

téma čísla

Trombofilní stavy



- Usnesení a prohlášení
Celostátní konference SPLDD
ČR 2015
- Novelizace metodik očkování
od 1. 10. 2015
- Vrozená trombofilie u dětí
– kdy vyšetřovat a co
doporučovat
- Diferenciálnědiagnostický
přístup ke krvácejícímu dítěti
- Evropský antibiotický den
- Jak komunikovat očkování
s rodiči v době internetu
- Vyhláška č. 273/2015 Sb.,
o stanovení hodnot bodu,
výše úhrad hrazených služeb
a regulačních omezení



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



**ALERGIE
v rodině?**

Nutrilon HA - pro děti s výskytem alergie v rodině

- Unikátní prebiotická směs scGOS/lcFOS (9 : 1)
inspirovaná mateřským mlékem
- Částečně hydrolyzovaná bílkovina
pro minimální styk s antigeny

**VÝČINKY
KLINICKY
PROKÁZÁNY^{1,2}**



1 Tang, M., et al., Hypo-antigenic and immune modulatory properties of a partially hydrolyzed cow's milk formula supplemented with prebiotic oligosaccharides EAACI, 2014 (Abstract number 1929).

2 Arsanoglu S, Moro GE, Schmitt J, Tandoi L, Rizzardi S, Boehm G. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. J Nutr 2008, 138, 1091-5.

Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Potravina pro zvláštní výživu – dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Způsob použití a další informace najdete na obalech a webových stránkách www.profuturaprogram.cz. Infolinka: 800 110 000. Materiál pro odbornou veřejnost.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Usnesení a prohlášení Celostátní konference SPLDD ČR 2015	7
	Novelizace metodik očkování od 1. 10. 2015	8
	Termínový kalendář akcí SPLDD na rok 2016	14
	Obor PLDD – dopis premiérovi a vicepremiérům vlády ČR a jejich odpovědi	15
	Právní rubrika	17
	Informace OSPDL ČLS JEP	18
	MUDr. Ivana Hadačová	19
	Vrozená trombofilie u dětí – kdy vyšetřovat a co doporučit	19
	MUDr. Kateřina Lejhancová, Ph.D.	22
	Diferenciálnědiagnostický přístup ke krvácejícímu dítěti	22
	Mgr. Jan Šturma	24
	Evropský antibiotický den	24
	Doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D.	28
	Jak komunikovat očkování s rodiči v době internetu	28
	Ze světa odborné literatury	30
	Aktuality	31
	Řádková inzerce	35
	Silvestrovský test	37
	Autodidaktický test, biologická léčba	38
	Vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

Angelini Pharma
AHOU
APOTEX
GSK
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
SANOFI

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. Ctirad Kozderka, MUDr. Jiří Liška, CSc.

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
 Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
 U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
 fax: 267 184 050

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

Obrázek na titulní straně namalovala Anna Vacínová, 9 let.

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



Vážení a milí čtenáři VOXu,

nevím jak vy, ale já mám pocit, že mi ten letošní rok utekl zase o něco rychleji. Mám dojem, že sotva jsem uklidila věci z dovolené, už abych vytahovala vánoční zdobení. To v dětství ten čas utíkal tak nádherně pomalu. To byla přece nekonečná doba, než přišel Ježíšek. Nedávno jsem slyšela teorii, že to je tím, že čím jsme starší, tím je ten rok menší částí našeho života, a proto uběhne rychleji. Ano, určitě je 1/10 větší než 1/30 a ještě větší než 1/60. Něco na tom asi bude, matematicky je to správně. A tak je tu opět doba předvánoční a tu já mám moc ráda – to přemýšlení, čím udělat radost blízkým, vánoční atmosféru v obchodech a na ulicích, a hlavně domov plný vůně perníčků a vánočního cukroví. Tak si ji užijme a nenechme si ji ničím zkazit. Což se mi v době psaní tohoto editoria, kdy došlo k teroristickým útokům v Paříži, nepíše úplně lehce.

S koncem roku se blíží čas hodnocení a bilancování. Jaký byl ten rok 2015? Pro nás ve vedení SPLDD to byl rozhodně hlavně rok boje o obor. Celý rok jsme vám předkládali nejen ve VOXu různá stanoviska a vyjádření. Nikdy jsme neřikali, že chceme klinickým pediatriím převzít převzetí našich ordinací. Naopak – chceme případný přestup do našeho oboru co nejvíce zjednodušit. Ale bez doplnění vzdělání to nepůjde. Je to v zájmu všech a hlavně pacientů. Spojení atestačních oborů to nevyřeší. Ty obory prostě nejsou stejné. Je zajímavé, že zatímco u praktiku pro dospělé již nikdo nechce, aby měli pouze jednu atestaci s internisty, a uznává se jejich samostatný obor, tak v našem případě to nějak nejde. V této chvíli tušíme, že boj neskončil a bude pokračovat i v příštím roce. Děkujeme vám za vaši podporu, za mnohé nápady a podněty, za sbírání podpisů pod petice. Držme si palce a vytrvejme. Aby se o naše vnoučata v první linii starali nadále tak dobří nebo lepší lékaři, než jsme my.

V příštím roce očekáváme i trochu lepší finanční ohodnocení naší práce. Voláme po tom už dlouho, přijmy mnohých z nás nedosahují někdy výše platu sekundáře na oddělení v nemocnici (ještě že k tomu někteří mají důchod). Ale jak prosadit vyšší finanční ohodnocení u zdravotních pojišťoven, když si sami nevážíme své práce a nedokážeme si říci o adekvátní odměnu. Nedávno jsem viděla webové stránky kolegyně, která si za očkování účtovala 100 Kč, za potvrzení přihlášky do škol (to je za posudek) 50 Kč a každou další 10 Kč. Pokud si tyto ceny spočítala podle nákladů své ordinace, tak jí je závidím. Ale pochybuji, že vůbec počítala, možná se jenom radila se svým sociálním cítěním. A tak na vás apeluji, važme si své práce. Není hanbou chtít za ni peníze.

Víme o tom, že mnoho z vás zvelebilo své ordinace. Už to dávno nejsou špatně vymalované místnosti se starým linem a oprýskaným nábytkem. Na naši výzvu reagovalo a stále reaguje mnoho kolegů a posílají fotografie svých ordinací. Vybereme ty nejhezčí a nejzajímavější a postupně je zveřejníme na obálce časopisu. Opravdu je se čím chlubit.

Přeji vám jménem výboru SPLDD, OSPDL a jménem redakční rady časopisu VOX PEDIATRIAE krásné vánoční svátky plné pohody a v novém roce 2016 co nejvíce dní prožitých ve zdraví, spokojenosti a štěstí.

MUDr. Jiřina Dvořáková





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

V měsíci říjnu jsme s napětím očekávali vydání úhradové vyhlášky pro rok 2016 Ministerstvem zdravotnictví. Zejména nás zajímalo, zda bude dodržena dohoda pro náš subsegment PLDD. Můžeme konstatovat, že po dlouhé době došlo k tomu, že MZ ČR kopíruje ve své vyhlášce parciální dohodu mezi zástupci PLDD a ZP. Na základě této vyhlášky se rozeběhla jednání nad individuálními úhradovými dodatky s jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Začátkem října začala druhá řada seminářů pořádaných SPLDD ve spolupráci s firmou GSK, které jsou zaměřené na komunikaci v ordinaci PLDD. Netradičně seminář zahajuje video natočené s prof. Romanem Chlíbkem, ve kterém reaguje na časté dotazy k očkování z řad členské základny PLDD. Komunikace a dovednosti s ní spojené se tentokrát zaměřují nejen na rodiče, ale také na lékaře a jejich problémy a pocity v každodenní praxi. Během tohoto měsíce vrcholila příprava celostátní konference SPLDD ČR, která byla konferencí volební a ukončila celý volební rok ve Sdružení. Výsledkem voleb bylo opětovné zvolení současného výkonného výboru. Chtěla bych touto cestou ještě jednou poděkovat mandatářům konference za vysoký počet hlasů, které jsem obdržela, a členům výkonného výboru za důvěru, se kterou mne zvolili do čela naší organizace. Volební období je pětileté a čekají nás nelehké časy. Jedním z prvotních úkolů je obhajoba oboru a kvalitního vzdělávání PLDD.

9.-11. 10. se konalo tradiční setkání okresních zástupců SPL v Milovech, kterého jsem se na pozvání předsedy MUDr. Šmatláka zúčastnila. Diskutovalo se především o úhradách v dalším roce, neboť u PL pro dospělé nedošlo k dohodě a zástupci ZP odmítali jejich subsegmentu navýšit prostředky a u lékařů, kteří nevykazují mimokapitační výkony, byla také zpochybněna kapitace.

14. 10. vydala Koalice soukromých lékařů Stanovisko Koalice soukromých lékařů (KSL) k návrhu zákona o neziskových zdravotnických zařízeních, ve kterém žádá MZ ČR o stažení celého návrhu z projednávání. Plné znění stanoviska najdete na webových stránkách Sdružení.

15. 10. vydalo Ministerstvo zdravotnictví vyhlášku č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016, která odpovídá naší dohodě v dohodovacím řízení.

15. 10. se konalo pravidelné jednání výboru ČPS ČLS JEP, jehož jsem členem. Prim. Hrdlička po dohodě s MUDr. Procházkou předložil teoretickou možnost podat pozměňovací návrh na vzdělávací program v pediatrii v Parlamentu k projednávání novele zákona č. 95/2004 Sb. Z mé strany byla snaha o kompromisní společné stanovisko a předložila jsem návrh SPLDD a OSPDL ke vzdělávání včetně možnosti přechodu mezi obory. Návrh nebyl přijat.

16. 10. se sešlo předsednictvo SPLDD a projednalo úpravy stanov a příslušných řádů, věnovalo se přípravě volební konference, v neposlední řadě problematice úhrad, zachování oboru PLDD a aktuálnímu dění v regionech.

31. 10. se uskutečnila XXIV. celostátní konference SPLDD ČR v Brně. Konference byla volební a zvolila pětičlenný výkonný výbor pro další pětileté období. Předsedkyní SPLDD ČR byla zvolena MUDr. Ilona Hülleová. Usnesení konference a prohlášení konference najdete na dalších stránkách časopisu. Zprávu o činnosti předsedkyně sdružení za uplynulé období najdete na webových stránkách sdružení www.detskylekar.cz.

Kongres
primární péče

26.–27. únor 2016

Zvýhodněná cena registračních poplatků do 18. 12. 2015

TOP HOTEL Praha, Blažimská 178/4, 149 00 Praha 4

Registrace na detskylekar.cz a ahou.cz

Hexacima

Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná).

jediná plně tekutá⁽¹⁾

HEXAVALENTNÍ VAKCÍNA V PŘEDPLNĚNÉ INJEKČNÍ STŘÍKAČCE



ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU:

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8 dle platného znění SPC. **HEXACIMA**, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka¹ (0,5 ml) obsahuje: Diphtheriae anatoxinum – ne méně než 20 mezinárodních jednotek (IU); Tetani anatoxinum – ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU); Antigeny Bordetelly pertussis: Pertussis anatoxinum – 25 µg, Haemagglutinin filamentosum – 25 µg; Virus Poliomyelitidis (inaktivovaný): typus 1 (Mahoney) – 40 D jednotek antigenů, typus 2 (MEF-1) – 8 D jednotek antigenů, typus 3 (Saukett) – 32 D jednotek antigenů; Antigenum leguminis hepatitidy B² – 10 µg; Haemophilus influenzae typu b polysaccharidum – 12 µg; (Polyribosylribitol phosphat) conjugata cum tetani anatoxinum – 22–36 µg. **Terapeutické indikace:** K základnímu očkování a přeočkování kojenců a batolat ve věku od šesti týdnů do 24 měsíců proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, dětské obrně a invazivním onemocněním způsobeným bakterií Haemophilus influenzae typu b (Hib). **Dávkování a způsob podání:** Intramuskulární podání. **Základní očkování:** Základní očkování sestává ze dvou dávek (s intervalem nejméně 8 týdnů) nebo tří dávek (s intervalem nejméně 4 týdnů) v souladu s oficiálními doporučeními. Jsou možná všechna očkovací schémata, včetně Rozšířeného programu imunizace WHO (WHO Expanded Program on Immunisation, EPI) v 6., 10., 14. týdnu bez ohledu na to, zda byla při narození provedena vakcinace proti hepatitidě B. Očkování má být provedeno v souladu s oficiálními doporučeními. **Přeočkování:** Po 2-dávkovém základním očkování musí být provedeno přeočkování. Po 3-dávkovém základním očkování má být provedeno přeočkování. Přeočkování mají být provedena nejméně 6 měsíců po základním očkování v souladu s oficiálními doporučeními. Minimálně musí být podána vakcína s Hib složkou. Pokud byla vakcína proti hepatitidě B při narození podána, může být k přeočkování použita vakcína Hexacima nebo pentavalentní DTPa-IPV/Hib vakcína, a to po 3-dávkovém základním očkování. Vakcína Hexacima může být použita k přeočkování osob, které byly již dříve očkovány jinou hexavalentní vakcínou nebo pentavalentní vakcínou DTPa-IPV/Hib společně s monovalentní vakcínou proti hepatitidě B. **Kontraindikace:** Anafylaktická reakce po předchozím podání vakcíny Hexacima v anamnéze. Přecitlivělost na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku, na stopová množství glutaraldehydu, formaldehydu, neomycinu, streptomycinu a polymyxinu B, na jakoukoli vakcínu proti pertusi nebo přecitlivělost po předchozím podání vakcíny Hexacima nebo vakcíny obsahující stejné látky nebo složky. Přerušit očkování proti pertusi u osob, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku (celobuněčnou nebo acelulární vakcínou proti pertusi) vyskytla encefalopatie neznámé etiologie a očkovat dále jen vakcínami proti difterii, tetanu, hepatitidě B, poliomyelitidě a Hib. Nepodávat vakcínu proti pertusi osobám, které trpí nekontrolovanými neurologickými poruchami nebo nekontrolovanou epilepsi, a to dokud není stanoven léčebný režim, není stabilizován stav a pokud přínosy vakcinace jednoznačně nepřevažují nad riziky. **Upozornění:** Hexacima nechrání proti infekci vyvolané jinými patogeny, než jsou Corynebacterium diphtheriae, Clostridium tetani, Bordetella pertussis, virus hepatitidy B, poliovirus nebo Haemophilus influenzae typu b. Nicméně lze předpokládat, že očkování ochrání i proti infekci hepatitidou D, protože se hepatitida D (vyvolaná delta agens) při absenci infekce hepatitidy B nevyskytuje. Hexacima nechrání proti nákaze hepatitidou způsobenou jinými patogeny, jako jsou viry hepatitidy A, hepatitidy C a hepatitidy E nebo jinými patogeny jater. Hexacima nechrání proti infekčním onemocněním způsobeným jinými typy Haemophilus influenzae ani proti meningitidě jiného původu. **Interakce:** Při současném podávání jiné vakcíny, má být očkování provedeno do odlišných míst vpichu. Nepodávat současně s vakcínou proti planým neštovicím. Nemíchat s žádnými jinými vakcínami nebo jinými parenterálně podávanými léčivými přípravky. S výjimkou případu imunosupresivní terapie nebyly hlášeny žádné významné klinické interakce s jinými typy léčby nebo biologickými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nepodávat ženám v reprodukčním věku. **Nežádoucí účinky:** V klinických studiích byla zjištěna bolest v místě vpichu, nechutenství, zvracení a průjem, podrážděnost, pláč, zarudnutí v místě vpichu a horečka. Mírně zvýšená získaná reaktogenita po první dávce ve srovnání s následnými dávkami. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** SANOFI PASTEUR SA, 2, Avenue Pasteur, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/13/828/001-007. **Datum revize textu:** Založeno na schválené revizi ze dne 21.04.2015

¹ adsorbovaná na hydratovaný hydroxid hliníků (0,6 mg Al³⁺), ² jako spodní mez spolehlivosti (p=0,95), ³ pomnožena na Vero buňkách, ⁴ nebo ekvivalentní množství antigenu starověké vhodnou imunochemickou metodou, ⁵ vyrobena rekombinantní DNA technologií v kvasinkových buňkách Hansenula polymorpha

Vakcína k injekčnímu podání do svalu (intramuskulárně). Přípravek je určen pro základní očkování dětí, je hrazen z veřejného zdravotního pojištění a je vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte příbalovou informaci. Žádná vakcína nemusí plně ochránit všechny očkované osoby. V případě nežádoucích účinků informujte svého lékaře nebo lékárníka. Vakcinační akce je schválena MZ ČR.

Reference: 1 SÚKL, obchodované léky v ČR: Databáze léků, online 1.8.2015 <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>



Healthy children, happy children

SANOFI PASTEUR

SANOFI PASTEUR, odd. vakcín sanofi-aventis s.r.o.
Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, Tel.: 233 086 111



Usnesení a prohlášení Celostátní konference SPLDD ČR 2015

■ Usnesení Celostátní konference SPLDD ČR konané dne 31. 10. 2015 v aule Masarykovy univerzity v Brně

Konference:

I. schválila:

- program konference
- volbu pracovních komisí ve složení:
 - návrhová komise: MUDr. Balatková, MUDr. Nulíčková, MUDr. Hrunka, MUDr. Zemánková, MUDr. Němeček, MUDr. Beneš, MUDr. Plšek, MUDr. Kozderka, MUDr. Růžicková, MUDr. Pukovec, MUDr. Příkrylová, MUDr. Lukešová, MUDr. Gricová
 - mandátová komise: MUDr. Kyjovská, MUDr. Blažková, MUDr. Johnová, MUDr. Fastrová
 - volební komise: MUDr. Verdánová, MUDr. Petrtýlová, MUDr. Svobodová M., MUDr. Chvátalová, MUDr. Tomčalová
 - pracovní předsednictvo: MUDr. Hülleová, MUDr. Dvořáková, MUDr. Kulhánková, MUDr. Kudyn, MUDr. Kozderka
- rozpočet na rok 2016
- novelu stanov SPLDD ČR
- Prohlášení účastníků konference

II. zvolila:

- výkonný výbor ve složení: MUDr. Dvořáková, MUDr. Hülleová, MUDr. Kozderka, MUDr. Kudyn, MUDr. Kulhánková
- kontrolní komisi ve složení: MUDr. Aronová, MUDr. Dufka, MUDr. Kopecký

III. vzala na vědomí:

- zprávu o činnosti přednesenou předsedkyní SPLDD MUDr. Hülleovou
- zprávu o hospodaření SPLDD ČR v roce 2014 a informace o průběžném čerpání rozpočtu v roce 2015 přednesenou místopředsedkyní SPLDD MUDr. Dvořákovou
- zprávu kontrolní komise přednesenou MUDr. Dufkou
- volbu MUDr. Hülleové jako předsedkyně SPLDD

IV. vylechla:

- informace zástupců zdravotních pojišťoven
- informace předsedkyně OSPDL MUDr. Aleny Šebkové
- informace MUDr. Tomáše Soukupa o porovnání péče o dítě v ČR a SRN

V. ukládá:

- funkcionářům a všem členům na všech úrovních dále hájit obor PLDD
- výkonnému výboru pokračovat v jednáních s ČPS ČLS JEP o zachování systému péče o dítě v ČR, prioritou je snaha o dosažení dohody v rámci odborných společností ČLS JEP
- výkonnému výboru dále vyjednávat se všemi zdravotními pojišťovnami o rozšíření úhrad dalších výkonů prováděných v ordinacích PLDD
- výkonnému výboru jednat se zdravotními pojišťovnami o realizaci preventivních programů
- výkonnému výboru jednat se zdravotními pojišťovnami o podpoře oboru PLDD
- výkonnému výboru jednat se zdravotními pojišťovnami o regulačních omezeních na inkontinenční pomůcky a navýšení bonifikací za preventivní prohlídky v rámci individuálních úhradových dodatků

VI. podporuje

- stanovisko KSL k návrhu zákona o neziskových zdravotnických zařízeních, a to zejména pro rozpor se základními pravidly hospodářské soutěže a proto, že je nebezpečný pro finanční stabilitu zdravotního systému v ČR
- pokračování petiční akce k zachování základního oboru PLDD

VII. vyjadřuje

- poděkování dosavadním voleným funkcionářům a pověřeným zástupcům okresů a všem aktivním členům za jejich práci
- poděkování odborným společnostem ČLS JEP, které vyjádřily podporu zachování našeho oboru jako oboru základního
- znepokojení nad dalším pokračováním preventivního programu Mořský koník ve stávající podobě

■ Prohlášení Celostátní konference Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR v Brně 2015

Vyzýváme prezidenta ČLK jako řádní členové komory, aby objektivně hájil zájmy praktických lékařů pro děti a dorost, kteří jsou součástí primární péče, a nepodílel se na devastaci historicky nastavené a fungující organizace péče o dítě. Nevidíme žádný pádný důvod ke zrušení základního oboru praktické lékařství pro děti a dorost a základního oboru dětské lékařství a jejich nahrazení jedním oborem pediatrie.

Vyzýváme ministra zdravotnictví, aby stáhl předkládanou novelu zákona č. 95/2004 Sb. jako návrh nekoncepční, bez ujasněných vazeb na jiné předpisy, bez předložení souvisejících vyhlášek a metodických pokynů. Předkládaná novela nerespektuje zájmy těch, kterých se tvrdě dotkne – dětí, jejich rodičů, praktických dětských lékařů i dětských lékařů v lůžkových zařízeních. Místo překotné změny ve vzdělávání lékařů potřebujeme jasnou a propracovanou koncepci péče o dítě, po které voláme již řadu let.

V současné době dochází k tomu, že mladí lékaři, kteří se rozhodují o volbě oboru, jsou nejistí, a proto dochází k odlivu potenciálních zájemců o oba pediatrické obory.

Vyzýváme politické představitele, aby akceptovali projev nesouhlasu občanů i praktických lékařů pro děti a dorost s navrhovanou novelou zákona č. 95/2004 Sb., o vzdělávání lékařů. Kompatibilitu s jinými státy nevnímáme jako potřebnou, naopak náš dosavadní systém péče o dítě je progresivní a výhodný pro naše občany.

Vyzýváme představitele ČPS ČLS JEP ke korektnímu jednání nad budoucností péče o děti.

Pojďme všichni zasednout ke společnému stolu a jednat racionálně, s respektem a bez emocí o budoucnosti vzdělávání nejen lékařů, ale i sester.

V Brně 31. 10. 2015



Novelizace metodik očkování od 1. 10. 2015

V metodice vykazování očkování jsou z pohledu PLDD jen mírné změny. Očkovací látku Infanrix lze vykazovat již jen pod kódem 0032865 (nelze již používat kód 0001713). V ordinacích VPL je nově zavedeno očkování nepovinné hrazené z v.z.p. proti IPO u osob starších 65 let.

Metodický postup k vykazování pravidelného, nepovinného, zvláštního a mimořádného očkování od 1. 10. 2015

S účinností od 1. ledna 2012 jsou zdravotní pojišťovny (dále jen „pojišťovny“) působící v České republice povinny hradit z veřejného zdravotního pojištění léčivé přípravky obsahující očkovací látky pro pravidelná očkování podle antigenního složení očkovacích látek (dále jen „očkovací látky“), a to v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění (dále jen „zákon“). V případě změny souvisejících právních předpisů se mění i tento metodický postup.

Přehled postupu vykazování jednotlivých očkování.

I. Postup pro vykazování pravidelného očkování včetně očkování rizikových skupin

Do této skupiny jsou zařazeny následující očkovací látky, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění v rámci uzavřené smlouvy pojišťovnami distributory:

- kombinovaná očkovací látka proti záškrtu, dávivému kašli (acelulární forma), tetanu, dětské přenosné obrně (inaktivovaná forma), virové hepatitidě B, nákazám vyvolaným Haemophilus influenzae typ b (DTaPHibVHBIPV),
- očkovací látka proti záškrtu, dávivému kašli (acelulární forma), tetanu (DTaP),
- očkovací látka proti záškrtu, dávivému kašli (acelulární forma), tetanu, nákazám vyvolaným Haemophilus influenzae b (DTaPHib),
- očkovací látka proti nákazám vyvolaným Haemophilus influenzae typ b,
- očkovací látka proti tetanu,
- očkovací látka proti virové hepatitidě B do 15 let věku,
- očkovací látka proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám,
- očkovací látka proti dětské přenosné obrně v inaktivované formě,

- očkovací látka proti záškrtu, dávivému kašli (acelulární forma), tetanu, dětské přenosné obrně (inaktivovaná forma).

