

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

leden 2016
číslo 1 • ročník 16



téma čísla

Poruchy výživy



- Co se mění od ledna 2016?
- Nedostatky současné výživy našich dětí
- Výživové doporučení dle pyramidy
- Alternativní výživa u dětí
- Mýty o potravinách
- Může snížený příjem bílkovin ve stravě kojenců ovlivnit riziko obezity u dětí?
- Nařízení vlády č. 276/2015 Sb. o odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění způsobené pracovním úrazem nebo nemocí z povolání



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
Experti na výživu v raném věku



do more
feel better
live longer



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 předpřipravené injekční stříkačce. Inaktivovaná vakcína proti klíšťové encefalitidě. **Složení:** 1 dávka (tj. suspenze v předpřipravené 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 49 let každé 3 roky. **Způsob podání:** Intramuskulární, 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 kteroukoli složku vakcíny. Jediná po očkování vakcína neškodná dětem, musí být považována za kontraindikaci dalšího očkování stejnou vakcínou až do vyjasnění jejich příčin, zejména u celkových nežádoucích účinků. Je nutná pečlivá zvlášť očkování dětí a osob s onemocněním pohybového aparátu. **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). Zvláštní opatrnost 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 výdejce:** 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



	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Informace SPLDD	6
	Co se mění od ledna 2016?	8
	Sebehodnocení práce Ministerstva zdravotnictví ČR za rok 2015 a cíle vytyčené pro rok 2016	10
	Poskytování zdravotní péče nezletilým cizincům	13
	Pracovní meeting Evropské konfederace primárních pediatriů	15
	NutriCHEQ nástroj pro diagnostiku a řešení nedostatků ve výživě batolat	16
	Informace OSPDL ČLS JEP	17
	MUDr. Pavel Frühauf, CSc.	18
	Alternativní výživa u dětí	
	MUDr. Petr Tláška, CSc.	20
	Nedostatky současné výživy našich dětí	
	Prof. Ing. Jana Dostálová, CSc.	23
	Mýty o potravinách	
	Mgr. Veronika Březková	26
	Výživové doporučení dle pyramidy	
	Prof. MUDr. Jiří Nevoral, CSc.	29
	Může snížený příjem bílkovin ve stravě kojenců ovlivnit riziko obezity u dětí?	
	MUDr. Natália Szitányi	31
	Pozitivní efekt upraveného parciálního hydrolyzátu BEBA SENSITIVE 2 na zácpu kojence	
	Ze světa odborné literatury	32
	Aktuality	33
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Sexuologie	38
	Nařízení vlády č. 276/2015 Sb., ze dne 12. října 2015, o odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění způsobené pracovním úrazem nebo nemocí z povolání	-

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

číslo 2 • ročník 16

únor 2016

téma čísla

Dětská stomatologie








připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

AHOU
GSK
GREEN-SWAN
MSD
NESTLÉ
PFIZER
ORION

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:
 MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc.,
 MUDr. Ctirad Kozderka

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.

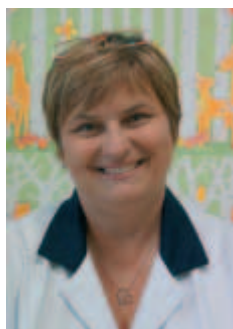
Sekretariát:
 U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
 fax: 267 184 050

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

Foto na titulní straně: ordinace MUDr. Pokorné, Černošice

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.



Vážené kolegyně a vážení kolegové,

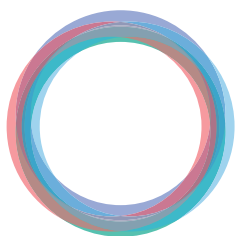
žádost o napsání editorialem do tohoto čísla časopisu mne zastihla spolu s novoročním přáním na Nový rok v tyrolském Kirchdorfu, kde jsem trávila poslední dny roku 2015 s přáteli. Při dopolední procházce Kitzbühel jsem s hlavou prázdnou po silvestrovském lyžování a oslavách nového roku přemýšlela, co bych měla napsat a čím vás oslovit při příchodu nového roku. Byla jsem zaskočena. Tíše jen doufám, že v tomto případě nebude platit „Jak na Nový rok, tak po celý rok“. Tak mi alespoň dovolu-
te podělit se s vámi o pocity, které jsem prožívala.

Dopolední Kitzbühel se pomalu probouzel po oslavách a ztlhlé vánočně nazdobené uličky se pomalu plnily hosty, kteří měli stejný nápad, dopolední procházku namísto lyžování. Okolní hory byly ještě v oblacích, dole v městečku stále zářila vánoční světylka. Ten pocit klidu, pohody a bezstarostnosti stojí za všechny předchozí starosti, útrapy a potíže. Uvědomila jsem si, že ať je člověk kdekoli na světě, je potřeba si takové okamžiky prožít, vážit si tradice, která nám je umožňuje. Umět se zastavit, odpočinout si a načerpat nových sil, pobavit se s blízkými či přáteli. Na horách se to musí podarit snad každému. Uvědomila jsem si, že moje práce mě stále těší a naplňuje. Že ta práce je prospěšná, má smysl a je žádaná. Pečovat o děti a nezřídká v širším slova smyslu o celou rodinu je nejen práce, ale opravdu svým způsobem poslání. Přináší spoustu radosti, a to nejen mně, ale i těm, kterým se snažím pomáhat. Ta nakonec přebije i ty starosti a problémy, které vždy život přináší. V minulém roce jsme mnoho času věnovali obhajobě našeho oboru, naší činnosti, její náplni, obsahu vzdělávání, získávání dovedností, které jsou nutné k tomu, abychom mohli pracovat s pocitem dobře odvedené práce. Jsem přesvědčena, že jsme nastoupili na správnou cestu, a ať už to dopadne jakkoliv, ta cesta nás povede k jasnému cíli. Neboť stará myšlenka praví: „I cesta může být cílem“. Tím cílem pro mne je pomáhat dětem a jejich rodičům, snažit se být jim dobrým rádčem a snažit se nezklamat jejich důvěru, se kterou se na mne obrátili. A to není vůbec málo. Věřím, že většina mých kolegů to vnímá podobně. Protože i oni mají svou práci rádi, naplňuje je uspokojením, své praxe vykonávají často několik desetiletí, pomáhají často i na úkor času, který by měli věnovat sobě a svým blízkým. Za to jim patří velký dík.

Přeji vám do nového roku 2016 nejen fyzické a duševní zdraví, lásku a štěstí, ale také ten pocit naplnění, který se dostaví po dobře odvedené a smysluplné práci. Ten nám nikdo vzít nemůže. Přeji vám co nejvíce spokojených dnů v novém roce. Přeji zvoleným zástupcům SPLDD hodně sil a úspěchů v zajištění podmínek pro úspěšnou a klidnou práci, její adekvátní ohodnocení a rozvoj. Přeji nám všem hodně mladých zájemců z řad lékařů absolventů, kterým můžeme v rámci generační výměny předat naše zkušenosti a praxe.

Přeji všem šťastný nový rok.

V úctě Ilona Hülleová



ZDRAVOTNICKÉ FÓRUM Infekce od A do Z

Brno 7. 5. 16 / Holiday Inn Brno, Křížovského 20
Praha 11. 6. 16 / Autoklub ČR, Opletalova 1337/29

Registrace bude na detskylekar.cz a ahou.cz



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Počátkem měsíce listopadu proběhl v Praze pracovní meeting Evropské konfederace pediatriů primární péče (ECPCP). Sešlo se 20 zástupců z 18 zemí a na programu jednání byl přehled preventivní pediatrické péče v jednotlivých zemích a také velmi aktuální problematika péče o nezletilé imigranty. Přítomní zástupci jednotlivých organizací podpořili naši aktivitu za zachování oboru PLDD a podepsali naši petici. Během listopadu a prosince proběhla řada jednání se ZP nad konečnou podobou jednotlivých úhradových dodatků ZP pro rok 2016. V příštím roce by mělo dojít k příznivému finančnímu ohodnocení naší práce a zmírnění nastavených regulačních mechanismů. Nadále běží petiční akce pro zachování oboru PLDD a systému péče o děti v ČR v dosavadní podobě. Překročili jsme již hranici 100 000 podpisů.

