní agresivní léčbě předán na Dětskou kliniku – JIRP s diagnózami: Meningokoková seps. Septický šok. Na Dětské klinice FN Plzeň – JIRP je hospitalizován od 20. 11. do 25. 11. Na tomto pracovišti na úvod hospitalizace vzhledem k oběhové nestabilitě je nasazena farmakologická podpora oběhu, pokračováno v antibiotické léčbě: K-PNC a Ceftriaxon. Vstupní

lumbální punkce poskytuje mozkomíšní mok, který je čirý a bezbarvý. Též kontrolní lumbální punkce poskytuje mozkomíšní mok s normálním nálezem. Latexaglutinačním vyšetřením séra je prokázán původce onemocnění *Neisseria meningitidis* skupiny B. V dalším průběhu onemocnění u dítěte dochází k rychlému poklesu teplot a zánětlivých parametrů; 3. den hospitalizace je chlapec při systémové stabilitě odtlumen a extubován. Následné poextubační období je bez potíží. Dítě přeloženo na Infekční kliniku FN Plzeň, hospitalizováno od 25. 11. do 1. 12. Do domácí péče je chlapec propuštěn se závěrečnou diagnózou: Meningokoková seps (Neisseria meningitidis skupiny B). Septický šok. Dne 22. 12. 2011 při ambulantní kontrole na Infekční klinice FN Plzeň je dítě celkově v dobrém stavu, má normální neurologický nález. Vidí, slyší, klouby jsou bez otoku, bez omezené hybnosti.

V současnosti neexistuje v České republice jiné akutní infekční onemocnění, které by vedlo ke smrti tak rychle jako meningokoková seps. Mortalita IMO je kolem 10 %, ročně umírá v ČR na IMO 15–30 osob. Vzhledem k vysoké úmrtnosti je snaha používat již v přednemocniční neodkladné péči jednotný léčebný standardizovaný protokol IMO, který řeší úvodní diagnostiku, léčbu a transport pacientů, u nichž je vysloveno podezření na invazivní meningokokové onemocnění.

Klíčová slova: definice IMO – klinický obraz – diagnostika – úvodní komplexní terapie – transport

Použité zkratky:

IMO	invazivní meningokokové onemocnění
ZZS	zdravotnická záchranná služba
RLP	rychlá lékařská pomoc
PCR	polymerázová řetězová reakce
LSPP	lékařská služba první pomoci
JIP	jednotka intenzivní péče
JIRP	jednotka intenzivní a resuscitační péče
DRNR	doprava raněných, nemocných a rodičů



Ze světa odborné literatury...

■ Práh hladiny HbA_{1c} je při nadváze asociován s poklesem funkce beta buněk pankreatu

Cílem práce bylo určit, zda glykovaný hemoglobin (HbA_{1c}) identifikuje prediabetické stadium při hodnotách 6–6,4 %. Dále zda je asociován s poklesem inzulínové senzitivity a dysfunkcí beta buněk. Většina z 206 zdravých dětí byla sledována s nadváhou. Věkově byly děti rozděleny do dvou skupin – děti s nízkým rizikem a hodnotou glykovaného Hb pod 6 % a děti s vyšším rizikem a hodnotou glykovaného Hb 6–6,4 %. Byl měřen orální glukózový toleranční test i hladiny po zátěži za 2 hodiny spolu s hladinou inzulínu. Dále měřena akutní inzulínová odpověď a index funkce beta buněk. Tuková vrstva byla zjišťována absorpčními metodami. Skupina s vyšší hodnotou glykovaného Hb měla nižší inzulínovou senzitivitu, nižší akutní inzulínovou odpověď a u 31 % i nižší index beta buněk. Určení rizikovitosti skupin s diabetem je v USA velmi užitečné, protože více než 40 % obyvatelstva je ohroženo diabetem. Včasná diagnóza diabetu je důležitá především v prevenci diabetické retinopatie. Ta se totiž objevuje již při hodnotách HbA_{1c} přes 6,5 %. Zvláště u dětí s nadváhou je tato hodnota velmi riziková. Žádné zvýšení pak nenalezli ve skupině s hodnotami HbA_{1c} kolem 5,7 %. Klinické využití výše uvedených výsledků je vítanou pomůckou pro určení prediabetu.

J. Pediatr. 2012;160(5):751–756

■ Prevalence perzistentní prehypertenze u adolescentů

V práci byla shromážděna data od 1010 studentů v Houstonu. Při oscilometrických měřeních TK měl každý 3 výsledky v různých časových intervalech. Zvláště sledování ti, kteří měli vyšší TK při každém měření a pohybovali se mezi 90.–95. percentilem. Z celkového počtu bylo 72 % studentů klasifikováno jako normální, 15 % výsledků jako variabilní, 11,5 % jako abnormální a 5 % jako hypertonicí. Dále bylo možné konstatovat, že většina studentů s abnormálním tlakem byla obézní. Léčba obezity je primární prevencí hypertenze. Také je zajímavé, že při prvních návštěvách u lékařů měly děti ve

20 % prehypertenzní hodnoty. Při opakovaných měřeních pak jen ve 4 %.

J. Pediatr. 2012;160(5):757–761

■ Pozdní termín porodu je asociován s větším rizikem obezity u dospívajících chlapců

To vychází ze zjištění, že děti narozené v pozdějším termínu, tzn. po 42. týdnu gestace, zvláště chlapci, mají výrazně větší váhu v 16 letech věku. Vyšetřili 525 dětí včetně 17 chlapců a 20 děvčat narozených po 42. týdnu. Ve věku 16 let byli původně přenášeni chlapci o 11,8 kg těžší než průměr ostatní populace narozené v termínu. Jen 13 % dětí narozených v termínu mělo v 16 letech nadváhu či obezitu oproti 47 % dětí obézních či s nadváhou, narozených při přenášení. Poměr je daleko výraznější u chlapců. BMI byl u potěminových chlapců vyšší již ve 3 letech.

J. Pediatr. 2012;160(5):769–773

■ Relace mezi obstrukční spánkovou apnoí, antropometrickými měřeními a neurokognitivními funkcemi u adolescentů s těžkou obezitou

Byla sledována asociace mezi obstrukční spánkovou apnoí a kvalitou spánku, neurokognitivními funkcemi u 37 těžce obézních adolescentů. Těchto 37 vyšetřovaných mělo BMI vyšší než 97. percentil. Studie byla prováděna včetně polysomnografie, obvodu pasu, neurokognitivních testů paměti, psychomotoriky a IQ. Byla využita kritéria pro spánkovou apnoí.

Možno říci, že fragmentace spánku a špatná spánková kvalita byly v relaci s narušenou psychomotorikou, pamětí a nízkým skóre v akademických testech. Spánková apnoe byla ve vazbě s nízkým skóre pro matematiku, ale ne tolik pro neurokognitivní funkce. BMI a obvod pasu byly v negativní relaci se saturací kyslíkem. Epidemie dětské obezity má přímé důsledky nejen ve zvýšené kardiometabolické patologii, ale i v možných méně nápadných neurologických alteracích.

J. Pediatr. 2012;160(5):732–735

■ Rezistentní Kawasaki syndrom léčený anti-CD20

Kawasaki je systémová vaskulitida s kardiálními komplikacemi. Přiměřená léčba včetně vysokých dávek intravenózních imunoglobulinů 2 g/kg a perorálního aspirínu byla limitována 25% rizikem koronárního aneurysmatu. Přibližně u 10 % pacientů tato terapie selhávala a pak bylo doporučováno imunoglobuliny zopakovat nebo používat kortikoidy nebo metotrexát. Uvádějí kazuistiku 6letého dítěte s teplotami, krční lymfadenopatií, trismem, perineální erupcí, odolávající léčbě antibiotiky. Zvýšené hodnoty leukocytů, CRP a fibrinogenu. Nasedající cheilitida a konjunktivitida. Dále pak kolísavý průběh, zvýšení zánětlivých ukazatelů a na ECHO poškození koronárních arterií. Nasedající výrazná trombocytóza přes 800 000, tak typická pro toto onemocnění (pozn. překl.). Při poklesu steroidní terapie se přistoupilo k anti-CD20 – rituximab 15 mg/kg/den, a to 20. den onemocnění. Během 6 dnů klinika vymizela, nález na koronárních arteriích výrazně zlepšen, o 2 měsíce později nález vymizel i na arteriích.

J. Pediatr. 2012;160(5):875–876

■ Zdravotní stav dětí 10 let po transplantaci jater v USA a v Kanadě

V práci probírána kvalita života dětí po jaterní transplantaci v USA a v Kanadě. Do studie byly zařazeny děti, které přežily více než 10 let. Jednalo se o 167 dětí, všechny dostávaly imunosupresivní terapii. Chorobnost byla asociována se stavy po transplantaci včetně posttransplantační lymfoproliferativní nemoci (5 % pacientů), renální dysfunkcí (9 % pacientů) a narušením lineárního růstu (23 % pacientů). Kvalita života kvalifikovaná příslušným skóre byla nižší ve srovnání se zdravými dětmi. Jen 32 % transplantovaných dosahovalo ideálního profilu, růstu a nepřítomnosti vedlejších komplikací při imunosupresivní monoterapii.

