

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

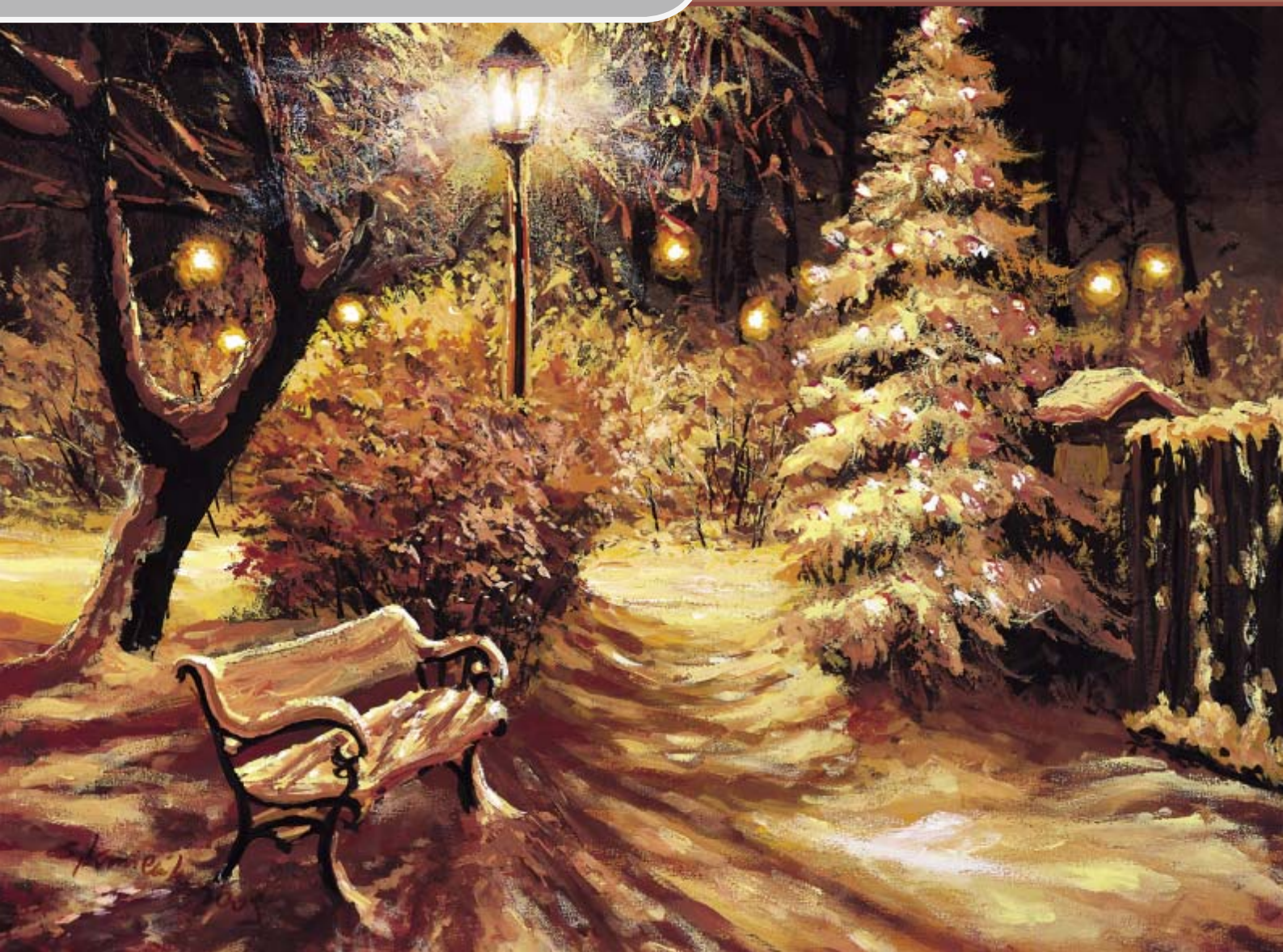
prosinec 2013
číslo 10 • ročník 13



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Onemocnění štítné žlázy



- Celorepubliková konference SPLDD
- Možné trestní následky nezajištění náležitého odborného dohledu nad neatestovaným lékařem
- Úskalí v diagnostice a léčbě endokrinopatií dětí a adolescentů
- Štítná žláza u dětí
- Syndrom spánkové apnoe
- Problémy v ordinacích PLDD I. – výstupy z cyklu seminářů



Pracujeme pro zdravější svět™



GlaxoSmithKline

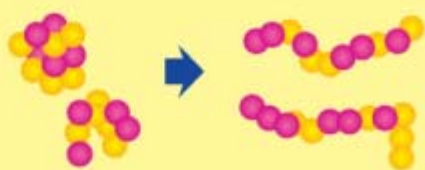
Novinka



Kojenecké mléko Hami Citlivé bříško při nadýmání

- Unikátní kojenecká formule s **obsahem fermentovaného (zakysaného) mléka**
- Díky procesu fermentace **Hami Citlivé bříško při nadýmání** obsahuje:
 - **snadno stravitelnou bílkovinu¹**, která omezuje nadměrnou tvorbu plynů²
 - **laktázu** pro lepší stravitelnost laktózy^{3,4}
- Poskytuje tak úlevu dětem trpícím nadýmáním²

Změna struktury bílkoviny



Laktáza pro štěpení laktózy



REFERENCE:

1. Huybers, S., et al., A Fermented Infant Milk Formula reduces Ileal Proteolytic Activity, in ESPH 2011, 2011; Newcastle, UK, OCT 14–17.
2. Roy, P., et al., Benefits of a thickened infant formula with lactase activity in the management of benign digestive disorders in newborns. Arch Pediatr, 2004, 11(12): p. 1546–54.
3. Kearney, P.J., et al., A trial of lactase in the management of infantile colic. Journal of Human Nutrition and Dietetics 1996, 11: p. 281–285.
4. Kanabar, D., M. Randhawa, and P. Clayton, Improvement of symptoms in infant colic following reduction of lactose load with lactase. J Hum Nutr Diet, 2001, 14(5): p. 359–63.

www.klub-maminek.cz / info@klub-maminek.cz / Infolinka: 800 500 700 (po–pá 8.30–16.00)

KOJENÍ JE NEJPŘIROZENĚJŠÍM ZPŮSOBEM VÝŽIVY KOJENCŮ. KOJENECKÁ VÝŽIVA BY MĚLA BÝT POUŽÍVÁNA NA DOPORUČENÍ LÉKÁŘE.
ZPŮSOB POUŽITÍ A DALŠÍ INFO NA OBALECH A WEBOVÝCH STRÁNKÁCH. POTRAVINA PRO ZVLÁŠTNÍ VÝŽIVU – POTRAVINA PRO ZVLÁŠTNÍ LÉKAŘSKÉ ÚČELY.
URČENO PRO ODBORNOU VĚŘEJNOST. BF312276.

Hami
Speciální mléka

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	MUDr. Ctirad Kozderka	7
	Zápis z jednání Národní imunizační komise	
	Celorepubliková konference SPLDD	9
	JUDr. Jan Mach	
	Možné trestní následky nezajištění náležitého odborného dohledu nad neatestovaným lékařem	12
	Operační postup pro nakládání s léčivý	15
	MUDr. Blanka Kosová	16
	Vzpomínka na paní docentku Libuši Hradcovou, CSc.	
	Informace OSPDL ČLS JEP	16
	MUDr. Božena Kalvachová, CSc.	19
	Úskalí v diagnostice a léčbě endokrinopatií dětí a adolescentů	
	MUDr. Naděžda Filáková	20
	Štítná žláza u dětí	
	Bc. Michaela Kožíšková	22
	Syndrom spánkové apnoe	
	MUDr. Jiří Novák	24
	Paracetamol z pohledu toxicity, hypersensitivity a vzniku astmatu	
	MUDr. Jiří Novák	26
	12. Setkání lékařů ČR a SR v Litomyšli – alergie, imunita, astma a CHOPN	
	Ze světa odborné literatury	28
	Aktuality	29
	Řádková inzerce	32
	Autodidaktický test, Posudková činnost	34
	Problémy v ordinacích PLDD I. – výstupy z cyklu seminářů	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
HERO
MSD
NUTRICIA
ORION
PFIZER
QUICKSEAL

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. Jana Sudková, MUDr. Ctirad Kozderka

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

Sekretariát:
 U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
 fax: 267 184 050

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

Obrázek na titulní straně namaloval ústy a nohou Stanislaw Kmiecik, převzato z nakladatelství UMÚN, s.r.o., Nad Školou 1285, 463 11 Liberec, www.umun.cz

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



Vážené kolegyně a kolegové,

dnes poprvé píšu editorial z pozice nové předsedkyně SPLDD ČR a přemýšlím, jaké sdělení by v něm mělo zaznít. Ráda bych napsala něco povzbudivého a optimistického, ale...

Nejprve bych chtěla poděkovat všem, kteří mne zvolili, za projevenou důvěru v mou osobu. Vnímám to jako velký závazek a nebude jednoduché nezklamat některá očekávání. A to zejména v této době a v této společnosti, ve které žijeme.

Od celostátní konference, která se konala v Brně 2. 11. 2013, uplynulo jen několik týdnů a stále se mi vrací pro mne alarmující údaje, které jsem sdělila ve své zprávě o činnosti Sdružení za uplynulé období. Jedná se o věkový průměr PLDD, který je 57 let, a věkové rozložení PLDD. 43 % je starších 60 let, 38 % je ve věku 50–59 let, celkově tedy 81 % PLDD je starších 50 let. Pouze 15 % je ve věku 40–49 let a jen 4 % kolegů je mladších. Tato statistika je děsivá a neúprosná. Vede mne k zamyšlení, co bychom měli začít více dělat pro zajištění našich nástupců. Co bychom mohli udělat pro zachování sítě našich ordinací, aby nedocházelo k tomu, že není náhrada za toho, kdo z našich řad odejde. Jak vyřešit generační výměnu PLDD? Vždyť práce PLDD je zajímavá, smysluplná a záslužná, práce s dětmi mnohokrát kompenzuje zodpovědnost a starosti, které prožíváme s našimi malými i většími pacienty. Pracujeme nejen s nemocným, ale i se zdravým dítětem, nezanedbatelnou částí naší práce je prevence, práce s rodinou atd. Přemýšlím, zda to máme být jen my, kdo se snaží naši nezastupitelnou pozici v primární péči udržet. Kde je podpora státu, zdravotních pojišťoven, veřejnosti, médií a jiných? Vyčerpáváme se nepřetržitým úsilím o adekvátní ohodnocení naší práce (po novu poskytovaných služeb), bez možnosti si některé z nich mít možnost nechat doplatit či uhradit rodiči. Potýkáme se s narůstající administrativou a legislativními dopady rychle přijímaných zákonů. Mohla bych jmenovat další a další věci, kterými se zabýváme. Nicméně za podstatné považuji získat mladé lékaře, kteří by pokračovali v péči o děti v první linii. Abychom je získali, musí se o nás a naši práci vědět a musíme se pokusit zajistit takové podmínky „podnikání“, aby pro ně bylo atraktivní. Potřebujeme přesvědčit zodpovědné osoby o naší nezastupitelné roli. Koho nemusíme přesvědčovat, jsou rodiče a děti. Je to výzva pro nás pro všechny, nejen pro pár lidí ve vedení Sdružení. Je jen na nás, jak si s tím poradíme, je v našich rukou, zda ku prospěchu nás, našich blízkých i našich pacientů, jejich rodičů, našich kolegů.

Dovolte mi jeden citát: „Věci sami o sobě nejsou dobré ani zlé, jen naše myšlenky je takovými činí.“ (Epiktétos)

Blíží se doba adventní, a tak bych vám rád popřála alespoň na chvíli se zastavit, zažít ten krásný pocit pohody a pokojného rozjímání. Užít si čas se svými blízkými, přáteli, známými i méně známými, pro které spousta z vás je vzorem. Možná mezi nimi potkáte i někoho z našich budoucích nástupců.

V úctě

Ilona Hülleová

Hodiny tiše našlapují ve sněhu, stačí pár kroků, rok se uzavírá.

Skončí čas starých lásek, starých příběhů, rodí se nová předsevzetí.

Spokojené vánoční svátky a mnoho štěstí v roce 2014

přeje

Redakční rada VOX Peditrie.



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

V měsíci říjnu začal pracovat Výkonový výbor v novém složení, připravovala se celostátní konference v Brně. To vše v období předvolebních kampaní a slibů politických stran. V polovině měsíce října představil ministr zdravotnictví MUDr. Martin Holcát priority úhradové vyhlášky pro rok 2014. Tyto představy zcela změnilo rozhodnutí Ústavního soudu vyhlášené dne 30.10.2013, které označilo úhradovou vyhlášku pro letošní rok za protiústavní a vyzvalo tak ve své podstatě MZ k nápravě pro další období. MZ ČR na základě tohoto rozhodnutí zásadním způsobem změnilo návrh úhradové vyhlášky pro rok 2014 i pro segment praktických lékařů, přestože bylo přislíbeno dodržet dohodu v našem segmentu z proběhlého dohodovacího řízení o cenách. Tento ministerský návrh úhrad pro rok 2014 vyvolal zásadní nesouhlas, neboť preferuje v úhradách zejména jeden segment na úkor jiných. Ostrý protest zazněl jak ze strany Koalice soukromých lékařů, tak také od nás, zástupců SPLDD ČR. Rozbíhají se další jednání a uvidíme, jak k této situaci přistoupí zdravotní pojišťovny.

18. 10. proběhlo jednání na MZ ČR, jehož předmětem bylo projednání principů a priorit úhradové vyhlášky na rok 2014. Za SPLDD ČR jsem připomněla dosud nevykompenzované zrušené poplatky u dětí do 18 let věku.

18. 10. se sešlo na plánovaném jednání Předsednictvo SPLDD ČR. Jednalo zejména o aktuálních problémech a přípravě celostátní konference. Zápis je k dispozici na našich webových stránkách.

23. 10. v kanceláři SPLDD proběhlo jednání se zástupci VZP a Svazu zdravotních pojišťoven, jehož předmětem byla zejména preventivní prohlídka v 19 letech věku, diskuse nad Seznamem zdravotních výkonů a možnosti

jeho rozšíření, problematika vykazování očkovaní a další.

29. 10. Proběhlo jednání Koalice soukromých lékařů, byl vytvořen otevřený dopis ministru zdravotnictví, jehož znění najdete na stránkách časopisu, včetně odpovědi pana ministra.

2. 11. se konala v Brně XXII. celorepubliková konference SPLDD ČR. Součástí dopoledního programu byla i přímá volba předsedy Sdružení, ve které jsem byla zvolena na další dva roky předsedkyní SPLDD. Usnesení Konference a upravenou zprávu o činnosti najdete na dalších stránkách časopisu. Proběhla bohatá diskuse s pozvanými hosty.

12. 11. se konalo mimořádné jednání Koalice soukromých lékařů, které se zabývalo návrhem úhradové vyhlášky pro rok 2014, kterou předložilo MZ ČR, a jeho možnými dopady na ambulantní sektor. Takto předložený návrh je pro nás zcela nepřijatelný. Stanovisko Koalice soukromých lékařů k úhradové vyhlášce na rok 2014 je zveřejněno dále v časopise.

13. 11. proběhlo na ÚP VZP jednání nad možným textem úhradové vyhlášky pro příští rok pro praktické lékaře pro děti a dorost, výstupy sdělíme po odsouhlasení navrženého textu včetně dodatku pro AKORD.

Kongres primární péče

Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP

si vás dovolují pozvat na

8. kongres primární péče s mezinárodní účastí

28. 2.–1. 3. 2014

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

Registrační formulář najdete na internetových stránkách www.splcr.cz, www.detskylekar.cz a www.ahou.cz. Akce je určena pro lékaře a sestry v primární péči a je zařazena do kreditovaného systému celoživotního vzdělávání.



Koalice soukromých lékařů

I. Otevřený dopis ministru zdravotnictví ČR

K rukám MUDr. Martina Holcáta, MBA,
ministra zdravotnictví ČR
V Praze dne 30. 10. 2013

Vážený pane ministře,
Koalice soukromých lékařů (KSL) registrovala v posledních dnech informaci, že v rámci tvorby úhradové vyhlášky na rok 2014 plánujete přidat finanční prostředky pouze na péči v nemocnicích.

Dovolujeme si Vás upozornit, že ambulantní sektor trpí významným finančním nedostatkem přinejmenším ve stejné míře jako lůžková zařízení, že i v něm lze registrovat negativní důsledky stále se zvyšujících nákladů (nejen v rámci navýšení DPH) při stagnaci či poklesu úhrad, přičemž ambulantní zdravotnická zařízení na rozdíl od nemocnic nemají šanci získat peníze odjinud než ze zdravotního pojištění. Na rozdíl od valné většiny lůžkových zařízení nedostávají žádnou finanční podporu od státu, krajů či měst.

Z výše uvedených důvodů Vás proto vyzýváme, abyste při tvorbě úhradové vyhlášky na rok 2014 ambulance nijak nediskriminoval, tj. možné navýšení úhrad rozdělil rovným dílem všem segmentům.

Máme za to, že jen takový postup – tj. rovný přístup k péči v ambulancích a nemocnicích – by bylo možné označit za systémově správný a v Evropské unii obvyklý.

Závěrem Vás dopředu upozorňujeme, že v případě vydání úhradové vyhlášky, která by jednostranně zvýhodňovala jen některý ze segmentů poskytovatelů zdravotní péče, jsme připraveni zahájit masové protesty na celém území ČR. Naši pacienti nesmějí trpět nedostatkem péče jen kvůli tomu, že mají onemocnění řešitelné ambulantně.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory, mluvčí Koalice

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Ilona Hülleová, pověřena řízením Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

II. Reakce ministra zdravotnictví ČR na otevřený dopis koalice

Vážení kolegové,
dovoluji si reagovat na Váš otevřený dopis, který jste mi dnes adresovali.

V první řadě bych Vás rád ujistil, že při přípravě úhradové vyhlášky na rok 2014 respektujeme plně Vaše požadavky zaslané Ministerstvu zdravotnictví ČR 16. 9. 2013. Konkrétně se jedná o tato opatření:

1. Seznam zdravotních výkonů bude dle Vašich požadavků po částečné kultivaci zachován v současné podobě. Nový seznam výkonů bude vydán na začátku roku 2014, a to s platností od 1. ledna 2015. Vznikne tak prostor pro jeho případné doplnění.
2. Úhrady výkonů v ambulantní péči neklesnou v příštím roce pod úroveň referenčního období, tedy rok 2012, tak jak požadujete.
3. Respektujeme také Váš požadavek v oblasti regulací, kde se situace rozhodně nezhorsí oproti roku 2012.

Všechny tyto Vaše požadavky hodláme do úhradové vyhlášky zohlednit, není mi tedy zřejmé, proč dnes v médiích hrozíte masovými protesty. Je zřejmé, že vlivem mj. také makroekonomických příčin (inlace, růst DPH) finanční prostředky chybějí v mnoha segmentech zdravotnictví. Cílem při přípravě úhradové vyhlášky pro rok 2014 tedy bude v maximální možné míře upustit od restrikcí úhradové vyhlášky letošní a za daných možností státního rozpočtu vyjít vstříc reálným požadavkům jednotlivých segmentů. Nelze ovšem vyhovět každému požadavku v plném rozsahu, při jejich respektování by bylo třeba dodat do systému dalších 40–50 miliard korun. Vážení kolegové, jak jistě sami uznáte, takový požadavek je mimo ekonomickou realitu a je tedy třeba hledat kompromisy i při přípravě úhradové vyhlášky na příští rok. Vzhledem k výše popsanému půjde v každém případě o umění možného.

Naším cílem skutečně je mj. stabilizovat situaci v těch nemocnicích, které se vlivem všech faktorů dostaly do vážné ekonomické situace. V žádném případě to ale neznamená, že by se tak mělo dít na úkor jiných segmentů. Díky tomu, že se nám podařilo poprvé od roku 2009 dosáhnout valorizace plateb za státní pojištění, může systém zdravotnictví už v letošním roce očekávat nárůst prostředků o 800 milionů korun, pro rok příští tato va-

lorizace znamená navýšení financí o téměř pět miliard korun. V sektoru ambulantních specialistů v příštím roce dojde k nárůstu financí o 500 až 600 milionů korun oproti roku 2013.

S pozdravem Martin Holcát,
ministr zdravotnictví

Stanovisko Koalice soukromých lékařů k úhradové vyhlášce na rok 2014

Členové Koalice soukromých lékařů, která sdružuje na dvacet tisíc lékařů ambulantního sektoru, varují ministra zdravotnictví v demisi Martina Holcáta!

Návrh úhradové vyhlášky pro rok 2014 ze dne 12. 11. 2013 povede české zdravotnictví do ekonomické pasti, zejména ambulantní sektor. Prohlašuje totiž nespravedlnost financování z veřejného zdravotního pojištění a v důsledku tak ohrozí kvalitu a dostupnost péče tam, kde ji pacienti nejvíce potřebují, tedy v první linii.

Návrh vyhlášky dále prohlašuje nespravedlivou ekonomickou disparitou mezi lůžkovou péčí a ambulantním sektorem. I přes všechna předchozí prohlášení o nezbytnosti restrukturalizovat český systém nemocnic a přiblížit se tak zvyklostem vyspělého světa jsme opět svědky „nalévání“ miliard z kapes daňových poplatníků do pravděpodobně bezedného systému lůžkové péče. Všude jinde už dávno politici i jejich voliči dobře vědí, jak důležitou součástí zdravotnického systému jsou ambulance, jejich dostupnost a kvalita nabízené péče. Jen v České republice opakovaně dochází k naprosto nespravedlivému přerozdělení finančních prostředků ve prospěch nemocnic.

V letech celospolečenských škrťů a úspor jsme byli ochotni solidárně s ostatními poskytovateli maximálně omezovat své požadavky, abychom nezatěžovali veřejné finance, trpělivě jsme snášeli neustále zvětšující se disparitu mezi našimi stagnujícími příjmy a narůstajícími výdaji. V okamžiku, kdy ale návrh nové úhradové vyhlášky předpokládá, že celkový objem prostředků pro české zdravotnictví stoupne v roce 2014 až o 11 miliard korun, už dále nemůžeme a nebudeme mlčet! Již nechceme i nadále dotovat provoz svých ordinací z ceny naší práce. Reálné příjmy zdravotníků v ambulancích neustále klesají! Financování zdravotnictví musí být přede-



vším spravedlivé a proporčně vyvážené mezi jednotlivými segmenty. Musí brát v úvahu všechny pacienty se všemi diagnózami. Není možné ambulantnímu sektoru přidělit pouze stagnaci úhrad nebo nárůst o maximálně desetiny procent, místy s výrazně složitými úhradovými výpočty a zpřísněním regulací. S tím nesouhlasíme!

Naše jednotlivé organizace chystají své individuální připomínky. Jako celek ale ostře protestujeme proti nynějšímu postupu a žádáme ministerstvo zdravotnictví, aby na základě

tohoto našeho společného prohlášení úhradovou vyhlášku zcela zásadně přepracovalo. V opačném případě budeme volit takové právní kroky a masové protesty, které politikům znovu připomenou, jak nenahraditelná je role ambulantů v našem zdravotnickém systému.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory, mluvčí Koalice

MUDr. Michal Bábíček, místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR
MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

Koalice soukromých lékařů
V Praze dne 14. 11. 2013

Zápis z jednání Národní imunizační komise

Zápis z jednání Národní imunizační komise konaného dne 30.10.2013 na Ministerstvu zdravotnictví. (redakčně upraveno)

1. Informace o vakcíně proti meningokokové meningitidě B „BEXSERO“

Vakcína pro potřeby ČR bude k dispozici koncem I. Q. 2014. Cena jedné dávky bude cca 2300 Kč s DPH. Doporučení k očkování vakcínou Bexsero pro privátní trh připraví výbor České vakcinologické společnosti ČLS JEP a předloží ho jako podnět pro projednání na dalším zasedání NIKO. Výhledově je třeba se zabývat stanovením rizikových skupin pro podání této vakcíny.