4. 11. 2015 se konalo jednání Komise pro metodiku VZP, kterého se za SPLDD zúčastnil MUDr. Kozderka. Pro PLDD je podstatné, že došlo k úpravě formulářů pro lázeňskou léčbu a ozdravovenskou péči. Změny jsou platné od 1. 1. 2016.

6.–8. 11. 2015 proběhlo zasedání ECPCP v Praze. Zazněly přednášky o systému preventivní pediatrické péče v jednotlivých zemích a jejich odlišnostech. Velmi zajímavý blok přednášek se týkal zkušeností s poskytováním péče nezletilým dětem imigrantů, byly prezentovány jejich nejčastější problémy a onemocnění. Zástupci z jednotlivých zemí se shodli na tom, že situace byla ve všech zemích podceňována a péče byla dětem často poskytována na základě dobrovolné aktivity

pediatriů. O své zkušenosti se podělili zejména zástupci z SNR, Slovinska, Rakouska, Maďarska a dalších zemí.

10. 11. 2015 proběhlo pravidelné jednání Koalice soukromých lékařů (KSL). V programu jednání byl diskutován návrh zákona o neziskových organizacích. KSL vydala negativní prohlášení k návrhu.

18. 11. 2015 se konalo na MZ jednání ke stanovisku České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP a České neonatologické společnosti ČLS JEP k problematice očkování nedonošených dětí. Po vzájemné domluvě se zástupci SPLDD ČR a OSPDL účastníci jednání odsouhlasili ko-

nečnou verzi a stanovisko bude zveřejněno na stránkách časopisu VOX a webu SPLDD.

30. 11. 2015 proběhlo na půdě MZ ČR jednání Komise péče o dítě. Předmětem jednání bylo ošetřování nezletilých cizinců bez doprovodu, dále předání novorozence k adopci nebo od náhradní matky v porodnici, transformace péče o ohrožené děti a předávání rizikových dětí do náhradní rodinné péče.

4. 12. 2015 se sešlo na posledním jednání v tomto roce předsednictva SPLDD ČR a výbor OSPDL ČLS JEP.

Kongres
primární péče

26.–27. únor 2016

Zvýhodněná cena za ubytování do 29. 1. 2016
TOP HOTEL Praha, Blažimská 178/4, 149 00 Praha 4
Registrace na detskylekar.cz a ahou.cz



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 10. 11. 2015

Přítomni: dr. Jojko, dr. Dvořák, dr. Kudyn, dr. Chrz, dr. Tautermann, Mgr. Uher
Omluveni: dr. Stará, dr. Šmatlák, dr. Hülleová, dr. Houba

1. Úhrady zdravotní péče v roce 2016

- Členové KSL se vzájemně informovali o výsledcích dohodovacího řízení pro rok 2016. Shodně negativně hodnotili nízké procento navýšení úhrad ve srovnání s rokem 2015.
- SAS ČR doporučí svým členům nepodepisovat cenové dodatky, pokud budou vycházet z úhradové vyhlášky na rok 2016, a zvažuje podání návrhu k Ústavnímu soudu na její zrušení. Ve čtvrtek 12. 11. 2015 zasedá Rada SAS ČR a projedná další postup.
- Dr. Chrz informoval o problémech se ZP Škoda, která začala rozesílat novou typovou smlouvu. Smlouva obsahuje ustanovení, které je v rozporu s rámcovou smlouvou, přestože ČSK toto sporné ustanovení připomínkovala.
- SSG ČR se nejspíše dohodne s většinou zdravotních pojišťoven, včetně VZP.
- SPL se pravděpodobně dohodne se všemi zdravotními pojišťovnami.

2. Návrh zákona o neziskových zdravotnických zařízeních

- Zatím nejsou k dispozici žádné nové informace, návrh zákona je v připomínkovém řízení na MZ ČR. Situaci je třeba dále sledovat a tento bod zařazovat do programů dalších jednání Koalice.

3. Prodej praxe

- Od září 2015 je v platnosti novela zákona č. 48/1997 Sb., která upravuje podmínky přechodu smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče. Podmínky, za kterých je pojišťovna povinna novou smlouvu uzavřít, jsou dány ustanovením § 17 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb. Není třeba výběrové řízení. Vzhledem k různému postupu různých zdravotních pojišťoven (případně různému postupu různých poboček jedné pojišťovny) navrhlo SPL ČR pověřit jednáním Mgr. Uhra a Mgr. Slavíka. Výsledkem by měl být jednotný postup zdravotních pojišťoven v této věci. Odsouhlasené pověření je přílohou zápisu.

V Praze dne 27. 11. 2015
Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Pověření Koalice soukromých lékařů

V Praze dne 13. 11. 2015

Koalice soukromých lékařů pověřuje Mgr. Jiřího Slavíka (ČSK) a Mgr. Jakuba Uhra (SPL) jednáním se zdravotními pojišťovnami ve věci aplikace nového ustanovení § 17 odst. 8 zák. č. 48/1997 Sb. za účelem dosažení akceptovatelného a jednotného postupu jednotlivých zdravotních pojišťoven při uzavírání smluv o poskytování a úhradě zdravotních služeb s nabyvatelem majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb.

Za koalici soukromých lékařů:

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR, mluvčí Koalice,
MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory,
MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR,
MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR,
MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

■ Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel

Dne 5. 11. 2015 vešla v účinnost vyhláška č. 271/2015 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel s podmínkou o náležitosti lékařského potvrzení osvědčujícího zdravotní důvody, pro něž se za jízdy nelze na sedadle motorového vozidla připoutat bezpečnostním pásem (vyhláška o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel), která mění původní vyhlášku č. 277/2004 Sb. Vyhláška se harmonizuje zejména se směrnicí Evropského parlamentu, se zákonem o zdrav. službách (terminologie), se zákonem o specifických zdrav. službách (posudková činnost) a zákonem o zdravotnické dokumentaci. Pro posuzujícího lékaře je důležitá změna v § 4 odst. 3, kde došlo k úpravě, podle níž se zakládá do zdravotnické dokumentace nikoliv kopie posudku, ale jeho stejnopis: „Kopie Stejnopis posudku

a záznam o jeho převzetí posuzovanou osobou potvrzený podpisem posuzujícího lékaře a posuzované osoby, popřípadě doručení potvrzující převzetí posudku posuzovanou osobou, jsou nedílnou součástí zdravotnické dokumentace vedené o posuzované osobě.“

Mírné změny se objevily také v příloze č. 1 Prohlášení posuzované osoby ke své zdravotní způsobilosti a č. 2 Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel. Jejich nové verze vkládáme do tohoto čísla VOXu.

Další upřesnění jsou v příloze č. 3 této vyhlášky, která se týká zdravotních požadavků a omezení.

■ Nařízení vlády č. 276/2015 Sb., o odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění způsobené pracovním úrazem nebo nemocí z povolání

Pro účely PLDD uvádíme jeho zkrácenou verzi, vypuštěna je příloha č. 2 a č. 4, které se věnují ohodnocení bolesti či ztížení společenského uplatnění způsobených nemocí z povolání. PLDD vystavuje posudek svému registrovanému pacientovi v případě, že ho sám ošetřoval nebo registrovaný pacient byl ošetřen u více PZS. Ač se se toto nařízení vlády vztahuje na posouzení poškození zdraví v souvislosti s pracovními úrazy a nemocí z povolání, může být i PLDD svým registrovaným pacientem vyzván k posouzení poškození zdraví, a to v případě pracovních úrazů u dorostu v rámci jejich pracovního zařazení, ale také u úrazů dětí ve školských zařízeních odškodňovaných z komerčních pojištění těchto zařízení.