J. Pediatr. 2012;160(5):820–826

*Ve spolupráci s firmou Pfizer
přeložil MUDr. J. Liška, CSc.*



Aktuality...

Elektronizace: nový doklad tunelování ve zdravotnictví

Přečtěte si další doklad toho, že peníze za elektronizaci zdravotnictví mizí v kapsách politicky spřízněných firem. Projekt elektronických receptů stál dosud přes 100 milionů korun. Většinu peněz odsály firmy napojené na politiky...

Zdravotnictví se připravuje na masivní elektronizaci. Peníze zatím mizí v politicky spřízněných firmách nebo firmách, které pouze překupují služby velkých IT firem. Příkladem je Centrální úložiště elektronických receptů. Zjistili jsme, že většinu z těchto peněz získaly dvě politicky spřízněné společnosti. Třetí firma získala zakázku za desítky milionů jen půl roku poté, co vznikla. A to jen díky tomu, že jejím subdodavatelem je právě firma, která s úložištěm již spolupracuje. V prosinci poslanci narychlo rozhodli, že lékaři budou muset psát všechny recepty pouze elektronicky. Dosud je elektronická preskripce léků na dobrovolné bázi. Od roku 2009 spravuje Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) elektronické recepty v Centrálním úložišti elektronických receptů (CÚER). Tento projekt však nikdy prakticky nefungoval – lékaři elektronické recepty nevystavovali. Nezdar přiznali loni také samotní politici.

Aquasoft – peníze pro přítele náměstkyně ministerstva

Již loni jsme zjistili vazby mezi ministerstvem a softwarovou firmou, která od SÚKL získala smlouvu na milionové zakázky v době, kdy úložiště vznikalo. Projekt připravilo ministerstvo zdravotnictví v roce 2008. Ve vedení ministerstva tehdy byla Markéta Hellerová jako náměstkyně pro léčebnou péči. Soutěž na dodávku softwaru vyhrála mimo jiné společnost Aquasoft, ve které působí přítel Hellerové Miroslav Petřík ve vedoucí funkci. (Petřík, někdejší ředitel zadlužené benešovské nemocnice, byl v roce 2009 vyšetřován policií pro podezření ze spáchání trestného činu porušování povinnosti při správě cizího majetku. Přestože se nemocnice topila v dlužích, vyplatil sobě a svým náměstkům milionové odchodné.) Firma Aquasoft dosud inkasovala od SÚKL téměř 40 milionů korun.

Vítkovice IT Solutions – utajovaný subdodavatel softwaru za ministra Drábka

Další firmou, která spravuje data centrálního úložiště, je firma Vítkovice IT Solutions (někdejší firma Netprosyst, dnes je firma součástí skupiny Vítkovice Machinery Group). Dodnes získala od SÚKL téměř 80 milionů korun. Tato firma přitom figuruje v nechvalně známém případě dodávky softwaru pro výplatu sociálních dávek za ministra sociálních věcí Jaromíra Drábka. Vítkovice IT Solutions totiž před časem koupila firmu iDTAX, kterou v roce 2009 založil pozdější náměstek Vladimír Šiška s ministrem práce a sociálních věcí Jaromírem Drábkem. Loni v lednu, kdy měl začít běžet nový systém výplaty sociálních dávek, tajilo ministerstvo sociálních věcí, kdo jsou subdodavatelé tohoto systému (uvádělo pouze zastřešující firmu Fujitsu). Ministr Drábek odmítal dlouho potvrdit, že spolupracuje právě s firmou Vítkovice IT Solutions. „Nelze tak vyvrátit podezření, že při výběru dodavatelů hrály roli i osobní vazby vedení ministerstva,“ uvedl loni v lednu server Aktuálně.cz. Nový systém výplaty sociálních dávek stál 184 milionů korun, přitom od počátku

kolaboval – mizela v něm data, přispěl ke zpoždění výplat sociálních dávek a podobně. Až později ministerstvo přiznalo, že jedním ze subdodavatelů, kteří nový systém na výplatu dávek připravovali, je i firma Vítkovice IT Solution ze skupiny Vítkovice Machinery Group. Odkryla tím vazby vedení ministerstva na firmu, kterou sami zakládali. Kauza subdodavatelů softwaru byla natolik závažná, že ji začala řešit policie. Loni v říjnu byl obviněn náměstek Vladimír Šiška z podplácení a byla na něj uvalena vazba (nyní je vyšetřován na svobodě). Média také spekovala o tom, že firma Vítkovice Machinery Group (VMG) je propojena s impériem Tomáše Chrenka. Společnost Vítkovice totiž stála při zrodu Hutnické zaměstnanecké pojišťovny, která se před třemi lety sloučila s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou (společnost Agel). Toto propojení však vedení firmy odmítá. „Vítkovice Machinery Group (VMG) není nijak majetkově propojena s panem Tomášem Chrenkem. U zrodu této pojišťovny stály všechny tehdejší hutní firmy – nicméně skupina VMG vznikla po privatizaci státního podílu v a.s. Vítkovice v roce 2003, kdy už v ní nebyla státem převzatá a později do ruských rukou prodaná hutní firma Evraz Vítkovice Steel,“ uvedla mluvčí VMG Eva Kijonková.

Tronevia – velká zakázka hned první rok své existence

Třetí firmou, která spravuje centrální úložiště, je společnost Tronevia a.s. Na trhu byla pouze půl roku, když dostala od SÚKL zakázku za téměř 16 milionů korun. Firma vznikla v říjnu 2011. V březnu 2012 vyhrála veřejnou zakázku na podporu provozu aplikačního software LEK13 a DIS13. Tato narychlo založená firma by přitom nikdy nemohla splnit kritéria ekonomických a kvalifikačních předpokladů v zadávací dokumentaci. Uchazeč totiž musel mít celkový obrát v každém z předcházejících tří účetních období nejméně 30 milionů Kč a doložit seznam významných dodávek za poslední tři roky. Jak tedy mohla vyhrát zakázku firma s půlroční existencí? Firma Tronevia totiž funguje pouze jako překupník služeb od jiných velkých IT firem. A inkasuje za to od státního úřadu desítky milionů korun.

„V souladu s § 51 zákona o veřejných zakázkách byli uchazeči oprávněni prokázat kvalifikaci pomocí subdodavatele. Uchazeč TRONEVIA a.s. prokázal uvedené ekonomické, finanční a technické kvalifikační předpoklady pomocí subdodavatele VÍTKOVICE IT SOLUTIONS a.s.,“ odpověděla mluvčí SÚKL na dotaz Medical Tribune.

Proč tedy nedodává software a služby samotná firma Vítkovice IT Solutions, když se SÚKL na tomto projektu stejně spolupracuje? Proč je zprostředkovává firma Tronevia? Na to redakce MT nedostala odpověď. „Splnění kvalifikačních předpokladů bylo prokázáno subdodavatelem, naším původním obchodním partnerem, prostřednictvím kterého jsme již dříve zajišťovali některé dodávky SW a služeb,“ uvedl spolumajitel firmy Tronevia Miloš Klápště.

Podivnou okolností je i další fakt. Co se týče referencí firmy, odkazuje se pouze na společnosti, které se SÚKL už spolupracují. Firma QCM – spravuje server lékového ústavu, Vítkovice IT Solutions (viz info výše), Telefonica a.s. (spravuje také centrální úložiště) a Galeos (dodává lincence softwarových technologií pro SÚKL). Firma Tronevia však tuto hypotézu odmítá. „Společníci TRONEVIA, a.s., jsou naopak původci řešení eReceptu a dalších informačních systémů zaměřených na lékovou oblast. Jako vlastníci autorských práv



k řešení eReceptu nemohou být překupníky cizího řešení téhož systému," podotýká Miloš Klápště a dodává: „Plně funkční elektronická preskripce, vyvinutá na základě mého návrhu a nasazená do provozu, byla mediálně prezentována v regionálních zprávách televize Třinec 22. 9. 2006.“

Chystá se nové výběrové řízení? O kolik vzrostou náklady?

Za těchto okolností schválili před měsícem poslanci za jediný týden novelu zákona o léčivech. Na poslední chvíli do novely přidali formou „přílepku“ povinnou elektronickou preskripci od 1. ledna 2015. Znění zákona přitom navrhuje poslanci (Šťastný, Skalický, Rusnok) s odbornou veřejností vůbec nekonzultovali.