2. Aktuální informace o přípravě výběrového řízení na zajištění očkovacích látek pro pravidelná očkování

Svaz zdravotních pojišťoven (SZP ČR) a VZP postupují podle z. č. 48/1997 Sb., distributor Avenier, a.s., již předložil nabídku, která je nyní předmětem ekonomického a odborného posouzení ZP. Výsledné rozhodnutí lze očekávat v první dekádě listopadu 2013. Hledá se kompromisní řešení v případě hexavakcí. NIKO navrhuje ošetřit ve smlouvě mezi SZP ČR, VZP a distributorem garanci plynulých dodávek vakcín a zabránění jejich ev. výpadku.

3. Aktuální informace o proočkovanosti dle dat NRC VZP

Přítomní byli seznámeni s vyjádřením hlavního hygienika ČR k neproveditelnosti sledování pravidelného očkování, resp. proočkovanosti zdravotními pojišťovnami v případech, kdy je k očkování použita alternativní očkovací látka na základě žádosti pojišťovny nebo jeho zákonného zástupce, který si vakcínu hradí jako samoplátce. MZ nebude u takto očkováných osob vyžadovat údaje o proočkovanosti a v nejbližší novele zákona č. 258/2000 Sb. tuto výjimku zpracuje. Hlavní hygienik pověřil MUDr. Hanu Cabrnachovou jednáním s NRC ve věci vykazování očkování a o jejím pověření bude písemně informovat ředitele NRC VZP.

4. Návrh dalšího postupu řešení nárůstu antivakcinačních aktivit

V současné době probíhají jednání k nepravdivým a očkovaní diskreditujícím informacím publikovaným dr. Elekovou mezi právníky MZ a ČLK. ČLK ve svém stanovisku zaslaném MZ označila její postup jako postup „non lege artis“, což v důsledku znamená postup v rozporu s etickým kodexem, zákonem č. 372/2011 Sb. a Úmluvou o lidských právech.

5. **Stanovisko NIKO** k novelizaci vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem, která je plánována v roce 2014. V této souvislosti bylo připomenuto vypustit z přílohy 1 citované vyhlášky bod 6., a to indikaci opakovaných otitid pro podání konjugované pneumokokové vakcíny dětem do 5 let věku.

6. Varianty řešení problému BCG vakcinace u neindikovaných dětí

Členové NIKO byli seznámeni s předběžnými neuspokojivými výsledky kontrol BCG vakcinace u dětí narozených v období od 1. 1. 2012 do 31. 6. 2012. Vzhledem k aktivitám škol nabádajícím k revakcinaci v 11 letech bude osloven dopisem hlavního hygienika příslušný náměstek MŠMT se žádostí, aby tuto aktivitu ZŠ dále neprováděly a nenabádaly tak rodiče k revakcinaci, která je z odborného pohledu v rozporu s doporučením SZO.

V rámci novely vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem je třeba konkretizovat bod 4 přílohy č. 3 této vyhlášky.

7. Různé

- Návrh České pediatrické společnosti ČLS JEP na vznik národního programu kompenzace nežádoucích účinků po očkování – uvedený návrh bude předložen jako podnět k zapracování do nejbližší novely zákona č. 372/2011 Sb., o tomto postupu bude písemně informován prof. Janda.

- OVZ/1 upozorní odbor LEG a DZP na připravovanou změnu schématu podání vakcíny Cervarix, kdy patrně od ledna 2014 bude Evropskou lékovou agenturou (EMA) schvá-

leno dvoudávkové schéma u 9–14letých, přičemž zákon č. 48/1997 Sb. stanoví třídávkové schéma pro HPV vakcinaci.

- Do novely vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem je třeba zapracovat do zvláštního očkování také očkování studentů vyšších zdravotních škol s odborným zaměřením zdravotnický záchranář proti VHB a VHA. U očkování proti VHB je třeba ještě zvážit, zda nebyla kohorta těchto studentů již v minulosti očkovaná proti VHB ve 12 letech.

- Vyjádření k návrhu dopisu Zdravotního ústavu Ostrava určeného pediatrům k dalšímu postupu v případech prokázané séronegativity v rámci vyšetřování protilátek pro sérologický přehled prováděný v roce 2013. Zjištěná séronegativita protilátek je výsledek vyšetření humorální imunitní odpovědi, nikoli buněčné imunity, a neznamena tak nutně nedostatečnou ochranu před infekčním onemocněním. „Na základě vyjádření Národní imunizační komise ze dne 30.10.2013 Ministerstvo zdravotnictví neuvažuje v současné době o případném přeočkování u osob se séronegativními výsledky protilátek zjištěných v rámci provádění víceúčelového sérologického přehledu protilátek proti spalničkám, VHB, parotitidě a pertusi.“

- NIKO vzala na vědomí zprávu firmy GSK o nezávadnosti a bezpečnosti vakcíny Infanrix v souvislosti se zvýšeným výskytem lokálních reakcí po aplikaci páté dávky. Součástí zprávy jsou výsledky prošetření možných závad vakcíny z výrobního hlediska, výsledky prověření distribučního řetězce, situace v počtu hlášení u vakcín a vyhodnocení hlášení na Infanrix a DTPa vakcíny.

V Praze dne 1. 11. 2013

Zapsala MUDr. Sylvie Kvášová

Verifikoval: Prof. MUDr. R. Chlábek, Ph.D.

Pro VOX redakčně upravil MUDr. Kozderka



Celorepubliková konference SPLDD

2. 11. 2013, Brno, Masarykova univerzita

■ Zpráva o činnosti, MUDr. Ilona Hülleová

Vážené kolegyně, vážení kolegové, rok 2013 s pověstnou 13 na konci ukázal, že pro Sdružení nebyl příliš šťastným rokem. Sdružení utrpělo velkou ztrátu úmrtím našeho dlouholetého předsedy MUDr. Pavla Neugebauera. Odešel pracovitý člověk, který svůj život spojil s prací ve prospěch SPLDD. Bude nám velmi chybět.

Pokusím se shrnout činnost SPLDD od poslední volební konference konané 3. listopadu 2012. VV začal pracovat v prakticky stejném složení, změnou bylo vystřídání dr. Kubátové Ctíradem Kozderkou. Dnes již mohu říci, že to byla dobrá volba. dr. Kubátová nadále úspěšně vedla zahraniční komisi Sdružení.

Koncem roku došlo také k volbám do OSPLD, kde došlo k novému personálnímu zastoupení PLDD. O činnosti nového výboru a OSPDL se zmíní ve svém vystoupení její předsedkyně dr. Šebková. Téměř ihned začala intenzivní spolupráce obou výborů. Velkou měrou se o to zasadil také Pavel N., který se stal místopředsedou OSPDL. Ukázalo se, že úzká spolupráce již byla více než žádoucí.

Koncem roku se konaly také volby do ČPS JEP a k mému velkému překvapení jsem se do jejího vedení dostala i já. Mou snahou bylo, je a bude propojit činnost SPLDD a činnost ČPS ve prospěch nás všech pediatriů, pokusit se s naší odbornou společností o vytvoření společné platformy, nazvané např. „Pediatriká akademie“.

Nyní ke konkrétním jednáním, která se konala:

VV SPLDD se scházel až na ojedinělé výjimky každou druhou a čtvrtou středu v měsíci.

Předsednictvo SPLDD se sešlo v uvedených termínech, 1× se konalo výjezdní dvoudenní zasedání v Poděbradech 30.–31. 8. s výborem OSPDL. Společná jednání s OSPDL proběhla každé 4 měsíce.

Společné jednání s ČPS i OSPDL proběhlo v kanceláři SPLDD 30. 4. 2013.

Jako obvykle se konal Sněm SPLDD v Bystřici nad Perštejnem 18.–19. 5. 2013.

Dále jsme se pravidelně účastnili jednání Koalice soukromých lékařů. S výstupy jste se setkávali podrobně na stránkách VOXu a také informací na našich webových stránkách.

Mimo to probíhala důležitá jednání na MZ, ZP a s jinými organizacemi.

Nemohu se nezmínit o věkovém rozložení PLDD. SPLDD ke konci října 2013 registruje 2074 členů. Průměrný věk PLDD je 57 let. Věkové rozložení lékařů, kdy 43 % je starších 60 let, 38 % je ve věku 50–59 let, celkově tedy 81 % lékařů je od 50 let výše! Pouze 15 % je ve věku 40–49 let a jen 4 % je mladších.

Obdobný graf věkového složení je k dispozici ze zdrojů ÚZIS. Tady jsou data o něco málo optimističtější – nad 50 let 77,5 %, více lékařů je ve věkové skupině 50–59 let – tj. 43 %, méně nad 60 let (asi o 10 % méně, než vyplývá z našich údajů).

Jaký je z toho vzkaz pro nás? Máme velký generační problém, tiká nám tu časovaná bomba a my musíme začít intenzivně řešit nejen udržení a rozvoj oboru, ale také jeho personální obsazení.

Pojďme k jednáním a událostem uplynulého období, snažila jsem se z mého pohledu vybrat to nejdůležitější a omlouvám se, pokud z časových důvodů něco vynechám.

Nejprve bych se zmínila o jednáních na MZ a o legislativě, která má velký dopad na chod našich praxí.

- Obecně nová legislativa (zdrav. zákony, vyhláška o vedení zdravotnické dokumentace, vyhláška o pracovněprávních službách aj.) přinesla velký nárůst administrativy.

- Rozhodnutím ÚS ze dne 27. 11. 2012 byla zrušena v zákoně o ZS tříletá lhůta k přeregistraci ZZ na poskytovatele zdravotnických služeb a odpadla povinnost žádat o přeregistraci do 31. 12. 2012, zůstala pouze možnost přeregistrace. ÚS také rozhodl, že registr lékařů povede nadále ČLK. Dále ÚS stanovil nutnost přiměřenosti výše sankcí k proviněním.

- Na jaře došlo k dlouho očekávané novele z. č. 372/2011 Sb. s platností od 1. 4. 2013, která upravila nesmyslný institut souhlasu obou rodičů, byl zrušen

opakovaný souhlas po 30 dnech, vyřazen úchop pacienta z omezujících prostředků. Nadále tudíž není potřeba v případě písemného souhlasu podpis obou rodičů, stačí souhlas jednoho.

- Problematickou se stala posudková činnost (zejména pro brigády, praktické vyučování, pro práci). Jak jsem již před rokem upozorňovala na minulou konferenci, došlo ke ztrátě způsobilosti pro PLDD tuto činnost vykonávat. Vyplývá to ze z. č. 373/2011 Sb. s účinností od 1. 4. 2012 a na něj navazující vyhlášky o pracovnělékařských službách č. 79/2013 Sb., která specifikuje provedení některých ustanovení tohoto zákona. PLDD nadále posuzují způsobilost pro studium, kde se řídí nařízením vlády č. 211/2010 Sb. s nabytím účinnosti od 31. 8. 2010 (toto nařízení stanovuje podmínky zdravotní způsobilosti uchazeče ke vzdělávání a bude zpracováno a zveřejněno ve VOXu).

- Na MZ v rámci jednání Komise péče o dítě proběhlo několik schůzek, které se zejména zabývaly zajištěním novorozenců předčasně propouštěných do domácí péče, domácími porody, problematikou 19letých. Tvořil se Metodický pokyn k předčasnému propouštění novorozenců. Opakovaně nedošlo ke konsensu, musela jsem na jaře napsat na MZ dopis, ve kterém odmítáme převzetí těchto z našeho pohledu rizikových novorozenců do péče, bez příslušného zajištění ochrany nás PLDD, včetně právní ochrany. Doposud tento metodický pokyn není dorešen, a to i přes určité kompromisní řešení, ke kterému jsme postupně došli s neonatologi a MZ, neboť došlo v posledním měsíci k novým úpravám ze strany zejména zastupců pacientů, které jsou pro nás nepřijatelné.

O problematice 19letých se zmíním dále.

- Začátkem roku, 8. 1. 2013, proběhlo jednání s novým HH – MUDr. Vladimírem Valentou. Projednával se ZOP, očkování a s tím související problematika. Musím říct, že stále častěji se poslední dobou potýkáme ve svých ordinacích s tzv. odpůrci očkování, se snahou různě rozkládat a posouvat očkování. Čelíme mediálním výstu-



pům i některých lékařů, kteří zpochybňují samotnou podstatu očkování, včetně jeho přínosu. HH dostal dopis, ve kterém upozorňujeme na tyto aktivity a žádáme ho o možnou nápravu. V odpovědi, kterou jste četli, HH odkazuje na jednání s ČLK, na výstupy MZ na jejich webových stránkách k této problematice. Bylo vydáno stanovisko VR ČLK a také vakcinologická společnost vydala svá stanoviska či doporučení k očkování.

- Dne 11. 4. 2013 proběhla dvouhodinová schůzka na MZ s ministrem Hegerem za účasti zástupců SPLDD i OSPDL. Probírali jsme zejména chystanou další novelu ZoZS, ke které jsme předali zásadní připomínky (např. to, že chceme zachovat registraci dítěte v primární péči ke konkrétnímu lékaři. V důvodové zprávě k novele bylo uvedeno, že není třeba osobní vazby na konkrétního lékaře. Navrhovaná novela by umožnila provádění některých preventivních výkonů mimo zdravotnická zařízení na základě souhlasu KÚ a hygieny). S ministrem jsme mluvili o nutnosti vytvoření koncepce péče o děti v ČR, kterou by garantovalo MZ, o vzdělávání a generační výměně PLDD, připomínkovali jsme připravovaný metodický pokyn k předčasnému propouštění novorozenců z porodnic.
- 17. 6. 2013 schůzka na MZ k problematice 19letých!! více k tomu později
- 20. 6. 2013 schůzka s náměstkem Polákem na MZ, kde se jednalo o záměrech vzdělávání PLDD a jeho podpory, nedošlo ke konkrétnímu výstupu. Musím říct, že stále čelíme tlaku ČPS, která preferuje jeden vzdělávací program a jednu společnou atestaci pro pediatrii i PLDD (s minimálně pětiletou dobou přípravy).

Co nás velmi zajímá, jsou úhrady pro příští rok.

- **MZ zahájilo 20. 3. 2013 první kolo DŘ o cenách na rok 2014**, další jednání vidíte, jak probíhala, a **o prázdninách (15. 7.) došlo k dohodě pro segment PL** (jehož jsme součástí). **Došlo k zachování úhrad ve výši letošního roku, v regulacích je navíc možnost srovnání nejen k celorepublikovému průměru, ale i sám se sebou. Nově se v návrhu úhradového dodatku objevuje i část věnovaná správnému vykazování pravidelného očkování a povinnosti hlášení do CC. Pokud by poskytovatel nesplnil toto hlášení, je mu krácena hodnota bodu u očkování na 0,60 Kč. Pokud splní, je hodnota**

bodu 1,12 Kč (tj. u některých pojišťoven zvýšení o 0,02 Kč oproti roku 2013). Opakovaně byl deklarován na DŘ nepříznivý ekonomický vývoj ve společnosti a dohody dosáhly pouze 3 segmenty.

- **22. 8. se konala schůzka zástupců Koalice s ministrem Holcátem, kde byl pan ministr seznámen s problémy ambulantní péče, s jejími úhradami a s regulacemi, dopadem zvýšeného DPH atd., neboť není pravdou, že problémy jsou pouze v nemocnicích.**
- **V měsíci říjnu se projednával ve vnitřním připomínkovém řízení návrh novely vyhl. č. 134/1998 Sb. – tzv. SZV, která by měla být vydána s účinností od 1. 1. 2014.**

Pro PLDD by tak mělo na základě našeho podnětu dojít k navýšení minutové reže o těchto kódů o 5 min. Byl to i určitý příslib MZ, jak nám kompenzovat ušlé RP a to, že nám nebyl přiznán začátkem roku kód ošetření dítěte do 6 let věku – 09555.

- 18. 10. byly představeny na MZ principy a priority úhrad pro rok 2014 za účasti pana ministra. Opět zmiňován nedostatek financí, finanční propad ZP (nejvíce u VZP – 3 mld. a vyčerpaný rezervní fond). Projeví se to zejména na konci roku. Byl zmíněn úspěch pana ministra při prosazení navýšení platby za státní pojištění (4,7 mld.). Pro nás zásadní bylo to, že MZ bude respektovat dohodu segmentů. Za SPLDD jsem tlumočila naši zásadní připomínku, a tou je fakt, že do dnešního dne nebylo PLDD adekvátně vykompenzováno zrušením RP. Tudíž při příslibu MZ, že nemocnicím musí být výpadek příjmů ze zrušení RP od 1. 1. 2014 kompenzován, jsem nemohla nereagovat a tuto připomínku jsem následně zaslala i na MZ písemně, spolu s podklady SPLDD z roku 2012 na možnou úpravu věkových koeficientů. Na jednání bylo navrženo dr. Volemanem (za ČLK), že nejjednodušším řešením by bylo přiznat PLDD kód 09555. Totéž nezpochybnil dr. Jojko. Jak se zachová MZ, uvidíme.

- **V tomto týdnu ve středu jste jistě zachytili rozhodnutí ÚS, který reagoval na návrh 39 senátorů na zrušení úhradové vyhlášky pro rok 2013. ÚS rozhodl, že je protiústavní, nicméně ponechal její platnost do konce roku 2014. Zdá se, že MZ musí nějakým způsobem reflektovat toto rozhodnutí i v přípravě úhradové vyhlášky pro rok 2014. V tomto týdnu se sešla na mimořádném jednání i Koalice soukromých lékařů, která reagovala**

na signály, že by mohlo dojít k navýšení pouze pro nemocniční péči, a vytvořila otevřený dopis ministru zdravotnictví, ve kterém upozorňuje na finanční nedostatek a jeho negativní důsledky i v ambulantním sektoru, stále zvyšující se náklady při stagnaci či poklesu úhrad. V dopise vyzývá pana ministra, aby při tvorbě úhradové vyhlášky na rok 2014 ambulance nediskriminoval a možné navýšení úhrad rozdělil rovným dílem všem segmentům.

Nyní k neméně důležitým partnerům, a to ke zdravotním pojišťovnám. V některých bodech se budu opakovat, protože se navzájem prolínají.

- Ke konci roku a začátkem tohoto roku se jako obvykle řešila úhradová vyhláška a její dopady pro letošní rok. Naše snaha byla zajistit bonifikaci především za nový model logistiky očkování, vykazování očkování, hlášení do Clearingového centra. Finalizace probíhala u některých ZP ještě během února 2013. V podstatě se podařilo úhrady zachovat a v některých případech i lehce navýšit. Projednával se také Očkovací dodatek pro model vykazování očkování, který byl spuštěn od 1. 1. 2012.
- Zmínila bych jednání s VZP, které proběhlo koncem roku. Úhrady byly stanoveny dle dohody z dohodovacího řízení, odpovídaly úhradám roku 2012. Co se povedlo (po letité snaze), bylo to, že AKORD byl změněn na tzv. „PedAKORD“ se specifikou pro nás, tak aby mohlo dojít k zapojení větší části kolegů. Došlo k možné bonifikaci za jednotlivé splnění podmínky dle možností jednotlivých PLDD. Naší snahou bude tento model dále rozvíjet.
- **Počátkem roku 2013 se svedl boj o kód 09555 (ošetření dítěte do 6 let).** Probíhala intenzivní jednání, jejichž výsledkem byla dohoda ZP a MZ nenasmělovat nám tento kód s odůvodněním, že naše odbornost je zvýhodněna ve svých výkonech. MZ nicméně nabídlo již zmiňované rozšíření reže našich stávajících výkonů, k tomu by snad mohlo dojít od příštího roku, pokud vstoupí v platnost novela SZV.
- Probíhala jednání nad Metodikou provádění pravidelného očkování a úpravou formuláře Hlášení do CC, naším cílem bylo maximální zjednodušení, tak aby bylo pro běžnou praxi zatíženo co nejmenší chybivostí.
- **3. 4. 2013 se konalo společné jednání se zdravotními řediteli ZP, na kterém došlo ke kompromisní dohodě a členům**



bylo doporučeno podepsat Očkovací dodatek, který končí k 31.12.2013. Přistoupili jsme na dohodu také pro možnost bonifikace (např. VZP).

- 27.3.2013 se na VZP konalo jednání Komise pro metodiku a datové rozhraní, za SPLDD jsme předložili návrh na zrušení automatické odregistrace pojištěnce po dovršení 19 let, po shodě účastníků došlo k odsunu řešení na další jednání (i s ohledem na plánované jednání s MZ a ZP).
- Za důležité považuji zmínit jednání s OZP ohledně změny nastavení koeficientů pro možné bonifikace PLDD. Byla přislíbena ze strany zástupce OZP náprava, pokud vím, došlo k zlepšení situace, ale ne dostatečně. Plánujeme v jednání pokračovat po předložení reálných propočtů z naší strany i od OZP. Osobně to vidím na další jednání při nastavení úhrad pro rok 2014.
- Poslední jednání se zástupci VZP a SZP proběhlo v minulém týdnu. Předmětem byla tzv. výstupní preventivní prohlídka v 19 letech a jednání nad možností zařazení dalších výkonů do SZV pro naši odbornost. Požadovali jsme maximální interval před 19. narozeninami, ve kterém výstupní prohlídku provedeme a vykážeme, bez toho, že nám ji ZP neuzná s ohledem na své nastavené kontrolní mechanismy. Požadovali jsme jednotný přístup všech ZP. Snad se na dřívějším provedení dohodneme. Ohledně výkonů jsme projednávali možnosti nových výkonů pro PLDD mimo KP. S výstupy budete seznámeni.

navýšení v r. 2008 a r. 2009 po protestech, které si ještě určitě pamatujete. Od r. 2009 zůstává základní hodnota stejná. Zvyšující se příjmy jsou díky bonifikačním systémům, ale i přes to dochází ve spoustě praxí PLDD reálně k poklesům zisků. Důvodem je nepříznivá demografická situace (ať už porodnost, vylidňující se vesnice), zvýšené náklady včetně dopadu zvýšeného DPH, úbytek silnějších starších ročníků. I to ohrožuje zachování sítě PLDD a dostupnost péče pro naše pacienty a jejich rodiče.

Dostávám se k problematice 19letých
V tomto roce jsme se snažili vyřešit možnost úhrady (KP) mladistvých nad 19 let, kteří zůstávají v našich ordinacích a ne-registrují se u PL pro dospělé. Pokusili jsme se o změnu v Metodice VZP, která definuje automatickou odregistraci v 19 letech u PLDD. Problém je to letitý, opět byl otevřen na Komisi péče o dítě, obdrželi jsme podpurná stanoviska odborných společností (OSPDL, dorostového lékařství), proběhla dotazníková akce mezi PLDD, na základě které bylo zjištěno, že na jednu ordinaci připadá 56 mladistvých, kteří nejsou registrováni u PL a celkem se jedná o 115 360 dospívajících v ČR. Setkali jsme se s nepřijatelnou argumentací ze strany odborné společnosti dospělých praktiků a závěr byl nedohoda, přičemž stanovisko ZP bylo, že jim současný stav vyhovuje. Budeme se nadále snažit jednat v této záležitosti a to i s ohledem na navazující legislativu.

LPS

Problematika se otevřela v souvislosti s návrhem novely zákona o zdravotních službách, kde bylo navrženo vypuštění LPS

jako takové a zřízení urgentních příjmů. Přispělo k tomu i Memorandum k LPS podepsané za SPLDD MUDr. Neugebauerem. Obojí vyvolalo reakci ze strany zástupců ČPS, s tím, že by bylo vhodné, aby péči o registrované pacienty zajišťoval 24 hod. PLDD, a dále poukazovali na nepřipravenost urgentních příjmů pro děti v ČR, na problémy v současném zajištění LSPP. O nutnosti monitorovat situaci bylo jednáno i na společné schůzce. Byl vytvořen dotazník, který vyplňovali okresní zástupci Sdružení na letošním Sněmu a na druhé straně také primáři DO v ČR. Výstupy z obou organizací a jejich porovnání zpracoval prim. Ryba. Budete s nimi seznámeni v dalším čísle časopisu VOX.