Bolest a ztížení společenského uplatnění se hodnotí v bodech, přičemž hodnota jednoho bodu činí 250 Kč. Počet bodů u jednotlivých poškození zdraví je uveden v přílohách. Pokud úraz způsobil více poškození zdraví, bodové ohodnocení jednotlivých poškození zdraví se počítá. Bodové ohodnocení bolesti jednotlivých poškození zdraví úrazem se zvýší o 10, 20 či 30 %, jestliže v příčinné souvislosti s poškozením zdraví došlo ke komplikacím, a o 50 %, jestliže došlo k náročnému způsobu léčení. Bolest vzniklá v souvislosti s operací a s každou další se



hodnotí jako otevřená rána a nově vzniklá bolest.

Bodové ohodnocení ztížení společenského uplatnění způsobeného úrazem se sníží o 10, 20 či 30 %, pokud již dříve existovalo ztížení společenského uplatnění způsobené změnami zdravotního stavu nesouvisejícími s poškozením zdraví pracovním úrazem.

Pokud bylo již dříve ohodnoceno ztížení společenského uplatnění a poté nastalo zhoršení trvalých následků poškození zdraví, provede se nové ohodnocení, přičemž se odečte výše bodového ohodnocení dříve přiznaná.

Byla-li bolest nebo ztížení společenského uplatnění způsobena přede dnem nabytí účinnosti tohoto nařízení a nebyla posouzena, stanoví se náhrada za bolest nebo náhrada za ztížení společenského uplatnění podle tohoto nařízení.

■ **Doplňující informace MZ k nařízení vlády č. 276/2015 Sb.: Výklad pojmu hematom a zhmoždění**

Vážená paní
MUDr. Jana Hůlleová
Předsedkyně
V Praze dne 14. 12. 2015
Č.j. 77561/2015
MZDRP01JA59W

Vážená paní doktorko,
odbor ochrany veřejného zdraví zaznamenal opakovaně závažné problémy s interpretací nařízení vlády č. 276/2015 Sb., o odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění způsobené pracovním úrazem nebo nemocí z povolání. Zdrojem těchto problémů je aplikace položky 1.11 přílohy č. 1 „Počty bodů pro ohodnocení bolesti pro jednotlivá poškození zdraví způsobená pracovním úrazem“, podle které se odškodňuje pohmoždění měkkých tkání různých jiných částí těla podle rozsahu a lokalizace postižené části pěti body za 1 cm². V praxi se objevuje tendence odškodňovat prostřednictvím položky č. 1.11 přílohy č. 1 výše uvedeného nařízení vlády jakýkoliv hematom související s pracovním úrazem. OOVZ byl opakovaně požádán o výklad, jak postupovat např. při „pohmoždění měkkých tkání“, kdy byla snaha výši odškodnění vyčíslit na základě plochy „hematomu“, což by vedlo k neúměrně vysokému odškodnění. Proto je třeba, aby posuzující lékaři jasně rozlišovali mezi rozsahem kontuze a jejími ekto-

kými projevy a při odškodňování vycházeli z rozsahu poškození měkkých tkání v místě působení tupého tlaku, objektivizovaného ve zdravotnické dokumentaci.

U pohmoždění, zhmoždění nebo kontuze, které bylo odškodňováno i předchozími právními předpisy, jde o silné poranění tupým předmětem v místě, kde konkrétně k tupému tlaku došlo. Tam se aspekci a palpací sice také zjistí změna barvy kůže, ale především zduření kůže, podkoží a svalů (také kloubů, orgánů apod., což je už ale uváděno jako součást dalších položek u jiných částí těla). Plocha takového pohmoždění je předmětem odškodnění, zatímco o běžných modřinách = hematomech jako takových se příloha nezmiňuje. Nelze tedy započítat všechny ektopické projevy, jako např. hematomy rozlité z místa úderu po celé končetině, když vlastní zhmoždění je většinou mnohem menšího rozsahu. Takto vnímali pohmoždění nejen zpracovatelé přílohy, kteří všechny položky podrobovali společné diskuzi, ale také odborníci z připomínkových míst, neboť žádná námitka vůči rozsahu a nadhodnocení pohmoždění se v celém dlouhém legislativním procesu nevyskytla. Nelze tedy zaměňovat pojmy kontuze a hematom, mající rozdílný medicínský význam, který příloha č. 1 nařízení vlády č. 276/2015 Sb. reflektuje.

Vzhledem k nejasnostem, které jsou kolem použití položky 1.11 přílohy č. 1 nařízení vlády č. 276/2015 Sb. Vás žádáme o spolupráci, a to abyste o stanovisku Ministerstva zdravotnictví k odškodňování pohmožděnin ihned informovala členy Sdružení, u kterých mohou zaměstnanci žádat o vyhotovení lékařského posudku o ohodnocení bolesti. Stanovisko ministerstva je přílohou tohoto dopisu.

S poděkováním za spolupráci a s pozdravem
MUDr. Jarmila Rážová, Ph.D., ředitelka odboru ochrany veřejného zdraví a zástupkyně hlavního hygienika

■ **Do výzkumu kardiovaskulárního rizika a zátěže škodlivinami z prostředí u dětí se zapojí ordinace PLDD**

V průběhu roku 2016 bude v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost probíhat studie „Zdraví dětí 2016“. Klade si za cíl zhodnotit takové zdravotní ukazatele, které nejsou sledovány rutinní statistikou. Jde o prevalenci rizika kardiovaskulárních onemocnění, alergických onemocnění,

respiračních obtíží, poruch pohybového aparátu a obezity. Ve vybraných městech studie zahrnuje i unikátní výzkum zátěže dětí toxickými látkami ze životního prostředí. Výzkum organizuje Státní zdravotní ústav v Praze ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP.

Studie bude probíhat u spolupracujících dětských praktických lékařů v rámci pravidelných preventivních prohlídek. Lékař zanesení údaje o zdravotním stavu dítěte do krátkého anamnestického formuláře; do studie zahrne 120 dětí ze svého obvodu. Rodiče vyplní stručný dotazník o zdravotních obtížích a životním stylu dítěte a poskytnou lékaři potřebné údaje, například k rodinné anamnéze KVO. U dětí v riziku KVO bude stanoven lipidový profil. Ve vybraných městech (Praha, Liberec, Ostrava, Žďár n. S.) bude moci lékař nabídnout rodičům účast na výzkumu zátěže dětí škodlivinami ze životního prostředí; dítěti pak budou odebrány vzorky krve a moče na analýzu nejen toxických látek – kadmia, arsenu, olova, rtuti a rizikových ftalátů, ale také látek benefitních – selenu, jódu a všestranně významného vitamínu D. Takové vyšetření má hodnotu zhruba 3 tisíce korun na jedno dítě, v rámci studie je hradí organizátor. Výsledky budou zpracovávány přísně anonymně, se zachováním všech podmínek ochrany osobních a citlivých údajů. Rodiče budou moci požádat o výsledky u svého praktického lékaře pro děti a dorost, který jediný propojí anonymní kód dítěte se jménem.

Studie navazuje jak na dlouhodobé aktivity Státního zdravotního ústavu v oblasti monitorování zdravotního stavu české populace, tak na aktivity Odborné společnosti praktických dětských lékařů. Získané poznatky budou využity pro hodnocení zdravotního stavu dětské populace a velikosti zdravotních rizik ze životního prostředí. Výsledky budou propojeny s daty národního monitoringu spotřeby potravin a zdravotních rizik a benefitů spojených s českou dietou. Navážou rovněž na předchozí obdobná prevalence šetření u dětské populace. Bude tak vytvořen robustní podklad pro prosazování případných nápravných opatření.