Pokud zákon skutečně vejde v platnost, zbývají celkem dva roky na přípravu nového systému. Je přitom zřejmé, že půjde o mnohem složitější a tudíž finančně nákladnější projekt. Uvedené firmy mají se SÚKL smlouvy pouze do roku 2014. Firmě Vítkovice IT Solutions končí smlouva přesně den předtím, než by začal platit zákon o povinné elektronické preskripci. Společnost Tronevia má aktuální smlouvu do poloviny příštího roku. A firmě Aquasoft už smlouva vypršela. Podle mluvčí firmy se Aquasoft o žádnou další zakázku neuchází. Redakce MT se proto zajímala, zda se Státní ústav pro kontrolu léčiv chystá vyhlásit nové výběrové řízení.

„Pokud bude centrální úložiště zahrnuto do komplexního projektu elektronizace zdravotnictví, může být tento krok důvodem pro úpravu stávajícího datového úložiště a jeho zálohování,“ odpovídá mluvčí SÚKL Lucie Šustková. „Ze zavedení povinného používání elektronické preskripce nevyplyvá nutnost jakkoli „překopávat“ stávající systém, který byl od začátku připravován a koncipován na možnost zapojení všech subjektů. V případě, že by tedy nedošlo ke změně rozsahu činnosti vlastního systému, nebylo by nutné jej pouze s odkazem na povinnou preskripci měnit,“ říká mluvčí ústavu.

Negativní reakce odborníků

Odborná veřejnost se přitom obává dalšího plýtvání veřejnými financemi. „V současnosti komora bohužel nemá žádné aktuální informace o představách SÚKL k ePreskripci. Mnoho otázek je tak pro nás stále otevřených a především nevyřešených. Není jasné, zda a jak se má dále rozvíjet Centrální úložiště, jestli bude mít opravdu nadstavbové funkce (vyhodnocování duplicit, interakcí), nebo zůstane u systému pouze sbírajícího data bez jasného účelu pro pacienty a zdravotníky?“ poznamenává prezident České lékařské komory PharmDr. Lubomír Chudoba v komentáři pro Medical Tribune a dodává: „Systém SÚKL nyní umožní jedině převod receptu z jeho papírové do elektronické podoby s tím, že pacient dostává kód e-receptu vytištěný opět na papíru. To je žalostně málo za neuvěřitelně vysokou cenu.“ Prezident České lékařské komory Milan Kubek v pondělí odeslal dopis senátorům, ve kterém je žádá, aby nehlasovali pro schválení povinné e-preskripce: „Sněmovnou schválená novela zákona je úmyslně formulována tak obecně, že vůbec není jasné, jak by měl systém fungovat. Pravděpodobnými motivy návrhu je jednak snaha ospravedlnit dosavadní stamiliónové výdaje na nevyužívaný systém elektronických receptů a na tzv. centrální úložiště elektronických receptů a v druhé řadě pak možnost obohacení se při realizaci dalších IT zakázek za stovky miliónů korun spolufinancovaných z prostředků EU... Rychlost a síla, s jakými bylo uzákonění povinné elektronické preskripce léků pro lékaře protlačeno Poslaneckou sněmovnou, dávají tušit, že jde o obrovské peníze. My se v současnosti můžeme pouze dohadovat, kdo se na úkor peněz EU, státního rozpočtu a nás lékařů chystá obohatit.“

Zdroj: I. Bezděková, www.tribune.cz, 8. 1. 2013

Exotické dovolené ohrožují kojence

Pojišťovny přijímají stále více hlášení o onemocnění kojenců při dovolených v exotických destinacích, kam se Češi v zimě odjíždějí ohřát.

Vyplyvá to z ankety mezi největšími tuzemskými pojišťovnami. Takto malé děti není podle nich vhodné brát do oblastí, kde jsou rozšířeny tropické nemoci. U starších dětí by měli rodiče cestu konzultovat s lékařem. Jeden z případů aktuálně nahlášených pojišťovně Allianz skončil dokonce tragicky. U Allianz se počet nemocných malých dětí v daleké cizině za posledních pět let ztrojnásobil. „Nyní řešíme úmrtí půlročního kojence v Thajsku, kam se s ním a jeho pětiletým sourozencem vydala na vánoční svátky jeho maminka. Chlapec byl hospitalizován s dýchacími obtížemi. Jako příčinu úmrtí označili tamní lékaři septický šok, který způsobil selhání orgánů. Jeho nejčastějšími oběťmi bývají právě malé děti, jejichž imunitní systém není schopen se vypořádat s infekcí,“ uvedla Kateřina Krenarová z likvidace pojistných událostí z cestovního pojištění Allianz. Prezident Fóra infekční, tropické a cestovní medicíny docent Rastislav Maďar řekl, že děti do jednoho roku až dvou let by na exotické cesty mimo Evropu vůbec neměly létat. Pokud je to z rodinných důvodů nutné, tak jen do vyspělých zemí, jako jsou Kanada, USA či Japonsko. Děti od dvou do pěti let by měly cestovat jen do zemí s vyspělou akutní péčí. V loňském roce rodiče dětí mladších jednoho roku hlásili Allianz přes 80 jejich onemocnění v zahraničí. V zimě to bylo hlavně z Thajska, Egypta a Tuniska, v létě z Bulharska, Španělska, Řecka a Turecka. Přes 90 procent událostí jsou onemocnění, jen výjimečně úrazy. Tradiční nemoci nemluvnat jsou průjemy, horečky, virózy a záněty středního ucha. Nárůst zdravotních komplikací dětí v cizině zaznamenává vedle Allianz také Česká pojišťovna. Loni to bylo přibližně 500 nemocných dětí mladších pěti let, každé desáté muselo být hospitalizováno. Nejčastěji to bylo kvůli infekcím dýchacích cest a zánětům uší. Nejvíce zdravotních potíží měly děti v Egyptě, Turecku a Řecku, řekl mluvčí ČP Tomáš Zavoral. Generali měla loni 281 případů, kdy její asistenční služba pomáhala s řešením zdravotních problémů dětí v zahraničí. Podíl asistenčních zásahů ve věkové kategorii do pěti let na všech případech se meziročně zvýšil přibližně o jedno procento, doplnil mluvčí pojišťovny Jiří Cívka. Podle Maďara jsou ovšem počty onemocnění dětí v cizině mnohem vyšší. Pokud se léčba obejde bez pobytu v nemocnici, rodiče ji nehlásí. Ministerstvo zdravotnictví případy onemocnění neeviduje. Maďar připomněl, že kojene dítě sice nedostane průjem z místní stravy, ohrožují je ale vzdušné nákazy a velké změny klimatu. Nemá plně fungující systém a nemůže být očkováno proti cestovatelským nemocem jako břišní tyfus. Let trvá mnoho hodin, v letadle je uzavřená cirkulace suchého vzduchu, který vysušuje sliznice. Až 20 % lidí v letadle je zdrojem dýchacích infekcí. „Nekompletně očkovaná a imunitně nevyzrálá miminka jsou na to velmi vnímavá. Když se k viróze přidají změna teploty a vlhkosti a infekce se uchytí, není dítě schopno se s ní vyrovnat,“ shrnul lékař. Cestování kojenců do jednoho roku k moři do oblastí exotických i méně vzdálených nedoporučují ani pediatři. „Kojenecký imunitní systém se neumí účinně bránit infekci. A pokud již děti onemocní, jsou citlivější na ztrátu tekutin, například při průjemovém onemocnění nebo zvracení, a mohou být rychleji dehydratované,“ varovala praktická lékařka pro děti a dorost z Prahy Milada Czinnerová. Nebezpečné je podle ní také to, že děti do jednoho roku ještě nemají ukončené základní očkování. „Blíží se jarní prázdniny a s nimi stoupá poptávka po rodinných zájezdech do teplých krajín. Doporučujeme, aby se rodiče



poradili s dětským lékařem, a pokud nejde o cestu nezbytnou, aby ji u těchto malých dětí odložili," doplnila Krenarová.

Zdroj: čtk, 16. 1. 2013

Jízdenka do pekla

Každá desátá žena v Česku trpí leidskou mutací. Hormonální antikoncepce je pak pro ně smrtící. Problém je, že ženy to nevědí. Lékaři totiž obvykle žádná vyšetření nedělají. A podle VZP se žádná změna směrem k plošnému testování žen u gynekologů nechystá.

