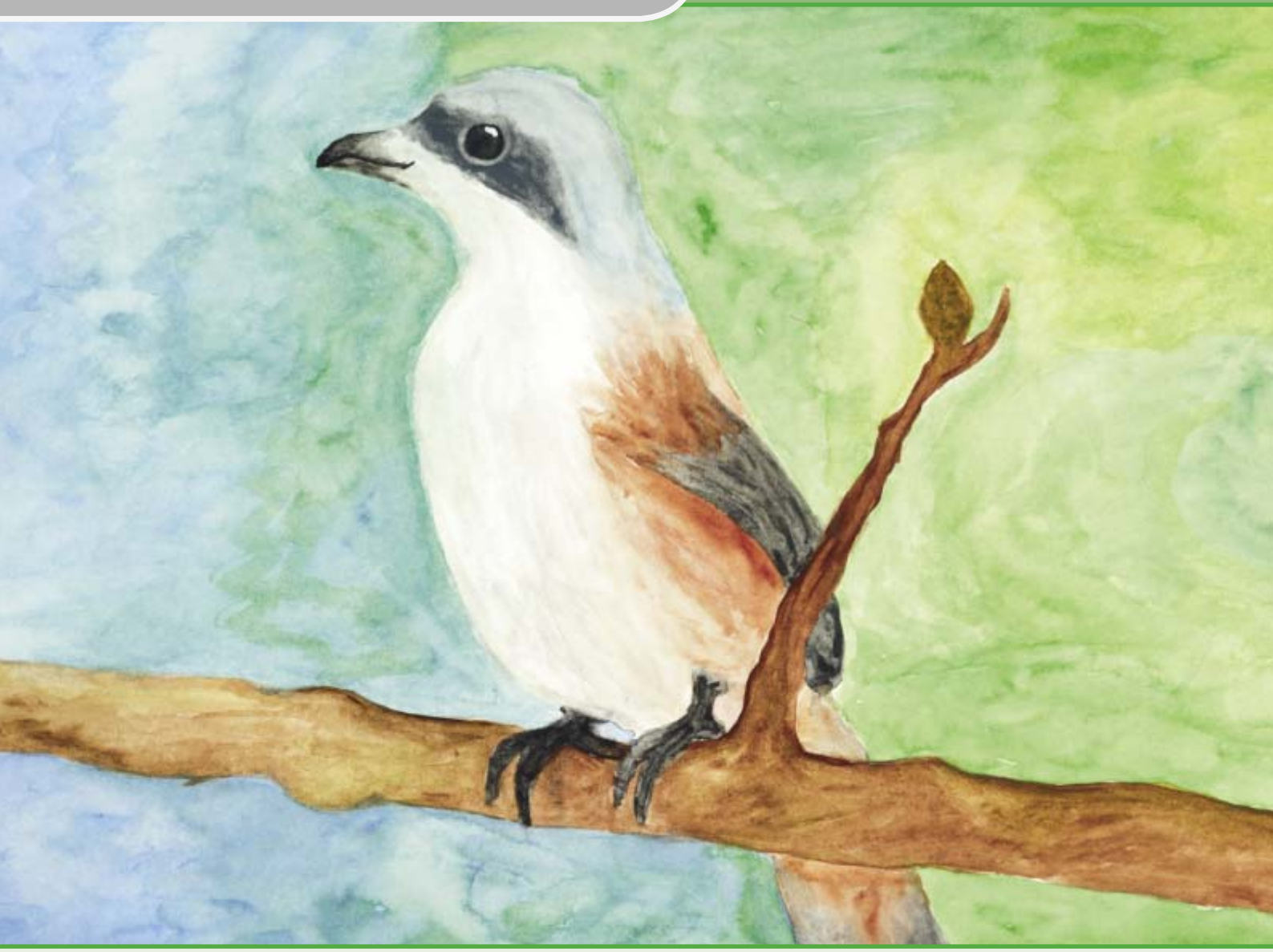
ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX PEDIATRIAE

březen 2013
číslo 3 • ročník 13

téma čísla

VÝŽIVA



- Právní rubrika: Právník radí
- Managemant lékařské praxe PLDD
- Bílkovina ve výživě dětí
- Prevence osteoporózy je již v dětském věku
- Je laktózová intolerance nemoc?
- Dieta při ulcerózní kolitidě
- Kozí mléko ve výživě dítěte
- Diety a dietní systémy od konce 19. století po dnešek
- Problematika prodloužení APTT u dětí

MSD
Pfizer
Pracujeme pro zdravější svět™
Hero
gsk GlaxoSmithKline

Nutrilon HA – ochranný efekt proti vzniku a rozvoji alergických symptomů přetrvává až do 5 let

Doporučte dětem s rizikem rozvoje alergií včas tu správnou výživu.

Každé dítě má právo na výživu, která podpoří jeho zdraví.

Mateřské mléko je ideální výživou kojenců, neboť dodá dítěti vše potřebné. Pokud kojení není možné, kojenecké mléko **Nutrilon** s obsahem směsi oligosacharidů **scGOS/lcFOS (9:1)** pomáhá přirozeně podporovat **rozvoj pozitivní střevní mikroflóry** po vzoru mateřského mléka.[1,2]

Alergie postihují více než 20 % populace.[3]

Děti s pozitivní alergologickou rodinnou anamnézou (PARA) potřebují něco navíc. Riziko, že u nich jinak neškodné antigeny vyvolají nesprávnou, patologickou, reakci imunitního systému, tedy reakci alergickou, je vysoké (i přes 70 %)[3]. Nekojeným dětem s PARA je správně doporučováno kojenecké mléko s hydrolyzovanou bílkovinou, díky níž je antigenicita tohoto kojeneckého mléka omezena a riziko rozvoje potravinových alergií sníženo.[4,5]

Nutrilon HA – dvojnásobné řešení pro děti ohrožené alergiemi.

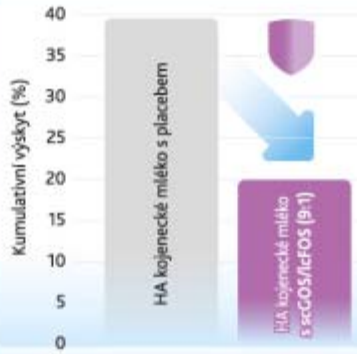
Nutrilon HA pomáhá řešit prevenci alergií u dětí s PARA hned dvakrát, a to díky jedinečné kombinaci:

- hydrolyzované syrovátkové bílkoviny, díky níž je omezen styk s antigenem - bílkovinou kravského mléka,
- unikátní, klinicky testované směsi oligosacharidů **scGOS/lcFOS (9:1)**, která dokáže zajistit prevenci vzniku alergických symptomů **až do 5 let věku.**[6]

Jedná se zejména o projevy **atopické dermatitidy (o 48 %**[6] nižší výskyt v 5 letech věku) a **alergické rýmy (o 84 %**[6] nižší výskyt v 5 letech věku).

Nutrilon tak prokazatelně účinně chrání proti vzniku alergických symptomů u dětí s PARA i v 5 letech.[6]

Atopická dermatitida v 5 letech
dle typu výživy



Snížení výskytu AD díky zvýšenému účinku HA kojeneckého mléka se směsí oligosacharidů **scGOS/lcFOS (9:1) v 5 letech věku o 48 %.**

1 Moro G et al., Dosage related bifidogenic effects of galacto- and fructo-oligosaccharides in formula-fed term infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002; 34: 291-5.
2 Rinne MM et al., Similar bifidogenic effects of prebiotic partially hydrolyzed infant formula and breastfeeding on infant gut microbiota. FEMS Immunol Med Microbiol 2005; 43 (1): 59-65.
3 Osborn DA et al., Formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergy and food intolerance in infants. Cochrane Database of Systemic Reviews 2006; 4: Art.No.: CD003664. DOI: 10.1002/14651858.CD003664.pub3.
4 Exl BM et al., Improved general health status in an unselected infant population following an allergent reduced dietetary intervention programme. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2003; 32 (2): Abstract 100.
5 Boyce JA et al., Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States. Report of the NIAID-sponsored expert panel. J Allergy Clin Immunol, 2010; 126 (6): S1-S58.
6 Arslanoglu S et al., Neutral Prebiotic Oligosaccharide Supplementation Early in Life And Allergy Associated Symptoms Later On: A Five Year Follow-Up. ESPHGAN 2011; Book of 2011. Available at: http://www.espghan2011.org/Libraries/Docs/Final_Abstract_ESPGHAN_2011.sflb.ashx.

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

NUTRICIA Nutrilon

800-110-000
www.nutrilon.cz

Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období 5

Koalice soukromých lékařů 6

Právní rubrika: **Právník radí** 9

Managemant lékařské praxe PLDD 10

Informace OSPDL ČLS JEP 12

MUDr. Petr Tláskal, CSc.
Bílkovina ve výživě dětí 13

Mgr. Veronika Březková, prof. MUDr. Zuzana Derflerová Brázdová, Dr.Sc.
Prevence osteoporózy je již v dětském věku 16

Mgr. Veronika Březková, MUDr. Halina Matějová
Je laktózová intolerance nemoc? 19

Laura Sochorovská, DiS.
Dieta při ulcerózní kolitidě 21

MUDr. Petr Tláskal, CSc.
Kozí mléko ve výživě dítěte 23

Květa Krajíčková
Diety a dietní systémy od konce 19. století po dnešek 26

MUDr. Ivana Hadačová
Problematika prodloužení APTT u dětí 28

MUDr. Marie Finková
Kazuistika – Praktická dětská obezitologie 31

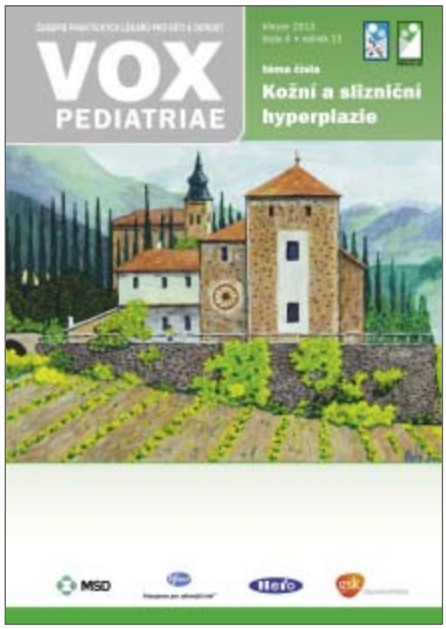
Ze světa odborné literatury 34

Aktuality 35

Řádková inzerce 37

Autodidaktický test, Neonatologie 38

§ **Sdělení Ministerstva zdravotnictví č. 420/2012 Sb., o antigenním složení očkovacích látek pro pravidelná, zvláštní a mimořádná očkování pro rok 2013** -



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GOLDIM
GSK
HERO
MEDAC
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
PFIZER

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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

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

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2200 výtisků. Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241.

Redakce nezodpovídá za obsah článků. Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce. Nevyžádané podklady se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzercí a vložených tiskovin.

Ambulantní specialisté na začátku roku 2013:

Nespokojenost, snaha o nápravu jednáním s MZ, ale i protesty.

Vážené kolegyně, vážení kolegové, rád bych vám zde nějakým maximálně stručným způsobem zkusil vysvětlit, co se v posledních týdnech děje u nás – ambulantních specialistů. Proč jsme nespokojeni aproč i vítáme, že vedení ČLK tak trochu vzalo naše problémy za své a začalo organizovat protesty, proč to ale také zatím nedáváme najevo až tak úplně hlasitě.

Tím hlavním, co nám vadí, je úhradová vyhláška pro rok 2013. Vím, že i vy s nastavenými pravidly spokojeni nejste, v našem segmentu se ale letos opakuje to, co proběhlo u nás všech v roce 2006, tj. v době, kdy byl ministrem zdravotnictví MUDr. Rath. Tedy s dvěma „drobnými" rozdíly: V roce 2006 byly přitvrzeny regulace, ale cena naší práce mírně stoupla. Letos naopak klesá. Druhým rozdílem je to, že letos zdravotní pojišťovny regulovat „jen" mohou, v roce 2006 musely. Jinak je ale u nás vše stejně špatné a vy všichni si jistě na míru své nespokojenosti tehdy vzpomenete. Vždyť jsme protestovali společně.

A to vše se stalo ve chvíli, kdy vedení MZ samo vypočítalo, že tzv. nákladová rentabilita (smysl vkládat peníze do našeho podnikání) byla již v roce 2011 u ambulantních specialistů kriticky nízká (má hodnotu 0,2 – pro srovnání: u vás je její hodnota podle stejných dat MZ 1,8), a kdy je obecně známo, že náklady na léky psané na recept od roku 2005 vůbec nestoupají, tj. není objektivní důvod k obavám z přemrštěné preskripce.

K našemu překvapení ale MZ zareagovalo tak, že nám v úhradové vyhlášce snížilo ohodnocení práce o 2 %, přitvrdilo regulace na úroveň, že pokuty z nich plynoucí ohrožují až 70 % ambulantních specialistů, přičemž stoupne i počet těch, jejichž regulační srážka bude mít maximální výši, tj. 15 % jejich obratu u zdravotních pojišťoven. Mimo to MZ bez předběžných modelací uvedlo v život některé změny Seznamu výkonů, důsledkem čehož klesly bodové hodnoty i zcela klíčových výkonů až o 25 %. Snad vás nemusím dlouho přesvědčovat o tom, že 2+15+25 je fakt hodně.

Rada Sdružení ambulantních specialistů ke dni, kdy píšu toto vysvětlení, zatím nerezignovala na jednání s MZ. Z posledních schůzek máme slíbené, že MZ nechá urychleně provést modelace úhrad na jednotlivé odbornosti a ve velmi krátkém čase by mělo proběhnout velké jednání se zdravotními pojišťovnami na téma zmírnění regulačních parametrů. Protože ale o nápravu těchto položek usilujeme už několik měsíců a zatím nemáme hmatatelný pozitivní výsledek, rozumíme tomu, že vedení ČLK došla trpělivost, a vítáme, že začalo organizovat protesty. Sdílíme názor, že některá ustanovení úhradové vyhlášky jsou diskriminační a že by je tedy měl přezkoumat Ústavní soud, vítáme, že ČLK ve spolupráci s pacientskými organizacemi (o pacienty tu opravdu jde) organizují petiční akci. Nebudou-li naše jednání v řádu několika dní úspěšná, vydáme ambulantním specialistům doporučení, aby se zúčastnili i první potenciálně masové akce spojené s protestem, tj. Dne zdraví lékařů.

Kolegyně a kolegové, dovolte mi, abych vás v závěru tohoto vlastně dopisu požádal nejen o pochopení, ale hlavně o podporu, za kterou si vám dovoluji předem poděkovat.

MUDr. Zorjan Jojko,
předseda SAS ČR,
15. 2. 2013

Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Začátek roku tradičně přináší jednání o výši úhrad v aktuálním kalendářním roce. Z naší strany byl vyslán signál směrem ke všem zdravotním pojišťovnám, že očekáváme určitou bonifikaci reagující na nový model logistiky očkování, a to především očkování hrazeného z veřejného zdravotního pojištění. Ze strany zdravotních pojišťoven byl vyslán snad jediný signál, i když ne nepodstatný, a to ujištění, že by úhrady rozhodně neměly klesnout pod úroveň roku 2012. Clearingové centrum se navíc začalo chystat na „nápor dat" v hlášeních ze strany poskytovatelů zdravotních služeb. Ve funkci hlavního hygienika se snažil zorientovat MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.

2.1.
Na půdě SZÚ se sešla pracovní skupina, která měla za úkol vymyslet a realizovat systém monitorace kvality poskytované péče ve vztahu k chronickým onemocněním a frekvenci kontaktů se zdravotnickými zařízeními. Byla to ekonomika, která nakonec pohřbila tuto myšlenku.

2.1.
Na půdě Národního referenčního centra se sešla pracovní skupina Clearingového centra. Předmětem byla spíše diskuse, co lze očekávat od dat zasílaných k 31. 12. 2012. Z našeho pohledu půjde spíše o naplnění frekventního úsloví, že statistika je přesná hra s nepřesnými čísly. Obavy z tohoto zjištění nicméně padají pouze na hlavu distributora vakcín, neboť výše úhrady ze strany zdravotních pojišťoven bude spíše připomínat věštění z čarodějné koule. Bylo převedení očkování na zdravotní pojišťovny a zavedení monitorace očkování cestou Clearingového centra skutečně krokem správným směrem?

8.1.
Spolu s prof. MUDr. Janem Jandou, CSc., jsme navštívili nového náměstka ministra zdravotnictví ve funkci hlavního hygienika MUDr. Vladimíra Valentu, Ph.D. V diskusi jsme probírali možnosti financování Zdravotního a očkovacího průkazu, nový náměstek nás pak seznámil s plánem aktualizace koncepce činností hygienické služby a primární prevence. Uvidíme tedy v následujících měsících, co zůstalo na úrovni myšlenky a co se podařilo skutečně realizovat.

22.1.
Na svém pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů. O činnosti tohoto volného uskupení organizací zastupujících ambulantní lékaře podrobněji informujeme na stránkách našeho časopisu.

25.1.
Předsednictvo našeho Sdružení na svém pravidelném jednání vyslovilo obavy ze situace, že k datu konání tohoto jednání nebyly stále k dispozici ucelené návrhy cenových dodatků pro rok 2013. Řešil se i dopad vydání aktualizace Seznamu výkonů a úhradové vyhlášky. Ta se stala předmětem kritiky tentokráte především ze strany ambulantních specialistů, do hry se však vložila i Česká lékařská komora. Tomuto tématu se dále věnujeme v části Koalice soukromých lékařů.

Sekce gynekologie dětí a dospívajících ČGPS ČLS JEP za účasti České společnosti pro gynekologii dětí a dospívajících ČLS JEP a Sekcie gynekologie detí a dospievajúcich SGPS pořádá

44. konferenci sekce gynekologie dětí a dospívajících

ve dnech 18.–20. 4. 2013 v hotelu RELAX **v Rožnově pod Radhoštěm**.
Téma konference: **Specifika dětské a adolescenční gynekologie z pohledu současné medicíny.**

Tematické okruhy: 1. Význam preventivních prohlídek v dětské a adolescenční gynekologii, 2. HPV infekce a možnosti prevence, povinné a nepovinné očkování v praxi, 3. Mezioborová spolupráce v dětské gynekologii, 4. Specifika přístupu k dětské a adolescentní pacientce v gynekologické péči, 5. Antikoncepce u dospívajících dívek, 6. Úloha SZP v ordinaci dětského gynekologa, 7. Kasuistiky a varia.

Přednesené práce budou publikovány ve Sborníku abstrakt 44. celostátní konference Sekce GDD ČPPS ČLS JEP s názvem „Specifika dětské a adolescentní gynekologie z pohledu současné medicíny" s přiděleným ISBN 978-80-260-3608-1.

Více informací naleznete na: **www.detskagynekologie-cgps.cz.**

Koalice soukromých lékařů

Upozornění, resp. varování Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s., týkající se údajných kontrol kvality ambulancí

Přijato 21. 1. 2013

Na základě četných dotazů členů SAS, kteří chtěli vědět, jak je možné, že jim jsou různými subjekty nabízeny kontroly jejich kvality či bezpečí, ačkoli zatím nebyla ministerstvem zdravotnictví (dále také jen „MZ“) vydána žádná vyhláška, která by pravidla těchto kontrol nějak určovala, vydává Rada SAS toto upozornění, resp. varování.

Rada SAS registruje:

1. Od 1. 4. 2012 je plně účinný zákon č. 372/2012 Sb., o zdravotních službách, který ve své deváté části (od § 98 do § 106) určuje závazná pravidla kontroly kvality a bezpečí zdravotnických zařízení.
2. V § 98 odst. 3 tohoto zákona je jasně stanoveno, že kvalitu smí kontrolovat jen ta fyzická či právnická osoba, která má k této činnosti povolení MZ.
3. V § 98 odst. 7 tohoto zákona je uvedeno, že MZ určí přesná kritéria kontrol kvality a bezpečí svým prováděcím předpisem, tj. vyhláškou.
4. Ustanovení § 100 odst. 3 tohoto zákona dává MZ povinnost zveřejnit seznam osob oprávněných kontrolovat kvalitu a bezpečí zdravotnických zařízení.
5. Tento zákon také stanoví, že hodnotí-li někdo kvalitu či bezpečí bez povolení MZ, vystavuje se nebezpečí sankce až 500 000 Kč.

Rada SAS upozorňuje:

a) MZ zatím nevydalo příslušnou vyhlášku, která by určovala pravidla kontroly kvality a bezpečí ambulancí, tj. i ambulantních částí nemocnic.
b) Neexistuje žádný subjekt, který by od MZ k dnešnímu dni měl oprávnění kontrolovat kvalitu či bezpečí ambulancí, MZ tedy ani nesestavilo žádný seznam takových osob.

Rada SAS tedy varuje všechna ambulantní zdravotnická zařízení před subjekty, které jim v evidentním rozporu se zákonem o zdravotních službách nabízejí kontroly kvality a bezpečí. Výsledky takových kontrol jsou pak nepoužitelné, tedy k ničemu, znamenají jen zcela zbytečný výdej finančních prostředků zdravotnických zařízení.

Rada SAS žádá všechna ambulantní zdravotnická zařízení, aby, budou-li nějakým subjektem oslovena se záměrem konat u nich kontrolu kvality či bezpečí, tuto skutečnost napsali na e-mail sasp@sasp.cz. Jsme připraveni chování těchto osob projednat na půdě nejen MZ.

Na webu www.sasp.cz Vás budeme průběžně informovat, dojde-li k jakékoli změně výše popsané situace.

Rada SAS

(Upozornění redakce: Pokud by podobné aktivity byly zaznamenány směrem k PLDD, zasílejte o tomto informaci na adresu redakce časopisu.)

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 22. ledna 2013

1. Jednání s náměstkem ministra zdravotnictví Ing. Petrem Noskem

- Zástupci Koalice vyjádřili svou nespokojenost s obsahem úhradové vyhlášky. Zejména SAS ČR vnímá nastavení úhrad v roce 2013 jako ohrožení provozu privátních ambulantních praxí, dlouhodobě podhodnocené úhrady za poskytovanou péči mohou vést až k jejich zániku. Napjatá situace v segmentu vedla Radu SAS k vyhlášení ankety mezi členy ke zjištění jejich názoru, míry nespokojenosti a ochoty proti úhradové vyhlášce protestovat. Dr. Jojko vyzval členy KSL, aby se k protestům připojili. KSL souhlasí za podmínky, že protestní akce budou vedeny pod hlavičkou Koalice soukromých lékařů. KSL však jednomyslně preferuje jednání s MZ ČR o smíru před zahájením protestních akcí, nejlépe za účasti zástupců zdravotních pojišťoven.
- Podle informace Ing. Noska jsou s úhradovou vyhláškou nespokojeny i nemocnice, ale jakékoliv zásahy do jejího obsahu jsou nereálné. Dohodovací řízení je ukončeno a ke změně úhrad může dojít až v roce 2014. Jako jediný prostor k vyjednávání se v současné době jeví diskuse o uplatňování regulačních opatření. MZ ČR by mohlo pomoci řešit situaci apelem na zdravotní pojišťovny, aby regulace směřovaly pouze na lékaře, kteří se chovají neeticky. Dr. Dvořák se domnívá, že pokud by regulace dopadly na všechny lékaře, je chyba v jejich nastavení.
- Projednávání vládního návrhu zákona o rozpočtové odpovědnosti bylo navrženo na pořad 51. schůze PSP ČR (od 5. 2. 2013). Pro zdravotní pojišťovny by měl být účinný od 1. 1. 2018 *(z důvodové zprávy: „Vláda také předloží Poslanecké sněmovně návrhy rozpočtů zdravotních pojišťoven na následující rok s výdaji nepřekračujícími výdaje schválené v předcházejícím roce. Pokud již byly návrhy rozpočtů zdravotních pojišťoven předloženy, aniž naplňují tuto podmínku, vláda je povinna takové návrhy stáhnout a předložit v co možná nejkratší době návrhy nové. Dle čl. 15 písmene a) nabude požadavek pro sestavení rozpočtů zdravotních pojišťoven při výši zadlužení nejméně 45 % HDP účinnosti od 1. ledna 2018.“).*
- V prosinci 2012 schválili poslanci ve 3. čtení novelu zákona o léčivech, včetně pozměňovacího návrhu na povinnou elektronickou preskripci. Podle ní by měli lékaři od 1. 1. 2015 psát recepty povinně pouze v elektronické formě.
- O smlouvách se zdravotními pojišťovnami a jejich prodlužování (prolongaci) se jedná. MZ ČR připravuje zrušení rámcových smluv a oboustrannou možnost vypovědět smlouvu bez udání důvodu (výpovědní lhůta u ambulancí 2 roky a u lůžkové péče 3 roky) při smluvním vztahu na dobu neurčitou.

- Dr. Jojko bude žádat MZ ČR o informaci týkající se parametrů sítě zdravotnických zařízení a jejích změn v poslední době.
- Dr. Kudyn požádal Ing. Noska o vysvětlení požadavku na klasifikaci pacienta podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví vydané a oznámené Českým statistickým úřadem. Tento požadavek je zakotven ve vyhlášce MZ ČR o zdravotnické dokumentaci. Zdravotnická zařízení nejsou na takovou činnost připravena. Podle informace Ing. Noska byl tento bod vyhlášky zrušen v návrhu novely zákona o zdravotních službách. Povinnost klasifikace pacientů by mohla platit pouze po omezenou dobu, v případě, že by novelu zákona neschválil Senát a byla znovu postoupena k projednávání v PSP ČR.
- Kultivace seznamu výkonů s bodovými hodnotami pokračuje, dosud se podařilo z celkového počtu 3655 výkonů projednat 2500 výkonů s předpokládaným datem vydání k 1. 7. 2013. Dr. Chrz požádal o součinnost při řešení výkonů maxilofaciální chirurgie, které jsou dlouhodobě finančně podhodnoceny. Navrhl srovnání úhrad těchto výkonů s ostatními chirurgickými obory a doporučil oslovit doc. Foltána, přednostu kliniky ústní, čelistní a obličejové chirurgie 1. LF UK a VFN v Praze.

2. Aktivita ČLK – úhrady

- Prezident ČLK dr. Kubek svolává na podnět SAS ČR jednání k úhradám. Na čtvrtek 31. 1. připravuje mimořádnou poradu předsedů všech sdružení a členů představenstva. Výstupem z jednání by měla být dohoda o pořádání protestních akcí lékařů, jejich načasování a formě.
- Dr. Jojko připravil pro členy SAS anketu ke zjištění jejich ochoty vyjádřit veřejným protestem nespokojenost s úhradovou vyhláškou na rok 2013 (viz zápis výše).
- SPL ČR a SPLDD ČR budou také zvažovat připojení k protestním akcím, i je úhradová vyhláška finančně poškozuje, přestože se na dohodovacím řízení se zdravotními pojišťovnami dohodli.
- Členové SSG ČR jsou úhradovou vyhláškou poškozeni stejně jako ambulantní specialisté, i když se také s plátci v rámci DŘ dohodli.
- ČSK bude proti obsahu vyhlášky také protestovat, objem finančních prostředků na úhradu stomatologické péče již klesl z dřívějších sedmi pod pět procent. MZ ČR je přesvědčeno, že takto nastavené úhrady jsou pro zubní lékaře dostačující.