Rizikové skupiny:

- očkovací látka proti pneumokokové infekci – konjugovaná,
- očkovací látka proti pneumokokové infekci – polysacharidová,
- očkovací látka proti TBC,
- očkovací látka proti virové hepatitidě B od 16 let věku,
- očkovací látka proti virové hepatitidě B pro osoby zařazené do dialyzačního programu.

Vykazování provedeného očkování:

1) V případě, že se pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce rozhodne pro aplikaci očkovací látky, která je hrazena v rámci smlouvy uzavřené pojišťovnami s distributorem ve smyslu ust. § 17 odst. 8 písm. d) zákona, budou pojišťovny hradit plně celé očkování = výkon pro aplikaci (02105) i očkovací látku.

- zdravotní výkon: **vykazuje se kódem 02105 (OF 2/1 den)** – Pravidelné očkování podle předpisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění – případ, kdy ZÚLP hradí příslušná pojišťovna podle § 17 odst. 8 písm. d) zákona.
- očkovací látka: **hradí pojišťovna distributorovi**, poskytovatel zdravotních služeb (dále jen „PZS“) vykazuje očkovací látku jako ZÚLP s nulovou hodnotou.
- tj.: 1 kód pro aplikaci očkování + 1 kód pro ZÚLP (očkovací látka) + příslušná diagnóza.

Protože neexistuje situace, kdy by pojišťovny hradily výše uvedené látky v souvislosti s pravidelným očkováním jinak než přes distributora, musí být tato péče vykazována pouze kódem 02105 z platného seznamu zdravotních výkonů. Výjimkou je selektivní BCG vakcinace, která je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění a je umožněno v tomto případě vykazovat kódem 25313 dle platného Seznamu zdra-

Tabulka 1

KOD	NAZ	DOP	UHR1	UHR2
0032865	INFANRIX	INJ SUS 10 × 0,5 ml	0,00	
0025646	INFANRIX HEXA	INJ PLV SUS 10 × 0,5 LA + ST	0,00	
0028399	FENDRIX	INJ SUS 0,5 ml + JEHLA	0,00	
0054227	HIBERIX	INJ PSO LQF 1 dávka + ST	306,57	0,00
0056049	INFANRIX HIB	INJ SUS 1 × 0,5 ml /dávka	0,00	
0057521	PRIORIX	INJ PSO LQF 1 × 1 dávka	0,00	
0057570	ENGERIX-B 10 MCG	INJ SUS 25 × 0,5 ml/10 RG	0,00	
0083443	TETAVAX	INJ SUS 1 × 0,5 ml - STŘ	0,00	
0085172	PNEUMO 23	INJ SOL 1 × 0,5 ml	0,00	
0091775	ENGERIX-B 20 MCG	INJ SUS 25 × 1 ml/20 RG	0,00	
0100224	IMOVAX POLIO	INJ SUS 1 × 0,5 ml/dávka	0,00	
0120112	BOOSTRIX POLIO inj. stříkačka	INJ SUS 1 × 1 dávka	0,00	
0149868	PREVENAR 13	INJ SUS 1 × 0,5 ml + SJ	998,68	0,00
0194191	HEXACIMA	INJ SUS 1 × 0,5 ml + 2J	0,00	
9999911	BCG 10 ANTI-TUBER VACCINE	INJ 5 × 10 dávek	0,00	0,00



votních výkonů s bodovými hodnotami (viz tabulku 1).

- V případě pravidelného očkování konjugovanou očkovačím látkou proti pneumokokovým infekcím, PZS vykáže kód SÚKL 0149868 PREVENAR 13 INJ SUS 1×0,5 ml+ SJ a označí, že se jedná o úhradu **UHR 2 s nulovou hodnotou**, očkovačím látkou je hrazena distributorovi. Na dokladu 03 musí být vyplněn příznak zvýšené úhrady LZVL= „Z“.
- V případě pravidelného očkování očkovačím látkou proti nákazám vyvolaným Haemophilus influenzae typ b PZS vykáže kód SÚKL 0054227 HIBERIX INJ PSO LQF 1 dávka + ST, 0,5 ml/dávka a označí, že se jedná o úhradu **UHR 2 s nulovou hodnotou**, očkovačím látkou je hrazena distributorovi. Na dokladu 03 musí být vyplněn příznak zvýšené úhrady LZVL= „Z“.
- V případě nižší kombinace hrazených vakcín:

- a) **z důvodu zdravotní indikace** pojišťovna uhradí všechny vykázané výkony aplikace + očkovačím látkou bez ohledu na počty dávek (**např. Infanrix Hib + IPV + HB**). Podmínkou úhrady je lékařská indikace, což musí být zdůvodněno ve zdravotnické dokumentaci. Očkování se vykazuje kódem 02105.

Příklad vykázaní Infanrix Hexa:

Výkon:

02105 + dg. Z278 + ZÚLP 0025646

Příklad vykázaní kombinace Infanrix Hib + IPV + HB

Výkony:

02105 + dg. Z278 + ZÚLP 0056049

02105 + dg. Z240 + ZÚLP 0100224

02105 + dg. Z246 + ZÚLP 0057570

- b) **při rozložení aplikace na základě žádosti zákonných zástupců** dítěte **mimo zdravotní indikaci** uhradí pojišťovna jednotlivé vpichy, očkovačím látkou pojišťovna nehradí. Očkování se vykazuje kódem 02100.

Příklad vykázaní kombinace Infanrix Hib + IPV + HB

Výkony:

02100 + dg. Z278

02100 + dg. Z240

02100 + dg. Z246

- 2) **V případě, že se pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce rozhodne pro aplikaci jiné očkovačím látky, která není hrazena**

v rámci uvedené smlouvy, hradí **pojišťovna pouze zdravotní výkon aplikace (02100)**, ne však očkovačím látkou, kterou bude v tomto případě plně hradit pojištěnec = očkovačím látkou dle zákona nehraněná.

- **zdravotní výkon: vykazuje se kódem 02100 (OF 2/1 den)** – Pravidelné očkování podle předpisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění – případ, kdy očkovačím látkou na základě volby hradí pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce ZÚLP.

- **očkovačím látkou: hradí ji pacient (zákonný zástupce) danému PZS na základě volby variantní vakcíny.**

- V návaznosti na **stanovisko MZ ČR č. j. MZDR 22683/2012** ze dne 4. července 2012, ve kterém je deklarováno, že ve věci Metodiky pro provádění pravidelného očkování bude **zdravotní výkon 02100** vykazován bez zvláštního vykazování ZÚLP, z čehož vyplývá, že výjimečně pro tento typ očkování nebudou ZP povinny podle § 51 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, dávat informace o proočkování pojištěnců použitou vakcínou. Na základě tohoto stanoviska se nevykazuje ZÚLP při vykazování výkonu 02100 (v souladu s platným SZV). Jedná se např. o některý z uvedených ZÚLP (viz tabulku 2).

Dávkování:

Upozorňujeme na uvádění správného množství použité očkovačím látky.

Příklady:

Pokud bude aplikována jedna dávka z balení, které má 10 dávek, uvede se množství 0,1.

Tabulka 2

KOD	NAZ	DOP	UHR1
0001312	INFANRIX-IPV + HIB	INJ PLV SUS 1 × 0,5 ml - C	0,00
0026858	TWINRIX PAEDIATRIC	INJ SUS 1 × 0,5 ml + SJ	0,00
0118615	PRIORIX-TETRA inj. stříkačka	INJ PSO LQF 1 × 1 dávka	0,00
0120102	BOOSTRIX inj. stříkačka	INJ SUS 1 × 1 dávka	0,00
0154811	ADACEL POLIO	INJ SUS 1 × 0,5 ml/dávka	0,00
0157626	ADACEL	INJ SUS 1 × 0,5 ml	0,00
0172269	PEDIACEL	INJ SUS ISP 1 × 0,5 ml II	0,00

Pokud bude aplikována jedna dávka z balení, které má 25 dávek, uvede se množství 0,04.

Postup dle bodu I. platí pro praktické lékaře pro dospělé, praktické lékaře pro děti a dorost, kalmetizační centra a ostatní PZS provádějící pravidelné očkování podle § 30 odst. 2 písmene a) zákona, kromě PZS v zařízeních následné péče.

Výjimkou je očkování:

- **rizikových pacientů u PZS v zařízeních následné péče**, kdy je vykazován ZÚLP k příslušnému OD. Lze vykázat pouze kód 0085172 – PNEUMO 23.
- **novorozenců u matek s HBsAg pozitivní**, kdy je očkování prováděno lékaři na novorozeneckých odděleních. Lze vykázat OD kódem 00312, 00412, 00512 nebo 00612 + ZÚLP kód 0057570 ENGERIX-b 10MCG.

Vykazování očkování proti tuberkulóze (TBC) se řídí Metodikou k provádění pravidelného očkování proti TBC v ČR – 4. aktualizované znění z 1. 7. 2015 – viz přílohu č. 1 tohoto metodického postupu.

V medicínsky neindikovaných případech, kdy zákonný zástupce dítěte žádá jeho očkování (primovakcinaci) proti TBC, hradí náklady (aplikaci, vakcínu a veškeré úkony a materiály) spojené s tímto očkováním zákonný zástupce dítěte. Revakcinace není prováděna ani na žádost rodičů, neboť jde o postup, který nemá odbornou opodstatnění a není doporučován národní odbornou společností (CPFS) ani WHO.

II. Postup vykazování očkování při úrazech, poraněních, nehojících se ranách a před některými léčebnými výkony.

- **proti tetanu – v indikovaných případech v předoperační přípravě**



- proti tetanu – při poraněních a nehojících se ranách
- proti vzteklině

Vykazování provedení očkování:

- zdravotní výkon: **pojišťovna hradí PZS**
- očkovací látka: **pojišťovna hradí očkovací látku PZS do výše ekonomicky nejmenší náročné varianty očkovací látky stanovené číselníkem.**
- vykazuje se jedním společným kódem: **02125 – Očkování včetně očkovací látky, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění**

Vykazování očkování proti tetanu – v indikovaných případech v předoperační přípravě a při poraněních a nehojících se ranách u všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost.

Se zástupci SPL a SPLDD bylo dohodnuto, že postup bude jako v případě pravidelného očkování, tedy bude vykázán kód 02105 + ZÚLP Tetavax – kód SÚKL 0083443 (s hodnotou 0, úhrada distributorovi) + Dg. Z23.5, a to bez ohledu na to, zda byl termín přeočkování z nějakého důvodu jiný než doporučených 10–15 let, následně PL provede úpravu očkovacího schématu.

V případě ostatních PZS bude očkování proti tetanu v indikovaných případech v předoperační přípravě a při poraněních a nehojících se ranách vykázáno kódem 02125 + ZÚLP (např. TETANOL PUR INJ SUS 1 × 0,5 ml 0154815), nelze v tomto případě vykazovat Tetavax 0083443 a TETANOL PUR INJ SUS 10 × 0,5 ml 0154704 s hodnotou 0.

III. Postup pro vykazování nepovinného očkování hrazeného z veřejného zdravotního pojištění

- očkovací látka proti chřipce
- očkovací látka proti pneumokokové infekci – konjugovaná vakcína
- očkovací látka proti pneumokokové infekci – polysacharidová vakcína
- očkovací látka proti lidskému papilomaviru (od 1. 4. 2012)

Vykazování provedení očkování:

- zdravotní výkon: **pojišťovna hradí PZS**
- očkovací látka: **pojišťovna hradí očkovací látku PZS ve výši ekonomicky nejmenší náročné varianty očkovací**

látky stanovené číselníkem, kterou pojišťovna lékařům oznámí. Úhrada bude pojišťovnou zveřejněna nejméně měsíc před obvyklým termínem pro zahájení očkování.

- vykazuje se jedním společným kódem: **02125 – Očkování včetně očkovací látky, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění**

1) Očkování proti chřipce

Výkon očkování 02125 je PZS vykazován s Dg Z25.1 – potřeba imunizace proti samotné chřipce takto:

a) Ambulantní PZS

- očkovací látku je k výkonu 02125 možné vykazovat pouze jako ZÚLP na příslušném dokladu VZP-03/2006. **Hrazena je nejlevnější očkovací látka (J07BB02).**
- v případě, že se pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce rozhodne pro aplikaci očkovací látky v nabízené nejlevnější ekonomické variantě, **zdravotní pojišťovna hradí plně aplikaci i očkovací látku.**
- v případě, že se pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce rozhodne pro aplikaci jiné očkovací látky, než je ekonomicky nejmenší náročná varianta, **uhradí pojištěnec rozdíl mezi ekonomicky nejmenší náročnou variantou a zvolenou dražší variantou lékaři, a to přímo u poskytovatele.** Při poskytování ambulantní zdravotní péče lze od pojištěnců vybírat doplatky za léčiva v případě ZÚLP částečně hrazených zdravotním pojištěním. Takový postup je v souladu s ustanoveními § 13 odst. 2 a § 15 odst. 5 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Úhrada očkovacích látek proti chřipce v sezóně 2015–2016

- úhrada očkovacích látek se provádí dle platného číselníku LEKY (viz přílohu č. 2 tohoto metodického postupu).
- úhrady všech očkovacích látek jsou stanoveny dle ekonomicky nejmenší nákladné varianty takto: **ve výši 139,23 Kč za 1 dávku od 1. 4. 2015.**

Poznámka: shodný postup je i v následujících případech

- v domovech pro seniory – v domovech důchodců očkovaných jejich registrujícími praktickými lékaři, kteří pro ně objednali vakcínu;

- v nesmluvních ústavech sociální péče – v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v domovech se zvláštním režimem, s nimiž není uzavřena zvláštní smlouva o poskytování a úhradě ošetřovatelské a rehabilitační péče v zařízeních sociálních služeb a očkování provedou praktičtí lékaři.

b) **Ústav sociální péče**, s nimiž je uzavřena dle § 22 písm. e) zák. č. 48/1997 Sb., v platném znění, zvláštní smlouva o poskytování a úhradě ošetřovatelské a rehabilitační péče v zařízeních sociálních služeb a pokud péče není zajištěna nebo provedena praktickým lékařem, ale lékařem ÚSP:

kódem **06623 – Aplikace léčebné terapie p.o., i.m., s.c., i.v., UV, event. další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv** odbornosti 913, ke kterému se **očkovací látka** vykáže jako ZÚLP na dokladu VZP-03/2006.

c) **Lůžková následná péče** (LDN, OLÚ, ošetřovatelská lůžka atd.)

U těchto PZS bude očkovací látka vykazována jako ZÚLP na dokladu VZP-03/2006 **k výkonu OD**, tj. **bez vykázání kódu aplikace.**

Tito PZS budou vykazovat očkovací látku proti sezónní chřipce dle platné verze číselníku NLEKY, dle něhož platí pro vyúčtování léčivých přípravků ATC skupiny J07BB02 (chřipkové vakcíny) při použití v rámci poskytování následné péče symbol v LIM1 „B“.

Poznámka: u dětí do 9 let, které prokazatelně nebyly očkovány již dříve proti chřipce nebo nebyly v kontaktu s chřipkou nebo jsou rizikové, se doporučuje podat 2 dávky chřipkové vakcíny v intervalu minimálně 4 týdnů.

2) Očkování proti pneumokokové infekci PLDD

V případě OL Prevenar 13 PZS vykáže kód SÚKL 0149868 PREVENAR 13 INJ SUS 1 × 0,5 ml + SJ a označí, že se jedná o úhradu UHR 1 (viz tabulku 3).

V souladu s § 30 odst. 2 písm. b) je hrazenou službou i očkování po uplynutí lhůt stanovených v tomto ustanovení, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek očkovacích látek ze zdravotního stavu pojištěnce



Pozn. v souladu se SPC bude uznáno a uhrazeno očkování konjugovanou vakcínou podle obou očkovacích schémat = „dvoudávkové“ schéma i „třídávkové“ schéma.
ZP respektují doporučení NIKO.

- vykazuje se kódem **02125** – s **Dg Z23.8**

3) Očkování proti pneumokokové infekci – ostatní PZS

V souladu s novelou zákona č. 48/1997 Sb., § 30 odst. 2 písm. b) bodem 4, je hrazenou službou u pojištěnců nad 65 let věku očkování proti pneumokokovým infekcím.

Pozn.: Při vykazování a uznání očkování bude postupováno v souladu s platným SPC.

PZS vykazuje výkon očkování 02125 + kód příslušné očkovací látky (OL). U OL PNEUMO 23 a OL PREVENAR 13 poskytovatel označí, že se jedná o **UHR3**. Na dokladu 03 musí být u příslušného řádku vyplněn příznak úhrady LZVL= „D“. (viz tabulku 4)

- vykazuje se kódem **02125** – s **Dg Z23.8**

Pozn.: U očkování proti pneumokokovým infekcím u pojištěnců, kteří spadají do pravidelného očkování (domovy pro seniory, LDN apod.) se u očkování v souvislosti s novelou zákona nic nemění. Postup vykazování – viz oddíl I. tohoto metodického postupu.

4) Očkování proti lidskému papilomaviru

Od 1. 4. 2012 je v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb. v platném znění, § 30 odst. 2 písmeno b bod 6, hrazeno z veřejného zdravotního pojištění očkování a úhrada léčivých přípravků obsahujících očkovací látky v provedení nejméně ekonomicky náročném proti lidskému papilomaviru, a to pro dívky, u kterých je očkování zahájeno **od dovršení 13. do dovršení 14. roku věku**.

- vykazuje se kódem **02125** – s **Dg Z25.8**
- pokud očkování nebude provádět registrující PLDD, může očkování provést jiný PLDD či lékař odbornosti 603, resp. 604 s vědomím registrujícího lékaře.
- u OL CERVARIX a OL SILGARD jsou ve standardním případě aplikovány 2 dávky v souladu se zveřejněným SPC. Z veřejného zdravotního pojištění budou uhrazeny dvě, případně výjimečně tři dávky vakcíny v souladu s platnými právními předpisy.

Tabulka 3

KOD	NAZ	DOP	UHR1	UHR2
0149868	PREVENAR 13	INJ SUS 1 × 0,5 ml + SJ	998,68	0,00
0149034	SYNFLORIX	INJ SUS 1 × 0,5 ml STR + J	998,68	0,00

Tabulka 4

KOD	NAZ	DOP	UHR2	UHR3
0085172	PNEUMO 23	INJ SOL 1 × 0,5 ml	0,00	482,33
0149868	PREVENAR 13	INJ SUS 1 × 0,5 ml + SJ	0,00	482,33

Tabulka 5

KOD	NAZ	SILA	INDIKACNI_OMEZENI
0054227	HIBERIX	0,5 ml/dáv	Vakcíny jsou indikovány u splenektomovaných pacientů po nebo před výkonem a u pacientů po transplantaci krevetvorných buněk.
0047618	MENJUGATE	0,5 ml/dáv	Meningokokus, bivalentní polysacharidový antigen, a meningokokus C, purifikovaný polysacharidový antigen konjugovaný, je hrazen po nebo před výkonem u splenektomovaných pacientů nebo u pacientů po transplantaci krevetvorných buněk.
0032685	NEISVAC-C		Meningokokus, bivalentní polysacharidový antigen, a meningokokus C, purifikovaný polysacharidový antigen konjugovaný, je hrazen po nebo před výkonem u splenektomovaných pacientů nebo u pacientů po transplantaci krevetvorných buněk.

IV. Očkování hrazené na základě rozhodnutí SÚKL

Očkování na **základě indikačního omezení** u splenektomovaných pacientů po nebo před výkonem a u pacientů po transplantaci krevetvorných buněk (viz tabulku 5).

Vykazování provedeného očkování:

- **zdravotní výkon:** **pojišťovna hradí PZS**
- **vykazuje se** jedním společným kódem: **02125 – Očkování včetně očkovací látky, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění**

Pozn. očkovací látka proti nákazám vyvolaným Haemophilus influenzae typ b – PZS vykáže kód SÚKL 0054227 HIBERIX INJ PSO LQF 1 dávka + ST, 0,5 ml/dávka, a označí, že se jedná o úhradu **UHR1**.

V. Zvláštní a mimořádná očkování hrazená ze státního rozpočtu

- očkovací látka proti **hepatitidě A a B a případně jiné**

Vykazování provedeného očkování:

- **zdravotní výkon:** **pojišťovna hradí PZS**
- **očkovací látka:** **hrazena ze státního rozpočtu**
- **vykazuje se** jedním kódem: **02130 – Očkování v případech, kdy očkovací látka je hrazena podle předpisů o ochraně veřejného zdraví**

ZÚLP: ne

1 kód pro očkování + příslušná dg.

Pojišťovna hradí pouze aplikaci očkovací látky, očkovací látka je hrazena ze státního rozpočtu.



■ Očkovací látky proti chřipce pro sezónu 2015–2016

Přehled očkovacích látek proti chřipce pro sezónu 2015–2016 včetně výše úhrady.

KOD	NAZ	DOP	UHR1	DNC	MFC	ENNV	ATC
0016513	FLUAD	INJ SUS ISP 1 × 0,5 ml	139,23		214,87	139,23	J07BB02
0032311	FLUARIX	INJ SUS ISP 10 × 0,5 ml/dávek + 10 jehel	1392,30		1969,70	139,23	J07BB02
0077058	FLUARIX	INJ SUS ISP 1 × 0,5 ml/dávek + 1 jehla	139,23		157,01	139,23	J07BB02
0500656	IDFLU 15 µg/kmen	IDR INJ SUS 1 × 0,1 ml	139,23		323,09	139,23	J07BB02
0500653	IDFLU 9 µg/kmen	INJ SUS 1 × 0,1 ml	139,23		298,64	139,23	J07BB02
0119651	INFLUVAC	INJ SUS 10 × 0,5 ml/dávek s jehlou	1392,30		1692,46	139,23	J07BB02
0119652	INFLUVAC	INJ SUS 1 × 0,5 ml/dávek s jehlou	139,23		139,23	139,23	J07BB02
0207169	INFLUVAC	INJ SUS 10 × 0,5 ml/dávek s jehlou	1392,30		1692,46	139,23	J07BB02
0207170	INFLUVAC	INJ SUS 1 × 0,5 ml/dávek s jehlou	139,23		139,23	139,23	J07BB02
0194274	OFTAFLU	IMS INJ SUS ISP 1 × 0,5 ml LOCK	139,23		320,68	139,23	J07BB02
0140282	PREFLUCEL	INJ SUS 1 × 0,5 ml + jehla	139,23		334,85	139,23	J07BB02
0100083	VAXIGRIP	INJ SUS 10 × 0,5 ml/dávek + jehla	1392,30		1689,17	139,23	J07BB02
0100084	VAXIGRIP	INJ SUS 20 × 0,5 ml/dávek + jehla	2784,60		3002,49	139,23	J07BB02
0100085	VAXIGRIP	INJ SUS 1 × 0,5 ml/dávek + jehla	139,23		170,44	139,23	J07BB02

■ Metodika k provádění pravidelného očkování proti tuberkulóze (TBC) v ČR

Ke sjednocení postupu při pravidelném očkování proti TBC prováděném podle platné legislativy pro tzv. rizikové skupiny pojištěnců (selektivní BCG vakcinace) připravilo Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR, Svazem zdravotních pojišťoven ČR, Českou pneumologickou a ftizelologickou společností ČLS JEP a Národní jednotkou dohledu nad TBC v ČR níže uvedenou metodiku.

Očkování proti TBC (selektivní BCG vakcinace) patří mezi pravidelná očkování hrazená z veřejného zdravotního pojištění prováděná podle § 30 odst. 2 písm. a) a § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů.

V praxi to znamená, že:

- Selektivní BCG vakcinace se provádí u dětí v riziku nákazy TBC, specifikovaném shora citovanou vyhláškou. Zpravidla do jednoho měsíce po převzetí dítěte do péče registrujícího praktického lékaře pro děti

a dorost jsou děti indikovány podle výše uvedené vyhlášky k provedení selektivní BCG vakcinace odesílány na pracoviště kalmetizace, kde se očkování provádí.

- Očkování provádějí v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, odborní lékaři pneumoftizeologové.
- Selektivní BCG vakcinace je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění a je vykazována kódem 25313 dle platného Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami s vykazáním přípravku – očkovací látky jako ZÚLP – ve skutečně spotřebovaném množství, tj. 0,02 – kód 9999911 BCG 10 ANTI-TUBER VACCINE (SZCZEPIONKA PRZECIUGRUŻLICZA BCG 10, Biomed, PL), při použití balení 5 × 10 dávek.
- Očkovací látku dodává distributor bez finanční účasti poskytovatele, vakcína je hrazena zdravotními pojišťovnami přímo distributorovi.
- Bližší podmínky provádění, vykazování a ostatní činnosti související s tímto druhem povinného očkování se provádějí v souladu s „Metodikou provádění pravidelného očkování v roce 2015“; tato metodika určená pro potřeby praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a do-

rost při provádění pravidelného očkování se použije i pro potřeby pracovišť kalmetizace, která provádějí pravidelná očkování proti TBC u tzv. rizikových skupin pojištěnců.