MUDr. Růžena Kubínová,
ředitelka Ústředí monitorování zdravotního stavu obyvatelstva, Státní zdravotní ústav Praha

Pro VOX připravil MUDr. Ctirad Kozderka



Co se mění od ledna 2016?

■ Novinky Ministerstva práce a sociálních věcí

Nový rok přinese některé změny v oblasti práce a sociálních věcí. Zvyšuje se minimální mzda z 9 200 korun na 9 900 korun. Končí II. důchodový pilíř. A jako kompenzaci za nízkou lednovou valorizaci dostanou důchodkyně a důchodci v únoru jednorázový příspěvek 1 200 korun.

DŮCHODY

Od ledna se zvyšují důchody starobní, včetně předčasných starobních důchodů, důchody invalidní (pro invaliditu prvního, druhého i třetího stupně), vdovské, vdovecké a sirotčí. Základní výměra důchodu (stejná pro všechny druhy důchodů) se zvýší o 40 Kč (z 2 400 Kč na 2 440 Kč). Procentní výměra důchodu, která je individuální v závislosti na získaných dobách důchodového pojištění a dosahovaných příjmech, se nezvyšuje.

Důchodci proto dostanou **v únoru jednorázový příspěvek 1 200 korun navíc**. MPSV se tak snaží vykompenzovat nízkou zákonnou valorizaci pro rok 2016 vypočítanou podle údajů ČSÚ. U průměrného starobního důchodu činí zvýšení částku odpovídající stu procent růstu úhrnného indexu spotřebitelských cen a o částku odpovídající jedné třetině růstu reálných mezd. Zákon tyto parametry přesně stanovuje a neumožňuje žádné jiné než takto vypočtené zvýšení důchodů.

(V roce 2015 si důchodci polepšili v průměru o 200 korun měsíčně, základní výměra se zvýšila o 60 Kč na 2 400 Kč a procentní výměra se zvýšila o 1,6 %.)

VYŠŠÍ MINIMÁLNÍ MZDA

Poctivě pracovat se musí vyplatit. Snažíme se proto postupně zvyšovat minimální mzdu tak, aby se její úroveň přiblížila 40 procentům průměrné mzdy. Při schválení valorizaci minimální mzdy lze v příštím roce předpokládat zvýšení jejího podílu k průměrné mzdě na 36 procent. Od ledna 2016 tak minimální mzda **vzroste o 700 korun (z 9 200 Kč v roce 2015) na 9 900 korun, minimální hodinová mzda se zvýší z 55 Kč (v roce 2015) na 58,70 Kč.**

Sazba minimální mzdy pro stanovenou týdenní pracovní dobu 40 hodin vzroste

u zaměstnance, který pobírá invalidní důchod, z 48,10 Kč za hodinu (v roce 2015) na 55,10 Kč za hodinu, tedy na 9 300 Kč za měsíc.

V návaznosti na to se valorizují i nejnižší úrovně zaručené mzdy pro zaměstnance, jejichž mzdy nejsou sjednány v kolektivních smlouvách, a pro zaměstnance ve veřejných službách a správě.

NEMOCENSKÉ POJIŠTĚNÍ

Redukční hranice pro úpravu denního vyměřovacího základu, který slouží pro výpočet výše dávek nemocenského pojištění, jsou pro rok 2016 následující:

- první redukční hranice činí **901 Kč** (888 Kč v roce 2015),
- druhá redukční hranice činí **1 351 Kč** (1 331 Kč v roce 2015),
- třetí redukční hranice činí **2 701 Kč** (2 662 Kč v roce 2015).

Částka **rozhodného příjmu** potřebná pro účast na nemocenském pojištění činí **2 500 Kč** i v roce 2016.

■ Pojistné na sociální zabezpečení

Ukončení důchodového spoření

Od 1. ledna 2016 bude ukončeno placení pojistného na důchodové spoření a s tím souvisí i úprava sazeb pojistného, které **se stanoví již bez zřetele k důchodovému spoření**, tj. nikoliv diferencovaně v závislosti na tom, zda poplatník pojistného byl, či nebyl účasten důchodového spoření.

Sazby pojistného na sociální zabezpečení od 1. ledna 2016 činí:

- u zaměstnavatele 25 % z vyměřovacího základu, z toho 2,3 % na nemocenské pojištění, 21,5 % na důchodové pojištění a 1,2 % na státní politiku zaměstnanosti,
- u zaměstnance 6,5 % z vyměřovacího základu,
- u osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ)
 - a) 29,2 % z vyměřovacího základu, z toho 28 % na důchodové pojištění a 1,2 % na státní politiku zaměstnanosti, jde-li o osobu samostatně výdělečně

činnou účastnou důchodového pojištění,

- b) 2,3 % z vyměřovacího základu, jde-li o osobu samostatně výdělečně činnou účastnou nemocenského pojištění,
- u osoby dobrovolně účastné na důchodovém pojištění 28 % z vyměřovacího základu.

Nejvýznamnější změny:

- částka průměrné mzdy pro účely pojistného je **27 006 Kč** (26 611 Kč v roce 2015),
- maximální vyměřovací základ pro placení pojistného je **1 296 288 Kč** (1 277 328 Kč v roce 2015),
- rozhodná částka (daňový základ) zakládající účast na důchodovém pojištění OSVČ, která vykonává vedlejší činnost v roce 2015, je **64 813 Kč** (63 865 Kč v roce 2015),
- minimální měsíční základ pro placení záloh na pojistné pro **OSVČ vykonávající hlavní činnost** za kalendářní měsíc, ve kterém byl (měl být) podán Přehled o příjmech a výdajích OSVČ za rok 2015, je **6 752 Kč** – z toho **minimální záloha** na pojistné činí **1 972 Kč** (1 943 Kč v roce 2015, nebyla-li OSVČ účastna důchodového spoření; 1 744 Kč, byla-li OSVČ v roce 2015 účastna důchodového spoření),
- minimální měsíční vyměřovací základ pro **OSVČ vykonávající vedlejší výdělečnou činnost** za kalendářní měsíc, ve kterém byl (měl být) podán Přehled o příjmech a výdajích OSVČ za rok 2015, je **2 701 Kč** – z toho **minimální záloha** na pojistné činí **789 Kč** (778 Kč v roce 2015, nebyla-li OSVČ účastna důchodového spoření; 698 Kč, byla-li OSVČ účastna důchodového spoření).

Petr Habáň, tiskový mluvčí,
Ministerstvo práce a sociálních věcí

■ ČSSZ informuje: Změny v pojištění OSVČ platné od 1. 1. 2016

Na základě zákona o ukončení důchodového spoření již nebudou jeho účastníci uplatňovat zvláštní sazbu pojistného.



Osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) budou v roce 2016 odvádět pojistné na důchodové pojištění ve výši 29,2 % z vyměřovacího základu, tzn. stejné jako v roce 2015. Nejvýznamnější změny v placení pojistného na důchodové pojištění pro OSVČ tradičně nastanou po podání Přehledu o příjmech a výdajích OSVČ.

Pro účely placení záloh **platí snížená sazba pojistného naposledy za měsíc prosinec 2015** (splatnost zálohy od 1. 1. 2016 do 20. 1. 2016). **Za měsíc leden 2016 a následující platí pouze sazba ve výši 29,2 % z měsíčního vyměřovacího základu** (splatnost lednové zálohy je od 1. 2. 2016 do 20. 2. 2016).