3. Legislativa

- Zástupci KSL diskutovali o elektronickém zdravotnictví a připravované elektronické preskripci.

4. Různé

- Mezinárodní klasifikace následků úrazů a onemocnění byla následně diskutována s Ing. Noskem (viz zápis výše).

Stanovisko Předsednictva SPLDD ČR k protestům organizovaným ČLK ze dne 25. 1. 2013

Vážený pane prezidente,

Předsednictvo našeho Sdružení projednalo na svém jednání dne 25. 1. 2013 Vámi podepsané oslovení ve věci dopadů tzv. úhradové vyhlášky především na segment ambulantních specialistů, zároveň i obdobné oslovení předsedou SAS MUDr. Zorjanem Jojkem.

Předsednictvo vyslovilo podiv nad závěry srovnávání dopadů této úhradové vyhlášky mezi segmentem ambulantních specialistů a segmentem praktických lékařů, jak ve Vašem oslovení uvádíte. Domníváme se, že se tak stalo vzhledem k neznalosti problematiky úhrad u praktických lékařů, resp. Předsednictvo se může vyjadřovat k úhradám výhradně směrem k praktickým lékařům pro děti a dorost (dále „PLDD“).

Je pravdou, že výše základních sazeb, tj. hodnota základní kapitační platby a hodnota bodu pro mimokapitační výkony, se oproti roku 2012 nezměnila, ale:

- Průměrně 15 % úhrady směrem k PLDD je realizováno formou bonifikačních systémů, které pojišťovna postupně krátí, tj. nominálně se úhrady v mnohých případech snižují.
- Porodnost v ČR v posledních letech klesá a tak reálně dochází k poklesu registrovaných dětí u PLDD. Současně dochází k automatickému odregistrování dorostu v 19 letech (silné ročníky) ze strany ZP. Důsledkem je reálný pokles kapitační platby pro PLDD, která tvoří u PLDD převážnou součást úhrady ze strany ZP.
- Díky nové legislativě od 1. 4. 2012 a změně systému očkování se zásadním způsobem změnila logistika fungování ordinací PLDD vč. doprovodné administrativní zátěže, což se významně promítlo do režie ordinací, čili i z tohoto důvodu klesá reálná úhrada od zdravotních pojišťoven.
- Subsegment PLDD s sebou nese z minulosti nedostatečnou kompenzaci za zrušené regulační poplatky a toto zrušení s sebou logicky nese i dluh, promítající se do úhradové bilance.
- Naše Sdružení nehlasovalo v dohodovacím řízení pro dohodu.

Z výše uvedených skutečností snad jasně vyplývá, že ani naše Sdružení není s vývojem úhradového systému spokojeno. V souladu s názory dalších členů tzv. Koalice soukromých lékařů se domníváme, že důvody vzniklé situace je ale třeba vidět v širších souvislostech.

Za prvé se nedaří realizovat žádoucí změnu poměru financování lůžkového a ambulantního sektoru, kdy se Česká republika vymyká z obvyklých nastavení ve vyspělých státech a dnes již více než 50 % rozpočtu ve zdravotnictví končí v lůžkovém segmentu, jak ostatně dokládají i data Analytické komise dohodovacího řízení.

Zatím jsme nezaznamenali jasný postoj ČLK k tomuto problému, naopak máme pocit, že ČLK místo řešení systémových změn upřednostňuje boj za platy nemocničních lékařů a nikoliv systémové řešení.

Domníváme se také, že dopisem prezidenta ČLK, ve kterém takto selektuje praktické lékaře a segment ambulantních specialistů z pohledu úhrad zdravotní péče, může dojít k podněcování nevraživosti mezi jednotlivými segmenty či odbornostmi (např. pediatři lůžkových zařízení, odborných ambulancí oproti PLDD). Nepovažujeme tuto cestu za správnou, za cestu, která povede ke společnému hájení oprávněných zájmů lékařů.

Dále se domníváme, že pro celý systém úhrad je značnou hrozbou Parlamentem ČR projednávaný návrh ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti a o změně ústavního zákona č. 1/1993 Sb., kdy možné dopady tohoto návrhu mohou zcela zdecimovat celý systém zdravotnictví. Spolu s partnery z Koalice soukromých lékařů jsme na tyto obavy poukázali dopisem premiérovi a stanoviskem Koalice, nicméně ze strany ČLK jsme zatím podobnou aktivitu nezaznamenali.

Z výše uvedených důvodů máme obavy, že chystané aktivity jsou pouze výrazem řešení parciálního problému a nikoliv systémového. Mohu Vás ubezpečit, že vnímáme vzniklou situaci po vydání úhradové vyhlášky a zcela nepochybně jsme na straně našich kolegů, ambulantních specialistů. Jsme připraveni spolupracovat na narovnání úhradového systému, domníváme se ale, že se toto nepodaří bez provedení systémových změn, které uvádíme výše, a bez zabránění nesystémovým krokům, které představuje například uvedený návrh ústavního zákona.

Dokud nezískáme podklady pro přesvědčení, že v plánovaných akcích jde o snahu přispět k systémovým změnám, nemůžeme se k těmto aktivitám zatím aktivně připojit. Nicméně budeme situaci monitorovat a průběžně vyhodnocovat.

Oslovení společností lékařů prezidentem ČLK MUDr. Milanem Kubkem

Vážená paní předsedkyně, vážený pane předsedo,

věnujte prosím pozornost následujícím informacím o protestních akcích, které pořádá Česká lékařská komora. Situace ve zdravotnictví se prudce zhoršuje a hrozící nebezpečí jsou natolik závažná, že efektivní obrana proti nim je možná pouze při zachování jednoty celého lékařského stavu a ve spolupráci nás lékařů s našimi pacienty. Ubránit se a zachránit kvalitní českou medicínu můžeme pouze společně! Z těchto důvodů si dovoluji požádat o aktivní pomoc a spolupráci při zajištění řádného průběhu naší, doufám že společné, protestní akce nejenom Vás, jako jednu z předních postav české medicíny, ale též Vaše kolegy a kolegyně z výboru vaší společnosti a především celou Vámi reprezentovanou odbornou společnost.

1. 3. 2013 – Den zdraví lékařů

Česká lékařská komora vyhlašuje pátek 1. 3. 2013 za „Den zdraví lékařů" a vyzývá všechny lékaře v České republice, aby podle vlastního uvážení tento den buď absolvovali preventivní lékařské prohlídky, případně další potřebná vyšetření u svých kolegů, anebo aby v zájmu svého zdraví odpočívali prostřednictvím čerpání dovolené na zotavenou nebo náhradního volna.

Cílem protestu není poškodit pacienty, ale prokázat jednotu lékařského stavu takovým způsobem, aby si toho veřejnost všimla. Lékaři nebudou objednávat na tento den pacienty na plánované zákroky a vyšetření. Provoz zdravotnických zařízení bude omezen. Soukromí lékaři – ambulantní specialisté, které by uzavření praxí ekonomicky poškodilo, mohou získat potřebná unikátní rodná čísla vyšetřováním svých kolegů. Tímto způsobem si můžeme navzájem pomoci.

Zachraňme naše zdravotnictví

Česká lékařská komora vyhlásila protestní kampaň za zachování dostupnosti kvalitní zdravotní péče, která je nyní ohrožena neodpovědnými kroky vlády a ministerstva zdravotnictví.

Co chceme prosadit

1. Udržení dostupnosti kvalitní a bezpečné zdravotní péče
2. Zachování autonomie lékaře v rozhodování o odborných otázkách poskytování lékařské péče jako základního předpokladu bezpečnosti pacientů
3. Okamžitou novelizaci úhradové vyhlášky a seznamu zdravotních výkonů
4. Získat peníze pro zdravotnictví, aby byla zajištěna jeho ekonomická stabilita
5. Udržet platy lékařů v nemocnicích
6. Zabránit přijetí rizikových zákonů (o univerzitních nemocnicích, o zdravotních pojišťovnách…) a dalších nevratných změn
7. Zachovat lékařské povolání jako povolání svobodné

Vážené kolegyně a kolegové,

věřím, že se do protestů zapojíte a že se budeme bránit společně, a to nejenom my lékaři soukromí i zaměstnanci, specialisté i praktici, ale především společně se svými pacienty jako občané. Věnujte, prosím, zvýšenou pozornost komunikaci se svými pacienty. Na webových stránkách ČLK i v únorovém časopise Tempus naleznete plakát k označení své ordinace v rámci Dne zdraví lékařů i argumenty pro své pacienty. Pacienti nejsou našimi nepřáteli!
http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html

Petice občanů České republiky za zachování fungujícího zdravotnictví

My, níže podepsaní občané České republiky, důrazně žádáme, aby byla zachována dostupná kvalitní zdravotní péče, která je nyní ohrožena neodpovědnými kroky vlády a ministerstva zdravotnictví…

Petiční výbor:

- **MUDr. Milan Kubek**, prezident ČLK
- **Táňa Fischerová**, herečka, poslankyně Parlamentu ČR (2002–2006), kandidátka na prezidenta ČR v roce 2013
- **Prof. RNDr. František Janouch, CSc.**, jaderný fyzik, zakladatel a předseda Nadace Charty 77
- **Bc. Václav Krása**, předseda Národní rady osob se zdravotním postižením ČR
- **Prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA**, přednosta Interní kliniky 2. LF UK a FN Motol, předseda České diabetologické společnosti
- **Doc. MUDr. Jan Měšťák, CSc.**, plastický chirurg, vedoucí lékař kliniky Esthé

Vážené kolegyně a kolegové,

věřím, že se zapojíte do sběru podpisů pod naši petici, jejímž cílem je záchrana fungujícího českého zdravotnictví. Text petice spolu s petičními archy si můžete stáhnout z webových stránek ČLK.
http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html
Důležitou součástí petice je dopis vysvětlující občanům rizika ohrožující naše zdravotnictví. Věnujte, prosím, zvýšenou pozornost komunikaci se svými pacienty.
Sbírejte podpisy svých pacientů, příbuzných, přátel a známých. Rozšiřujte petici a informace o ní všude, kde můžete. Jde o protestní akci všech občanů! Zachování dostupnosti kvalitní a bezpečné zdravotní péče je důležité pro každého občana.
Podepsané petiční archy zasílejte na adresu: Česká lékařská komora, Lékařská 2, 150 00 Praha 5

S kolegiálním pozdravem
MUDr. Milan Kubek – prezident ČLK

Za Předsednictvo SPLDD ČR, o.s.
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda

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

Právní rubrika:
Právník radí

Mgr. Jakub Uher
právník SPLDD ČR

Doporučení k přeregistraci

Krajské úřady v současné době požadují vyjádření od lékařů, zda trvají na již zahájeném řízení o vydání nového oprávnění, nebo chtějí vzít tento návrh zpět.

Informace jsou na webech všech krajů. Pokud lékař vezme zpět, dojde k zastavení řízení a nové oprávnění nebude vydáno.

Pokud lékař bude trvat na vydání nového oprávnění, pak je postup krajů takový, že bude muset doložit pouze to, co doposud ve stávajícím spise (tedy v podkladech pro starou registraci) není. Zde kraje naštěstí zvolily rozumný postup a nepožadují znovu veškeré podklady zcela nové. Protože náležitosti a podklady pro registraci a pro oprávnění dle nového zákona se v zásadě kryjí, spočívá doplnění fakticky v dodání seznamu zdravotnických pracovníků (toto nově zavedl zákon č. 372/2011 Sb.), a to v rozsahu požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb (tedy u ambulance PL nebo PLDD se jedná o jednoho kvalifikovaného lékaře). Kraje pak budou zřejmě požadovat i podepsání prohlášení poskytovatele, že splňuje podmínky pro oprávnění apod., tedy jde relativně o jednoduchý postup, obava z dokládání nových provozních řádů apod. se nenaplnila.

I pokud se lékař rozhodne zpětvzetí učinit, tak podle mne časem dojde k tomu, že kraj se bude o splnění požadavků na minimální personální zajištění aktivně zajímat, takže bych skoro doporučil i v případě zpětvzetí raději seznam zdravotnických pracovníků pouze jako informaci kraji zaslat.
Jednoznačné doporučení, zda vzít zpět nebo si nechat vydat nové oprávnění, nemám. Při tomto přístupu krajů (není nutné dokládat vše znovu) bych si asi osobně nechal nové oprávnění vydat (měl bych tím celkem jistotu, že kraj nebude mít nutnost v budoucnu se mnou cokoli upřesňovat a ověřovat).

Opožďování plateb ze strany zdravotních pojišťoven a možnosti penalizace

Možnost penalizace zdravotní pojišťovny, pokud je v prodlení s úhradou dle smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, existuje. Dle ustanovení § 369a obchodního zákoníku vzniká věřiteli právo na úrok z prodlení stanovený předpisy práva občanského (§ 369) dnem následujícím po dni splatnosti nebo po uplynutí lhůty k placení ceny dodávky stanovenými smlouvou.

Zákonné úroky z prodlení jsou stanoveny ve výši repo sazby ČNB platné pro první den prodlení zvýšené o sedm procentních bodů. Přitom od počátku každého kalendářního pololetí se tato sazba aktualizuje podle repo sazby platné k počátku daného pololetí. Výši této repo sazby lze zjistit, a to i do minulosti, na internetových stránkách ČNB.

Tedy pro příklad při fakturaci 100 000 Kč odpovídá zákonný úrok z prodlení za 1 den 19 Kč.

Pokud dojde ke zpoždění úhrady po lhůtě splatnosti, může poskytovatel následně uplatnit úrok z prodlení dle výše úhrady, počtu dní prodlení a výše zákonných úroků z prodlení.

Dětské klimatické pobyty o.p.s.
ve spolupráci s Výborem dobré vůle – Nadací Olgy Havlové, ÚMO Plzeň 3
a Plzeňským krajem pořádají
15. ročník Léčebných klimatických pobytů pro rodiče s dětmi
Léčebné pobyty se týkají dětí s recidivami onemocnění dýchacích cest, astmatem a ekzémy.
- **Chorvatsko – Istrie 27. 6.–8. 8. 2013**
- **Slovenská republika, Nízké Tatry, oblast Liptovského Jána 16.–29. 8. 2013**

Nadační příspěvek předpokládáme stejný jako v minulých letech, tj. 3500 Kč.
Přihlášky do konce měsíce dubna 2013.

Kontaktní adresy:
MUDr. Jiří Liška, CSc., Mulačova nemocnice s.r.o., Dvořákova 17, 320 00 Plzeň,
tel.: 377 677 190–1, e-mail: mudr.jiri.liska@seznam.cz
MUDr. Radana Pečenková
Priv. dětská ordinace, Plzeň–Slovany, Městská poliklinika, tel.: 378 014 251

Managemant lékařské praxe PLDD

Výstupy z pořádaných seminářů

Pomoc v hmotné nouzi

- Upravuje zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů.
- Je moderní formou pomoci osobám s nedostatečnými příjmy, motivující tyto osoby k aktivní snaze zajistit si prostředky k uspokojení životních potřeb. Je jedním z opatření, kterými Česká republika bojuje proti sociálnímu vyloučení.
- Vychází z principu, že každá osoba, která pracuje, se musí mít lépe než ta, která nepracuje, popřípadě se práci vyhýbá.

Zákon o pomoci v hmotné nouzi

- Vymezuje situace spojené s nedostatečným zabezpečením základní obživy, bydlení a mimořádnými událostmi.
- Napomáhá řešení některých nárazových životních situací. Stanovuje, že každá osoba má nárok na poskytnutí základních informací, které vedou nejenom k řešení její současné situace, ale i k předcházení vzniku hmotné nouze. Nedílnou součástí pomoci v hmotné nouzi je sociální práce s klienty.
- V oblasti pomoci v hmotné nouzi plní v rámci sociální práce některé úkoly rovněž pověřené obecní úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností a újezdní úřady.

Osoba v hmotné nouzi

- Jde v zásadě o stav, kdy osoba či rodina nemá dostatečné příjmy a její celkové sociální a majetkové poměry neumožňují uspokojení základních životních potřeb na úrovni ještě přijatelné pro společnost. Současně si tyto příjmy nemůže z objektivních důvodů zvýšit (uplatněním nároků a pohledávek, prodejem nebo využitím majetku) a vyřešit tak svoji nelehkou situaci vlastním přičiněním.

V hmotné nouzi není osoba,

- která prokazatelně neprojevuje snahu zvýšit si příjem vlastním přičiněním,
- která není v pracovním nebo obdobném vztahu, nevykonává samostatnou výdělečnou činnost a není vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání,
- která je vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání a bez vážných důvodů odmítla vykonávat krátkodobé zaměstnání nebo účastnit se v cíleném programu k řešení zaměstnání,
- které nevznikl nárok na nemocenské nebo jí náleží ve snížené výši, a to z důvodu, že si přivodila pracovní neschopnost úmyslně,
- která je osobou samostatně výdělečně činnou a její příjem po odečtení přiměřených nákladů na bydlení nedosahuje částky životní proto, že se nepřihlásila k nemocenskému pojištění,
- které za neplnění povinností zákonného zástupce dítěte spojených s řádným plněním povinné školní docházky byla uložena sankce,
- která nastoupila výkon zabezpečovací detence nebo trestu odnětí svobody nebo byla vzata do vazby.

Dávky a jejich výplata

- Dávkami, kterými se řeší pomoc v hmotné nouzi, jsou:
  1. příspěvek na živobytí
  2. doplatek na bydlení
  3. mimořádná okamžitá pomoc
- O dávkách pomoci v hmotné nouzi rozhodují a vyplácejí je příslušné krajské pobočky Úřadu práce ČR.

Příspěvek na živobytí

- Je základní dávkou pomoci v hmotné nouzi, která pomáhá osobě či rodině při nedostatečném příjmu.
- Nárok na příspěvek na živobytí vzniká osobě či rodině, pokud po odečtení přiměřených nákladů na bydlení nedosahuje příjem této osoby či rodiny částky živobytí.
- Částka živobytí je stanovena pro každou osobu individuálně, a to na základě hodnocení její snahy a možností. Pro stanovení živobytí rodiny se jednotlivé částky živobytí osob sčítají. Částka živobytí se odvíjí od částek existenčního a životního minima.
- Částka živobytí u osoby, která dluží na výživném pro nezletilé dítě částku vyšší než trojnásobek stanovené měsíční splátky, činí částku existenčního minima, případně zvýšenou z důvodu dietního stravování.
- Částka živobytí u osoby, která je vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání a v posledních 6 kalendářních měsících před podáním žádosti o dávku pomoci v hmotné nouzi jí byl skončen základní pracovněprávní vztah z důvodu porušení povinnosti vyplývající z právních předpisů vztahujících se k jí vykonávané práci zvlášť hrubým způsobem nebo s ní byl skončen jiný pracovní vztah z obdobného důvodu, činí částku existenčního minima, případně zvýšenou z důvodu dietního stravování.
- Částka živobytí u osoby, které je poskytována zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení po celý kalendářní měsíc, činí částku existenčního minima, případně zvýšenou z důvodu dietního stravování.
- Výše příspěvku na živobytí se stanovuje jako rozdíl mezi živobytím osoby či rodiny a jejich příjmem, od kterého se odečtou přiměřené náklady na bydlení. (Přiměřené náklady na bydlení jsou odůvodněné náklady na bydlení, maximálně však do výše 30 %, v Praze 35 % příjmu osoby či rodiny).

Doplatek na bydlení

- Druhá dávka pomoci v hmotné nouzi řeší nedostatek příjmu k uhrazení nákladů na bydlení tam, kde nestačí vlastní příjmy osoby či rodiny včetně příspěvku na bydlení ze systému státní sociální podpory.
- Dávka je poskytována nájemci nebo vlastníku bytu, který má nárok na příspěvek na živobytí.
- Zákon umožňuje poskytnout doplatek na bydlení i ve výjimečných případech, kdy žadatel nemá nárok na příspěvek na živobytí, případně i žadateli, který využívá jinou než nájemní formu bydlení.
- Výše doplatku na bydlení je stanovena tak, aby po zaplacení odůvodněných nákladů na bydlení (tj. nájmu, služeb s bydlením spojených a nákladů za dodávky energií) zůstala osobě či rodině částka živobytí.

- Výplata doplatku na bydlení je časově omezena na 84 měsíce v období posledních 10 kalendářních let. Toto omezení neplatí pro domácnosti sestávající výlučně z osob starších 70 let a pro osoby se zdravotním postižením, které bydlí v pro ně postavených nebo upravených bytech.

Mimořádná okamžitá pomoc

Je poskytována osobám, které se ocitnou v situacích, které je nutno bezodkladně řešit. Zákon stanoví šest takových situací:

1. Nejsou plněny podmínky pro poskytnutí opakovaných dávek, ale v případě neposkytnutí pomoci osobě hrozí vážná újma na zdraví. Dávku lze poskytnout v částce, která doplní příjem osoby do výše existenčního minima (v případě nezaopatřeného dítěte do životního minima).
2. Postižení vážnou mimořádnou událostí (živelní pohroma, větrná pohroma, ekologická havárie, požár apod.) Dávku lze poskytnout až do výše 15násobku částky životního minima jednotlivce, tj. až do výše 51 150 Kč.
3. Nedostatek prostředků k úhradě jednorázového výdaje spojeného např. se zaplacením poplatku za vystavení duplikátů osobních dokladů nebo v případě ztráty peněžních prostředků. Dávku lze poskytnout až do výše tohoto jednorázového výdaje.
4. Nedostatek prostředků k nákupu nebo opravě předmětů dlouhodobé potřeby. Dávku lze poskytnout až do výše těchto výdajů, maximálně však v průběhu kalendářního roku do výše 10násobku částky životního minima jednotlivce, tj. až do částky 34 100 Kč.
5. Nedostatek prostředků k uhrazení odůvodněných nákladů vznikajících v souvislosti se vzděláním nebo se zájmovou činností nezaopatřených dětí a na zajištění nezbytných činností souvisejících se sociálně-právní ochranou dětí. Dávku lze poskytnout až do výše těchto výdajů, maximálně však v průběhu kalendářního roku do výše 10násobku částky životního minima jednotlivce, tj. až do částky 34 100 Kč.
6. Ohrožení sociálním vyloučením. Jde např. o situace osob vracejících se z vězení, z dětského domova a z pěstounské péče po dosažení zletilosti nebo po ukončení léčby chorobných závislostí. Dávku lze poskytnout až do výše 1000 Kč. V průběhu roku může být poskytnuta opakovaně, součet však nesmí překročit 4násobek částky životního minima jednotlivce, tj. maximálně částku 13 640 Kč.

Řízení o přiznání dávky

- Řízení o přiznání dávek je zahájeno na základě podání žádosti na předepsaném tiskopisu, který je k dispozici na krajských pobočkách Úřadu práce ČR nebo ho lze nalézt na internetových stránkách http://portal.mpsv.cz/.
- Žádosti o dávky pomoci v hmotné nouzi se podávají na příslušné krajské pobočce Úřadu práce ČR podle místa trvalého pobytu občana.
- V rámci řízení se posuzuje, zda je osoba či rodina skutečně v hmotné nouzi a zda splňuje podmínky nároku na příslušnou dávku. V konečné fázi se pak stanovuje výše dávky. Jednotný postup na celém území České republiky zabezpečuje jednotný informační systém práce a sociálních věcí.

Upozornění

Uvedené informace jsou pouze zjednodušené a orientační. Úplné podmínky pro přiznání dávek pomoci v hmotné nouzi jsou uvedeny v právním předpise nebo je na základě podrobnějších znalostí o konkrétní situaci vysvětlí pracovníci krajské pobočky Úřadu práce ČR.

Ministerstvo práce a sociálních věcí
Na Poříčním právu 1/376, 128 01 Praha 2
tel.: +420 221 921 111
fax: +420 224 918 391
e-mail: posta@mpsv.cz

Na žádost lékařů otiskujeme správný formulář „lékařského posudku“ v příloze časopisu.

David Rath se ve vazbě činí, předložil už devátý návrh zákona

Poslanec David Rath předložil ve Sněmovně už devátý návrh zákona od doby, co je ve vazbě. V novele zákona o veřejném zdravotním pojištění navrhuje, aby chronicky nemocní lidé do 18 let, nad 70 let a lidé v hmotné nouzi mohli žádat zdravotní pojišťovny o vrácení doplatků za léky předepsané na jejich nemoc.

Cílem novely je zvýšit humánnost systému a sociální ochranu těžce nemocných lidí v tíživé sociální situaci, uvádí Rath. Tvrdí, že současný ochranný limit na platby za léky chrání chronicky nemocné jen částečně.

Rath je v tomto volebním období podepsaný jako předkladatel nebo spolupředkladatel pod celkem 24 návrhy. Sněmovna je však téměř všechny zamítla nebo vrátila. Výjimkou je novela trestního zákoníku, kterou předložil s ostatními poslanci ČSSD a která je namířena proti nelegálnímu sledování ze strany soukromých bezpečnostních agentur. Poslanci ji propustili do druhého čtení, ale ústavně právní výbor její projednávání už třikrát přerušil.

Ani návrhy, které Rath předložil z vazby, Sněmovna neprojednala. Na návrhu současné schůze měli poslanci šest Rathových návrhů zákonů, ale hned v úvodu je na návrh grémia Sněmovna vyřadila ze schůze. Pro vyřazení Rathových bodů hlasovali spolu s koalicí téměř všichni poslanci VV a také čtyři sociální demokraté. Ostatní bývalí Rathovi stranictví kolegové z ČSSD se z větší části zdrželi nebo byli proti.

V tiskové zprávě na Rathově blogu z 6. února se píše, že Rath sice požádal o povolení účasti na současné schůzi Sněmovny, ale že mu to státní zástupce nedovolil. „Tímto svým postupem může státní zástupce zasahovat do legislativního procesu a brzdit tak přijímání nových zákonů,“ stojí v tiskové zprávě. Podle zákona o jednacím řádu má návrhy zákonů uvést jejich navrhovatel, v tomto případě tedy Rath.

Zdroj: čtk, 12. 2. 2013

Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
OSPDL ČLS JEP

16. 1. 2013 se konalo první zasedání nově zvoleného Výboru OSPDL ČLS JEP, do dnešního dne se Výbor sešel ještě 31. 1. 2013.

Činnost výboru bude samozřejmě navazovat na činnost předchozích kolegů, nicméně je třeba rozpracovat některé oblasti a řešit nové problémy, které se před nás stavějí. Svoji činnost chceme každopádně kooperovat se zástupci SPLDD ČR, protože obě organizace zastupují tytéž členy – PLDD.