Metodika je dostupná na webech:
www.vzp.cz; www.szpcr.cz;
www.distribucevakcin.cz.

V ostatních medicínsky neindikovaných případech, kdy zákonný zástupce dítěte žádá jeho očkování (primovakcinaci) proti TBC, hradí náklady (aplikaci, vakcínu a veškeré úkony a materiály) spojené s tímto očkováním zákonný zástupce dítěte. **Revakcinace není prováděna ani na žádost rodičů, neboť jde o postup, který nemá odborné opodstatnění a není doporučován národní odbornou společností (ČPFS ČLS JEP) ani WHO.**

4. aktualizované znění
 V Praze dne 1. 10. 2015

VAKCÍNY PROTI KLÍŠŤOVÉ ENCEFALITIDĚ



ENCEPUR® PRO DĚTI

Očkovací látka proti klíšťové encefalitidě
k aktivní imunizaci dětí od 1 roku do 11 let včetně.

ENCEPUR® PRO DOSPĚLÉ

Očkovací látka proti klíšťové encefalitidě
k aktivní imunizaci osob starších 12 let.

ZÁKLADNÍ očkovací schéma



UPRAVENÉ ZÁKLADNÍ očkovací schéma



ZRYCHLENÉ očkovací schéma



Zdroje informací o přípravku ENCEPUR®: Název přípravku: Encepur® pro děti/Encepur® pro dospělé, 0,25/0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Inaktivovaná vakcína proti klíšťové encefalitidě. **Složení:** 1 dávka (tj. suspenze v předplněné stříkačce (Encepur® pro děti: 0,25 ml; Encepur® pro dospělé: 0,50 ml) obsahuje 0,75 µg (Encepur® pro děti) / 1,5 µg (Encepur® pro dospělé) inaktivovaného viru pomnoženého na buněčných kulturách kuřecích fibroblastů. **Indikace:** Aktivní imunizace proti klíšťové encefalitidě. **Dávkování:** Děti od jednoho roku včetně do jedenácti let včetně se aplikuje dávka 0,25 ml. Dětem od 12 let včetně a dospělým se aplikuje dávka 0,5 ml. **Základní očkování:** Běžné očkovací schéma: 1. dávka (den 0), 2. dávka (1-3 měsíce po první dávce), 3. dávka (9-12 měsíců po druhé dávce). Podání druhé dávky je možné urychlit a podat ji dva týdny po první dávce. U jednotlivců, kteří vyžadují rychlou imunizaci, lze použít alternativní očkovací schéma: Zrychlené očkovací schéma: 1. dávka (den 0), 2. dávka (7. den), 3. dávka (21. den). **Přeočkování:** Po ukončení základního očkování postačuje k posílení imunity dítě do 11 let včetně aplikace jedné dávky 0,25 ml přípravku Encepur® pro děti, osobám starším než 12 let se má aplikovat 1 dávka 0,5 ml přípravku Encepur® pro dospělé. Při běžném očkovacím schématu se první booster dávka podává 3 roky po poslední dávce základního očkování. Další booster dávky se podávají každých 5 let, pouze u osob starších než 49 let každé 3 roky. Při zrychleném očkovacím schématu se první booster dávka podává za 12-18 měsíců po podání poslední dávky základního očkování. Další booster dávky se podávají každých 5 let, pouze u osob starších než 49 let každé 3 roky. **Způsob podání:** Intramuskulárně, nejlépe do M. Deltoideus. Vakcína nesmí být aplikována Intravenózně. **Kontraindikace:** U akutních onemocnění vyžadujících léčbu neočkovat dříve než dva týdny po jejich plném uzdravení. Očkování je kontraindikováno, při alergii na kteroukoliv složku vakcíny. Jediná po očkování vakcína neškodná dětem, musí být považována za kontraindikaci dalšího očkování stejnou vakcínou až do vyjasnění jejich příčin, zvláště u celkových nežádoucích účinků. Je nutná pečlivá zvlášť očkování dětí a osob s onemocněním pohybového systému. **Interakce:** Při imunosupresivní terapii může být úspěšnost očkování snížena. Encepur® je možno aplikovat současně s jinými vakcínami, jednotlivé vakcíny musí být ale podány do různých očkovacích míst, nejlépe i do různých končetin. V případě vakcinace v odlišných očkovacích cích je nutné dodržet časovou přestávku pro odstup mezi podáním jednotlivých vakcín. **Těhotenství a kojení:** Bezpečnost podání očkovací látky během těhotenství a kojení nebyla stanovena v klinických studiích. Proto je nutno pečlivě zvážit rizika a přínosy před aplikací očkovací látky těhotným nebo kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** Lokální reakce (přechodně zarudnutí, otok a bolest, otok a bolest s tlakem přilehlých lymfatických uzlin). Zvláště po prvním očkování se mohou objevit celkové symptomy (zvýšená tělesná teplota na 38 °C doprovázená bolestí hlavy, parasetolem, vzácně nauzeou a zvracením). Dále se mohou vyskytnout celkové reakce (mohou být doprovázeny přechodnými ne specifickými poruchami vidění), návaly pocení, zimnice, čůva, jakož i bolest svalů a kloubů. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce 2 °C - 8 °C. Chraňte před mrazem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GSK Vaccines GmbH, Emil-von-Behring-Str. 76, D-35041 Marburg, Německo. **Způsob účinnosti a výdej:** Přípravek je vložěn na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 1/8/2015. **Registrační číslo:** 58/882/93-B/C, 58/882/93-A/C.

Stejně jako jiné vakcíny, ani vakcína Encepur® proti klíšťové encefalitidě neochrání 100 % očkovaných. Aplikace vakcíny Encepur® může být spojena s nežádoucími účinky, které jsou popsány v Souhrnu údajů o přípravku. Případné nežádoucí účinky prosím nahláste na cz.safety@gsk.com.

CZ/VAC/0158/15 Schváleno: 10/2015

GlaxoSmithKline, s.r.o.,
Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4;
e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz





Termínový kalendář akcí SPLDD na rok 2016

26.–27. 2.	Celorepubliková		Praha, Hotel TOP
12. 3.	Středočeský + Praha	vzdělávací seminář	Praha, hotel Krystal
18. 3.	Severomoravský	konference SPLDD + vzdělávací seminář	Opava, Slezská univerzita
26. 3.	Jihomoravský	vzdělávací seminář	Brno, hotel Avanti
1.–2. 4.	Jihočeský	konference SPLDD	Český Krumlov, Klášter
2. 4.	Východočeský	vzdělávací seminář	Pardubice, hotel Labe
7. 4.	Středočeský + Praha	konference SPLDD	Praha, hotel Olympik
9. 4.	Jihomoravský	konference SPLDD	Vyškov, hotel Velvet
9. 4.	Severočeský	vzdělávací seminář	Děčín, hotel Česká koruna
16. 4.	Severočeský	konference SPLDD	Ústí nad Labem, Krajská nemocnice
22.–23. 4.	Východočeský	konference SPLDD	Dříteč, hotel Golf resort
23. 4.	Jihočeský	vzdělávací seminář	České Budějovice, hotel Clarion
30. 4.	Západočeský	konference SPLDD + vzdělávací seminář	Plzeň, Šafránkův pavilon
21.–22. 5.	Celorepubliková	Sněm	Tábor, hotel Palcát
27.–29. 5.	Celorepubliková	Školitelé	Seč, hotel Jezerka
8. 10.	Západočeský	vzdělávací seminář	Plzeň, Šafránkův pavilon
15. 10.	Jihočeský	vzdělávací seminář	České Budějovice, hotel Clarion
15. 10.	Severomoravský	vzdělávací seminář	Ostrava, hotel Imperial
22. 10.	Středočeský + Praha	vzdělávací seminář	Praha, hotel Krystal
5. 11.	Celorepubliková	Celostátní konference	Praha-Průhonice, hotel Floret
12. 11.	Severočeský	vzdělávací seminář	Děčín, hotel Česká koruna
12. 11.	Jihomoravský	vzdělávací seminář	Brno, hotel Avanti
26. 11.	Východočeský	vzdělávací seminář	Hradec Králové, Krajský úřad



Obor PLDD – dopis premiérovi a vicepremiérům vlády ČR a jejich odpovědi

Mgr. Bohuslav Sobotka
Ing. Andrej Babiš
MUDr. Pavel Bělobrádek

V Praze dne 17. 9. 2015

Vážený pane předsedo/místopředsedo vlády, obracíme se na Vás jménem dvou tisíc praktických lékařů pro děti a dorost a jejich klientů – rodičů, dětí i dospívajících – v souvislosti s připravovanou novelou zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

V návrhu ministerstva zdravotnictví se nepočítá se zachováním praktického lékařství pro děti a dorost jako základního oboru s vlastní atestační zkouškou. Ministerstvo zdravotnictví vedené snahou o redukci počtu základních oborů navrhuje sloučit náš základní obor se stávajícím základním oborem dětské lékařství, a tím jej de facto zrušit. Budeme Vám vděční, vážený pane premiére/místopředsedo, když se vláda pod Vaším vedením, dříve než postoupí návrh Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, zamyslí nad následujícími fakty.

Praktické lékařství pro děti a dorost je jedním ze čtyř oborů primární péče v ČR (a pátým největším oborem ze všech). Jako samostatný obor s vlastním curriculum vzniklo proto, aby zdravotní systém disponoval vzdělanými odborníky schopnými zajistit kontinuální péči o dítě ve zdraví i nemoci od narození do 19 let věku.

Praktické lékařství pro děti a dorost tedy není totéž, co dětské lékařství (klinická pediatrie převážně v nemocnicích). Praktický dětský lékař pečuje z velké části o děti zdravé, sleduje jejich vývoj a zajišťuje pro ně preventivní péči včetně očkování – tím plní i přenesenou roli státu. Pokud dítě onemocní, je na praktickém lékaři, aby na základě svého vzdělání i praktické zkušenosti odlišil dítě zdravé od nemocného, určil, nakolik je nemocné, a podle toho rozhodl i o jeho předání do péče pediatra-specialisty. Kolegové pediatrii v lůžkových zařízeních a specializovaných ambulancích pak i díky tomu pracují s dětmi

dobře předdiagnostikovanými, tedy skutečně nemocnými, a mohou se na ně plně soustředit.

Praktické lékařství pro děti a dorost zahrnuje i řadu dalších činností – péči o chronicky nemocné děti tak, aby mohly co nejdéle fungovat ve svém přirozeném prostředí a co nejméně vyžadovaly péči specialisty v nemocnici, dále návštěvní službu v rodinách, celou řadu agend ve vztahu ke školním zařízením, orgánům sociálně-právní ochrany dětí, hygienické službě, posudkové službě apod. To vše ale vyžaduje specifické znalosti a dovednosti, které lze získat jen specifickým vzděláním – sebelepší jednotná výuka u lůžka v nemocnici vzdělané praktické dětské lékaře do terénu nepřipraví. Vážený pane premiére/místopředsedo, jsme přesvědčeni, že existence samostatného základního oboru prokázala za uplynulá léta svou oprávněnost. Rodičům garantuje dostupnost péče i možnost svobodného výběru lékaře, který se kontinuálně stará o jejich děti až do dospělosti – a často pečuje i o děti těchto dětí či o jejich vnuky. Pro zdravotní pojišťovny je tento systém nákladově vysoce efektivní, dlouhodobě udržitelný a predikovatelný. Důvodně se obáváme, že zdánlivě „pouhou“ změnou zákona o vzdělávání lékařů dojde k jeho rozpadu. Důsledkem bude nižší dostupnost primární dětské péče, nižší kvalita postgraduálního vzdělávání, nižší spokojenost rodičů a v neposlední řadě eskalace nákladů z veřejných prostředků.

Jedním z argumentů ministerstva zdravotnictví coby předkladatele návrhu je, že změnou vzdělávání se vyřeší i problém generační obměny stárnoucí populace praktických dětských lékařů, protože jednotný obor zajistí lepší prostupnost z nemocnic do terénu a zpět. Jsme přesvědčeni, že tomu tak nebude, protože sama změna obsahu vzdělávání tento problém nevyřeší, což dokládá i identický problém stárnutí dětských praktiků na Slovensku či ambulantních pediatrii v Německu při existenci jednoho vzdělávacího oboru pediatrie.

Dlouhodobě upozorňujeme, že v ČR dosud nebyla vypracována jasná koncepce péče o dítě. Zastáváme názor, že nejprve musí existovat celospolečenská shoda na tom, jaký systém péče o dítě a dospívajícího chceme

mít, a pak pro něj zákonem o vzdělávání potápat potřebné odborníky. Nikoli naopak, tedy změnit zavedený způsob vzdělávání a pak čekat, co to způsobí v praxi.

Argumenty zastánců „jedné pediatrie“, že obor praktické lékařství pro děti a dorost není kompatibilní se vzdělávacím curriculum v EU, zpochybnil osobním dopisem ministrovi zdravotnictví prezident Evropské konfederace primárních pediatrii (ECPCP) dr. Gottfried Huss. Naopak se nám dostalo ujištění, že náš vzdělávací program primární péče o dítě je v Evropské pediatrické akademii (EAP) vzorem pro tvorbu obdobných programů. Paradoxně tedy v době, kdy většina evropských zemí rozšiřuje vzdělání lékařů pro primární pediatrickou péči právě o vzdělání v ambulancích a některé evropské země dokonce začínají hovořit i o systému vzdělávání praktických dětských lékařů jako samostatného oboru po našem vzoru, my jej budeme v ČR rušit.

Obavy o budoucnost primární péče o děti s námi sdílí také velký počet rodičů, zejména pak těch, kteří mají zkušenosti s péčí v zahraničí či zkušenosti s hledáním praktického dětského lékaře pro své děti. Pod peticí o zachování oboru praktické lékařství pro děti a dorost je téměř 100 000 podpisů a každodenně přibývají další.

Vážený pane předsedo/místopředsedo vlády, vzhledem k tomu, že jsme vyčerpali všechny dostupné prostředky, protože na naše argumenty nebyl v připomínkovém řízení brán zřetel, dovolili jsme se obrátit na Vás. Věříme, že vláda České republiky pod Vaším vedením zváží před odesláním vládní předlohy novely zákona č. 95/2004 Sb. do Parlamentu všechny důsledky, které by tato změna v dalším vzdělávání absolventů lékařských fakult mohla mít na stávající systém primární péče poskytované praktickými lékaři pro děti a dorost dvaceti procentům populace ČR.

V úctě
MUDr. Ilona Hülleová,
předsedkyně SPLDD ČR

MUDr. Alena Šebková,
předsedkyně OSPDL ČLS JEP



■ **Mgr. Bohuslav Sobotka**
předseda vlády České republiky

V Praze 22. října 2015
Čj. 15668/2015-OPP

Vážená paní předsedkyně Hülleová, vážená paní předsedkyně Šebková, seznámil jsem se s vašimi připomínkami k připravované novele zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Jako premiér, ale i jako rodič vnímám nejen důležitost dětského lékařství v celém systému zdravotní péče, ale také oceňuji jeho dosavadní velmi dobrou profesní úroveň, kterou se můžeme chlubit i v mezinárodním srovnání. Ujišťuji vás, že celé naší vládě jde o to zachovat a rozvíjet tento vysoký standard lékařské péče o děti a mládež.

Alarmující je pro mě zjištění ÚZIS, že v roce 2013 byl průměrný věk lékařů a lékařek 66 let, kritický je nedostatek mladých lékařů – jen řádově desítky lékařů byly mladší 40 let. Podle České lékařské komory i podle ministerstva zdravotnictví je jedním z kroků pro řešení této vážné situace umožnit lékařům větší flexibilitu jejich profesní dráhy danou širším záběrem jejich kvalifikace.

Jak jsem byl ujištěn ministrem zdravotnictví, návrh změny podmínek pro vzdělávání lékařů nemá profesní dráhu lékařům z žádného oboru komplikovat, cílem navrhovaných změn je naopak ji usnadnit a držet ve vysoké kvalitě, zvláště v tak klíčových oborech, jako je pediatrie. Konkrétní podoba další úpravy bude pak výsledkem diskusí i odborných posouzení v průběhu legislativního procesu.

S pozdravem a přáním úspěchů ve vaší náročné a záslužné práci

Mgr. Bohuslav Sobotka

■ **Ing. Andrej BABIŠ**
1. místopředseda vlády a ministr financí

V Praze dne 29. září 2015
PID: MFCR5XNFTU
Č.j.: MF-43841/2015/9007

Vážená paní předsedkyně Hülleová, vážená paní předsedkyně Šebková,

děkuji tímto za Váš dopis ze dne 17. 9. 2015, ve kterém se na mě obrácíte ve věci připravované novely zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, a jejího potenciálního dopadu na primární péči pro děti a dorost.

Ač vnímám vznesené argumenty, nesdílím po prostudování celé problematiky Vaše obavy z ohrožení primární péče pro děti a dorost v České republice. V první řadě je nutné zmínit, že novelu předmětného zákona považuji v obecné rovině za velmi žádoucí, přičemž však jejím cílem není vytvoření zcela nového modelu vzdělávání, ale především odstranění nedostatků, na které je poukazováno ze strany odborníků, a zefektivnění postgraduálního vzdělávání lékařů tak, abychom předešli hrozbě nedostatku lékařů, zejména v některých oborech. Takovéto hrozbě čelí i obor praktické lékařství pro děti a dorost. Cílem vlády je bezesporu podporovat oblast dětského lékařství a zvyšovat počet lékařů poskytujících primární péči pro děti a dorost. S tímto záměrem není však navrhovaná novela v rozporu, ba naopak. Nejde rozhodně o zrušení primární péče pro děti a dorost, nýbrž o vytvoření systému společného vzdělávání dětských lékařů, kde budou jak primární péče, tak dětské lékařství v rovnocenné roli. Lékaři, kteří ukončí specializační vzdělávání v novém jednotném oboru dětské lékařství, budou moci pracovat v primární, sekundární i terciární péči. Návrh tak povede ke zvyšování dostupnosti a kvality péče o děti a dorost v České republice.

Rozumím úloze praktických lékařů pro děti a dorost, tak jak ji popisujete, ovšem nedomnívám se, že by úkoly, které dnes plní praktičtí lékaři pro děti a dorost, nemohli splnit lékaři, kteří absolvují nový sloučený obor dětské lékařství. Vždy záleží na osobnostních kvalitách daného lékaře, jakým způsobem bude svou činnost vykonávat.

Podle informací, které mám k dispozici, neprobíhá v současné době vzdělávání ve specializačním oboru praktické lékařství pro děti a dorost z podstatné části v primární péči, ale lékař musí absolvovat specializační přípravu trvající 3 roky na dětských lůžkových odděleních a 1 rok praxe v akreditovaném zařízení praktického lékaře pro děti a dorost. Přičemž takto akreditováno je navíc pouze 200 ambulancí praktických lékařů pro děti a dorost z 2000. Je tedy otázkou, zda je vůbec v současné době dostatečným

způsobem zabezpečena pro mladé lékaře praxe v ambulanci a zda mají praktičtí lékaři pro děti a dorost zájem o poskytování takového specializačního vzdělávání

Závěrem je nutné konstatovat, že v brzké budoucnosti reálně hrozí nedostatek lékařů s odborností praktický lékař pro děti a dorost, a to s ohledem na průměrný věk lékařů v tomto oboru, který je nejvyšší ze všech lékařů. Naopak kliničtí pediatři mají jeden z nejnižších věkových průměrů. I to je důvod pro navrhovanou změnu, která by tak měla usnadnit přechod mezi nemocniční a ambulantní sférou a zvýšit obecně zájem o oblast primární péče při zachování jejího vysokého standardu.

Domnívám se tedy, že tento návrh Ministerstva zdravotnictví je možné považovat za prospěšný a garantující zachování potřebné primární péče pro děti a dorost v České republice.

S pozdravem Ing. Andrej Babiš

■ **Pavel Bělobrádek**
místopředseda vlády pro vědu, výzkum a inovace

V Praze dne 5. října 2015
Č. j.: 15674/2015-OMP

Vážená paní předsedkyně, děkuji za Váš dopis, kterým se vyjadřujete k připravované novele zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, kde nacházíte velký problém v návrhu vypuštění oboru praktického lékařství pro děti a dorost jako základního oboru s vlastní atestační zkouškou.

Vámi uvedené odůvodnění chápu a určitě se jím budu zabývat. V rámci připomínkového řízení mé expertní týmy nenavrhlly zásadní připomínky k tomuto návrhu, ale k tomuto materiálu se ještě vrátím v okamžiku, kdy bude zařazen na program jednání vlády, kde jistě proběhne na toto téma debata podložená expertními posudky jednotlivých ministrů.

Vážená paní předsedkyně, ještě jednou děkuji za Váš podnět a i přes to, že tato problematika nespadá do mé agendy, budu se jí jistě zabývat.

S pozdravem Pavel Bělobrádek



Právní rubrika

■ Nová právní úprava při předávání praxí fyzických osob

Nová právní úprava je obsažena v novelizovaném ustanovení § 17 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb., které je účinné od 1. 9. 2015.

Toto ustanovení umožňuje předání (prodej) lékařské praxe provozované fyzickou osobou. Podmínkou je převod všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb ze stávajícího poskytovatele na poskytovatele nového. V praxi bude nejčastěji realizováno formou smlouvy o prodeji závodu dle občanského zákoníku. V tomto případě nejenže není třeba absolvovat výběrové řízení, ale je zákonem dána kontraktační povinnost zdravotních pojišťoven. Jinými slovy, smluvní zdravotní pojišťovny stávajícího poskytovatele jsou povinny uzavřít smlouvy s novým poskytovatelem, a to ve shodném rozsahu, jako byly smlouvy s poskytovatelem stávajícím. Obdobně se nové ustanovení vztahuje i na pokračování v praxi po zemřelém poskytovateli – fyzické osobě. Ke dni zahájení činnosti kupujícím by pak mělo dojít ke zrušení oprávnění prodávajícího.

Celé znění předmětného ustanovení § 17 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb. je následující:

„Došlo-li k převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb z poskytovatele, který požádal o odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách, na jinou osobu, která bylo v návaznosti na to uděleno oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nebo poskytuje-li jiná osoba zdravotní služby na základě osvědčení o splnění podmínek pro pokračování v poskytování zdravotních služeb po zemřelém poskytovateli podle zákona o zdravotních službách nebo následně jí uděleného oprávnění k poskytování zdravotních služeb, uzavře zdravotní pojišťovna s touto osobou na její žádost smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb ve stejném rozsahu jako s původním

poskytovatelem, a to do 180 dnů ode dne doručení žádosti zdravotní pojišťovně; smlouvu není zdravotní pojišťovna povinna uzavřít v případě, že původnímu poskytovateli smlouvu vypověděla.

Žádost může osoba uvedená ve větě první podat nejpozději do 30 dnů ode dne udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jde-li o osobu, na niž byla převedena majetková práva vztahující se k poskytování zdravotních služeb, nebo do 30 dnů ode dne udělení osvědčení o splnění podmínek pro pokračování v poskytování zdravotních služeb, jde-li o osobu, která pokračuje v poskytování zdravotních služeb po zemřelém poskytovateli.

Do doby uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb má osoba uvedená ve větě první právo na úhradu poskytnutých hrazených služeb v rozsahu vyplývajícím ze smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb uzavřené mezi původním poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, nejdéle však po dobu 210 dnů ode dne převodu majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb nebo ode dne, od kterého pokračuje v poskytování zdravotních služeb na základě oprávnění zemřelého poskytovatele.“

Novela zákona č. 48/1997 Sb. nic nemění na tom, že je nutné splnit další podmínky dané jinými právními předpisy (ustanovení § 59 zákona č. 372/2011 Sb.), tj. zveřejnit alespoň 60 dní předem termín zamýšleného ukončení zdravotních služeb a rovněž uvést poskytovatele, který bude v poskytování zdravotních služeb pokračovat.

Zákon tedy umožňuje (podle mne v horizontu 2–3 měsíců) předání lékařské praxe provozované fyzickou osobou novému poskytovateli a obdobně umožňuje pokračovat po zemřelém poskytovateli.

Mgr. Jakub Uher

■ Zdravotníky zřejmě čeká evidence v novém neveřejném registru

Zdravotníci budou možná zaneseni v novém neveřejném registru. Vznik evidence novelou zákona o zdravotních službách Sněmovna v úvodním kole podpořila. Původní registr zanikl před třemi lety kvůli nálezu Ústavního soudu, podle ministerstva zdravotnictví v praxi chybí. Předloha míří k posouzení do zdravotního výboru.