Ke spolupráci s ČPS

V uplynulém období byla snaha o spolupráci organizací – SPLDD, OSPDL a ČPS. Cílem společných jednání je snaha o zajištění kvalitní péče o děti a hledání cesty k úzké spolupráci. Aktualizovat Koncepti péče o dítě v ČR, vzájemně se informovat a společně vystupovat vůči státním orgánům, ZP a dalším subjektům. Musíme se o to alespoň pokusit. Z tohoto pohledu musím zmínit tragickou událost, která nás opět zasáhla. 19.10.2013 zemřel náhle doc. Pozler, předseda ČPS JEP. Je to velká ztráta pro pediatriickou obec. Mohu jen doufat, že jeho odchod nenaruší nastartovanou spolupráci s ČPS. 30.4.2013 proběhlo společné jednání, z něhož vzešla tzv. Májová dohoda. K jejímu podpisu došlo v říjnu 2013. Na základě společného jednání se uskutečnila dotazníková akce k zajištění LPS, společné aktivity k zajištění zdravotního očkovacího průkazu. Pevně doufám, že může dojít i k vytvoření společné platformy pro všechny

Na grafu KP jsem chtěla pro názornost ukázat na hodnotu KP, její pozvolný nárůst a skokové



pediatrické odbornosti, nazvané např. „Pediatrická akademie“. V neposlední řadě se budeme zabývat i otázkou vzdělávání.

Vzdělávání – SPLDD ČR

V uplynulém období se úspěšně rozběhlo kreditování akcí pořádaných Sdružením. Úspěšně proběhl cyklus několika Managementů lékařské praxe (např. posudková činnost). Tradičně se konal začátkem března již 7. kongres primární péče pro praktické lékaře. Sdružení vydává svůj časopis VOX, na úrovni okresů probíhají okresní vzdělávací semináře. Spolupráce se zástupci OSPDL je na velmi dobré úrovni.

Koalice soukromých lékařů

Zprávy o jednáních Koalice a jejich výstupech jsou pravidelně zveřejňovány ve VOXu, důležitá stanoviska též. Posledním společným výstupem Koalice byl otevřený dopis ministru Holcátovi k úhradové vyhlášce pro rok 2014.

E-zdravotnictví

E-recept: Stanovisko Koalice ze dne 12. 12. 2012 k vládnímu návrhu zákona měnícímu zákon o léčivech odmítlo povinnost předepisovat léky pouze a jen elektronicky. **E-komunikace OSSZ:** 17. 9. 2013 proběhlo jednání na MPSV k posudkové službě, řešilo datové schránky, povinnost E-neschopenky odložena.

Závěrem si dovolím shrnout problémy a úkoly, které budeme muset řešit. Jedná se především o generační výměnu v našich ordinacích a ta souvisí s koncepcí pediatrie v ČR. Je potřeba zajistit adekvátní úhrady pro PLDD, včetně kompenzace zrušených regulačních poplatků. Pokusíme se napravit změny v posudkové činnosti. Rozšířit kompetence PLDD a to zejména prostřednictvím novely Seznamu zdravotních výkonů. Nadále řešit problematiku očkování a 19letých. Je potřeba upravit E-recept jako jednu z možností preskripce. V neposlední řadě se budeme zabývat dopady nového občanského zákoníku. A to dopady jak na SPLDD, tak na nás poskytovatele zdravotních služeb, na lékaře i občany.

■ Usnesení Celorepublikové konference SPLDD ČR

- Konference se zúčastnilo 170 členů SPLDD, z toho 160 mandatářů.
- Konference zvolila:
Návrhovou komisi ve složení:
MUDr. Hrunka, Gricová, Zemánková, Matoušková, Fastrová, Beneš, Nulíčková, Polach, Růžičková, Cabrnachová
Mandátovou komisi ve složení:
MUDr. Martincová, Petrtýlová, Johnová, Fialová, Bušek
Volební komisi ve složení:
MUDr. Verdánová, Lukešová, Zavřel, Kalabusová, Svobodová M.
Zápis: Střechová Eva
- Konference schvaluje navržený program.
- Konference ocenila celoživotní přínos zesnulého předsedy MUDr. Pavla Neugebauera pro naše Sdružení.
- Konference bere na vědomí zprávu o činnosti SPLDD ČR.
- Konference bere na vědomí závěrečnou zprávu o hospodaření SPLDD ČR za rok 2012, informace o průběžném čerpání rozpočtu na rok 2013 a schvaluje návrh rozpočtu na rok 2014.
- Konference bere na vědomí zprávu revizní komise.
- Konference bere na vědomí zprávu předsedkyně zahraniční komise.
- Konference bere na vědomí informace předsedkyně OSPDL.
- Konference bere na vědomí informace vedoucí katedry PLDD.
- Konference vyslechla výklad občanského zákoníku platného od 1. 1. 2014 od JUDr. Doležala.
- Konference schválila navýšení členských příspěvků: řádné členství 2450 Kč, mimořádné členství 950 Kč
- Konference bere na vědomí změnu SPLDD o.s. na SPLDD z.s. – dle nového OZ.

- Konference ukládá Předsednictvu intenzivně pracovat na změnách Stanov SPLDD v souladu s novým OZ.
- Konference ukládá Předsednictvu propracovat systém generační výměny a atraktivnění oboru PLDD, podporu rezidenčních míst.
- Konference podporuje otevřený dopis Koalice SL ve věci nespravedlivého přerozdělení prostředků ve prospěch nemocničních zařízení.
- Konference ukládá Předsednictvu řešit problematiku předčasně propouštěných novorozenců, porodu doma, e-Rp.
- Konference ukládá Předsednictvu podporovat rozšíření kompetencí PLDD (např. posudková činnost).
- Konference ukládá Předsednictvu pracovat na řešení problému s očkováním („odmítači, posunovači, rozkladači, alternativci“), prosazení alternativní cesty získávání vakcín.
- Konference ukládá Předsednictvu nadále hájit nárok na kompenzaci RP.
- Konference považuje za nezbytné, aby od 1. 1. 2014 vstoupila v platnost novela SZV a došlo k navýšení časů u výkonů do 6 let.
- Konference zvolila nového předsedu SPLDD ČR: MUDr. Ilonu Hülleovou na dobu 2 let do řádné volební konference.
- Konference ukládá Výkonnému výboru a Předsednictvu pracovat na možnostech servisní organizace SPLDD.
- Konference doporučuje pokračovat v dalších jednáních na základě Májové dohody.
- Konference nepodporuje znovuzavedení degresivního koeficientu.



Dětský lékař.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





Možné trestní následky nezajištění náležitého odborného dohledu nad neatestovaným lékařem

JUDr. Jan Mach

ředitel právní kanceláře ČLK

Nedávno obdržela Česká lékařská komora dotaz služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR jednoho kraje, který se týkal případu, kdy o nepřijetí pacienta do nemocnice rozhodl lékař bez specializované způsobilosti a toto rozhodnutí bylo posléze shledáno odborně chybným. Byla hodnocena otázka, zda lékař bez atestace mohl sám vykonávat ústavní pohotovostní službu, sám rozhodovat o tom, který pacient bude či nebude přijat k hospitalizaci, a zda nebyl zanedbán odborný dohled ze strany lékaře se specializovanou způsobilostí.

Samotné, podle mého názoru velmi fundované otázky, které policejní orgán zadal v této souvislosti, svědčí o tom, že tato problematika může být velmi rychle předmětem trestního řízení (v řadě případů již byla) a může vést k trestnímu stíhání odborného zástupce poskytovatele, ředitele nemocnice, lékařského náměstka, příslušného primáře, jeho zástupce nebo lékaře pověřeného výkonem odborného dohledu nad neatestovaným lékařem, ale i neatestovaného lékaře, který svévolně rozhodoval o věcech, o nichž rozhodovat neměl. Tyto informace zveřejňujeme především jako prevenci právních problémů, do kterých se mohou lékaři na jednotlivých stupních řízení od ředitelů nemocnic přes odborné zástupce, primáře až po neatestované lékaře dostat, není-li řádně – v souladu se zákonem – zajištěn odborný dohled nad lékařem bez specializované způsobilosti.

Pro zajímavost uvádím dotazy, které zadala kriminální služba Policie ČR:

- Za jakých podmínek může pracovat v nemocnici lékař-internista bez atestace, aby nedošlo k porušení zákona č. 95/2004 Sb., vyhlášky č. 185/2009 Sb. a dalších navazujících předpisů?
- Je povinností provozovatele zdravotnického zařízení, případně vedoucího lékaře interny nemocnice, zajistit lékařům bez atestace odborný dohled lékaře se specializovanou způsobilostí? Upravuje tuto povinnost konkrétní právní norma? Jaká?
- Může-li lékař bez atestace pracovat pouze pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí (§ 4 zákona č. 95/2004 Sb.), prosím, vysvětlíte pojem odborný dohled lékaře se specializovanou způsobilostí.

- Může lékař-internista bez atestace provádět samostatně vyšetření pacientů, stanovovat diagnózy a rozhodovat o přijetí či nepřijetí pacientů k hospitalizaci do nemocnice?
- Má lékař bez atestace při výše popsaném vyšetření pacienta povinnost vyžádat si fyzickou přítomnost lékaře se specializovanou způsobilostí při vyšetření pacienta na pohotovosti, nebo je postačující telefonická konzultace?
- V jakém postavení je v době takového rozhodování lékař se specializovanou způsobilostí, který nad lékařem bez atestace vykonává odborný dohled? Přebírá za jeho rozhodnutí plně odpovědnost, i trestní?
- Pokud neměl lékař potřebnou specializaci k vykonávané činnosti lékaře na interním oddělení nemocnice, jak měl postupovat, aby nebyl porušen zákon č. 95/2004 Sb., zákon č. 372/2011 Sb. a další zákonné vyhlášky a normy? Je za svá rozhodnutí, pokud porušil své povinnosti, trestně odpovědný? Je za jeho rozhodnutí trestně odpovědný ten, kdo mu nařídil vykonávat činnost lékaře pohotovosti, nebo lékař se specializovanou způsobilostí určený k odbornému dohledu nad ním, anebo primář oddělení?

V daném případě se Česká lékařská komora necítila být povinna poskytovat policejnímu orgánu právní výklad zákonů, který mohl být v neprospěch jejích členů, proto pouze odkázala na příslušné právní předpisy, a zejména zdůraznila možnost odevzdání případu k řešení disciplinárním orgánům ČLK místo vedení trestního stíhání. Ze zadaných otázek je však zřejmé, že za současné složité personální situace v řadě nemocnic může být trestní odpovědnost za nezajištění řádného

odborného dohledu nad neatestovaným lékařem velmi aktuální, počínaje ředitelem a odborným zástupcem přes lékařského náměstka, primáře, jejich zástupce a vedoucí služeb pověřené odborným dohledem. Velmi doporučuji věnovat se této problematice a nepodceňovat i dostatečnou administrativní dokumentaci spojenou se zajištěním náležitých odborných dohledů nad každým lékařem bez specializované způsobilosti. Jeden z mých významných učitelů práva pronesl kdysi památnou a důležitou větu:

„Papír není hůl, ale přesto se lze o něj opřít.“

Lze-li písemně doložit, že zákonné povinnosti splněny byly, příslušného vedoucího pracovníka i lékaře to významně právně chrání.

Zkusme si stručně vymežit, k jakým situacím může při zajišťování odborného dohledu nad neatestovaným lékařem docházet:

Lékař bez specializované způsobilosti, který není ani absolventem základního kmene příslušného oboru:

Tento lékař by měl pracovat vždy pod přímým odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí (tedy nikoli pouze lékaře, který je absolventem základního kmene). Přímý odborný dohled by měl spočívat v trvalé přítomnosti lékaře pověřeného odborným dohledem na pracovišti, kde pracuje lékař bez specializované způsobilosti a bez absolvování základního kmene. Tento lékař v přípravě by měl od lékaře, který nad ním vykonává odborný dohled, případně od primáře, obdržet písemně, jaké činnosti může vykonávat sám, jaké činnosti může vykonávat jen v přítomnosti dohlížejícího lékaře a jaké činnosti vykonávat nesmí. O tom by



měl obdržet písemné rozhodnutí, které bude mít u sebe jak dohlížející lékař, tak primář oddělení a lékař v přípravě. Rozsah toho, co může takový lékař první dva roky po absolvování lékařské fakulty vykonávat sám, se může měnit a jiný může být například prvních šest měsíců, jiný posledních šest měsíců dvouletého období do absolvování základního kmene. Pokud takový lékař nemá vymezeno, jaké činnosti může vykonávat, neměl by samostatně, bez přítomnosti dohlížejícího lékaře, provádět žádné lékařské výkony. Je plně legitimní odmítnout v těchto podmínkách samostatně pracovat, není-li vymezeno, co mohu samostatně dělat. Je-li pak zjištěno, že lékař bez specializované způsobilosti a bez absolvování základního kmene neměl vymezeno, jaké činnosti může vykonávat, neměl zajištěn odborný dohled lékaře se specializovanou způsobilostí a sám prováděl lékařskou činnost nebo sám vykonával lékařskou ústavní pohotovostní službu, tedy sám rozhodoval o dalším postupu léčby ve všech případech, jde o závažné porušení zákona, za které může být poskytovateli uložena sankce. Dojde-li přitom k újmě na zdraví nebo k úmrtí pacienta v souvislosti s chybným odborným postupem neatestovaného lékaře, který neměl zajištěn náležitý odborný dohled, bude připadat v úvahu, podle konkrétních okolností případu, jak odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb za škodu, případně za zásah do práva na ochranu osobnosti, tak trestní odpovědnost, počínaje odborným zástupcem poskytovatele zdravotních služeb přes ředitele zdravotnického zařízení, jeho lékařského náměstka, přednosty kliniky, primáře či jejich zástupce až po lékaře, který byl odborným dohledem pověřen a tento dohled řádně nevykonával. Odpovědnost neatestovaného lékaře by byla aktuální v případě, kdy měl vymezeno, co může a co nemůže sám konat, a přesto konal činnosti, které vykonávat neměl, a přitom se dopustil odborného pochybení nebo se dopustil takové odborné chyby, které se ani absolvent lékařské fakulty bez specializované způsobilosti dopustit nesmí.

Lékař bez specializované způsobilosti – držitel certifikátu o absolvování základního kmene příslušného oboru:

Rovněž tento lékař musí pracovat pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí a nemůže lékařskou činnost vykonávat samostatně. Podle zákona by však mohl samostatně vykonávat některé

činnosti, které má vymežit prováděcí právní předpis – vyhláška. Protože tento prováděcí právní předpis dosud vydán nebyl (lze si představit, že jeho vydání bude poměrně odborně obtížné), nezbyvá, než aby rozsah činností, které může absolvent základního kmene bez atestace vykonávat samostatně a které nemůže vykonávat samostatně a musí je vykonávat pod přímým odborným dohledem dohlížejícího lékaře, vymezil buď ten, kdo nad tímto lékařem vykonává odborný dohled, nebo příslušný primář. Pokud jde o ústavní pohotovostní služby, z vyhlášky č. 99/2012 Sb. vyplývá, že držitel certifikátu o absolvování základního kmene příslušného oboru je oprávněn vykonávat ústavní pohotovostní službu bez přímé fyzické přítomnosti lékaře se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, je-li zajištěna fyzická dostupnost lékaře se specializovanou způsobilostí do dvaceti minut. Podle stanoviska ČLK by komunikační dostupnost lékaře se specializovanou způsobilostí měla být zajištěna vždy okamžitě. Tedy sloužící lékař-absolvent základního kmene bez atestace může být na oddělení sám za předpokladu, že lékař s příslušnou atestací se může fyzicky dostavit na pracoviště do dvaceti minut a je „na telefonu“.

Lékař se specializovanou způsobilostí v jiném oboru, než ve kterém je zdravotní péče poskytována:

Má-li lékař sice atestaci a specializovanou způsobilost, avšak v jiném oboru, než ve kterém má zajišťovat například ústavní pohotovostní službu nebo poskytovat samostatně zdravotní služby, je třeba na něho hledět jako na lékaře bez specializované způsobilosti v příslušném oboru, ve kterém je zdravotní péče poskytována. Každému je například zřejmé, že atestovaný chirurg nemůže samostatně sloužit na interně. Není však již tak jasné, že atestovaný chirurg by neměl samostatně sloužit na urologii (ač je tomu tak). Má-li atestovaný lékař atestaci v oboru, který má společný základní kmen s oborem, ve kterém je zdravotní péče poskytována, je třeba na něho hledět jako na absolventa základního kmene, který může samostatně sloužit za předpokladu, že je zajištěna fyzická dostupnost lékaře s atestací v příslušném oboru do dvaceti minut a komunikační dostupnost bezprostředně. Nemá-li atestovaný lékař v příslušném oboru, ve kterém je poskytována zdravotní péče, společný ani základní kmen s odborností oddělení, na němž má sloužit, je třeba

na něho pohlížet jako na lékaře-absolventa bez základního kmene, který by měl vykonávat lékařskou činnost pouze pod přímým odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru.

Lékař se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru:

Tento lékař může samostatně vykonávat veškeré zdravotní výkony, pokud k jejich výkonu není třeba funkční licence nebo absolvování certifikovaného kursu (týká se některých vysoce specializovaných výkonů). Jinak může samostatně vykonávat veškeré činnosti, řídit činnost jiných lékařů a vykonávat odborný dohled nad lékaři bez úplné kvalifikace. Funkci vedoucího lékaře a primáře ve zdravotnickém zařízení může vykonávat za předpokladu, že je držitelem osvědčení České lékařské komory k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře ve zdravotnickém zařízení. V tomto směru byl veden v minulosti soudní spor, zda lékař se specializovanou způsobilostí, který nemá osvědčení ČLK k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře ve zdravotnickém zařízení, není „ze zákona“ způsobilý vykonávat funkci vedoucího lékaře a primáře i bez osvědčení ČLK. Případem se zabýval Nejvyšší správní soud s nálezem, ze kterého vyplývá, že ČLK je oprávněna k výkonu takové funkce, jako je funkce primáře a vedoucího lékaře, stanovit ještě další podmínky nad rámec těch, které stanoví zákon, neboť ji k tomu zákon zmocňuje. Proto je zcela legitimní, pokud funkci primáře může vykonávat jen držitel příslušného osvědčení, a nikoli každý lékař se specializovanou způsobilostí.

■ Jaké situace mohou v praxi nastat

Nad lékaři bez specializované způsobilosti není zajišťován odborný dohled:

V praxi jsem se setkal s případy, kdy v nemocnici sloužil samostatně lékař po necelém roce praxe, kdy netušil, kdo by nad ním snad měl vykonávat odborný dohled, neměl žádné rozhodnutí o tom, co může a co nemůže vykonávat sám, a o institutu odborného dohledu ani nevěděl. V praxi v dané nemocnici nebylo ustanovení o odborném dohledu nad neatestovanými lékaři vůbec dodržováno na žádném z oddělení. Za takový stav nese pochopitelně plnou odpovědnost odborný zástupce a ředitel příslušného zdravotnického zařízení, neboť jde o přímé a hrubé porušení zákona v celé nemocnici. Dojde-li za této



situace k úmrtí pacienta či újmě na zdraví v důsledku toho, že službu vykonával nedostatečně odborně fundovaný lékař, bude odpovědnost odborného zástupce a ředitele zdravotnického zařízení zcela evidentní.

Nad neatestovaným lékařem je formálně ustanoven odborný dohled, aniž je vymezeno, jaké činnosti může vykonávat samostatně a jaké pod přímým dohledem atestovaného lékaře:

Je-li odborný dohled formálně stanoven, ale není vymezeno, jaké činnosti může konat lékař pod odborným dohledem samostatně a jaké činnosti může vykonávat pouze pod přímým dohledem atestovaného lékaře, případně jaké činnosti vykonávat vůbec nemůže, jde o porušení zákona a odborný dohled není náležitě zajištěn. Pouhé určení, že odborný dohled vykonává ten či onen lékař, není bez dalšího řádným zajištěním odborného dohledu. Pokud neatestovaný lékař, vůbec neví, co sám může a nemůže, kdy má vždy volat dohlízejícího lékaře a jaké činnosti s ohledem na dosavadní praxi již může vykonávat bez přímého dohledu, není odborný dohled ve smyslu zákona řádně zajištěn. Není stanoveno, že by rozsah těchto činností musel být vždy stanoven dohlízejícím lékařem nebo primářem neatestovanému lékaři písemně. Lze to však plně doporučit a půjde pak o nezpochybnitelný doklad, zejména pokud neatestovaný lékař o své vůli konal něco, co podle příslušných pokynů konat neměl, nebo nevolal dohlízejícího lékaře za situace, kdy ho volat měl.

Odborný dohled je formálně zajištěn, ale není v praxi realizován:

Je samozřejmě nesmírně důležité, je-li náležitě dokumentováno, a to pokud možno písemně, že odborný dohled nad příslušným lékařem je řádně zajištěn, kdo je dohlízejícím lékařem, jaké činnosti může vykonávat lékař bez specializované způsobilosti a kdy je povinen přivolat dohlízejícího lékaře. Je-li toto náležitě písemně vymezeno, je to velmi dobrou prevencí před trestní, občanskoprávní i správní odpovědností poskytovatele zdravotních služeb i jednotlivých zdravotnických pracovníků a řídicích pracovníků. V praxi se pak může stát, že to, co „je na papíře“, není v praxi. Neatestovanému lékaři, který je absolventem základního kmene, je uloženo, aby v případě potřeby volal atestovaného lékaře, který by měl být fyzicky dostupný do dvaceti minut. Atestovaný lékař však zrovna nebude na telefonu nebo nebude schopen

dostavit se v tomto čase, ale dostaví se podstatně později. Pak bude patrně podrobně konkrétně zkoumáno, z jakých důvodů bylo přerušeno obvyklé telefonické spojení nebo co bránilo atestovanému lékaři dostavit se do dvaceti minut (například běžně by byl schopen do dvaceti minut se dostavit, ale s ohledem na dopravní situaci nebo povětrnostní podmínky to v konkrétní situaci možné nebylo, což je jistě omluvitelné).

Znalecky a expertně bude zhodnoceno, že rozsah činností, které může neatestovaný lékař dělat samostatně, byl stanoven odborně chybně a bylo mu povoleno konat činnosti, které by měl konat pouze lékař se specializovanou způsobilostí – atestací v příslušném oboru:

V takovém případě by mohla být aktuální odpovědnost toho zdravotnického pracovníka, jenž chybně stanovil rozsah činností, které může neatestovaný lékař konat samostatně, nevzal v úvahu jeho dosavadní erudici a praxi a přecenil jeho schopnosti. Je to však otázka znaleckého zkoumání, kdy, jak známo, pohledy znalců jsou někdy značně subjektivní a vycházejí z podmínek spíše fakultních pracovišť než pracovišť, kde je personální situace někdy svízelná, proto by muselo jít o případ, kdy je zcela zřejmé, že činnosti, které byly povoleny neatestovanému lékaři, by mu správně povoleny rozhodně být neměly. Jde-li o případ diskutabilní a ten, kdo stanovil neatestovanému lékaři rozsah činností, které může samostatně vykonávat, si dokáže odborně zdůvodnit své rozhodnutí, nebude vyvození odpovědnosti na místě.

Snad nejčastějším problémem je v současné době názor některých vedoucích pracovníků, že atestovaný lékař v jednom oboru může samostatně vykonávat zdravotní péči v oboru jiném. Není tomu tak.