Hodně činnosti v tomto prvním období je samozřejmě organizační, nicméně vyvstala již některá témata, o kterých je vhodné informovat:

- Problematika páteřního vzdělávání – v letošním roce minulým výborem vydaná témata Imunologie a Endokrinologie. Po domluvě s kolegy – regionálními zástupci ponechána organizace včetně zajištění přednášejících prakticky na regionech, reflektuje regionální problematiku.
- Problematika setkávání školitelů – v letošním roce zajištěno místo a termín setkání. Diskutována náplň setkání, frekvence, finanční zabezpečení.
- Problematika budoucnosti pediatrie – v poslední době se setkáváme se snahou kolegů dětských lékařů o „sloučení pediatrie“. V diskusi na toto téma na obou výborech zaznělo, že trváme na zachování samostatného oboru PLDD. Na plánovaném setkání s kolegy dětskými lékaři můžeme diskutovat o zjednodušení vzájemného přechodu do našich oborů a nutně musíme diskutovat o koncepci péče o dítě u nás. Setkáváme se totiž nyní s tendencí rušit některé dětské specializace, zavést hospitalizaci dětí na oddělení pro dospělé apod. Potřebujeme vzdělané pediatry a začít musíme již na lékařských fakultách, na většině z nich je výuka pediatrie naprosto minimální.
- Akreditace – rezidenční místa – vzhledem k šibeničnímu termínu pro žádosti o rezidenční místa se uskutečnila schůzka s Mgr. Stříbnou z MZ a oběma předsedy OSPDL a SPLDD – dozvěděli jsme se, že metodika k rezidenčním místům na letošní rok je vypracována, nicméně není schválena. Termín akreditační komise byl stanoven na 6. 3. 2013.
- Novela vzdělávacích programů – až informací z MZ jsme se dozvěděli, že ze strany DL došlo ke změně zakončení pediatrického kmene. Místo testu na závěr kmene bude podmínkou pro vstup do dalšího specializačního vzdělávání rozbor kazuistiky z mateřského pracoviště. Vznikla nutnost uvést toto do souladu se vzdělávacím programem PLDD. Dále jsme připomínkovali nutnost zachování nástavbové specializace dětská gynekologie – na žádost prof. Hořejšího jsme zasílali i písemné vyjádření – a dětská endokrinologie a diabetologie. Na základě problémů, které vznikly s přijetím zákona č. 373/2011 Sb., na základě kterého nejsme kompetentní vydat svým pacientům posudek na brigádu či povinnou praxi v učebních oborech, vypracovali předsedové OSPDL a SPLDD návrh na novelu vzdělávacího programu v oblasti posudkové činnosti. Žádost byla odeslána na MZ, vyjadřovat se k ní bude akreditační komise.
- ZOP – podpořili jsme stanovisko prof. MUDr. Jandy, který oslovil zdravotní pojišťovny s požadavkem podílu financování průkazu ze strany pojišťoven.
- Výpadek léků – sirupové formy antibiotik – ve spolupráci s MUDr. Markem, členem SKAP a externím členem CKS NAP, byl zaslán dopis ministru zdravotnictví Hegerovi, řediteli SÚKL Březovskému, zastupuj. předsedovi CKS NAP Nyčovi a předsedovi SKAP Jindrákovi s žádostí o urychlené řešení situace. Do dnešního dne bez jakékoli reakce oslovených!!!!!!!!
- Vigantol – o odborné vyjádření požádán prof. Lebl a MUDr. Koloušková – bude opět osloven ministr a ředitel SÚKL.

30. 1. 2013 – MUDr. Kubátová se zúčastnila zasedání expertní skupiny pro doporučené postupy prevence a terapie nadváhy v kojeneckém věku. Jedná se o projekt z iniciativy konference Praktická dětská obezitologie. Byla založena pracovní skupina.

12. 2. 2013 – předsedkyně OSPDL a předseda SPLDD – schůzka s předsedou ČLS JEP prof. Blahošem – diskutována mimo jiné i otázka přístupu k protestním akcím vyhlášeným ČLK. Účastníci shodně konstatovali, že zapojení lékařů bude ponecháno na individuálním přístupu. OSPDL sdílí názor SPLDD vyjádřený dopisem předsedy Sdružení prezidentovi ČLK.

- předsedkyně OSPDL a předseda SPLDD – schůzka s MUDr. Rážovou, Ph.D., ředitelkou odboru hygieny a epidemiologie – diskutována otázka sérologických přehledů a vzájemného předávání epidemiologických dat, alternativní cesta nákupu vakcín, otázka posudků, ZOP apod. Schůzka v nás nechala velmi dobrý dojem s příslibem kvalitní spolupráce.

Odborná společnost PLDD ČLS JEP a SPLDD ČR regionu Praha a Středočeského kraje si Vás dovolují pozvat na odborný seminář. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova od 16:30 hodin. Vzdělávací akce jsou pořádany dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a jsou ohodnoceny 2 kredity. Odborný garant: MUDr. Natália Szitányi.

2. 5. 2013
Problematické dítě – nabídka Centra komplexní péče
MUDr. Martina Kašparová

OSPDL ČLS JEP

Bílkovina ve výživě dětí

MUDr. Petr Tláskal, CSc.
Dětská poliklinika FN Motol, Praha

Úvod

Bílkovina je základní živinou, je součástí naší výživy a je i velmi podstatnou a nenahraditelnou složkou našich tkání. V organismu mají bílkoviny řady funkcí. Tvoří pro naše tkáně složku stavební (kolagen, elastin, keratin), transportní a skladovací (hemoglobin, transferin), zajišťující pohyb (aktin, myozin), mají úlohu katalytickou, řídící a regulační (enzymy, hormony, receptory...). Významné je i zapojení bílkovin v ochranných či obranných reakcích našeho organismu (imunoglobulin, fibrin, fibrinogen...). V období dětského věku je přívod bílkoviny nutný pro růst a vývoj tkání, v období celého života pro obnovu tkání stávajících.
Největším rezervoárem bílkovin v lidském organismu je svalová tkáň, střevo, játra a kůže.

Metabolismus

U zdravého dospělého člověka se v průměru denně katabolizuje 300 g bílkovin a totéž množství se opětně vytvoří. Tkáně dospělého člověka o hmotnosti 70 kg obsahují přibližně 11 kg bílkovin s proteolýzou a syntézou přibližně 4 g bílkovin/kg hmotnosti a den. Denní obrat bílkovin u novorozenců je několikrát vyšší – uvádí se 10–15 g bílkovin/kg hmotnosti a den. Na denním přírůstku 20–30 g hmotnosti kojence se podílí z 12 % bílkovina. Na proteolýzu navazuje řada dalších metabolických reakcí až ke konečným složkám, kterých se náš organismus zbavuje ve formě kysličníku uhličitého, amoniaku a močoviny, obdobně v dětském a dospělém věku.
Bílkoviny jsou tvořeny z řetězců aminokyselin (AMK), z nichž část je esenciálních, jež si organismus sám nedovede z jiných složek metabolismu vyrobit a je tak přímo závislý na jejich příjmu z potravy. Mezi tyto aminokyseliny patří leucin, izoleucin, valin, lysin, metionin, fenylalanin, tryptofan a treonin. U dětí je to navíc i histidin. V klinické medicíně tvoří významnou skupinu i aminokyseliny podmíněně esenciální. Tyto aminokyseliny si za určitých patologických situací organismus nedovede sám vyrobit a je závislý na jejich přívodu z výživy. Uvedené situace většinou vytvářejí podmínky pro parenterální příjem bílkovin a ty jsou pak aplikovány ve speciálních roztocích k tomu upravených.

Zdroj bílkovin

Pro výživu člověka tvoří zdroj bílkovin ve výživě složky živočišné nebo rostlinné. Z potravinářsko-výživového hlediska dělíme bílkoviny na:
a) plnohodnotné, b) téměř plnohodnotné, c) neplnohodnotné.
Zdrojem plnohodnotných bílkovin (obsahují všechny esenciální aminokyseliny potřebné pro výživu člověka) jsou vaječné a mléčné bílkoviny. K téměř plnohodnotným (některé aminokyseliny jsou mírně nedostatkové) patří bílkovina svaloviny, k neplnohodnotným (některé aminokyseliny jsou nedostatkové) patří rostlinné bílkoviny. Z těchto aspektů je nutné ve výživě člověka, zvláště dítěte, vycházet.
Například v cereálních výrobcích jsou nedostatkové aminokyseliny lysin a treonin. V luštěninách je nedostatkovou aminokyselinou metionin a tryptofan. Zelenina je chudá na bílkovinu a většinou zde schází AMK metionin.
Pokrytí potřeb dětského organismu esenciálními AMK (EAMK) z potravin lze určit z porovnání množství EAMK/g bílkoviny stravy a množství EAMK/g bílkoviny doporučené hodnoty pro daný věk dítěte. Uvedené údaje je nutno korigovat stravitelností potravy. Tyto údaje jsou z aspektu potřeb aminokyselin v dětské výživě podstatné.
Z hlediska potřeb rostoucího a vyvíjejícího se dětského organismu je aspekt kvality přijímaných bílkovin důležitý. Například třicetiletý dospělý člověk potřebuje na kg hmotnosti a den 95 mg EAMK. Dítě ve věku 12 let potřebuje na kg hmotnosti 280 mg EAMK denně, batole 374 mg/kg a tříměsíční kojenec potřebuje 742 mg EAMK/kg/den. Podrobnější studie samozřejmě uvádějí obdobné, ale kvantitativně odlišné trendy u jednotlivých EAMK. U malých dětí je tak potřeba jednotlivých EAMK na jednotku hmotnosti 10–15× vyšší než u dospělých.
Z uvedeného vyplývá potřeba preference potravin s plnohodnotnou bílkovinou. Mléko a mléčné výrobky, není-li jejich intolerance, tak významně patří do výživy dítěte.

Potřeba příjmu bílkovin v dětském věku

Výsledky studií zaměřených na stanovení potřeby příjmu bílkovin pro dětský věk shrnují tabulky 1 a 2. Z první tabulky je zřejmé, že názory odborníků se v průběhu času mění. V současné době vycházejí z podmínek současné vyspělé a civilizované společnosti, kde je potřeba ovlivňována relativně dobrým zdravotním stavem obyvatel, který méně zvyšuje nároky lidského organismu na bílkovinný metabolismus.
Tabulka 2 uvádí v ČR současně platné doporučené dávky příjmu bílkovin, které vycházejí z podmínek středoevropských zemí DACH (Německo, Rakousko, Švýcarsko); v roce 2011 se k těmto údajům přihlásila i ČR.

Tabulka 1: Doporučené výživové dávky bílkovin v g/kg hmotnosti/den v historii

Věk dítěte	ČSSR v r.1981 chlapci – dívky		ČR návrh v r. 2001	EU v roce 1993	WHO v roce 2007 minimální – optimální	
1–2 roky	3	5	1,8	1	0,95	1,14
2–4 roky			2–2,7	1		
4–7 let	2	3,5		0,9	0,69	0,86
7–10 let	2	3,5	2	1	0,74	0,91
10–13 let	2	3	1,5	0,96–1	0,75	0,91
13–15 let	1,5	2		0,9–1	0,73	0,9
15–19 let			0,9	0,8–1	0,72	0,88

Poznámka: ČR – Česká republika, EU – Evropská unie, WHO – Světová zdravotnická organizace

Věk kojenci	g/kg/den	g/den	Věk děti	g/kg/den	g/den Ch – D
0–1 měsíc	2,7	12	1–3 roky	1,0	14 – 13
1 měsíc	2,0	10	4–6 let	0,9	18 – 17
2–3 měsíce	1,5	10	7–9 let	0,9	24 – 27
4–5 měsíců	1,3	10	10–12 let	0,9	34 – 35
6–11 měsíců	1,1	10	13–14 let	0,9	46 – 45

Tabulka 2: Referenční hodnoty pro příjem bílkovin (DACH r. 2011)

Doporučené hodnoty pro příjem bílkovin jsou v dětském věku (na rozdíl od řady jiných nutričních parametrů) dost nízké, neodpovídají zjišťovaným skutečnostem konzumace potravy. Při jejich posuzování je však nutné vycházet z akceptovatelného rozmezí jejich příjmu (Acceptable Macronutrient Distribution Range), které se obecně uvádí pro bílkoviny v rozmezí 10–35 % celkového energetického příjmu. Za bezpečnou hranici se považuje příjem bílkovin do 25 % celkového energetického příjmu. U příjmu bílkovin více než 35 % celkového energetického příjmu je již překračována kapacita trávicího traktu, zvláště jater, zpracovávat přijímaný dusík z aminokyselin. Některé studie spojují vysoký příjem bílkovin se zvýšenými ztrátami vápníku. V běžné praxi se rozpětí příjmu bílkovin snižuje na 10–15 % celkového energetického příjmu.

Společnost pro výživu provedla v roce 2007 a v roce 2011 studii u 4371 dětí z oblasti Prahy, Brna a Plzně, kde byl hodnocen kromě jiných nutričních parametrů i příjem bílkovin. V celkových číslech dosahoval příjem bílkovin ve skupině dětí 3–6 let 280 % doporučeného příjmu, ve skupině 7–10letých dětí 220 % doporučovaného příjmu. Při zhodnocení množství bílkovin na celkový energetický příjem to bylo v průměru 14,3–14,6 % celkového energetického příjmu.

Některé prokázané aspekty zvýšeného nebo nedostatečného příjmu bílkovin

Při sledování růstu a vývoje kojenců je z pohledu rodiny i lékaře výživa jednou z nejsledovanějších oblastí jejich zájmu. Adekvátní růst a vývoj dítěte zajišťuje v prvních měsících mateřské mléko, které obsahuje bílkovinu přibližně v množství 8 % celkového energetického příjmu. V roce 1995 publikovala R. Cacherová studii, kde bylo sledováno 112 dětí ve věku od 10 měsíců do 8 let. Ukázalo se, že příjem bílkovin, vyjádřený v procentech celkového energetického příjmu, koreloval s tvorbou tukové tkáně (BMI, kožní řasa) dětí dvou- a osmiletých. Výsledky nasvědčovaly tomu, že vyšší přívod bílkoviny v časném věku zvyšoval riziko rozvoje obezity ve věku pozdějším. Po této studii následovaly další studie, které tento trend potvrzovaly. V druhé polovině kojeneckého věku tak například není vhodné zbytečně navyšovat příjem potravin s vysokým obsahem bílkovin, například tvarohu.

Vysoký obrat bílkovin v dětském věku může snadno vést, zvláště v době nemoci, k jejich nedostatku. Z dlouhodobějšího pohledu se to projevuje především poruchou růstu. Potřeba bílkovin pro růst je zvláště vysoká v kojeneckém věku, kde se uplatňuje podíl bílkovin až z 60 % a dále s věkem dítěte postupně klesá.

V nemocničním prostředí je možno nedostatek bílkovin prokázat řadou známých metod. Mezi ně patří například zhodnocení hladin celkové bílkoviny, albuminu, prealbuminu, transferinu. Aktivitu proteosyntézy nám pomáhá určit cholinesteráza. Můžeme hodnotit dusíkovou bilanci a podobně. Velmi významným ukazatelem snížených proteinových zásob nám může být v antropometrickém vyšetření měření středního obvodu paže. Je tak možno zhodnotit nejen případný úbytek podkožního tuku, ale především svalstva paže. Zkušenosti z nemocničního prostředí FN v Motole ukazují, že až 20 % hospitalizovaných dětí (studie z r. 2004 hodnotila cca 900 dětí z různých klinických pracovišť) má nedostatečné bílkovinné rezervy vyjádřené velikostí obvodu paže. Již dříve jedna starší studie prokazovala, že u pacientů s obvodem paže pod 10. percentilem se významně zvyšuje procento komplikací nemocniční léčby. Zvlášť nebezpečný je kwashiorkový typ malnutrice, který vzniká při nedostatku bílkovin nebo u podvyživeného pacienta účinkem katabolického onemocnění, které je příčinou stresového hladovění. Úbytek bílkovin vede k oslabení dýchacího svalstva s hypoventilací, hypoxií. Dochází k poruchám distribuce tekutin, je zhoršený transport metabolitů, hormonů, stopových prvků, ale i léků vázaných na bílkoviny. Pacient má oslabené imunitní reakce, což zvyšuje riziko infekcí a dalších komplikací. Na proteinovou malnutrici se často nemyslí ani v nemocničním prostředí. Naše nálezy z prováděných studií prokazovaly, že proteinová malnutrice se až ve 40 % případů vyskytuje u nemocných dětí i s jinak antropometricky normálně definovaným stavem výživy. Zvlášť často se proteinová malnutrice takto skrývá u chronicky nemocných dětí.

Proteinovou malnutrici dítěte je tak nutné včasně odhalit, určit její příčinu a léčit. Kromě nemoci se s proteinovou malnutricí můžeme setkat při nedostatečném příjmu či nevhodném způsobu výživy. Nedostatečný příjem bílkovin může být navozen i iatrogenně. V případě alergií na potraviny jsem měl již možnost vidět i dítě, které mělo tak omezený jídelníček, že se vytvořily otoky a ascites z těžké hypoalbuminémie. Jinou kapitolu tvoří děti živené alternativním způsobem. Zvláště veganství natolik omezí příjem některých esenciálních aminokyselin, že se to může projevit klinickými příznaky. Například nedostatek lysinu u dětí s převážně cereální složkou potravy vede k retardaci růstu. Vedení dětí s alternativní výživou tak vyžaduje zajištění odborné porady zvláště v případech, že se nepodaří přesvědčit rodinu alespoň k lakto-ovo vegetariánství. Podle geografických podmínek se tak ve výživě kombinují potraviny na jedné straně s nízkým obsahem lysinu a normálním obsahem metioninu a na druhé straně s jejich poměrem obráceným. V našich podmínkách patří například do první skupiny potravin obilí a kukuřice a do druhé skupiny hrách a fazole.

Závěr

Je dobře známo, že bílkovina je nepostradatelnou složkou výživy. Potřeba příjmu bílkovin je determinována fyziologicky, ale i klinickým nálezem. Skutečný příjem bílkovin je v časném věku dítěte většinou v rozporu s doporučením, ale pohybuje se v akceptovatelném rozmezí jejich příjmu. Kvalita bílkovin je určována obsahem esenciálních aminokyselin, jejich sugestibilitou a využitelností v organismu. Růst tkání a vývoj orgánů dítěte si fyziologicky vynucuje vyšší příjem esenciálních aminokyselin na jednotku hmotnosti ve srovnání s dospělým člověkem. U dítěte jsou tak vyšší nároky na kvalitu přijímaných bílkovin.

Nyní ještě blíže mateřskému mléku

Sunar
nutra defense
Prebiotika/Prebiotiká
DHA & ARA
Nukleotidy

Prebiotická vláknina GOS

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

Nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA

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

Nukleotidy

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

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

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

NOVINKA NA DOBROU NOC

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

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

800 201 102
www.nutradefense.cz

Prevence osteoporózy je již v dětském věku

Mgr. Veronika Březková[1, 2)], prof. MUDr. Zuzana Derflerová Brázdová, DrSc.[1)]
1) Ústav preventivního lékařství, Masarykova univerzita, Brno
2) Masarykův onkologický ústav, Brno

Osteoporóza je definována jako systémové metabolické onemocnění skeletu charakterizované poruchou mechanické odolnosti kosti a v důsledku toho zvýšeným rizikem zlomenin. Jde o velmi závažné onemocnění skeletu. V současné době se odhaduje, že postihuje 7–10 % populace – v České republice se její výskyt může přibližovat až k 1 000 000 obyvatel. Osteoporóza tak patří mezi neinfekční onemocnění hromadného výskytu.
Ačkoliv studie prokazují silný genetický vliv na dosažení vrcholu kostní hustoty, kost je metabolicky aktivní tkáň, která je v průběhu celého života ovlivňována i faktory životního prostředí. Stoupající výskyt osteoporózy je tak částečně vysvětlován zvyšováním průměrného věku populace, který je současně podporován následky moderního způsobu života, kterými jsou sedavý způsob života (sedavé zaměstnání, používání dopravních prostředků, hodiny prosezené u počítače, televize), špatná strava a kouření. V neposlední řadě je to také nedostatek slunečního osvitu a s ním související nízká syntéza vitaminu D. Osteoporóza bývá označována jako „syndom švédské sekretářky“.

Prevence

Prevence je většinou zaměřována právě na ženy po menopauze, neboť tehdy se osteoporóza začíná rychleji rozvíjet. Jde však již spíše o prevenci sekundární. Primární prevence by měla být zaměřena na dětství a dospívání, neboť v tomto období se vytváří kostní tkáň a návyky životního stylu, které kvalitu kostí v průběhu života ovlivňují. Maximální kostní hustoty je dosaženo až mezi 25. a 30. rokem. Ale uvádí se, že např. kostní tkáň vytvořená u dívek mezi 11. a 13. rokem přibližně odpovídá úbytku kostní tkáně během 30 let po menopauze.

Mezi neovlivnitelné faktory spojené s osteoporózou patří věk (s věkem se úměrně zvyšuje i riziko vzniku osteoporózy), pohlaví (vlivem snížené hladiny estrogenů po menopauze jsou ženy postiženy osteoporózou dříve a častěji než muži), vlivy geografické a klimatické (zeměpisná šířka, roční období, ale také ovzduší ovlivňují syntézu vitaminu D, který je potřebný pro správné využití vápníku) a vlivy genetické (až z 80 % mají na dosažení vrcholu kostní hmoty vliv genetické faktory).

Ovlivnitelné faktory naproti tomu souvisejí s celkovým životním stylem. Osteoporóza, to není jen vápník. Mezi ovlivnitelné faktory patří celková strava, pohyb a kouření. Mezinárodní nadace pro osteoporózu shrnuje doporučení pro prevenci osteoporózy do základních pilířů:

I. zajištění adekvátního přívodu vápníku dle příslušných výživových doporučení
II. zabránění podvýživě a proteinové malnutrici
III. zajištění přiměřené dodávky vitaminu D, a to expozicí slunečnímu záření a stravou bohatou na vitamin D
IV. zvýšení pohybové aktivity
V. vyvarování se kouření
VI. vyvarování se konzumace alkoholu

I. Vápník

Vápník je nutný pro stabilizaci buněčných membrán, v nervovém systému se podílí na intracelulární signalizaci a na přenosu akčního potenciálu, ve svalech zprostředkovává elektromechanické spojení a podílí se na srážení krve. V neposlední řadě vápníkové ionty u obratlovců stabilizují tvrdé tkáně: kosti důležité pro oporu a ochranu orgánů, zuby pro rozmělnění potravy.
Pro stavbu kostí je nezbytná retence vápníku. Její hodnota odpovídá rozdílu mezi přívodem vápníku a vylučováním vápníku stolicí, močí a kůží. Retence je nejvyšší v období dětství: ve věku 5–6 let je to přibližně 100 mg denně, v pubertě (v období rychlého růstu) asi 400 mg denně a u mladých dospělých cca 150 mg denně.

Vápník se vyskytuje téměř všude. Mezi hlavní zdroje patří mléko a mléčné výrobky, sardinky s kostmi, lastury, ústřice, brukovitá zelenina a tofu. Využitelnost zdrojů vápníku je různá – je ovlivněna přítomností různých potravních kofaktorů: využitelnost snižuje velké množství potravin obsahujících oxaláty (např. rebarbora, špenát, mangold), fytáty (např. obiloviny, ořechy) či strava obsahující velmi vysoké množství vlákniny. Také v průběhu života se v závislosti na potřebě organismu vstřebatelnost vápníku mění: v době růstu, těhotenství či kojení se adaptačně zvyšuje, ve stáří naopak snižuje. U kojenců rozsah absorpce vápníku dosahuje až 75 %, u dospělých klesá přibližně k 20–40 % a s přibývajícím věkem se dále snižuje.

Při výpočtu potřebného množství přívodu vápníku je následně zváženo i množství obligátních ztrát vápníku močí, kůží, stolicí, dále intestinální absorpce a potřebná retence vápníku.

Tabulka 1: Referenční denní dávky vápníku dle doporučení DACH z roku 2008*

Kojenci	
0–3 měsíce	220 mg
4–11 měsíců	400 mg
Děti	
1–3 roky	600 mg
4–6 let	700 mg
7–9 let	900 mg
10–12 let	1100 mg
13–14 let	1200 mg
Dospívající	
15–18 let	1200 mg
Dospělí	
> 19 let	1000 mg
Těhotné a kojící	
> 19 let	1000 mg
< 19 let:	1200 mg

Pozn.: Jako horní hranici pro přívod vápníku uvádí EFSA 2500 mg
*DACH – společnosti pro výživu nám blízkých středoevropských zemí (Německo, Rakousko, Švýcarsko)
**EFSA – European Food Safety Authority (http://www.efsa.europa.eu/)

Mléko a mléčné výrobky	Sýry cca 300–450 mg/porce 50 g Mléko cca 330 mg/porce 250 g Jogurt 280 mg/porce 150 g
Maso, luštěniny, vejce, oříšky a semínka	Krůtí maso 34 mg/porce 100 g Sója 248 mg/porce 100 g Vejce 30 mg/kus Mandle 82 mg/porce 30 g Mák 486 mg/porce 30 g
Zelenina	Kapusta 152 mg/porce 100 g Brokolice 77 mg/porce 100 g
Ovoce	Černý rybíz 42 mg/porce 100 g
Výrobky z obilovin	Chléb pšeničný bílý 49 mg/porce 50 g

Tabulka 2: Zdroje vápníku – bohatší varianty určitých potravinových skupin (nutno vždy zhodnotit využitelnost dle přítomnosti kofaktorů, viz výše v textu), zdroj: http://www.czfcdb.cz/

II. Bílkoviny

Bílkoviny jsou součástí kostní tkáně. Dostatečný přívod bílkovin s dostatečným přívodem vápníku je nezbytný pro kostní zdraví obzvláště v období kolem puberty. Dle doporučení DACH se uvádí v období puberty potřeba bílkovin 0,9 g/kg/den.

Velmi nízký přívod bílkovin může mít teoreticky negativní efekt na kostní obrat a rozvoj. Kromě nepříznivého účinku na kost vede proteinová malnutrice ke snížení svalové hmoty a síly a zvyšuje tak riziko pádů.

III. Vitamin D

Vitamin D je správně řečeno steroidní hormon s významným kalciotropním účinkem. Ačkoliv je přijímán potravou, mezi jeho hlavní zdroje potrava nepatří. Tím je sluneční osvit. Díky jeho účinkům je mu přisuzován přímo životadárný význam. Možná právě s ním je spojována lidová moudrost „Kam nechodí slunce, tam chodí lékař".

V souvislosti s kostním metabolismem je úloha vitaminu D nejznámější: v tenkém střevě zlepšuje aktivní transport vápníku přes střevo, dále přes parathormon působí na uvolňování vápníku a fosforu z kostí, které vede k udržení normálních hodnot v krvi, a přes ledviny zvyšuje renální tubulární reabsorpci vápníku a fosfátu. Kromě významné funkce v kostním metabolismu je studována úloha vitaminu D i v dalších souvislostech: prevence určitých karcinomů, obecný imunomodulační efekt, diskutuje se i prevence diabetu či kardiovaskulárních chorob.

Uvádí se, že potravou je do organismu přiváděno přibližně 5–10 % vitaminu D. Většina, tedy 90–95 %, vzniká působením ultrafialového záření o vlnové délce 290–315 nm na 7-dehydrocholesterol v buněčných membránách keratinocytů a kožních fibroblastů. Ultrafialové záření je 7-dehydrocholesterolem absorbováno, čímž vzniká pre-vitamin D3, který se rychle přeměňuje na vitamin D3 a okamžitě se uvolňuje z plazmatické membrány do cirkulace. Produkce vitaminu D působením ultrafialového záření je ovlivněna mnoha faktory, blíže viz tabulka.