Bez registru je podle ministerstva obtížné sledovat demografický a kapacitní vývoj populace zdravotnických profesionálů, analyzovat dostupnost jejich služeb pro občany nebo předvídat potřebné vzdělávací kapacity. Poslanec Milan Brázdil (ANO) ale upozornil na to, že seznam lékařů má Česká lékařská komora a je otázkou, zda má smysl jej zdvojit. Neveřejností registru by se mělo vyhovět námitce Ústavního soudu, který zrušil původní databázi zejména kvůli neoprávněnému zásahu do soukromí zdravotnických pracovníků.

Odpadne administrativa a z kvalitní se péče

Novela zřizuje také Národní registr hrazených zdravotních služeb, Národní diabetologický registr a Národní registr intenzivní péče. Údaje z nich mají podle ministerstva přispět ke zkvalitnění zdravotní péče a ke zpřesnění stanovování úhrad z veřejného zdravotního pojištění. Odpadne prý také administrativa. Registry podle ministra Svatopluka Němečka (ČSSD) umožní zrušit řadu statistických zjišťování. „Dostaneme se konečně k reálným datům o počtech výkonů, o nákladech péče, vlastně úplně o všem, o čem se diskutuje v souvislosti se zdravotnictvím,“ řekl Němeček novinářům.

„Je třeba důsledně dbát na to, aby údaje byly pod kontrolou a pod ochranou. Jsou tam velmi citlivá data,“ upozornil lidovec Ludvík Hovorka. Je podle něho důležité, že dohled bude mít státní organizace, Ústav zdravotnických informací a statistiky.

Podle poslance opoziční ODS Bohuslava Svobody registr přispěje také ke zkvalitnění péče a k úsporám. Bude prý totiž možné vysledovat výsledky péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních a o ta s lepšími výsledky pak bude větší zájem. „Bude to znamenat, že dobré nemocnice budou mít hodně práce, bude se tam koncentrovat ta důležitá péče, a to ji samozřejmě zlevní,“ dodal Svoboda.

Zdroj: novinky.cz, ČTK, 26. 10. 2015



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

V uplynulém období nadále byl ve středu zájmu obor Praktické lékařství pro děti a dorost. Zástupci OSPDL byli přítomni na konferenci naší profesní organizace, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR. Na této konferenci zástupci jednotlivých okresů potvrdili požadavek praktických dětských lékařů na zachování oboru, opět vyjádřili přesvědčení, že systém vzdělávání souvisí se systémem poskytování primární péče o děti a dorost v ČR. Blahopřejeme staronovému výkonnému výboru SPLDD a doufáme v pokračování dosavadní spolupráce našich obou společností. Obor se snažíme bránit i prostřednictvím informací v médiích, aby veřejnost pochopila, že není možné z diskuse o tak závažné věci, jakou je novela vzdělávání lékařů, vynechat ty, jichž se má velmi citelně dotknout. Probíhají tedy diskusní pořady, reportáže – ČT, Plzeňský rozhlas, regionální tisk. Stále, jako dosud, argumentujeme racionálně, prostor k vyjádření dostávají i předkladatelé novely. Vedeme další jednání a děkujeme všem, kteří se s námi na obraně oboru podílejí.

Přes obrovské časové vypětí se ale výbor OSPDL, regionální zástupci OSPDL i členové pracovních skupin OSPDL musejí věnovat a také se věnují odborné práci.

Nadále rozvíjíme spolupráci s patientskými organizacemi – 26. 11. – dr. Šebková, dr. Kubátová – účast na vernisáži výstavy v Parlamentu ČR „Žijeme s vámi“, která

byla věnována chlapcům s onemocněním Duchenneovou chorobou.

3. 11. – dr. Šebková – účast na dalším jednání očkovací komise při ministerstvu zdravotnictví – diskutována otázka kontraindikací očkování, možnosti přechodu na schéma 2 + 1 u hexavakcí, možnosti hrazení vakcín při rozkladech a odkladech očkování. U všech je nutné hledisko odborné, ev. finanční, bude rozpracováno a dáno k diskusi na další setkání. Zápis bude k dispozici na webu. V tuto chvíli je možné na webu přečíst zápis z NIKO. Ještě týž den se dr. Šebková společně s prof. Chlíbkem, vědeckým sekretářem ČVS, zúčastnila tiskové konference o očkování z pohledu vakcinologa a PLDD. Účast novinářů byla velmi dobrá, stejně tak jako jejich zájem o problematiku.

6. 11. – dr. Šebková se zúčastnila dalšího setkání komise při úřadu vlády pro PAS. Na toto setkání v rámci řešení diagnostiky i léčby dr. Šebková na základě spolupráce s odborníky na diagnostiku a léčbu dětí s PAS připravila návrh screeningu PAS v ordinacích PLDD. Materiál byl schválen výborem OSPDL, v komisi byl vysloven většinový souhlas, materiál bude dále podrobně rozpracován, dle charakteru screeningu bude nutné i jednání s pojišťovnami. Na komisi dr. Šebková zdůraznila, že uvést v praxi screening, zorganizovat vzdělávání, tak aby PLDD co nejdříve uměli včas rozeznat podezření na PAS, je poměrně „jednoduché“. Důležitá je ale na-

vazující síť odborníků, kteří budou umět stanovit diagnózu, a zařízení, která budou umět s dětmi a jejich rodinami pracovat.

Setkání školitelů v roce 2016 se bude konat 27.–29. 5. v Seči. Téma by mělo do určité míry navazovat na loňskou úspěšnou tematiku a kolegové budou včas s programem seznámeni.

Páteční témata na příští rok: ORL problematika a nové přístupy k diagnostice a léčbě *astma bronchiale*. Garantem budou prof. Šlapák a prof. Pohunek. Podrobné programy stejně jako termíny budou k dispozici u regionálních zástupců.

Na základě výsledků studií, včetně studie, které se účastnili PLDD, vznikla po domluvě minikomise pro vznik nového doporučení pro podávání vitamínu D. Složení komise: prim. MUDr. Tláškal (výživa), doc. MUDr. Bronský (GIT), MUDr. Kalvachová (endokrinologie), MUDr. Zíma (PLDD, vedoucí PS endokrinologie OSPDL), dr. Šebková.

Komise péče o dítě – 30. 11. – účast dr. Kubátová – mimo jiné se na této komisi bude projednávat téma postupu zdravotnických pracovníků vč. PLDD při ošetřování dětí běženců. Informace budeme publikovat ve VOXu a na webu společnosti.

5. 11. se konal další výbor OSPDL – po schválení zápisu budou informace uvedeny ve VOXu.

■ Tisková zpráva: Zasedání Evropské konfederace praktických dětských lékařů (ECPCP)

Ve dnech **6.–8. 11. 2015** pořádaly SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP v Praze pravidelné podzimní zasedání Evropské konfederace praktických dětských lékařů (ECPCP). Konfederace sdružuje 18 států a zastupuje 25 000 pediatriů, kteří v jednotlivých státech pracují v primární péči. Prezident konfederace Gottfried Huss na zahájení konference velmi ocenil systém péče o dítě v ČR, který byl prezentován českými zástupci. Vyzdvihl systém postgraduálního vzdělávání praktických dětských lékařů. Součástí zasedání bylo sympozium na téma „Preventivní péče v Evropě“. Evropské státy kladou dlouhodobě důraz na prevenci a většina z nich volá po jejím rozšíření. Organizace preventivní péče je v jednotlivých zemích odlišná. ECPCP dlouhodobě usiluje, aby byla prováděna jedním lékařem, nejlépe

pediatrem, který dítě zná v kontextu jeho rodiny a sociokulturního prostředí. **Český systém tento požadavek bezesbýtku splňuje, registrující praktický lékař pro děti a dorost pečuje o dítě od narození do 19 let.**

Dalším tématem byla současná migrační vlna. Zástupci států prezentovali své zkušenosti s poskytováním zdravotních služeb. Např. maďarští praktičtí dětské lékaři začali dobrovolně poskytovat zdravotní služby na místech největší koncentrace migrantů, postupně se k nim přidali i lékaři jiných odborností. Vytvořili spontánní a provizorní síť zdravotní péče o uprchlíky, ale důrazně upozorňují, že bez právního a finančního rámce daného vládou nelze takto dlouhodobě pokračovat. Němečtí kolegové vypracovali doporučení pro hodnocení zdravotního stavu migrantů

po vstupu do země – definice urgentních nutných vyšetření s důrazem na zachyt osob, jejichž stav by se mohl zhoršit nebo by na jeho základě mohlo dojít k šíření infekčních chorob. Zároveň vypracovali plán očkování těchto osob. Tyto informace byly velmi cenné pro zástupce ČR, kde jednání na toto téma teprve probíhá. Samotné pracovní jednání ECPCP pokračovalo v pracovních skupinách. Výstupem skupiny pro výzkum je mezinárodní klinická studie na téma „Prevence úrazů“, které se budou účastnit i dětské praktici v České republice.

Na závěr jednání vedení ECPCP popřálo českým zástupcům, aby dokázali obhájit obor Praktické lékařství pro děti a dorost.

Příští zasedání se uskuteční v dubnu 2016 v Budapešti.



Vrozená trombofilie u dětí – kdy vyšetřovat a co doporučovat

MUDr. Ivana Hadačová

Oddělení klinické hematologie FN Motol Praha

Vyšetření vrozených trombofilních dispozic je u nás široce dostupné. Vyšetřují se děti s žilní i arteriální trombózou, pacientky před zahájením hormonální antikoncepce a dále velká skupina pacientů v rámci tzv. rodinného screeningu, tedy vyšetření pacientů, u jejichž rodinných příslušníků byla prokázána geneticky vázaná dispozice nebo někdo z příbuzných prodělal trombózu. Otázkou pak zůstává, co takové vyšetření pacientovi přinese. Cílem by měl být návrh preventivních opatření. Taková opatření by vždycky měla vycházet ze zhodnocení všech rizik u daného pacienta, tedy kromě vrozených dispozic i z těch získaných a aktuálně přítomných. U dětí to platí dvojnásob.

Postup při vyšetření genetických testů k průkazu dědičné trombofilie vydaly jako konsensus Česká společnost pro trombózu a hemostázu, Společnost pro lékařskou genetiku a Česká hematologická společnost. Zdravotnická zařízení mají možnost vyšetření leidské a protrombinové mutace a indikací k vyšetření je:

1. Idiopatická hluboká žilní trombóza
2. Plánované zahájení kombinované perorální hormonální antikoncepce nebo hormonální substituční léčby obsahující estrogenery u žen s pozitivní osobní anamnézou tromboembolické nemoci (TEN) nebo s pozitivní anamnézou TEN u příbuzných prvního stupně (rodiče, sourozenci, děti)
3. Anamnéza tří spontánních potratů v prvním trimestru gravidity nebo každé ztráty plodu po tomto období
4. Anamnéza TEN v těhotenství nebo komplikací v těhotenství (růstová retardace plodu, těžká forma preeklampsie, abrupce placenty)
5. Rodinný screening při zachytu trombofilní dispozice u příbuzných prvního stupně, pokud se u pacienta vyskytují další rizika trombózy. U dětí se vyšetření doporučuje až po 12. roce věku, pokud k tomu nejsou jiné důvody.

Postup u dětí není tak jasně stanoven, a to nejen u nás, ale ani v zahraničí. Význam vrozených dispozic byl testován u dětských pacientů s trombózou v řadě klinických studií s velmi rozdílnými výsledky. Vyšší procento nosičů vrozené trombofilní dispozice bylo prokázáno zejména u dospívajících pacientů s idiopatickou trombózou, naopak

nízké, blíží se až populačnímu výskytu, bylo u kojenců, u nichž trombóza vznikla v souvislosti se zavedením centrálního žilního katetru. Trombóza má multifaktoriální etiologii. U dětí souvisí vznik trombózy nejčastěji se zavedením centrálního žilního katetru. K dalším rizikovým faktorům patří operační zákroky (ortopedické, neurochirurgické), rozsáhlá traumata, infekce, systémová autoimunitní onemocnění, rozsáhlé cévní malformace, nádorová onemocnění, u dívek užívání hormonální antikoncepce. Laboratorně definovaná trombofilie je vrozený nebo získaný stav převahy ve srážení krve na stranu trombózy.

Na vrozenou trombofilní dispozici u dětí máme podezření v následujících situacích:

- trombóza vznikla spontánně, bez jasného vyvolávajícího podnětu
- trombóza je neobvyklého rozsahu nebo lokalizace
- trombóza se opakuje
- geneticky vázaná trombofilní dispozice byla prokázána u příbuzného v první linii (rodiče, sourozenci)

K základnímu laboratornímu screeningu patří vyšetření leidské a protrombinové mutace, dále vyšetření aktivity, případně antigenu antitrombinu, proteinu C a proteinu S. K dalším vyšetřením pak patří podle konkrétní situace i stanovení hladiny homocysteinu, lipoproteinu (a) a koagulačních faktorů (VIII, IX, XI). Významným získaným rizikovým faktorem trombózy u dospělých pacientů je přítomnost antifosfolipidové protilátky (*lupus anticoagulans*, antikardiolipinové protilátky ve třídě IgG a IgM a stejně

tak anti-beta2 glykoproteinu I). U dětí se s pozitivitou *lupus anticoagulans* setkáváme často náhodně při běžném předoperačním vyšetření, její přítomnost v době vzniku trombózy a zejména pak její přetrvávání nebo pozitivita dalších antifosfolipidových protilátek je významným rizikovým faktorem i u dětí.

Hodnocení výsledků těchto vyšetření není vždy snadné. Aktivita přirozených inhibitorů může být ve stadiu akutní trombózy nižší v důsledku spotřeby, antitrombin může klesat po zahájení léčby heparinem, aktivita proteinu C a S je nízká při léčbě warfarinem. Faktor VIII bývá zvýšen v době akutní trombózy (protein akutní fáze), stejně jako lipoprotein (a). Vyšetření je proto vhodné opakovat – ideálně až po ukončení antikoagulační léčby, v případě nejasností vyšetřit rodiče. Problém může nastat i s hodnocením věkových norem při vyšetření přirozených inhibitorů (antitrombinu, proteinu C a S), konzultace se specializovaným pracovištěm pro děti je proto žádoucí.

Jak tedy postupovat v konkrétních situacích:

Trombóza vznikla v souvislosti se zavedením centrálního žilního katetru – vyšetření vrozených dispozic není nutné. Výjimkou jsou pacienti s pozitivní rodinnou anamnézou žilní trombózy u příbuzných – zejména idiopatické nebo opakované u osob mladších než 40 let.

Trombóza vznikla bez souvislosti se zavedením centrálního žilního katetru, ale má jasný vyvolávající moment – vyšetření



leidenské a protrombinové mutace, aktivity antitrombinu, proteinu C a S a antifosfolipidové protilátky je vhodné.

Idiopatická trombóza, opakovaná trombóza – je indikován kompletní screening a je vhodné odeslat pacienta na specializované pracoviště dětské hematologie.

Centrální mozková příhoda – je vhodný kompletní screening po konzultaci s dětským hematologem.

Novorozenci s trombózou – je indikováno vyšetření antitrombinu, proteinu C a proteinu S, zejména pokud je trombóza neobvyklá rozsahem.

Pacientky před zahájením užívání hormonální antikoncepce – v první fázi je nutná anamnéza:

- Prodělala pacientka trombózu? Jaké byly okolnosti vzniku této trombózy? Došlo po léčbě k plnému zprůchodnění cévy?
- Prodělal někdo z blízkých příbuzných trombózu v mladším věku? Jaké byly okolnosti jejího vzniku? Byla u tohoto příbuzného prokázána vrozená trombofilní dispozice?
- Má pacientka další rizika (obezita, kouření, interní onemocnění se vztahem k trombóze)?

U dívek po proběhlé žilní trombóze (i v mladším věku) je indikováno vyšetření kompletního screeningu na specializovaném pracovišti dětské hematologie.

Při pozitivní rodinné anamnéze trombózy – zejména idiopatické nebo vzniklé v souvislosti s užíváním hormonální kontracepce nebo v těhotenství – je indikováno vyšetření na základě prokázané dispozice u příbuzného (např. matka dívky prodělala v těhotenství trombózu a byla u ní prokázána leidská mutace – toto vyšetření provedeme i u dcery). Pokud příbuzný, který prodělal trombózu, nemůže být vyšetřen, vyšetříme u dívky leidskou a protrombinovou mutaci, antitrombin, protein C a S. U dívek s negativní osobní a rodinnou anamnézou trombózy vyšetření neprovádíme, pokud dívka sama nemá žádné jiné rizikové faktory trombózy.

Rozhodnutí o volbě vhodného typu kontracepce je v kompetenci gynekologa, zpráva pro něj by proto měla obsahovat všechny potřebné údaje – tedy anamnestická data,

objektivní nález a výsledek screeningu vrozených dispozic, pokud k němu byl důvod.

Rodinný screening je nejčastějším důvodem k vyšetření leidské a protrombinové mutace u dětí. Měli bychom k němu přistupovat individuálně a zvážit všechny výhody a nevýhody, které toto vyšetření může mít. Prokázaná vrozená trombofilní vloha nemá ve většině případů vliv na způsob ani délku léčby trombózy. Preventivní opatření (primární nebo sekundární prevence), která běžně doporučujeme dospělým pacientům, často pro menší děti nejsou vhodná. Negativní výsledek genetického screeningu může vést k podcenění ostatních rizik.

Incidence žilní trombózy u zdravých dětí je velmi nízká – 0,07/100 000. V dětském věku jsou dvě období, kdy se s trombózou setkáváme častěji. Je to období novorozenecké a pak období dospívání. Zatímco u novorozenců a mladších dětí je trombóza téměř vždy vyvolána zevními vlivy, u dospívajících se setkáváme kromě indukované také s trombózou idiopatickou, na jejímž vzniku se mohou podílet vrozené dispozice. Vyšetření leidské a protrombinové mutace u zdravých dětí je tedy vhodné provádět až po 12. roce věku. Indikujeme je u dětí, jejichž rodiče nebo sourozenci mají prokázanou tuto vrozenou trombofilní vlohu. U dívek doporučujeme vyšetření, i pokud jejich matka nebo sestra prodělala trombózu v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce, v těhotenství nebo v šestinedělí. Pacienty, v jejichž rodině je prokázán vrozený deficit antitrombinu, proteinu C, proteinu S, případně jiné vzácnější dispozice, nebo jejichž příbuzní 1. stupně prodělali idiopatickou nebo opakovanou trombózu před 40. rokem věku, odešleme na specializované pracoviště pro děti. Spoluúčast mutace v genu pro metylen tetrahydrofolát reduktázu (MTHFR) na vzniku trombózy nebyla prokázána a její průkaz u příbuzných není indikací k vyšetření u dítěte.

Doporučení pro pacienty s prokázanou trombofilní dispozicí volíme s ohledem na věk pacienta. Základem jsou režimová opatření – kontrola hmotnosti, dostatek pohybu, pitný režim. Dospívající bychom měli poučit o riziku kouření. Pacient s trombofilní dispozicí by měl být přiměřeně informován o klinických projevech trombózy, časná léčba má zásadní vliv na prognózu tohoto onemocnění. Farmakologická prevence je u dospělých indikována v tzv. rizikových situacích

– to je úraz nebo operace s delším pobytem na lůžku, znehybnění končetiny sádrou nebo pevnou ortézou, dlouhodobý horečnatý stav, zejména ve spojení se ztrátou tekutin (průjmy, zvracení), těhotenství a šestinedělí, delší cestování – letadlem nad 6 hodin nebo autem/autobusem přes noc bez přestávky. Tato doporučení dáváme i dospívajícím, zejména pokud už v minulosti prodělali trombózu, jsou nosiči klinicky významné vrozené dispozice (deficit přirozených inhibitorů, homozygotní nosičství leidské nebo protrombinové mutace, kombinace dvou a více vloh) nebo mají kromě vrozené dispozice i rizika získaná. U mladších dětí by vždycky měla případná farmakologická prevence vycházet ze zhodnocení aktuální klinické situace a laboratorního nálezu, v nejasných případech po konzultaci s dispenzarizujícím hematologem.

Literatura

Kvasnička J. Dědičné trombofilie – Doporučení k provádění genetických testů v klinické praxi. Čas. Lék. čes. 2010;149(10):468–471

Raffini L. Screening for inherited thrombophilia in children. <http://www.uptodate.com> 2015

Monagle P, Chan AK, Goldenberg NA et al. Antithrombotic therapy in neonates and children: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis. 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012; 141:e737S–e801

Bezpečná úleva
od úporného
kašle



NAČECHREJ
SVE PLICE...



LEVOPRONT®

sirup, kapky



Periferní antitusikum

stejně účinné a lépe tolerované než
centrální antitusika¹

Bez ovlivnění respiračních funkcí
a mukociliární clearance¹

ERDOMED®

erdosteín

**Antibakteriální mukoregulátor
s antiflogistickým
a antioxidačním účinkem**

Erdomed je hrazen zdravotními pojišťovnami pouze na základě preskripce pneumologů v rámci fenotypové léčby CHOPN. Lékaři jiných odborností předepisují Erdomed v rámci schválených indikací bez úhrady zdravotními pojišťovnami. Recept je nutno označit symbolem „P“ a slovy „hradí pacient“.

Literatura: 1. Akutální SPC přípravku.

Levopront kapky, sirup S: Levodropropizinum 60 mg v 1 ml roztoku, Levodropropizinum 60 mg v 10 ml sirupu. IS: Antitusikum CH: Levodropropizin je syntetické periferní antitusikum nekodeinového typu s účinky antialergickými a anti-bronchospastickými. Nepotlačuje respirační funkce ani mukociliární clearance. I: Bronchopulmonální afekce doprovázené dráždivým suchým kašlem. Je vhodný před bronchoskopickým vyšetřením. KI: Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Nemocní s bronchiální hypersekrecí nebo sníženou mukociliární funkcí. Výrazné snížení funkce jater. ZU: Používat pouze po důkladném zvážení rizika u pacientů s těžkou insuficiencí ledvin a u dětí mladších 24 měsíců. Sirup obsahuje sacharózu, kapky alkohol. NU: Ztídká nauzeu, zvracení, pálení žáhy, průjem; mdloba, závrať, palpitace. Velmi vzácně alergické reakce. IT: Používat s opatrností při podávání benzodiazepinů. TL: Přípravek je v době těhotenství a kojení kontraindikován. D: Dospělí a děti od 12 let 1 ml (20 kapek) roztoku nebo 10 ml sirupu až 3x denně. Děti 2-12 let 1 mg levodropropizinu/kg až 3x denně B: Kapky 15 ml, sirup 120 ml. Držitel registračního rozhodnutí: Dompé Farmaceutici S.p.A., Itálie. Datum poslední revize textu SPC: 26. 2. 2015. Přípravky nejsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPQ).

ERDOMED S: Erdosteín 300 mg v 1 tvrdé tobolce, 175 mg v 5 ml suspenze, 225 mg v 1 sáčku prášku pro přípravu perorálního roztoku. I: Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbace chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiale, k adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbace s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. KI: Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy a renální insuficience těžšího stupně, homocysteinurie. Děti s tělesnou hmotností nižší než 15 kg; fenylketonurie - netýká se tobolek. ZU: Současně podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. NU: Ztídká se vyskytuje pálení žáhy, nauzea; výjimečně průjem. Ojedinelé byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. IT: Erdosteín potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxycilinu, klarithromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. TL: Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. D: Dospělí obvykle 1 tobolka nebo 1 sáček prášku pro přípravu perorálního roztoku 2x - 3x denně. Suspenze u dětí 15-20 kg 2,5 ml 2x denně, 21-30 kg 5 ml 2x denně, nad 30 kg 5 ml 3x denně B: 100 ml suspenze, tobolky 10, 20, 60 x 300 mg, sáčky 20 x 225 mg. Po naředění je suspenze použitelná 14 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2-8°C. Datum poslední revize textu SPC: 17. 3. 2015. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE. P: Erdosteín je hrazen u pacientů s prokázanou CHOPN od stadia II, která má mukopurulentní fenotyp a více jak 2 exacerbace za posledních 12 měsíců. U pacientů, u nichž nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN za 3 měsíce, má být léčba erdosteíнем přerušena. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPQ).



Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Páteřní 7, 635 00 Brno, tel.: 546 123 111, www.angelini.cz



Diferenciálnědiagnostický přístup ke krvácejícímu dítěti

MUDr. Kateřina Lejhancová, Ph.D.