Hlavní samostatná výdělečná činnost

- OSVČ vykonávající hlavní samostatnou výdělečnou činnost (SVČ) již v roce 2015 bude od ledna 2016 do měsíce předcházejícího měsíci podání Přehledu o příjmech a výdajích za rok 2015 (dále jen Přehled) platit **zálohy na důchodové pojištění** ve výši dle daňového základu roku 2014, **minimálně 1 943 Kč** měsíčně,
- v měsíci podání Přehledu za rok 2015 a měsících následujících platí OSVČ zálohy dle daňového základu dosaženého v roce 2015, **minimálně 1 972 Kč**. Platba záloh na pojistné na důchodové pojištění je v případě hlavní SVČ i nadále povinná,
- minimální roční vyměřovací základ pro OSVČ vykonávající hlavní SVČ v roce **2015 činí 79 836 Kč**,
- pro OSVČ vykonávající hlavní SVČ v roce **2016** bude minimální roční vyměřovací základ činit **81 024 Kč**.

Vedlejší samostatná výdělečná činnost

- OSVČ vykonávající vedlejší SVČ již v roce 2015 s povinností platit zálohy na pojistné bude od ledna 2016 do měsíce předcházejícího měsíci podání Přehledu platit zálohu na pojistné dle daňového základu roku 2014, **minimálně 778 Kč**,
- v měsíci podání Přehledu a měsících následujících platí OSVČ zálohy podle daňového základu dosaženého v roce 2015, **minimálně 789 Kč**. Zálohy na pojistné v roce 2016 bude OSVČ vykonávající vedlejší SVČ povinna platit, přihlásí-li se k účasti na pojištění pro rok 2016 nebo pokud dosáhl její daňový základ v roce 2015 alespoň **63 865 Kč**. Částka se sníží o jednu dvanáctinu, tj. o 5 323 Kč, za každý kalendářní měsíc, ve kterém nebyla vedlejší SVČ vykonávána.

- minimální roční **vyměřovací základ** pro OSVČ vykonávající vedlejší SVČ v roce **2015 činí 31 944 Kč**,
- minimální roční **vyměřovací základ** pro OSVČ vykonávající vedlejší SVČ v roce **2016 činí 32 412 Kč**,
- **rozhodná částka** (daňový základ) zakládající účast na důchodovém pojištění OSVČ, která vykonávala vedlejší SVČ v roce **2015**, je **63 865 Kč**; pro rok **2016** je tato částka **64 813 Kč**.

Jak lze platit zálohy

OSVČ může platit zálohy na delší než měsíční období, ale vždy jen do budoucna a nejdéle do konce kalendářního roku. Platbu záloh na pojistné do budoucna musí OSVČ oznámit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení. Platba může být použita na úhradu záloh do budoucna, pouze pokud OSVČ nemá žádný závazek vůči ČSSZ.

Příklady úhrady záloh na pojistné na důchodové pojištění v roce 2016

OSVČ při výkonu hlavní SVČ platí v roce 2016 až do měsíce předcházejícího měsíci podání Přehledu za rok 2015 zálohy na pojistné v minimální výši, tj. ve výši 1 943 Kč. Ve splatnosti měsíce ledna 2016 dne 16. 2. 2016 uhradí částku 1 943 Kč, dne 17. 2. 2016 uhradí částku 3 886 Kč. O tom, že by chtěla platit zálohy na delší než měsíční období, však příslušnou správu sociálního zabezpečení nevyrozumí. Tyto platby v celkové výši 5 829 Kč budou v plné výši uloženy na měsíc leden 2016, neboť výši zálohy na pojistné zaplacené v období splatnosti zálohy na pojistné lze v tomto období dodatečně zvýšit. Uvedené znamená, že do 20. dne následujícího kalendářního měsíce, lze další platbou dodatečně navýšit měsíční vyměřovací základ zálohy na pojistné, která již byla uhrazena do minimální stanovené výše. Nebudou-li následně uhrazeny zálohy za únor a březen 2016, budou dlužnými zálohami a ode dne následujícího po dni splatnosti bude z těchto záloh počítáno penále ve výši 0,05 % dlužné částky za každý den prodlení až do dne úhrady nebo do dne, kdy byl nebo měl být podán přehled za rok 2016.

Jestliže OSVČ uhradí na měsíc leden 2016 (platí pro kterýkoliv měsíc roku 2016) ve splatnosti tohoto měsíce částku vyšší, než odpovídá maximálnímu měsíčnímu vyměřovacímu základu, např. ve výši 35 000 Kč, a tato OSVČ nebude mít jiné splatné závazky vůči ČSSZ, bude tato platba uložena na

měsíc leden 2016. OSVČ však bude kontaktována pracovníkem příslušné správy sociálního zabezpečení, že se jedná o vyšší platbu, než která odpovídá maximálnímu měsíčnímu vyměřovacímu základu, a zda chce OSVČ rozdílný mezi maximální platbou 31 544 Kč a skutečnou platbou 35 000 Kč, tj. částku 3 456 Kč, vrátit, nebo zda chce přeplatek použít na zálohu na následující měsíc.

Pokud OSVČ uhradí zálohu ve vyšší výši, než činí předpis za daný měsíc, ale bude se jednat o platbu po splatnosti zálohy, bude platba použita pouze do výše předpisu. Např. dne 23. 2. 2016 bude na účet správy sociálního zabezpečení připsána platba ve výši 6 000 Kč, přičemž předpis na měsíc leden činí 1 943 Kč. Platba bude použita na úhradu ledna ve výši 1 943 Kč a zbývající částka ve výši 4 057 Kč bude použita na úhradu zálohy za únor 2016. Na měsíc leden se jedná o pozdní platbu po splatnosti, nemůže být tedy uhrazeno více, než činí předpis zálohy. OSVČ si může určit vyšší měsíční vyměřovací základ pro zálohu na pojistné, jen pokud je záloha zaplacená (připsána na účet) včas, tj. ve splatnosti dané zálohy.

Placení nemocenského pojištění

V platnosti zůstává stanovení maximálního měsíčního základu nemocenského pojištění, účinného od 1. 1. 2014. **Každá OSVČ si i v roce 2016 určuje měsíční základ nemocenského pojištění svou platbou.** Měsíční základ nemůže být nižší než minimální (5 000 Kč) a zároveň nemůže být vyšší než maximální základ stanovený dle počtu měsíců výkonu činnosti a výše určeného vyměřovacího základu na naposledy podaném Přehledu o příjmech a výdajích, jestliže není starší tří let.

Např. určený vyměřovací základ z posledního Přehledu činí 120 000 Kč a výkon činnosti je 10 měsíců, maximální měsíční základ nemůže být vyšší než 12 000 Kč (120 000 / 10).

Výši osobního maximálního měsíčního základu a výši platby na nemocenské pojištění v sazbě 2,3 %, je možné si spočítat pomocí kalkulačky uvedené na webu ČSSZ, pojištění OSVČ, příklady výpočtu dávek nemocenského pojištění OSVČ.

Splatnost pojistného na nemocenské pojištění, způsob úhrady, podmínky účasti na nemocenském pojištění, nárok na dávky a princip stanovení výše dávek zůstávají pro rok 2016 beze změn.



Sebehodnocení práce Ministerstva zdravotnictví ČR za rok 2015 a cíle vytyčené pro rok 2016

■ Jaké změny jsme zavedli/prosadili v roce 2015

Pacienti neplatí od 1. 1. 2015 regulační poplatky a zdravotní péče je tak dostupnější všem potřebným, aniž by se naplnily negativistické předpovědi odpůrců rušení poplatků o přetížených ordinacích z tohoto důvodu.

Růst platů zdravotníků o 5 %, zajištění financí na analogické navýšení mezd

- Úhradová vyhláška přináší dostatečné navýšení financí na 5% růst tarifních platů a analogické navýšení mezd. Od 1. 1. 2016.