To, že chirurg nemůže samostatně sloužit na interně nebo gynekologii, je celkem zřejmé. Méně zřejmé je to u některých jiných subtilních odborností, kde je na běžném oddělení běžné nemocnice poměrně svízelné zajišťovat řádně ústavní pohotovostní službu lékařem příslušné odbornosti, např. na očním oddělení, kožním oddělení apod., ačkoli jde o odbornosti se samostatnými základními kmeny. Zde by patrně připadala v úvahu odborná diskuse o eventuální novelizaci vyhlášky č. 99/2012 Sb., byť jde o otázku výsostně medicínskou, a nikoli právníkou. Příslušný vedoucí pracovník by se však zásadně mýlil, pokud vychází z toho, že „do

služby postavil atestovaného lékaře a to stačí“, neboť do služby musí „postavit“ atestovaného lékaře příslušné odbornosti nebo při zajištění fyzické dostupnosti příslušného specialisty do dvaceti minut alespoň absolventa příslušného základního kmene.

Nezajištění náležitého odborného dohledu ze strany vedení zdravotnického zařízení nebo ze strany příslušného primáře je časovanou bombou právní odpovědnosti v medicíně. Jako lektor Justiční akademie mohu potvrdit, že soudci i státní zástupci se v současné době o tuto problematiku zajímají snad úplně nejvíce – kdo může samostatně sloužit, kdo může samostatně rozhodovat o další péči o pacienta, kdy musí být zajištěn odborný dohled a v čem má tento odborný dohled spočívat, apod. Konečně i shora uvedené otázky kladené kriminální policií České lékařské komory jsou toho dokladem. Odborní zástupci poskytovatelů zdravotních služeb, ředitelé nemocnic, jejich lékařští náměstci, přednostové klinik, primáři oddělení a jejich zástupci i lékaři pověřeni odborným dohledem by si měli být vědomi své odpovědnosti v případě, že náležitý odborný dohled nad lékaři bez specializované způsobilosti není v příslušném zdravotnickém zařízení náležitě zajištěn, a neměli by se nechat vmanipulovat do situace, kdy budou riskovat svou odpovědnost pro případ úmrtí nebo újmy na zdraví, ke které dojde v důsledku nedostatečného zajištění náležité odborné péče. Pokud na to důrazně upozorňuji, není to proto, abych lékaře na jednotlivých stupních řízení „strašil“, ale varoval. Státního zástupce ani soudce nebudou zajímat ekonomické podmínky nemocnice a platby od zdravotních pojišťoven, které jsou nyní, jak víme, velmi svízelné, ale jedině to, zda byl dodržen zákon.

*Převzato z Tempus Medicorum,
10/2013; ročník 22*



Operační postup pro nakládání s léčivy

■ Kontroly SÚKL v ordinacích PLDD

Nadále probíhají kontroly SÚKL u poskytovatelů zdravotních služeb a výjimkou nejsou ani ordinace PLDD. V rámci kontrol je požadováno mj. vypracování operačních postupů každým poskytovatelem zdravotních služeb. I když se zdá, že v našich ordinacích je nakládání s léčivy marginální záležitostí, přesto kontrolující orgán požaduje písemnou formu Operačního postupu pro nakládání s léčivy. Dále proto otiskujeme vzor takového operačního postupu tak, jak ho připravil Mgr. Jakub Uher. V ordinaci PLDD se jedná zejména o nakládání s očkovacími

látkami, které snad již zvládáme. Nesmíme ale zapomenout ani na správné zacházení s léčivými přípravky, které na žádanky odebíráme z lékáren pro zajištění chodu ordinace (zejména se jedná o injekční preparáty). Podcenit bychom ale neměli ani vzorky léčivých přípravků, které nám nabízejí zástupci farmaceutických firem. I s těmito vzorky jsme v případě jejich přijetí povinni zacházet správně, včetně jejich zaevidování. Měli bychom totiž v případě potřeby umět dohledat, který léčivý přípravek (název, číslo šarže, datum) byl v našich ordinacích pacientovi podán/vydan. Nemalý důraz je ze strany SÚKL kladen také na sledování hlá-

šení SÚKL o zastavení distribuce či stažení léčivých přípravků z oběhu v případě podezření na závadu či prokázané závady. Od nás naopak SÚKL očekává hlášení nežádoucích účinků léčivých přípravků, s nimiž se můžeme v ordinacích setkat. Hlášení je možno poslat klasickou písemnou formou, elegantnější je podání hlášení v elektronické formě (www.sukl.cz).

Přijměte proto vzor Operačního postupu jako pomůcku pro zajištění bezproblémového chodu ordinace.

MUDr. Ctirad Kozderka

Poskytovatel zdravotních služeb
Jméno, příjmení/název:
IČ:
Místo podnikání/sídlo:
Odpovědná osoba:

1. Právní předpisy

S léčivy se postupuje a nakládá v souladu s právními předpisy, tj. zejména

- zákonem č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech),
- vyhláškou č. 84/2008 Sb. o správné lékárenské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivy v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky (dále jen „vyhláška“).

2. Podmínky předepisování, výdeje a uchovávání léčivých přípravků a podmínky pro zacházení s léčivými přípravky při poskytování zdravotní péče

2.1. Poskytovatel zdravotních služeb postupuje při zacházení s léčivými přípravky tak, aby byla zajištěna jakost, účinnost a bezpečnost používaných léčivých přípravků.

2.2. Léčivé přípravky se uchovávají za podmínek uvedených v souhrnu údajů o přípravku nebo podle pokynů výrobce, dodávající lékárný nebo pracoviště nebo zařízení připravujících léčivé přípravky.

2.3. Léčivé přípravky připravené v lékárně se uchovávají pouze v původních obalech a zároveň tak, aby byly zachovány údaje, které je identifikují.

2.4. Léčivé přípravky se uchovávají tak, aby zejména byla dodržována teplota uchová-

vání, doba použitelnosti jednotlivých přípravků a neporušenost původního balení. Léčiva s prošlou dobou použitelnosti musejí být likvidována v souladu se zákonem o odpadech (viz článek 4 – Likvidace léčiv).

2.5. Činnost spojená s uchováváním léčivých přípravků a používáním léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče se dokumentuje v Dokumentaci o uchovávání a používání léčivých přípravků.

Dokumentaci tvoří:

- a) záznamy o
 1. příjmu léčivých přípravků,
 2. používání a úpravě léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče,
 3. evidenci léčivých přípravků na pracovišti,
 4. kontrole dodržení teploty uchovávání léčivých přípravků, v případě léčivých přípravků vyžadujících sníženou teplotu uchovávání se záznamy provádějí minimálně jednou denně,
 5. reklamací z důvodu závady v jakosti a o stahování léčiv z oběhu,
- b) informace o podezření na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek a jiné skutečnosti závažné pro zdraví léčených osob související s použitím léčivého přípravku,
- c) standardní operační postupy dokumentující v rozsahu odpovídajícím vykonávaným činnostem
 1. příjem léčivých přípravků,
 2. úpravu léčivých přípravků,
 3. používání léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče, včetně vybavování pacienta léčivými přípravky,

4. uchovávání léčivých přípravků. Standardní operační postupy jsou opatřeny datem a podpisem osoby, která je na daném pracovišti za zacházení s léčivými přípravky odpovědná.

3. používání léčivých přípravků (§ 5 odst. 8 písm. a zákona o léčivech) při poskytování zdravotní péče

3.1. Používáním léčivých přípravků se rozumí jejich podávání pacientovi při výkonu této péče.

3.2. Vybavit pacienta léčivými přípravky při poskytování zdravotní péče lze pouze v případě, že zdravotní stav pacienta nezbytně vyžaduje bezodkladné užívání léčivého přípravku. Za účelem vybavení pacienta lze poskytnout pouze léčivý přípravek

- a) v obalu, jehož celistvost nebyla narušena, nebo
- b) v tuhých nebo polotuhých dělených lékových formách; takový léčivý přípravek se poskytne v dobře uzavřeném obalu, na němž se uvede název léčivého přípravku včetně síly a způsobu jeho použití a podmínky jeho uchovávání.

4. Likvidace léčiv

4.1. Léčiva jsou likvidována podle podmínek upravených v provozním řádu a smlouvy o likvidaci nebezpečných odpadů jako nebezpečný odpad.

S operačním postupem seznámen:



Vzpomínka na paní docentku Libuši Hradcovou, CSc.

MUDr. Blanka Kosová

Pediatr – dětský nefrolog, Léčebna Dr. L. Filipa, Poděbrady

V těchto dnech se blíží datum prvního výročí od úmrtí paní doc. Hradcové, významné dětské nefroložky, která se, kromě svých klinických zásluh, mj. podílela i na výchově mnoha pediatriů – specialistů v tomto oboru. Na její vlídnost a spravedlnost vzpomínají dodnes všichni, kteří měli možnost setkat se s ní jako s examinátorkou při prvních, ale i druhých atestacích, stejně tak jako oponentkou při obhajobách kandidátských prací.

Nelze nevzpomenout na mnohaleté setkávání a spolupráci s ní, tak jak jsme ji od sedmdesátých let znali z atestačních pobytů i z každoročních nefrologických doškolovacích kursů Kliniky dětského lékařství ILF v Thomayerově nemocnici. A později i z ambulantní složky na Praze 10 – z polikliniky Jabloňová na Praze 10, kde vypomáhala – již v důchodovém věku – jako specialista na onemocnění ledvin dětí a dorostu v kolektivu pediatra MUDr. Melicharové.

Jak mi často s humorně sarkastickou nadsázkou říkávala – „vidíte, paní doktorko – obě jsme začínaly v Turnově a obě skončíme v Jabloňově...“.

Po každé ambulanci sedávala s námi a se sestrami z pediatrické sekce a těšila se vždy velké a láskyplné pozornosti nás zdravotníků.

Byly to chvíle plné humoru, překvapivých informací, novinek ze světa hudby, vzpomínek na turistiku v jejích milovaných Tatrách, ale i po celém světě – na kongresech i soukromě, moudrých postřehů z aktuálního života i zralé filosofie mezilidského soužití.

Pocházela z milovické lesovny, se kterou ji pojily vzpomínky na tatínkovu myslivost, na dětství strávené na samotě – v přírodě a na výsluní otcovy lásky. Gymnazijní roky ale prožila ve Slaném, kam se rodina přestěhovala, když přišel čas věnovat se studiu. Zde byl jejím spolužákem např. František Filipovský, s jehož ženou přezdívanou „Holubice“,

dcerou Pavlínou a dalšími prožila Hradcová v hlubokém přátelství dlouhá léta.

Byla radost sdílet s paní docentkou kulturní zážitky – milovala koncerty a operu; byla to ona, kdo nás zavedl k premiéře Plácida Dominga a Mignenes Johnson ve velkolepém zfilmování opery Carmen (nestyděla se přiznat, že na představení byla vícekrát); byla radost poslouchat její charakteristiky jednotlivých uměleckých výkonů, navštívit s ní třeba představení Verdiho Trubadúra s hostováním Jeleny Obrazcovové v roli Azuceny, koncert Ódy na radost ve Sjezdovém paláci, sérii Bergmanových filmů ve filmovém cyklu hotelu Pyramida... Vždy s jejími perfektními vtipnými, přiléhavými a hlavně vysoce erudovanými komentáři.

Ano, dalo se žít velmi kulturně – pokud jsme měli u dopolední kávy po ordinaci vedle sebe člověka tak znalého, který nás vedl a rozšiřoval naše obzory.

I později, když jsme ji s nefrologickou sestrou Marcelkou navštěvovaly ve výroční dny o vánocích v jejím novém miniaturním bytčku ve věžáku vysoko nad Thomayerovou nemocnicí (pro snadnější zapamatování měla slogan „ulice Kukučínova – jako Hočiminova“), bylo vždy co vyprávět.

V tu dobu se již oddávala dalšímu svému koníčku – vysoko nad Vltavou v Mostecké věži měla své čestné místo mezi památkáři a dělila se s turisty (především cizojazyčnými) o své hluboké znalosti historie a místopisu staré Prahy. Věže byly mj. odjakživa její láskou – vyprávěla, jak v době okupace (v době přerušení studia medicíny) zde oslovovala správce těchto historických objektů a spolu s nimi se jí dařilo objevovat utajené výhledy na Prahu – tak jak jsme je později i my nacházeli v oblíbeném televizním pořadu s Viktorem Preisem.

A co teprve její přátelé – pozounisté z České filharmonie – na abonentních koncertech se s nimi nikdy neopomenula pozdravit, zhod-

notit, jak jde život, poptat se, co měli opět za úkol ke své nelibosti nastudovat – v dobách, kdy i repertoár býval diktován. Její citované výpovědi „ani se, paní docentko, neptejte, jaké sračky jsme zase museli celý večer hrát“ nás okouzlovaly svou lidskostí.

Její erudovaná a stále svěží odborná vystoupení na nefrologických kongresech po okresních městech celých Čech i Slovenska, její návrat letadlem z Popradu, „když všichni šli na vlak“ – jak přiléhavě vzpomínal Karel Vondrák, její úvodní sólový tanec s prof. Matoušovicem na parketu nefro-urologického galavečera v hotelu Černigov v Hradci Králové, ale i humorné vyprávění, kterak se svým oblíbeným Honzíčkem jela předat své rodinné – již přebytné – kožichy do domova důchodců v Kunraticích.

Všechny své žáky – dětské nefrology (i urology) si dobře pamatovala, vždy se k nim hlásila a neváhala připomínat vše dobré a obohacující, co spolu zažili. „Mojí nejoblíbenější – Janda a Burket – mi před atestací při první přednášce usnuli – asi po náročném večeru.“

Ano, můžeme už jen vzpomínat, v knihovně občas obrátit pečlivě schovávané pohlednice s přáními z jejich cest, vzpomínat na její obohacující přízeň.

Když jsem jí každoročně a tradičně, jako všem svým dobrým přátelům, nosila zjara velkou kyticí konvalinek, tak jak se mi v nadbytku urodily u nás v lese, bývala vždycky potěšena – připomínaly jí její dětství v polabských lesích...

... a jak prý kdysi pravila při následné návštěvě jedna její přítelkyně: „Libuše, co ti to tu v bytě tak krásně voní?? Máš tady vůně jak v krematoriu!“

Humorná nadsázka se stala za pár let realitou...

Dne 29. 10. 2013 nás náhle a neočekávaně opustila ve věku nedožitých 54 let dlouholetá okresní zástupkyně okresu Jeseník **MUDr. Hana Furišová**. Pediatrická obec ztrácí jejím odchodem skvělého a obětavého člověka, který se stal příkladem kolegyním a kolegům svým životním optimismem a důstojným vystupováním ve prospěch členů SPLDD okresu Jeseník.

Čest její památce.

MUDr. Michal Pukovec, Předseda Regionu Severní Morava a Slezsko SPLDD ČR.

Nimenrix™

Konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W₁₃₅ a Y



**Nabídněte ochranu dětí již od 12 měsíců věku
proti invazivním meningokokovým onemocněním¹**

**Nimenrix™ je jako první a jediná konjugovaná vakcína
proti séro skupinám A, C, W₁₃₅ 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 konjugované na proteiny nosiče tetanického toxoidu 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. Přecvakování: Nimenrix™ lze podat jako druhou (booster) dávku subjektům, kteří byli dříve očkováni obyčejnou polysacharidovou meningokokovou vakcínou. Nutnost podání druhé dávky u osob primárně očkových 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:** Hyper senzitivita 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 předcházení 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 jakéhokoli očkování, nebo dokonce před ním, může dojít zejména u dospívajících v důsledku psychogenní reakce na injekční jehlu k synkopě (mdlobě). Je důležitě 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 k 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 očkových osob. Lze očekávat, že u pacientů s těžkými imunosupresivami nebo u pacientů s imunodeficiencí nemusí dojít k vyvolání odpovídající imunitní odpovědi. Ačkoli po očkování vakcínou Nimenrix™ bylo pozorováno zvýšení koncentrace protilátek proti tetanickému toxoidu (TT), přípravek Nimenrix™ nenechává 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 výjimečně neovlivnilo bezpečnost. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Nimenrix™ lze podávat společně s jakýmkoli z následujících očkových látek: vakcíny proti hepatitidě A (HAV) a hepatitidě B (HBV), vakcína proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR), vakcína proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám a (dalším neštovicím) (MMRV), desetištěnná pneumokoková konjugovaná vakcína nebo neadjuvovaná vakcína proti zápné chřipce. Nimenrix™ lze rovněž podávat společně s kombinovanými vakcínami proti zářku, tetanu a černému kašli (acelulární pertuse) během druhého roku života, včetně kombinace vakcín DTap s vakcínou proti hepatitidě B, dítěcí oběti (neaktovaná vakcína) nebo *Haemophilus influenzae* typu b, jako je vakcína DTap-HBV-IPV/Hib. Kdyžkoli je to možné, mají se vakcína Nimenrix™ a vakcína obsahující TT, jako je například 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 vakcínou, je třeba vakcíny aplikovat do různých míst. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nimenrix™ by se měl v těhotenství a při kojení použít pouze pokud možná výhodou převládá nad rizika. Studie se zvláště nenaznačují 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 respavost, plic, hypotenze, závrať, svědění, vyrážka, myalgie, bolest kloubů, malátnost, hematom v místě vpichu injekce, reakce v místě vpichu injekce (včetně indurace, svědění, ztupění a necitlivosti). **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. **Oriztel 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 platná ke dni 15. 10. 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 nahláste na cz.safety@gsk.com.



Reference: 1. SPC Nimenrix™, duben 2012.

2. EMA, www.ema.europa.eu.

CZ/NIM/0004a/12

Nimenrix™
Konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W₁₃₅ a Y



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

10. 10. 2013 – dr. Šebková – pracovní schůzka se zástupci Lázní Kynžvart. Nabídka spolupráce ve smyslu ulehčení práce PLDD s vypisováním návrhů na lázeňskou péči – změna indikačního seznamu, nové požadavky na pobyt dítěte v lázních, nové indikační skupiny atp. Nabídka přednášek – sdělení obsahujících nutné informace. Bude projednáno výborem OSPDL.

11. 10. 2013 – pracovní schůzka – žádost o spolupráci: zástupkyně rané péče – děti mentálně postižené, včetně dětí s dg poruch autistického spektra. Pracovníci navštěvují rodiny doma, edukují je v péči o takto postižené dítě. Diskutována forma sdělení o možnostech a náplni péče těchto středisek. Bude projednáno výborem OSPDL.

18. 10. 2013 – účast dr. Šebkové na Předsednictvu SPLDD – info o aktuální problematice OSPDL.

23. 10. 2013 – dr. Šebková – účast na Kongresu ČLS JEP v Lékařském domě. Psychiatrická tematika, vedoucí téma Drogy a drogová prevence. Kongres koncipován pro praktické lékaře pro děti a dorost a pro dospělě. Bohužel velmi malá účast. V rámci Kongresu domluveno s MUDr. Kabičkem (Společnost dorostového lékařství) poskytnutí Manuálu drogové prevence v elektronické verzi tak, aby mohl být dán na web OSPDL k dispozici kolegům.

23. 10. 2013 – schůzka se zástupci VZP a Svazu zdravotních pojišťoven (SZP) – členové VV SPLDD a dr. Šebková. Řešena problematika placení výstupních prohlídek – „datové rozhraní“, možnost nových výkonů v souboru oboru PLDD, bonifikace akreditovaných pracovišť při aktuálním školení – některými pojišťovnami limitováno časem; dle našeho názoru tomu, kdo aktuálně školí, bonifikace náleží bez ohledu na délku školení, jsou různé vzdělávací programy.

30. 10. 2013 – dr. Šebková – schůzka NIKO: 1. zástupce Novartis s. r. o. podal informaci o vakcíně proti meningokokům B – ČR patří mezi první země, kde bude zavedena, prav-

děpodobně i díky kolegům, kteří se zapojili do studie, s největší pravděpodobností bude vakcína k dispozici nejpozději 3/4 2014. Vakcína Bexsero bude za úhradu, diskutováno bude očkovací schéma. Informace budou včas dostupné. 2. Informace zástupce SZP o přípravě výběrového řízení na zajištění očkovacích látek pro povinná očkování – výsledek výběrového řízení není znám. Jako pravděpodobná se jeví existence dvou hexavakcín. 3. Diskuse o antivakcinačních aktivitách. 4. BCG vakcinace – probíhají schůzky ke zmapování situace v regionech, počty naočkováných neindikovaných dětí. Dle výsledku další postup. Upozorněno na přetrvávání nabízení revakcinace 11letých dětí prostřednictvím základních škol – bude upozorněno MŠ a požádáno o spolupráci. 5. Podpora ze strany prof. Jandy – záruka státu za NÚ očkování v případě aplikace lege artis, souhlas všech členů NIKO, hlavním hygienikem přislíbeno předání legislativnímu odboru.

31. 10. 2013 – Výbor OSPDL: Vybrané informace:

1. Po náhlém úmrtí doc. Pozlera předsedou ČPS zvolen prof. Zeman. Věříme v pokračování nastavené spolupráce s ČPS.
2. Vzhledem k dokooptování MUDR. Kulhánkové do výboru SPLDD se kolegyně vzdává místa ve výboru OSPDL. Poděkování za výbornou práci. Stávající počet členů výboru 5, je třeba rozvážit další postup. Dle stanov ČLS musí být počet členů lichý, v minimálním počtu 3.
3. Info z jednání: 27. 9. – dr. Šebková, dr. Kozderka s dr. Rázovou, ředitelkou odboru hlavního hygienika: posudky, antivakcinační aktivity – potřeba jasného stanoviska MZ, záruka státu za NÚ očkování, ZOP, předběžně domluveno výhledové setkání s hlavním hygienikem. 23. 10. – pojišťovny + 30. 10. NIKO – viz text zprávy.
4. Školitelé – první info o konání na web, Seč, registrace od pátku, odborný program od soboty, kredity budou přiznány pouze za absolvování celého kursu.
5. Metodika o předčasném propouštění novorozenců – právním oddělením MZ

dáno k připomínkám Lize práv, poslední verze nepřijatelná, odmítnuta, trváno na verzi, která byla domluvena na počátku září i s předsedou SPLDD dr. Neugebauerem.

6. Dr. Šebková – připomínky k brožuře Očkování v otázkách a odpovědích, pomůcka pro PLDD k argumentaci pro rodiče při odmítání očkování, finalizuje se.
7. Dr. Šebková – na web připravena právníkem připomínkováná doporučení OSPDL k postupu podepisování souhlasů, hlášení odmítačů, potvrzení do MŠ v souvislosti s očkováním, dále stanovisko k antivakcinaci, odpověď na článek v Medical Tribune o vzdělávání v oboru a situaci v pediatrii.
8. Diskuse o podobě ZOP, vhodná pracovní skupina ve spolupráci s ČPS.
9. Kongres ČPS – oslovení regionálních zástupců – rozpracování témat, forma účasti PLDD.
10. Poděkování MUDr. Deylové, která se zúčastnila kazuistikou na semináři o týraných dětech.

2. 11. 2013 – dr. Šebková – účast na konferenci SPLDD.

12. 11. 2013 – schůzka dr. Šebková s ředitelem Odboru vědy a vzdělávání MZ JUDr. Jandou – diskuse o oboru – ve vyhlášce nadále zůstává obor praktické dětské lékařství, diskuse o úpravách vzdělávacího programu, přechodu mezi obory dětské lékařství a praktické dětské lékařství, o legislativních možnostech – bude předmětem jednání výboru OSPDL a pracovní skupiny pro vzdělávání, která by měla být ve spolupráci s ČPS. Rezidenční místa – letos naplněno 21, žádost o navýšení, je možné, bude samozřejmě záviset i na financích. Probírána Pomůcka pro zpracování zpráv akreditovaných pracovišť – připomínky častěji zapracovány, problém zejména s nutností auditu, dle info JUDr. Jandy na příští rok zvýšen finanční limit, tudíž by se nemělo týkat PLDD.