Dětská klinika FN Hradec Králové

Hemostáza je dynamický proces, jehož úkolem je udržení a obnova integrity cévní stěny. V průběhu hemostázy působí ve vzájemné souhře endotel cévní stěny, trombocyty, koagulační faktory a fibrinolytický systém. Vrozená nebo získaná odchylka jakéhokoliv z těchto systémů má za následek krvácivou poruchu.

Důvodem návštěvy pediatra bývá problém s častým krvácením, snadným krvácením či krvácením prodlouženým nebo opožděným. Zvláštní kapitolu představují děti, které jsou naopak zcela bez krvácivých projevů, ale prodloužení některého ze screeningových koagulačních testů bylo zjištěno při rutinním vyšetření.

Při vyšetření dítěte přicházejícího pro krvácivé projevy je zásadní a užitečné dodržet standardní propedeutický postup a zahájit vyšetření důkladnou anamnézou. Právě ta často s velkou přesností napoví diagnózu a vede k racionální indikaci a hodnocení koagulačních testů.

■ Charakter krvácení

Typ krvácení je prvním důležitým vodítkem v diferenciální diagnostice krvácivého stavu. Opakované krvácení z jednoho místa je většinou způsobeno lokální příčinou. Příkladem jsou epistaxe, které jsou většinou pouze z jedné dírky, zastavitelné do deseti minut a dítě nemá jiné neobvyklé projevy krvácení. Druhým obdobným problémem v ordinaci mohou být děti s petechiemi v obličeji v průběhu virového infektu. Porucha v primární hemostáze je charakteristická kožním a slizničním krvácením ve formě petechií a sufuzí, případně v kombinaci s ekchymózami na sliznici dutiny ústní. U dívek může být problémem menoragie. Naopak hemartros, rozsáhlejší a plastické hematomy neodpovídající síle úrazu a krvácení do hlubokých tkání se objevují při poruše sekundární hemostázy, tj. deficitu koagulačních faktorů. Důležitá je i časová souslednost poranění a krvácení. V případě poruchy primární hemostázy se krvácení po úraze objevuje okamžitě a většinou je po nějaké době zastavitelné a již se neopakuje. Pro deficity koagulačních faktorů je typické tzv. dvoudobé krvácení, kdy se rána po ně-

kolika hodinách znovu rozkrvácí a zástava krvácení je poté již velmi obtížná. Krvácení po snesení pupečního pahýlu či špatné hojení ran se objevuje při vzácném deficitu fXIII či deficitu fibrinogenu.

■ Klinický stav dítěte

Krvácení se samozřejmě vždy musí posuzovat v kontextu celkového stavu dítěte. Do ordinace praktického lékaře se většinou dostaví dítě s krvácivými projevy v jinak zcela normálním klinickém stavu. Pacienti s kongenitálními koagulopatiemi nemají kromě opakovaného krvácení jiný problém. Petechiální, často i poměrně rozsáhlé krvácení u jinak zdravého dítěte je typické pro imunní trombocytopenickou purpuru (ITP). V předchorobí bývá virový infek. Někdy je s ITP zaměňována Henochova-Schönleinova purpura (HSP). Krvácení u HSP má charakter akutní vaskulitidy s typickou distribucí na hýždích a kolem kotníků. Doprovodnými jevy bývají horečka, bolesti břicha a bolestivé otoky kotníků.

Krvácivé projevy provázené jinými celkovými příznaky, jako je horečka, bolesti dolních končetin, únava či dokonce schvácenost a příznaky šoku, musejí vést k podezření na závažné onemocnění typu hemoblastózy či diseminované intravaskulární koagulace (DIC) při sepsi.

■ Věk v době krvácení

Obecně platí, že čím nižší je věk při prvních krvácivých projevech, tím vyšší je pravděpodobnost kongenitálního krvácivého stavu. V případě těžké hemofilie může být prvním projevem již v novorozeneckém věku významně prodloužené krvácení z paty po odběru screeningů, popřípadě nápadné symetrické kefalhematomy. Dalším obdobím, kdy je diagnostikován hemofilik, je pozdě

kojenecký a batolecí věk, kdy se objevují četné a plastické hematomy po pádech, popřípadě i hemartros. Nezřídka je hemofilik diagnostikován na základě krvácení z natržené jazykové uzdičky. U pacientů s lehkým vrozeným deficitem se může choroba demaskovat až později při sportovní aktivitě nebo operaci.

Získané koagulopatie se mohou objevit kdykoliv v průběhu dětství. Typickým věkem pro ITP a HSP je období od 2 do 8 let, ale nelze je vyloučit ani v jiném věku.

■ Předchozí anamnéza

Ptáme se na předchozí reakce dítěte na traumata a průběh případných operací včetně extrakce dentice. U dívek je důležitá informace o silné menstruaci. Negativita této anamnézy svědčí proti vrozenému hypokoagulačnímu stavu. Krvácení z důvodu snížené destičkové funkce se může objevit u dětí užívajících acetylsalicylovou kyselinu, vzácněji je popsáno u valproátu.

■ Rodinná anamnéza

Pediatr by se měl ptát na krvácivé problémy u jiných členů rodiny. Na případnou vrozenou koagulační poruchu ukazuje opakované či neobvyklé krvácení v mladším věku u přírodních příbuzných. U hemofilie A a B nemoc přeskakuje jednu, ale i více generací, kdy je nemoc přenášena ženami bez zjevných klinických příznaků. Přibližně v 30 % případů navíc hemofilie vzniká v rodině jako nová mutace.

■ Fyzikální vyšetření

Hodnotíme charakter krvácení a distribuci na těle. Zásadní je odlišení petechiálního krvácení od vaskulitické purpury, která má predilekční distribuci a je palpovatelná,



většinou spojená s edémem. Problém může činit i *erythema nodosum*, které je však většinou lokalizováno na bérkách, bez jiných krvácivých projevů a s negativní krvácivou anamnézou. Petechiální krvácení výhradně v obličeji při akutních sezónních obtížích u alergiků či v průběhu virového infektu též neznamená koagulační poruchu. Lymfadenopatie, hepatomegalie, infiltrace (otok) dásní, ikterus či nápadná bledost spolu s krvácením mohou ukazovat na systémové onemocnění typu hemoblastózy, jaterní choroby nebo hemolyticko-uremického syndromu (HUS).

■ Laboratorní vyšetření

Základními screeningovými testy při vyšetření krvácejícího dítěte jsou kompletní krevní obraz (KO), aktivovaný parciální tromboplastinový čas (APTT), protrombinový čas (PT) a trombinový čas (TT). Vyšetření primární hemostázy testem krvácivosti technikou Duke je velmi nespolehlivé a v současné době je ve většině laboratoří nahrazován *in vitro* testem funkční analýzy trombocytů (platelet function analyser; PFA-100). Všechna výše zmíněná vyšetření lze žádat v laboratoři statimově. Pro vstupní vyšetření v ordinaci PLDD je dostačující KO, APTT a PT. Pokud je z fyzikálního vyšetření a anamnézy vysoce pravděpodobná diagnóza ITP, žádáme v první fázi vyšetřování pouze KO. Koagulační testy nemají u dítěte s ITP žádný význam.

Vzorek by měl mít dostatečné množství krve ve zkumavce (tzn. po rysku). Vyšetření v laboratoři by mělo být do dvou hodin při skla-

Tabulka 1 Diferenciální diagnostika na podkladě koagulačních testů

APTT / PT	možná příčina
TROMBOCYTY V NORMĚ	
↑ APTT N PT	vWd, hemofilie A, B, deficity fXI, fXII, <i>lupus anticoagulans</i>
N APTT ↑ PT	deficit fVII
↑ APTT ↑ PT	deficit vitaminu K, kumariny (relativně delší PT), přítomnost heparinu (relativně delší APTT)
N APTT N PT	trombocytopenie, vWd, deficit fXIII
TROMBOCYTOPENIE	
↑ APTT ↑ PT	diseminovaná intravaskulární koagulopatie, jaterní selhání
N APTT N PT	trombocytopenie – nejčastěji ITP, dif. dg. hemoblastóza, dřevňový útlum

Vysvětlivky: ↑ prodloužené; N – normální; vWd – von Willebrandova choroba

dování v pokojové teplotě a do čtyř hodin, pokud je v chladu. Preanalytické chyby jsou bohužel poměrně časté a vždy musejí být vzaty v úvahu při obdržení patologického výsledku.

APTT je citlivý test pro detekci deficitů koagulačních faktorů V, VIII, IX, X, XI a XII. PT je citlivý test na odhalení deficitů faktorů závislých na vitaminu K (II, VII, IX, X). Trombinový čas je ukazatel množství a funkce fibrinogenu a je velmi citlivý na přítomnost heparinu. PFA-100 se prodlužuje při von Willebrandově nemoci a trombocytopeniích. V případě jasně pozitivní anamnézy či kliniky ani negativita všech zmíněných testů nevy-

lučuje krvácivou poruchu. Vzácné poruchy, jako např. deficit fXIII, vyžadují další specializovaná vyšetření. V tabulce 1 je uvedena základní diferenciální diagnostika na podkladě výsledků koagulačních testů.

Krvácivé obtíže jsou poměrně častým problémem, který přivádí rodiče s dítětem k pediatrovi. U velké části dětí lze koagulopatii vyloučit na podkladě dobře odebrané anamnézy a klinického vyšetření. U ostatních je namístě základní koagulační screening a poté domluva o dalším postupu s hematologem.



■ Recenze knihy „100 infekcí“ (epidemiologie pro praxi) autorů P. Pazdiora, D. Göpfertová

Zahrnuje stovku nejzávažnějších infekcí. S mnoha se můžeme během svého medicínského života setkat.

Klinické obrazy jednotlivých diagnóz jsou rozříděny na klinickou charakteristiku, laboratorní diagnostiku, výskyt, původce, zdroj, přenos, inkubační dobu, vnímavost, epidemiologická opatření.

Epidemiologická opatření jsou rozdělena na preventivní a represivní. Kniha je zvláště v současné době stěhování celých skupin

obyvatel velmi přínosná, a to nejen pro pediatry, ale i pro dospělé praktiky.

Vlastní diagnózy, uspořádané podle abecedy, jsou velmi racionálně popisovány, vycházejí z dlouholetých zkušeností autorů. Zajímavý je i seznam příloh, které pojednávají o odběrech materiálů, právních předpisech v epidemiologii, seznamu infekčních nemocí s nařízenou izolací a případně s povinným hlášením.

Kniha by měla být nepostradatelnou příručkou každého praktika.

MUDr. Jiří Liška, CSc.



Evropský antibiotický den

Mgr. Jan Šturma¹, MUDr. Otakar Nyč, Ph.D.²

¹ Národní antibiotický program, Státní zdravotní ústav Praha

² Ústav lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FN Motol, Centrální koordinační skupina Národního antibiotického programu

Bude tomu již skoro devadesát let, co Alexander Fleming popsal ve vědecké literatuře novou bicyklickou organickou kyselinu s do té doby nebývalou antibakteriální aktivitou, kterou nazval penicilin podle plísně rodu *Penicillium notatum*. I když se léčebně použitelný penicilin podařilo vyrobit až v roce 1940 a ve velkém množství produkovat od září 1942, položil Fleming svým objevem základy pro moderní léčbu infekčních nemocí. V následujících letech se penicilin stal „zázračným“ lékem, který přispěl k výraznému snížení úmrtnosti a nemocnosti celosvětové populace.

■ Antibiotická rezistence vzrostla u významných původců infekcí až o desítky procent

S rozšířením používáním penicilinu a dalších, později objevených antibiotik však došlo u mikroorganismů způsobujících infekční onemocnění ke zvyšování rezistence na antibiotickou léčbu. Vzhledem k extrémní adaptabilitě a rychlosti růstu bakteriálních populací je proces tvorby rezistence přirozený, avšak od roku 2000 jsme svědky dramatického vzestupu rezistence některých významných původců infekcí až o desítky procent. Tento nebezpečný trend se týká většiny evropských států včetně ČR, kde je situace u některých mikrobů jedna z nejhor-

ších v Evropě. Například u *Escherichia coli*, bakterie, která je mimo jiné nejčastějším původcem infekcí močových cest, vzrostla rezistence na fluorochinolony z hladiny 8 % na 20 %, čímž došlo k faktické ztrátě tohoto antibiotika pro úvodní (empirickou) léčbu, jelikož riziko selhání v důsledku rezistence je příliš vysoké. Ještě závažnější situace je u bakterie *Klebsiella pneumoniae*, u které došlo mezi lety 2005 a 2013 k nárůstu kombinované multirezistence k cefalosporinům 3. generace, fluorochinolonom a aminoglykosidům ze 17 % na téměř 40 %. Tato skutečnost je o to závažnější, že právě *K. pneumoniae* je častým původcem infekcí spojených se zdravotní péčí. Stav antibiotické rezistence u původců infekcí

spojených se zdravotní péčí je v ČR obecně dlouhodobě nepříznivý. Oproti tomu původci komunitních respiračních infekcí, jako jsou *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* nebo *Streptococcus pyogenes*, si zachovávají citlivost k většině základních antibiotik (penicilin, amoxicilin...).

■ Nadbytečné náklady spojené s nesprávným používáním antibiotik činí nejméně 1 miliardu Kč

Existuje vědecky prokázaný vztah mezi spotřebou antibiotik (resp. antimikrobiálních látek obecně) a výskytem antibiotické rezistence. Prvním faktorem jejího vzestupu je vy-

Tabulka 1 – Citlivost izolátů *Escherichia coli* k fluorochinolonom, ČR, 2001–2014

Rok	(C)	(I)	(R)	(N)	% C	% I	% R
2001	1079	0	95	1174	91,9 %	0,0 %	8,1 %
2002	1421	0	165	1586	89,6 %	0,0 %	10,4 %
2003	1531	0	233	1764	86,8 %	0,0 %	13,2 %
2004	1652	0	313	1965	84,1 %	0,0 %	15,9 %
2005	1781	0	452	2233	79,8 %	0,0 %	20,2 %
2006	1646	0	498	2144	76,8 %	0,0 %	23,2 %
2007	1825	0	581	2406	75,9 %	0,0 %	24,1 %
2008	2024	0	712	2736	74,0 %	0,0 %	26,0 %
2009	2119	0	639	2758	76,8 %	0,0 %	23,2 %
2010	1812	105	564	2481	73,0 %	4,2 %	22,7 %
2011	2011	41	630	2682	75,0 %	1,5 %	23,5 %
2012	2188	32	589	2809	77,9 %	1,1 %	21,0 %
2013	2295	45	613	2953	77,7 %	1,5 %	20,8 %
2014	2310	29	646	2985	77,4 %	1,0 %	21,6 %

(C) počet citlivých izolátů; (I) počet izolátů intermediárních; (R) počet rezistentních izolátů; (N) počet izolátů celkem

Zdroj: Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí, Antimicrobial resistance interactive database: EARS-Net

Tabulka 2 – Kombinovaná multirezistence izolátů *Klebsiella pneumoniae* k cefalosporinům 3. generace, fluorochinolonom a aminoglykosidům, ČR, 2005–2014

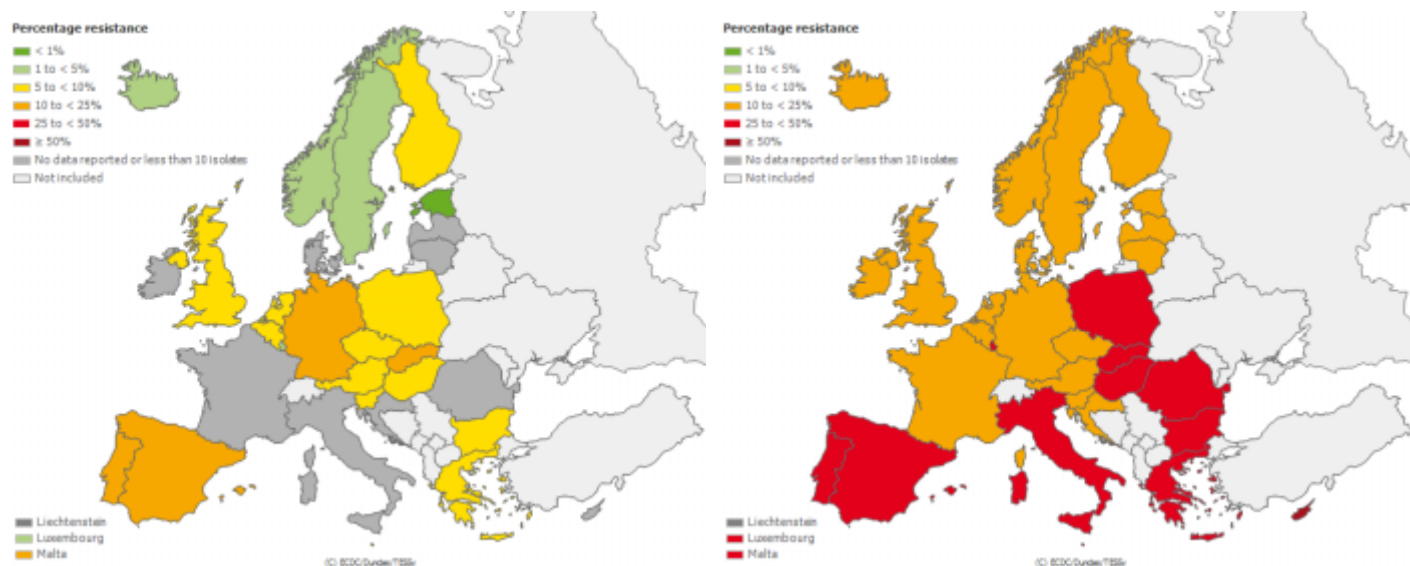
Rok	(MDR)	(N)	% MDR
2005	81	477	17,0 %
2006	232	1129	20,5 %
2007	361	1230	29,3 %
2008	471	1484	31,7 %
2009	492	1394	35,3 %
2010	447	1244	35,9 %
2011	462	1283	36,0 %
2012	585	1399	41,8 %
2013	494	1291	38,3 %
2014	534	1382	38,6 %

(MDR) počet multirezistentních izolátů; (N) počet izolátů celkem

Zdroj: Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí, Antimicrobial resistance interactive database: EARS-Net



Obrázek 1

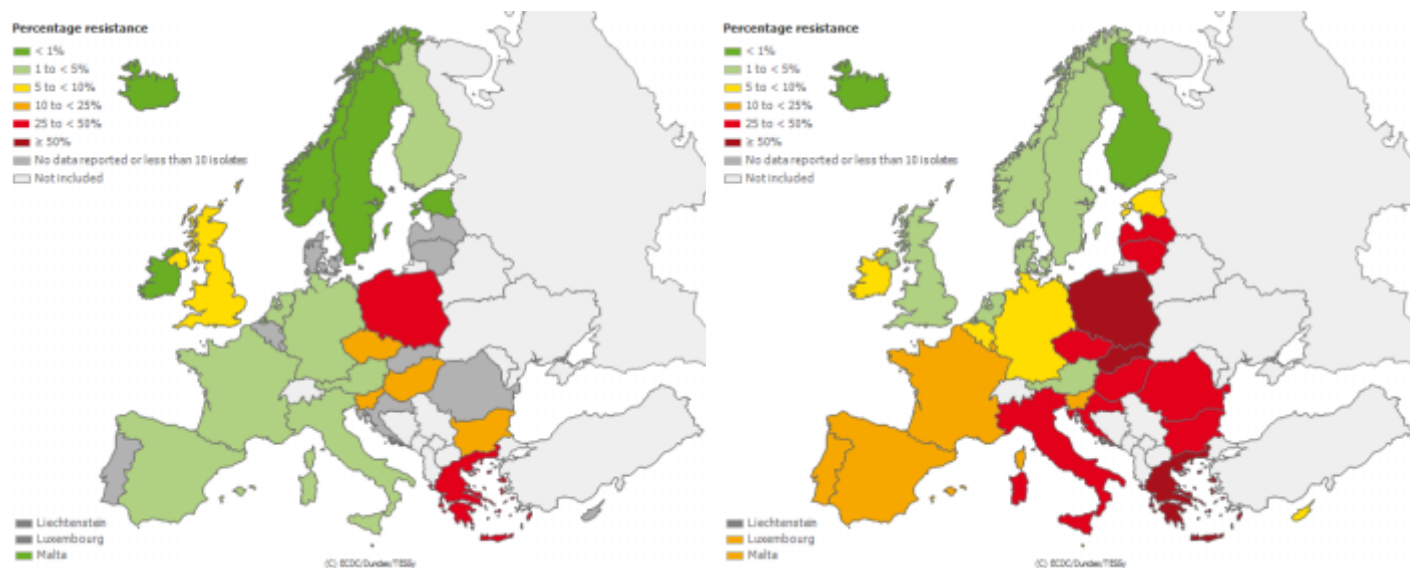
***Escherichia coli*, podíl (%) kmenů s rezistencí k fluorochinolonům, státy EU/EEA, rok 2001 a 2013**

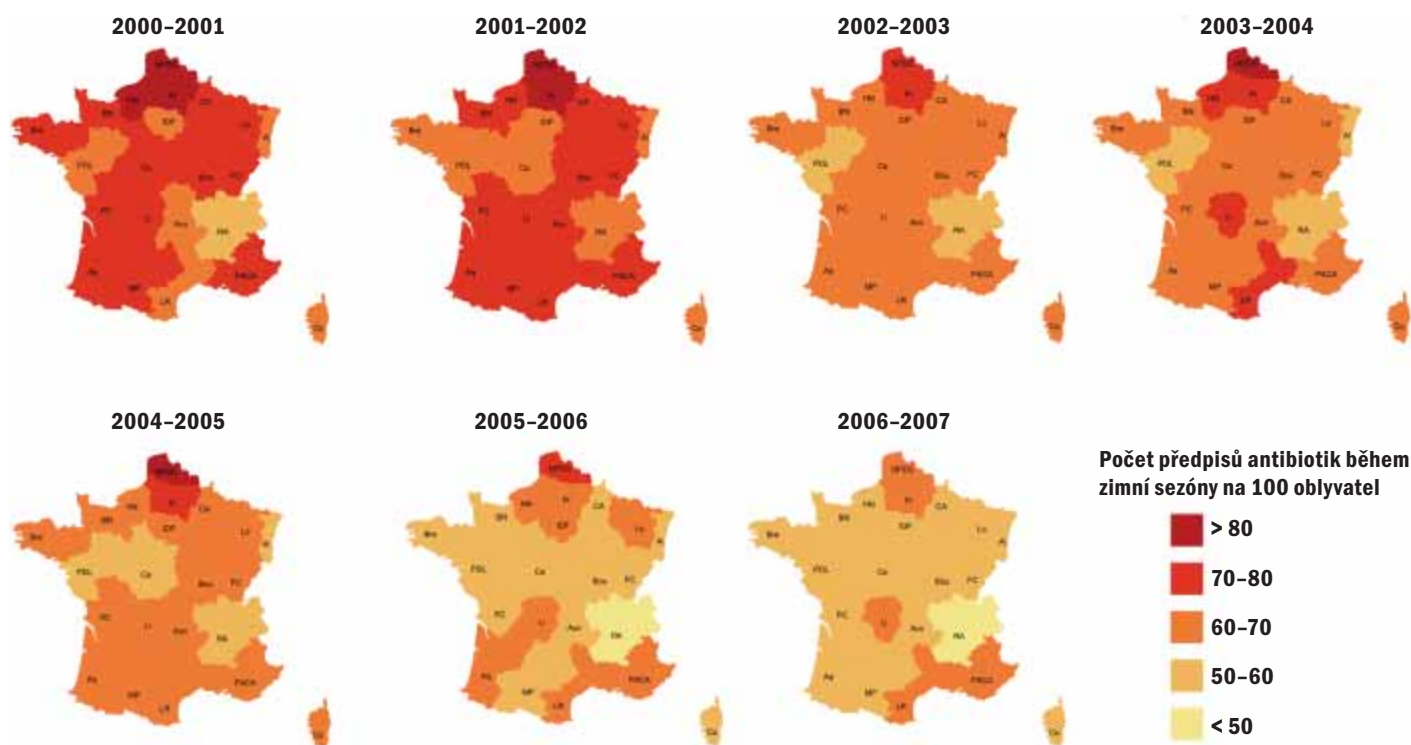
soká expozice populace antibiotikům, často spojená s jejich nadužíváním či nesprávným používáním. Ze studií zaměřených na hodnocení kvality předepisování antibiotik, které byly v ČR provedeny v uplynulých patnácti letech, vyplývá, že nadbytečné náklady pro systém veřejného zdravotního pojištění představují nejméně 1 miliardu Kč ročně. Druhým faktorem je pak kontaktní šíření rezistentních mikroorganismů v populaci

nebo v prostředí nemocnic jejich přenosem mezi hospitalizovanými pacienty. K tomuto šíření dochází zejména kvůli selhání v oblasti prevence a kontroly infekcí. Infekce vyvolané rezistentními bakteriemi mohou vyžadovat intenzivnější zdravotní péči a také použití alternativních a dražších antibiotik, která mohou mít i závažnější vedlejší účinky. Léčba infekcí vyvolaných rezistentními bakteriemi může rovněž vyžadovat podávání in-

travenózních antibiotik v nemocnici namísto perorálních antibiotik, která mohou pacienti užívat doma. Naléhavost problému podtrhuje i počet úmrtí, která souvisejí s infekcemi způsobenými rezistentními bakteriemi. Jen v EU zemře na tyto infekce 25 000 lidí ročně, což je množství srovnatelné s počtem úmrtí v důsledku dopravních nehod.