Včasné vydání spravedlivé úhradové vyhlášky

- Úhradová vyhláška byla v souladu s novým zmocněním vydána o dva měsíce dříve, než bylo zvykem – zdravotní pojišťovny tak měly možnost nastavit správně své zdravotně-pojistné plány.
- Je prorůstová a zajišťuje ve všech segmentech dostatečný nárůst úhrad na pokrytí zvýšení osobních nákladů.
- Z hlediska dopadů na systém veřejného zdravotního pojištění je úhradová vyhláška rozpočtově neutrální, u všech zdravotních pojišťoven se saldo roku 2016 pohybuje v rozmezí 0,5 % příjmů pojišťovny.
- Úhradová vyhláška nebrání poskytovatelům a pojišťovnám se individuálně dohodnout na jiném způsobu úhrady. V některých segmentech Ministerstvo zdravotnictví individuální dohody naopak preferuje.

Úhradová vyhláška myslela i na kompenzaci zrušených regulačních poplatků.

Navýšení ceny práce nositelů výkonů v seznamu výkonů o 10 %

- V seznamu zdravotních výkonů byla valorizována položka osobních nákladů nositelů výkonů o 10 %, toto opatření se nejvíce projeví u praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost a u záchranné služby. V ostatních segmentech bude vstupovat do úhrad postupně v závislosti na možnostech systému veřejného zdravotního pojištění. Od 1. 1. 2016.

Transparenční novela zákona o veřejném zdravotním pojištění

- Novela vychází z programového prohlášení vlády, které vládu zavazuje k posílení státního dozoru nad finančními toky zdravotního pojištění a nad fungováním zdravotních pojišťoven.
- Materiál zakotvuje mimo jiné:
 - Povinnost zveřejňování smluv mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami
 - Úplný zákaz nábory pojištěnců prostřednictvím třetích osob

Nastartování procesu kontrol zdravotních pojišťoven

- Vzniklo nové oddělení kontroly zdravotních pojišťoven s deseti kontrolory.
- Byly vytvořeny kontrolní týmy a probíhají kontroly ve 4 zdravotních pojišťovnách (ČPZP, VZP, RBP a OZP).
- Plánuje se každoroční provedení hloubkové kontroly ve 2 zdravotních pojišťovnách.
- V případě zjištění problémů v činnosti je možné operativně provést ad hoc kontrolu konkrétních procesů.

Ekonomická stabilizace zdravotních pojišťoven – pojišťovny platí včas

Úspora prostředků veřejného zdravotního pojištění v rámci rozhodování o cenách a úhradách léků

- Na počátku roku 2015 jsme měli možnost prezentovat úspory z revizí cen a úhrad léčiv, kterými Státní ústav pro kontrolu léčiv ušetřil téměř 2,2 miliardy korun pro systém veřejného zdravotního pojištění. Úspory byly investovány především do léků pro onkologicky a jinak těžce nemocné.
- Celý systém, tedy výrobci, distributoři a lékární, prokazují pozitivní součinnost v tom, že se přizpůsobují změnám, a tak často nevyužívají maximálních cen a obchodních přírůstků. To má v konečném důsledku pozitivní vliv pro pacienty, kteří nemusejí na léky doplácet více.
- Uspořené prostředky zůstávají v systému veřejného zdravotního pojištění a mohou být použity pro pokrytí léčby většího počtu pacientů, případně pro pacienty,

kterí trpí velice vzácnými a závažnými onemocněními, jejichž léčba je vysoce nákladná.

- V hloubkových revizích rozhodnutých v roce 2015 vznikla úspora 967 mil. Kč
- V rámci zkrácených revizí Ústav zahájil celkem 14 řízení, z toho 8 na žádost pojišťovny, 5 za účelem dosažení úspor po vstupu generika na trh a 1 za účelem dosažení úspor po uzavření dohody mezi zdravotní pojišťovnou a držitelem rozhodnutí o registraci.
- Celková úspora ze zkrácených revizí činí více než 828 mil. Kč.
- Pokud tedy sečteme úspory z hloubkových a zkrácených revizí, dostáváme se na sumu blížící se 2 miliardám Kč.

Novela vyhlášky č. 221/2013 Sb., kterou se stanovují podmínky pro předepisování, přípravu, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití

- Zásadní změnou je navýšení množství omezení konopí pro léčebné použití, nové vymezení druhů a typů konopí pro léčebné použití, rozšíření odborností předepisujících lékařů a indikací. Všechny úpravy směřovaly k faktickému zavedení léčebného konopí do klinické praxe.
- Účinnost od 17. 10. 2015 (nově předpis č. 236/2015 Sb.).

Příprava novely zákona, kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech)

- Kromě sladění práva s Evropskou unií zákon především řeší hrozby akutní nedostupnosti léčivých přípravků pro potřeby pacientů v České republice a chrání tak jejich životy a zdraví, a to vytvořením systému sledování a vyhodnocování hrozby nedostupnosti léčivých přípravků pro potřeby pacientů v České republice a přijímání příslušných opatření omezujících distribuci léčivých přípravků mimo území České republiky.
- 21. 12. 2015 projedná vláda

Dokončení akčních plánů Národní strategie Zdraví 2020 a jejich přijetí ve vládě



Dokončení 13 akčních plánů, které byly oficiálně předány Evropské komisi, aby tak byla splněna předběžná podmínka pro čerpání finančních prostředků z Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF) Evropské unie. ESIF by se tak měly stát významným zdrojem nejen pro naplňování stanovených priorit Národní strategie Zdraví 2020, ale také pro financování našeho zdravotnictví ve všech oblastech.

Novela zákona o ochraně veřejného zdraví – uhájili jsme systém povinného očkování
Novela otevřela v parlamentu širokou diskusi o klíčových principech ochrany veřejného zdraví v ČR, zejména o systému očkování. **Tyto principy se podařilo obhájit.** Účinnost od 1. 12. 2015.

Centralizované nákupy

Nákup energií na rok 2016 koncem září na Českomoravské komoditní burze Kladno – **snížili jsme náklady o téměř 100 milionů korun. Už v roce 2015 platíme za elektřinu a plyn o 80 milionů korun méně než v roce 2014.** V roce 2016 pak bude díky novým cenám, které se meziročně podařilo snížit o dalších 97 milionů korun, rozdíl už téměř 180 milionů korun.

Podpora regionálních zdravotnických zařízení

Celkový objem dotace 650 mil. Kč (do každého kraje 50 mil. Kč s výjimkou hl. m. Prahy); jedná se o podporu zdravotnických zařízení řízených kraji. Tato podpora byla určena především na modernizaci a rekonstrukci. Ve prospěch krajských zdravotnických zařízení byla zahájena realizace celkem 84 investičních akcí.

Konkrétní příklady:

- **Jihočeský kraj:** Nemocnice České Budějovice – pořízení PET/CT – dotace ze státního rozpočtu 50 mil. Kč
- **Kraj Vysočina:** Nemocnice Jihlava – pořízení PET/CT – dotace ze státního rozpočtu 50 mil. Kč
- **Karlovarský kraj:** Karlovarská krajská nemocnice – nástavba plicního oddělení na lůžkovém pavilonu – dotace ze státního rozpočtu 50 mil. Kč
- **Ústecký kraj:** Krajská zdravotní – rekonstrukce a modernizace technologického vybavení prádelny – dotace ze státního rozpočtu 39,6 mil. Kč
- **Moravskoslezský kraj:** obnova přístrojové techniky v nemocnicích ve Frýdku-Místku,

Trinci, Krnově, Karvině a Opavě – dotace ze státního rozpočtu 50 mil. Kč

- **Pardubický kraj:** Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví – rekonstrukce elektroinstalace – dotace ze státního rozpočtu 7,1 mil. Kč

Vyhláška č. 297/2012 Sb. (vyhláška o Listu o prohlídce zemřelého)

- Novela má za cíl odstranit co možná nejvíce nedostatky, které se v praxi při postupu při úmrtí, zejména mimo zdravotnická zařízení, projeví, a usnadnit vyplňování a předávání Listu.
- Účinnost novely od 1. 1. 2016

Pro více informací kontaktujte Ministerstvo zdravotnictví ČR, tel.: 224 972 604

Odbor komunikace s veřejností,
e-mail: tisk@mzcr.cz

■ Čeho chceme dosáhnout v roce 2016

Chceme dále pracovat na dostupnosti zdravotnického personálu a na spravedlivých odměnách pro zdravotníky:

Návrh novely zákona č. 95/2004 Sb.