Tabulka 3: Faktory ovlivňující produkci vitaminu D působením UV záření

Průnik fotonů UV záření do pokožky:

- barva kůže (čím je pokožka tmavší, tím je potřeba delší doba)
- množství 7-dehydrocholesterolu v pokožce
- věk (s věkem klesá množství 7-dehydrocholesterolu v kůži)

Záření:

- denní doba expozice slunečnímu záření (maximální je mezi 10. a 15. hodinou)
- roční období
- zeměpisná šířka (zejména nad 37° s.š., kdy se vitaminu D tvoří málo – ČR je kolem 50° s.š.)
- **krytí pokožky oblečením či používání opalovacích krémů (SPF, ochranný faktor s indexem 8 v opalovacím krému snižuje tvorbu vitaminu D o 95 %, ochranný faktor 15 snižuje tvorbu o 99 %)**

Za rozumné množství expozice slunečním paprskům se považuje 5–10minutová expozice rukou, nohou nebo rukou, paží a tváře 2–3krát týdně. V podmínkách České republiky bude však potřebné toto doporučení „prodloužit" – obzvláště v zimních měsících.

Vitamin D se přirozeně vyskytuje v živočišných produktech, nejbohatší je olej z rybích jater (1 polévková lžíce = 34 µg), případně mořské ryby (90 g lososa = 20 µg, 90 g makrely 10 µg, 90 g tuňáka = 4 µg). V malém množství se vyskytuje také v másle, krémech, vaječném žloutku (1 kus = cca 0,5 µg), játrech.

Tabulka 4: Referenční denní dávky vitaminu D dle doporučení DACH z roku 2008

Kojenci

0–11 měsíců: 10 µg

Děti

1–14 let: 5 µg

Dospívající

15–18 let: 5 µg

Dospělí, těhotné a kojící

> 19 let: 5 µg

> 65 let: 10 µg

Z důvodu celosvětově častého nedostatku vitaminu D se zvažuje zvýšení doporučených dávek.

Pozn.: Jako horní hranici pro přívod vitaminu D uvádí EFSA pro děti do 12 měsíců 25 µg/den, pro děti 1–10 let 50 µg/den, pro dospívající a dospělé 100 µg/den

IV. Zvýšení pohybové aktivity

Základním doporučením je „svaly posilovat, kosti zatěžovat", což vyplývá z Wolfova zákona, který objasňuje změnu tvaru a vnitřní struktury kosti adaptačním modelováním na základě působení vnějších patologických sil.

Tělesná aktivita má důležitou roli při budování a udržování kostí, svalů a kloubů. Dobrá tělesná kondice zlepšuje rovnováhu a tím pomáhá snižovat riziko pádů. Jakmile jsou kosti a svaly nějakým způsobem zatěžovány (samotnou tělesnou zátěží, dopadem při cvičení – respektive když jsou nuceny nést těžší hmotnost, než je obvyklé), reaguji a posilují se, budují kostní hustotu. Vhodná tělesná aktivita v mládí podporuje tvorbu kostí,

v dospělosti pomáhá snižovat úbytek kostní tkáně a udržuje svalovou sílu. Je prevencí slábnutí kosti a pomáhá předcházet pádům (třetina osob starších 65 let každý rok upadne, tím zvyšuje riziko osteoporotické zlomeniny – s věkem riziko pádů vzrůstá).
V dětství a dospívání působí preventivně pohybová aktivita v množství přibližně 40 minut denně. Tato pohybová aktivita by měla být s prvky zatížení vlastní tělesnou hmotností, např. tanec, skákání, běh, chůze. Jízda na kole či plavání v tomto smyslu nepracují s efektem zatížení pomocí vlastní tělesné hmotnosti.

V. Vyvarování se kouření

Kouření je s osteoporózou spojováno v mnoha oblastech. Přímo toxický je vliv látek z kouře na osteoblasty, snižuje se dále také kostní novotvorba. S kuřáctvím je spojena často horší výživa a nízký přívod vápníku, v důsledku častých onemocnění žaludku se snižuje i jeho absorpce.
Pod vlivem nikotinu narůstá výdej katecholaminů a tím se zvyšuje resorpce kosti. Zvyšuje se také kalciurie. U žen je porušena sekrece estrogenů, čímž je často vysvětlována předčasná menopauza a tím vyšší riziko dřívějšího nástupu osteoporózy.

VI. Vyvarování se konzumace alkoholu

Nadměrný příjem alkoholu snižuje vstřebávání důležitých nutrientů a zároveň poškozuje játra. V případě závažného poškození jater se snižuje i přeměna vitaminu D na 25-hydroxycholekalciferol, což dále snižuje vstřebávání vápníku. Dalšími metabolickými příčinami jsou zvýšená sekrece kortikoidů a zvýšená kalciurie a magneziurie.

Závěr

Základní doporučení v prevenci osteoporózy je vlastně jednoduché, do pediatrické ordinace je však nezbytně nutné je zařadit: tedy stačí jíst pestře, dopřávat si jídlo alespoň 5krát denně, pomocí ovoce a zeleniny je barevně dolaďovat a myslet na mléčné výrobky. K tomu všemu „svaly posilovat, kosti zatěžovat“, tedy chodit, tančit, skákat, běhat a pokud možno – být u toho na slunci, bez zbytečných ochranných prostředků. Prevence osteoporózy prostě není jen vápník.

Je laktózová intolerance nemoc?

Mgr. Veronika Březková[1, 2], MUDr. Halina Matějová[1]
1) Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno,
2) Masarykův onkologický ústav, Brno

Mléko patří mezi nejdiskutabilnější potraviny – velmi často se řeší *„pít, či nepít?“*. Vedle potravin obsahujících lepek či vaječnou bílkovinu bývají mléko a mléčné výrobky také nejčastěji vylučovány z jídelníčku. Důvody mohou být různé – kromě oprávněných alergií na bílkovinu mléka také odůvodnění typu *„lidé jsou jediný živočišný druh konzumující mléko jiného živočišného druhu po odstavení od mateřského mléka“*.

Příčinu potíží s konzumací mléka a mléčných výrobků však můžeme objasnit prostým pochopením míry laktózové tolerance a intolerance. Souvisí i s genetickou výbavou jedince. Lidé z celého světa se na první pohled odlišují barvou pleti, očí, vlasů, tvarem nosu či přirozenou tělesnou konstitucí – stejně tak i tradiční skladbou jídelníčku. Pro někoho je výhodné mít tmavší kůži, protože jej chrání před silným slunečním zářením – pro jiného by tmavá kůže byla z důvodu nižší intenzity slunečního záření v jeho geografické poloze nevýhodou (následkem by byla nedostatečná syntéza vitaminu D). Podobně je tomu i u stravovacích zvyklostí.

Laktózová tolerance

Disacharid laktóza je výhradním sacharidem mateřského mléka téměř všech savců. Jeho správné využití je proto v raném dětství nezbytné – vzniklá energie je nutná pro správný růst a vývoj malého jedince. Enzym laktáza, který štěpí laktózu na glukózu a galaktózu, se tvoří v tenkém střevě a zde také z důvodu optimálního pH jeho aktivita dosahuje vrcholu. Vzniklé produkty štěpení laktózy se okamžitě dostávají do krevního oběhu, kde se stává glukóza zdrojem energie a galaktóza složkou glykolipidů a glykoproteinů.

Je zajímavé, že enzym laktáza vzniká již v prenatálním období. Po narození pak přirozeně dosahuje maximálních hodnot své aktivity, což je v raném dětství předpoklad pro dostatečnou výživu zabezpečenou mateřským mlékem. Jídelníček malého savce se však jeho růstem a fyziologickými potřebami postupně zpestřuje a kojení se stává „jen“ doplňkem výživy. Aktivita laktázy klesá. Savci v dospělosti mléko nekonzumují, nicméně člověk je výjimka. U lidí dochází k určitému snížení aktivity laktázy až ve věku 3 až 4 let, což kopíruje dobu přirozeného odstavení. Zajímavý je také rozdíl v množství laktózy mezi jednotlivými druhy mlék – lidské je nejsladší (viz tabulka).

Laktózová intolerance

V případě nedostatečnosti laktázy v tenkém střevě dochází k neúplné hydrolýze laktózy na glukózu a galaktózu. Laktóza přechází do distální části ilea, kde může docházet k fermentaci, případně ke zvýšení osmotického tlaku s následným prouděním tekutin do střevního lumen. V tlustém střevě přítomnost grampozitivních bakterií mléčného kysání přirozeně způsobuje fermentaci nevstřebané laktózy za vzniku mnoha produktů. V průběhu fermentace nejdříve dochází k hydrolýze laktózy laktázou bakterií mléčného kysání. Vzniklé produkty, glukóza a galaktóza, jsou dále fermentovány na laktát a také vodík a oxid uhličitý, který se konečnou redukcí určitými bakteriemi přeměňuje na metan. Z laktátu dále vznikají mastné kyseliny s krátkým řetězcem. Nicméně optimální pH pro aktivitu laktázy je pH 6–8, v tlustém střevě je sníženo na pH 4. Aktivita bakteriální laktázy je zde proto nižší a v důsledku toho je fermentováno i nižší množství laktózy. Transport nefermentované laktózy je doprovázen dalším zvýšením osmotického tlaku. Následné vyšší množství vody a elektrolytů ve střevě způsobuje zrychlení pasáže a změkčení stolice. Typickými příznaky laktózové intolerance jsou bolest břicha, borborygmus, pocit plného břicha či nadýmání způsobené produkty fermentace laktózy, které zvyšují rychlost pasáže trávicím traktem a tlak v tlustém střevě. Většinou jsou tyto příznaky doprovázeny průjmy s vodnatou pěnovitou a kyselou stolicí (související s transportem nevstřebané laktózy). Méně často se laktózová intolerance projevuje zácpou (související s produkcí metanu v průběhu fermentačních procesů v tlustém střevě). Laktózová intolerance je však ve svém důsledku možnou příčinou dalších zdravotních obtíží (popisuje se nevolnost, zvracení, bolest hlavy, ztráta koncentrace, bolest svalů, ale také ekzém, svědění, dlouhodobá těžká únava a různé další). Demonstrace výše uvedených základních příznaků 30 minut až 2 hodiny po konzumaci laktózy značí laktózovou intoleranci. Zda a v jakém rozsahu skutečně symptomy vzniknou, však záleží na množství laktózy a především na složení střevní mikroflóry a individuální přecitlivělosti. Ačkoliv totiž byla intolerance laktózy dříve považována za patofyziologický jev, nověji se řadí k jevům fyziologickým.

Laktózová intolerance jako normální jev

Poprvé byla laktózová intolerance popsána v roce 1963. Jen příležitostně se tehdy se svými typickými příznaky vyskytovala u bílé rasy. Po celém světě tak byla u lidí všech ras měřena schopnost trávit laktózu. Z výsledků vyplynulo, že k úbytku enzymu laktázy dochází brzy po odstavení či postupně v průběhu raného dětství. Následovaly studie podporující teorii tzv. „variantního genu“, který je přítomný u laktózově intolerantních, a vzniku genové mutace variantního genu vyskytující se u laktózově tolerantních.

Hypotézy vzniku laktózové tolerance i v dospělosti

Hypotézy vzniku mutace variantního genu jsou vysvětlovány různě. Nejčastěji tzv. kulturně-historickou hypotézou, dále hypotézou související s aridním klima v oblasti pouští a hypotézou s geografickými souvislostmi. Svoje opodstatnění mohou mít všechny, neboť laktózová tolerance se vyskytuje všude po celém světě. Kulturně-historická hypotéza vzniku laktózové tolerance je spojována s domestikací zvířat a využíváním jejich produktů k obživě, tedy s dobou přibližně před 10 000 lety. Kromě masa se začalo konzumovat i mléko – s pravidelnou konzumací mléka a mléčných výrobků se postupně začala zvyšovat schopnost produkovat laktázu i v dospělosti. Vzhledem k tomu, že mléko je i kvalitním zdrojem živin, bylo pro takto adaptované jedince zdravotně prospěšné – jak z hlediska přežití, tak reprodukce. Možnost štěpit laktózu tak byla přenášena do dalších generací. Hypotéza laktózové tolerance související s aridním klima popisuje možný vznik laktózové tolerance u pouštních nomádů, kočujících v převážně suchých oblastech světa. Dopravním prostředkem i zdrojem obživy jsou zde velbloudi, kteří mají ve svých

hrbech zásoby tuku, díky kterým jejich majitelé přežívají i více než dva týdny bez potravy a vody. Mléko je pro ně jedinečným zdrojem výživy, a to i z hlediska hygienické čistoty. Schopnost štěpit laktózu se tak stala též nezbytnou. Hypotézy laktózové tolerance založené na geografických souvislostech se snaží vysvětlit vysoký výskyt laktózově tolerantních u severoevropanů. Pro tyto oblasti je typická nižší možnost expozice slunečnímu záření a tedy nižší produkce vitaminu D v kůži, nezbytného pro absorpci vápníku. Laktózová tolerance může být zřejmě i kompenzací za nedostatečné ultrafialové záření.

Výskyt laktózové intolerance

Nejvyšší výskyt laktózové intolerance (až 95 %) je u Asiatů, Afričanů a Američanů původně pocházejících z Asie či Afriky, dále u Indiánů či původního obyvatelstva Austrálie. Naopak nejvíce laktózově tolerantní jsou obyvatelé severní Evropy. V Evropě je obecně prevalence laktózové intolerance velmi rozdílná a zvyšuje se ze severu na jih. V České republice nedostatek enzymu laktázy určitým způsobem ovlivňuje přibližně 6–12 % populace (některé zdroje uvádějí i 20 %).

Druhy laktózové intolerance

V případě tzv. primárního typu jde vlastně o přirozený nedostatek laktázy, který se vyskytuje u velké části populace – nejde tedy o chorobu v pravém slova smyslu, ale o normální jev. V případě poruchy funkce tenkého střeva se velmi často vyskytuje tzv. sekundární typ laktózové intolerance, který je většinou přechodný. Objevuje se v důsledku poškození epitelu tenkého střeva po užití některých léků, ozařování, při celiakii, Crohnově nemoci, při parazitárních onemocněních, po chirurgickém zákroku na zažívacím traktu, infekci apod. Velmi vzácně se vyskytuje typ tzv. vrozené laktózové intolerance. Na celém světě je známo přibližně 40 případu. Jde o autozomálně recesivní poruchu s málo známými molekulárními podklady.

Diagnostika

Hlavní příznaky projevů laktózové intolerance jsou poměrně jasné, ale také celkem nespecifické, snadno zaměnitelné za příznaky častých či méně častých onemocnění trávicího traktu. Pro správnou diagnostiku je proto nutné zhodnocení nespecifických střevních problémů doplnit o speciální testy na aktivitu laktázy.

Diagnostika laktózové intolerance „naslepo“ doporučuje prostě a jednoduše vyloučit potraviny obsahující laktózu z jídelníčku po dobu přibližně jednoho měsíce. Tím však může být falešně skryta alergie na bílkovinu mléka. K přímým a zároveň invazivnějším diagnostickým metodám určování aktivity laktázy patří tzv. **jejunální biopsie**. Bývá ale nejpřesnější. Mezi nepřímé metody určování aktivity laktázy patří **toleranční test**, který je podobný orálnímu glukózovému tolerančnímu testu. Ke standardním diagnostickým metodám patří vyšetření **určování vodíku ve vydechovaném vzduchu (H_2 – test)**. Nejčastěji u dětí se používá **test kyselosti stolice**, kterým se měří množství kyselin ve stolici. Mezi nejmodernější diagnostické metody pak patří genetické testy.

Výživové doporučení

Výživové doporučení souvisí s individuální nedostatečností laktázy a s celkovým množstvím konzumovaného množství laktózy. Naprosto se tak odlišuje od výživového doporučení při alergii na bílkovinu mléka. Ať už jsou příčiny jakékoliv, většinou intolerance laktózy neznamená naprosté vyloučení laktózy z jídelníčku, ale správné načasování konzumace vhodného množství laktózy v průběhu dne. Malé dávky laktózy jsou totiž často velmi dobře snášeny a víceméně i podporují určitou adaptaci střeva na lepší toleranci laktózy. Průběžná denní konzumace 12 g laktózy většinou nevede ke zdravotním potížím. Mléko jako samotný nápoj je velmi bohatým zdrojem laktózy, což souvisí také s jeho celkovou konzumací. Mléčné výrobky oproti tomu jsou konzumovány v menších porcích, navíc většinou obsahují i celkově nižší množství laktózy. Lépe je také snášen čaj s mlékem, káva s mlékem, kakao či mléčné koktejly – jejich přípravou se snižuje koncentrace laktózy. Oproti samotnému mléku jsou velmi dobře tolerovány zakysané mléčné výrobky. Při výrobě jogurtů a ostatních zakysaných mléčných výrobků se používá živých bakterií, které obsahují β-galaktosidázu pomáhající se štěpením laktózy.

Příznivý účinek živých jogurtových kultur patří mezi schválená zdravotní tvrzení při označování potravin (Nařízení komise (EU) č. 432/2012 ze dne 16. května 2012: *„Živé kultury v jogurtu nebo v kysaném mléce zlepšují trávení laktózy z výrobků u osob, které laktózu špatně tráví. – Aby bylo možné tvrzení použít, musí jogurt nebo kysané mléko obsahovat nejméně 108 kolonii tvořících jednotek živých mikroorganismů zákysové kultury (Lactobacillus delbrueckii subsp. Bulgaricus a Streptococcus thermophilus) na 1 gram.“*).

Nejdůležitějším faktorem však zřejmě zůstává konečná suma laktózy obsažená v porci mléčného výrobku. Díky správnému výběru mléčných výrobků tak v jídelníčku zůstávají zdroje vápníku a fosforu, vitaminu A a D, B2 a kvalitních bílkovin.

Tabulka 1: Množství laktózy v různých potravinách

Potravina	Obsah laktózy (g/100 g)	Velikost obvyklé porce	Obsah laktózy v porci (g)
Lidské mléko	7,2		
Kozí mléko	4,4	250	11,0
Ovčí mléko	5,1	250	12,3
Šlehačka	3,1	15	0,5
Jogurt	4,1	150	6,2
Kefír	3,8	200	7,6
Cottage	2,2	100	2,2
Tvaroh měkký	3,5	100	3,5
Eidam (30 % t. v s.)	1,3	50	0,7
Gervais	1,6	100	1,6
Niva	1,3	50	0,7
Hermelín	1,2	50	0,6
Madeland (45 % t. v s.)	0,4	50	0,2
Sušená syrovátka	74		

Závěr

Mléko a mléčné výrobky do jídelníčku populace České republiky rozhodně patří. Míra tolerance laktózy prakticky závisí na kondici tenkého a tlustého střeva. V případě obtíží je potřeba správně pochopit a diagnostikovat možné příčiny. Laktózová intolerance většinou nevyžaduje úplné vyloučení mléka a mléčných výrobků ze stravy – velmi často však pomáhá celková úprava jídelníčku do pestré a pravidelné podoby s výběrem mléčných výrobků, který respektuje individuální snášenlivost určitého množství laktózy.

Dieta při ulcerózní kolitidě

Laura Sochorovská, DiS.
Nutriční terapeut, Nemocnice Na Homolce, Praha

Obecně – úvod

Colitis ulcerosa (ideopatická proktokolitida, ulcerózní kolitida)
Z latinského slova *colitis* – zánět tlustého střeva. Název skrývá i průběh nemoci – ulcerózní – vředovitý.
Jedná se o chronický **ideopatický** (nespecifický) povrchový vředovitý zánět sliznice tlustého střeva.
Často se označuje zkratkou **IBD** z anglického inflammatory bowel disease.
Je při ní postižena libovolná část tlustého střeva, ale vždy konečník.
Sliznice je hlenovitá, hnisavá a tvoří se na ní povrchové vředy a eroze.
U pacientů s tímto onemocněním se střídají stadia **relapsu** (vzplanutí) a **remise** (klidu).
Jak již sám název napovídá, příčina je neznámá.

Postiženo je 45 klientů na 100 000 obyvatel, ženy o něco častěji. Výskyt v naší populaci stoupá, a to zejména u mladých lidí, počátek je často v útlém věku.

Průběh

Rozlišujeme několik typů postižení

- **„Lehký tvar“**, kdy je postižen konečník a esovitá klička,
- **„Středně těžký tvar“**, kdy je postižena asi polovina tračníku,
- **„Těžký tvar“** (pankolitida), kdy je postiženo celé střevo.

Projevy

Klienti s ulcerózní kolitidou trpí křečovitými bolestmi břicha, tenesmy (nutkavé bolestivé nucení na stolici bez úlevy), mají krev a hlen ve stolici, která je trápí několikrát za den.
V těžších případech dochází k vodnatým průjmům, klienti jsou hubení, malátní, mají vysokou teplotu a může dojít až k bakteriální infekci.

U některých se vyskytují extraintestinální projevy:
- artralgie
- jaterní poruchy
- zánět sakroiliakálního spojení
- oční záněty
- u 5 % pacientů sklerozující cholangitida (zánět a vazivová přestavba m. žlučovodů)
- sideropenická anémie
- trombóza až embolie

Dg.
- rozbor anamnézy (i nutriční), nejvýznamnější je rodinná anamnéza (výskyt u 5–8 %)
- laboratorní vyšetření (krev – biochemie; ***nutriční parametry***: celková bílkovina, albumin, prealbumin, cholinesteráza; ***imunologické markery***: protilátky p-ANCA; ***zánětlivé markery*** ve stolici)
- zobrazovací metody (USG, CT, MRI, enteroklýza, kapslová enteroskopie)
- endoskopické metody (koloskopie)

Komplikace
- toxický megacolon (ochrnutí hl. svalstva stěny střevní, toxické rozšíření tlustého střeva na více než 6 cm)
- peritonitida (přemnožení střevních bakterií a následný zánět)
- nádor tlustého střeva
- nádory jater

Léčba

Léčba není kauzální, protože příčina není známá. Vhodné je klienty preventivně sledovat, posílat je každoročně na koloskopii a léčebné metody kombinovat.

- **protizánětlivé léky** (kortikoidy; aminosalicyláty – mesalazin, sulfasalazin)
- **antibiotika**
- **imunomodulační léky** (imunosupresiva) – azathrioprin (Azamun, Imuran)
- **chirurgický zákrok** (proktokolektomie, stomie)
- **pouch** (odstranění celého tlustého střeva a konečníku, zůstanou svěrače, z terminálního ilea se vymodeluje náhrada konečníku, vytvoří se tak rezervoár pro stolici)
- **biologická léčba** (infliximab, adalimumab) – není vhodná pro každého klienta (v ČR 27 center, od r. 2006)
- **autologní transplantace kmenových buněk**
- **mezioborová spolupráce** (lékař, nutriční terapeut, psycholog, zaměstnavatel)

Nutriční intervence
- **parenterální výživa** (indikuje lékař) u akutních těžkých stavů s horečkami, anémií atd.
- **enterální výživa** (sipping) má pozitivní vliv na potenciální malnutrici. Sondová výživa má být podávána podle ESPEN guidelines pouze ve výjimečných případech
- **dietetické moduly** (*Protifar* z mléčné bílkoviny, k zahuštění pokrmů / *Fantomalt* – sacharidový přípravek) jsou přípravky na bílkovinné nebo sacharidové bázi, určené pro krytí vysokých energetických a bílkovinných nároků klienta
- **prebiotika**: nutriční substráty pro střevní bakterie – **„rozpustná vláknina“**, nejčastěji oligosacharidy ve funkčních potravinách (inulin, psyllium)
- **Probiotika**: nepatogenní mikroorganismy nejčastěji mléčné bakterie rodu Lactobaccillus a Bifidobacterie – acidofilní mléko, jogurty…
- **bezezbytková dieta** (označení 5, 5a) ve fázi relapsu, bez nerozpustné vlákniny
- **zbytková strava** naopak ve stadiu remise, samozřejmě bez špatně snášených nadýmavých potravin (dle snášenlivosti klienta), neliší se mnoho od racionální diety, postupně je dobré ji uvolňovat, pokud

Zdravotní pojišťovny začnou zvát pojištěnce na screeningy rakoviny

Telefonicky začala v těchto dnech zvát na mamografické vyšetření Česká průmyslová zdravotní pojišťovna ženy, které jsou u ní pojištěny. Třetí největší pojišťovna osloví v první fázi 5000 žen, začala v Praze a na Nymbursku. Cílem je zvýšit počty žen zapojených do prevence. Česko má screening rakoviny prsu od roku 2002, vyšetřením prošla polovina žen. Cílené zvaní by mohlo zvýšit počty vyšetřených až o 20 %.

Zdravotní pojišťovny v ČR hradí tři plošné screeningy rakoviny – prsu, děložního čípku a tlustého střeva a konečníku. Ministerstvo zdravotnictví chce od léta spustit projekt cíleného zvaní, zapojí se do něj všechny zdravotní pojišťovny. Zhruba čtyři milióny lidí dostanou od své pojišťovny dopis s pozvánkou na preventivní vyšetření. Ministerstvo získalo na projekt evropské peníze, pojišťovnám uhradí poštovné. Mluvčí druhé největší Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra Hana Kadečková ČTK řekla, že dopis dostanou lidé, kteří nebyli na některém ze tří screeningů. Někomu se tak může stát, že dostane pozvánku na všechny tři. Ministerstvo dohodlo se sdruženími praktiků a gynekologů, že budou prohlídky koordinovat. V dopise tedy bude doporučení, aby se klient domluvil se svým praktikem, ženy také s gynekologem. Zvaní dopisem ověřovaly pojišťovny už dřív, nesly tehdy všechny náklady. Většina lidí prý na dopis nereagovala, zacílení bylo menší, než pojišťovny očekávaly. I tak se v pilotním projektu Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) v roce 2007 podařilo zachránit nejméně 500 žen, u nichž se včas odhalil počínající nádor prsu. Dalších 350 mělo nádor větší. VZP oslovila tehdy 600 000 žen, na vyšetření přišlo přes 105 000. V dalším projektu v roce 2008 oslovila VZP přes 350 000 žen s výzvou, aby chodily pravidelně ke gynekologovi. Cytologické vyšetření umožní odhalit počínající rakovinu čípku. Ve stejném roce zvala vybrané klienty na preventivní kolonoskopii Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance, na toto vyšetření posílala VZP pozvánky v roce 2009. Ročně je v ČR zjištěno přes 6000 případů rakoviny prsu, přes 8000 případů rakoviny tlustého střeva a konečníku a kolem 1000 případů rakoviny čípku. Zatím jen proti rakovině čípku se dá chránit očkováním.

zdroj: čtk, 13. 2. 2013

klient dobře reaguje a prospívá. Klient sám musí vytipovat, které potraviny může konzumovat zcela bez rizika průjmu či bolestí.