Evropou se jako lavina šíří vlna žalob kvůli hormonální antikoncepci. Němečtí právníci už některé žaloby řeší u soudu, na začátku ledna padla první žaloba i ve Francii. Když MF DNES minulý týden popsala, co touto žalobou spustila pětadvacetiletá Francouzka Marion Laratová, která ochrnula kvůli hormonální antikoncepci, vyvolalo to obrovský ohlas i u nás. Česko možná nezůstane pozadu. Neurologovi Jiřímu Neumannovi se ozval první český právník, který pracuje na podání podobné žaloby. Proč právě jemu? Neumann totiž u nás jako první zkoumal a ve své studii popsal, že nevyjasněné mrtvice mladých žen, kterých v posledních letech nápadně přibýlo, mají jeden společný jmenovatel: všechny braly hormonální antikoncepci. Ostatně: je to jen týden, co zemřela nadějná olomoucká volejbalistka, chvíli před svými triadvacátými narozeninami, a to na plicní embolii. Ta je spolu s mrtvicí druhý nejčastější důsledek toho, že mladé ženy začnou brát hormonální antikoncepci, aniž by tušily, že mají poruchu srážlivosti krve, a tudíž vysoké riziko ucpání cév sraženinou. Takových žen je v Česku celých deset procent, tedy každá desátá riskuje spolu s antikoncepcí smrt nebo ochrnutí. To proto, že u žen s touto poruchou se až stonásobně zvyšuje riziko vzniku sraženiny a ucpání cév, a to se v kombinaci s hormonální antikoncepcí ještě dál násobí. Takže prognóza, že člověk skončí jako pacient s mrtvicí nebo s plicní embolií, je téměř jistá. Problém je v tom, že lékaři na toto riziko mnohdy nemyslí. A to ani tehdy, když gynekologové mladým dívkám předepisují hormonální antikoncepci poprvé. Jako v případě Jany, která právě odchází z práce, mimo jiné proto, že ji po mrtvici špatně zvládá. „Mně se to stalo loni v květnu po desetiletém braní antikoncepce. Dostala jsem mrtvici a až v nemocnici přišli na to, že mám v krvi leidskou mutaci. K tomu ještě další autoimunitní onemocnění a šup, jízdenku do pekla jsem měla koupenu," vypráví teď už bývalá novinářka.

Vyběhla schody a udělalo se jí divně

„Měla jsem jet na tiskovou konferenci, byl to pracovní den a byla jsem doma. Stalo se to po ránu, asi v 8 hodin. Poté, co jsem vyběhla schody do 4. patra, se mi udělalo zvláštně divně. Šla jsem si raději lehnout s tím, že to přejde. Nepřešlo, ležela jsem na posteli, hlavou mi probíhaly zvláštní obrazy a cítila jsem podivný klid. Pak mi do toho zazvonil mobil (maminka), což mě vyburcovalo. Doplazila jsem se k mobilu, jaksi jsem namačkala zmeškaný hovor a zavolala jsem jí zpět. Levá ruka nefungovala, tak jsem použila pravou. Samotnou mě vyděsilo, jak hrozně jsem mluvila, tedy spíš vydávala zvuky. Zvládla jsem ano, ne a zle. Mamka si vzala u sebe doma klíče od mého bytu a dorazila honem za mnou. Pak mi zavolala záchranku a už jsem jela do nemocnice. Bylo to asi hodinu od té doby, co se mi udělalo zle, takže uť. Pomoc přišla včas, neochrnula jsem, ale následky mám, hůř třeba ovládám ruce," popsala Jana. Nejvíce ji naštvalo, že i když za těch deset let, co brala prášky, třikrát změnila gynekologa, ani jeden jí nikdy žádné testy nedělal, nanejvýš se spokojil s otázkou na rodinnou

anamnézu, kterou má poměrně bezproblémovou. „Nejhorší bylo, že mi pak v nemocnici v podstatě vynadali, jak to, že beru prášky, když mám leidskou mutaci. Jako bych za to mohla. Jak jsem měla vědět, že jsem nemocná? Gynekologové mě nevarovali, že je něco takového vůbec možné," říká smutně. Což bohužel potvrzuje i gynekoložka Helena Fousková z ostravského zařízení GynordPlus. „Je vážně problém, že se na to kašle. Ptám se třeba pacientek, co je nového, a ony říkají, měla jsem mrtvičku... Říkám: Cože?! Ve 40 letech? A co dál? A ukazuje se, že dál nic. Nikdo je nevyšetřil. A to je špatně, to riziko, že to pro ně pak třeba při letu na dovolenou skončí osudově, je obrovské," říká gynekoložka. Patří k těm několika málo gynekologům, kteří testy na leidskou mutaci všem ženám doporučují, byť si je musí samy zaplatit. „Stojí to 950 korun, celý set posíláme ženám ke stěrum z vnitřní části tváře až domů, a za tu jistotu to stojí. Výsledky jsou doživotní a často znamenají další léčbu," vysvětluje lékařka. „Jistě, leidská mutace není jediná porucha srážlivosti krve, těch je víc, ale tato se na ucpání cév sraženinou podílí z celých 95 procent," doplňuje gynekoložka. Pokud by chtěl někdo stoprocentní jistotu ohledně antikoncepce, musel by projít komplexním genetickým vyšetřením na takzvané trombofilní stavy, a to stojí okolo tří tisíc korun. „Pro ženy je však obzvlášť důležité znát, zda nemají právě leidskou mutaci, protože pokud ano, nejenže nesmějí antikoncepci, ale budou mít problém donosit dítě," upozorňuje Fousková. Jenže tato nemoc si nezasedla jen na ženy. Trpí jí i muži. Příkladem je zpěvák Janek Ledecký, který ji zdědil po otci a jeho děti ji bohužel mají taky. „Ze zákona bych povinně testoval všechny pokrevní příbuzné těch, u nichž se leidská mutace prokázala. Ušetří to zdravotnictví dost peněz na léčení následků mrtvic a embolií," říká. Test na leidskou mutaci platí zdravotní pojišťovny jen tehdy, pokud je vážné podezření, že nemoc člověk zdědil: když matka nebo otec měli trombózu nebo když měl někdo z rodiny mozkovou příhodu, tedy mrtvici, ve věku mladším padesáti let. A podle Jiřího Roda ze Všeobecné zdravotní pojišťovny se žádná změna směrem k plošnému testování žen u gynekologů nechystá. Sami výrobci léků se brání, že samotná antikoncepce za mrtvice a úmrtí žen nemůže. „Poměr přínosů a rizik zůstává pozitivní, za předpokladu, že lék je předepsán se zvážením kontraindikací uvedených v příbalovém letáku," říká mluvčí firmy Pfizer Pavel Mazan a přehazuje tak míč zpět právě ke gynekologům. „Při předepisování musejí být zváženy potenciální rizikové faktory tak, aby byla vybrána nejlepší pilulka pro každou ženu," dodává. Jenomže gynekologové jsou často zvyklí recepty na antikoncepci vypisovat automaticky a bez otázek. Dokud se o nebezpečí, které možná skrývá jejich tělo, nezačnou ženy samy zajímat a ptát se, sotva se na tom něco změní.

Zdroj: L. Petrášová, MF Dnes, 15. 1. 2013

Politici: Současný zákon je o ničem. Zpřísníme sankce

Návrh zákona o ochraně obyvatel před škodami způsobenými tabákem, alkoholem a dalšími návykovými látkami, který připravil tým ministra zdravotnictví Leoše Hegera, oslovení politici na Karvinsku vesměs vítají. Nicméně poukazují na to, že současná legislativa je velmi benevolentní a dává barmanům možnost shodit ze sebe odpovědnost za to, že podali mladistvému alkoholický nápoj. Adresně trestat je tak dnes prakticky nemožné.

Například představitelé Českého Těšína hledají inspiraci, jak mít dodržování zákazu prodeje alkoholu více pod kontrolou, hned za



hranicí. V Polsku. Tamní zákon o boji s alkoholismem totiž umožňuje starostovi odejmout koncesi podniku, kde byl zjištěn prodej alkoholu nezletilým, podnapilým, nebo kde opakovaně došlo k porušování dobrých mravů v okolí prodejny nebo restaurace.

„Pro provozovatele těchto zařízení je to nejlepší motivace. Sami dbají na dodržování povinností svými zaměstnanci a také na pořádek v okolí svého podniku,“ říká místostarosta Českého Těšína Stanislav Folwarczny. Podle něj může samospráva v Polsku regulovat počet prodejen alkoholu i nálevení na svém území. Navíc je zakázáno prodávat alkohol například v blízkosti škol. „Je možné, že i důsledné vymáhání dodržování litery tohoto zákona má svůj podíl na snížení alkoholismu v polské společnosti. Podle aktuálně zveřejněných dat Poláci, kteří dříve stejně jako v severských zemích měli v oblíbenosti tvrdý alkohol, méně pijí a v poslední době dávají přednost nízkalkoholickým nápojům,“ tvrdí Folwarczny. Podobně se na věc dívá také náměstek primátora Karviné Petr Bičej. „O tuto problematiku se nejen profesně zajímám, a proto mohu jen souhlasit se zavedením tzv. ‚licence‘ k prodeji alkoholu. Provozovatel restaurace, ale i obchodu, si pak dá velký pozor, aby se v jeho podniku neprodával či nepodával alkohol osobám mladším 18 let,“ říká Petr Bičej.