- Hlavní cíle novely
 - zlepšení postavení mladých lékařů v ČR
 - horizontální propustnost mezi jednotlivými obory
- Návrh byl předložen k projednání Legislativní radě vlády, která MZ vyzvala k zapracování připomínek.
- Předpokládaná účinnost novely zákona č. 95/2004 Sb. je v průběhu roku 2016.

Zajištění dostatečného počtu všeobecných sester a fyzioterapeutů – Zákon č. 96/2004 Sb.

Nedostatek sester je nutné řešit systémově. Novela zákona zvažuje zkrácení přípravy na výkon základních ošetrovatelských a odborných činností sestry ze 7 let na 4 nebo 5 let. Možné varianty nového vzdělávání se nyní aktivně projednávají s MŠMT. Předpokládáme, že návrh zákona, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., bude vládě předložen k projednání a ke schválení v dubnu 2016.

Samozřejmě je nutné docílit dalšího zlepšení finančního ohodnocení zdravotnických pracovníků a zabývat se i pracovními podmínkami zdravotnických pracovníků.

Pravidelná valorizace platby pojistného za státní pojištění

- V roce 2016 předložíme návrh zákona, který zavede pravidelnou valorizaci plateb za státní pojištění.
- Cílem je přinést **další finanční prostředky do zdravotnictví, aby mohlo být maximálně zrychleno tempo růstu platů a mezd ve zdravotnictví**

„Protikuřácký zákon“ – Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek

Včera (15. 12. 2015) prošel prvním čtením a udělám vše pro to, aby se v průběhu projednávání v parlamentu nestal zákon bezu-
bým a chránil zdraví obyvatel ČR.

Pokračování projektu DRG restart a novela zákona č. 372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách)

Tento zákon je velice důležitý pro prosazování dlouhodobého cíle přenastavit systém úhrad lůžkové péče, známý jako projekt DRG restart (více viz prezentaci ředitele L. Duška).

- Mezi cíle patří jasně pojmenovaná pozice, kompetence a odpovědnost správce NZIS a dat v systému hodnocení indikátorů kvality a bezpečnosti zdravotních služeb.
- V PS před 2. čtením

Podpora preventivních programů HIV/AIDS a dalších screeningů, tato prevence zachraňuje životy

Pro rok 2016 se v dotačním programu podařilo zajistit 11 916 000 Kč a pro Národní program řešení problematiky HIV/AIDS pak 10 945 000 Kč. Dotační programy se tak opět stávají klíčovými nástroji podpory zdraví v ČR.

Prevence HIV/AIDS byla v posledních letech podceňována, proto ministerstvo zdravotnictví pracuje na nápravě této situace a věnuje prevenci maximální pozornost. Navyšujeme dotace jak pro přímo řízené organizace, které pracují na programech souvisejících s problematikou HIV, tak pro široké spektrum organizací pracujících ve veřejném prostoru, včetně neziskových. Celkem jsme tedy proti stavu v minulých letech, kdy na prevenci šly jen necelé 3 miliony korun, ještě pro letošní rok uvolnili na aktivity proti šíření HIV více než 11 milionů korun a pro rok příští už půjde o téměř 19 milionů korun. Proběhne ještě jednání o navýšení finanční podpory.

**Snažíme se dále opravovat nemocnice, aby pacientům nespady na hlavu****Plán investičních výdajů 2016**

- plánované výdaje na financování programů reprodukce majetku činí **1,4 mld. Kč**, což představuje **cca 20 % z celkových výdajů** kapitoly Ministerstva zdravotnictví
- k hlavním prioritám MZ v této oblasti patří:
 - zahájení realizace strategických investic** (zejména přípravné a projektové práce) v objemu cca **500 mil. Kč**;
 - další prioritou je ve zbývajícím objemu pokračovat v podpoře akcí zaměřených na **obnovu zdravotní infrastruktury a přístrojového vybavení zdravotnických zařízení**
 - ukončení realizace současných deset programů reprodukce majetku do 31. 12. 2016 a s tím související úspěšné

ukončení investičních akcí zahájených v letošním roce.

- jedná se podporu strategických investičních akcí schválených usnesením vlády ze dne 20. srpna 2015 č. 672 k *Záměru Ministerstva zdravotnictví v oblasti strategických investic do roku 2020*

V průběhu roku 2016 bude pokračovat odborná debata o návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích – zabráníme privatizaci krajských nemocnic

Cílem novely je upravit novou právní formu právnické osoby – neziskovou zdravotnickou organizaci, jejíž hlavní činností bude poskytování lůžkové zdravotní péče a navazujících zdravotních služeb. V rámci této právní formy budou upraveny také univerzitní nemocnice, které vzniknou přeměnou stávajících fakultních nemocnic.

Norma počítá také s tím, že hlavní činností neziskové zdravotnické organizace nebude podnikání a bude považována za službu obecného hospodářského zájmu. Příjmy neziskové zdravotnické organizace bude možné využít pouze na úhradu výdajů spojených s její činností. Zdravotní pojišťovny budou mít povinnost uzavřít s neziskovou zdravotnickou organizací smlouvu o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb za podmínek stanovených právními předpisy o veřejném zdravotním pojištění.

Pro více informací kontaktujte Ministerstvo zdravotnictví ČR, tel.: 224 972 604
Odbor komunikace s veřejností,
e-mail: tisk@mzcr.cz

PŘO	Název investiční akce	Předpokládaný termín realizace	Celková výše investice (mld. Kč)	Podíl vlastních zdrojů	Požadavek na výdaje SR (mld. Kč)
FN Brno	Výstavba GPK	2016–2019	1,950	30 %	1,365
FN Olomouc	Rekonstrukce a dostavba hlavní budovy	2016–2019	1,500	30 %	1,050
FN Plzeň	Výstavba pavilonu chirurgických oborů	2016–2020	1,500	30 %	1,050
Thomayerova nemocnice Praha	Centrální urgentní příjem	2016–2020	0,800	30 %	0,560
IKEM Praha	Výstavba budov G1 a G2	2016–2018	0,750	30 %	0,525
VFN Praha	Výstavba nového sdruženého objektu	2017–2021	1,530	30 %	1,071
FN Hradec Králové	Rekonstrukce pavilonu chirurgických oborů	2017–2022	2,000	30 %	1,400
CELKEM		2016–2019	10,030		7,021

Kumulativní růst nákladů na segmenty

Náklady na segmenty rostou úměrně růstu celkových příjmů systému veřejného zdravotního pojištění.