Úskalí v diagnostice a léčbě endokrinopatií dětí a adolescentů

MUDr. Božena Kalvachová, CSc.

Endokrinologický ústav, Národní 8, Praha

- Zpomalení růstové rychlosti, případně **zástava růstu** může být jediným symptomem hypotyreózy. Diagnózu primární hypotyreózy potvrdí subnormální hladina fT4 a vysoká hladina TSH.
- Zpomalení růstové rychlosti u dívky, které se projeví v peripubertálním věku, může signalizovat gonadální dysgenezi – Turnerův syndrom bez přítomnosti jiných stigmat.
- **Růst** obecně **ukončí** u obou pohlaví estrogeny, pokud dosáhnou hladiny, která u dívek již vyvolala menarche. U chlapců estrogeny vznikají z testosteronu, jehož produkce dosáhne dospělého objemu gonád (od 14–17 ml). Je tedy chybou posílat adolescenta k léčbě malého vzrůstu ve fázi ukončeného pohlavního vývoje.
- **Hypotyreóza** může být příčinou zvýšené unavitelnosti, zimomřivosti, poruch menstruačního cyklu, ale i anémie nereagující na léčbu přípravky železa.
- Interpretace laboratorních výsledků hladin TSH, volného tyroxinu a volného trijódtyroninu může vyvolávat rozpaky, pokud jde o mírné odchylky od referenčního rozmezí místní laboratoře. Důvodem jsou výsledky pilotní studie jednoho z výrobců kitů, který uvádí odlišná rozmezí norem pro zdravé děti v různých věkových skupinách – viz tabulky. Protože nemáme k dispozici ověření na velkých souborech, nelze je paušálně doporučovat, pouze vzít v úvahu skutečnost, že v různých stádiích vývoje dítěte mohou být lehce vyšší hladiny TSH a fT3 v normě a fT4, platné pro dospělou populaci, nedostatečné. Pro klinickou rozvahu je třeba ověřit rizikovost jedince ke vzniku či přítomnosti tyreopatie (familiární/genetická dispozice, funkčnost imunitního systému, saturace jódem).

- Přírozenými zdroji **jódu** jsou mořské plody a výrobky z nich, Hanácká kyselka, Vincentka, mléčné výrobky, uzeniny, sušené polévky...
- Podezření na počínající **juvenilní lymfocytární tyreoiditidu** potvrdí/vyloučí vyšetření štítné žlázy zkušeným sonografistou, cirkulující protilátky se objevují později.
- Pozitivita protilátek proti tyreoidální peroxidáze (TPO) a/nebo proti tyreoglobulinu (anti tgb) u dítěte s normální hladinou TSH vyžaduje kontrolu TSH s odstupem několika měsíců dle rizikovosti. Pokud TSH jeví stoupající tendenci, teprve poté, v souladu se současnými poznatky, přistupujeme k izohormonální léčbě po předchozím sonografickém vyšetření štítné žlázy.
- Přístup PLDD k **polohové anomálii varlete**: je-li hmatné mimo skrotum, vyčkáme do 6 měsíců, pokud v působnosti minipuberty nesestoupí, odesíláme na erudované chirurgické pracoviště. Je-li současně přítomná jiná abnormalita – hypo/epispadie, mikropenis..., konzultujeme dětského endokrinologa bez otálení. Je-li nehmatné, směřujeme k laparoskopii bez vmeřeného zobrazovacího vyšetřování.
- Pod pojmem minipuberta rozumíme porodní aktivaci gonadální osy, která vrcholí okolo 3. měsíce a ve druhé polovině kojeneckého věku přechází do klidového období. Aplikace přípravků hCG (choriového gonadotropinu) v tomto období je tudíž nadbytečná a později podaná může narušit vývoj spermatogonií.
- Zvláštní pozornost je třeba věnovat dětem **SGA/IUGR** – označení pro novorozence s hmotností/délkou nižší než 2 SD vzhle-

dem ke gestačnímu věku, pro plody se zpomalenou růstovou rychlostí v období nitroděložním. Ať je příčinou cokoliv, tyto děti v důsledku energetického strádání jsou metabolicky a morfologicky naprogramovány odlišně a jsou rizikové k poruše růstu, inzulinové rezistenci, ke změnám adrenální steroidogeneze, ve vývoji pohlavních struktur, kostní hmoty, obezity, mívají problémy i v psychosociální sféře.

- Jen malé procento (10–15 %) těchto dětí zaostává v růstu i po 3. narozeninách, jsou však indikovány k léčbě růstovým hormonem a neměly by být v rámci preventivních prohlídek opomenuty. Všem SGA dětem hrozí nebezpečí přesmyku do obezity a metabolických poruch při neadekvátním navýšení energetického příjmu a možnost časné/překotné puberty.
- Dívky SGA s předčasným vývojem pubického/axilárního ochlupení (tedy před 8. rokem věku) a obezitou jsou vysoce rizikové k vývoji syndromu polycystických ovarií a měly by být odeslány k dětskému endokrinologovi ke zvážení léčby metforminem.
- Dvouletý interval preventivních prohlídek SGA dětí v peripubertálním období je příliš dlouhý. Pohlavní vývoj může proběhnout překotně a výrazně omezit finální výšku. Protože máme léčebné možnosti, jak gonadální osu zastavit či zpomalit, je zejména okamžik záhytu PLDD a včasné odeslání k dětskému endokrinologovi rozhodující.

Laboratorní dg u dětí ?

nové normy ? (ROCHE)	TSH	0,32–4,0 IU/l
věk 0–12 měsíců	TSH	1,36–8,8 IU/l
1–6 let	TSH	0,85–6,5 IU/l
7–12 let	TSH	0,32–4,3 IU/l

fT4	10,3–25 pmol/l	fT3 3,9–6,8
0–12 měsíců	13,9–26,1	4,5–10,5
1–6 let	12,1–22,0	3,8–8,2
7–12 let	13,9–22,1	3,8–8,6
13–17 let	13,6–23,2	3,7–7,7



Štítná žláza u dětí

MUDr. Naděžda Filáková

Dětské lékařství, Městská nemocnice Ostrava

Anatomie a morfologie

Štítná žláza je nepárový orgán, který je uložen na krku v oblasti štítné chrupavky, v horní části trachey. Je tvořena dvěma laloky spojených můstkem. Histologicky je tvořena buňkami – tyreocyty, ty jsou uspořádány do folikulů. Uvnitř je koloidní hmota. Koloid obsahuje hormony ŠŽ a další jodované aminokyseliny. Velikost je u žen asi 18 ml, u mužů kolem 22 ml. U dětí velikost závisí také na pohlaví a tělesném povrchu.

Pro správnou funkci je zapotřebí dostatek jódu, přibližně 100–200 µg/den, a dobrá enzymatická výbava. Pro řízení růstu štítné žlázy má dále význam hypotalamo-hypofyzární osa (TRH-TSH).



Obr. 1

Vyšetření

Mezi základní vyšetření patří pohled, pohmat, sonografie, vyšetření koncentrace hormonů ss TSH, fT4, fT3, dále vyšetření protilátek Ab TPO, Ab Tg, TRAK a ani u dětí se nevyhne aspirační biopsii tenkou jehlou s následným cytologickým vyšetřením.

TSH – tyreotropní hormon v séru je nejcitlivější ukazatel funkce ŠŽ, normální hodnota se pohybuje mezi 0,2–5 mIU/l.

T4 – tyroxin, používá se stanovení jeho volné frakce fT4, hodnoty se pohybují mezi 9–23 pmol/l.

T3 – trijodtyronin, vzniká periferní deiodací T4, biologicky aktivní je jen volná frakce fT3 a hodnoty se pohybují mezi 3–6 pmol/l.

Struma

Je zvětšení ŠŽ nad horní hranici normy. Může být difúzní – nejčastěji vzniká jako důsledek nedostatku jódu, vrozené poruchy syntézy hormonů nebo vlivem autoimunitního zánehu. Dále může být struma uzlová s nále-

zem jednoho či více uzlů v jednom či obou lalocích ŠŽ. Nejzávažnější příčinou uzlu je karcinom ŠŽ.

Podle funkce může být struma eufunkční, hypofunkční nebo hyperfunkční.

Palpační a vizuální nálezy dle kritérií WHO z roku 1986

0	ŠŽ není hmatná ani viditelná
Ia	ŠŽ je hmatná, ale není viditelná při záklonu hlavy
Ib	ŠŽ je hmatná a viditelná při záklonu hlavy
II	ŠŽ je viditelná při normální pozici krku
III	ŠŽ je viditelná ze vzdálenosti 10 m

Horní limity objemů ŠŽ v ml v závislosti na tělesném povrchu (Dvořáková, 2003)

	chlapci	dívky
0,4–0,49	1,71	1,42
0,5–0,59	1,64	2,91
0,6–0,69	3,51	2,99
0,7–0,79	4,16	3,59
0,8–0,89	5,39	4,84
0,9–0,99	5,18	6,68
1,0–1,09	6,85	7,04
1,1–1,19	6,91	8,61
1,2–1,29	8,87	9,99
1,3–1,39	10,36	12,8
1,4–1,49	12,43	13,15
1,5–1,59	14,47	14,07
1,6–1,69	15,07	15,47
1,7–1,79	16,53	16,07
1,8–1,89	19,32	18,37

Orientační posouzení velikosti ŠŽ u dětí

Věk (roky)	objem chlapci (ml)	objem dívky (ml)
6	5,4	5,0
7	5,7	5,9
8	6,1	6,9
9	6,8	8,0
10	7,8	9,2
11	9,0	10,4
12	10,4	11,7
13	12,0	13,1
14	13,9	14,6

Eufunkční struma

Prosté zvětšení ŠŽ, která má normální funkci, není přítomno další onemocnění, např. nádor, autoimunita. Vzniká nejčastěji v důsledku nedostatku jódu. Léčba spočívá ve zvýšeném přívodu jódu, podávání hormonů ŠŽ, ev. chirurgickým řešení či terapií radiojodem.

Kongenitální hypotyreóza

Je vrozené snížení činnosti nebo afunkce ŠŽ. Výskyt je 1:2000–7000 živě narozených novorozenců.

Příčiny:

1. permanentní – dysgeneze (aplazie, hypoplazie, ektopie) nebo dyshormonogeneze (nedostatek, chybění některých enzymů nutných k syntéze tyreoidálních hormonů).
2. tranzitní – v důsledku těžkého jódového deficitu matky v těhotenství nebo autoimunitní tyreopatie matky a transplacentárního přenosu protilátek.

Příznaky: u novorozence – prolongovaný ikterus, neuzavřená zadní fontanela, poruchy vyprazdňování; u kojence a batolete – PMR, retardace kostního a zubního zrání, poruchy růstu, poruchy vyprazdňování, poruchy svalového tonu, umbilikální hernie, makroglosie, hypotermie.

Diagnóza: před rokem 1985 (zavedení screeningu) jen vzácně do 1. měsíce věku, častěji mezi 3. a 6. měsícem – u pozdě léčených IQ < 70. Ověření diagnózy – odběr krve, sonografie ŠŽ, do 3 měsíců věku foniatrické vyšetření (současný výskyt kongenitální hypotyreózy a sluchových poruch je asi 1:20).

Terapie: včasné zahájení léčby do 14 dnů po narození, dávka L-tyroxinu je u novorozence 10–15 µg/kg/den, u kojence 8–10 µg/kg/den, u batolat 5–8 µg/kg/den. Sledování PMV, rehabilitace, logopedie.

Získaná hypotyreóza

Nejčastější příčinou je autoimunitní onemocnění, dále iatrogeně (operace, léčba radiojodem), těžký deficit jódu.

Dívky jsou postiženy 8–10× častěji než chlapci. Častým nálezem je struma, na sonografii difúzně nehomogenní textura, v krvi



vysoké protilátky, snížení fT4, zvýšení TSH. Subjektivní příznaky: únavnost, zimomřivost, zpomalenost, deprese, zácpa. Objektivní příznaky: bradykardie, ploché T vlny na EKG, perikardiální výpotek, suchá, chladná kůže, otoky víček, zácpa. Léčba: L-tyroxin.

■ Novorozenecká hypertyreóza

Může vzniknout v důsledku transplacentárního přenosu mateřských protilátek proti TSH receptoru. Plod má stimulovaný metabolismus. Projevy: fetální tachykardie, urychlení kostního zrání, může být struma, exoftalmus.

■ Gravesova-Basedowova tyreotoxikóza

Nejčastěji se vyskytuje v adolescenci, 8× častěji u dívek, je způsobena produkcí protilátek proti TSH receptoru. Až 75 % má strumu.

Diagnostika: zvýšení fT4, snížení TSH, pozitivita protilátek proti TSH receptoru, struma. Subjektivní příznaky: palpitace, dušnost, neklid, nespavost, nadměrný hlad, průjemovitě stolice, svalová slabost, pálení očí, slzení, dipopie.

Objektivní příznaky: tachykardie, extrasystoly, teplá a opocaná kůže, hyperreflexie, atrofie svalstva, exoftalmus.

Terapie: tyreostatika – Thyrozol, Propylcil, chirurgické řešení, radiojód.

■ Subklinické formy

V krvi jsou normální hladiny tyreoidálních hormonů, ale je buď lehce zvýšená hladina TSH (subklinická hypotyreóza), nebo hraničně sníženo TSH (subklinická hypertyreóza). Subjektivní a objektivní příznaky nemusejí být vyjádřeny, případně jen minimálně.

Terapie: dle typu poruchy, pouhé sledování, terapie až při přechodu do manifestní formy nebo léčba rizikových pacientů.

■ Záněty ŠŽ

Akutní tyreoiditidy – jsou nejčastěji vyvolány mikroby, traumatem. Projevují se bolestivým uzlem ve ŠŽ, celkově jsou přítomny známky zánětu, teploty. Laboratorně bývá funkce ŠŽ v normě, nejsou známky autoimunitního procesu. V léčbě se používají ATB, antipyretika, ev. chirurgická evakuace hnisu.

■ Chronická lymfocytární tyreoiditida (Hashimotova)

Je nejčastější příčinou hypotyreózy, vzniká na podkladě autoimunitního procesu.

Projevuje se strumou, na sonografii je nehomogenní obraz, je pozitivita protilátek.

Uvádí se častější výskyt u dětí s jinými autoimunitami (diabetes mellitus I. typu, celiakie, děti s Downovým sy, dívky s Turnerovým sy).

■ Nádory ŠŽ

Nejsou běžným onemocněním v dětském věku. Nejčastěji se projevují formou uzlu ŠŽ.

Typy:

– z folikulárních buněk: papilární karcinom, folikulární karcinom, anaplastický karcinom,

– z non-folikulárních buněk: medulární karcinom, lymfom, teratom, sarkom, metastatické nádory.

Diagnostika: sonografie, aspirační biopsie s následným cytologickým vyšetřením.

Terapie: totální tyreoidektomie s exstirpací regionálních uzlin, terapie radiojódem, dispenzarizace.

■ Kazuistika 1

RA: babička matky onemocnění ŠŽ, teta matky onemocnění ŠŽ

OA: z prvního rizikového těhotenství, porod v termínu, spontánně záhlavím, p. h. 2600/48 cm, běžné dětské nemoci, nebývá často nemocná, v roce 2003 – otřes mozku s hospitalizací, EEG, CT negat.

V 11,5 letech dívka přichází k vyšetření pro zástavu růstu, za poslední 2 roky nevyrostla. Do 9 let věku rostla na 50.–75. percentilu. Nyní výška 136 cm, tj. k věku 3. percentil, váha 36 kg, tj. k výšce 50.–75. percentil.

Při vyšetření je palpačně ŠŽ nezvětšena, nález na srdci a plicích je fyziologický, kůže suchá, bledší, lehký subikterus, pubertální vývoj M 1, P 2. Udává větší únavnost, ale závodně tančí. Laboratoř: FW 36/65; Hb 90; HTK 0,262; ery 2,72; leu 4,0; ALT 1,76; AST 1,68; cholesterol 11,9; Fe 10,4; IGFI 63; PRL 26,8; kostní věk 11–12 let; **ss TSH 707,02; fT4 5,88; Ab TPO 335; Ab Tg negat.**

Dg: těžká hypotyreóza se sekundární anémií, hepatopatií a hypercholesterolémií.

Po nasazení terapie levotyroxinem v postupně se zvyšující dávce došlo k úpravě laboratoře a obnově růstu.

■ Kazuistika 2

RA: strýc matky DM na inzulinu, rodiče matky DM ve vyšším věku na PAD, otec otce DM na PAD, babička matky onemocnění ŠŽ.

OA: z prvního fyziologického těhotenství, p. h. 3500/50 cm; operace: 0, úraz: 0, hospitalizace: 0; bývá často nemocná,

respirační infekty, sledována na alergologii – astma, při potížích užívá Zodac, Ventolin.

15letá dívka přichází k vyšetření pro náhodně zjištěnou vyšší glykémii 6,76 mmol/l. Při prvním vyšetření výška k věku 50.–75. percentil, váha k výšce nad 97. percentil, subj. bez potíží, palpačně struma, větší pravý lalok, obvod krku 36,5 cm, uzliny nezvětšeny, nález na srdci a plicích fyziologický.

Laboratoř: KO norma; gly 6,5 mmol/l; HbA_{1c} 36 mmol/mol; TSH 1,36 mU/l; fT4 10,6 pmol/l; Ab TPO 500 U/ml; Ab Tg 476 U/ml; anti-GAD negat; IAA negat; IA2 negat; oGTT porušená lačná glykémie, normální glykémie ve 120. minutě.

Sonografie ŠŽ: v klasické lokalizaci zobrazena symetrická ŠŽ, hypodenzní, velikost odpovídá věku, habitu, na mediálním okraji pravého laloku je normodenzní, jemně ohraničený uzel o objemu 1,5 ml s drobnými cystičkami, okolí bez patologie, uzliny nezvětšeny.

Dg: autoimunitní tyreoiditida, uzel pravého laloku ŠŽ, porušená lačná glykémie, obezita. Další průběh: pravidelné sledování klinické i laboratorní. Asi za 6 měsíců při klinické kontrole palpačně výraznější uzel pravého laloku ŠŽ, proto kontrolní sonografie s nálezem objemové elevace uzlu, nyní asi 4,3 ml, uzel nehomogenní, houbovitý, mramorovaný, elevuje pouzdro. Vzhledem k progresi nálezů provedena jednostranná lobektomie s odstraněním isthmu. Průběh operace bez komplikací, 5. pooperační den propuštěna domů.

Histologický nález: papilární karcinom ŠŽ dobře diferencovaný. Po výsledku histologického vyšetření provedena totální tyreoidektomie s exstirpací uzlin. V levém laloku histologicky chronický zánět, v jedné uzlině metastáza papilárního karcinomu.

Následně provedena tyreoeeliminace radiojódem. Následná celotělová scintigrafie bez průkazu rezidua ŠŽ či akumulujících metastáz karcinomu ŠŽ. Dívka je nyní na substituci (supresi) L-tyroxinem, subjektivně se cítí dobře, trvale je také ve sledování oddělení nukleární medicíny.

■ Závěr

Onemocnění ŠŽ je jednou z nejčastějších endokrinopatií u dětí. Je potřeba na ně myslet v každém období dětského věku. Projevy jsou velmi různorodé, zahrnují celou škálu příznaků. I u dětí je také nutno myslet na ev. nádorové postižení ŠŽ.



Syndrom spánkové apnoe

Bc. Michaela Kožíšková

FN Plzeň

Syndrom spánkové apnoe je onemocnění definované jako dechová pauza ve spánku trvající déle než deset vteřin. Za patologický se považuje výskyt více než 5 apnoí během jedné hodiny spánku. Jedná se o onemocnění, jehož klinické projevy se manifestují i do bdělého stavu jedince a komplikují život pacienta i jeho nejbližších.

Prevalence se v současné době pohybuje mezi 5–8 %. Nejčastěji bývá postižena věková skupina od 40 do 60 let. Daleko častěji postihuje mužskou populaci – 21 % mužů, 7 % žen.

Syndrom spánkové apnoe rozdělujeme dle etiologie do tří základních skupin na obstrukční, centrální a smíšenou formu. Apnoe je považována za obstrukční, jestliže během jejího trvání přetrvává dýchací úsilí, a za centrální, jestliže dýchací úsilí není přítomno. Apnoe se nazývá smíšenou, jestliže začíná jako centrální (bez dýchacího úsilí), ale dýchací úsilí se během jejího trvání obnoví, tedy končí jako obstrukční.

■ Obstrukční syndrom spánkové apnoe

Nejčastější poruchou dýchání ve spánku z hlediska mortality a morbidit je syndrom obstrukční spánkové apnoe.

■ Patofyziologie

Jak z názvu vypovídá, dochází k obstrukci horních cest dýchacích. Jde o opakované epizody obstrukce horních cest dýchacích vedoucích k apnoe a následně k probouzení reakci. Současně dochází k hypoxii a fragmentaci spánku. Místo nejčastějšího uzávěru bývá orofarynx. Vlivem negativního nitrohrudního tlaku dochází ke kolapsu a následně k obstrukci orofaryngu vedoucí k apnoe. Pokles pO_2 a vzestup pCO_2 aktivuje chemoreceptory v oblasti karotického sinu, oblouku aorty a v míše. Tato opakovaná aktivace vede k tachykardii, hyperventilaci a hypertenzi. Tento patologický proces bývá klinicky manifestován mikroprobuzením a hlasitým chrápáním různé intenzity. Vyvolávající příčinou často bývá anatomická překážka, která může být v oblasti kostěných

Denní symptomy	Noční symptomy
Nadměrná denní spavost, mikrosponky	Chrápání
Ranní cefalea	Pocit dechové tísně
Sucho v ústech, v krku	Fragmentace spánku
Poruchy koncentrace, paměti, snížení intelektuálních schopností	Noční polyurie
Depresivní ladění	Noční pocení
Únava s pocitem nevyspání	
Snížená pracovní výkonnost	
Sexuální dysfunkce	

struktur či v oblasti měkkých tkání. Jednou z významných příčin zbytnění měkkých tkání je obezita. Určitou roli hraje také genetická predispozice zejména v oblasti obezity. Klinický obraz se rozděluje do dvou základních skupin, na denní a noční symptomy.

Obstrukční syndrom spánkové apnoe se klasifikuje podle frekvencí epizod apnoe ve spánku jako lehký (5–15 epizod za hodinu spánku), středně těžký (15–30 epizod za hodinu spánku) a těžký (30 a více epizod za hodinu spánku). Denní spavost se podle symptomatologie dělí na lehkou (ospalost a usínání v době aktivit, které nevyžadují větší pozornost), středně těžkou (ospalost nebo epizody usínání v době aktivit vyžadujících určitou pozornost) a těžkou (nežádoucí ospalost nebo usínání při činnostech vyžadujících aktivní pozornost, jako je například řízení motorového vozidla apod.)

■ Rizikové faktory

Nadváha až obezita, konzumace nadměrného množství potravy před spaním, příjem

alkoholu před spaním, kouření, užívání hypnotik, nepravidelný spánek, obézní adolescenti, mužské pohlaví, rodinná zátěž.