Dietní postupy při jednotlivých stravovacích potížích

- **anémie** z důvodu zvýšených ztrát krve. Nutno dodat Fe a vit. B9 – špenát, hrozinky, artyčoky, vaječný žloutek
- **dehydratace** (špatná absorpce vody a solí)
- **intolerance laktózy** – lépe tvrdé sýry, jogurty (méně laktózy), ev. náhrada sójovými výrobky
- **osteoporóza** (snížené vstřebávání Ca, vit. D, kortikoterapie) – nutno fortifikovat ve stravě a medikamentózně
- **nedostatek minerálních látek, proteinová malnutrice** (špatné vstřebávání živin), **hypovitaminóza** nutno fortifikovat ve stravě a medikamentózně
- **spotřeba vlastních bílkovin (energetická a proteinová malnutrice)**: při dlouhodobém zánětu dochází ke zvýšenému katabolismu a vyšší potřebě energie, je proto důležité:
  - volit vhodné potraviny (biologicky i energeticky hodnotné)
  - snažit se nevynechávat celé skupiny potravin
  - zápis jídelníčku a působení jednotlivých potravin s pomocí nutričního terapeuta (dietní sestry)
  - vynechání tučných objemných, kořeněných jídel
  - jíst často malé porce jídel (3 menší jídla + 3 svačinky)
  - při netoleranci tuhých potravin – koktejly, tekutá výživa

Zcela nevhodné potraviny (především ve stadiu relapsu)

Nevhodné jsou příliš horké / studené pokrmy, dále pak

- **Masa**: tučná, smažená, nakládaná, pikantní, uzená, zvěřina,
- **Zelenina**: nadýmavá, naložená v oleji a octě, ve slupce – brokolice, květák, zelí, kapusta, kedlubny
- **Ovoce**: nadýmavé, tvrdé, syrové, ve slupce, se zrníčky
- **Luštěniny**: hrách, čočka, fazole
- **Obiloviny, ořechy, semena, mák**
- **Pečivo**: čerstvé, kynuté, celozrnné, tmavé
- **Moučníky**: kynutá, listová, linecká těsta, příliš sladké
- **Koření**: dráždivá a ostrá
- **Instantní potraviny**
- **Mléko a mléčné výrobky**: snahou je snížit obsah laktózy, která je obsažena především v mléce a mléčných výrobcích, dále nejsou vhodné plesnivé a zrající sýry, smetanové jogurty
- **Cereálie**
- **Nápoje**: kolové, sycené CO_2, alkohol

Technologické úpravy stravy

Než problematické potraviny úplně vyloučíme z JL, zkusíme je upravit:

- oloupat
- podusit
- rozmixovat
- bez kůrek, slupek, zrníček
- maso opečené na sucho
- čerstvý tuk do hotového pokrmu
- zahuštění moukou opraženou na sucho
- cibule pouze na vydušení
- kořenit pouze bylinkami

Organizace zabývající se problematikou idiopatických střevních zánětů

- **www.colitis.crohn.cz**: informační a diskusní server
- **www.crohnclub.sk**: občanské sdružení
- **www.crohn.cz**: občanské sdružení „Pacienti IBD“
- **www.effca.org**: organizace zastřešující a sdružující evropské organizace pacientů s nespecifickými střevními záněty

„Každá substance je jed, záleží jen na dávce a kombinaci…“

-Paracelsus-

Kozí mléko ve výživě dítěte

MUDr. Petr Tláskal, CSc.
Společnost pro výživu, Dětská poliklinika FN Motol, Praha

První výživou dítěte je mateřské mléko. Již dříve v historii, pokud měla žena nedostatek mateřského mléka, byly k novorozenci najímány kojné anebo dítě dostávalo mléko zvířat. Děti dostávaly nejen kravské, ale i kozí, ovčí, oslí či jiné savčí mléko. Přežívání těchto dětí však bylo problematické, nejen z důvodů hygienických, ale i z důvodu odlišností mléka od mléka mateřského. Čím bylo dítě mladší, tím byla náhrada jiným savčím mlékem problematičtější. Velmi brzy tak byla do jídelníčku dítěte zařazována ovesná kaše, později chléb s mlékem, masová polévka. Jinak bylo dítě často kojeno dva roky. V roce 1899 vydal Marfan první monografii o výživě kojence. Z počátku minulého století Finkelstein, později Biedert navrhuje úpravu kravského mléka k umělé výživě (ředění z důvodů vyššího množství bílkovin a solí a přidání sacharidů k doplnění jejich úhrady). V šedesátých letech minulého století byla odborná veřejnost natolik nadšena možnostmi náhrady mateřského mléka formulemi mléka kravského, že se výrazně snížila doba plně kojených dětí. V té době se však již stále více začaly objevovat studie, které ukazovaly na zdravotní přednosti mateřského mléka. V roce 1998 vznikla „Laktační liga“ – občanské sdružení, které ve spolupráci s WHO/UNICEF podporuje systém propagace kojení. Doporučení kojenecké výživy se dále měnila a významně zasáhla i do rozšíření spektra dnes používaných formulí.

Není-li dítě kojeno nebo živeno odstříkaným mateřským či ženským mlékem, je mléčná výživa kojenců a větších dětí v našich zemích tradičně založena na bázi kravského mléka. Podle Bulletinu mezinárodní mléčné federace (1) se ve světě celkově produkuje z 83 % kravské mléko. 13 % produkce tvoří mléko buvolí, které je rozšířené především v Indii a Pákistánu, částečně ale i v Egyptě, Číně a Íránu. Dále jsou to mléka kozí – 2,2 %, ovčí – 1,3 % a velbloudí – 0,3 %. Podle údajů FAO z roku 2009 je kozí mléko produkováno hlavně v Asii (59 %), v Africe (21 %) a v Evropě (16 %). Podíl produkce kozího a ovčího mléka k mléku kravskému je například ve Slovenské republice uváděn kolem 2 %. Je vcelku logické, že v zemích, kde je produkce kozího mléka vyšší, je vyšší i jeho konzumace. Dobře jsou známé například kozí sýry z Francie nebo z Řecka. Již méně jsou však známé přípravky kozího mléka v rámci jeho využití u kojenecké výživy. Uvádí se, že formule na bázi kozího mléka se stále více úspěšně prosazují v některých zemích, například na Novém Zélandu, Austrálii, Taiwanu nebo v Koreji. Vzhledem k oficiálním doporučením, která jsou uváděna pro užívání formulí na bázi kravského mléka, jsme o kozím mléku často méně informováni, ačkoliv se setkáváme s dotazy na jeho konzumaci.

Složení kozího mléka

Kozí mléko je svým procentuálním složením podobné mléku kravskému. Kvalita mléka obou zvířat je však samozřejmě ovlivňována řadou faktorů, plemenem zvířat, jejich výživou, ročním obdobím a podobně. Kozí mléko v průměru obsahuje kolem 3,2–3,4 % bílkovin, 4,0 % tuku, 4,3 % laktózy a 0,8 % minerálních látek (2). Bílkoviny kozího mléka, obdobně jako bílkoviny mléka kravského, obsahují navíc proti mateřskému mléku αs1-kasein, αs2-kasein a β-laktoglobulin. Obsah αs1-kaseinu je u kozího mléka velmi malý a současně s vyšší hodnotou β-kaseinu se tak kozí mléko svým složením více blíží mléku mateřskému než kravskému. Bílkovina kozího mléka se sráží v jemnějších vločkách než mléko kravské a je tak proti bílkovině mléka kravského lépe stravitelná. Spektrum aminokyselin je v kozím mléku obdobné mléku kravskému. Kozí mléko obsahuje 3× více volných aminokyselin než mléko kravské. Svůj význam zde má zvláště taurin. Rovněž tuk je v kozím mléku obsažen v menších kapénkách než v mléku kravském a je tak lépe stravitelný. Kozí mléko obsahuje větší množství mastných kyselin s krátkým a středním řetězcem, což ovlivňuje vlastní chuť tohoto mléka. Proti kravskému mléku obsahuje mléko kozí větší množství vitaminu A, neobsahuje však karoten a udržuje si proto bílou barvu. Obsah vitaminů B je v kozím mléku vyšší než v mléku kravském, zvláště je tomu tak u riboflavinu, vitaminu B6 a B12 a niacinu. Chybí zde však kyselina listová. Hladina vitaminu C a D je stejná jako v mléku kravském. Koncentrace minerálních látek je v kravském i kozím mléku vyšší ve srovnání s mlékem mateřským. Vyšší je především koncentrace vápníku a fosforu. Kozí mléko má více draslíku než mléko kravské, ale obdobně jako mléko kravské má málo železa, což vše je nutné brát v úvahu při výživě nejmladších dětí.

Kromě běžně známých nutričních složek obsahuje mléko savců řadu dalších substancí. Mezi ně patří například polyaminy. Chemicky jsou polyaminy syntetizovány ze dvou aminokyselin – ornitinu a metioninu. Uvádí se, že polyaminy hrají významnou roli v dozrávání a růstu střevní sliznice. Polyaminy se zapojují i do procesů, které chrání organismus před senzibilizací na potravinové alergeny (3). Ačkoliv hladina polyaminů v mléku různě kolísá, je jejich množství v kozím mléku vyšší než v mléku kravském, blíží se mléku mateřskému.

Dalšími bioaktivními látkami, které stimulují růst a zrání sliznice trávicího traktu a pozitivně se zapojují do imunologických procesů, jsou nukleotidy. Kozí mléko tyto substance obsahuje rovněž v množství obdobném jako mléko mateřské. V kozím mléku dále najdeme růstové faktory (například IGF-1, TGF-β a další). TGF-β se například zapojuje do regulačních procesů imunitního systému, stimuluje produkci střevní IgA a tlumí zánětlivé procesy. IGF-1 stimuluje růst a zrání střevních buněk.
V souhrnu je nutné uvést, že kozí mléko je nutričně nejméně stejně hodnotné jako mléko kravské (4). Z některých aspektů je lepší, má větší obsah vitaminu A, některých vitaminů skupiny B (s výjimkou kyseliny listové),

Pražská záchranná služba má nedostatek koronerů

Pražská záchranná služba má nedostatek koronerů, kteří by zajišťovali ohledávání těl zemřelých mimo zdravotnická zařízení. Podle mluvčí pražské záchranky Jiřiny Ernestové je služba pokryta asi ze 70 procent. Koroneři by měli ulehčit práci praktickým lékařům, kteří mají ohledání za povinnost.

Podle Ernestové se nedá přesně určit, v kolika případech denně je služba koronera potřeba. „Někdy je 12 zemřelých, někdy tři, někdy žádný. V průměru ročně je to přes 2500 lidí, kteří v Praze zemřou a ke kterým vyjíždí naši lékaři," řekla mluvčí.

Prohlídky zemřelých provádějí praktičtí lékaři. Praha a jiná velkoměsta s tím ale mají organizační problémy. „Občané mají své praktiky na druhém konci města a ti nemají povinnost držet nepřetržitou službu. Do Prahy přijíždí a dojíždí denně asi 300 000 až 500 000 lidí z jiných krajů i zahraničí, kteří zde nemají svého praktického lékaře," uvedl už dříve šéf pražských záchranářů Zdeněk Schwarz.

V Praze tak byly podmínky upraveny, od října loňského roku má koronera i záchranka. Náměstek primátora pro sociální oblast Ivan Kabický (ODS) ČTK řekl, že vloni vyčlenil magistrát na tuto službu 1,2 miliónu korun, z letošního rozpočtu půjdou na koronery asi tři milióny.

V praxi to vypadá tak, že k zesnulým vyjíždí lékař rychlé služby, který poté, co konstatuje smrt, je k dispozici na další akutní výjezdy. K prohlídce zemřelého je pak vyslán koroner, který provádí další nezbytné úkony, administrativní činnost a posuzuje případ i z forenzního hlediska s nařízením pitvy, případným přivoláním policie. Záchranáři tuto činnost ze zákona vykonávat nemohou.

Záchranka má zájem o lékaře-koronery, s nimiž by uzavřela dohodu o pracovní činnosti. „Těch není tolik, aby pokryli celý měsíc v nonstop provozu. Pak musí k ohledání i náš lékař z normální jednotky," uvedla Ernestová. V současné době má záchranná služba k dispozici sedm koronerů.

Zdroj: čtk, 14. 2. 2013

vyšší obsah vápníku a fosforu, vyšší obsah polyaminů, nukleotidů a dalších látek.

Zdravotní aspekty konzumace kozího mléka

Složení kozího mléka dokazuje, že i toto mléko je vhodné pro výživu kojenců a malých dětí. Mléko samozřejmě musí být správně upravené, standardizované, ve formě formulí, kde při výhradní mléčné výživě musí být doplňován obsah některých složek výživy. Uvádí se, že kozí mléko je deficitní v některých vitaminech, především kyselině listové. Dále ale i vitaminu C, D, vitaminu B12 a pyridoxinu. Studie z Nového Zélandu (5) například prokázala, že růst, váhové přírůstky kojenců živených formulemi z kravského nebo kozího mléka se po dobu výhradně mléčné výživy (168 dnů) významně nelišily. Denní vyprazdňování dětí konzumujících kozí mléko bylo vyšší (2,4 stolice/den kozí mléko; 1,7 stolice/den kravské mléko), ostatní parametry hodnocení (pláč, neklid, konzistence stolic a další) byly v obou skupinách shodné. Výhodou podávání formulí kozího mléka je lepší tolerance jejich tuku, menší alergenicita (6) a lepší stravitelnost bílkovin. Kozí mléko ve srovnání s mlékem kravským obsahuje vyšší procento mastných kyselin se středním, ale i krátkým řetězcem, kde je popisována kromě nutričních benefitů i jejich antimikrobiální aktivita (7,8). Uvádí se, že u dětí, které jsou alergické na bílkovinu kravského mléka, se v 60–70 % případů neprojeví alergie na bílkovinu kozího mléka (9). Kozí mléko obsahuje méně laktózy než mléko kravské. Tolerance kozího mléka je tak u tohoto mléka lepší než u kravského v případě deficitu enzymu laktázy.

Kozí mléko ve výživě dítěte

Kozí mléko je jednou z možných alternativ výživy nejen dospělých, ale i dětí. Záleží na nabídce, ale i na preferencích chutí. Specifickou chuť kozího mléka určují mastné kyseliny s krátkým řetězcem, zvláště kyselina kaprinová. Uvádí se, že významný vliv na chuť mléka má výživa zvířete. Koza konzumuje širší spektrum krmiv, včetně dřevin s vyšším podílem aromatických látek, které přecházejí do mléka a ovlivňují jeho vůni. Pokud se výživa kozy přizpůsobí výživě krávy, je chuť a vůně mléka téměř shodná.

Závěr

Kozí mléko a mléčné výrobky je možné zařazovat do jídelníčku obdobně jako mléko kravské, tzn. již od časného věku dítěte. Předpokladem je správné ošetření mléka a jeho úprava podle věku dítěte. Kozí mléko má lepší stravitelnost bílkovin i tuků, obsahuje větší množství mastných kyselin se středním a krátkým řetězcem, vitaminu A, některých vitaminů skupiny B a dalších látek. Alergie na bílkovinu kozího mléka je méně častá než alergie na mléko kravské a lze tak výrobky kozího mléka zkusit jako možnou alternativu.

Literatura

1) Krijger A, et al. The World Dairy Situation. Milk from sheep, goats and other animals. Bulletin of the International Dairy Federation. 451/2011, 9
2) Anděl M, a kol. Mléko a mléčné výrobky ve výživě. Publikace České technologické platformy pro potraviny. Praha: Potravinářská komora České republiky, 2010
3) Dandrifosse G, et al. Are milk polyamines preventive agents against food allergy? Proceedings of the Nutrition Society. 2000 Feb;59(1):81–86
4) Boroš, V. Nebovinné mlieka vo výžive ľudí. Mliekarstvo. 1999;30(2):41–43
5) Grant C, et al. Randomized, double blind comparison of growth in infants receiving goat milk formula versus cow milk infant formula. J. Pediatr Child Health 2005;41(11):564–568
6) Böhmová J, Dráb V. Vlastnosti kozího mléka a jeho význam v lidské výživě. VZ 1272. Praha: Výzkumný ústav mlékárenský, 1991
7) Marounek M, et al. Effect of caprylic, capric and oleic acid on growth of rumen and rabbit caecal bacteria. Journal of Animal Feed Science. 2002;11(3):507–516
8) Bergsson G, et al. In vitro Killing of Candida albicans by fatty acids and monoglycerides. Antimicrob Agents Chemotherapy. 2001 Nov;45(11):3209–3212
9) Lara-Villoslada F, et al. Goat Milk is Less Imunogenic than Cow Milk in a Maurine Model of Atopy. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2004 Oct;39(4):354–360

Jediné obilno-mléčné kaše s kojeneckým kozím mlékem na českém trhu!

Kladně posouzeny Českou pediatrickou společností.

Kozí kaše® jsou vhodné jako úplně **PRVNÍ MLÉČNÝ PŘÍKRM** nejen pro všechny **zdravé kojence**, **ale i pro děti ohrožené alergiemi**. **Kozí kaše®** podporují přirozený vývoj enzymového systému dítěte.

Zvláště vhodné jsou pro kojence a malé děti:

- **kojené i nekojené** od ukončeného 4. měsíce věku
- **trpící zácpou**, plynatostí a špatným trávením
- užívající preventivně **HA mléka**
- trpící jakoukoliv formou ekzému
- při refluxu – snižují aciditu žaludečního obsahu.

BEZ HYDROLYZOVANÝCH BÍLKOVIN.

Kozí kaše® obsahují **kojenecké kozí mléko**, které je fortifikované o složky, které neupravenému kozímu mléku chybí, tj. o kyselinu listovou, vitamín B_{12} a železo.

Kozí kaše® jsou k dostání v lékárnách.

www.kozikase.cz

Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro obilnou výživu a ostatní výživu jinou než obilnou určenou pro výživu kojenců a malých dětí.

RÝŽOVÁ
od ukončeného 4. měsíce

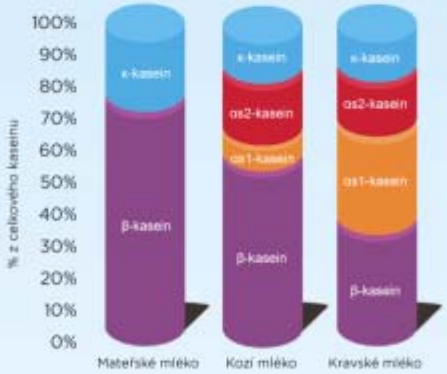
KUKUŘIČNO-RÝŽOVÁ S BROSKVÍ A DÝNÍ
od ukončeného 5. měsíce

VÍCEZRNNÁ S BORŮVKAMI
od ukončeného 6. měsíce

OVESNÁ SE ŠVESTKAMI A JABLKEM
od ukončeného 6. měsíce

Výhody kozího mléka:

- **výrazně nižší obsahu hlavního alergenu αs1-kaseinu** v kozím mléce vede k vytvoření měkčí tráveniny v žaludku během trávicích procesů [1], což zajišťuje snadnější odbourání ß-laktoglobulinu ve srovnání s kravským mlékem [2]. Oba jevy, nízké hodnoty αs1-kaseinu a lepší digestibilita ß-laktoglobulinu, mohou být klíčovými faktory velmi nízkého potenciálu alergických reakcí působením proteinů kozího mléka
- vyšší hodnota ß-kaseinu než v kravském mléce
- obdobné množství nukleotidů jako v mateřském mléce
- **menší tukové globule**, které jsou navíc z důvodu nepřítomnosti aglutininu i lépe dispergované
- **snazší stravitelnost** ß-laktoglobulinu přítomného v kozím mléce – to vede při konzumaci kozího mléka k menším proteinovým reziduím zůstávajícím ve střevě po ukončení činnosti trávicích enzymů [3]
- **nižší obsah laktózy** [4]
- **3x více volných aminokyselin**
- **vyšší procento mastných kyselin** se středním i krátkým řetězcem.



Kaseinový profil mateřského, kozího a kravského mléka
(Data převzata ze studie AgResearch Ruakura Research Centre, New Zealand [3])

Vyjádření EFSA:

Bílkoviny kozího mléka v kozích formulích jsou vhodné a dostačující jako zdroj bílkovin v počátečním i pokračovacím kojeneckém mléce (formuli) [5].

[1] Clark S & Sherbon JW (2000). Alphas1-casein, milk composition and coagulation properties of goat milk. Small Ruminant Research 2000, 38:123-134.

[2] Bevilacqua C et al (2001). Goats' milk of defective alpha(s1)-casein genotype decreases intestinal and systemic sensitisation to beta-lactoglobulin in guinea pigs. Journal of Dairy Research, 68:217-227.

[3] Prosser C et al (2003). Digestion of milk proteins from cow or goat milk infant formula. Poster paper presented at the 11th Asian Congress of Paediatrics, Bangkok, Thailand, 2-7 November 2003.

[4] University of Granada (2011, May 19). Goat milk can be considered as functional food, Spanish researchers find. *ScienceDaily*. Retrieved February 14, 2013, from http://www.sciencedaily.com/releases/2011/05/110518092146.htm.

[5] EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA); Scientific Opinion on the suitability of goat milk protein as a source of protein in infant formulae and in follow-on formulae. EFSA Journal 2012;10(3):2603. [18 pp.]. doi:10.2903/j.efsa.2012.2603. Available online: www.efsa.europa.eu/efsajournal.

Diety a dietní systémy od konce 19. století po dnešek

Květa Krajíčková
Student VŠ

Nejstarší zprávy o léčení dietou nalézáme již dlouho před naším letopočtem u Egypťanů a Židů, kteří používali různé potraviny k léčení nemocných při rozličných chorobách.

Dobové spisy podávají ale především výsledky zkušeností věhlasných lékařů o působení různých potravin nebo různého způsobu výživy při určitých chorobách, jež pak předávají dalším generacím. Je to **období dietetiky empirické** (empirie = zkušenost), jež vedle správných názorů, platných dodnes, měla i řadu pověr a chyb, jež se v různé formě dochovaly někdy i do našich dob.

V období starověku lze vysledovat i **počátky sportovní výživy**. Staří lékaři měli patrně již i určité zkušenosti s potřebou zvlášť upravené výživy při zvýšeném energetickém výdeji, jak by o tom svědčila zvláštní **dieta pro atlety**.

Hippokratés (460–377 př. n. l.), zakladatel moderního lékařství, přikládal výživě nemocných velký význam a již on vlastně uvažoval o léčebné výživě. Právě od Hippokrata pochází často citovaný výrok, že **„naše potrava má být lékem a naše léky mají být potravou“**.

Moderní dietetika **vychází z Hippokratových zásad: nemocného je nutno dietou nejen léčit, ale i živit**. Rovněž jeho požadavek, že **při předpisu diety nutno si všimnout „jídelních zvyklostí, roční doby, místa léčení a tělesných proporcí nemocného“**, zdůrazňujeme ve snahách o zavádění **individuální dietetiky** i v současné době.

V historických spisech lze vysledovat i počátky lázeňské dietetiky. **Řada lázní si postupně vytvořila svůj vlastní dietní systém**, který byl v místě samém tradičně důsledně dodržován.

První zmínky o české dietetice nalézáme v písemnictví již v r. 1522, kdy se lékař Wenceslaus Payer ve svém spise o Karlových Varech zabývá vedle lázeňské a pitné léčby i životosprávou a výživou nemocných.

V četných kuchařských knihách, vydávaných zejména v 19. a 20. století (Rettigová, Sandtnerová), bývala část věnovaná přípravě pokrmů pro nemocné a pokrmům postním. Půst byl v té době chápán nejen jako požadavek náboženský, ale i jako zdravotně-preventivní záležitost.

Zdravotní kuchařka (dle Dra Wiela, Praha 1896) byla vydána *„jakožto doplněk každé jiné kuchařské knihy čili poučení o hodnotě potravin, o jejich stravitelnosti, jakož i o přiměřené přípravě jejich za pokrmy pro zdravého i nemocného“*.

Vzhledem k obsahu a odborné erudici autora lze o této publikaci již hovořit jako o učebnici dietologie – pro zajímavost uvádím vybrané kapitoly:

- Výživné hodnoty jednotlivých skupin potravin a pokrmů, jejich význam ve výživě
- O uschovávání a konzervování potravin
- Léčebné nápoje domácí
- Co píti a jísti při nemocech a chorobách
- Jak jísti a jak se baviti při jídle a po jídle
- Zdravotní pravidla kuchyňská

Diety v té době ještě nebyly značeny číslicemi či písmeny. V kapitole *Co píti a jísti při nemocech a chorobách* nalézáme dietní doporučení např. s těmito názvy:

- Co jísti a co píti při tučnění
- Co mají jísti lidé krevnatí
- Co mají jísti chudokrevní
- Co jísti při nevolné stolici
- Co jísti při krtičnatosti
- Strava pro nemocné na úplavici močovou cukerní
- Jídelní lístek pro šestinedělky

Nauka o výživě a dietetice je ve svém dnešním pojetí věda poměrně mladá. Dá se říci, že teprve rozvoj lékařství a přírodních věd v 19. a 20. století, kdy byly získány přesnější představy o cestách přeměny látkové v živém organismu, z ní učinily skutečnou vědu.

Vycházejí první odborné publikace:

- **v r. 1927** vydává dlouholetý lázeňský šéfkuchař Jan Kettner za spolupráce MUDr. Maxe Poppera publikaci **Hygienická a dietní kuchyně**.
- **první česká příručka dietetiky Otakara Koseho vyšla v r. 1928**.
- **v r. 1947** napsala **MUDr. A. Kavinová** objemem sice nevelkou, ale obsahem významnou publikaci **Účelná výživa člověka od mládí do stáří**.
- **MUDr. Václav Krejsa, Dietetika**, 1. vyd., Praha: Lékařské nakladatelství, 1948
- **doc. MUDr. Josef Mašek, Stručná dietetika** – zásady léčebné výživy, SZN, 1953
- **r. 1953** vydány **Základy dietetiky**, autor I. F. Lorie (1949), z ruštiny přeložil kolektiv ÚVVL pod vedením MUDr. Doberského.

Odborné školství – vedení stravování pacientů ve zdravotnických zařízeních si vyžádalo kvalifikované a odpovědné pracovníky v oboru výživy, proto byla v Praze roku 1934 založena **Vyšší škola pro vzdělávání dietních pracovnic**, v roce 1937 byla rozšířena na **Vyšší školu praktické dietetiky**.

Stravování v sanatoriích a nemocnicích ve 20. století již bylo systemizováno a řídilo se stravovacími rozvrhy.

Malý rozvrh (3–4 druhy stravy):
Ia. – strava tekutá, mléčná
Ib. – strava tekutá a kašovitá (obě bezmasé)
II. – běžná strava smíšená
III. – smíšená strava s přídavky

Velký rozvrh (10 diet):
Ia. – strava tekutá: čaj, cukrová voda, čaj s mlékem, přírodní ovocné šťávy
Ib. – strava tekutá s mlékem, zeleninovými, ovocnými a obilninovými polévkami
Ic. – strava tekutá a kašovitá s přídavky kaší, lisovaných polévek, pečiva, ovoce, pudinků, na zvláštní předpis i pyré ze syrového masa
II. – běžná strava smíšená
III. – smíšená strava s přídavky
IV. – dieta výkrmná
V. – strava syrová, vegetářská, bezmasá
VI. – strava neslaná
VII. – strava pro nemocné cukrovkou
VIII. – dieta netučná, uhlovodanová
IX. – speciální diety
1. po operacích dutiny břišní a k přípravě před operací
2. při dně

3. při anemiích (játrová dieta)
4. acido- a alkalogenní strava
5. dieta odtučňovací
6. diety specifikované

X. – diety pokusné a při umělé výživě

Rozvrh dle Wirtha (5 diet):
I. – strava normální (s přídavky pro kúru výkrmnou)
IIa. – strava nedráždivá, šetřící funkce zažívací
IIb. – strava bezmasá a syrová
III. – strava neslaná
IV. – strava tekutá a hlenová

Československá dietetika
Roku 1951 zahajuje svou činnost pražský a o dva roky později i bratislavský **Ústav pro výzkum výživy lidu**. Od r. 1951 začíná **Společnost pro racionální výživu** pořádat pravidelné sjezdy dietních pracovníků. Důležitým mezníkem naší dietetiky je **usnesení kolegia ministra zdravotnictví z 1. září 1960**, jímž se dietetika stává nedílnou součástí komplexní léčby.