Podle něj by ale změna neměla být polovičatá. „Měla by vést tím směrem, že se nemusí prokázat, zda alkohol podal číšník, nebo kamarád. Stačit by měl samotný fakt, že mladistvý sedí před sklenicí alkoholu v podniku (samozřejmě jej musí také požit). Bude na provozovateli podniku, jak si zajistí dodržování zákona. K realizaci samotného odejmutí licence by mělo dojít až po opakovaném porušení zákona, např. systémem třikrát a dost,“ navrhuje Petr Bičej.

Jednoznačně pro zpřísnění postihů je i místostarosta Orlové Radislav Mojžíšek. „Naši úředníci ve spolupráci s městskou policií často kontroloují dodržování zákazu prodeje alkoholu mladistvým v barech a restauracích. Snažíme se i přísněji než zákon eliminovat přístup nezletilých k alkoholu. Jenže současná legislativa je nedokonalá. Pravomoc starosty odejmout licenci podnikům, jejichž personál zákon porušuje, by podle mého byla řešením,“ říká Radislav Mojžíšek.

Zdroj: T. Januszek, A. Svoboda, Regionální deník, 16. 1. 2013

Jak hlasitě řehtá ve vaší ordinaci úřední šiml?

Řada lékařů si stěžuje na nesmyslnou administrativní zátěž, která je na ně uvalena. Je však celý ten administrativní dril natolik šílený, jak se říká? A nemá náhodou každé „lejestro“ svůj smysl? Redakce odborného týdeníku Medical Tribune se zeptala lékařů napříč obory: Jaký nejnesmyslnější dokument jste ve své praxi nucen vyplňovat? Můžete odhadnout, kolik z vaší pracovní doby zabere administrativa?

Doc. MUDr. David Feltl, Ph.D., MBA,

přednosta Onkologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava

Nejhorší ze všeho jsou tabulky. Ty potvory se dostanou všude a strašně rychle se množí! Vůbec nejstrašnější byla tabulka nějakého bruselského projektu, do které jsem měl vyplnit, kolik zaměstnanců bude na našem pracovišti v roce 2022, kolik z toho bude žen a kolik lidí do 23 let. Z rutinní agendy českého zdravotnictví mi na-prosto strašidelná připadá tabulka takzvané Evidence nákladných pojištěnců VZP, samotnými zaměstnanci VZP láskyplně nazývaná ěpenpěčko. Každý měsíc musíme ručně naklepat do excelovské tabulky rodná čísla pojištěnců VZP, kteří zahájili nebo ukončili léčbu

drahými léky, diagnózu pacienta, kód léku, začátek a konec léčby. Když jsem na vedení VZP tuhle záležitost komentoval, byl jsem označen za zpátečníka, který vůbec nechápe, jak fantasticky progresivní nástroj to ve 21. století je. Jenom mi vrtá hlavou, jak mohou ostatní pojišťovny bez této futuristické vymoženosti vůbec přežít. Jinak administrativa mi zabere většinu pracovní doby. Je to však hlavně tím, že moje práce je více manažerská než medicínská a že se snažím od svých lékařů „odklonit“ maximum papírování, aby se mohli soustředit na činnost, ke které mají diplom.

MUDr. Jiří Šedo,

předseda Mladí lékaři, o. s., Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Vybral bych možná jedno z nových administrativních opatření, které zavedl zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., kde se zavádí povinnost hlásit soudu použití omezovacích prostředků. Za ně je považován podle předchozího odstavce zákona i úchop (!) pacienta nebo použití takových omezovacích prostředků, jako jsou např. kurtace či aplikace psychofarmaka. Ministerstvo zdravotnictví sice připravuje novelu, která by zrušila povinnost oznamovat onen úchop, ale o ostatních prostředcích tam není bohužel ani zmínka...

Samozřejmě je obtížné říci, co definujeme jako administrativu. Pokud bych však do administrativy v širším slova smyslu zahrnul i všechny úkony a činnosti, které jsou potenciálně přenositelné na zdravotníky-nelékaře nebo nezdravotnické pracovníky, tak by mohlo jít velmi hrubým odhadem minimálně o čtvrtinu pracovní doby.

MUDr. Pavel Brejník,

praktický lékař pro dospělé, Kladno

Upřímně řečeno, netuším. Myslím si, že všechno má svůj smysl. S čistým svědomím nemohu prohlásit žádný papír za nesmyslný. Sociální služby, neschopenky – to vše má své opodstatnění. Administrativu se snažím dělat po večerech a víkendech. Určitě mi to zabere několik hodin týdně, ale rozhodně toho není o moc víc, než bylo tak před dvaceti třiceti lety. Jediné, co bych zlepšil, by bylo to, aby byla administrativní práce placená – sociální služby mají za tvorbu dokladů značné částky, lékař má částku symbolickou nebo žádnou.

MUDr. Toman Horáček,

praktický lékař pro dospělé, Komárov

Přesně tuto otázku jsme řešili v naší interní korespondenci mezi lékaři. Já osobně na byrokracii neustále nadávám, ale pokud bych měl označit, který z papírů, jež vyplňuji, je ten nejnesmyslnější, musím dlouho váhat. Co mi hodně vadí, je clearingové centrum na očkování – i když si nejsem jist, zda to šlo vymyslet lépe. Za nejhorší vyhlášku poslední doby pak považuji návod na mytí rukou. Co mě ale denně štve, je agenda okolo pracovních neschopností. Když chce někdo změnit vycházky – musíme to hlásit. Když chce někdo změnit bydliště – musíme to hlásit. A na všechno je zvláštní formulář. V této oblasti bych viděl největší byrokratickou zátěž. Administrativa mi i s účtováním zabere dost času; z toho jen papíry pro sociální služby tak 20 % celkového času. V nemedicínské oblasti se také hodně administruje. Kdybych to měl celkově odhadnout, pak něco málo pod polovinu svého času věnuji administrativě. Prostor pro zlepšení bych viděl v tom, že by naši nadřízení mohli přestat chtít vše vědět. Připadá mi totiž zbytečné, když jim pošlu měsíčně nějaká čísla, ale nemám od nich žádnou zpětnou vazbu ohledně jejich významu či využití. A nejhorší na tom je, že dochází k tvorbě dalších a dalších papírů a ke změně těch stávajících. Jen si člověk zvykne na jeden,



tak dostane další nebo ten původní v jiné podobě – takhle je to jak s papíry pro sociální služby, tak s řidičskými průkazy.

MUDr. Lubomír Nečas,

praktický lékař, Zlín

Mezi nejvíce problematické patří vykazování pro ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). Každým rokem přibývají v požadované statistice nové kolonky. Mnohá čísla zde lékaři vyplňují jen podle svého odhadu, a to tak, aby se především příliš nelišila od předcházejícího roku. Např. otázky na počet nových infarktů, hypertonií či diabetiků za poslední rok vedou většinu lékařů k odhadům. Pochybuji, že praktický lékař si zapisuje do svého sešitu statistiky pacienta, který se mu vrátil po infarktu z nemocnice, a přitom si značí, je-li to jeho první či druhý infarkt. Proto se domnívám, že mnohá čísla, která sbírá ÚZIS od privátních lékařů, jsou přesným součtem nepřesných čísel a nemohou mít validní vypovídací hodnotu. A přitom se každoročně tisíce lékařů několik hodin trápí s vyplňováním požadovaných tabulek pro potřebu ÚZIS.

Privátní lékaři jsou enormně zatěžováni různým záznamnictvím, výkaznictvím, evidencí a jinou další byrokracií, a to pro různé instituce – pro zdravotní pojišťovny, ČSSZ, soudy, policii, úřady práce, komerční pojišťovny, dopravní inspektoráty, pro obce, sociální zařízení, zaměstnavatele, školy, jiné poskytovatele zdravotnických služeb... Já se domnívám, že byrokracie v mé ordinaci praktického lékaře zabírá více než 50 % z mé pracovní doby.