■ Diagnostika

Diagnostika vychází z anamnézy, fyzikálního vyšetření, neurologického, pneumologického, psychiatrického, ORL, mini-screeningového a polysomnografického vyšetření (ve spánkové laboratoři). Diagnostika vychází z anamnestických údajů, kdy zjišťujeme klinické projevy spánkové apnoe, abúzus nikotinu, alkoholu, hypnotik a myorelaxancií, jež zhoršují symptomatologii syndromu spánkové apnoe. Pacienti vyplňují řadu speciálních dotazníků, u nás nejčastěji dotazník je Epworthská škála spavosti. Stále častěji se v poslední době rozšiřují také různá mini-screeningová vyšetření, která umožní domácí monitoring – záznam pravidelnosti dechu. Přesnější diagnostiku umožňuje limitovaná polygrafie, nejpresnější a nejdokonalejší je videopolysomnografie, prováděná ve speciálních zdravotnických centrech v tzv. spánkových laboratořích,



které existují většinou pod plicní klinikou. Videopolysomnografie sleduje EEG (elektrickou aktivitu mozku), EMG (elektrickou aktivitu svalstva brady), EOG (elektrookulogram – oční pohyby), dýchací pohyby hrudníku a břicha (díky elastickým pásům), dýchací zvuky (mikrofon připevněný na krk), proud vzduchu před nosem a ústy (čidla), saturace kyslíku (oxymetr), pohyby končetin.

■ Terapie

Cílem terapie obecně je eliminovat klinické symptomy a zvýšit saturaci kyslíku. Léčba obstrukčního syndromu spánkové apnoe musí být vždy komplexní, rozdělujeme ji na konzervativní a chirurgickou.

Chirurgické výkony jsou indikovány v případě odstranitelné anatomické překážky. Do této léčebné kategorie jsou zahrnuty výkony zlepšující průchodnost horních cest dýcha-

cích nebo zákroky redukující měkké tkáně v oblasti kořene jazyka a měkkého patra. Mezi konzervativní způsob terapie řadíme na první místo režimová opatření zaměřená na rizikové faktory, které negativně ovlivňují průběh tohoto onemocnění. Redukce váhy, úprava životosprávy, vynechání večerní konzumace stravy a alkoholu před spaním, odstranění abúzu nikotinu, hypnotik, sedativ či myorelaxancií, spánková hygiena.

Při dobré toleranci pacienta je u obstrukčního syndromu spánkové apnoe nejefektivnější léčbou noční kontinuální přetlakové dýchání (CPAP, BiPAP přístroje). Vzduch je vháněn pod tlakem přes vzduchotěsnou nosní či obličejovou masku. Trvalý přetlak zabraňuje vibraci a sevření ochablých stěn orofaryngu – tedy kontinuálně udržuje průchodnost horních cest dýchacích. Tlak vzduchu potřebný k odstranění apnoických pauz se stanovuje pro každého pacienta

individuálně. Pacient CPAP užívá v domácím prostředí, a to každou noc. Indikace tohoto způsobu terapie závisí na revizním lékaři zdravotní pojišťovny, který použití přístroje schvaluje. Pacienti pravidelně cca po 3 měsících navštěvují speciální centra spánkové laboratoře, kde jsou prováděny videopolysomnografie s přiloženým CPAP přístrojem.

Závěrem lze říci, že neléčený těžký syndrom spánkové apnoe může ohrozit pacienta závažnými až fatálními komplikacemi. Narůstající povědomí o tomto onemocnění mezi lékařskou, ale i laickou veřejností vede ke stále častější správné a včasné diagnostice obstrukčního syndromu spánkové apnoe, a tak narůstá řada pacientů profitujících ze správné a včasné terapie.





Paracetamol z pohledu toxicity, hypersenzitivity a vzniku astmatu

MUDr. Jiří Novák

Polemika ke komentáři M. Kršiaka, *Pediatric pro praxi* 2013;12(3):163

Děkuji panu prof. Kršiakovi za připomínky k článku „Novější poznatky o paracetamolu ve vztahu k toxicitě, sensitivitě a vzniku astmatu“, který jsem uveřejnil ve *Vox Pediatricae* 2012;12(2);23–26 (1). Časopisecké diskuse o nejčastěji užívaných lécích jsou právě to, co nám chybí. Celý komentář působí na první pohled jakoby přesvědčivým dojmem, nebere však v úvahu právě ty rozhodující informace z posledních let.

Hepatotoxicita paracetamolu. Nabízený argument, že „toxické dávky paracetamolu, vedoucí k vážnému poškození jater, mnohonásobně převyšují dávky terapeutické“, opravdu odpovídá informacím z klasických publikací, ale nedotýká se novějších poznatků ani nežádoucích účinků (NÚ) nižších dávek. Nelze bagatelizovat ani mírné předávkování nebo vícedenní léčbu při hranici doporučených dávek. Je prokázáno, že při léčbě maximální povolenou dávkou paracetamolu 4 g/24 hod. po dobu 14 dní je třeba očekávat možnost trojnásobného vzestupu transamináz v krvi (2). Při dvoudenní aplikaci může u dospělého obdobně poškozovat hepatocyty již dávka 6 g/24 hod. Takovéto riziko poškození jater potvrzuje i americká instituce pro kontrolu léčiv a potravin FDA a doporučuje označení přípravků s paracetamolem kromě jiného tímto textem: „Těžké jaterní poškození může vzniknout při aplikaci více než 4 gramů paracetamolu za 24 hodin anebo pokud se současně s paracetamolem užívají nejméně 3 porce alkoholického nápoje za den.“ (3). Při předávkování paracetamolem lze naměřit jeho plasmatické hladiny nejčastěji v rozmezí 30–300 mg/l. U zemřelých na intoxikaci paracetamolem byly post mortem detekovány hladiny 50–400 mg/l. Podáváním terapeutických dávek je možné dosáhnout plasmatické koncentrace až 20 mg/l. Rozdíly mezi uvedenými hladinami tedy za velké považovat nelze, navíc dosažené koncentrace jsou značně individuálně kolísavé (2). Stejně tak hranice pro hepatotoxické dávky jsou proměnlivé pro individuální citlivost. Tyto skutečnosti vyplývají z vrozené variability

struktury a tím i aktivity enzymů účastnících se metabolismu paracetamolu. Individuálně kolísavá je i intenzita konjugace jeho toxického meziproductu NAPQI v játrech, plicích a dalších tkáních. Záleží i na současné zátěži organismu aktivními kyslíkovými radikály nebo interferenci s jinými látkami, jako např. alkoholem, benzodiazepiny apod. Malým rozdílem mezi maximální terapeutickou a minimální rizikovou plasmatickou koncentrací samozřejmě odpovídají také malé rozdíly mezi léčebnými a poškozujícími dávkami.

Toxicita paracetamolu nemusí postihovat jen játra, ale i plíce, myokard, pankreas a také ledviny ve smyslu akutní tubulární nekrózy.

Nežádoucí účinky paracetamolu mohou nastat i při doporučeném dávkování.

Dochází k vzestupu rizika některých respiračních nemocí včetně astmatu, chronické rhinitis, atopického ekzému, senzibilizace a alergií, a to někdy i při jeho sporadickém užívání.

S prof. Kršiakem je třeba souhlasit, že samotnými průřezovými studiemi nelze řešit otázky typu „příčina – následek“. Výpovědi z tak rozsáhlých a zásadních studií, jako jsou ISAAC I–III, však pominout nelze. V různých věkových skupinách zde bylo hodnoceno vždy kolem 300 000 dětí ze 113 center a 50 zemí světa. Tvzení, že nejsou doklady o zvýšení rizika astmatu a senzitivizace při užití paracetamolu z jiných indikací než respirační infekce, přehlíží novější poznatky. Takováto souvislost je doložena právě prospektivními studiemi, v jejichž výsledcích jednoznačně převažují nálezy svědčící pro uvedená rizika z paracetamolu samého, bez provázející infekce. Z těchto studií může vycházet např. celosvětový konsensus Globální iniciativy pro astma, kde je na riziko užívání paracetamolu v souvislosti se zvýšením výskytu astmatu upozorněno.

Z prospektivních prací jde např. o rozsáhlou *Kodaňskou studii*, kde byl zjištěn u dětí ve věku do 3 let s paracetamolem podávaným v prvním roce života signifikantně zvýšený

výskyt astmatických symptomů ($p = 0,005$) (4).

Dánská národní novorozenecká kohorta (DNBC) prospektivně ukázala, že děti, jejichž matky v graviditě užívaly paracetamol, měly v 1,5 roce i v 7 letech života signifikantně zvýšené riziko bronchitid, alergií, astmatu i hospitalizací pro astma (5).

Prospektivní longitudinální studie z New Yorku má obzvláště varovné závěry (6).

Riziko astmatu u dětí zde statisticky vysoce signifikantně a klinicky velmi výrazně stoupá s počtem dní intrauterinní expozice paracetamolu.

K mírnému vzestupu rizika dochází, ve srovnání s dětmi bez paracetamolu, již při jednodenním užívání (6). Hlavním mechanismem plicní poruchy způsobené paracetamolem je deplece aktivního glutationu, vedoucí k snížení antioxidantní kapacity plic a krve (7,8). Navíc riziko astmatu po paracetamolu se zdvojnásobuje při přítomnosti alely minor pro glutation S-transferázu (Pi GSTP1 A105G). Tyto děti mají při prenatální zátěži paracetamolem také dvakrát častěji zvýšený nejméně jeden specifický IgE. Polymorfismy tohoto genu mají vliv na konjugaci aktivitu glutationu, uplatňující se při detoxikaci paracetamolu, a současně ovlivňují i působení dalších škodlivin, včetně výfukových plynů a cigaretového kouře. Ani v uvedené práci nebylo zjištěno ovlivnění výsledků studie modifikujícími (confounding) faktory – rasou, pohlavím, věkem či astmatem u matky, kouřením doma či léčbou antibiotiky nebo ibuprofenem (6).

Existuje i doklad vztahu mezi užíváním paracetamolu a rizikem CHOPN.

Metaanalýzy a review. Pro vzestup rizika astmatu, opakovaných bronchitid, chronické rhinitis, alergií a atopického ekzému v souvislosti s aplikací terapeutických dávek paracetamolu jednoznačně svědčí také známé metaanalýzy a review Etminana i Eneliho (9,10). Opakované vyloučení vlivu modifikujících faktorů metodou multivariační analýzy u retrospektivních studií bylo stvrženo prospektivními studiemi.

**Paracetamol a směrnice pro preskripci.**

O tom, že absence NÚ bohužel vždy automaticky nevyplyvá z možnosti volného prodeje léku, svědčí právě dnešní poznatky o paracetamolu, ale i analogie s některými jinými léčivými. Také tvrzení o nemedicinské motivaci restriktivních omezení v léčbě paracetamolem ze strany americké FDA nemůže působit zcela důvěryhodným dojmem, stejně jako další nepodložená domněnka, že taková instituce, jako je celosvětově respektovaná FDA, nepřihlíží ve svých doporučeních k základním vlastnostem analgetik. Požadavek FDA na limit obsahu paracetamolu v maximálním množství 325 mg v 1 tabletě, směřovaný ke všem výrobcům, a navíc varování FDA nejvyššího stupně (!) pro preskripci všech produktů s paracetamolem (3) takto prostě přejít nelze. Nemohl by této celosvětově respektované instituci stačit k omezujícím opatřením právě důvod, že paracetamol je dnes *nejčastější příčinou akutního jaterního selhání* v USA, Velké Británii i dalších zemích, kde jsou toxikologická centra nejvíce využívána právě z důvodu předávkování touto látkou? V Anglii a Walesu dochází za 1 rok ke 40 000–50 000 intoxikací paracetamolem se 150–200 úmrtími. V USA jde o 458 úmrtí na jaterní selhání z intoxikace paracetamolem a 56 000 zákroků neodkladné péče za rok, paracetamol zde byl příčinou 41 % otrav u dospělých a 25 % u dětí. Anebo nebyla by, i bez této otřesné statistiky, k požadavku na opatrnost dostatečná i výše doložená skutečnost, že reakci daného jednotlivce na maximální dávku paracetamolu nelze s jistotou předvídat?

K terminologii. Použité pojmy „paracetamofobie“ a „strašení“ působí dojmem, jako by byly vypůjčené z jiných kapitol medicíny, kde je nápadná dlouhodobá marketingová ofenzíva za zvýšení prodeje léků. Připomínají např. termín „kortikofobie“ a „strašení“ nežádoucími účinky inhalačních kortikosteroidů, kde se analogické pejorativní nálepky dlouhodobě používají pro označování racionálních postojů k jejich NÚ. Vyhnat prodej paracetamolu do závratné výše se již podařilo. Např. v některých zemích se podíl žen, které v těhotenství užívají paracetamol, blíží nebo i dosahuje 50 % ze všech gravidních. Naše společnost stojí nyní před problémem, čím čelit všem nežádoucím dopadům uvedeného stavu – spíše než bránit „fobii“ z účinků paracetamolu.

Závěr. Otravy paracetamolem patří mezi mimořádně závažné a současně nejčastější lékové intoxikace. Podle početných

studií, jejich review, metaanalýz, mínění autorit i konsensů je užívání paracetamolu i v doporučených dávkách jednou z příčin nárůstu astmatu a alergických onemocnění. Bagatelizace reálných rizik paracetamolu je v rozporu s medicínou založenou na důkazech i s edukací naší populace směřující ke snížení konzumace analgetik a léků vůbec (8).

Nezávislé posuzování nežádoucích účinků některých léčiv bývá součástí programu každoročně pořádaného Setkání lékařů ČR a SR v Litomyšli s alergologickým a imunologickým zaměřením, koncipovaného i pro pediatrii. Příští ročník se bude konat ve dnech 16. a 17. května 2014. Přihlášky jsou vhodné již nyní pro omezenou kapacitu. Podrobnosti na: www.astmalitomysl.cz.

Literatura:

1. Novák J. Novější poznatky o paracetamolu ve vztahu k toxicitě, sensitivitě a vzniku astmatu. *Vox Pediatr* 2012;12(2):23–26
2. Shinana F, Dissanayake D, Dargan P et al. A modified low-cost colorimetric method for paracetamol (acetaminophen) measurement in plasma. *Clin toxicol* 2010;48:42–46
3. <http://www.fda.gov>
4. Kreiner-Moller E, Selvested A, Bisgaard H et al. Infant acetaminophen use associates with early asthmatic symptoms independently of respiratory tract infections: The Copenhagen Prospective Study on Asthma in Childhood 2000 (COPSAC₂₀₀₀) Cohort. *J Allerg Clin Immunol* 2012;130:1434–1436
5. Rebordosa C, Kogevinas M, Sorensen H et al. Pre-natal exposure to paracetamol and risk of wheezing and asthma in children: A birth cohort study. 2008. www.ije.oxfordjournals.org/content/37/3/583.full
6. Perzanowski MS, Miller RL, Tang D et al. Prenatal acetaminophen exposure and risk of wheeze at age 5 years in an urban low-income cohort. *Thorax* 2010;65(2):118–123
7. www.alergieimunita.cz
8. Novák J. Astma a alergie z různých pohledů. Supplementum. Materiály z 12. setkání lékařů ČR a SR v Litomyšli. Litomyšl: HRG, 2013
9. Etminan M, Sadtsafavi M, Jafari S et al. Acetaminophen Use and the Risk of Asthma in Children and Adults. A systematic Review and Metaanalysis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;181:1181–1187
10. Eneli I, Sadri K et al. Acetaminophen and the Risk of Asthma. The epidemiologic and Pathophysiological Evidence. *Chest* 2005;127:604–612

Dovoz léčebného konopí může začít, ministerstvo udělilo první licenci

Ministerstvo zdravotnictví v pondělí udělilo první licenci na dovoz tří kilogramů marihuany pro léčebné účely do Česka. Povolení dostala zlínská firma Elkoplast, která konopí doveze z Nizozemska. V úterý to oznámil legislativní náměstek ministra zdravotnictví Martin Plíšek, který předpokládá, že konopí by mělo do ČR dorazit v řádech dnů či týdnů, určitě ale v prosinci.

Dovozní povolení se uděluje v okamžiku, kdy konkrétní lékárna, v tomto případě ze Zlínska, poptává konkrétní množství léčebného konopí pro konkrétní pacienty. Všechny podmínky pro dovoz marihuany splnila i firma Phoenix a dá se očekávat, že i ona v případě potřeby požádá o dovozní licenci.

Mluvíci ministerstva zdravotnictví Viktorie Plířová

Původní plán byl takový, že pacienti budou mít možnost obstarat si marihuanu k léčbě v lékárnách od konce září, příprava ale trvala déle. Novela zákona o tomto užití marihuany platí od letošního dubna. Zdržení využily konopné lékárny k nabídce konopných přípravků, podle lékárnické komory ale nejde o lék.

Limit na osobu – 30 gramů měsíčně

Konopí smějí předepisovat hlavně na chronickou neutišitelnou bolest onkologové, neurologové, revmatologové, psychiatři či infekcionista. Mohou je psát také na uvolnění ztuhlého těla pacientům s roztroušenou sklerózou a na potlačení nechutenství u pacientů s rakovinou nebo AIDS.

Lékaři budou moci psát nejvýše 30 gramů léčebného konopí měsíčně. Pro děti tyto přípravky dostupné nebudou. Na jeden recept může lékař napsat jen množství na jednoměsíční léčbu. Kritici ale tvrdí, že povolených 30 gramů marihuany nebude řadě pacientů stačit, argumentují dosavadní praxí i zahraničními příklady.

Do ČR může být celkově dovezeno takové množství, které je dle poptávky zapotřebí, nesmí však překročit limit daný OSN pro ČR. Ten je stanoven 36 620 gramů za rok, ale může být zvýšen.

Zdroj: čtk, 19. 11. 2013



12. setkání lékařů ČR a SR v Litomyšli – alergie, imunita, astma a CHOPN

Tradiční mezioborová konference, pořádaná českými a slovenskými odbornými společnostmi, proběhla 17. a 18. května 2013 v novorenesančním Smetanově domě. Přednášky našich předních odborníků byly velmi podnětné a jsou vyvěšeny na www.astmalitomysl.cz. Patnáct minut na diskusi, vyhrazených ke každé přednášce, bylo využito beze zbytku. Společenský večer začal koncertem a pokračoval na zámku. Také letos rok přálo počasí, a tak si účastníci mohli při rautu posedět na překrásných renesančních nádvořích. Spíše pro případ deště, ale i pro milovníky umění bývá připraveno přízemí zámku a zámecká sklepení s expozicí soch Olbrama Zoubka a vinotékou.

I. BLOK PŘEDNÁŠEK – ASTMA A CHOPN

Zahajovala **MUDr. Bronislava Novotná, Ph.D.; FN Brno**, alergologie, na téma: *Jsou méně známé typy průduškového astmatu také méně časté?* „Nově objeveným fenotypem astmatu je astma menopauzální. Je charakteristické převážně neutrofilním zánetem, sdílí některé charakteristiky těžkého astmatu. Pacientky jsou často hospitalizovány a mají sníženou percepci astmatických symptomů. Tato forma astmatu vyžaduje intenzivní protizánětlivou léčbu. Některé práce upozorňují, že nárůst nově diagnostikovaného astmatu je v menopauze také spojen s podáváním hormonální substituční terapie. Zde stoupá riziko až dvojnásobně, a to především při podávání estrogenů.“

MUDr. Jiří Novák; Praha, klin. imunologie a alergologie. *„Co by mělo být průběžně sledováno u dítěte s astmatem. Proč, jak a kým?“* Klinické a laboratorní sledování astmatu je popsáno v materiálech z konference (www.astmalitomysl.cz). Malé povědomí a většinou nulová realizace se týká monitorování nežádoucích účinků inhalačních kortikosteroidů (IKS). Je nutné u vyšších než nízkých dávek, za které se dnes u dětí považuje dávka 100 µg IKS/den; dávka 200 µg denně je již středně vysoká. Dnes jednoznačně prokázané riziko trvalé růstové poruchy se monitoruje sledováním růstové rychlosti s prvním hodnocením za 4–6 měsíců léčby. Poruchy kostní mineralizace z IKS se zjistí asi u 18 % dětských astmatiků pomocí DXA, astmatici bez IKS osteoporózu nemají. Za hrubý screening suprese nadledvin se považuje ranní kortisol v séru. Psychické poruchy z IKS jsou nejčastější ve věku do 10 let. Po redukci dávek IKS se stav lepší.

Doc. MUDr. Milan Teřl, Ph.D.; FN Plzeň, pneumologie, nazval své vystoupení *Lehké pořízení s těžkým astmatem*. Existují četné terapeutické možnosti, jak u nemocných s těžkým astmatem předejít nutnosti systémové kortikoterapie anebo ji minimalizovat.

MUDr. Vladimír Koblížek, Ph.D.; FN Hradec Králové, pneumologie. *Nový doporučený postup diagnostiky a léčby CHOPN*. Přístup k CHOPN se změnil s vydáním revizovaných doporučení GOLD. Podrobnosti na adresách <http://chopn.registry.cz/> a www.pneumologie.cz.

Prof. MUDr. Vladimír Vondra, DrSc.; Praha 5, pneumologie. *Velmi příznivá úmrtnost na astma, ale velmi nepříznivá úmrtnost na CHOPN v ČR a SR v r. 2011*. V ČR je celková úmrtnost na astma 26× menší než na CHOPN.

II. BLOK – ORGÁNOVÁ IMUNITA

Prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc.; FN Hradec Králové, ÚKIA. *Imunitní odezva na virové infekce respiračního systému*. Viz www.astmalitomysl.cz.

Prof. MUDr. Jan Janda, CSc.; FN Praha, pediatrie. *Infekce močových cest, úloha infekčního agens a reakce hostitele*. Vystoupení vůdčí osobnosti české pediatrie vedlo k rozšíření obvyklých pohledů na imunologickou problematiku o uropoetický systém.

Doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.; FN Hradec Králové, dermatologie. *Atopický ekzém a fotosenzitivita*. Atopický ekzém často reaguje na sluneční svit velmi nepředvídatelně: fotoiritační reakce může vést k silnému podráždění, zejména čerstvě zánětlivých ložisek.

1. WORKSHOP vedla **prim. MUDr. Jarmila Fišerová; Ústí nad Labem** na téma: *Spirometrie lege artis – provádíme ji opravdu správně?*

III. BLOK: KAŠEL U DOSPĚLÝCH

Doc. MUDr. Jaromír Musil, CSc.; Mělník, pneumologie. *Úvod pneumologa o kašli*. Dif. dg. kašle.

Doc. MUDr. Petr Čáp, Ph.D.; Praha, alergologie a klin. imunologie. *Kašel a jeho léčba z hlediska alergologa*. Nejčastějšími třemi příčinami bývají zadní rýma a zadní ethmoiditida, gastroezofageální a extraezofageální reflux a varianta astmatu s kašlem.

MUDr. Karol Zeleník, Ph.D.; FN Ostrava, ORL. *Současný pohled na úlohu gastro- a extraezofageálního refluxu v etiopatogenezi nemoci dýchacích cest*. Gastroezofageální reflux (GER) se vyskytuje i fyziologicky oproti refluxní chorobě jícnu, definované jako onemocnění. Extraezofageální reflux je patologický průnik žaludečního obsahu do hltanu a HCD.

IV. BLOK: KAŠEL U DĚTÍ

Zahájil **Doc. MUDr. Peter Čiznár, CSc.; FN Bratislava**, pediatrie. *Opakovaný a protražovaný kašel u dětí*. V precizní přednášce byly objasněny některé novější pohledy na kašlající dítě – např. riziko chronické bakteriální bronchitidy.

MUDr. Pavel Horník, FN Brno, ORL. *Zánětlivé onemocnění tonsil u dětí. Adenoidní vegetace*. Zajímavé vystoupení přineslo obohacující diskusi.

2. WORKSHOP vedla **Mgr. Kateřina Neumannová, Ph.D.; FN Olomouc**, fyzioterapie. *Téma: Rehabilitace dýchání ústy po adenotomii*. Autorka ukázala některé prvky rehabilitační léčby cílené na obnovu dýchání nosem a péči o HCD, které si účastníci mohli na místě zkusit.

V. DISKUSNÍ PANEL ukončoval odborný program.

Při zakončení konference byli hlavní strůjci prof. MUDr. Jan Janda, CSc., MUDr. Jiří Novák, prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc. a MUDr. Bronislava Novotná, Ph.D. odměnění dlouhým potleskem.