Československý dietní systém
Byl **publikován v Praze r. 1955** (Doberský a kol.: Nový dietní systém pro nemocnice) a v Bratislavě r. 1958 (Bučko a kol.: Diétne stravovanie v nemocniciach), stal se normou, podle níž se připravovala léčebná výživa ve všech českých a slovenských nemocnicích.
Dietní systém v československých lázních
I v lázních se při sestavě diet vycházelo ze zásad jednotného dietního systému. Vzhledem k tomu, že lázeňská léčba zatěžuje nemocného asi jako lehká tělesná práce, byla dávka jídla, resp. jeho kalorická hodnota ve srovnání s nemocniční stravou stanovena cca o 20–30 % vyšší.
Za deset let poté (v r. 1968) bylo v Praze publikováno druhé, přepracované a rozšířené vydání Československého dietního systému (Doberský a kol.: Dietní systém pro nemocnice).
V roce 1983 byl vydán inovovaný **Diétny systém pre nemocnice – Dietní systém pro nemocnice**. Složení diet částečně ovlivňovalo i nové zpracování doporučených dávek energie, živin a látek přídatných, jež vstoupilo v platnost 1. 1. 1981, i technické a personální poměry v nemocničních stravovacích provozech na počátku osmdesátých let.
V roce **1991** novelizace Dietního systému pro nemocnice metodickým listem Ministerstva zdravotnictví ČR – **Doporučené zásady stravování nemocných**.

Dietní stravování dnešní doby je nedílnou součástí kvalitně poskytnuté nutriční péče. Obecně platí povinnost poskytovatele zdravotní péče či sociálních služeb poskytovat léčebnou výživu podle aktuálních odborných poznatků a podle potřeb pacientů (resp. klientů). Bez dietního systému zpracovaného odbornými pracovníky nelze deklarovat péči o nemocné, kteří potřebují dietní úpravu stravy, tedy jinými slovy léčebnou výživu. Dietní systém je specifický pro každé zařízení, musí být obměňován a doplňován podle aktuálních medicínských poznatků, moderní dietologie a výživových doporučení.

XII. setkání lékařů ČR a SR v Litomyšli 17. a 18. května 2013

Multioborová konference, v tomto roce zvýšeně zaměřená na pediatrii.

Odborná témata: Alergie, astma, imunita, kašel (Smetanův dům).
Beseda a workshop: Kašel u dětí – v souvislosti s alergií, astmatem, infekcí a ORL problematikou.
Společenský program: Koncert, raut, výstava, košt vína (zámek).
Garantují odborné společnosti ČLS JEP. **Hodnocení 11 kreditů.**

Informace, přihlášky, platby, ubytování: www.astmalitomysl.cz

Účastnický poplatek: do 20. března 880 Kč, od 21. března 1100 Kč.

Kontakt: Leona Janovská, sekretariát ÚKIA FN Hradec Králové;
telefon: 495 833 454 nebo 604 483 022
e-mail: info@astmalitomysl.cz

Všichni pediatři jsou srdečně zváni.

Organizátoři:
Prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc., ÚKIA FN Hradec Králové;
MUDr. Bronislava Novotná, Ph.D., Alergologie FN Brno-Bohunice;
MUDr. Jiří Novák, Alergologie-imunologie při ÚVN Praha,
tel. 605 319 893, e-mail: novakjjj@gmail.com

GASTROENTEROLOGICKÁ PROBLEMATIKA V ORDINACI PLDD

11. 4. 2013
FN Motol – Velká posluchárna
V Úvalu 84, Praha 5
www.fnmotol.cz

Přehled jednotlivých témat:

prof. MUDr. J. Nevoral, CSc.	Probiotika v klinické praxi a výživě
doc. MUDr. J. Bronský, Ph.D.	Obstipace v dětském věku
MUDr. O. Hradský, Ph.D.	Nemoc z gastroezofageálního refluxu
MUDr. O. Hradský, Ph.D.	Zánětlivá střevní onemocnění u dětí
as. MUDr. R. Kotalová, CSc.	Akutní průjmová onemocnění
MUDr. B. Procházka	Screening celiakie v ordinaci PLDD
doc. MUDr. J. Bronský, Ph.D.	Současný pohled na kojeneckou výživu

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16 a je ohodnocena **4 kredity.**
Závazné přihlášky, prosím, posílejte do 1. 4. 2013.
Kontakt: **Mgr. Eva Kovárnová**
Faxem: **+420 221 180 268,** E-mailem: **kovarnova@amepra.cz**
Poštou: **Amepra, s.r.o., Španělská 1073/10, 120 00 Praha 2**
Webové stránky: **www.amepra.cz**

Problematika prodloužení APTT u dětí

MUDr. Ivana Hadačová
Oddělení klinické hematologie Fakultní nemocnice v Motole

Aktivovaný parciální tromboplastinový test (APTT) je spolu s protrombinovým testem (PT) základním screeningovým testem k vyšetření krevního srážení. Výsledek APTT se udává jako koagulační čas plazmy pacienta s udáním času normální plazmy a jako poměr těchto dvou časů – APTT R. Prodloužení APTT (vyšší hodnota APTT R) může být dáno poklesem aktivity koagulačních faktorů, zejména faktorů tzv. vnitřní cesty (F VIII, IX, XI, XII, prekalikrein a vysokomolekulární kininogen), a přítomností specifického nebo nespecifického antikoagulans. APTT se prodlužuje při léčbě standardním heparinem a používá se ke kontrole účinnosti této léčby. Míra prodloužení je ovlivněna i typem reagencie, kterou pro vyšetření APTT používáme. Většina reagencií zachytí pokles jednoho z koagulačních faktorů pod 30 procent (u jednotlivých faktorů není toto prodloužení stejně významné), při poklesu více faktorů je toto prodloužení výraznější, používané reagencie mají rozdílnou citlivost k přítomnosti lupus antikoagulans, tím pak může být dán i rozdílný výsledek testu provedeného v jednotlivých laboratořích. Laboratoř by tedy měla mít vlastní rozmezí normálních hodnot i s ohledem na dětský věk. Referenční rozmezí koagulačních stanovení je na webových stránkách České hematologické společnosti (www.hematology.cz). Referenční rozmezí hodnot APTT v dětském věku je uvedeno v tabulce 1.

V roce 2010 vydala Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP se souhlasem České pediatrické společnosti a Odborné společnosti praktických dětských lékařů doporučený postup předoperačního vyšetření před adenotomií a tonzilektomií u dětí, jehož součástí je dotazník ke zjištění poruchy krevní srážlivosti (tabulka 2). Dotazník je zaměřen na záchyt krvácivé choroby u dítěte a jeho blízkých příbuzných.

V průběhu roku 2012 prošlo jednou z hematologických ambulancí Fakultní nemocnice v Motole 45 dětí ve věku 8 až 12 let, u kterých bylo v rámci předoperačního vyšetření stanoveno delší APTT. Převážně šlo o pacienty před adenotomií. Anamnestické údaje o krvácivé chorobě u pacienta a jeho příbuzných byly v různé míře obsaženy v doporučení k vyšetření, žádný z pacientů neměl vyplněný výše uvedený dotazník s sebou. Použili jsme proto tento dotazník v naší ambulanci a hodnotili jsme objektivní nález – aktuální krvácivé projevy včetně krvácení po právě provedeném odběru krve. K vyšetření APTT používáme reagencii se sníženou citlivostí k přítomnosti lupus antikoagulans. Ze vzorků krve, u nichž bylo i v naší laboratoři APTT hraniční nebo mimo referenční rozmezí, jsme doplnili vyšetření hladin faktorů VIII, IX, XI, XII a vyšetření lupus antikoagulans. Získané údaje jsou uvedeny v tabulce 3.

Převážná většina pacientů (38) měla negativní anamnézu krvácivých chorob při použití uvedeného dotazníku a nebyla u nich ani laboratorními testy prokázána klinicky významná porucha ve srážlivosti krve, s výjimkou jedné pacientky. U té byl při prodloužení APTT prokázán deficit faktoru XI. Tři pacienti měli pozitivní rodinnou anamnézu. U dvou pacientů uváděl jeden z rodičů, že v dětství měl opakovaně silné krvácení z nosu, nikdy ale nebyl vyšetřován a krvácivé projevy s věkem pominuly. Osobní anamnéza byla u těchto pacientů negativní, jeden chlapec měl u nás APTT v mezích normy, u druhého bylo prodloužení způsobené poklesem faktoru XII. Matka třetího pacienta má silnější menses, opakovaně byla proto léčena pro chudokrevnost a u tohoto pacienta jsme pak i při negativní osobní anamnéze prokázali lehkou formu von Willebrandovy choroby (F VIII 22 %, vWF 28 %). U tří pacientů nebylo anamnestické údaje možné hodnotit, ve dvou případech pro jazykovou bariéru a u třetího pacienta pro nízkou výpovědní hodnotu údajů získaných od matky. Ve dvanácti případech nesouhlasila anamnéza získaná praktickým dětským lékařem v porovnání se závěry dotazníku – tedy anamnéza dětského lékaře byla pozitivní, z dotazníku negativní. Ani u těchto pacientů jsme neprokázali závažnou poruchu ve srážení krve. U jednoho pacienta s pozitivní osobní anamnézou (opakovaně silné epistaxe) jsme prokázali von Willebrandovu chorobu (F VIII 11 %, vWF 20 %). Ve čtrnácti případech nebylo prodloužení APTT potvrzeno vyšetřením na našem pracovišti. Důvodem trvajícího prodloužení pak bylo v jedenácti případech snížení aktivity F XII, ve dvanácti přítomnost lupus antikoagulans, jedna už výše zmíněná pacientka měla hladinu F XI 24 %. U zbylých pacientů bylo APTT u dětského lékaře v mezích normy (laboratoř používá normy pro dospělé) nebo na doporučení bylo uvedeno pouze prodloužení APTT bez udané hodnoty. Žádný z našich pacientů neměl v době vyšetření nápadné kožní krvácivé projevy. Všichni pacienti už plánovaný výkon absolvovali, dva po přípravě antifibrinolytikem (pacient s lehkou formou von Willebrandovy choroby a pacientka s deficitem F XI), pacient s von Willebrandovou chorobou (FVIII 11 %, vWF 20 %) po substituci koncentrátem. U žádného pacienta nebyl výkon provázen větším krvácením.

Anamnéza je nejdůležitějším screeningovým opatřením k omezení rizika pooperačního krvácení. Významným pomocníkem praktického dětského lékaře může být výše uvedený dotazník. Otázky by měl zdravotník klást formou vhodnou pro pochopení tázaného. Údaj rodičů o krvácení nemusí být vždycky přesný, několik hematomů na bércích u pohyblivého batolete je často hodnoceno jako významný krvácivý projev, stejně tak jako výsev petechií na ručce po komplikovaném odběru krve. Stejně tak to bývá s údaji o krvácivém onemocnění u příbuzných, právě v tomto bodě byl častý rozpor mezi hodnocením praktického lékaře a údaji, které jsme získali pomocí cílených otázek. Komentář k jednotlivým bodům dotazníku je shrnut v tabulce 4. Na druhé straně u dvou- až tříletého dítěte, které dosud neprodělalo žádný invazivní zákrok, se nemusela porucha srážení krve projevit. U pacientů s podezřením na poruchu srážení krve nebo tam, kde je anamnéza nejistá, pak APTT zůstává důležitou součástí předoperačního laboratorního vyšetření. Výsledek je nutné hodnotit s ohledem na věkovou normu, anamnestické údaje a objektivní nález. Pacient s hodnotu APTT nad horní hranicí referenčního rozmezí, zejména s pozitivní anamnézou a objektivním nálezem krvácivých projevů, má být odeslán k vyšetření na specializované pracoviště. Tři

Cervarix™

93% účinnost

proti těžkým přednádorovým změnám CIN3+ bez ohledu na HPV typ (v TVC-naivní kohortě)[1]

OD 1. 4. 2012 HRAZENÉ OČKOVÁNÍ*

Reference: 1. Souhrn údajů o přípravku Cervarix™

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

NÁZEV PŘÍPRAVKU – CERVARIX™ INJEKČNÍ SUSPENZE. Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 16, 18] (rekom binantní, adjuvovaná, adsorbovaná). **SLOŽENÍ:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: Papillomavirí humaní typus 16 proteinum L1[1] 20 mikrogramů; Papillomavirí humaní typus 18 proteinum L1[1] 20 mikrogramů; [1]dlidský papilomavirus = HPV, [2]adjuvovaný na AS04 obsahující: 3-O-desacyl-4'-monofosforyl-lipid A (MPL)[1] 50 mikrogramů, [1]adsorbovaný na hydroxid hlinitý, hydratovaný (Al(OH)$_3$) celkem 0,5 miligramu Al^{3+}. **TERAPEUTICKÉ INDIKACE:** Cervarix™ je vakcína určená k prevenci premalignich cervikálních lézí a cervikálního karcinomu, které jsou způsobeny určitými onkogenními typy lidských papilomavirů (HPV). Důležité informace podporující tuto indikaci viz body 4.4 a 5.1 Souhrnu údajů o přípravku. **Cervarix™ je vakcína určená k podání dívkám ve věku od 9 let. Dávkování a způsob podání:** Doporučené očkovací schéma je 0, 1, 6 měsíců. Pokud je zapotřebí očkovací schéma upravit, druhá dávka může být podána mezi 1. a 2,5. měsícem po první dávce a třetí dávka může být podána mezi 5. a 12. měsícem po první dávce. Potřeba podání posilovací dávky nebyla stanovena. Cervarix™ je určen k intramuskulární aplikaci do oblasti deltového svalu. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Aplikace vakcíny Cervarix™ musí být odložena u osob trpících akutním vážným horečnatým onemocněním. Přítomnost lehké infekce, jako je nachlazení, není kontraindikací pro imunizaci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** O individuálním očkování ženy by se mělo rozhodnout na základě předchozího rizika expozice HPV a možného přínosu očkování pro ženu. Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro případ vzácně se vyskytující anafylaktické reakce okamžitě k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Zvláště u dospívajících se může jako psychogenní reakce na injekční stříkačku s jehlou objevit po nebo i před očkováním synkopa (mdloba). Ta je během zotavení spojena s různými neurologickými příznaky, jako jsou přechodné poruchy zraku, parestézie a tonicko-klonické křeče končetin. Proto je důležité, aby byla v případě mdlob učiněna opatření k zamezení zranění. Cervarix™ nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně nebo intradermálně. Údaje o subkutánním podání Cervarixu nejsou k dispozici. Stejně jako jiné vakcíny aplikované intramuskulárně musí být i Cervarix™ podáván opatrně osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoliv poruchou koagulace, protože po intramuskulárním podání může u takových osob dojít ke krvácení. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u všech očkovaných jedinců dosaženo ochranné imunitní odpovědi. Cervarix™ bude chránit proti nemoci způsobené HPV typy 16 a 18 a v určitém rozsahu proti nemocem způsobeným určitými dalšími příbuznými onkogenními HPV typy. Proto je nutné i nadále pokračovat ve vhodných opatřeních proti sexuálně přenosným nemocem. Cervarix™ je určen pouze k profylaktickému podání a nemá žádný efekt na již aktivní HPV infekci nebo klinicky přítomné onemocnění. Neprokázalo se, že by Cervarix™ měl terapeutický efekt. Očkování nenahrazuje pravidelný cervikální screening. Vzhledem k tomu, že žádná vakcína není 100% účinná a vakcína Cervarix™ neposkytuje ochranu proti všem typům HPV ani proti již existujícím infekcím HPV, zůstává pravidelný cervikální screening kriticky důležitý a má se provádět v souladu s místními doporučeními. Délka ochrany nebyla přesně stanovena. Čas podání a potřeba podání posilovací dávky (posilovacích dávek) nebyly stanoveny. O použití Cervarixu u osob se sníženou imunitní reakcí, jako jsou pacienti s HIV infekcí nebo pacienti podstupující imunosupresivní terapii, nejsou žádné údaje. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u těchto jedinců dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. Nejsou žádné údaje o bezpečnosti, imunogenicitě nebo účinnosti, na jejichž základě by bylo možné podpořit vzájemnou zaměnitelnost Cervarixu s jinými vakcínami proti HPV. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Jedinci, kteří dostali imunoglobulin nebo krevní deriváty během 3 měsíců před podáním první dávky vakcíny, byli ze všech klinických studií vyřazeni. **Použití s jinými vakcínami:** Cervarix™ může být současně podán s kombinovanou booster vakcínou obsahující difterii (d), tetanus (T) a pertusi [acelulární] (pa) s nebo bez inaktivované poliomyelitidy (IPV), (dTpa, dTpa-IPV vakcíny), bez klinicky relevantní interference s protilátkovou odpovědí na některou ze složek kterékoliv z vakcín. Cervarix™ může být současně podán s kombinovanou vakcínou proti hepatitidě A (inaktivovaná) a hepatitidě B (rDNA) (HAB vakcína). Pokud je Cervarix™ podán současně s jinou injekční vakcínou, musí být vakcíny aplikovány do různých míst. Není důkaz, že by použití hormonální antikoncepce mělo vliv na účinnost Cervarixu. Podobně jako u jiných vakcín lze očekávat, že u pacientů podstupujících imunosupresivní léčbu nemusí být po očkování dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje nejsou dostatečné k tomu, aby bylo možné doporučit podávání Cervarixu v průběhu těhotenství. Proto je třeba očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Očkování vakcínou Cervarix™ během kojení by se mělo provádět jen tehdy, pokud možné výhody očkování převáží možná rizika. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: reakce v místě vpichu včetně bolesti, zarudnutí, otok, únava, bolest hlavy, myalgie. Časté: horečka (≥ 38 °C), gastrointestinální symptomy včetně nauzey, zvracení, průjmu a bolesti břicha, svědění/pruritus, vyrážka, kopřivka, artralgie. Méně časté: závrať, infekce horních cest dýchacích, jiné reakce v místě vpichu. **Inkompatibility:** Protože chybějí studie kompatibility, nesmí být tento přípravek mísen s jinými léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 4 roky. Po vyjmutí z chladničky by měla být vakcína Cervarix™ podána co nejdříve. Nicméně získané stabilitní údaje znamenají, že vakcína Cervarix™ v jednodávkových baleních zůstává stabilní a může být podána i v případě, že byla vakcína uchovávána mimo chladničku po dobu až 3 dnů při teplotě 8 °C až 25 °C nebo až jeden den při teplotě 25 °C až 37 °C. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Při uchovávání ve stříkačce s vakcínou se může vytvořit jemný bílý sediment a čirý bezbarvý super natant. To však není známkou znehodnocení vakcíny. Před aplikací musí být obsah stříkačky před i po protřepání vizuálně zkontrolován, zda neobsahuje jakékoliv cizí částice a/nebo jestli nemá změněný vzhled. Je-li patrná jakákoliv změna vzhledu, je třeba vakcínu vyřadit. Vakcína musí být před aplikací řádně protřepána. **Druh obalu a velikost balení:** 0,5 ml suspenze v jednodávkové lahvičce se zátkou, ve velikosti balení 1, 10 a 100. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO(A):** EU/1/07/419/001, EU/1/07/419/002, EU/1/07/419/003. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE:** 20. 9. 2007. **DATUM REVIZE TEXTU:** Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) http://www.ema.europa.eu/. Tento registrovaný léčivý přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.* Úplnou informaci o přípravku najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na adresu společnosti GlaxoSmithKline. Případné nežádoucí účinky nám prosím nahlaste na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni vydání materiálu (1. 3. 2013).

* Dle novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, je očkování proti lidskému papilomaviru **od 1. 4. 2012 hrazené z prostředků zdravotních pojišťoven pro dívky, je-li očkování zahájeno od dovršení třináctého do dovršení čtrnáctého roku věku.**

CZ/CER/0001/0112

GlaxoSmithKline

Hvězdova 1734/2c, 140 21 Praha 4, tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444, www.gsk.cz.

aifp Asociace inovativního farmaceutického průmyslu

Tabulka 1: Referenční rozmezí APTT

0–1 den	1–28 dní	1 měsíc–1 rok	1–6 let	6–11 let	11–16 let	16–18 let	dospělí
1,0–1,5	1,0–1,4	1,0–1,4	1,0–1,3	1,0–1,3	1,0–1,3	0,8–1,2	0,8–1,2

Tabulka 2: v příloze časopisu

Tabulka 3: Soubor pacientů s pozitivním nálezem při podrobném vyšetření

	Pohlaví/Věk (R)	Operace	Anamnéza PLDD	Dotazník	Objektivní nález	APTT R PLDD	APTT R FNM	Podrobné vyšetření
1	M/8	EB	neudána	negativní	negativní	1,42	1,33	F XII 31 %
2	M/5	AT	neudána	negativní	negativní	1,29	1,26	F XII 39 %
3	M/4	AT	pozitivní	negativní	negativní	1,45	1,32	LA
4	M/3	extrakce zubů	pozitivní	negativní	negativní	1,39	1,26	F XII 42 %
5	M/5	AT	pozitivní	negativní	negativní	1,36	1,33	LA
6	M/7	reAT	pozitivní	negativní	negativní	1,45	1,43	LA
7	Ž/3	AT	negativní	negativní	negativní	1,36	1,31	F XII 44 %
8	M/4	TE	neudána	negativní	negativní	neudáno	1,49	F XII 18 %
9	M/4	AT, TE	neudána	negativní	negativní	neudáno	1,29	LA
10	M/5	AT	neudána	nelze	negativní	neudáno	1,56	LA
11	Ž/5	AT	neudána	negativní	negativní	1,46	1,64	F XII 10 %
12	M/12	AT	neudána	pozitivní	negativní	1,56	1,51	F VIII 11 %
13	M/2	AT	pozitivní	negativní	negativní	1,40	1,36	LA
14	Ž/6	AT	pozitivní	negativní	negativní	1,56	1,51	LA
15	M/4	HT	pozitivní	pozitivní RA	negativní	1,45	1,41	F XII 18 %
16	Ž/4	AT	neudána	negativní	negativní	1,68	1,70	F XI 24 %
17	Ž/8	AT	negativní	negativní	negativní	1,49	1,29	LA
18	M/12	TE	neudána	pozitivní RA	negativní	1,45	1,56	F VIII 22 %
19	Ž/5	extrakce zubů	neudána	nelze	negativní	1,31	1,32	F XII 27 %
20	M/3	rozštěp patra	negativní	negativní	negativní	1,67	1,38	F XII 25 %
21	Ž/5	AT	neudána	negativní	negativní	1,32	1,36	F XII 31 %
22	Ž/5	TE	neudána	negativní	negativní	1,30	1,22	LA
23	M/9	AT	negativní	negativní	negativní	1,40	1,24	LA
24	Ž/10	ortopedická	negativní	negativní	negativní	1,46	1,26	LA
25	Ž/10	TE	negativní	negativní	negativní	1,51	1,49	F XII 23 %
26	M/8	plastika ucha	neudána	negativní	negativní	1,50	1,33	LA

AT – adenotomie, EB – enterobiopsie, HT – herniotomie, LA – lupus antikoagulans, reAT – readenotomie, TE – tonzilektomie, vWF – von Willebrandův faktor

Tabulka 4: v příloze časopisu

pacienti z našeho souboru by mohli mít větší krvácení při výkonu, u všech bylo patrné výrazné prodloužení APTT (APTT R 1,51–1,70). V době vyšetření neměl ani jeden z nich krvácivé projevy, to jistě souvisí s tím, že žádný pacient netrpěl takovou formou poruchy srážení krve, při které jsou krvácivé projevy pravidlem. Častým důvodem prodloužení APTT u dětí je snížení aktivity F XII – tento nález není spojen se zvýšeným rizikem krvácení, kontrolní vyšetření s delším časovým odstupem ukáže, zda se nález upraví s věkem, nebo jde o vrozený deficit. U pacienta s přítomností lupus antikoagulans to není tak jednoznačné. Izolovaný nález přítomnosti lupus antikoagulans bez klinických projevů, k nimž v dětském věku patří žilní nebo arteriální trombóza, je u dětí poměrně častý a význam má, pouze pokud přetrvává déle než 3 měsíce, případně je provázen nálezem dalších autoprotilátek. Je na rozhodnutí specialisty, zda výkon odložit a vyčkat do normalizace nálezu, nebo naopak výkon doporučit. Důvodem přítomnosti tohoto antikoagulans může být ložisko chronického zánětu a po jeho odstranění se laboratorní nález často upraví k normě. Postup u dítěte se zjištěným deficitem koagulačních faktorů určuje specialista.

Prodloužení APTT je jedním z častých důvodů vyšetření dítěte v hematologické ambulanci. Spolupráce s praktickým dětským lékařem ve formě přiloženého správně vyplněného dotazníku by byla ku prospěchu všech zúčastněných, především pak malého pacienta.

Kazuistika – Praktická dětská obezitologie

MUDr. Marie Finková
Klinika dětí a dorostu FNKV a 3. LF UK

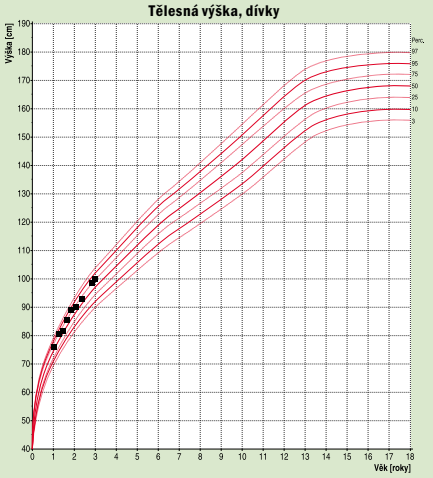
Kazuistika 1

Tříletá Sandra se dostavila do naší endokrinologické ambulance na doporučení PLDD pro nadváhu. Tehdy při vstupním vyšetření při výšce 100,1 cm (75. P) hmotnost 28,8 kg (vysoko nad 97. P) – viz grafy č. 1 a 2.

Její matka má při výšce 168 cm hmotnost 75 kg, BMI 26,5, do 4 let byla obézní, má polyvalentní alergii, dále Leidenskou mutaci.
Otec měří 185 cm a váží 100 kg, BMI 29, od 40 let DM II. typu, posledních 10 let je na inzulinu, dále má hypertenzi a je po bypassu. Jeden ze tří nevlastních sourozenců ze strany otce byl od 10 do 14 let obézní.
Oba rodiče matky normosteničtí a zdrávi, matka otce silnější, otec otce normostenický, oba zdrávi, rovněž tak sestra otce zdráva a štíhlá. Sandra pochází z 1. těhotenství rizikového pro autonehodu ve 4. měsíci těhotenství, porod ve 39. TT pro nepostupující porod císařským řezem, p.h. 3400 g, p.d. 50 cm, krátce křišena, další poporodní průběh v normě. Kojena pouze v porodnici, pro hypolaktaci dostávala BEBU. PMV vývoj v normě. Nemocnost minimální, TAE po Augmentinu.