Obrázek 2

***Klebsiella pneumoniae*, podíl (%) kmenů s kombinovanou multirezistencí k cefalosporinům 3. generace, fluorochinolonům a aminoglykosidům, státy EU/EEA, rok 2005 a 2013**



Obrázek 3 – Počet předpisů antibiotik během zimní sezóny podle jednotlivých francouzských regionů v období říjen 2000 až březen 2007
Zdroj: PLoS Medicine, vol. 6, issue 6, červen 2009¹

■ Ustanovení Národního antibiotického programu a pořádání informačních kampaní

V návaznosti na výstupy hlavní priority českého předsednictví v Radě EU v oblasti ochrany veřejného zdraví přijala vláda ČR usnesení č. 595 ze dne 4. května 2009 o ustanovení Národního antibiotického programu, které uložilo ministru zdravotnictví zajistit ve spolupráci s ministrem zemědělství realizaci tohoto programu. Prvořadým cílem bylo a je zajištění dlouhodobě dostupné, účinné, bezpečné a nákladově efektivní antibiotické léčby pacientů s infekčními onemocněními. Aktuálně se sice mluví o perspektivách léčby bakteriálních onemocnění s pomocí biotechnologií (například s pomocí tzv. bakteriofágů), nicméně to je „hudba budoucnosti“. Nyní jde především o zachování účinnosti stávajících antibiotik pro současné pacienty, kteří je potřebují dnes.

Hlavními činnostmi, které Národní antibiotický program zajišťuje, jsou: (i) formulace zásad národní antibiotické politiky (při léčebném i profylaktickém používání antibiotik); (ii) sledování a analýza antibiotické rezistence; (iii) sledování a analýza strukturované spotřeby a používání antibiotik;

(iv) realizace opatření zaměřených na trvalé zlepšování kvality používání antibiotik v humaní i veterinární medicíně; (v) realizace opatření zaměřených na prevenci a kontrolu infekcí v běžné populaci a nemocnicích; (vi) vzdělávání a informování odborné i laické veřejnosti; (vii) podpora vědy a výzkumu; (viii) koordinace mezinárodní spolupráce ČR (zejména s Evropským centrem pro prevenci a kontrolu nemocí a Světovou zdravotnickou organizací). Mezi činnostmi zaměřené na vzdělávání a informování veřejnosti patří zejména organizace Evropského antibiotického dne (anglicky „European Antibiotic Awareness Day“), který se každoročně koná 18. listopadu.

■ Význam pořádání informačních kampaní typu Evropský antibiotický den

Ve Francii a v Belgii byly od roku 2001 pravidelně během chřipkové sezóny organizovány celostátní informační kampaně zaměřené na vysvětlování pacientům a lékařům, proč je důležité používat antibiotika uvážlivě. Tyto kampaně byly velice úspěšné a vedly k výraznému snížení nadužívání antibiotik (viz obrázek 3). Celkové náklady francouzské kampaně činily cca 400 000 eur, nicméně

každé jedno investované euro ušetřilo 12 eur na výdajích spojených s nadužíváním antibiotik a komplikacemi při léčbě infekcí způsobených (multi)rezistentními mikroorganismy.

Tyto kladné zkušenosti z některých členských států EU jsou základem pro Evropský antibiotický den, což je kampaň za omezení užívání antibiotik v situacích, kdy to není nezbytné, například u virových infekcí, jako jsou běžná nachlazení a chřipka. Hlavním cílem uváděné iniciativy je opakovaně upozorňovat na rizika zbytečného a nevhodného používání antibiotik a současně podpořit otevřenou spolupráci pacienta s lékařem právě v této oblasti.

■ Zaměření letošního Evropského antibiotického dne a význam zapojení lékařů předepisujících antibiotika v primární péči

V letošním roce se Evropský antibiotický den zaměřuje na práci s lékaři předepisujícími antibiotika v primární péči, v rámci které je předepisováno 80 % až 90 % všech antibiotik, a to zejména pro infekce dýchacího ústrojí.² Snahou je podpořit vhodné používání antibiotik a informovat pacienty



o rizicích samoléčby. Na rozdíl od některých států EU, ve kterých existuje problém výdeje antibiotik bez lékařského předpisu, je v ČR hlavní snahou snížit užívání antibiotik, která pacientům zbyla po předchozí terapii nebo která si obstarali od svých známých.

Ze závěrů nedávného celoevropského průzkumu (Eurobarometer č. 407; publikovaný v listopadu 2013)³ vyplývá, že většina Evropanů (84 %) si je vědoma skutečnosti, že neopodstatněné používání antibiotik způsobuje ztrátu jejich účinnosti. Avšak téměř polovina z nich (49 %) neví, že antibiotika jsou neúčinná proti nachlazení a chřipce. Navzdory skutečnosti, že antibiotika nemohou pomoci vyléčit chřipku, téměř jedna pětina (18 %) respondentů uvedla, že právě chřipka byla důvodem, proč antibiotika naposledy užívali. Ze závěrů zmíněného průzkumu také vyplývá, že mediální kampaně a další informační aktivity pomáhají bořit některé z uvedených mýtů a zvyšují povědomí laické i odborné veřejnosti o hrozbě vzrůstající antibiotické rezistence.

Studie ukazují, že spokojenost pacienta v zařízení primární péče závisí více na efektivní komunikaci než na tom, zda dostane předpis na antibiotika,⁴ a že předepisování antibiotik na infekce horních cest dýchacích nesnižuje počet následných návštěv v ordinaci.⁵ Odborné rady lékaře ovlivňují vnímání pacientů a jejich postoj k vlastní nemoci. Lékař může podstatně přispět k tomu, aby pacient pochopil, kdy jsou antibiotika nutná a kdy jsou naopak nevhodná, zejména dostane-li se pacientům (či jejich rodičům) rady, co mohou očekávat v dalším průběhu nemoci, včetně realistického času potřebného pro uzdravení. Jiné studie poukazují na to, že předepisující lékaři v primární péči si nemusejí vymezovat více času na návštěvy, během nichž nabízejí alternativy k přede-

pisování antibiotik. Lze to zvládnout za průměrně stejnou dobu návštěvy, a přesto je zachována vysoká míra spokojenosti pacienta.⁶ V této souvislosti je nutné podotknout, že spolupráce s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP je na tomto poli příkladná.

■ Kde nalézt další informační materiály?

Státní zdravotní ústav připravil ve spolupráci s Evropským centrem pro prevenci a kontrolu nemocí řadu informačních materiálů, které mohou pomoci při vzdělávání pacientů o vhodném užívání antibiotik. Většinu z nich je možné umístit v ordinacích praktických lékařů, čekárnách nemocnic a v lékárnách a zvyšovat tak povědomí pacientů. Jedním z nich je i schéma rozhovoru lékaře s pacientem,⁷ které může lékařům pomoci odolat tlakům pacienta, aby mu antibiotika předepsal i v případech, kdy pro něj nejsou vhodné. Zmíněné materiály lze nalézt na stránkách Evropského centra pro prevenci a kontrolu nemocí⁸ nebo na stránkách Státního zdravotního ústavu.⁹

Aktuální stav rezistence bakterií na antibiotika je možné nalézt v interaktivní databázi Evropské sítě pro sledování antibiotické rezistence (EARS-Net), viz http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/database/Pages/database.aspx.

Aktuální stav spotřeby antibiotik je možné nalézt v interaktivní databázi Evropské sítě pro sledování spotřeby antibiotik (ESAC-Net), viz http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/esac-net-database/Pages/database.aspx.

- 1 Blíže viz <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00700534/document>
- 2 Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M; ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 2005;365(9459):579–587
- 3 Viz http://ec.europa.eu/health/antimicrobial_resistance/docs/ebs_407_en.pdf
- 4 Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ*. 1998;317(7159):637–642
- 5 Kallestrup P, Bro F. Parents' beliefs and expectations when presenting with a febrile child at an out-of-hours general practice clinic. *Br J Gen Pract*. 2003;53(486):43–44
- 6 Li J, De A, Ketchum K, Fagnan LJ, Haxby DG, Thomas A. Antimicrobial prescribing for upper respiratory infections and its effect on return visits. *Fam Med*. 2009;41(3):182–187
- 7 Cals JWL, Scheppers NAM, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ, Goettsch H, Butler CC. Evidence based management of acute bronchitis: sustained competence of enhanced communication skills acquisition in general practice. *Patient Educ Couns*. 2007;68(3):270–278
- 8 Welschen I, Kuyvenhoven MM, Hoes AW, Verheij TJM. Effectiveness of a multiple intervention to reduce antibiotic prescribing for respiratory tract symptoms in primary care: randomised controlled trial. *BMJ*. 2004;329(7463):431–433
- 9 Viz http://ecdc.europa.eu/cs/eaad/Documents/Primary%20care%20-%20Patient%20dialogues_CZE.pdf
- 10 Viz <http://ecdc.europa.eu/cs/eaad/antibiotics-info-prescribers/material-primary-care-prescribers/Pages/material-primary-care-prescribers.aspx>
- 11 Viz <http://www.szu.cz/akce-1/evropsky-antibioticky-den-2009-materialy-ke-stazeni>

EVROPSKÝ ANTIBIOTICKÝ DEN



EVROPSKÁ INICIATIVA
V OBLASTI ZDRAVÍ





Jak komunikovat očkování s rodiči v době internetu

Doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D.

Centra očkování a cestovní medicíny Avenier

Veřejný prostor je v současnosti zahlcený dezinformacemi, různými mýty, polopravdami i odbornými nesmysly. Asi nejvíce je tímto fenoménem zasažena oblast očkování. Výsledkem je, že někteří rodiče malých dětí jsou znejistěni internetovými pomluvami a i přes jiný názor svého dětského praktického lékaře vakcinaci dítěte neopodstatněně odkládají či dočasně odmítají. Není divu, že taková situace je pro ošetřující pediatry velmi náročná, zejména na komunikaci s rodiči dítěte. O tom, jak při ní správně postupovat, hovořil na XI. hradeckých vakcinologických dnech, které se konaly počátkem října v kongresovém centru Aldis, doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D., FRCPS, z Center očkování a cestovní medicíny Avenier.

Přestože se podle mediálních vyjádření zdá, že odpůrců očkování v ČR přibývá, situace u nás není zdaleka tak dramatická. Mnohem silnější a hlasitější antivakcinační kampaně probíhají např. na Slovensku nebo v Slovinsku. I tak mediální vystoupení některých odpíračů očkování může vyvolávat zdání, že zájem o vakcinace v jejich důsledku klesá. Podle dat SÚKL je sice v posledních pěti letech patrný trend poklesu nepovinného hrazeného očkování proti pneumokokovým infekcím, u povinné vakcinace, např. hexavakcínou, se u nás však proočkovanost zásadně nemění.

V některých regionech, jako jsou např. Sýrie, Blízký východ, subsaharská Afrika, Ukrajina, což jsou oblasti, odkud do Evropy přicházejí imigranti, je ovšem situace v proočkovanosti proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli mnohem horší. Proočkovanost spalničkové vakcíny je, kromě výše uvedených regionů, nižší i v některých zemích Evropské unie (Rakousko, Itálie, balkánské země).

A jak hodnotí zájem o očkování sami lékaři? V průřezovém šetření provedeném mezi 135 náhodně vybranými praktickými lékaři pro děti a dorost ze všech regionů v ČR uvedlo cca 40 % z nich, že za poslední týden nezaregistrovali ve své ordinaci žádného odpůrce očkování, a zhruba polovina konstatovala, že se za posledních 7 dní setkala jen s jedním až dvěma odmítači očkování. Ojedinele se objevil i vyšší počet odpůrců vakcinace, nejvíce to bylo v jedné ordinaci v západních Čechách, kde očkování v posledním týdnu odmítalo 10 z 30 rodičů, tedy cca 30 %. „Tento lékař však trochu paradoxně uvedl, že tuto situaci nepovažuje za problematickou,

protože s rodiči dokáže o jejich námitkách dobře komunikovat. Respondenti průzkumu také dostali otázku, zda rodiče zpochybňují význam pravidelného očkování. Ze 135 lékařů 7 % odpovědělo, že se s pochybnostmi setkává často, na druhou stranu u 6 % dotázaných rodiče proti pravidelnému očkování nic nenamítají, občasné pochybnosti rodičů pak připouští 87 % lékařů. Z výsledků tohoto průzkumu vyplývá, že situace v praxi není až tak zlá, jak je subjektivně vnímáno,“ popiše R. Maďar.

■ Klidný a chápatelý přístup je klíčový

Pokud se již lékař s odpůrci očkování setká, je pro něj důležité, aby dobře znal mýty a dezinformace, které mezi lidmi kolují, a měl připravené stručné a laickým srozumitelné protiargumenty, nejlépe inspirované vlastním příkladem z rodiny či z praxe. „Důležité je zachovat klidný a chápatelý přístup směrem k rodičům. Situaci pomáhá uklidnit, když je pochválíte za zájem o zdraví jejich dítěte a pochvalu doplníte například slovy: Kdybych já četl, to co vy, měl bych na to asi stejný názor, z vlastní zkušenosti ale vím, že...,“ radí R. Maďar, jak zklidnit vášně některých rodičů.

Zajímavá je odpověď na otázku, proč vlastně někteří lidé odmítají doporučení, které jim dávají lékařské autority, odborné společnosti či státní orgány. „Podle psychiatrů je jedním z vysvětlení fakt, že dnešní svět je příliš komplikovaný, a proto část populace s nižším IQ věří konspiračním teoriím, které pro ně představují určitou jistotu, že zlé věci

se nedějí náhodně, nýbrž se jedná o nějaké spiknutí, v tomto případě farmaceutických společností, anebo se jedná o následek korupce atd. Mezi odpůrci očkování jsou ovšem i vysokoškolsky vzdělaní lidé. Problém je, že úroveň našich škol je různá a ne všechny naučí své absolventy kriticky posuzovat zdroje informací. V některých filosofických či sociálních oborech je také možné se setkat s tím, že se připouští správnost dvou protichůdných teorií. Odmítači pak mají tendenci uplatňovat tento přístup i v oblasti medicíny, zde to ovšem neplatí,“ vysvětluje R. Maďar. V době informačních technologií celou situaci ještě komplikuje záplava informací různé kvality, ve kterých je pro laika velmi obtížné se orientovat. Hektická doba pak přináší nedostatek času a tím i nemožnost provádět potřebnou selekci a dohledávat primární zdroje informací. „Dalším známým jevem je, že uživatel má tendenci vyhýbat se informacím, se kterými nesouhlasí, a vybírá si jen to, co vyhovuje jeho pohledu na svět. Pomocí nových technologií lidé nejraději komunikují tak, aby si upevnili názory, které již mají, místo toho, aby se kriticky zamýšleli nad jejich správností a pravdivostí,“ upozorňuje R. Maďar na psychologické pozadí celé problematiky. Internet je podle něj fenomén, který navíc umožňuje lidem uniknout z reálného světa a vyhýbat se konfrontacím s argumenty měnícími jejich pohled na svět. Výsledkem takového chování je ztráta kritické schopnosti poznávat, vyjednávat, argumentovat a přijímat změny. „Svět je ale v dnešní době plný změn, takže se lidé musejí naučit na ně reagovat. To platí i pro nás, očkovací lékaře. Musíme si zvyknout na to, že rodiče se na nás budou obracet s dotazy,



a budou se ptát na věci, kterým nerozumějí nebo o nich pochybují, a my na to musíme být připraveni," říká R. Maďar.

■ Praktické rady do ordinace

Jak lze tedy prakticky ovlivnit názory rodičů? Podle doc. Maďara je velmi dobré uvedení osobních příkladů nebo kazuistik pacientů, kteří onemocněli nemocí, proti níž se dá očkovat. Příběh a osud konkrétního nemocného pak dokáže ovlivnit názor rodičů často více než různé obecné statistiky. V zahraničí je běžné, že se na podporu očkování zakládají neziskové organizace. Několik jich vzniklo již i v ČR, lékaři mohou rodičům doporučit např. webové stránky Koalice pro podporu očkování (www.podporaockovani.cz), www.babyonline.cz či www.antimeningokok.cz. Lékaři by si také podle doc. Maďara měli uvědomit, že dotazující rodič není většinou odpíračem očkování. Zájem obou stran je společný, a tím je zdraví dítěte. „Lékař by se proto měl snažit vyhnout se konfrontacím,

protože emočně vyhocená situace bývá kontraproduktivní a může nakonec dítě ohrožit. Je dobré pamatovat na to, že drtivá většina rodičů s očkováním svých dětí souhlasí, určitá část z nich ovšem až po osobní diskusi s lékařem. Ta by měla být nejen odborně správná, ale i pozitivně laděná a srozumitelná. Přitom nemusí být časově zatěžující," radí R. Maďar a dodává, že by lékaři neměli bez medicínské indikace dobrovolně ustupovat „posunovačům" a „rozkladačům" očkování. To s sebou totiž nese pozdější nástup ochrany v rizikovém věku a zbytečně vysoký počet vpichů i očkovacích dnů.

Samotných odpůrců vakcinace je jen několik málo procent. Nemálo je však kvůli nim váhajících rodičů. Právě oni si zaslouží objektivní informace, aby svým nesprávným a nekvalifikovaným rozhodnutím své dítě neohrozili. Proto je jim podle R. Maďara dobré připomenout, že riziko nákazy hrozí v každém kolektivu, že infekční osoby vy-
lučují virus již v době, než se u nich objeví

první příznaky, a že bacilonosiči jsou i mezi očkovánými, tudíž je pro ně velmi obtížné dítě před rizikem nákazy trvale ochránit. Rodiče by také měli vědět, že v rámci jedné nemoci jsou někdy možné nejen lehké, ale i fatální případy. V souvislosti s obavou před hliníkovými sloučeninami je důležité připomenout, že toxická dávka závisí na množství látky, její chemické vazbě, způsobu aplikace, délce působení a dalších faktorech. „Pokud bychom přijali argumentaci odpůrců očkování, tak bychom podle stejné filosofie nemohli pít ani kohoutkovou vodu, protože obsahuje chlor, který je mimo jiné součástí i chemických zbraní," připomíná R. Maďar s tím, že antiočkovací hnutí a odpůrci vakcinace existují tak dlouho jako očkování samotné a i když všechny rodiče lékaři přesvědčit nedokážou, měli by pro to vždy udělat maximum.

PROVAKCIN PLUS®

OČKOVÁNÍ
S USMĚVEM

ČESKÝ
PATENT

PROVAKCIN PLUS®

zvýhodní lékařské účely
INJICÍ PŘÍPADNÉ
ŽÁDOUCÍ REAKCE
PO OČKOVÁNÍ

PROVAKCIN PLUS®

APOTEX 100 ml

100 ml

Zmírnění případných
nežádoucích reakcí po očkování.

Vhodné od 3. měsíce.

Potravina pro zvláštní lékařské účely.

www.provakcin.cz | www.vesele-dite.cz



Ze světa odborné literatury...

■ Krevní tlak u dětí a adolescentů s normální hmotností, ale větším obvodem pasu

Vyšetřeno 38 000 čínských studentů z oblasti velkých měst, stejný počet chlapců a dívek. Věk sledovaných se pohyboval mezi 7 a 17 lety. Měřena hmotnost, výška, obvod pasu a TK. Hmotnost byla poměřována k body mass indexu, centrální obezita byla definována nad 90. percentil obvodu pasu. Relativně vyšší tlak byl definován nad 95. percentil pro věk a pohlaví. Centrální obezitu mělo 5 % chlapců a 8 % děvčat. Tlakové skóre v oblasti systolického i diastolického tlaku bylo v obou skupinách signifikantně vyšší než u adolescentů s normální hmotností, výškou i obvodem pasu. Obvod pasu se jeví jako velmi důležitý prediktor tlaku a rizika kardiovaskulárního onemocnění. V pracích ale také uvádějí, že tyto děti mají také signifikantně zvýšené hladiny LDL lipoproteinů, triglyceridů a inzulinu a nízké hodnoty HDL cholesterolu. Měření obvodu pasu se jeví jako již v předchozích překládaných pracích jako užitečnější než BMI.

Eur J Pediatr. 2014;173:285–289

■ Respirační infekce adenovirem v Hong Kongu – rizikový faktor pro postižení dolních cest dýchacích

Postižení dolního respiračního traktu adenovirem může mít až obraz chronického respiračního selhání. Bylo nalezeno více než 50 sérotypů, vazba na různé klinické obrazy přímo nenalezena. Jsou zde shromážděna klinická a epidemiologická data 287 dětí mladších 5 let. Ty byly sledovány v letech 2001–2004. Společnými symptomy byla v 97 % teplota, kašel a rinitida pak v 74 %. Extrapulmonální manifestace patrná v 37 %. V klinickém obrazu bakteriální infekce dominovaly vysoké teploty a posun krevního obrazu doleva. 14 % pacientů mělo obraz postižení dolní části respiračního traktu, pneumonii nebo akutní bronchiolitidu. Žádné dítě nemělo obraz akutního respiračního selhání. Děti ve věku mezi 1–2 lety byly rizikové pro onemocnění adenovirem a postižení dolního respiračního traktu. Sérotypy 1–7 byly identifikovány v 97 % v nazofaryngeálním vzorku. Většina akutních bronchiolitid byla asociována s typem 2. Autoři také srovnávali neonatální období a náchylnost k těmto infekcím adenoviry. Nalezli prematuritu ve 28 % a ventilaci v neonatální periodě ve 14 %. Přítomnost extrapulmonálních symptomů pak

nalezena ve 23 %. Střední doba hospitalizace se pohybovala kolem 5 dnů!

Eur J Pediatr. 2014;173:291–301

■ Efekt estradiolu na nálady a chování dívčích adolescentek

Změny nálad a zdraví ohrožující rizikové chování graduji zvláště v adolescenci. Puberta značně přispívá k těmto událostem. Ale vliv pubertálních hormonálních změn na tyto jevy je evidentně nejasný. Účelem práce bylo zjistit, co je známo o efektu endogenního estradiolu na nálady a riziková jednání u dospívajících děvčat. Bylo zahrnuto celkem sedm databázových systémů od Medlinu přes Web of Science po Scopus do října 2014. Byla zahrnuta i současná hladina hormonů. Celkem 14 studií se shodlo na kritériích. Nalezena konzistence v nálezech pro nálady a hladiny estradiolu, asociace mezi estradiolem a depresí a následným emocionálním napětím a rizikovým jednáním. V dalším sledování byly výsledky méně konzistentní. Metodika používaná ve starších studiích postrádala včasnou detekci hormonálních hladin. Prevalence deprese je u děvčat dvakrát vyšší než u chlapců. Estradiol může indukovat tvorbu nových synapsí. Bylo hodnoceno 9500 vzorků. Nápadná byla pozitivní korelace mezi estradiolem a afektivní variabilitou. Nebyla zjištěna vazba mezi estradiolem a agresivitou, ta je literárně připisována spíše testosteronu. U estradiolu se ukazuje, že nejdůležitější byla rychlost vzestupu estradiolu v počátečních fázích puberty.

Eur J Pediatr. 2015;174:289–298

■ Rekombinantní rozpustný lidský trombomodulin v léčbě diseminované intravaskulární koagulace

Rekombinantní lidský trombomodulin (TM-alfa) se jeví jako úspěšný v léčbě DIC. Je dostupný v klinickém užití v Japonsku od roku 2008. Efekt a bezpečnost byly analyzovány u 60 pacientů – novorozenců s DIC. Gestační věk těchto pacientů se pohyboval kolem 30. týdne a porodní hmotnost kolem 1000 g. Číslo přežití 28 dnů po posledním podání se pohybovalo kolem 76 %. Závěry hemostatického testu prozrazovaly pokles hladiny fibrinolytických produktů a zvýšení počtu destiček a antitrombinové aktivity. Incidence vedlejších reakcí se pohybovala kolem 6,7 %. Intrakraniální hemoragie byla patrná jen u tří

pacientů. Kontrolovali také protein C, který je fyziologicky nižší u novorozenců než u starších dětí. Proto je zde užívání čerstvé mražené plazmy jako zdroje proteinu C zřejmě také potřebné.