MUDr. Jiří Koskuba,

primář, interní oddělení, FN Na Bulovce

Kdo nárůst zdravotnické administrativy v posledních letech nezažil, stejně neuvěří. Navíc má odpověď jako primáře by nebyla zcela objektivní. Pozice šéfa klinického úseku se totiž právě kvůli administrativě čím dál více blíží pozici podnikového ředitele. Obecně řečeno – neúměrná administrativa odvádí zdravotníky od toho hlavního, pro co byli vyškoleni a co dělat mají – diagnostikovat a léčit. Vedle lékařů už i sestry vyplňují hory tabulek a papírů. Je to asi takové, jako kdyby kupř. řidič tramvaje na každé stanici musel u tabulky s vyplněnou linkou a typem tramvaje zaškrtnout a vyplnit, že zastavil, otevřel dveře, zazvonil, zavřel dveře a rozjel se. Tedy naprostou samozřejmost. A to ve srovnání se sestřičkami pomímám skutečnost, že by se po něm požadovalo vysokoškolské vzdělání. Nedivme se proto, že z pacienta, což platilo po staletí, se stal „pouhý“ klient. Co je psáno, to je dáno, to je naivní představa těch, kdo nové a nové dokumenty vymýšlejí. Místo zdravotníka nikdy nebylo a není u psacího stroje či PC, ale u nemocného. S veškerou úctou – mně připadá, že obrovsky přibýlo vysokoškolsky vzdělaných organizátorů zdravotnictví, kteří místo konkrétní nelehké praxe v ordinaci či u lůžka vymýšlejí raději hory dokumentů pod záminkou zvýšené kontroly, bezpečí nemocného. Dostáváme se do paradoxní situace, kdy i s ohledem na eventuální následné spory ani není tak důležité, co se udělalo, jako to, co je zapsáno. Jenom co souhlasů a poučení musíme nemocnému vysvětlit a nechat potvrdit, než začne být vůbec vyšetřován. Ne, nepodceňuji vhodnost poučení pacienta. Avšak medicína se studuje minimálně 6 let a pak dalších 6 let musí adept projít předatestačním školením. Ruku na srdce – nemyslíte si, že zhusta jde o zdržující formalitu? Cožpak vás na letišti, mimochodem po zaplacení řady poplatků, poučí, jakým letounem poletíte, kdy byl vyroben, kolik má nalétáno, kdy naposledy byl zkontrolován a kým, proč se vlastně udržel ve vzduchu, jak funguje vrtulový či proudový

motor, kdo dodal a zkontroloval palivo? Nepočítaje jméno posádky a její vzdělání, proškolení, počet nalétaných hodin atd. Zdá se vám to přehnané? Jak se to vezme – my už v tomto stavu skoro jsme. To je tak asi vše. Možná ze mne mluví stará škola, ale já už prostě do ní nějak patřím. A věřte mi, že doktor či přímo primář Sova je pro české pacienty stále přijatelnější než „manažer“. Ze zdravotnictví se stal byznys, z nemocnice továrna na zdraví, z doktora poskytovatel zdravotnické péče, z pacienta klient. Nezávidím mladým ani z jedné strany pomyslné barikády. Napadá mě, že vám ještě dlužím nějaký největší administrativní nesmysl. Tak kupř. povinné proškolení na prsto každého zdravotnického pracovníka ze základů kardiopulmonální resuscitace à 2 roky. To je něco jako první pomoc. Tak tímto dvouhodinovým školením musí mj. projít i každý šéf, lékař a sestra z jednotky intenzivní péče či tzv. ARO. Přitom resuscitace je jejich každodenním chlebem. To je asi totéž, jako kdyby důstojník z fronty měl pravidelné povinné školení ze zacházení se střelnou zbraní.

Zdroj: Medical Tribune, 19. 12. 2012

Evropští nemocniční a veřejní lékárníci chtějí zvýšit kompetence

Organizace zastupující veřejné a nemocniční lékárníky v Evropě společně vytvořily prohlášení o rozvoji lékárnické profese. Vyzývají vlády členských států, aby zvýšily kompetence lékárníků při optimalizaci farmakoterapie. ČLnK se k prohlášení připojuje.

Evropští nemocniční a veřejní lékárníci zveřejnili společné prohlášení o roli lékárníků v budoucnosti

Společné prohlášení Svazu lékárníků Evropské unie (PGEU) a Evropské asociace nemocničních lékárníků (EAHP) vyzývá vlády jednotlivých členských států k učinění kroků, které v celé Evropě zvýší kompetence lékárníků při optimalizaci farmakoterapie a dále zlepší systémy multidisciplinární spolupráce při zajištění zdravotní péče. „ČLnK se připojuje ke snaze obou evropských organizací o co největší zapojení lékárníků do zajišťování kvalitní farmakoterapie pro pacienty a co nejužší spolupráci všech odborníků při péči o pacienty. Je to jedna z důležitých cest pro zajištění kvalitní, bezpečné a finančně dostupné zdravotní péče,“ uvedl PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident České lékárnické komory.

EAHP a PGEU se domnívají, že lékárníci jako odborníci na léčiva by měli být v centru národních strategií k zajištění nejlepších výsledků terapie. Úkolem lékárníků je nejenom vzdělávání pacientů o optimálním užívání léčiv, ale také pomoc při řešení problémů, které mohou nastat při současném užívání více léčiv. Rozvoj kompetencí lékárníků je obzvláště důležitý s ohledem na stárnutí evropské populace v kombinaci s očekávaným tlakem na veřejné výdaje. V tomto smyslu nebylo nikdy důležitější, aby bylo dosaženo výsledků léčby hospodárným způsobem a s ohledem na plánování státních výdajů na léčiva. Veřejní i nemocniční lékárníci mají výhodnou pozici k naplnění tohoto úkolu, pokud tvůrci zdravotních politik rozpoznají příležitost a učiní nezbytné kroky k jejich naplnění.

V závěru společného prohlášení je znovu zdůrazněna potřeba multidisciplinárního přístupu při poskytování integrované a komplexní zdravotní péče. To zahrnuje zlepšení systémů komunikace při oboustranném převádění pacientů mezi lůžkovou a ambulantní sférou zdravotní péče. Vzájemná komunikace musí být zintenzivněna zejména v situacích, kdy je pacientovi změněna medikace. PGEU a EAHP vyžadují závazek od vlád k dosažení multidisciplinární péče



a k integraci týmové multidisciplinární koncepce terapie v osnovách vzdělávání profesionálů. Prezident EAHP Dr. Roberto Frontini o zveřejnění prohlášení řekl: „Společné prohlášení EAHP a PGEU reprezentuje naše společné cíle při maximalizaci výhod zdravotní péče, která vychází z odborných znalostí lékárníků o lécivech. Více než kdy předtím se zákonodárci v sektoru zdravotnictví musejí ptát a odpovídat na důležité otázky týkající se zlepšování hodnot a výsledků dosažených u pacientů. Lékárníková pozitivní role v zajišťování optimálního užívání léčiv pacienty je proto ústředním faktorem umožňujícím úspěšně čelit dnešním i budoucím výzvám.“ Prezidentka PGEU Isabelle Adenot doplnila: „Zatímco pacienti přijímají ambulantní i nemocniční péči, evropští lékárníci pracují v obou prostředích. Všude se podílejí se na zlepšování efektivního užívání léčiv. Obecně přijímaný podrobný plán definující jejich role může pomoci k lepším výsledkům. To je cílem našeho společného prohlášení.“

Zdroj: www.tribune.cz, 10. 1. 2013

Je výzkum léků důvěryhodný?

Farmaceutický průmysl neváhá investovat nemalé prostředky na to, aby alespoň někteří odborníci tyto produkty prosazovali tím, že nepublikují kompletní výsledky nebo se vyjadřují příznivě o různých lécích, byť sporného účinku. Napsal to americký odborník Charles Seife v časopise *Scientific American*. Rozsáhlá studie amerického odborníka Charlese Seifeho, profesora žurnalistiky (New York University), se objevila v časopise *Scientific American*, který rozhodně nelze řadit mezi bulvární média. Stručně shrnuto – farmaceutický průmysl, jenž má pochopitelně eminentní zájem na odbytu svých výrobků, neváhá investovat nemalé prostředky na to, aby alespoň někteří odborníci tyto produkty prosazovali tím, že – řečeno mírně – nepublikují kompletní výsledky nebo se vyjadřují příznivě o různých lécích, byť sporného účinku. Ne nadarmo je článek amerického novináře nadepsán „Je výzkum léků důvěryhodný?“. Obraz, ve skutečnosti ještě složitější, třebaže se týká amerického prostředí, je velmi pravděpodobně obecnější. Rozhodně si zasluhuje pozornost. Poměrně výmluvný je výsledek průzkumu, který provedli výzkumníci z Mayo Clinic (Rochester, Minnesota). Týkal se jednoho z preparátů používaných při cukrovce. Bylo totiž podezření, že jeho užívání zvyšuje riziko srdeční příhody. Zmínění výzkumníci prostudovali publikace v recenzovaných vědeckých časopisech týkající se tohoto léku, přičemž zároveň zjišťovali, zda autoři těchto prací byli ve střetu zájmů, jinými slovy zda byli v kontaktu s výrobcí uvedeného léku. Tedy zda od těchto výrobců získávali, nebo mohli získávat, nějaké výhody. Dodejme, že takový údaj by měl být podle americké legislativy dostupný, ve skutečnosti by ho měli přiznávat již sami autoři publikací. Výsledky jsou dost výmluvné. Ve prospěch dalšího používání léku se vyslovilo 31 odborníků, z nichž 29 (tedy 93,5 %) v konfliktu zájmů bylo. Neutrální stanovisko zaujalo 84 autorů, z nichž bylo v konfliktu zájmů 32 (38 %), a záporně se o preparátu ve svých publikacích vyslovilo 65 vědců, z nichž bylo v naznačeném konfliktu jen 18 (27 %). Poslední údaj našťastí potvrzuje, že samozřejmě nesmíme házet všechny vědce do jednoho pytle.