V 1 roce věku zjištěna Leidenská mutace. I když se matka snažila řídit radami z poradny – nepřekrmovala ji, podávala neslazené tekutiny, přesto zaznamenány plynulé, ale větší hmotnostní přírůstky – viz graf č. 2. Realizován obvyklý vyšetřovací program (KO + dif), komplexní biochemie, hormonální vyšetření, karyotyp, sonografie štítné žlázy a tukové vrstvy na břiše, oční vyšetření, vyšetření na leptin a MC4R – bez zjevné patologie.

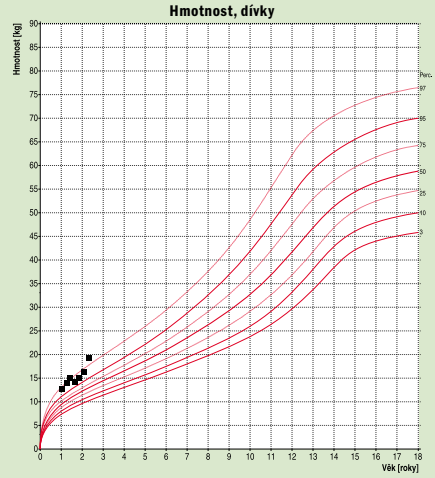
Doporučena racionální životospráva ve spolupráci s nutriční terapeutkou, dále zvýšená pohybová aktivita odpovídající věku a nutné pravidelné kontroly à 2–3 měsíce. Bohužel z rodinných důvodů přichází na kontrolu až po 5,5 měsících. Naštěstí váhu ustála a vyrostla – při výšce 105,1 cm (+5 cm) vážila 28,7 kg (–0,1 kg), interní nález v normě.
Doporučeno pokračovat v dosavadním režimu. Při další kontrole po 2 měsících měřila 107 cm (+1,9 cm) a vážila 29,4 kg (+0,7 kg), opět bez problémů, nestonala.



Tabulka dat:

Věk [roky]	Těl. výšk [cm]	Percentil [%]	Z skóre [1]	Výškový věk [roky]	Perc. na VV [%]	Z skóre na VV [1]
1,0	76,0	62	0,30	1,1	50	0,00
1,3	80,5	73	0,61	1,4	50	0,00
1,4	81,5	61	0,28	1,5	50	0,00
1,7	85,5	72	0,58	1,8	50	0,00
1,8	89,0	85	1,03	2,2	50	0,00
2,1	90,0	70	0,53	2,3	50	0,00
2,3	93,0	74	0,64	2,6	50	0,00
2,9	98,5	78	0,78	3,2	50	0,00
3,0	100,1	83	0,94	3,4	50	0,00

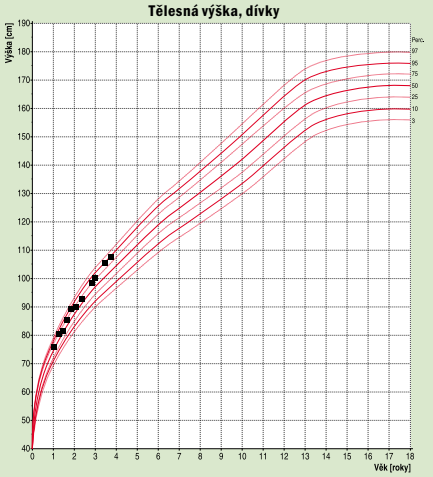
Graf č. 1



Tabulka dat:

Věk [roky]	Hmotnost [kg]	Percentil [%]	Z skóre [1]	Výškový věk [roky]	Perc. na VV [%]	Z skóre na VV [1]
1,0	12,8	99	2,41	1,1	99	2,23
1,3	14,3	100	2,63	1,4	99	2,31
1,4	15,3	100	2,81	1,5	100	2,67
1,7	14,4	97	1,89	1,8	94	1,59
1,8	15,3	98	2,08	2,2	94	1,55
2,1	16,4	99	2,21	2,3	97	1,94
2,3	19,4	100	3,14	2,6	100	2,81
2,9	27,4	100	4,83	3,2	100	4,37
3,0	28,8	100	5,00	3,4	100	4,46

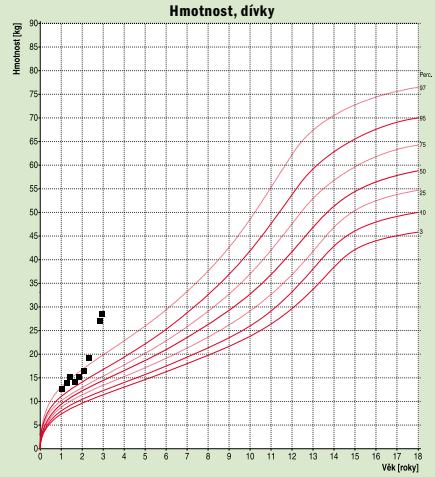
Graf č. 2



Tabulka dat:

Věk [roky]	Těl. výšk [cm]	Percentil [%]	Z skóre [1]	Výškový věk [roky]	Perc. na VV [%]	Z skóre na VV [1]
1,0	76,0	62	0,30	1,1	50	0,00
1,3	80,5	73	0,61	1,4	50	0,00
1,4	81,5	61	0,28	1,5	50	0,00
1,7	85,5	72	0,58	1,8	50	0,00
1,8	89,0	85	1,03	2,2	50	0,00
2,1	90,0	70	0,53	2,3	50	0,00
2,3	93,0	74	0,64	2,6	50	0,00
2,9	98,5	78	0,78	3,2	50	0,00
3,0	100,1	83	0,94	3,4	50	0,00

Graf č. 3



Tabulka dat:

Věk [roky]	Hmotnost [kg]	Percentil [%]	Z skóre [1]	Výškový věk [roky]	Perc. na VV [%]	Z skóre na VV [1]
1,0	12,8	99	2,41	1,1	99	2,23
1,3	14,3	100	2,63	1,4	99	2,31
1,4	15,3	100	2,81	1,5	100	2,67
1,7	14,4	97	1,89	1,8	94	1,59
1,8	15,3	98	2,08	2,2	94	1,55
2,1	16,4	99	2,21	2,3	97	1,94
2,3	19,4	100	3,14	2,6	100	2,81
2,9	27,4	100	4,83	3,2	100	4,37
3,0	28,8	100	5,00	3,4	100	4,46

Graf č. 4

Růst a stagnace hmotnosti velmi pěkně patrné na grafu č. 3 a 4.
Doporučeno pokračovat v dosavadním režimu a pravidelných kontrolách.

Probiotika v rané dětské výživě

RNDr. Dana Nováková
Klinika nukleární medicíny a endokrinologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Jako probiotické bakterie jsou označovány bakterie, které mají pozitivní vliv na náš zdravotní stav, jsou nedílnou součástí našeho organismu. Přispívají ke správné funkci sliznic, mají také velmi důležitou roli v rozvoji a funkci imunitního systému. Probiotické bakterie se přirozeně nacházejí na našich sliznicích. Jsou i na sliznicích dýchacího, močového a vaginálního traktu. Největší význam mají probiotické bakterie, které jsou v zažívacím traktu. V zažívacím traktu je největší koncentrace bakterií a tyto bakterie mají na zdravotní stav zásadní vliv, vzhledem k tomu, že se jedná o ohromnou plochu, v dospělosti je to 200 metrů čtverečních.
V děloze je sterilní prostředí. Novorozenec se v průběhu porodu setkává s prvními bakteriemi. Bakterie, které získává během porodu, pocházejí z pochvy a také z konečníku matky. Později je novorozenec ve styku hlavně s bakteriemi, které jsou na kůži matky. Na počátku jeho střevní osídlení tvoří převážně laktobacily a bifidobakterie. Obecně platí, že bakterie se začnou objevovat ve stolici novorozenců již během několika hodin po porodu. K osídlení střeva bifidobakteriemi dochází obvykle do 4 dnů života. U dětí, které se narodily císařským řezem, nedochází ke kontaktu dítěte s bakteriemi matčiny pochvy a střeva. Tyto děti také bývají v prvních dnech často v inkubátoru. Takto narozené děti mají v prvním měsíci života jiné složení bakterií na sliznicích než fyziologicky narozené děti. Často se osídlí nesprávnými bakteriemi. Je prokázáno, že opožděné osídlení probiotickými bakteriemi (laktobacily a bifidobakteriemi) má vztah k některým onemocněním, hlavně k výskytu ekzému a potravinových alergií.

V posledních letech bylo pomocí lékařských studií prokázáno, že u dětí v kojeneckém věku je velmi důležité, jaké je složení jejich bakterií v zažívacím traktu. Správné složení bakterií, dostatečné osídlení střev probiotickými bakteriemi během počátku života, může mít krátkodobé i dlouhodobé důsledky (až do dospělosti). Má vliv na výskyt onemocnění, jako je astma, alergie, atopický ekzém, diabetes 1. typu, obezita a zánětlivá střevní onemocnění. Lékařskými studiemi bylo prokázáno, že uvedená onemocnění jsou spojena s abnormálním osídlením střeva. Tyto poznatky vedly k hledání možností, jak podpořit správné osídlování střeva dodáváním probiotických bakterií. Pro zdravý vývoj dětí je optimální kojení alespoň do doby 6 měsíců. Mateřské mléko obsahuje řadu složek, které podporují imunitní systém. Obsahuje také probiotické bakterie. V případě, kdy není možné kojit, je vhodné volit dětskou výživu, která se svým složením co nejvíce blíží mateřskému mléku. Je tedy opodstatněné doplnit dětskou výživu probiotickými bakteriemi.

Probiotické bakterie mají v pediatrické praxi a výživě kojenců a dětí široké použití. Současnou otázkou je poznávání odlišností účinků jednotlivých probiotických druhů. V řadě studií byly prokázány pozitivní účinky probiotických bakterií v prevenci průjmových onemocnění, v prevenci rozvoje alergických onemocnění i posilování celkové imunity dětského organismu.

Jednou z nejlépe studovaných probiotických bakterií, používaných u kojenců, je Bifidobacterius animalis sspp. lactis (označovaná také jako B. lactis BB_{12}, Bifidus B_L). Ve studiích, které testovaly B. lactis, nebyly pozorovány po podávání této probiotické bakterie žádné nežádoucí účinky. Podávání B. lactis má pozitivní účinek na zvýšení ostatních bifidobakterií a laktobacilů a na snížení patogenních bakterií (enterobakterií a clostridií – Enterobacteriaceae a Clostridium spp). Dalším pozitivním zdravotním účinkem Bifidus B_L je schopnost snížit propustnost střevní sliznice. Správně nastavená propustnost střeva je důležitá hlavně ve vztahu k alergiím, zvláště k alergiím potravinovým.

Nejvíce doložený zdravotní účinek je v prevenci průjmových onemocnění, a to i v souvislosti s podáváním antibiotik. Tento klinický účinek byl potvrzen ve vyjádření Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu ESPGAH (Supplementation of Infant Formula With Probiotics and/or Prebiotics: A Systematic Review and Comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition. JPGN 2011;52:238–250).

Nedávno publikované studie se zaměřují na prokázání významu probiotické bakterie Bifidus B_L pro rozvoj imunitního systému kojenců. Účinek mléčné kojenecké výživy s Bifidus B_L na imunitní systém sledovala studie publikovaná v loňském roce (Holscher HD, et al. Bifidobacterium Lactis Bb12 enhances intestinal antibody response in formula fed infants: a randomized, double-blind, controlled trial. J Parenter Enteral Nutr 2012;36:106S–117S). Studie byla koncipována jako prospektivní, randomizovaná, dvojitě zaslepená, kontrolovaná a byla provedena na 172 zdravých novorozencích ve věku 2–6 týdnů. Nekojené děti byly rozděleny do dvou skupin – studijní a kontrolní. Studijní skupině byla podávána mléčná kojenecká výživa s Bifidus B_L, kontrolní skupině standardní mléčná výživa. Třetí skupinu tvořily kojené děti. V každé skupině byly děti narozené císařským řezem. U dětí byl sledován nejen výskyt Bifidus lactis ve stolici, ale také množství anti-poliovirové a anti-rotavirové IgA před a po vakcinaci. Výsledky ukázaly, že u kojenců narozených císařským řezem a krmených kojeneckou mléčnou výživou s Bifidus B_L se po imunizaci signifikantně zvýšily hladiny anti-poliovirových a anti-rotavirových specifických imunoglobulinů (IgA) ve srovnání s kontrolní skupinou. Tato první studie na příkladu dětí narozených císařským řezem ukázala, že kojenecká mléčná výživa s Bifidus B_L zvyšuje imunitní odpověď, o čemž svědčily prokazatelně zvýšené hladiny IgA po očkování. Autoři dospěli k závěru, že negativní dopad císařského řezu na imunitní systém dítěte lze zmírnit kojením, nebo u nekojených dětí podáváním kojenecké mléčné výživy s Bifidus B_L. Takto koncipovaná dětská výživa je bezpečná, a jak prokázala uvedená studie, má i imunomodulační účinek.

Bifidus B_L (B. lactis) pozitivně ovlivňuje ochranu imunity u nekojených dětí

Nejnovější klinické závěry
bifidus B_L

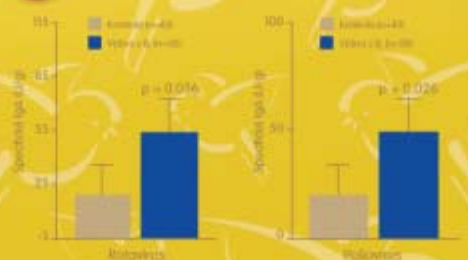
Nejnovější klinická studie* prokázala, že výživa s Bifidus B_L zvyšuje sekreci protilátek IgA u dětí i po císařském řezu.

* Holscher HD, Czerkies LA, Cekola P, Litov R, Benbaw M, Santema S, Alexander DD, Perez V, Sun S, Saavedra JM, Tappenden KA. Bifidobacterium lactis Bb12 enhances intestinal antibody response in formula-fed infants: a randomized, double-blind, controlled trial. J Parenter Enteral Nutr 2012; 36: 1065-1075.

Důležité upozornění: Mateřské mléko představuje nejlepší způsob výživy kojence chránící jeho zdraví. Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje výhradní kojení nejméně do 6. měsíce věku dítěte. V případě přerušení kojení musí být matka informována o zdravotních, sociálních a finančních důsledcích takového rozhodnutí.

3x víc

Sekrece střevního IgA u dětí po císařském řezu:



Ze světa odborné literatury...

Věk diagnózy spektra autistických poruch

Včasná diagnóza autistických poruch je velmi důležitá. Došlo ke konsensu, že autismus by měl být diagnostikován do 2 let. Ukazuje se však, že děti Hispánců, Afričanů a dalších cizinců jsou diagnostikovány později. Tím se realizují i pozdní intervence.
Bylo vyšetřeno celkem 473 dětí s dg. autismus. Část jich však již přišla z rehabilitačních center, ty byly ze skupiny vyloučeny. Z hlediska základních kritérií nebyl rozdíl mezi skupinou již došlou a diagnostikovanou a mezi nově dg. Z nově vyšetřovaných bylo 40 % dětí Hispánců a necelých 30 % dětí Afroameričanů. Velká většina se však narodila v USA. 62 % hovořilo anglicky, 32 % španělsko-anglicky. Střední věk vyšetřovaných se pohyboval kolem 38 měsíců. Z nich 17 % mělo evidentní poruchy jazyka, 42 % strojený způsob chování a tomu podobnou chůzi. Další měly poruchy adaptace chování při náhle vzniklé situaci.

J Pediatr. 2012;161:554–556

Anémie, apnoe při prematuritě a krevní transfuze

Srovnávají frekvenci a tíži apnoických událostí u dětí s velmi nízkou porodní hmotností před a po krevní transfuzi za použití elektronické analýzy. Sledovali 45 novorozeneckých center dětí s velmi nízkou porodní hmotností po dobu 120 týdnů. Centrální apnoe byla detekována pomocí oxymetrie, EKG a hrudní impedance. Apnoe pak detekována jako respirační pauza delší než 10, 20, 30 s, provázená bradykardií pod 100/min a hypoxémií pod 80 %.
Klinický obraz byl charakterizován 3 dny před krevní transfuzí a 3 dny po. Byly sledovány počty apnoí 12 hodin před krevní transfuzi a po. Dále bylo porovnáváno 1453 hodnot hematokritu u všech těchto dětí. Celkem 67 dětí s velmi nízkou porodní hmotností dostalo celkem 110 krevních transfuzí. Přitom byly po celou dobu monitorovány. Podané transfuze velmi významně přispěly k redukci počtu apnoických pauz. Apnoe byly také méně frekventní při vyšším hematokritu.

J Pediatr. 2012;161:417–421

Alergie na kravské mléko a gastroezofageální reflux

Smyslem bylo srovnat alergie na kravské mléko a gastroezofageální reflux, zároveň zjistit efekt vyřazení kravského mléka u dětí na KM alergických. Bylo vyšetřeno 17 dětí středního věku 14 měsíců s dg. alergie na KM po dobu 48 hodin pomocí pH monitorace. Po dobu prvních 24 hodin byly děti drženy na amino-acid formuli a na dalších 24 hodin byla tato formule zaměněna za kravské mléko. Počet refluxů a počet prokázaných kyselých epizod byl vyšší během podávání kravského mléka než během uvedené formule. Žádný rozdíl nebyl nalezen během kyselých nebo alkalických epizod. Týdenní počet kyselých epizod dosahujících do proximálního, středního nebo distálního ezofagu byl statisticky vždy vyšší během podávání KM. O některých refluxech autoři hovoří jako o alergen indukovaných refluxech. Záměna formule za mléko by mohla pomoci k dg.

J Pediatr. 2012;161:476–481

Genotyp lidského papilomaviru v orální mukóze novorozenců a jeho shoda s papilomavirem matky z cervixu

Vyjasnění shody genotypu lidského papilomaviru mezi matkou a jejím novorozencem a určení vertikálního přenosu je cílem této práce. HPV genotyp byl přítomen u 329 těhotných a jejich novorozenců v placentě, v krvi novorozenců i pupečníkové krvi. Protilátky určeny pomocí sérologie. HPV DNA byla detekována v 18 % orálních vzorků novorozenců a 16 % vzorků z cervix matek. V dodaných vzorcích matka-novorozenec byl HPV genotyp podobný, ale tento souhlas vymizel do 2 měsíců. Orální nosičství bylo asociováno s detekcí HPV v placentě. Asociace mezi stavem v pupečníkové krvi a orálním nosičstvím vymizela během měsíce. HPV protilátky u dětí byly mateřského původu. Novorozenec by byl důkazem, že se infekce přenáší přes placentu nebo pupečníkovou krev. Frekvence vertikálního přenosu se pohybuje od 1 do 83 % a objevuje se postupně od 6 týdnů do 24 měsíců života. Genotypický profil u novorozenců je více restriktivní než ze vzorku matky. Musíme si také uvědomit, že novorozenci jsou závislí na mateřských protilátkách typu IgG.

J. Pediatr. 2012;160:837–843

Downův syndrom a hospitalizace při RSV infekci

Sledovány děti s dg. M. Down a jejich problematika při RSV infekci. Vzhledem ke známé imunologické poruše mají tyto děti větší a dřívější nálezy poslechové, rtg a obstrukci. Dříve dostávají antibiotika a bronchodilatancia. Také klinický obraz a teploty v průměru při této infekci překračují průměr klinických obrazů v období do 2 let věku těchto dětí. Sledováno 630 dětí.

J. Pediatr. 2012;160:827–831

Vztah mezi obstrukční spánkovou apnoe, antropometrickými měřeními a neurokognitivními funkcemi u adolescentů s těžkou obezitou

Do studie bylo zahrnuto 97 extrémně obézních, u kterých byla prováděna polysomnografie, BMI, měřen obvod pasu i neurokognitivní funkce paměti, IQ a stav psychomotoriky. Zjištěna spánková fragmentace, špatná kvalita spánku, která je vždy v relaci se zhoršením paměti. Nízké hodnoty v akademických testech. BMI a obvod pasu jsou v negativní korelaci se saturací kyslíku. Je zvýšená kardiometabolická patologie.

J. Pediatr. 2012;160:732–735

Parvovirus B 19 a nekrotizující enterokolitida

V literatuře se objevují zprávy o souvislostech mezi krevní transfuzí a na to navazující nekrotizující enterokolitidou. Možnou zatím nevysvětlitelnou příčinou by mohlo být infikování parvovirem B 19 přes krevní transfuzi. Autoři během epidemie enterokolitidy v posledních 8 týdnech detekovali parvovirus v krevních vzorcích a ve vzorcích ze stolice v 8 z 12 případů. Na druhé straně při dané epidemiologické situaci jen 2 z 32 vzorků zdravých dětí měly pozitivní nález parvoviru.
Gestační věk uvedených novorozenců se pohyboval kolem 30. týdne s postnatálním věkem od 4 dnů do 6 týdnů. U 6 z 8 dětí se NEC vyvinula během týdne. Jedno dítě na NEC zemřelo. Krevní transfuze – ve 3 případech zjištěny nálezy od dárců pozitivních pro parvovirus.
Autoři věří, že parvovirová infekce může být příčinou NEC u novorozenců, virus může být přenášen krevní transfuzí.

J. Pediatr. 2012;160:887

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

Aktuality...

Vláda schválila pojistné plány

Vláda, která se 6. února mimořádně sešla v Poslanecké sněmovně, schválila zhodnocení pojistných plánů zdravotních pojišťoven na letošní rok. Kabinet to uvedl na svých stránkách.

Z pojistných plánů vyplývá, že finanční problémy systému veřejného zdravotního pojištění budou pokračovat i letos. Pojišťovny očekávají propad mezi příjmy a výdaji 1,947 miliardy korun.

Nejvíce problémy zasáhnou Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP), přestože loni obdržela z fondu od ostatních pojišťoven mimořádně 3,1 miliardy korun. VZP čeká záporný zůstatek na základním fondu 4,355 miliardy, větší část budou závazky po splatnosti. Zaměstnanecké pojišťovny závazky po splatnosti nepředpokládají.

Podle materiálu ministerstev zdravotnictví a financí hodlají pojišťovny vzhledem k omezeným prostředkům uzavírat nové smlouvy pouze výjimečně za zaniklé nebo ukončené smluvní vztahy. Na zdravotní služby dají ze základního fondu 221,104 miliardy korun.

Na běžných účtech všech fondů by pojišťovny měly mít k 31. prosinci 10,95 miliardy, meziročně je to pokles o 1,947 miliardy. Úbytek v souhrnu let 2011 a 2012 činil 11,438 miliardy korun.

Příjmy systému letos podle plánu budou 228,9 miliardy korun s meziročním růstem 2,4 procenta, výdaje 230,849 miliardy s růstem 1,5 procenta.

Zdroj: čtk, 7. 2. 2013

Kdysi vysmívaná celostní medicína bude uznána, posvětil ji ministr Heger

Ten obor byl považován za šarlatánství, za cosi jako léčitelství. Teď se však celostní medicína, přesným termínem psychosomatika, stává stejně oficiální jako kardiologie. S posvěcením ministerstva zdravotnictví.

V nové vyhlášce ministerstva zdravotnictví, která je již připravena, bude jednou z osmi nových lékařských specializací právě psychosomatická medicína. Tedy obor, který vidí příčinu zdravotních problémů ve všech souvislostech včetně duševního stavu.

Příklad: Psychosomatickou medicínu často potřebují lidé s úpornými bolestmi zad či hlavy, pro něž klasická medicína nemá žádné vysvětlení. Kdežto lékař-psychosomatik, který pacientovi především naslouchá, umí poznat, že záda bolí třeba kvůli problémům v rodině.

„Je to obor, který se do velké medicíny dlouho nedostal. Jde o to, že když se lidé cítí nemocní, mají objektivní potíže, a přesto u nich vyšetření neprokážou žádnou konkrétní nemoc, tak by neskončili u psychiatra, jako je tomu často dnes, ale u lékaře, který by jim dokázal komplexně poradit, co v životě změnit," říká ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09).

Lékaři tak po roce až dvou letech studia dostanou razítko specialisty v tomto oboru. „To je výborná zpráva," říká průkopník psychosomatické medicíny u nás Jiří Šavlík.

Zdroj: idnes, 11. 2. 2013

VZP chystá systém zpětných slev

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) chystá systém zpětných slev pro farmaceutické firmy, uvedla 8. února E15.

Ještě v tomto čtvrtletí vypíše elektronické aukce na vybrané léky. Jako první mohou přijít na řadu léky na vysoký tlak a cholesterol. Firmy podle listu možnost poskytnout zpětné slevy obecně připouštějí. Nadnárodní mateřské společnosti jim nedají možnost snížit razantně oficiální cenu, prý by to kazilo ceny v Evropě. List proto píše o „tajném" systému, jak slev dosáhnout. Podobné slevy prý uplatňují i jiné evropské země. Výrobce pošle slevu zpětně, a tak léky projdou distribucí a lékárnami s původní cenou. Nízká cena tak nezvýší riziko vývozu do ciziny, jak se v řadě případů nyní děje a léky pak chybějí českým pacientům. V praxi budou mít lékaři podle listu v počítači jasně vyznačená doporučení, v nemocnicích by ředitelé lékařům nařídili, aby označeným lékům dávali přednost. Ředitel VZP Zdeněk Kabátek už dřív řekl, že by se chtěl dohodnout s velkými nemocnicemi na tom, že se o slevu podělí. Nemocnice v současné napjaté ekonomické situaci možnost jakékoli úspory vítají. Podle výkonného ředitele České asociace farmaceutických firem Emila Zörnera mají soutěže o zpětné slevy rizika – vítězná firma získá výhody na trhu, mohlo by to směřovat k monopolizaci. Celkové náklady zdravotních pojišťoven na léky dlouhodobě nerostou. Letos se ale projeví nárůst DPH ze 14 na 15 procent, což jen u VZP znamená nárůst nákladů o 300 miliónů korun. Za léky na recept dává ročně 22 miliard.

Zdroj: čtk, 11. 2. 2013

Rušení kojeneckých ústavů. Co bude s postiženými?

„Do budoucna se plánují rušit kojenecké ústavy. Ale nikdo se nezamýšlí nad otázkou umisťování dětí s postižením. Žijeme v pokrokové době, kdy jsou děti zachraňovány s nízkou porodní hmotností, po prodělaných infekčních onemocnění mozkové tkáně a s genetickými syndromy, a ty potřebují do budoucna individuální specializovanou péči," píše pro Medical Tribune kolektiv pracovníků Dětského centra Dvůr Králové nad Labem...