Eur J Pediatr. 2014;173:303–311

■ Nazofaryngeální nosičství *Streptococcus pneumoniae* u zdravých tureckých dětí po širokém podávání konjugované pneumokokové vakcíny (PCV7) v národním vakcinačním schématu

Účelem této studie bylo určit sérotypovou distribuci a vyšetřit antimikrobiální rezistenci *Streptococcus pneumoniae* v době širokého používání uvedené vakcíny. Studie byla provedena na 1000 zdravých dětí pod 18 let věku v roce 2011. Také byla detekována citlivost k PNC a ceftriaxonu. Nazofaryngeální nosičství bylo nalezeno ve 22 %. 73 % vzorků bylo rezistentních k PNC (!) a 47 % k ceftriaxonu. Sérotypy byly 19F, 6A, 23F a 6B. Antimikrobiální rezistence pneumokoků se signifikantně zvýšila! Po zavedení očkování bylo zachyceno více non-PCV7 sérotypů.

Eur J Pediatr. 2014;173:313–320

■ Srovnání pacientů s Kawasakiho nemocí s retrofaryngeálním edémem a pacientů s retrofaryngeálním abscesem

Kawasakiho nemoc s retrofaryngeálním edémem (KD) je řídkou komplikací diagnostikovanou až na CT. Většina zpráv měla zpožděnou diagnózu, protože pacientův obraz byl diagnostikován jako retrofaryngeální absces (RPA). Účelem této studie bylo tyto dvě věci odlišit. Prošli děti hospitalizované v oblasti Tokia v letech 2005 až 2011. 39 pacientů, kteří měli nálezy edému na CT, se rozdělilo do dvou skupin. Skupina A s KD – 21 dětí a skupina B bez KD – 18 dětí. Pacienti skupiny B byli ohodnoceni jako RPA a byli léčeni antibiotiky. Větší část pacientů skupiny B si stěžovala na dysfagii a bolesti v šíji. CT šíje odhalovalo kruhovitě zvětšení a nahromaděnou masu ve skupině B. Je vidět, že jen pečlivé pozorování a analýzy přispějí k diferenciální dg.

Eur J Pediatr. 2014;173:381–386

Ve spolupráci s firmou Pfizer
připravil MUDr. J. Liška, CSC.



Aktuality...

Chystá se vzkříšení jeslí. Podle ministryně mají matky právo na brzký návrat do práce

Před sametovou revolucí chodilo do jeslí každé páté dítě. Dnes už takových zařízení zbylo po celém Česku jen desítky. Ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová chce nyní jesle výrazněji oživit, aby se matky mohly vracet dříve do práce.

„Zájem je velký, skoro každý den odpovídáme na dotazy. Jesle zde byly po roce 1989 z ideologických důvodů hromadně rušeny, ale jsou zjevně potřeba. V počtu těchto zařízení jsme na chvostu celé Evropské unie,“ říká ministryně.

V délce mateřské a rodičovské dovolené naproti tomu Česko obsazuje přední příčky. Novodobé jesle ale budou mít podstatně komornější rozměry než ty socialistické. Jedna pečovatelka se bude starat maximálně o čtyři děti ve věku od šesti měsíců do tří let. Obce a neziskové organizace se už na přelomu příštího ledna a února budou moct přihlásit o evropské peníze, za které by takzvané mikrojesle zřizovaly.

„Momentálně je na projekt vyčleněno 180 miliónů korun. Částka bude upřesněna na základě poptávky obcí a neziskových organizací,“ uvedl mluvčí ministerstva Petr Habáň.

Samosprávy zatím řeší spíš místa ve školkách a školách, kterých je nedostatek hlavně v Praze, středních Čechách a na jižní Moravě.

„Jsme velice rozvojová část a dětí máme spoustu. Momentálně usilujeme o školu, kterou nemáme. Stavíme novou školku. I mikrojesle by nás zajímaly, ale musíme vidět, jak ten návrh bude konkrétně vypadat,“ popisuje starostka pražských Kunratic Marta Koropečká. I v další pražské čtvrti, Zličíně, by uvítali spíš peníze na dostavbu „základky“, jejíž kapacity přestávají stačit. O mikrojesle zájem nemají.

„Upřímně si myslím, že žena, která není minimálně dva roky s dítětem doma, nemůže být tak pečlivou mámou,“ říká zličínská starostka Lenka Alinčová.

Podle ministryně Marksově by matky měly mít právo se do práce vracet dřív. Mimo jiné i proto, aby se svým oborem neztratily kontakt. Mikrojesle nejsou prvním opatřením, které by v tomto ohledu mělo ženám pomoci. Ministryně mimo jiné prosazuje, aby místo rodičů mohly o děti pečovat například babičky nebo aby si rodiny mohly vyčerpat rodičovský příspěvek už do jednoho roku dítěte namísto dvou. Ministerstvo také včera představilo návrh, podle něhož by firmy odváděly menší sociální odvody, pokud by zaměstnaly matku po mateřské dovolené. V novele zákoníku práce chce ministryně také zpřesnit podmínky práce z domova. Právě home office mladé matky často využívají, když se snaží skloubit péči o potomka s návratem do zaměstnání. To je i případ Ivany Samcové, která pracuje z domova jako obchodní manažerka a u toho se stará o tříměsíční dceru. Kvůli pracovním schůzkám občas musí shánět hlídání. Až dcera trochu povyroste, matka by mikrojesle uvítala.

„Nedovedu si představit, že bych malou dávala do jeslí na celý den. Ale třeba na tři hodiny by tato možnost byla zajímavá,“ říká.

Podle břevlavskeho starosty Pavla Dominika by se mikrojesle líbily nejen matkám, ale i místním firmám, jimž chybějí zaměstnanci.

„Vím, že mnohé maminky mají problém, protože školka vezme děti až od tří let. Menší děti není kam dát,“ popisuje Dominik s tím, že

také v Břeclavi je problém sehnat místo ve školce i pro starší děti, a matky proto zůstávají déle doma. 180 mil. korun zatím ministerstvo práce vyčlenilo na zřizování mikrojeslí. Peníze poputují z Evropského sociálního fondu.

PODPORA RODIN

Pečovatelská dovolená

Lidé, kteří pečují o nemocného nebo bezmocného člena rodiny, by mohli mít nárok na dovolenou v délce od tří do šesti měsíců. Dostávali by 60 procent z vyměřovacího základu příjmu.

Otcovská poporodní péče

V prvních několika dnech po porodu by otcové mohli zůstat s partnerkou a dítětem doma. Dostávali by 70 procent z vyměřovacího základu příjmu. Ministerstvo nyní kalkuluje, jestli by volno mělo trvat pět, nebo sedm dní.

Rychlejší čerpání rodičovské

Lidé s vyššími příjmy by mohli mít kratší rodičovskou dovolenou. Příspěvek v celkové výši 220 tisíc by si vyčerpali už během půl roku.

Mikrojesle

Obce nebo neziskové organizace by mohly čerpat evropské peníze na zřízení mikrojeslí, v nichž by se jedna pečovatelka starala maximálně o čtyři děti ve věku od šesti měsíců do tří let.

Zdroj: www.mpsv.cz/cs/22670, Hospodářské noviny, 27. 10. 2015

Bezpečné ordinace dostanou „štempl“ kvality. Drahé a zbytečné, miní komora

Vedení resortu zdravotnictví plánuje zásadní změnu: chce, aby měly „štempl“ kvality i samostatné lékařské ambulance. Doposud si drahé certifikáty platily hlavně nemocnice. Podle ministerstva je ale čas na změnu – do ambulančí se totiž přesouvá řada specializovaných zákroků, dělá se v nich třeba jednodenní chirurgie. Aby ambulance na certifikáty nalákalo, slibuje ministerstvo akreditovaným zařízením lepší platby od pojišťoven. Lékařům se ale změna nelíbí. Jediné, co akreditace přinese, je větší administrativní zátěž zdravotníků a vyšší náklady na provoz každé ambulance, tvrdí Česká lékařská komora.

Praha – Měla prodělat jen banální vyšetření na těhotenskou cukrovku, přesto dopadla návštěva v ambulanci fatálně. Dvaatřicetiletá pacientka zemřela poté, co jí zdravotní sestra podala místo glukózy jedovatou dezinfekci. Sestra si spletla dvě velmi podobné lahvičky. Loňský případ z Orlové spolu s podobnými kauzami nyní mění českou legislativu. Ministerstvo zdravotnictví se totiž rozhodlo, že pro ambulance zavede akreditace – všechny ordinace budou muset splnit přísná pravidla kvality a bezpečnosti. Platit to bude hlavně pro nakládání s léky či zdravotnickými přístroji. Doposud se akreditovaly jen nemocnice.

„Ambulance se podrobí podobnému hodnocení kvality a bezpečí při péči o pacienta, jaké dnes musí absolvovat nemocnice,“ přibližuje akční plán ministerstva zdravotnictví, pod nímž je podepsaná náměstkyně Lenka Melicharová Ptáčková.

Akreditovaná ambulance si přijde na víc peněz

Certifikáty budou udělovat na státu nezávislé instituce. Pokud ambulance „štempl“ získají, dostanou za odměnu větší peníze od



pojišťoven. Podle akčního plánu se jim platby od pojišťoven navýší o půl procenta.

„V košaté síti ambulancí se tak konečně udělá pořádek. Zamezí se také rizikovým událostem, které mohou dopadnout fatálně,“ chválí změnu šéf Spojené akreditační komise David Marx.

Počet ambulaní totiž rok od roku stoupá, jen za posledních pět let jich přibýlo víc než 1500. „Nejsou to už přitom jen jednoduchá zdravotnická zařízení, ve kterých je jeden doktor, sestřička a stůl. Jsou to často specializovaná pracoviště, ve kterých se dělá jednodenní chirurgie nebo endoskopie,“ upozorňuje David Marx. K žádné kontrole kvality je přitom podle něj nikdo nemotivuje.

Zařízení přitom prý často chybují. Nejvíce prohřešků se děje při skladování léků nebo obsluze zdravotnických prostředků. Na štiřu bývají ambulance i s metrologickým zákonem – nemají správně kalibrované váhy. „Což je problém, protože řada léků se dává podle váhy,“ řekl Marx.

Jde jen o byznys pro firmy

Jenomže lékařům se nápad nelíbí. Akreditace podle nich kvalitu péče nezlepší. „Jediné, co to přinese, je větší administrativní zátěž zdravotníků a vyšší náklady na provoz každé ambulance. Za akreditace se totiž samozřejmě platí,“ říká třeba předseda Vědecké rady České lékařské komory Zdeněk Mrozek.

Větší zařízení typu poliklinika zaplatí za akreditaci desetitisíce, obyčejná ordinace s lékařem a sestrou vydá kolem dvanácti tisíc korun. Certifikát trvá celkem tři roky. „Většinou ho přitom udělují soukromé firmy, pro které je to výhodný byznys,“ dodává Mrozek. Kontrolu kvality podle něj zvládne zajistit sama komora.

„Navíc bez zbytečností. Některá opatření, která zavedla akreditace v nemocnicích, jsou totiž spíš na překážku. Třeba zatímco dřív byly opičky zamčené ve skřínce přímo na oddělení, dnes je musí mít akreditovaná nemocnice na speciálním místě s ochranným přístupem. Problém je ale v tom, že s nimi tak běhá sestra tam a zpět přes půlku nemocnice, což je nakonec daleko rizikovější,“ popisuje Mrozek.

Akreditovaných ambulaní je málo

Podle Davida Marxe je ale nezávislost na státu a na komoře klíčová. „Nestane se tak, že se z certifikátu stane jen nastavení nejnižších možných kritérií. Předěje se také tomu, že se do udělení certifikátu promítne politická zvláště,“ vysvětlil.

Akreditace se českým zdravotnickým zařízením udělují od roku 1998, kdy v tuzemsku vznikla Spojená akreditační komise. Jde o nezávislou instituci, která vznikla z rozhodnutí ministerstva zdravotnictví. Doposud udělovala certifikáty hlavně nemocnicím, majitelé ambulaní měli podle Marxe o akreditaci zájem jen zřídka. „Dali by se spočítat na prstech,“ tvrdí Marx.

Kromě Spojené akreditační komise uděluje v Česku různé druhy certifikátů kvality dalších pět soukromých společností.

zdroj: V. Rodriguez, *zpravy.aktualne.cz*, 4. 11. 2015

HPV vakcíny – přehodnocení bezpečnosti nezjistilo zvýšené riziko

Hlášené případy potíží v rámci syndromů CRPS a POTS po očkování HPV vakcínou se neliší od toho, co se vyskytuje v běžné populaci.

Výbor pro posuzování rizik léčivých přípravků (PRAC) Evropské lékové agentury uzavřel podrobné odborné přehodnocení, které se týkalo možné kauzální souvislosti mezi podáním HPV vakcín a syndromy CRPS (komplexní regionální bolestivý syndrom) a POTS (syndrom

posturální ortostatické tachykardie) u dívek a mladých žen. Vakcíny proti lidským papilomavírům (HPV virům) chrání před karcinomem děložního hrdla a různými dalšími typy nádorů a jinými potížemi způsobenými některými sérotypy HPV virů.

Přehodnocení bezpečnosti HPV vakcín neprokázalo příčinnou souvislost mezi podáním vakcíny a vznikem syndromů CRPS a POTS. Počty hlášených případů těchto syndromů po vakcinaci HPV vakcínami odpovídají počtům případů, které jsou obecně u mladých žen očekávány. V současnosti není žádný důvod pro změnu používání těchto vakcín. Komplexní regionální bolestivý syndrom (CRPS) se projevuje chronickou bolestí končetin, syndrom posturální ortostatické tachykardie (POTS) se projevuje zvýšením tepové frekvence při změně polohy (posazení se nebo postavení se) společně s příznaky, jako jsou závratě, mdloba, slabost, bolest hlavy, nevolnost a únava. U některých pacientů mohou tyto příznaky závažným způsobem narušit kvalitu jejich života. Oba uvedené syndromy se vyskytují v celé populaci včetně adolescentů nezávisle na vakcinaci.

Výbor PRAC důkladně zhodnotil veškeré publikované údaje, údaje z klinických studií a ze spontánního hlášení od zdravotnických pracovníků i pacientů a rovněž údaje, které poskytly jednotlivé členské státy Evropské unie. Údaje byly konzultovány s předními odborníky na tuto problematiku a v úvahu byly vzaty také informace od řady patientských skupin, které zdůrazňovaly, jaký mohou mít tyto syndromy dopad na pacienty a jejich rodiny.

Příznaky syndromů CRPS a POTS se mohou překrývat s příznaky jiných onemocnění a díky tomu je jejich diagnóza obtížná jak u očkováných jedinců, tak obecně v celé populaci. Dostupné odhady naznačují, že se v populaci dívek a mladých žen mezi 10–19 lety každoročně objeví CRPS u přibližně 150 osob z miliónu a POTS u nejméně 150 osob z miliónu. Přehodnocení neprokázalo, že by se výskyt syndromů u dívek očkováných HPV vakcínami lišil od očekávaného výskytu v této věkové skupině, a to i s přihlédnutím k možné podhlášenosti. Výbor PRAC upozornil, že některé příznaky syndromů CRPS a POTS se mohou překrývat s příznaky chronického únavového syndromu (CFS). Mnoho hodnocených případů vykazovalo příznaky CFS a pacientům byla stanovena diagnóza CFS nebo POTS. Výsledky velké publikované studie neprokázaly souvislost mezi CFS a HPV vakcínami. Dosud bylo celosvětově očkováno více než 80 miliónů žen a dívek a v některých evropských zemích je naočkováno až 90 % populace, pro kterou je toto očkování doporučeno. Předpokládá se, že díky očkování těmito vakcínami se zabránilo vzniku mnoha případů karcinomu děložního čípku, který je ročně zodpovědný za desítky tisíc úmrtí v Evropě. Přínosy HPV vakcín i nadále převažují jejich rizika. Bezpečnost HPV vakcín, stejně jako všech ostatních léčivých přípravků, bude i nadále pečlivě sledována. Doporučení výboru PRAC bude nyní zasláno Výboru pro humánní léčivé přípravky (CHMP), který zaujme finální stanovisko.

Více o vakcínách proti lidskému papilomaviru (HPV viru)

V Evropské unii jsou vakcíny proti lidskému papilomaviru dostupné pod názvy Silgard (Gardasil), Gardasil 9 a Cervarix. Silgard/Gardasil (registrovaný v září 2006) je určen pro užití u žen i mužů jako prevence premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulválních a vaginálních), premaligních análních lézí, cervikálních karcinomů a análních karcinomů v příčinné souvislosti s jistými onkogenními typy lidského papilomaviru (HPV). Dále je určen k prevenci bradavic genitálu (condyloma acuminata) v příčinné souvislosti se specifickými typy HPV. Přípravek Silgard chrání proti 4 typům HPV (typ 6, 11, 16 a 18). Gardasil 9 (registrovaný v červnu 2015) chrání proti



9 typů HPV (typ 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 a 58). Cervarix byl registrován v září 2007 a je určen pro užití u žen a dívek k prevenci premaligních genitálních lézí (cervikálních, vulválních a vaginálních) a cervikálního karcinomu, které jsou způsobeny onkogenními typy lidských papilomavirů 16 a 18.

V ČR jsou v současné době dostupné vakcíny Silgard a Cervarix.

zdroj: koz, 6. 11. 2015

Marksová chce měnit dětské domovy, ale u stranických kolegů narazila

Ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová (ČSSD) chce sloučit agendy tří resortů (MPSV, školství a zdravotnictví) ohledně péče o ohrožené děti pod svůj úřad.

Sloučení agend by podle ní znamenalo první krok ke kompletní transformaci služeb péče o ohrožené děti. Především by nemusely být odebírány z rodin tak často, jako jsou nyní.

Marksová už má připravené memorandum o budoucím slučování, ale její vládní i straníční kolegové Kateřina Valachová (školství) a Svatoopluk Němeček (zdravotnictví) s jeho podpisem váhají. Odvolávají se na to, že krok, který by znamenal transformaci dětských domovů, musejí posvětit kraje.

Nyní se o děti bez domova starají tři resorty. Zdravotnictví spravuje kojenecké ústavy, kam jsou umisťovány děti do tří let. Dětské domovy má v kompetenci školství. Zbytek (například zařízení vyžadující okamžitou pomoc, jako třeba Klokánky) spadá pod MPSV. Podle Marksové jde o zastaralou metodu, kterou už zbytek světa opustil.

„Tato praxe vychází ze sovětského modelu padesátých let, ostatní státy už ji dávno změnily,“ řekla na střední tiskové konferenci.

„Týraných a zneužívaných dětí v ústavní péči je jen deset procent. Ostatní děti jsou odebírány ze socio-ekonomických důvodů,“ dodala. K tomu by podle ní nemuselo docházet, kdyby se posílila práce s ohroženými rodinami.

Sloučením agend by se podle ministryně ušetřilo osm miliard ročně. „Jde o to, přesunout financování na posílení preventivních služeb,“ řekla.

Marksová současně uklidňovala: „Dětské domovy se v žádném případě rušit nebudou, vždy je budeme potřebovat, stejně jako odborníky, kteří v nich pracují. Chceme, aby se domovy transformovaly na moderní systém, aby jejich služby nebyly pobytové, aby do nich dítě nemuselo.“

Až co řeknou kraje

I tak ale zřejmě své spolustraníky vydělila: ačkoliv memorandum měla ve středu podepsat s Valachovou, ta na poslední chvíli couvla: chce nejdříve souhlas krajů, kde přitom většinou vládnou soc. dem.

„Důvod je čistě organizační, je nezbytné souhlasné stanovisko Asociace krajů, neboť právě kraje zřizují některé typy těchto zařízení. Od počátku na to upozorňuji, ale jde samozřejmě o společný zájem všech tří ministrů dotčených resortů,“ napsala Právu Valachová.

Schůzka se měla konat 30. října, ale byla přeložena na 20. listopad. „Čekáme tedy na toto jednání a pak není problém memorandum uzavřít,“ uvedla.

A podobně mluví i ministr zdravotnictví Němeček. „Zatím je to předčasné. Jednáme s resortem sociálních věcí, diskusi se nebráníme, ale je třeba ještě vyřešit dost věcí. Rádi bychom, aby to bylo ve shodě s kraji. Písemné řešení zatím není na pořadu dne,“ řekl Právu.

Hejtman Vysočiny a poslanec ČSSD Jiří Běhounek se tváří odmítavě. „Nemohu mluvit za všechny kraje, ale na Vysočině se na to nekoukáme pozitivně. Nechceme rozbíjet, co funguje, a není pravda, že děti v dětských domovech nejsou. Jsou tam a péči potřebují. Není to úplně šťastný krok ze strany paní ministryně Marksové,“ řekl Právu.

Zdroj: J. Martinek, Právo, novinky.cz, 6. 11. 2015

Němečtí „agenti“ verbují budoucí lékaře na českých univerzitách

Studenty medicíny na českých vysokých školách lánají němečtí „agenti“. Lákají je na peníze a další výhody. Právě odchod absolventů medicíny do Německa je přitom jedním z důvodů, proč české nemocnice, hlavně ty krajské, trápí nedostatek personálu.

Německé firmy „loví“ české studenty především pro budoucí práci v příhraničních nemocnicích v Bavorsku, řekl Právu děkan Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni Boris Kreuzberg. Podle něho takové náborové akce probíhají po celé republice.

Německé firmy oslovují české studenty prostřednictvím webu nebo kontaktují studentské organizace. Schůzka pak většinou probíhá mimo univerzitu. Existují ale i případy, kdy němečtí náboráři bez svolení proklouznou na školu.

„Zástupci německé společnosti, často lékaři, studentům líčí, jaké mohou mít peníze, ubytování a další výhody. Účast na takových setkáních studentům nezakazujeme. Rozhodně jsem ale proti tomu, aby půdu pro tyto náborové akce poskytovala fakulta,“ říká Kreuzberg.

Atestace v Německu a vyšší platy

Absolventi, kteří se s agenty dohodnou, se navíc vyhnou atestaci v Česku. Méně náročné zkoušky, alespoň podle odborníků, pak absolvuji za hranicemi.

„Česká lékařská komora říká, že odchody způsobuje nepřátelský atestační systém. Takové odůvodnění považujeme za přehnané. Komora chce atestace zjednodušit a vrátit se k dvouatestačnímu systému, který zde byl za socialismu. My jsme koncem předchozího desetiletí přešli na evropský systém. Výuka spadla pod fakulty, což je krok kupředu. Mají to v rukou největší odborníci v oborech. Chceme, aby studenti byli dobře připraveni,“ dodává Kreuzberg.

Jen z Plzně v současné době do Německa odchází až 8 procent absolventů medicíny ročně. Především pro krajské nemocnice jsou pak spolu se zdravotními sestrami nedostatkovým zbožím. Například Rokycanské nemocnici aktuálně chybějí čtyři lékaři a 12 sester.

Jedním z důvodů, proč absolventi odcházejí do zahraničí, jsou peníze. Zatímco ve Fakultní nemocnici v Plzni je průměrný plat lékaře 72 tisíc korun, v Německu dostane čtyřnásobek.

Odcházejí i sestry

Odlišná situace panuje u zdravotních sester. Děkanka Fakulty zdravotnických studií ZČU Ilona Mauritzová upozorňuje, že problémem nejsou jen finance. „Sestřičky do zahraničí odchází proto, že jsou přetížené, unavené a kvůli službám navíc nezvládají osobní život,“ říká.

Plzeňský kraj se problém pokouší řešit dvěma memorandy, která v pátek podepsal s Lékařskou fakultou UK a Fakultou zdravotnických studií ZČU v Plzni. Hejtmanství chce finančně motivovat lékaře, kteří budou ochotni pracovat v krajských nemocnicích.

Vybraní studenti posledního ročníku budou dostávat několikatisícový měsíční příspěvek, po nástupu do zaměstnání pak dostanou



stabilizační příspěvek, jehož výše se podle aktuální situace může vyšplhat na desetitisíce až statisíce korun.

Zdroj: Jan Švábek, Právo, novinky.cz, 6. 11. 2015

Průlom v léčbě rakoviny: Dívce pomohla unikátní metoda

Londýn – Roční britská holčička postižená rakovinou se v londýnské nemocnici Great Ormond Street (GOSH) stala prvním člověkem na světě, který podstoupil průkopnickou genetickou léčbu. Informoval o tom dnes deník The Times.