Ghostwriting

Co vlastně firmy dělají, že se to shledává v USA jako střet zájmů? Profesor Seife uvádí tři typické z řady dalších používaných postupů. Poskytují odborníkům peníze na cestování s tím, že takový vědec absolvuje série přednášek, jejichž texty však napsala sama firma a samozřejmě připravila doprovodnou obrazovou prezentaci. Jinou

možností je najmout výzkumníka jako konzultanta. Konkrétněji to formulovala Marcia Angelová, někdejší editorka prestižního *New England Journal of Medicine*: „Koupit slavného, vysoce postaveného akademického výzkumníka, takovou osobu, která přednáší na (vědeckých) setkáních, která píše učebnice, která píše články do časopisů – to má hodnotu 100 000 prodejců.“ Tedy prodejců léků. Konečně je tu další možnost, jež nese v angličtině název „ghostwriting“. Připomeňme, že „ghost“ je duch. Americký lexikon praví, že „ghostwriter je osoba, která píše projevy, knihy, články atd. pro jinou osobu, jež je uváděna jako autor nebo se předpokládá, že jím je“. Takže farmaceutická firma vypracuje článek a zaplatí renomovanému vědci jako „hostujícímu autorovi“. Jinými slovy připiše jeho jméno k autorům práce a tu zašle nějakému renomovanému recenzovanému vědeckému časopisu. Profesor Seife se podrobněji, jako modelovému příkladu, věnuje dr. Robertu Lindsayovi, jenž si vydobyl renomé jako odborník na preparáty proti osteoporóze. Nutno přiznat, že tento vědec začal zprvu skromně se svým výzkumem v sedmdesátých letech minulého století, přičemž původně mu opravdu nebylo možné předhazovat neetické chování. Časem však získal proslulost a stal se jedním z těch, jichž se například „ghostwriting“ týká. Někdy asi od poloviny devadesátých let, kdy vedla firma Wyeth-Ayerst Laboratories, výrobce preparátů proti osteoporóze, patentový spor s konkurencí, postavil se Lindsay vehementně na stranu firmy Wyeth. Později souhlasil s tím, aby pro něj firma vypracovávala náčrtky vědeckých publikací, a současně přijímal desítky tisíc dolarů od farmaceutických firem. Nejen této jedné. Jednu z jeho nejprestižnějších prací z roku 2002 dokonce původně napsala firma DesignWrite, kterou za tím účelem najala firma Wyeth. Po prvním setkání vytvořila DesignWrite první verzi článku, na základě komentářů dr. Lindsaye ji upravila, načež ji k otištění přijal jeden z prestižních vědeckých časopisů. V této publikaci děkuje dr. Lindsay spolu se třemi spoluautory paní Karen Mittlemanové za redakční pomoc, ale nezmiňuje se zde o tom, že jde o zaměstnankyni DesignWrite ani že tuto firmu najala společnost Wyeth. V jiném Lindsayově článku z roku 2009 figuruje v podobné roli paní Kathleen Olethová, rovněž z firmy DesignWrite. Když se prof. Seife dotázal, kdo ve skutečnosti platil paní Olethové za tuto službu, dr. Lindsay odmítl odpovědět s odkazem na tiskového mluvčího instituce, kde pracoval. Jak zjistili investigativní novináři, v roce 2009 a 2010 zaplatila dr. Lindsayovi další farmaceutická firma Eli Lilly přes 124 000 dolarů, především jako honoráře za přednášky. Přitom tento vědec současně žádal o americké federální výzkumné granty, třebaže byl konzultantem této firmy, což však v grantové přihlášce neuvedl. Tak dostal od NIH (National Institute of Health), vrcholné americké výzkumné instituce v oblasti medicíny, grant ve výši 3,4 miliónu dolarů, a to právě na výzkum jednoho preparátu firmy Eli Lilly. Další granty s tímž posláním následovaly v letech 2010 a 2011. Vcelku nepřekvapí, že se podezření obrátilo také na samotnou instituci, tedy NIH, zda její vedení nedostává peníze od farmaceutických firem. Prozkoumání dostupných dokumentů potvrdilo, že několik desítek členů dozorčí rady NIH přijalo opravdu částku kolem miliónu dolarů (Charles Seife neuvádí za jaké období) jako přednášející či konzultanti farmaceutických firem, což lze pokládat za porušení amerických federálních etických pravidel. Potud dozorčí rada, ovšem zůstávalo ještě podezření, že peníze plynou přímo do NIH některým zaměstnancům. Připomeňme, že mohou rozhodovat o grantech. Aby získal potřebná data, vyplnil Charles Seife žádost, takzvaný Freedom of Information Act, v níž žádal NIH, aby uvedla, zda je jí známo, že někteří členové dozorčí rady a též někteří zaměstnanci pobírají peníze od farmaceutických firem. NIH nejprve odmítla poskytnout informace,



a teprve po devíti měsících soudů ji k tomu přinutil výrok federálního soudu. Podezření se potvrdilo, jak to dál článek rozebírá, ovšem zůstala i nadále temná místa. Ono obrazné máslo na hlavě nemá jen NIH. Použití nových léků povoluje ve Spojených státech FDA (U. S. Food and Drug Administration), jejíž počínání rovněž nebylo vždy odpovídající. Ukázalo se to, když šlo o další z preparátů proti diabetu, jenž uvedla na trh firma GlaxoSmithKline. Také u tohoto preparátu se objevilo podezření, že může vést k srdečním potížím. Roku 2010 provedl British Medical Journal studii, podle níž z odborníků, kteří se vyslovili ve prospěch použití léku, bylo 87 procent těch, kteří měli „nějaké finanční styky s výrobcem“. Výsledkem bylo jednání komise FDA, zda by měl být lék stažen z použití. Jak se však ukázalo, i mezi členy této komise byli takoví, kteří dostávali peníze od farmaceutických firem. Článek, který napsal Charles Seife, bezpochyby vyvolá další diskuse. Tematika je doslova žhavá. Ve skutečnosti si dovolueme vyslovit názor, že nikterak nová; je to podhoubí v oblasti výzkumu, která je středem zájmu. Skoro každý někdy dostane nějaký lék, přičemž věříme, že preparát je bezpečný, přinejmenším do větší míry. Dnes už přibívalové letáky upozorňují na možné potíže, což je, mimo jiné, také důsledek tlaku, který v různých státech vznikl v souvislosti s problémy, někdy vskutku hrozivými. Předzvěstí bouře byla proslulá aféra s preparátem na bázi thalidomidu, dnes možná dost zapomenutá. Výrobek německé firmy Chemie Grünenthal byl původně, roku 1956, uveden jako lék na respirační infekce, záhy se však začal používat jako prostředek na spaní. Od roku 1959 začaly přibývat zprávy, že se těhotným ženám, které lék užívaly, rodily ve zvýšené četnosti deformované děti. O dva roky později stáhla firma lék z trhu. Až dodatečně provedené pokusy na opicích prokázaly, že se každé samičce, již podávali thalidomid, rodila defektní mláďata.

Poloniová válka

I v jiných oblastech podnikání jsou firmy bohaté. Zde bych si dovolil připomenout vědeckou práci jedné americké historičky, která ji publikovala v časopise Isis. Přes podivný název patří časopis mezi světovou špičku publikující práce z dějin vědy a zmíněný článek patří, doufejme, snad už opravdu historii. Jen stručně – počínaje šedesátými lety minulého století se v USA začali vědci zabývat otázkou obsahu radioaktivních prvků v cigaretách, především šlo o polonium, jež je nejen radioaktivní, ale také jedovaté, a možnou roli těchto prvků ve vzniku rakoviny plic, především u kuřáků. Tato domněnka se potvrzovala, ale současně začaly velké koncerny vyrábějící cigarety financovat vlastní výzkum, kde vědci měli shromažďovat argumenty o neškodnosti polonia v cigaretách. Tato „poloniová válka“ trvala desítky let a navzdory nepochybnému důkazu, že polonium je jednou z významných příčin rakoviny plic, firmy pořád vyráběly cigarety z tabáku, který tento prvek obsahoval. Současně publikovaly práce, které varování před rakovinou vyvracely. Byly to práce právě z laboratoří, které tyto firmy provozovaly a financovaly. Zpět k článku Charlese Seifa. Ten uzavírá s tím, že „jediná naděje řešení problému vědy v konfliktu zájmů leží na vědcích samotných“. Což je pravda. Příspěvek k tomu mohou, a měly by, recenzované časopisy, především takové, které nazýváme prestižní. Záleží, jak tento novinář píše, na profesionální organizaci takových časopisů. Končí otázkou, zda například v oblasti práce dr. Lindsaye budou mít snahu vymýtit střet zájmů. Uzavírá totiž slovy: „Osoba, již se lze na to zeptat, může být někdejší prezident National Osteoporosis Foundation a současný hlavní editor (časopisu) Osteoporosis International – Robert Lindsay.“

Zdroj: V. Karpenko, Lidové noviny, 16. 1. 2013

INZERCE

246 9-12

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost **v Praze 6.** informace na tel. 602 626 959.