Moc děkujeme za podporu a výstižné shrnutí problému, který se týká dětí umisťovaných v dětských centrech a dětských domovech. Bohužel však na připomínky z řad odborníků a prezidenta republiky nebyla brána zřetel. Prezident Václav Klaus novelu zákona vetoval s poukazem na jeji nepropracovanost. Doslovně se vyjádřil, že tento zákon je bezcitný a surový jak k dětem, tak i k lidem, kteří se v pěstounské péči věnují dětem z lásky bez ohledu na finanční zisk. Nový zákon poškozuje děti jak po stránce psychické, tak i citové. Střídání a přestěhovávání dětí z rodiny do rodiny bude vést k tomu, že nebudou vytvářeny citové vazby, pokud ano, budou přetrhávány, což může vést k citovému chladu či naopak k citovému vydírání zúčastněných v tomto procesu. Jak jsou hájena práva dítěte? Kde je tedy v tomto řetězci zájem dítěte? Myslíme si, že v první řadě by se mělo pracovat s biologickou rodinou. Zabezpečit ji po stránce finanční a nacvičit rodičovské dovednosti. Samozřejmě u rodin, které toho nebudou

zneužívat a o děti mají opravdový zájem. Pokud se jedná o případy dětí týraných, zneužívaných, tělesně a mentálně poškozených, je lepší vždy volit zařízení, kde s dítětem pracuje řada profesionálních zaměstnanců (lékař, psycholog, fyzioterapeut a logoped). Umíte si představit dát týrané nebo zneužívané dítě do přechodné rodiny, když z dospělých bude mít strach? Z praxe víme, že v kolektivu dětí vedeném týmem specialistů dítě prožité trauma snadněji překonává. Do budoucna se plánují rušit kojenecké ústavy. Ale nikdo se nezamýšlí nad otázkou umisťování dětí s postižením. Žijeme v pokrokové době, kdy jsou děti zachraňovány s nízkou porodní hmotností, po prodělaných infekčních onemocnění mozkové tkáně a s genetickými syndromy, a ty potřebují do budoucna individuální specializovanou péči. Ne všichni rodiče mají schopnost poskytovat tuto komplexní péči, tak jsou rádi, že existují zařízení, která tuto péči poskytují v plném rozsahu a o děti je tak nejlépe postaráno. Z našich zkušeností víme, že rodiče nechtějí předávat dítě někomu jinému.

Nelze opomenout další rizikovost dětí, jejichž matky jsou závislé na návykových látkách, alkoholu a mají psychiatrické onemocnění. Tyto děti rovněž vyžadují specializovaná vyšetření a zvýšený dohled odborných pracovníků. Již nyní nastává problém, že obvodní pediatři přechodných pěstounů neposílají děti na potřebná vyšetření, protože to je drahé (např. genetické vyšetření). A kdo jim to nařídí? Tím pádem budou děti chodit z přechodné pěstounské péče do nové rodiny nedostatečně vyšetřeny.

Zdroj: V. Pourová, www.tribune.cz, 12. 2. 2013

ČRo 6: Absolventi lékařských fakult odcházejí

Absolventi českých lékařských fakult zhusta hledají ihned po ukončení studií uplatnění v zahraničí, tedy v západoevropských zemích, a to z různých důvodů. O nich a také o jejichž řešení hovoří nyní Lída Rakušanová.

Sotva tady vystudují vysokou, už se poohlížejí po zaměstnání v některé ze zemí Evropské unie. Tenhle problém znají prakticky všechny postkomunistické země evropské sedmadvacítky. V Maďarsku se teď údajně chystají řešit to zákonem, který by čerstvým absolventům povolil práci v zahraničí jen za předpokladu, že zaplatí náklady na vysokoškolské studium doma. Zda to Orbánově vládě projde, je ovšem otázka. Sice je tamní parlament, kde má vláda ústavní většinu, zvyklý bez odmlouvání schválit ministerskému předsedovi všechno, co do parlamentu předloží. Poslední slovo má ale v tomto případě Brusel, protože neomezovaná svoboda pohybu uvnitř Evropské unie, tedy i mobilita pracovních sil, patří ke čtyřem základním pilířům, na kterých stojí společný trh. A evropské právo je nadřazeno právu států národních. Což ovšem v Budapešti vědí a určitě se to budou snažit zohlednit. Pokud se jim to podaří, bude to nepochybně inspirace i pro ostatní členské země v podobné situaci. Včetně České republiky, ze které například jen v roce 2011 odešlo za hranice 172 absolventů lékařských fakult, nejvíc v polistopadové historii. A doma je neudržel ani fakt, že se po akci Lékařského odborového klubu „Děkujeme odcházíme“ zvýšil jejich nástupní plat o pět tisíc korun. Nejsou to ale jen peníze, co láká mladé české lékaře do zahraničí, obvykle tam najdou i lepší podmínky pro postgraduální studium a v neposlední řadě se naučí cizí jazyk a poohlédnou se, jak se medicína dělá jinde. Problémy, které to působí, v Bruselu samozřejmě registrují. Evropská komise upozorňuje už ve své knize o zdravotnickém personálu v Evropě z roku 2008 na riziko, že některé členské státy nebudou ochotny vychovávat odborný zdravotnický personál, pokud nebudou moci počítat s tím, že jim to přinese užitek. V omezování mobility ale komisaři přesto nevidí východisko. Podle analýzy německé Nadace Fridricha Eberta je totiž hlavní problém v tom, že zdravotnictví je jak podstatná součást sociálního státu, tak i důležitý ekonomický faktor.

A protože je zdravotnictví v gesci národních států, vytvořila si každá země svůj systém rovnováhy mezi zájmy pacientů, finanční zátěží v podobě příspěvků do zdravotních pojišťoven a ekonomickými zájmy lékařů, nemocnic a farmaceutického průmyslu. Jenže zatímco národním státům přísluší sociální politika, je fungování a regulace unijního trhu v gesci Evropské unie. A protože je evropské právo nadřazeno právu národnímu, dochází v praxi k tomu, že pravidla společného trhu ruší národní ustanovení sociální politiky. Za následek to má nadřazenost trhu vůči sociálnímu státu. Rovnováhu by přineslo, kdyby Evropská unie mohla trh vyvažovat sociálními kompetencemi. Ty byly obsaženy v evropské ústavě, která ovšem nebyla schválena. Nepřešly ani do Lisabonské smlouvy, obsahuje je pouze přídavný protokol. A teprve Evropský soudní dvůr musí určit, zda je možné postavit je na roveň čtyřem základním svobodám, na kterých funguje společný trh. Dokud se tohle nevyjasní, postupuje Evropská unie podle logiky trhu, pacienti jsou bráni jako spotřebitelé a lékaři a sestry jako pracovní síly. To sice přináší pacientům levnější léky a možnost nechat se léčit v zahraničí a lékařům eventuálně vyšší platy v jiné zemi unie, ale zároveň to podrývá solidární zdravotnický systém. Národní státy sice experimentují s vlastními tržními reformami zdravotnictví, ale přitom neberou zřetel na vliv Evropské unie na společný trh. Analýza Nadace Fridricha Eberta dochází k závěru, že je v podstatě jedno, na jaké úrovni probíhá ve zdravotnictví regulace tržní a sociální politiky. Musí to ale vždycky být jedna a tatáž úroveň. Jinak hrozí, že se zdravotnictví dostane mezi dva mlýnské kameny. Pokud chceme společný trh, a to dneska nepopírá ani většina euroskeptiků, pak ale musí Evropská unie dostat také sociální kompetence. Jinak nemůže tržní a sociální principy vyvažovat. Jinými slovy, aby reformy zdravotnictví měly smysl, je zapotřebí nikoli méně, ale naopak víc evropské integrace.

Zdroj: ČRo 6, 13. 2. 2013

Záchranáři na Plzeňsku spolupracují s majiteli defibrilátorů

V Plzeňském kraji mají už různé instituce, firmy či soukromí lékaři na více než desítce míst automatizované externí defibrilátory (AED). Využívají je pro své zaměstnance či klienty v situacích, kdy se jim náhle zastaví srdeční činnost. S majiteli těchto zařízení nyní navázala spolupráci krajská zdravotnická záchranná služba. Díky tomu se může dočkat člověk v nouzi včasné první pomoci do doby, než přijede sanitka, řekl ČTK manažer vnějších vztahů záchranné služby Michal Šebek. Záchranáři se se všemi držiteli přístrojů v kraji dohodli na začlenění do databáze dispečerského programu tísňové linky 155. Když někdo oznámí náhlou poruchu životních funkcí poblíž místa, kde automatizovaný defibrilátor někdo vlastní, dispečer záchranářů ho bude kontaktovat a vyšle jej na místo současně s nejbližší záchranářskou posádkou a lékařem. Díky propojení záchranářů a držitelů těchto přístrojů se zkvalitní péče o nemocné. Především se včas nastartuje takzvaný řetězec přežití, který zahrnuje okamžitou pomoc postižené osobě ještě předtím, než na místo přijedou profesionální

záchranáři, vysvětlil Šebek. Přístrojů je podle něj v kraji více než dvanáct. Vlastní je například šumavská horská služba, domovy pro seniory v Plzni, Klatovech a v Újezdci na Klatovsku, farní charita ve Stříbře, několik lékařů v Plzni, ale také například v Bezdružicích na Tachovsku, plzeňská městská policie či Informační a strážní služba Národního parku Šumava. Pokud někomu z různých příčin selže srdeční činnost, majitel přístroje nebo jiná školená osoba připevní na hrudník pacienta nalepovací elektrody. Přístroj pak sám vyhodnotí, zda srdce vykazuje poruchu rytmu, a doporučí elektrický výboj, který poruchy rytmu odvrátí. Když přístroj výboj nedoporučí, musí zachránce pokračovat v srdeční masáži, dokud nepřijedou záchranáři.

Zdroj: čtk, 13. 2. 2013

Lidé mají mít větší možnosti bránit se hluku

Lidé by měli mít podle zástupkyně ombudsmana Jitky Seitlové větší možnost bojovat s hlukem. Například by měli mít možnost podílet se na rozhodování o vydání časově omezeného povolení k provozování nadlimitního zdroje hluku.

Ministerstvo zdravotnictví by podle Seitlové také mělo přesně definovat pojem „krátkodobá a ojedinělá expozice hluku“. Řekla to dnes na tiskové konferenci. Kancelář veřejného ochránce práv se problematikou hluku zabývá dlouhodobě a kroky ministerstva jsou podle Seitlové nedostatečné. Možnost podílet se na vydávání povolení hluku by podle Seitlové měla být zakotvena v novele zákona o hluku. Problémů s hlukem je podle ní celá řada. Patří mezi ně například dopravní stavby, Seitlová zdůraznila případ dálnice D47. „Už několik let je tam zkušební provoz a limity hluku nikdo neřeší. Přitom při posledním měření byly překročené, ale není to závazné, protože dálnice není dokončená,“ uvedla Seitlová. Nadměrný hluk může přispívat k nervozitě, vzniku kardiovaskulárních chorob a snižuje pohodu bydlení. Problémem jsou podle pracovníků kanceláře veřejného ochránce práv také různé koncerty pod širým nebem a zábavy. Ukázali to na příkladu muže z Lázní Libverda na Liberecku, který žije v sousedství bývalého hospodářského stavení. Nyní jsou na statku časté zábavy s hudební produkcí a ani ombudsman nedokázal muži pomoci situaci uspokojivě vyřešit. „Bylo velmi obtížné se v tom právně pohybovat. Stěžovatel v podstatě stále žije pouze v rovině příslibů, že se situace vyřeší,“ uvedl Tomáš Maňas z Kanceláře veřejného ochránce práv, který se hlukem zabývá. Pracovníkům kanceláře ombudsmana se však podařilo prosadit lepší ochranu před hlukem v zahradách. Ministerstvo přislíbilo definovat v zákoně chráněný venkovní prostor, do kterého by nově měly spadat i zahrady. Důležité je podle Seitlové také zabývat se průmyslovými areály s několika výrobami, které sice každá sama o sobě splňují hlukové limity, ale dohromady je překračují. Zástupkyně ombudsmana se na některé případy nadměrného hluku zaměřila už dříve. Za dobu svého šestiletého působení řešila i případy ze stavebního práva, sociální záležitosti a jiné. Nyní se její funkční období chýlí ke konci a některé případy jsou stále nedořešené. „Například hluk. Nechci, aby to zapadlo, až odejdu,“ řekla Seitlová.

Zdroj: čtk, 13. 2. 2013

INZERCE

248 10-12
Přijmeme 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 možný ihned.** Kontakt: alena.petrakova@mediconas.cz. Telefon: 261 006 476.

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**. Tel. 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 tel. 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 r. 2000, 6 let PLDD. MT: 777 366 766.

256 1-13
Předám dobře zavedenou dětskou **praxi v Praze 3**.
Telefon 775 725 306.

257 2-13
Přijmeme pediatra pro ordinaci PLDD **v Roztokách u Prahy** na plný či částečný úvazek. Moderně vybavená ordinace, přátelské prostředí, dobré ohodnocení, benefity, dostupné pražskou MHD. **Nástup 5/2013** či dle dohody. Telefon: 608 284 740, prace@strediskoroztoky.cz.

259 2-13
Hledám nástupce do ordinace PLDD **v Třebíči**.
Telefon 723 448 566.

260 2-13
Do ordinace PLDD **v Českých Budějovicích hledáme lékaře**. Požadujeme: specializovanou způsobilost, samostatné rozhodování, vstřícný přístup k pacientům. Nabízíme: odpovídající platové ohodnocení, týden dovolené navíc, týden na další vzdělávání. Kontakt: lucie.zackova@mediclinic.cz, 734 433 105.

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

Autodidaktický test 3/2013

Neonatologie

1. Bronchopulmonální dysplazie (BPD) je doprovázena vysokým rizikem vzniku plicní hypertenze. Příčinou plicní hypertenze je:

a) hypoxie s reflexní tachykardií s vysokým afterload v arteriálním plicním řečišti k zajištění maximálně možné úpravy oxygenace tkání
b) hypoxická vazokonstrikce plicního arteriálního řečiště
c) histologická přestavba plicního parenchymu s fibrotizačními procesy a hyperplazií hladké svaloviny plicních arterií

2. Indikací k dlouhodobé domácí oxygenoterapii (DDOT) v neonatologii je bronchopulmonální dysplazie. Základním kritériem pro rozhodování je dítě s porodní hmotností pod 1500 g se závislostí na oxygenoterapii trvající do 36. týdne od koncepce s celkovou dobou závislosti na kyslíku > 28 dnů. Dalším kritériem je saturace Hb:

a) < 0,85 při FiO_2 0,40
b) < 0,90 při FiO_2 0,21
c) < 0,95 při FiO_2 0,30

3. Nejčastější příčinou infekčního onemocnění dolních cest dýchacích kojenců a batolat je RSV (respiratory syntitial virus). WHO se touto problematikou zabývá vzhledem k masivnímu výskytu a potenciální závažnosti průběhu onemocnění. V současné době jsou možná tato terapeutická a profylaktická opatření:

a) kauzální terapie ribavirinem, která významně snižuje mortalitu těchto dětí
b) aktivní imunizace
c) pasivní imunizace
d) neexistuje žádná účinná terapie či profylaxe

4. Sezóna RSV začíná oficiálně 1. listopadu, samozřejmě je možná úprava termínu dle SZÚ. Pasivní imunizace proti RSV je možná:

a) monoklonální protilátkou motavizumab (Synarix)
b) polyklonální protilátkou palivizumab (Synagis)
c) monoklonální protilátkou palivizumab (Synagis)
d) polyklonální protilátkou motavizumab (Synarix)

5. S ohledem na vysokou finanční náročnost profylaxe infekcí RSV byla vytvořena indikační kritéria. Týkají se vybraných dětí s kardiologickou problematikou a novorozenců. I když indikaci stanovují specializovaná pracoviště (dětský kardiolog, perinatologická centra), PLDD by měl znát tato kritéria, protože např. vlivem migrace rodin s dětmi by se mohlo propásnout provedení profylaxe u indikovaných jedinců. Indikací jsou tyto stavy:

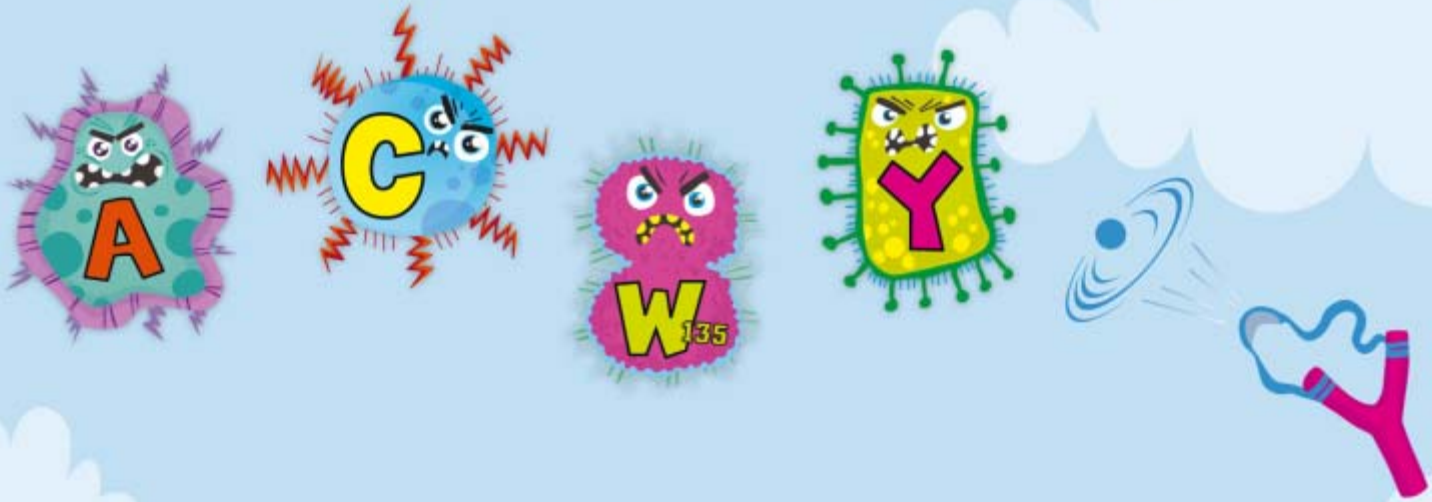
a) kardiologie: všechny VCC, plicní hypertenze, stavy po transplantaci srdce
neonatologie: gestační věk < 29 týdnů s projevy RDS, gestační věk < 29 týdnů s porodní hmotností < 1000 g, všichni hospitalizovaní novorozenci ohrožení nozokomiální RSV infekcí
b) kardiologie: cyanotické VCC, významný LP zkrat, endokarditidy, st.p. transplantaci srdce
neonatologie: gestační věk < 29 týdnů, novorozenci s porodní hmotností < 800 g, všichni novorozenci vyžadující léčbu pro BPD do 6 měsíců před RSV sezónou
c) kardiologie: VCC s významným LP zkratem, cyanotické VCC, dilatační kardiomyopatie, st.p. transplantaci srdce
neonatologie: gestační věk < 29 týdnů s BPD do 1 roku věku, gestační věk < 29 týdnů bez BPD narození do 6 měsíců před začátkem RSV sezóny, všichni novorozenci s porodní hmotností < 1000 g narození do 6 měsíců před začátkem RSV sezóny, všichni novorozenci s BPD vyžadující léčbu ještě 6 měsíců před začátkem RSV sezóny bez ohledu na gestační týden, hospitalizovaní nezralí novorozenci ohrožení nozokomiální RSV infekcí

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

1+
Nimenrix™ od 12 MĚSÍCŮ VĚKU

Nimenrix™

Konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W_{135} a Y



Nabídněte ochranu dětí již od 12 měsíců věku proti invazivním meningokokovým onemocněním [1]

Nimenrix™ je jako první a jediná konjugovaná vakcína proti séroskupinám A, C, W_{135} a Y schválen v Evropě pro použití již od 12 měsíců věku [1,2]

Zkrácená informace o léčivém přípravku *Nimenrix™*

Nimenrix™ prášek pro přípravu injekčního roztoku s rozpouštědlem v předplněné injekční stříkačce. Konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W-135 a Y. **Složení:** Po rekonstituci 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: *Neisseria meningitidis* A polysacharidum 5 µg, *Neisseria meningitidis* C polysacharidum 5 µg, *Neisseria meningitidis* W-135 polysacharidum 5 µg, *Neisseria meningitidis* Y polysacharidum 5 µg. Antigeny konjugovány na proteinový nosič tetanický toxoid 44 µg. **Terapeutické indikace:** *Nimenrix™* je indikován k aktivní imunizaci osob od 12 měsíců věku a starších proti invazivnímu meningokokovému onemocnění způsobenému *Neisseria meningitidis* skupiny A, C, W-135 a Y. **Dávkování a způsob podání:** Nimenrix se má podávat v souladu s dostupnými oficiálními doporučeními. Základní očkování: K imunizaci se používá jedna dávka 0,5 ml rekonstituované vakcíny. Přeočkování: *Nimenrix™* lze podat jako druhou (booster) dávku subjektům, kteří byly dříve očkovány obyčejnou polysacharidovou meningokokovou vakcínou. Nutnost podání druhé dávky u osob primárně očkovaných vakcínou *Nimenrix™* nebyla dosud stanovena.Bezpečnost a účinnost vakcíny *Nimenrix™* u dětí mladších 12 měsíců nebyla dosud stanovena. K dispozici nejsou žádné údaje týkající se osob ve věku > 55 let. Imunizace se provádí pouze intramuskulární injekcí, nejlépe do deltového svalu. U dětí ve věku 12 až 23 měsíců lze vakcínu rovněž aplikovat do anterolaterální strany stehna. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** *Nimenrix™* se nesmí za žádných okolností podávat intravaskulárně, intradermálně ani subkutánně. Podle zásad správné klinické praxe předchází očkování zhodnocení anamnézy (zejména s ohledem na předchozí očkování a možný výskyt nežádoucích účinků) a klinické vyšetření. Pro případ vzácné anafylaktické reakce po podání vakcíny musí být vždy k dispozici příslušná lékařská péče a dohled. Očkování vakcínou *Nimenrix™* je třeba odložit u osob trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Lehká infekce, jako je např. nachlazení, by neměla být důvodem k odložení očkování. Během jakéhokoliv očkování, nebo dokonce před ním, může dojít zejména u dospívajících v důsledku psychogenní reakce na injekční jehlu k synkopě (mdlobě). Je důležité přijmout příslušná opatření, aby při mdlobách nedošlo k poranění. *Nimenrix™* je třeba podávat s opatrností osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou krevní srážlivosti, protože po intramuskulární aplikaci může dojít u těchto osob ke krvácení. *Nimenrix™* poskytuje ochranu pouze proti *Neisseria meningitidis* skupiny A, C, W-135 a Y. Tato vakcína nechrání proti žádným jiným skupinám *Neisseria meningitidis*. K vyvolání protektivní imunitní odpovědi nemusí dojít u všech očkovaných osob. Lze očekávat, že u pacientů léčených imunosupresivy nebo u pacientů s imunodeficiencí nemusí dojít k vyvolání odpovídající imunitní odpovědi. Očkoli po očkování vakcínou *Nimenrix™* bylo pozorováno zvýšení koncentrace protilátek proti tetanickému toxoidu (TT), přípravek *Nimenrix™* nenahrazuje očkování proti tetanu. Podávání vakcíny *Nimenrix™* společně s vakcínou obsahující TT, nebo jeden měsíc před jejím podáním během druhého roku života nemělo vliv na odpověď na TT ani významně nezvýšilo bezpečnost. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** *Nimenrix™* lze podávat společně s jakoukoli z následujících očkovacích látek: vakcíny proti hepatitidě A (HAV) a hepatitidě B (HBV), vakcína proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR), vakcína proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám a planým neštovicím (MMRV), desetivalentní pneumokokové konjugovaná vakcína nebo neadjuvované vakcína proti sezónní chřipce. *Nimenrix™* lze rovněž podávat společně s kombinovanými vakcínami proti záškrtu, tetanu a černému kašli (acelulární pertuse) během druhého roku života, včetně kombinace vakcín DTaP s vakcínou proti hepatitidě B, dětské obrně (inaktivovaná vakcína) nebo *Haemophilus influenzae* typu b, jako je vakcína DTaP-HBV-IPV/Hib. Kdykoli je to možné, mají se vakcína *Nimenrix™* a vakcína obsahující TT, jako je např. vakcína DTaP-HBV-IPV/Hib, podávat společně, nebo je třeba přípravek *Nimenrix™* podat alespoň jeden měsíc před podáním vakcíny obsahující TT. Pokud se vakcína *Nimenrix™* podává spolu s jinou injekční vakcínu, je třeba vakcíny aplikovat do různých míst. **Fertilita, těhotenství a kojení:** *Nimenrix™* by se měl v těhotenství a při kojení použít pouze pokud možné výhody převáží možná rizika. Studie se zvířaty nenasvědčují na přímé ani nepřímé škodlivé účinky s ohledem na fertilitu. **Nežádoucí účinky:** Ve všech věkových skupinách byly nejčastěji hlášenými lokálními nežádoucími účinky po očkování bolest, zarudnutí a otok. Ve věkových skupinách 12 – 23 měsíců a 2 – 5 let byly nejčastěji hlášené celkové nežádoucí účinky po očkování podrážděnost, spavost, ztráta chuti k jídlu a horečka. Ve věkových skupinách 6 – 10, 11 – 17 a ≥ 18 let byly nejčastěji hlášené celkové nežádoucí účinky po očkování bolest hlavy, únava, gastrointestinální příznaky a horečka. Dalšími hlášenými nežádoucími účinky byly nespavost, pláč, hypestezie, závrať, svědění, vyrážka, myalgie, bolest končetin, malátnost, hematom v místě vpichu injekce, reakce v místě vpichu injekce (včetně indurace, svědění, zteplání a nestřivost). **Doba použitelnosti:** 3 roky. Po rekonstituci musí být vakcína použita okamžitě. Chemická a fyzikální stabilita byla nicméně po rekonstituci prokázána po dobu 24 hodin při teplotě do 30 °C. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C).Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Druh obalu a velikost balení:** Prášek v injekční lahvičce (sklo typu I) se zátkou (butylová pryž) a rozpouštědlo v předplněné injekční stříkačce se zátkou (butylová pryž). Velikost balení 1 a 10, s jehlami nebo bez jehel. Na trhu nemusí být k dispozici všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals S.A., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie **Registrační číslo(a):** EU/1/12/767/001-004. **Datum první registrace:** 20. 4. 2012. **Datum revize textu:** 20. 4. 2012. Verze SPC platné ke dni 13. 9. 2012. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na adresu společnosti: GlaxoSmithKline s.r.o., Praha 4, www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky nám prosím nahlaste na cz.safety@gsk.com.

GlaxoSmithKline

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu

Reference: 1. SPC Nimenrix™, duben 2012.
2. EMA, www.ema.europa.eu.

CZ/NIM/0004a/12

NOVINKA

Nimenrix™

Konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W_{135} a Y

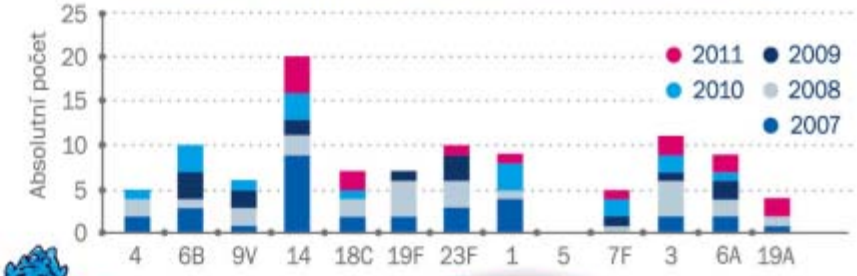
STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

Seznamte se...

sérotyp 19A

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

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



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

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

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

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

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

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

www.prevenar13.cz

Pfizer Pracujeme společně pro zdravější svět

www.pfizer.cz

PRV-2012.02.071