Malá pacientka, která onemocněla akutní leukémií a které lékaři ještě nedávno nedávali šanci přežít, se nyní uzdravuje. Stále ale nelze vyloučit, že se nemoc vrátí.

Layle Richardsové byly tři měsíce, když u ní lékaři odhalili leukémii. Jak je podle britských lékařů u podobných velmi malých pacientů časté, chemoterapie a transplantace kostní dřeně dívku nevytěžily. Lékaři už nevěděli, jak Layle více pomoci, a den před jejími prvními narozeninami doporučili rodičům už jen paliativní péči před koncem života.

Otec dívky Ashleigh Richards se ale odmítl vzdát naděje. „Nechtěl jsem, aby se to ubíralo takovým směrem. Raději jsem chtěl, aby zkusila něco nového, a risknul jsem to,“ řekl BBC. Lékaři poté získali rychle povolení k provedení nové čistě experimentální léčby, která se dosud vyzkoušela jen na myších. Po zákroku se stav dívky natolik zlepšil, že je už zpět doma u rodičů a plná života.

Zárok spočíval v zavedení genericky pozměněných imunitních buněk, zvaných UCART19, do těla pacientky. Vědci přitom použili speciálně upravené bílé krvinky jednoho zdravého dárce. Zárok vyvolal u dívky vyrážku, jak lékaři předpokládali, ale rakovina ustoupila. „Její leukemie byla tak agresivní, že taková odezva (dívčina organismu) je jako zázrak,“ citoval lékaře deník The Independent.

Zdroj: EuroZprávy.cz, 6. 11. 2015

Memorandum s lékařskými odbory je právně nezávazné, tvrdí Němeček

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD) považuje za právně nezávazné memorandum z února 2011, v němž tehdejší šéf resortu Leoš Heger (TOP 09) slíbil lékařům v nemocnicích až trojnásobek průměrného platu v zemi. Němeček soudí, že udělal pro růst platů lékařů vše, co mohl. Za poslední dva roky se zvyšovaly dvakrát, dohromady o deset procent, řekl ministr v reakci na předžalobní výzvu, již chce Lékařský odborový klub (LOK) dosáhnout splnění memoranda.

„Memorandum není právně závaznou smlouvou se sankcemi, jde o výsledek tehdejší dohody mezi mým předchůdcem ministrem Hegerem a LOK a naplňování této dohody tedy mělo vzejít od nich. Z právního hlediska tedy ani neočekávám, že by LOK s případnou žalobou u soudu uspěl,“ uvedl Němeček.

Ministerstvo zdravotnictví v memorandu slíbilo 1,5 násobek až trojnásobek průměrného platu v zemi lékařům podle stupně kvalifikace. Odbory považují slib za nesplněný, uvedl ve čtvrtek předseda LOK Martin Engel s tím, že pokud ministerstvo do dvou měsíců nezareaguje, bude následovat soudní žaloba.

Navyšování platů zdravotníků je podle Němečka pro nynější kabinet prioritou, na skokové navýšení ale nemá. Podle něj není fér této vládě vyčítat, že se nesnaží zlepšit podmínky lékařů. „Stát by měl udělat maximum, ale jsou nějaké ekonomické možnosti, a my jdeme až na jejich hranu,“ vysvětlil.

Další zvýšení je podle Němečka možné pouze v případě, že stoupnou odvody státu do zdravotního pojištění za děti, důchodce či nezaměstnané. S tímto požadavkem ale Němeček neuspěl u ministra financí Andreje Babiše (ANO).

„Nikdo po mně nemůže chtít, abych destabilizoval systém kvůli tomu, že jednorázově uděláme skokové zvýšení jedné skupině zaměstnanců, na které teď prostě nemám,“ zdůraznil Němeček.

Průměrný plat lékařů ve státních nemocnicích podle zdravotnických statistiků dosáhl letos 62 735 korun, z toho polovina je za přesčasy a služby. Základní plat lékaře tak činí 32 450 korun, sestry 19 680 korun. Průměrný plat zaměstnance státu je 25 880 korun.

Zdroj: novinky.cz, ČTK, 6. 11. 2015

Třikrát a dost. Zubaři chtějí zpřísnit aprobační zkoušku pro cizince

Cizinci, kteří žádají o aprobační zkoušku, by měli mít pouze tři pokusy, žádají zubaři. Dosud mají na zkoušku neomezené množství pokusů. Návrh na změnu předložili na sobotním sněmu České stomatologické komory náměstku ministra zdravotnictví Radku Policarovi, který se zasedání účastnil.

Aprobační zkoušku musí vykonat každý lékař, zubní lékař nebo farmaceut, který získal vzdělání mimo EU a chce vykonávat povolání lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta na území České republiky nebo v některém z členských států EU.

Jedním z předpokladů pro úspěšné vykonání aprobační zkoušky je znalost češtiny, protože veškeré informace ke zkoušce jsou podávány v českém jazyce.

„V aprobačním řízení mají dnes cizinci ze zemí mimo Evropskou unii neomezené množství pokusů a především někteří cizinci z ruskojazyčných zemí toho zneužívají. Chtěli bychom, aby měli pouze tři pokusy,“ uvedl předseda komory Pavel Chrz.

Zdroj: novinky.cz, ČTK, 7. 11. 2015

Výrobky programu Mléko do škol prý obsahují nadměrné množství cukru

Mléčné výrobky, které se dostávají k dětem v rámci dotovaného programu Mléko do škol, výrazně překračují obsah cukru doporučený Státním zdravotním ústavem. Smetanové krémy disponují i větším obsahem tuků. Zjistila to občanská iniciativa Skutečně zdravá škola, která se snaží o zlepšení školního stravování. Podle ministerstva školství se požadavky na poskytované výrobky mohou změnit. Záleží však na ministerstvu zemědělství, které projekt hájí.

Podle ministerstva zemědělství mléko obsahuje na 100 ml 4,5–4,9 g mléčného cukru – laktózy. „Což znamená, že v krabičce školního mléka je necelých 10 g přidaného cukru, a to plně vyhovuje doporučení, které uvádí Zdravá školní svačina,“ sdělil mluvčí resortu Hynek Jordán.



Podobně je tomu podle něj u zakysaných mléčných výrobků. Smetanové a tvarohové výrobky podle něj o trochu větší obsah cukru mají. „Zde ale jde o množství pouhých 80 g, což v celkové denní doporučené dávce mléka a mléčných výrobků nehraje tak významnou roli,“ vysvětlil mluvčí.

Podle lékařky to neodpovídá zdravé výživě

Iniciativa doplnila, že posuzované výrobky vedle vyššího obsahu cukrů a tuků obsahují chemická barviva, stabilizátory a zahušťovadla. Některá ovocná mléka nemají v sobě ovoce vůbec nebo jen stopové množství a dobarvována jsou karmínem.

„Na začátku byla dobrá myšlenka – podpora mléčných svačinek pro školáky. Výsledkem je realizace programu, který nemá se zdravou výživou pro děti nic společného a naopak přispívá k nárůstu dětské nadváhy a obezity,“ uvedla lékařka a odborná garantka Skutečně zdravé školy Hana Krejčí.

„V případě přídavných látek je negativně hodnocen obsah zahušťovadla karboxymetylcelulózy, jehož deklarovaný obsah je pouhých 0,02 procenta, a naopak je kritizován nízký obsah kakaa, které je ale podle druhu výrobku deklarováno v množství 1,1 procenta až tři procenta,“ brání projekt Jordán, podle kterého je na školách a rodičích, jaký sortiment mléčných výrobků budou vybírat.

Evropský parlament chtěl podporu jen pro neochucené mléko

Občanská iniciativa pro hodnocení mléčných výrobků použila doporučení zdravotního ústavu zveřejněné v dokumentu Zdravá školní svačina, na kterém spolupracoval se Společností pro výživu.

Evropský parlament navrhl, aby se podpory dočkalo jen neochucené a neslazené mléko. České ministerstvo zemědělství s tím ale nesouhlasí, chce v něm mít více produktů, například sýrů. Ministr zemědělství Marian Jurečka (KDU-ČSL) označil na konci srpna návrh parlamentu za nelogický, souhlasili s ním zástupci zemí visegrádské čtyřky.

Program je dobrovolný

Ministerstvo školství v úterý uvedlo, že se připravují změny, které by měly zajistit úpravu procenta cukrů a tuků v mléčných produktech nabízených v tomto evropském programu. Případné úpravy navrhuje ministerstvo zemědělství a musí je schválit vláda. Úřad také připomněl, že zapojení škol do programu je dobrovolné.

Téma zdravých svačin ve školách se dostalo do popředí v souvislosti s novelou školského zákona, která od září zakazuje prodej nezdravých potravin a nápojů ve školních automatech a bufetech. Stále ale nebylo vymezeno, kterých potravin se konkrétně týká.

Vyhláška, již připravuje ministerstvo školství ve spolupráci s resortem zdravotnictví, zatím nebyla dokončena. Ještě není hotov ani metodický pokyn pro ředitele, který by měl formou doporučení vyhlášku dočasně nahradit. Podle úterního vyjádření ministerstva školství by měl být brzy schválen.

Nejen pro základní školy

Ministerstvo zdravotnictví sdělilo, že loni vydalo pro školy a školská zařízení doporučení, které obsahuje obecné požadavky na určité potraviny, jež jsou nabízeny žákům ve školních automatech a bufetech. Své podklady pro připravovanou vyhlášku ohledně nezdravých potravin už resort předal i ministerstvu školství, doplnila mluvčí zdravotnictví Štěpánka Čechová.

Program byl původně určen pro žáky základních škol, od září 2009 mohou dotované mléčné výrobky konzumovat také děti z mateřských škol a studenti středních škol. Žáci si na výrobky také přispívají. Podle SZIF dotace na mléčné výrobky pro školáky letos mírně vzrostou na 60,5 miliónu korun. Z toho 12 miliónů korun půjde

z evropských zdrojů, zbytek z českého rozpočtu. Loni činila dotace 59 miliónů korun.

Podle zemědělského resortu nejde jen o podporu větší spotřeby mléka, kdy výrobky pomáhají v prevenci osteoporózy. Program se podle něj zaváděl i kvůli zjištění, že mnoho dětí přijímá méně vápníku a vitaminů A a B2.

Zdroj: novinky.cz, ČTK, 11. 11. 2015

INZERCE

388 9-15

Hledám nástupce do dobře zavedené ordinace PLDD v **Praze-západ**, 8 km od Prahy 5-Zbraslavi. Tel. 603 454 906.

389 9-15

Měla bych **zájem o převzetí praxe** PLDD v lokalitě Hustopeče – Kobylí – Břeclav – Hodonín. Kontakt: 603 790 450, e-mail: pilsdet@seznam.cz

390 10-15

Prodám zavedenou **praxi** PLDD v **Chomutově**. Termín předání praxe: únor 2016. Cena dohodou. Kontaktní e-mail: praxe.pldd@seznam.cz

391 10-15

Prodám dobře zavedenou praxi PLDD v Praze 10, Vršovická ulice (naproti OC Eden), výborná lokalita i klientela, důvod – důchodový věk. Tel. 608 701 234, e-mail: vakocova@seznam.cz

392 10-15

Prodám starší **přístroj** na vyšetření CRP **Orion QuikRead 101**, pravidelně certifikovaný, 2014 proveden servis a výměna baterie. Cena 5000 Kč. Tel. 736 210 610.

393 10-15

V polovině roku 2016 **nabízím k předání** zavedenou **ordinaci** PLDD. **Centrum Děčína**, zapracovaná sestra. Kontakt: 412 517 442.

394 10-15

Přijmu lékaře do zavedené ordinace PLDD v **Praze 5**, částečný úvazek, výhodné podmínky, pozdější převzetí dohodou. Tel. 605 182 280.

395 10-15

Prodám dobře zavedenou **praxi** PLDD v **Praze 9**. Kontakt: per.aspera@post.cz

396 11-15

Přenechám zdarma (pouze za zbytkové vybavení) dobře zavedenou menší **ordinaci PLDD** – na dojezd z Čáslavi nebo Pardubic. Zapracovaná sestra a přístrojově vybavená ordinace. Tel. 736 464 918, e-mail: gladii@seznam.cz

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



DOBRY ANDEL.CZ

Co je to **DOBRY ANDEL**?

Nadace DOBRÝ ANDEĚL je Systém finanční pomoci, který pravidelnými měsíčními příspěvky pomáhá rodinám s nezaopatřenými dětmi do 18.5 let, které trpí některým ze závažných onemocnění, např.:

- onkologickým onemocněním (bez omezení věku),
- cystickou fibrózou,
- svalovou dystrofií Duchenne či svalovou atrofií,
- závažnou metabolickou poruchou,
- epidermolysis bullosa,
- regionální enteritidou a ulcerósní kolitidou,
- chronickým selháním orgánů,
- jiným závažným onemocněním (např. těžkou DMO, vzácnými syndromy, kombinovanými postiženími).

Dobří andělé pomáhají také rodinám, kde trpí onkologickým onemocněním rodič.

Systém **DOBRY ANDEL** je unikátní, protože:

1. Příspěvky odevzdává do posledního haléře®

Všechny finanční příspěvky, které do Systému od Dobrých andělů přijdou v daném měsíci, jsou vždy první pracovní den následujícího měsíce odeslány potřebným rodinám. Veškeré provozní náklady nadace jsou hrazeny ze soukromých financí jeho zakladatelů a dalších filantropů.

2. Víte, komu pomáháte

Každý dárce - Dobrý anděl - získá při registraci automaticky přístup na svůj Andělský účet, kde si může kdykoliv najít, komu jeho konkrétní příspěvek pomohl, a přečíst si životní příběh rodin, kterým pomáhá.

3. Pomáhá pravidelně, každý měsíc

Léčba závažných onemocnění je dlouhodobá. Rodiny příjemců tak potřebují pravidelnou pomoc Dobrých andělů, která jim pomáhá pokrýt jak výdaje s léčbou spojené, tak pokles příjmů.

Jak to funguje?

Dobří andělé přispívají každý měsíc na účet Systému DOBRÝ ANDEĚL. Všechny finanční prostředky, které do Systému přijdou v jednom měsíci, se vždy první pracovní den následujícího měsíce přerozdělují mezi potřebné rodiny tak, aby každá dostala stejnou finanční pomoc. Rodiny příjemců jsou doporučovány lékaři - dětskými onkology, onkology a pediatry, kteří mohou sami pomoc nabídnout. Jejich úloha je naprosto klíčová, protože potvrzují diagnózu.

Děkujeme z celého srdce všem lékařům a sociálním pracovníkům, kteří již rodinu s dítětem do Systému DOBRÝ ANDEĚL doporučili.

Děkujeme!



„Každý rok v České republice onemocní několik set dětí a dospívajících zhoubným nádorem. Šanci na vyléčení moderními léčebnými postupy - operací, chemoterapií, zářením - má 80% z nich. Daň, kterou mají pacienti a jejich rodiny platit za velmi dobré léčebné výsledky, není malá - léčba probíhá ve specializovaných centrech, většinou daleko od domova, trvá měsíce i roky, dítě a jeho rodiče cestují mezi lůžkovým oddělením, ambulancí, domovem. Děti jsou vytrženy z kolektivu spolužáků a přátel, jeden z rodičů musí většinou přerušit práci, druhý rodič musí zabezpečit zvýšené finanční nároky rodiny. Rodiče také nesmí zapomenout na péči o zdravé sourozence nemocného dítěte. To vše v dlouhotrvající nejistotě, podaří-li se nemoc vyléčit. Nádory mají vlastnost se vracet. Relaps nemoci znamená další, ještě větší nejistotu. Stoupá riziko pozdních následků léčby. Rodina tak žije v dlouhodobém stresu a nejistotě, snadno se dostane do finančních problémů. Pomoc a pochopení jiných lidí je pro rodinu darem, který jim pomůže nelehkou životní situaci zvládnout. Projekt DOBRÝ ANDEĚL zprostředkuje tuto pomoc potřebným. Je to vynikající myšlenka, jejíž realizaci přeji úspěch.“

Prof. MUDr. Jan Starý, DrSc., Přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie UK 2. LF a Fakultní nemocnice Motol v Praze



DOBRY ANDEĚL, nadace, Švédská 6, 150 00 Praha 5
IČ: 24161501, Spis. zn. N1231 městský soud v Praze
www.dobryandel.cz, e-mail: andelskaposta@dobryandel.cz
telefon 733-119-119, číslo účtu 8001008/5500

Silvestrovské testy 2015

1. Hypoprossexie je

- a) Snížená pozornost
- b) Snížená chuť pro sex
- c) Snížená chuť prosektora k práci

2. Esterázová reakce je:

- a) Reakce hraběte Jánosa Esterházyho ze dne 15. 5. 1942 proti ústavnímu zákonu Slovenského státu č. 68/1942 o vystěhování Židů
- b) Reakce prokazující přítomnost zvýšeného množství leukocytů v moči
- c) Reakce židovské královny Ester – manželky perského krále Achašvéroše na plánovaný pogrom, kdy se Ester přimluvila za svůj lid a požádala krále, aby jí a jejímu lidu, který má být povražděn a vyhuben, daroval život

3. Jaký je rozdíl mezi francouzským, švédským a českým důchodcem?

- a) Švédský důchodce vstane, posnídá ze švédského stolu, vezme raketu a odejde do klubu hrát tenis
- b) Francouzský důchodce vstane, dá si francouzskou bagetu, sýr camembert a odejde do klubu hrát golf
- c) Český důchodce vstane, vezme si švédské kapky, francouzské hole a jde do práce

4. Lékař se ptá při vizitě pacienta se zasádrovanou nohou na trakci: Jak se cítíte?

- a) Hrozně, právě jsem se posral
- b) Už dobře, právě jsem se posral

5. Potomek bělocha a černocho se označuje jako:

- a) Dalmatin
- b) Mulat
- c) Mestic

6. Které světové náboženství podle počtu lidí je největší?

- a) Křesťanství
- b) Islám
- c) Facebook

7. Jak nejrychleji večer uspat ukřičeného kojence či batole?

- a) Do mléka mu přidat odvar z makovic
- b) Dát mu cucnout černého piva
- c) Posadit ho k televizi při interpelacích v Poslanecké sněmovně

Autodidaktický test 10/2015

Biologická léčba

1. Principem účinku biologik je

- a) poskytnout organismu stavební látky, zejména proteiny, získané extrakcí z přírodních zdrojů
- b) blokovat nebo aktivovat imunitní procesy organismu, a to cíleně s vysokou specifitou
- c) substituovat pacienta biotechnologicky připravenými imunoglobuliny

2. Biologika jako léčivé přípravky ovlivňující imunitní systém jsou

- a) vyrobené z produktů ekologického zemědělství
- b) vyrobené molekulárními biotechnologiemi
- c) syntetické látky s imunosupresivními vlastnostmi

3. V průběhu biologické léčby

- a) je kontraindikováno jakékoliv očkování
- b) je kontraindikováno očkování neživými očkovacími látkami
- c) je kontraindikováno očkování živými očkovacími látkami
- d) očkování je možné bez omezení, je ale nutno zohlednit aktuální zdravotní stav

4. Žena na biologické léčbě adalimumabem (blokátor TNF alfa) pro Crohnovu chorobu otěhotněla a porodila zdravé dítě. Její dítě

- a) nesmí být v prvních 6 měsících očkováno
- b) může být v prvních 6 měsících očkováno bez omezení
- c) může být v prvních 6 měsících očkováno jen neživými očkovacími látkami

5. Pokud je u pacienta v průběhu biologické léčby důvodné podezření na bakteriální onemocnění

- a) je doporučeno po dobu akutních projevů biologickou léčbu přerušit
- b) je indikováno zahájení včasné antibiotické léčby v běžných dávkách
- c) je vždy indikována u takového pacienta hospitalizace pro vysoké riziko vzniku syndromu systémové zánětlivé odpovědi

6. Autoinflamatorní onemocnění jsou charakterizována

- a) přítomností autoprotilátek
- b) přítomností autoreaktivních lymfocytů
- c) absencí autoprotilátek
- d) absencí autoreaktivních lymfocytů
- e) nadprodukcí prozánětlivých cytokinů

7. Cytokiny zajišťují meziorgánovou komunikaci a homeostázu. Mezi cytokiny patří TNF alfa a beta, interleukiny, interferony, chemokiny, růstové faktory (transformující, hemopoetické, epidermální, fibroblastové, nervové, angiogenní...). Dosud je známo přes 120 cytokinů, jejich počet ale s novými objevy roste. Cytokiny jsou produkovány především imunokompetentními buňkami, ale i téměř všemi buňkami somatickými. Nejsou skladovány v intracelulárních kompartmentech, ale jsou syntetizovány de novo jako reakce na aktivací faktory. Jejich rychlost syntézy a poločas rozpadu jsou velmi krátké, jenom několik málo hodin, tím je zajištěna jejich rychlá a krátkodobá účinnost a tím dynamičnost celého procesu. Prozánětlivé a protizánětlivé faktory, včetně cytokinů, jsou za normálních poměrů v dynamické rovnováze. Jejich významná či dlouhodobá dysbalance vede především k poruše endoteliálních funkcí a mikrocirkulace.

- a) TNF alfa zvyšuje mikrovaskulární permeabilitu, aktivuje koagulaci a komplement
- b) TNF alfa je protizánětlivý cytokin
- c) TNF alfa je prozánětlivý cytokin



InfanrixTM hexa



SPOLEČNÝ PŘÍBĚH

LÉKAŘŮ

Děti

RODIČŮ

Prověřený léty

Zkrácený Souhrn údajů o přípravku

[illegible]

Bezpečnost a účinnost vakcíny Infanrix hexa u dětí starších 36 měsíců nebyla stanovena. Podobně jako u jiných vakcín, nemusí být u všech očkováných jedinců vyvolána ochranná imunitní odpověď.





Tento výrobek doporučuje
Sdružení praktických
lékařů pro děti a dorost ČR.

OPTIPRO® H.A.

Vědecky potvrzeno: použití hydrolyzované bílkoviny může
být výhodnější než intaktní bílkovina¹⁷

**DROBNÉ TRÁVICÍ POTÍŽE:
KOLIKY, NADÝMÁNÍ, ZÁCPA**

**DROBNÉ TRÁVICÍ POTÍŽE:
S DŮRAZEM NA ZÁCPU**

s L.reuteri,
GOS/FOS
a vyšším
množstvím
hořčičku



- Snižuje dobu pláče
o 74 % již do 1 týdne¹⁸

OPTIPRO® H.A.

UBLINKÁVÁNÍ



- Snižuje ublinkávání až o 80 %²¹
- Snižuje frekvenci ublinkávání až o 75 %²²

s L.reuteri
a sníženým
množstvím
laktózy



- Zlepšuje konzistenci stolice¹⁹
- Zvyšuje frekvenci stolice¹⁹
- Snižuje funkční bolest břicha²⁰

Funkční speciality Nestlé BEBA = méně zbytečných návštěv v ordinaci²³

Odkazy:

17. Vanderplas Y et al. Acta Paediatr 2014, 18. Savino F et al. Pediatrics 2010, 19. Coccorullo P et al. J Pediatr 2010, 20. Romano C et al. J Pediatr Child Health 2010, 21. Valverde A et al. Pulso ediciones 1998, 22. Indrio F et al. Eur J Clin Invest 2011, 23. Savino et al. Beneficial Microbes 2014

Důležité upozornění:

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje, aby těhotné ženy a matky byly informovány o výhodách a nebezpečích kojení – zejména o skutečnosti, že poskytuje dětem tu nejlepší výživu a ochranu před nemocemi. Matkám by měly být podrobně vysvětleny techniky kojení a způsob udržení kojení se vzájemným důvěrným vztahem s příslušnými výsledky zdraví a to jak v průběhu těhotenství, tak po porodu. Měly by se zabývat zdravotnímu zavedení dítěte do kojení a také nebo podávání jiných nápojů a potravin, protože by to mohlo mít negativní vliv na kojení. Matky by měly být upozorněny na obtížnost návratu ke kojení, pokud se rozhodnou nekojit. Matkám by také měly být vysvětleny zdravotní, sociální a ekonomické důsledky zavěšení kojení. Matkám by měly být zdůrazněny, že mateřské mléko je pro dítě tou nejlepší výživou. Pokud se přijme rozhodnutí používat kojeneckou výživu, tak je nezbytné matky poučit o správné přípravě a zdůraznit, že použití nevhodné vody, nemylé láhve nebo nesprávného heating může vést k onemocnění dítěte. *viz. Mezinárodní kódex marketingu mléka a mateřského mléka, přijatý WHA v rezoluci 34.22 v květnu 1981.