13. setkání lékařů ČR a SR v Litomyšli se bude konat ve dnech 16. a 17. května 2014. Ohodnocení je 12 kreditů. Podrobnosti a přihlášky na adrese: www.astmalitomysl.cz.

MUDr. Jiří Novák, Litomyšl.

Streptokok A Antigen



Rychlý test na průkaznost Streptokoka A bez použití přístroje. **Jedná se o specifický imunochromatografický test.** Test je vhodný jak do ordinací lékařů, tak i při použití v terénu. Výsledek znáte ihned. Součástí testovacího kitu je vše co potřebujete k jeho provedení.

Provedení testu ve vaší ordinaci Vám pomůže rozhodnout o nutnosti podání antibiotik bez čekání na výsledek kultivace.

- ✓ levné
- ✓ výsledek do 6 min.

- ✓ jednoduché
- ✓ bez využití přístroje

Diagnostická senzitivita: 97,6% (95%CI, 93,8 % - 99,4%)
Diagnostická specifita: 97,5% (95% CI, 93,7 % - 99,3%)

Kat. číslo	Název		Vzorek	Počet kusů v balení	Cena za 1 test s 21% DPH	Cena za balení s 21% DPH
D-STA-S11	Streptokok A	proužek	výtěr z krku	20	42,00 Kč	840 Kč
D-STA-S23	Streptokok A	kazeta	výtěr z krku	20	48,50 Kč	970 Kč

CENA testu již od 42,-Kč

Močové proužky URIVID



Kompletně za Vás řešíme močovou analýzu v ordinaci

- ✓ výsledek za 1 min.
- ✓ jednoduché

- ✓ rychle
- ✓ bez využití přístroje
- ✓ levné

Proužky Urivid slouží ke stanovení až 10 parametrů: Bilirubin, Urobilinogen, Ketony, Kyselina askorbová, Glukóza, Bilkovina, Krev, Ph, Dusitany, Leukocyty, Specifická hmotnost

CENA testu již za 2,75 Kč

Kat. číslo	Parametry		Vzorek	Cena za 1 test s 21% DPH	Počet kusů v balení	Cena za balení s 21% DPH
URS 107	leukocyty, nitrity, krev, pH, bílk., ketony, glukóza	proužek	moč	2,75 Kč	100	275 Kč
URS 010	leukocyty, nitrity, UBG, bílk., pH, krev, spec. hmotnost, ketony, bilirubin, glukóza	proužek	moč	4,68 Kč	100	468 Kč

QuickCeliakie Test

- Screening Celiakie přímo v ordinaci lékaře
- Systematická detekce přítomnosti deficitu IgA
- Kontrola dodržování bezlepkové diety



- ✓ detekce na IgA protilátkách tTGA
- ✓ imunochromatografický test
- ✓ balení obsahuje vše, co potřebujete k práci

- ✓ jednoduché provedení testu
- ✓ výsledek do 5 min
- ✓ cut off 5U/ml

Diagnostická senzitivita: 97,4%

Diagnostická specifita: 96,9%

Kat. číslo	Název		Vzorek	Počet kusů v balení	Cena za 1 test s 21% DPH	Cena za balení s 21% DPH
QCT05	Celiakie 5ks	proužek	plná krev	5	210 Kč	1 050 Kč

Součástí balení jsou lancety pro kapilární odběr

CRP test

Rychlý test na semikvantitativní vyšetření CRP. **Jedná se o specifický imunochromatografický test.** Test je vhodný jak do ordinací lékařů, tak i při použití v terénu. Výsledek znáte ihned. Součástí testovacího kitu je vše co potřebujete k jeho provedení.



Provedením tohoto jednoduchého testu lze předejít zbytečnému předepisování antibiotik pacientům, kteří mají virovou infekci.

- ✓ výsledek do 3 min.
- ✓ jednoduché
- ✓ levné
- ✓ bez využití přístroje
- ✓ rychle

Součástí balení jsou lancety pro snadný kapilární odběr.

Kat. číslo	Název		Vzorek	Počet kusů v balení	Cena za 1 test s 21% DPH	Cena za balení s 21% DPH
D- CRP-W11	CRP	proužek	plná krev	20	56,50 Kč	1 130 Kč

Lancety - pro snadný kapilární odběr

Lancety jsou bezpečné, jejich použití je pouze pro jeden vpich. Pro jejich šetrný způsob provedení vpichu jsou vhodné nejen pro dětské lékaře, ale i pro dospělé.



CENA 1 lancety již za 2,30 Kč

Kat. číslo	Název		Počet kusů v balení	Cena za 1 test s 21% DPH	Cena za balení s 21% DPH
7142	Acti.Lance Universal lancety - Needle 32G vpich 1,8mm		200 ks	2,30 Kč	460 Kč

**Váš specialista
na POCT přístroje
a rychlou diagnostiku**

informace a objednávky:
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o. / Korytná 47, 100 00 Praha 10 – Strašnice
 e-mail: info@quickseal.eu e-shop: www.quickseal.eu / tel: +420 607 751 430



Ze světa odborné literatury...

■ Prevalence úzkosti a deprese u adolescentů s onemocněním srdce

Jednalo se o 112 adolescentů ve stáří 12–20 let, střední věk 16 let. Většina z nich měla vrozenou srdeční vadu.

Poměrně rozsáhlé operace nebo dysmorfický vzhled mohou vést k depresím. Frekvence depresí a stavů úzkosti se pohybovala kolem 30–40 %. Někdy to vedlo až k obsesivním myšlenkám. Jiné práce zase udávají, že rozdíl oproti zdravým není tak veliký. Rozdíl by mohl být v rozsáhlosti operačního přístupu, demografickém a sociálním stavu.

Jako protektivní faktor se jeví rodina, přátelé a učitelé. To se práce snaží ohodnotit. 98 % pacientů dané skupiny bylo klasifikováno ve státu New York. Přibližně polovina účastníků měla předchozí chirurgickou nebo katetrizační intervenci. 11 pacientů (9 %) mělo skóre splňující kritéria deprese a 32 (27 %) mělo úzkost. Plnění optimistického pohledu bylo důležitým faktorem redukcí úzkosti a deprese, následovaly silná sociální podpora a smysl pro soudržnost. Z hlediska spektra diagnostikovaných řešených vad byla stenóza aorty ve 24 %, defekt septa v 19 %, plicní stenóza v 9 %, koarktace aorty v 9 %, transpozice velkých cév v 5 %, Fallotova tetralogie v 5 %. Nebylo rozdílu mezi chlapci a děvčaty. Soudržnost byla v souvislosti s pacientovým mentálním zdravím, klesala po kritických stavech a zlepšovala se s postupujícím věkem. Zlepšení duševního stavu je následováno zlepšením rychlosti rekonvalescence.

J. Pediatr. 2012;161:943–946

■ Relace mezi spánkovou pozicí a rizikem extrémního srdečního selhání

Smyslem práce bylo určit, zda jsou děti ve spánku více ohroženy kardiopulmonálním selháním při poloze na břiše nebo na zádech. Tyto spory se táhnou již od roku 1994, od doporučení Americké pediatrické akademie. Uvádějí se údaje o zpracovaných kardiopulmonálních datech 1070 kojenců sledovaných a monitorovaných po dobu 700 000 hodin. Detekovali epizody proloužené apnoe nebo bradykardie, protože se udává, že tyto momenty předcházejí náhlé smrti. Zvláště

ohroženou skupinou byli novorozenci narození před 34. týdnem věku. V dané práci proto srovnali 116 novorozenců během extrémní kardiopulmonální události s kontrolní skupinou 231 zdravých novorozenců bez této události. Z výsledků se domnívají, že příčinou selhání jsou jiné věci než změna polohy ve spánku.

J. Pediatr. 2012;161:22–25

■ Léčba otřesů mozku u sportovců

V práci hodnotili kognitivní a fyzikální testy pro hodnocení léčby při otřesech mozku při sportech. Vysokoškoláci a kolegové atleti hodnotili testy celkem 49 účastníků, tyto testy prováděli do týdne po úrazu. Testy provedeny do 7. a 31. dne po úrazu. Podle nálezů se domnívají, že testy by byly vhodné při léčbě postkomočního syndromu s terapií a klidem. Léčba prováděna s multifaktoriálním preparátem. Zjistilo se, že u pacientů existuje rozdíl mezi commotio cerebri a vznikem postkomočního syndromu. Nebyl rozdíl ve věku, pohlaví.

Doba odpočinku by měla mít delší trvání, zvláště když se zjistilo, že měsíc po otřesu mozku má 36 % 11–15letých dětí pokles cerebrálního krevního průtoku. Pokud symptomy perzistují déle než měsíc, je to evidentní kritérium pro prezentaci tohoto syndromu.

J. Pediatr. 2012;161:922–926

■ Sodík v séru u dětí s cystickou fibrózou

Smyslem bylo určit prevalenci hyponatrémie u pacientů s cystickou fibrózou. Otázkou bylo, zda hyponatrémie je asociována s věkem, dietou, infekcí nebo teplotou v okolí.

Hyponatrémie byla pozorována u 19 z 20 pacientů. Asociované faktory byly dieta a klima. Speciální strava mohla zvýšit koncentraci Na. Zvýšení teploty klimatu o 1 % mělo za následek pokles sérové koncentrace natria. Pro osvětlení je nutné uvést, že ztráty natria jsou větší u kojenců pro relativně větší povrch těla. Při změně klimatu se mohou jako první symptom objevovat hyponatremické dehydratace. Na to musí nemocný reagovat příslušným příjmem. Tato natriová deplece byla poprvé diagnostikována u pacienta s CF v USA v roce 1948. Dále byla historicky pre-

zentována natriová deplece s metabolickou alkalózou. Tato natriová deplece může mít akutní i chronický průběh. Akutní průběh bývá manifestován se zvracením a dehydratací u malých dětí. Chronický průběh pak u dětí s anorexií a poklesem váhové křivky.

J. Pediatr. 2012;161:285–289

■ Porovnání frekvence respiračních infekcí u hospitalizovaných amerických indiánů žijících na Aljašce a US populace dětí ve věku pod 5 let

Porovnávány infekce dolních dýchacích cest v letech 2006–2008 a v letech 1998–1999. V pozdějších letech byl o 32 % nižší, ale přitom 1,6× vyšší na Aljašce než v USA. Co se týká pneumonií, byl rozdíl 3× vyšší, častější na Aljašce než v USA. Další velmi častou komplikovanou dg. dětí z Aljašky byly bronchiolitidy. Pneumonie a bronchiolitidy zabíraly až 60 % hospitalizací. Také byly velmi často popisovány respirační infekce RS virem a pneumokokem.

J. Pediatr. 2012;161:296–302

■ Abdominální bolesti a funkční gastrointestinální poruchy u dětí s celiakií

V práci hodnotili, zda pacienti s celiakií mají častější bolest břicha a funkční gastrointestinální obtíže než kontrolní skupina. Porovnávali pacienty s celiakií diagnostikovanou v letech 2000–2010. Do studie bylo zařazeno celkem 49 pacientů s celiakií (CD) a 48 kontrol. 12 dětí z CD skupiny a 7 dětí z kontrolní skupiny mělo abdominální bolesti v době studie. 9 dětí z CD skupiny a 4 děti z kontrolní skupiny splňovalo kritéria pro funkční gastrointestinální poruchy.

J. Pediatr. 2013;162:505–509

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



Aktuality...

Obama se omluvil za problémy s novým pojištěním

Americký prezident Barack Obama se omluvil Američanům, kteří přišli o své zdravotní pojištění v důsledku Obamovy reformy zdravotnictví, a to i navzdory prezidentovým slibům, že se tak nestane. V USA nezvládli správně vytvořit webovou stránku pro pojištěnce. Mnozí o pojistku přišli, protože nová byla dražší než stávající a nemohli ji platit.

„Je mi líto lidí, kteří se ocitli v této situaci v důsledku slibů, které jsem dal,“ řekl Obama v rozhovoru pro televizi NBC. Současně sliboval, že učiní „vše, co je možné“, aby dotčeným pomohl. Už po nastartování reformy na počátku října se ukázalo, že vláda technologicky nejvyspělejší země světa nebyla za celé tři roky schopna zajistit náležité fungování klíčové webové stránky, přes níž si mají lidé kupovat povinné zdravotní pojištění. Sama ministryně zdravotnictví Kathleen Sebeliusová označila takovou situaci jako „debakl“. Mnozí z lidí, kteří se na stránky dostali, pak utrpěli cenový šok, když zjistili, že budou muset platit mnohem vyšší pojistné než dosud. A v posledních dnech dostalo nejméně 3,5 miliónu Američanů od pojišťoven nečekané oznámení o zrušení dosavadních pojistek, a to kvůli požadavkům nového zákona. Na Obamu se nyní snáší ostrá kritika za to, že v době prosazování reformy i poté veřejně více než dvacetkrát pronesl větu v tom smyslu, že „pokud se lidem jejich dosavadní zdravotní plán líbí, budou si ho moci ponechat“. Prezidentova popularita se propadla k rekordnímu minimu. Obama se už dříve v tomto týdnu snažil otupit ostří kritiky tím, že své sliby opožděně vysvětloval tím, že měl na mysli to, že předreformní pojistky si bude možné zachovat, pokud se nezmění přijetím nového zákona. „Nebyli jsme tak jasní, jak jsme měli být, pokud jde o změny, ke kterým došlo,“ připustil Obama v televizním rozhovoru. „Jestli je prezidentovi opravdu líto, že porušil své sliby americkému lidu, měl by udělat více než se jen polovičatě omlouvat v televizi,“ uvedl vůdce republikánské menšiny v Senátu Mitch McConnell. Obama by podle něj měl podpořit návrh opozice ponechat Američanům původní pojišťovací plány, pokud si to přejí.

Zdroj: ČTK, 8. 11. 2013

Poplatek za pobyt v nemocnici bude 60 korun, rozhodla vláda

Vláda premiéra v demisi Jiřího Rusnoka schválila úpravu poplatků za pobyt v nemocnici, které od příštího roku zruší Ústavní soud. Za den v nemocnici by se mělo platit opět 60 korun jako v minulosti. Platby by se nevztahovaly na děti a mladistvé do 18 let a zároveň by nebyly omezeny délkou hospitalizace, oznámilo ministerstvo zdravotnictví.

Pokud návrh projde celým legislativním procesem, mohl by začít platit nejdříve v březnu příštího roku. Podle premiéra vláda požádá Sněmovnu, aby materiál schválila ve zrychleném režimu již v prvním čtení. Chce tak zamezit výpadku příjmů zdravotnických zařízení.

Letos nemocnice na poplatcích vyinkasují 2,1 miliardy, po změně zákona by to mělo být zhruba o miliardu méně. Ústavní soud v červenci zrušil jak 100korunový poplatek za pobyt v nemocnici, tak nadstandardy. Za neústavní je považovala skupina poslanců ČSSD, kteří se na soud obrátili. Ministr zdravotnictví Martin Holcát v reakci na rozhodnutí soudu začal připravovat potřebnou novelu zákona.

Zdroj: Novinky.cz, 6. 11. 2013

Úhradová vyhláška je protiústavní, přesto bude platit do konce příštího roku

Úhradová vyhláška, podle které jsou stanoveny hodnoty bodu a výše úhrad, ohrožuje právo na ochranu zdraví. S takovým odsudkem vyprovodil Ústavní soud (ÚS) úhradovou vyhlášku ministerstva zdravotnictví a označil ji za protiústavní. Norma bude přesto platit až do konce roku 2014, do té doby musí zákonodárce napravit chyby, které soudci ve vyhlášce našli.

ÚS svůj verdikt vyhlásil ve středu a vyhověl tím návrhu skupiny 39 senátorů napříč politickým spektrem pod vedením Aleny Dernerové (severočeši.cz). Vyhlášku kritizovali i lékaři, podle kterých kvůli ní chybějí v resortu peníze. Protiústavnost vyhlášky spatřovali senátoři například v tom, že po překročení nasmílovaného množství péče zaplatí pojišťovny lékařům jen třetinu peněz. „Poskytovatelé totiž nemohou předvídat celkový rozsah zdravotních služeb, které budou nuceni v průběhu roku poskytnout, a již vůbec nemohou ovlivnit, zda nedojde k jejich výraznému navýšení v důsledku mimořádných událostí, např. hromadných nehod, epidemií atd. Základním problémem tedy je, že úhradová vyhláška nerozlišuje mezi překročením objemu péče v důsledku skutečného plýtvání či nadužívání péče a v důsledku plnění zákonných povinností ze strany poskytovatele,“ konstatoval generální sekretář ÚS Ivo Pospíšil.

Soud: Poskytovatel neovlivní rozsah péče

Podle ÚS zdravotníci nemohou odmítnout poskytnutí péče, avšak současně jsou nuceni při překročení objemu v kalendářním roce ji poskytovat za situace, kdy úhrada nepokrývá ani jen nezbytné náklady, a fakticky tak musejí ošetřování dotovat. „Napadená úprava též ohrožuje právo na ochranu zdraví, neboť nutí poskytovatele, aby ve vlastním ekonomickém zájmu omezovali poskytovanou zdravotní péči, například odkládali plánované operace a zákroky na další kalendářní rok nebo se poskytování vyhybali,“ vysvětlil Pospíšil. ÚS také zkritizoval nerovné postavení smluvních a nesmluvních poskytovatelů při proplácení úhrad za neodkladnou péči. U nesmluvních poskytovatelů se hodnota bodu snižuje na 75 procent. Další problém spočívá v takzvaných regulačních srážkách, které se uplatní v případě, kdy poskytovatel předepíše léky a zdravotní prostředky v rozsahu vyšším, než byly úhrady v roce 2011. Pojišťovna v takovém případě může snížit úhradu. I v tomto případě soud upozornil na to, že poskytovatel nemůže ovlivnit rozsah poskytnuté péče, a přesto je za jeho překročení sankcionován. Pojišťovna pak může srážky uplatňovat selektivně a některé poskytovatele znevýhodňovat.

Zdroj: P. Kozelka, Právo, 30. 10. 2013



Praktický lékař má na Slovensku zvládnout i drobné chirurgické zákroky

V rámci reformy všeobecného lékařství se od příštího roku rozšíří povinnosti slovenských praktických lékařů o drobné chirurgické zákroky. Ministerstvo zdravotnictví si od toho slibuje vyšší efektivitu.

Nenáročné chirurgické zákroky by měl praktický lékař zvládnout přímo ve své ambulanci a nemusel by posílat pacienta ke specialistovi. Praktičtí lékaři by měli podle nové legislativy zvládnout také například výplachy uší, vyhodnocování EKG a různých laboratorních vyšetření. Ministerstvo tvrdí, že k těmto krokům vedly požadavky z praxe. „Vítáme, aby praktičtí lékaři mohli vykonávat i jiné drobné zákroky,“ cituje deník Pravda prezidenta Asociace soukromých lékařů Ladislava Pásztor. Připouští, že lékaře je potřebné dozdělovat a připravit. „Ani pacienti doposud nebyli zvyklí, že všeobecný lékař jim provede nějaký úkon navíc a nepošle ho hned ke specialistovi,“ dodává.

Lékařská unie je proti

Proti vyšším kompetencím praktických lékařů se postavila Slovenská lékařská unie specialistů. Podle prezidenta unie Andreje Janca se může stát, že praktický lékař promešká čas, který je vhodný na léčbu, než pošle pacienta ke specialistovi. „Kdo pak ponese odpovědnost?“ klade si otázku. Podle něho praktický lékař prostě nemá vzdělání na to, aby mohl dělat drobné úkony za chirurga. Rovněž pacienti jsou na pochybách, zda praktičtí lékaři nové povinnosti zvládnou. „Vždyť dnes i injekce nebo infuze raději přenechávají sestrám, a teď mají zastupovat chirurgy,“ kroučí hlavou důchodkyně Eva Vydarená z Bratislavy. Na Slovensku je nedostatek praktických lékařů. V zemi jich chybí až 700. Průměrný věk praktických lékařů je 55 let, když téměř třetina je ve věku nad 70 let. Zvýšení jejich kompetencí by mělo přilákat k oboru větší množství mladých.

Zdroj: I. Vilček (Bratislava), Právo, 24. 10. 2013

V Evropě roste poptávka po zdravotnících

Zvýšení poptávky po pracovní síle ve zdravotnictví potvrzuje nejnovější Evropský monitor volných pracovních míst.

Volná místa ve zdravotnictví v EU rostla mezi roky 2008 a 2012 téměř o 2 % ročně.

Obyvatelstvo stárne

Důvodem byl souběh faktorů, jako je stárnutí obyvatelstva, pokrok v technologiích a v péči, očekávání kvalitnějších služeb a větší důraz na preventivní péči. V roce 2012 byl v tomto odvětví přijat do práce téměř milion lidí. Po pracovnících osobní péče v oblasti zdravotnictví patří mezi povolání s nejvyšším nárůstem počtu zaměstnanců analytici a vývojáři softwarových aplikací, administrativní pracovníci a odborní asistenti, učitelé na prvním stupni a v oblasti předškolní výchovy.

Odvětví zdravotní péče má potenciál

„Evropský monitor volných pracovních míst umožňuje uchazečům o zaměstnání zjistit, ve kterých odvětvích mají nejlepší vyhlídky na získání práce. Pomáhá rovněž orgánům veřejné správy investovat do odborné přípravy kvalifikovaných pracovních sil, aby se předešlo jejich nedostatku. Nejnovější zpráva potvrzuje, že zdravotní péče je jedním z odvětví s největším potenciálem k vytváření pracovních

míst v Evropě,“ uvedl komisař pro zaměstnanost, sociální věci a sociální začleňování László Andor.

Stárnou i zdravotníci

Zpráva rovněž zdůrazňuje, že řada zemí se zřejmě musí zabývat problematikou stárnutí pracovní síly ve zdravotnictví. Například věk více než 40 % pracovníků v oblasti zdravotní péče v Bulharsku a pobaltských státech se pohybuje mezi 50 a 64 lety, což značně převyšuje průměr v EU.

Zdroj: Právo, 4. 10. 2013

Američtí lékaři přiznávají, že lžou – v zájmu pacienta

„Ohýbání“ etických norem prokázal výzkum mezi americkými revmatology. Průzkum představený na výročním kongresu americké asociace revmatologů a publikovaný v jejich odborném žurnálu mimo jiné otevřeně informoval o eticky složitém problému. Lékaři připustili, že někdy v diagnózách nepišou přesnou pravdu, ale poněkud ji ohýbají. Dělalí to však v zájmu pacienta.

Přikrášená diagnóza

Přístup k léčení revmatických onemocnění nemusí být v USA automatický a snadný – závisí na typu zdravotního pojištění či možná nepojištění pacienta. Na terapeutické služby se často musí dlouho čekat, někdy je velmi těžké najít zdravotnické zařízení, které by je špatně pojištěnému člověku poskytlo. Lékaři proto připustili, že někdy „přikráší“ symptomy pacienta a „upraví“ jeho diagnózu tak, aby se vešel do škatulky, v níž jeho pojišťovna léčebnou péči a medikamenty zaplatí.

Neférová pravidla

„Jestliže mají lékaři dojem, že pravidla poskytování léčby nejsou férová, jsou v obtížném etickém postavení, pokud chtějí zajistit pacientům péči, kterou potřebují,“ uvedl Ronald MacKenzie z newyorské Nemocnice pro speciální chirurgii, který průzkum připravil. Podle něj by mělo být toto zjištění prvním krokem k hledání nějakého řešení, které by bylo prospěšné pro pacienty a nenutilo lékaře ohýbat pravdu. Mimochodem, výzkumníci oslovili 5500 revmatologů, získali 771 odpovědí. Ne každému lékaři se tedy chtělo o etických otázkách povolat mluvit.