248 10-12

Medicon a.s. přijme pediatra na plný úvazek (ev. i částečný) pro ordinaci **v Praze 4**, Poliklinika Budějovická. Práce v dobře vybaveném zdravotnickém zařízení, dobré platové podmínky, benefity, zavedená praxe. **Nástup od 1. 3. 2013.** Kontakt: alena.petrankova@mediconas.cz, telefon: 261 006 476.

249 10-12

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost **ve Velkých Karlovicích** (Zlínský kraj – **okres Vsetín**). Obvod je volný **od 1. 1. 2013.** Telefon: 739 039 381.

250 10-12

Pronajmu zařízení **ordinaci v centru Brna** ve velmi hezkém prostředí. Možnost okamžitého zahájení praxe. E-mail: remunda@centrum.cz.

251 1-13

Nabízím **práci na 0.5 úvazku** (či více, dle dohody) v plně vybavené ordinaci PLDD, s.r.o. **na Praze 9.** Dobré platové podmínky. Kontakt: jarmilakav@gmail.com.

252 1-13

Prodám velmi dobře prosperující **praxi PLDD na severu Prahy.** Telefon po 19. hod. 737 113 456.

253 1-13

Prodám zavedenou praxi PLDD v blízkosti Prahy a Kladna, dobrá dopravní dostupnost. Zkušená sestra, větší počet pacientů. Kontakt: 728 476 310.

254 1-13

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost **v Berouně** s možností nástupu **od 1. 2. 2014.** Bližší informace na telefonu 777 337 858.

255 1-13

Nabízím odborný lékařský **zástup** v ordinaci PLDD **v Jihomoravském a ev. Karlovarském kraji** v době dovolené, nemoci či jiného výpadku lékaře. Praxe v pediatrii od roku 2000, 6 let PLDD. MT: 777 366 766.

256 1-13

Předám dobře zavedenou dětskou **praxi v Praze 3.** Telefon 775 725 306.

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

Autodidaktický test 2/2012

Hepatitis

1. Součástí léčebných protokolů některých typů chronické virové hepatitidy je aplikace interferonu. Od konce 90. let je k dispozici tzv. pegylovaný interferon. Pegylovaný interferon je:

- a) Speciálně upravený interferon určený k aplikaci tzv. PEGem (perkutánní endoskopická gastrostomie)
- b) Interferon navázaný na polyetylen glykol, který je nutno aplikovat 3× týdně i.v.
- c) Interferon zpracovaný v roztoku kyseliny glycerové do polymerické formy, čímž se prodlužuje jeho účinek postupným uvolňováním a tudíž se aplikuje jen 1× týdně s.c.
- d) Polyetylen glykol s navázanou molekulou interferonu, čímž se účinek prodlouží a stačí aplikace 1× týdně s.c.

2. Léčba interferonem (pegylovaným interferonem) může být doprovázena až v 75 % případů nežádoucími účinky:

- a) Hematologické (neutropenie, trombocytopenie), neuropsychiatrické (cefalea, deprese, suicidiální tendence, agresivita, poruchy paměti a koncentrace), flu-like syndrom, indukce autoimunní tyreoiditidy, alopecie, progresse atopického ekzému, plicní fibróza
- b) Hematologické (anémie, eozinofilie, trombocytóza), neuropsychiatrické (letargie, suicidiální tendence, poruchy vidění), rabdomyolýza, Guillain-Barré sy., hyperurikémie
- c) Hematologické (polyglobulie, leukocytóza, DIC), autoimunní choroby, myalgie, úbytek na váze, zvýšení triacylglycerolů
- d) Autoimunní choroby, riziko sepse, febrilie, cefalea, akutní renální insuficience, plicní fibróza, riziko trombóz

3. Pro novorozence je velmi vysoké riziko vertikálního přenosu viru hepatitidy B.

- a) Profylakticky je nutno u novorozence matky s VHB zahájit do 24 hodin po porodu pasivní i aktivní imunizaci
- b) Profylakticky je vhodné těhotnou očkovat proti HBV
- c) Očkování proti HBV je v graviditě kontraindikováno, východiskem je opakovaná plazmaferéza
- d) Při vysoké virové náloži je možno během gravidity použít virostatikum ribavirin k zabránění vertikálnímu přenosu VHB

4. Virová hepatitida D je vyvolána RNA virem HDV,

- a) jehož replikace je zcela závislá na viru HBV
- b) který má lipidový obal tvořený HBsAg v rámci koinfekce s HBV
- c) který je ve skutečnosti m-RNA při replikaci HBV
- d) její prevence spočívá v očkování proti VHB

5. U virové hepatitidy B jsou virus neutralizační protilátky proti:

- a) HBcAg
- b) HBeAg
- c) HBsAg
- d) HAVIgG

6. Které virové hepatitidy nepřecházejí do chronicity?

- a) A, D, E
- b) B, C, D
- c) A, E
- d) D, E

7. Proti virové hepatitidě A máme možnost očkování. Očkovací látka je použitelná:

- a) postexpozičně pouze u osob nad 40 roků
- b) preexpozičně pouze u osob od 1 do 40 roků
- c) preexpozičně pouze u osob nad 40 roků
- d) postexpozičně pouze u osob od 1 do 40 roků
- e) preexpozičně u osob starších 1 roku

Nyní
ještě blíže
mateřskému
mléku

**nutra
defense**

Prebiotický/Prebiotická
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 kojenců
Organismus si je nedokáže sám vytvořit, proto je nutné je v dostatečném
množství přijímat stravou.

Nukleotidy

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

Mateřské mléko je naší inspirací.

Jeho ochranná funkce nás přirozeně inspirovala k vytvoření
kojenecké mléčné výživy Nutradefense s unikátní směsí látek,
které jsou přirozeně přítomny v mateřském mléku.

Nové vyvážené složení Nutradefense obsahuje kromě bílkovin,
sacharidů, tuků, vitamínů a minerálních látek také
tři další významné složky:

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

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

Odkazy na odbornou literaturu: 1. Ben HM, 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 R, Vigi V, Fabris C, Pao-Quintana L, et al. Galacto-oligosaccharides are bifidogenic
and safe at weaning: a double-blind randomized multicenter study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(1): 82-9. 3. Buck RH,
Thomas DL, Winship TR, Cordile 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, Cordile CT, Winship TR,
Buck RH, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: Humoral responses. Pediatr Res 2004 Dec; 56(5): 883-90.
5. Gutiérrez-Castrellón R, Mora-Mugabli L, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez C, Ramírez-Mojana J and Salomon-Santibáñez GA. Immune
response to nucleotide-supplemented infant formulas: systematic review and meta-analysis. British Journal of Nutrition 2007; 98 (Suppl.1):S54-7.

NOVINKA
NA DOBRU
NOC



800 201 102

www.nutradefense.cz

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

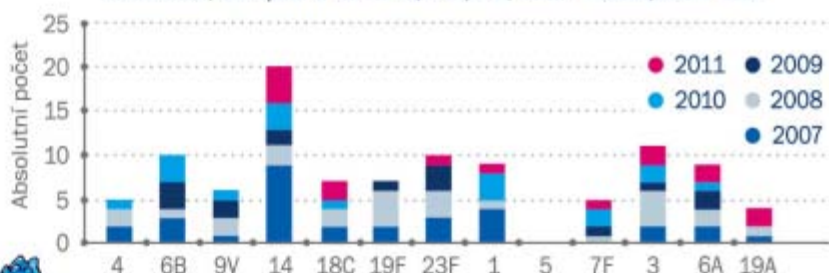
Seznamte se...

- V řadě zemí významná příčina invazivních pneumokokových onemocnění^{1,2,3}
- Jako příčina IPO u dětí do 5 let zachycen i v ČR⁴
- Častá příčina akutních otitis media^{1,5,6}
- Spojen s vyšší rezistencí na antibiotika, izolovány i multirezistentní formy^{1,5,6}



sérotyp
19A

Distribuce sérotypů *S. pneumoniae*, zahrnutých v konjugovaných vakcínách, děti pod 5 let věku, IPO, ČR, 2007–2011, data NRL⁴



Graf adaptován
dle Motlové et al., 2012⁴



Prevenar 13

je jediná pneumokoková
konjugovaná vakcína,
která pokrývá
sérotyp 19A^{7,8,9}

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

Zkrácená informace o přípravku - Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná). • **Lečivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcal polysaccharide serotypes 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). • Konjugován s nosným proteinem CRM₁₉₇ a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,125 mg hlinitku). • **Indikace:**

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

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

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

www.prevenar13.cz



Procesujeme spolehlivě pro obrovský svět

www.pfizer.cz

PRV-2012.02.071