Zdroj: Arthritis & Rheumatism, doi: 10.1002/art. 38077, 5. 11. 2013

Lidští „skřivánci“ a „sovy“ se dají rozpoznat podle mozku

O tom, zda člověku líp vyhovuje ranní vstávání, anebo spíš ponocování, nerozhoduje jen jeho vůle. Obecně platí, že asi 10 % lidí se dá charakterizovat jako ranní ptáčata, jimž svědčí brzké vstávání. Další asi 20 % populace tvoří noční sovy, aktivní hlavně v závěru dne. (Ostatní lidé spadají někam mezi obě kategorie.)

Rozdíly v bílé hmotě mozku

Výzkumníky ze dvou německých výzkumných institucí zajímalo, zda se tento rozdíl v chování zrcadlí i v mozku lidí. Skenovali tedy mozky 16 „skřivanů“, 23 „sov“ a 20 osob patřících mezi tyto kategorie. A zjistili, že bílá mozková hmota „nočních sov“ se liší od ostatních – má nižší integritu, a to v oblastech mozku spojených se vznikem



deprese. To by mohlo souviset s faktem, že lidé ožívající v noci častěji trpí depresemi.

Přijměte to jako fakt

Poznatek si určitě ještě vyžádá další interpretace. Jak však výzkumníci již konstatují, pokud rozlišení lidí na ranní a noční typ závisí na mozku a nikoli na jejich zvoleném životním rytmu, bylo by asi lépe, aby si skřivanci a sovy podle svého chronotypu i vybírali zaměstnání.

Zdroj: NeuroImage, doi: 10.1016/j.neuroimage.2013.07.086, 31. 10. 2013

Nově ustavenou hlavní sestrou České republiky je Alena Šmídová

Má zkušenosti s ošetřováním. Jejím úkolem je zastupovat zájmy zdravotních sester na ministerstvu. Funkci hlavní sestry obnovil na Ministerstvu zdravotnictví ČR ministr Martin Holcát. Jmenoval do ní Mgr. Alenu Šmídovou, která byla na ministerstvu vedoucí oddělení ošetřovatelství a dalších nelékařských povolání a uznávání kvalifikací.

Problémem je administrativa a pracovní přetěžování

Úkolem hlavní sestry je zastupovat zájmy více než sta tisíc zdravotních sester na ministerstvu zdravotnictví. „Zásadně nechci oddělovat povolání lékařů a sester, ale naopak je vidím stát vedle sebe,“ říká Alena Šmídová. Za problémy v práci zdravotní sestry označila nadměrnou administrativní zátěž a také jejich přetěžování.

Zkušenosti sestry

Mgr. Alena Šmídová vystudovala Střední zdravotnickou školu v oboru zdravotní sestra (absolvovala v roce 1978) a Filozofickou fakultu Univerzity Karlovy v Praze ve studijním programu ošetřovatelství – pedagogika (absolvovala v roce 1992). V průběhu své profesionální kariéry pracovala jako sestra u lůžka na interním oddělení, dále působila jako učitelka na Střední zdravotnické škole, kde byla i 8 let statutární zástupkyní ředitelky. Od roku 2004 do roku 2009 působila jako hlavní sestra Vězeňské služby ČR. Od roku 2010 působí jako vedoucí oddělení ošetřovatelství a dalších nelékařských oborů a uznávání kvalifikací na odboru vzdělávání a vědy Ministerstva zdravotnictví ČR.

Není členkou žádné politické strany. Je vdova, má tři děti a šest vnoučat. Mezi svými zájmy uvádí turistiku, jízdu na kole, ruční práce a zahradničení.

Zdroj: doktorvlach.cz, 3. 11. 2013

Ministr Holcát nepřijel na sjezd lékařů kvůli sporu

Ministr zdravotnictví Martin Holcát změnil plány a odřekl účast na sobotním sjezdu České lékařské komory. Důvodem je dopis určený lékařům, v němž prezident komory Milan Kubek ostře zkritizoval návrh úhradové vyhlášky na příští rok. Podle Holcátů tak jednostranně a předčasně zahájil diskusi, která byla naplánována až na sjezd.

Holcátovi se nelíbil styl dopisu. „Dle mého pohledu je to styl účelově bulvárního charakteru s řadou polopravd a dehonestací mé osoby i mých spolupracovníků,“ uvedl ministr. Je však nadále připraven

vyslechnout názory komory při nadcházejících pracovních diskusích a v připomínkovém řízení. Milana Kubka Holcátovo rozhodnutí překvapilo a zklamalo. Sporný dopis podle něj nebyl útokem na Holcátů, ale projevem standardní komunikace v lékařské obci.

Návrh je připraven

Úhradovou vyhlášku na letošní rok nedávno zkritizoval Ústavní soud. Přesto ji nechal v platnosti do konce příštího roku. Ministerstvo už připravilo návrh vyhlášky na příští rok, která je ale podle komory naprosto nepřijatelná. Holcátův resort chce přidat nemocnicím i ambulancím. K dispozici bude mít od pojišťoven 235 miliard korun, o deset miliard víc než letos.

Ve vedení zůstává Mrozek

Sobotní sjezd komory potvrdil, že v jejím vedení i v dalších pěti letech zůstane jako viceprezident olomoucký anesteziolog Zdeněk Mrozek. Devětačtyřicetiletý lékař neměl žádného protikandidáta. Prezidentem komory je nadále Milan Kubek. Na letošním sjezdu nemusel svou pozici obhajovat.

Zdroj: čtk, 16. 11. 2013

Jsem lehký bordelář, je to o mně známo, hájil se u soudu bývalý hlavní hygienik Vít

Někdejší hlavní hygienik České republiky Michael Vít v úterý před Obvodním soudem pro Prahu 2 odmítl, že by zneužil svou pravomoc při smlouvách na poradenství, které uzavřel v roce 2007 coby náměstek ministra zdravotnictví. Služby úřadu poskytoval manžel Vítovy podřízené, bývalý poslanec Otakar Vychodil. Podle obžaloby je ale mohl zajistit příslušný odbor na ministerstvu.

Vít se hájí tím, že Vychodil je odborník a jeho rady se využily. Obžaloba, kterou soud začal projednávat, se týká tří smluv z roku 2007. Dvě uzavřelo ministerstvo zdravotnictví, třetí zdravotní ústav v Ostravě.

Spolupráce Vychodila s ministerstvem začala již v roce 2003. Celkem vznikla podle žalobce Kamila Švece škoda zhruba dva milióny korun. Víta viní kromě zneužití pravomoci úřední osoby také z porušování povinnosti při správě cizího majetku. Bývalému náměstkovi hrozí od tří do deseti let vězení.

Vít soudu vysvětloval, že měl na starost zavedení nového systému hygienických stanic. Poradce najal prý proto, aby měl „pohled také z jiné strany“. „Vychodil je systémový inženýr, diskutovali jsme o tom řadu let,“ uvedl Vít. Exposlanec je podle něj odborník, který zná velmi dobře strukturu hygienické služby. Vít podle svých slov později oslovil ke konzultacím také odborníky z Vysoké školy ekonomické, ty ale ministerstvo neplatilo.

Nebyl dostatek odborníků

Vít také odmítl obvinění a uvedl, že se mohl v minulosti pouze dopustit administrativních pochybení. Podle žalobce měl Vít na stejnou práci zvláštní odbor. V době, kdy smlouva s Vychodilem vznikla, navíc vedla zmíněný odbor Vychodilova manželka Karla Říhová.

Žalobce se Víta opakovaně ptal, v čem byl Vychodil tak výjimečný expert, že bylo nutné najmout právě jeho. Vít uvedl, že tehdy také neměl na ministerstvu k dispozici dostatek odborníků a k tomu úřad značně zaměstnávalo zavádění pravidel Evropské unie do českého právního systému.

Obžaloba také tvrdí, že Vychodilovy materiály z let 2007 a 2008 jsou stejné jako ty, které předložil o tři roky dříve. Vít na odpověď,



že si toho po letech nevšiml. „Neuvědomíte si, že jsou tam stejné pasáže,“ dodal. Ministerstvo podle Víta Vychodilovy služby využilo. „Z materiálů se nejméně 80 procent doporučení realizovalo,“ dodal.

„Lehký bordelář“

Šlo prý o změny, které se projeví v legislativě. Přinesly prý také úsporu zhruba půl miliardy korun. Na dotaz, proč to nešlo udělat již dříve, když podobné rady uděloval Vychodil již v roce 2005, Vít odpověděl, že k tomu nebyla politická vůle. Soud se také Vít ptal, proč listiny, které s Vychodilem vyřizoval, neměly jedací číslo, i když veškerá korespondence ministerstva prochází podatelnou a zaznamenává se.

„O mně je známo, že jsem byl na ministerstvu lehký bordelář, a některých věcí jsem si zkrátka nevšiml. U úředníka je to chyba,“ dodal Vít. Za problematické smlouvy uzavřené bez výběrového řízení také dostal v minulosti od tehdejšího ministra Tomáše Julínka trest a čtvrt roku nedostával k platu osobní ohodnocení.

Soud bude pokračovat výslechem svědků. Trestní oznámení na Víta podala předloni na jaře organizace Transparency International. Vít, který byl v čele hygieniků od roku 2000, policie obvinila loni v březnu. Od té doby byl na neplacené dovolené, vedoucí funkci dočasně zastávala jeho zástupkyně Viera Šedivá. V říjnu pak vláda hlavním hygienikem jmenovala šéfa krajské hygienické stanice v Liberci Vladimíra Valentu. Vít je nyní zaměstnán v pražské pobožce Státního zdravotního ústavu.

Zdroj: čtk, 19. 11. 2013

Vysoce specializovaná centra, kde se ženy léčí s gynekologickými nádory

Česká republika patří k zemím s nejvyšším výskytem rakoviny děložního čípku v EU. Ročně jí onemocní zhruba tisíc žen a čtyři sta zákeřné nemoci podlehnou. Bohužel neustále stoupá i výskyt jiných onkogynekologických onemocnění, jako je například rakovina dělohy nebo vaječníků. Ministerstvo zdravotnictví proto vytvořilo speciální síť onkogynekologických center, kde ženy naleznou maximální péči těch nejlepších a nejzkušenějších odborníků v zemi na danou problematiku.

Šance na úspěšnou léčbu se tak zvýší, jelikož ženy dostanou včas tu nejlepší péči. Již v minulosti se totiž potvrdilo, že lidé s rakovinou mají mnohem lepší prognózu léčby, pokud jsou léčeni ve specializovaném centru, kde mají velké zkušenosti s léčbou podobně nemocných. Navíc jsou tato centra vybavena nejmodernějším diagnostickým i přístrojovým vybavením.

Aby odborné pracoviště získalo statut specializovaného centra, muselo ročně ošetřit minimálně 100 nových záchytů gynekologických zhoubných nádorů a provést minimálně 60 radikálních operací.

Seznam vysoce specializovaných onkogynekologických center

Fakultní nemocnice v Motole

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Masarykův onkologický ústav v Brně

Nemocnice Nový Jičín a.s.

Nemocnice Na Bulovce

Fakultní nemocnice Plzeň

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava

Krajská nemocnice T. Bati, a.s.

Fakultní nemocnice Brno

Fakultní nemocnice Olomouc

Nemocnice Jihlava, p.o.

Krajská zdravotní, a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Zdroj: novinky.cz, 12. 11. 2013

INZERCE

280 9-13

Prodám praxi PLDD na Vysočině, tel. 603 732 466.

282 9-13

Nabízím zástup na 1-2 dopoledne (či více dle dohody) v plně vybavené ordinaci PLDD v **Heřmanově Městci** (Pardubicko). Dobré platové podmínky, náhrada cestovného. Vhodné k MD či penzi.

284 9-13

Po dohodě **přenechám** velmi dobře zavedenou **praxi PLDD u Českých Budějovic**. Nové vybavení. Solidní jednání. Bližší informace na tel.: 604 318 717 nebo e-mail: praxepldd@seznam.cz.

285 9-13

Prodám nový přístroj QuikRead go® na vyšetření CRP. Výhodně, končí praxi. Tel. 602 230 697.

286 10-13

Přijmu kolegu do své ordinace PLDD v **Praze 9**, na úvazek 0,5-1,0, plat dohodou, tel. 602654841.

287 10-13

Prodám dobře zavedenou **ordinaci** PLDD v klidném prostředí vesnice asi **30 km od Olomouce**. Tel. 732 600 744.

288 10-13

Prodám zavedenou **praxi** PLDD v **Praze**. Tel: 608 729 182.

289 11-13

Předám praxi PLDD v **širším centru Prahy**. Velmi dobře zavedená a perspektivní praxe. Tel. 776 169 559.

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

Silvestrovské otázky

1. Symbol HA u mléčných formulí pro náhradní výživu kojenců vyjadřuje:

- a) přídavek kyseliny hyaluronové, který má zajistit kojencům hebkou, bezvráscitou pleť na dlouhá desetiletí
- b) hypoalergenicitu
- c) že dojně krávy musely spást na výrobu 1 hektolitr mléka 1 hektar (ha) luk

2. Martánci jsou:

- a) věrní spolupracovníci Ing. Jiřího Paroubka
- b) oblíbené multivitaminové bonbónky pro děti
- c) dětičky Marťanů z masa a kostí

3. QR kód je:

- a) typ čárového kódu, který je dvourozměrný, černobílý, zapisovaný do čtverce (Quick Response)
- b) označení atypického QRS komplexu na EKG záznamu
- c) zkratka názvu české hudební skupiny Queen Revival hrající skladby skupiny Queen
- d) zkratka britského královského rádia (Queen Radio)

4. Pod pojmem salámové křeče chápeme:

- a) křeče trávicí trubice po požití gothajského salámu kontaminovaného salmonelou
- b) křeče svalstva příčné pruhovaného vyvolané kořenícími přísadami v uherském salámu
- c) formu epileptického syndromu připomínající modlitbu islamistů

5. Při uštknutí zmijí obecnou:

- a) nechápavě koukáme zmijí do očí a zkoumáme, zda nemá vzteklinu
- b) zmijí chytíme a bezodkladně s ní běžíme do nejbližší ZOO, kde požádáme o aplikaci antiséra
- c) zmijí chytíme za ocas, zabijeme ji úderem hlavou o kámen, vykucháme a na ohýnku osmažíme, jedové zuby si schováme jako amulet na náhrdelníku z hadí kůže
- d) zmijí chytíme a doneseme do nejbližší čínské restaurace k uvaření hadí polévky, která má neutralizační účinky proti jedu zmije

6. Fish metoda je

- a) doporučený postup, jak chytit vánočního kapra
- b) tajná metoda ministra financí Fischera ke zhodnocení/znehodnocení české koruny
- c) slangový výraz pro návod, jak vytvořit podvodné e-maily, tzv. phishing
- d) cytogenetická metoda, která umožňuje barvení chromozomů či jejich některých konkrétních částí fluorescenčním barvivem

Sestavil: MUDr. Ctirad Kozderka

Autodidaktický test 10/2013

Posudková činnost

1. Sociální zabezpečení je systémem sociální ochrany s cílem pomoci lidem v obtížných životních a sociálních situacích. Dle zákona č. 582/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, je lékařská posudková služba orgánem:

- a) Ministerstva práce a sociálních věcí ČR
- b) Ministerstva zdravotnictví ČR
- c) okresní správy sociálního zabezpečení
- d) krajské pobočky Úřadu práce

2. V rámci činnosti lékařské posudkové služby pro posouzení zdravotního stavu fyzické osoby je uzákoněna součinnost LPS s poskytovateli zdravotních služeb (zákon č. 582/1991 Sb.). Dle tohoto zákona ve znění pozdějších předpisů:

- a) je povinen provést vyšetření zdravotního stavu fyzické osoby a zpracovat lékařské podklady ve vyžádaném rozsahu, a to bezplatně
- b) je povinen umožnit lékaři LPS nahlížení do zdravotnické dokumentace v rozsahu potřebném pro posouzení zdravotního stavu fyzické osoby, a to vždy se souhlasem posuzované osoby
- c) je povinen zaslát lékaři LPS na jeho žádost zdravotnickou dokumentaci v rozsahu potřebném pro posouzení zdravotního stavu fyzické osoby, a to i bez souhlasu posuzované osoby s náhradou poštovního
- d) je povinen na žádost orgánu sociálního zabezpečení provést vyšetření zdravotního stavu fyzické osoby a zpracovat lékařské podklady ve vyžádaném rozsahu, a to za úhradu dle Seznamu zdravotních výkonů

3. Novela zákona č. 108/2006 Sb. s platností od 1. 1. 2012 zavedl propracovaný systém posuzování stupně závislosti. K jejímu stanovení je využíváno hodnocení několika kritérií odlišných pro osoby do 18 let a nad 18 let. Skórovací systém hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat (do 18 let/nad 18 let):

- a) 5/6 základních životních potřeb
- b) 7/9 základních životních potřeb
- c) 9/11 základních životních potřeb
- d) 9/10 základních životních potřeb

4. LPS na základě posouzení vydá posuzované fyzické osobě se zdravotním postižením rozhodnutí o stupni závislosti. Pokud zdravotně postižená fyzická osoba bylo toto rozhodnutí vydáno, může na jeho základě čerpat některou z níže uvedených dávek:

- a) příspěvek na zvláštní pomůcku
- b) příspěvek při hmotné nouzi
- c) invalidní důchod
- d) příspěvek na mobilitu

5. Systém sociálního zabezpečení můžeme rozdělit do dvou skupin – systémy pojistné a nepojistné. Vyberte, které položky patří do skupiny pojistného systému:

- a) vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství
- b) vdovský a vdovecký důchod
- c) příspěvek na péči
- d) ošetřovné
- e) pomoc v hmotné nouzi
- f) invalidní důchod

6. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, řeší důchodové pojištění pro případ stáří, invalidity a úmrtí živitele (vdovský a vdovecký důchod, sirotčí důchod). Podmínkou pro přiznání invalidního důchodu je uznání invalidity a splnění potřebné doby pojištění. Zákon vymezuje i mimořádné podmínky k přiznání invalidního důchodu. K těm patří i přiznání invalidního důchodu od 18 let. Taková osoba musí splňovat tyto podmínky:

- a) věk alespoň 18 let, trvalý pobyt na území ČR, invalidita III. stupně vzniklá před dosažením 18 let, nebyla účastna důchodového pojištění
- b) věk alespoň 18 let, trvalý pobyt na území ČR, invalidita vzniklá před dosažením 18 let, nebyla účastna důchodového pojištění
- c) věk alespoň 18 let, trvalý pobyt na území ČR, invalidita II. nebo III. stupně vzniklá před dosažením 18 let, není schopna přípravy pro pracovní uplatnění
- d) věk alespoň 18 let, trvalý pobyt či povolení k dlouhodobému pobytu na území ČR, invalidita III. stupně vzniklá před dosažením 18 let, nebyla účastna důchodového pojištění

Sunar

protože milujeme
naše děti

Sunar complex s naturbalance

Sunar complex 1



mléčný

Počáteční kojenecká mléčná výživa

- ✓ optimální množství bílkovin
- ✓ beta-palmitát
- ✓ prebiotika GOS
- ✓ nukleotidy
- ✓ 100 % laktózy
- ✓ vitaminy a minerální látky
- ✓ vynikající chuť

Sunar complex 2



mléčný

banán

Pokračovací a batolecí kojenecká mléčná výživa

- ✓ optimální množství bílkovin
- ✓ beta-palmitát
- ✓ prebiotika GOS
- ✓ vitaminy a minerální látky
- ✓ vynikající chuť

Sunar complex 3



mléčný

banán

vanilka

Sunar complex 4



mléčný

jahoda

broskev

Ještě lepší
receptura



Přirozeně
mléčná chuť

Prebiotika GOS

– potřebná pro střevní mikroflóru

Beta-palmitát

– unikátní složka tuku, přirozeně obsažená
v mateřském mléce

Vitaminy a minerální látky

– včetně vápníku a vitamínu D pro zdravý růst kostí

Kojení je nejlepší způsob výživy. Potravina pro zvláštní výživu.
Materiál je určen pro odbornou veřejnost.

www.sunar.cz

www.facebook.com/sunar

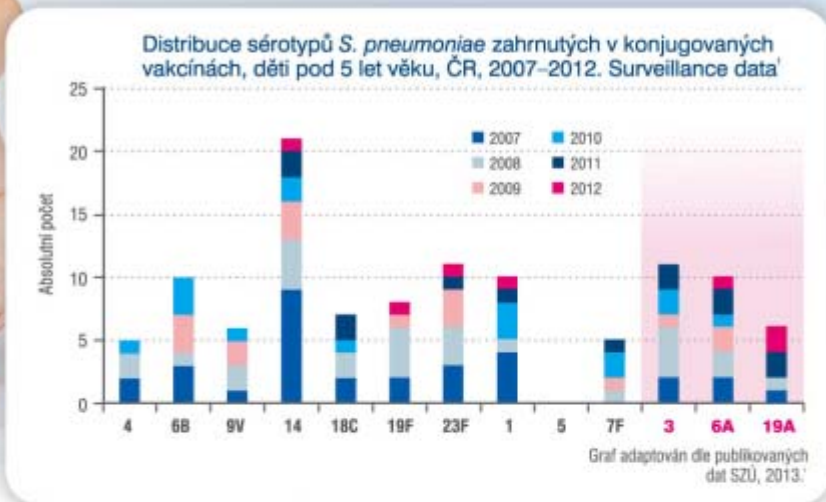
800 201 102

hero@hero.cz



K moderní medicíně patří prevence

Nabídněte rodičům svých pacientů očkování proti pneumokokovým infekcím vakcínou Prevenar 13.



- Jediná pneumokoková konjugovaná vakcína pokrývající sérotypy 3, 6A a 19A.^{2, 3}
- Pneumokoková konjugovaná vakcína s nejširší věkovou indikací (pro děti a dospívající ve věku 6 týdnů až 17 let).^{2, 3}



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 CRM197 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 do 17 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ≥18 let a starších pacientů. **Dávkování:** 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. **Předčasné naroucené děti (<37 týdnů těhotenství):** Tři dávky s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami, a s první dávkou podanou ve věku 2 měsíců. První dávka může být podána nejdříve ve věku 6 týdnů. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců:** Kojenci ve věku 7–11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. **Děti ve věku 12–23 měsíců:** Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. **Děti a dospívající ve věku 2 – 17 let:** Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Očkovací schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dříve očkovatých přípravkem Prevenar (7valentní) (*Streptococcus pneumoniae* sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F):** 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). **Děti a dospívající ve věku 5 – 17 let:** Děti ve věku od 5 do 17 let mohou dostat jednu dávku přípravku Prevenar 13, pokud byly dříve očkovány jednou nebo více dávkami přípravku Prevenar. Tato dávka přípravku Prevenar 13 by měla být podána nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar (7valentní). **Dospělí ≥18 let a starší pacienti:** Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použito 23 valentní 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:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů až 5 let: Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. **Děti ve věku 6 – 17 let:** V současné době nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současného podávání s jinými vakcínami. **Dospělí ve věku 18 – 49 let:** Nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současného podávání s jinými vakcínami. **Dospělí ve věku 50 let a starší:** 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 pneumokokové 13valentní konjugované vakcíny u těhotných žen. Přípravek Prevenar 13 by proto neměl být podáván během těhotenství. Není známo, zda je pneumokoková 13valentní konjugovaná vakcína vylučována 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 snížení chuti k jídlu, bolesti hlavy, průjem, zvracení, vyrážka, zimnice, únava, zarudnutí, indurace/otok, bolest/přecitlivělost v místě očkování, omezená pohyblivost paže, artralgie, myalgie. **Předdávkování:** Předdávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobně 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 pistovou zátkou a ochranným krytem hrotem. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-6. **Datum poslední revize textu:** 19.9.2013. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti splňující podmínky dané zákonem č.48/1997 Sb. v aktuálním znění. U dospělých osob přípravek není hrazen. Před předepsáním, se prosím seznáme s úplnou informací o přípravku.