	2012/2012	2013/2012	2014/2012	2015/2012	2016/2012
Růst celkových příjmů ZP	100 %	99 %	104 %	108 %	112 %

Kumulativní růsty nákladů dle segmentů	2012/2012	2013/2012	2014/2012	Modelace 2015/2012	Modelace 2016/2012
Náklady celkem	100 %	99 %	105 %	108 %	112 %
Ambulance celkem	100 %	102 %	107 %	110 %	114 %
Praktičtí lékaři	100 %	102 %	104 %	108 %	111 %
Ambulantní specialisté	100 %	102 %	107 %	111 %	115 %
Lůžková péče celkem	100 %	99 %	108 %	112 %	116 %
Nemocnice	100 %	99 %	107 %	111 %	116 %
Centrové léky	100 %	120 %	141 %	146 %	158 %
Lázně	100 %	63 %	97 %	106 %	108 %
Léky na recept	100 %	96 %	94 %	95 %	98 %
Následná péče celkem	100 %	96 %	116 %	120 %	126 %
Ošetřovatelská péče	100 %	109 %	119 %	122 %	128 %



Poskytování zdravotní péče nezletilým cizincům

■ **Dotaz MUDr. Jiřího Běhounka,
hejtmana Kraje Vysočina**

Váš dopis značky/ze dne:
Číslo jednací: KUJI 62650/2015
Vyřizuje/telefon: Měrtlová/564 602 450

V Jihlavě dne: 16. 9. 2015

Vážený pane ministře,
dovoluji si se na Vás obrátit v návaznosti na aktuální migrační vlnu ve věci zajišťování a zjišťování zdravotního stavu nezletilých cizinců, kteří se na území České republiky nacházejí bez doprovodu rodičů či jiných osob za ně odpovědných.

V minulém týdnu jsme byli ministryní páce a sociálních věcí Mgr. Michaelou Marksovou požádáni o spolupráci ve věci vytipování vhodných poskytovatelů zdravotních služeb, kteří by vyšetření těchto dětí – migrantů zajišťovali.

Pokoušeli jsme se zjistit informace, které jsou předávány k otázce vyšetřování zdravotního stavu migrantů z úrovně jednotlivých ministerstev. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstvo práce a sociálních věcí vydávají každé své metodiky, bohužel informace k této otázce vyšetřování zdravotního stavu dětí se liší a zařízení, která by po vyšetření měla dítě přijmout, vyžadují v návaznosti na „svoji“ metodiku jiné spektrum vyšetření zdravotního stavu dítěte. Ministerstvo zdravotnictví z nám dostupných informací do této doby žádné doporučení či metodický pokyn k této otázce nevydalo.

V této souvislosti si Vás dovoluji požádat o vydání doporučení ministerstva zdravotnictví, které by specifikovalo rozsah prvotního vyšetření zdravotního stavu dítěte – cizince a obsah případných dalších vyšetření pro případ podezření na vznik infekčního onemocnění.

Pro případ podezření na infekční onemocnění si dále dovoluji požádat o informaci z pozice hlavního hygienika, která by obsahovala výčet možných infekčních onemocnění dle místa, ze kterého migrant přichází.

V neposlední řadě si dovoluji podat dotaz ve věci úhrady poskytnuté zdravotní péče. V případě prohlášení dítěte – cizince o úmyslu požádat o mezinárodní ochranu dětí mu vzniká zdravotní pojištění dle zákona o zdravotním pojištění. V opačném případě nebo v případě, kdy se dítě – cizinec nevyjádří, zdravotní pojištění nevzniká a není jasné, kdo bude provádět úhradu poskytnuté zdravotní péče včetně úhrady případné hospitalizace při podezření na infekční onemocnění.

Migrační vlna je stále intenzivnější a migranti se stále častěji objevují i v krajích, které nemají bezprostřední hranici se sousedními zeměmi. Je proto nutný jednotný postup napříč celou republikou. Vzhledem k aktuálnosti prosím o řešení uvedených návrhů co nejrychleji.

Děkuji za spolupráci.
MUDr. Jiří Běhounek hejtman

Vážený pan
MUDr. Svatopluk Němeček, MBA, ministr
Ministerstvo zdravotnictví ČR
Palackého nám. 4
128 01 Praha 2

Na vědomí:
Prof. MUDr. Josef Vymazal, DSc.
náměstek pro zdravotní péči
MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.
hlavní hygienik ČR
číslo jednací: KUJI 62650/2015

■ **Odpověď ministra zdravotnictví**

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
Svatopluk NĚMEČEK ministr

V Praze dne 23. října 2015
Č.j.: MZDRX00RKBY

Vážený pane hejtmane,

dopisem ze dne 16. 9. 2015 č.j. KUJI 62650/2015 jste mne požádal o vydání doporučení Ministerstva zdravotnictví, které by specifikovalo rozsah prvotního vyšetření dítěte – cizince („nezletilý cizinec bez doprovodu“ – dále jen NBD), a také o obsah případných

dalších vyšetření pro případ podezření na vznik infekčního onemocnění.

Prvotní vyšetření NBD před umístěním do pobytového zařízení v působnosti MŠMT nebo v působnosti MPSV je zaměřeno na vyšetření, zda tento jedinec nejvíe známky akutního infekčního onemocnění. V praxi jde o cílené vyšetření praktickým dětským lékařem, a to v rozsahu Ministerstvem zdravotnictví zpracovaného Návrhu doporučených laboratorních vyšetření a očkování pro nezletilé cizince bez doprovodu, který pro Vaši informaci přikládám. S cílem sjednotit spektrum vyšetření v zařízeních, která jsou v působnosti dotčených resortů, bylo uvedené spektrum vyšetření a očkování zasláno Ministerstvem zdravotnictví v průběhu srpna 2015 MŠMT i MPSV.

S ohledem na skutečnost, že nelze v praxi vyloučit nejednotný postup při přijímání NBD do příslušných zařízení, jak také konstatujete ve svém dopise, hodlá Ministerstvo zdravotnictví v tomto smyslu usměrňovat činnost ostatních resortů (zejména MŠMT a MPSV) při realizaci vstupního screeningu infekčních nemocí a vakcinace, a to na základě plnění bodu IV./5 usnesení vlády č. 574 ze dne 13. 7. 2015. Mezi infekční onemocnění, která se v zemích původu dětských i dospělých migrantů vyskytují, patří zejména tuberkulóza, virová hepatitida A, B a C, HIV/AIDS, záškrt včetně jeho kožní formy, dětská přenosná obrna, syfilis a další sexuálně přenosné nemoci, spalničky, břišní tyfus a paratyfus, bacilární úplavice a střevní parazitózy. Nicméně, vzhledem ke kontaktu s potenciálními zdroji nákazy lze riziko přenosu vyjmenovaných nemocí vyhodnotit jako relativně nízké.

Podle § 452 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, je stanoveno, že ocitlo-li se nezletilé dítě ve stavu nedostatku řádné péče, soud předběžným opatřením upraví poměry dítěte na nezbytně nutnou dobu tak, že nařídí, aby dítě bylo umístěno ve vhodném prostředí, typicky v tzv. zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ve smyslu § 42 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí). Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, stanoví, že nezletilé dítě, které je cizincem a které bylo na zá-



kladě předběžného opatření příslušného orgánu umístěno do zmíněného zařízení anebo do ústavu pro péči o děti nebo na základě předběžného opatření příslušného orgánu nebo rozhodnutí příslušného orgánu sociálně-právní ochrany dětí svěřeno do péče fyzické osoby, je pojištěno v systému veřejného zdravotního pojištění. Zároveň je stát plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění za tyto osoby, jde o tzv. státní pojištění. Zdravotní pojištění zmíněného dítěte pak mj. nevzniká okamžikem registrace u zdravotní pojišťovny, ale ze zákona samotným umístěním do zmíněného zařízení na základě předběžného opatření, konkrétně pak podle § 48 písm. zákona o pobytu cizinců dnem nabytí právní moci předběžného opatření o umístění dítěte.

Od okamžiku, kdy se NBD umístěný v příslušném zařízení stane pojištěncem zdravotní pojišťovny, nejsou s čerpáním zdravotních služeb a s jejich úhradou spojena žádná specifika oproti jiným pojištěncům. Jak je uvedeno výše, pojištění začíná teprve registrací u zdravotní pojišťovny, ale již právní mocí předběžného opatření, na jehož základě je dítě umístěno v příslušném zařízení. Zdravotní pojišťovna o vzniku zdravotního pojištění autoritativně nerozhoduje, pouze ověří, že nastala rozhodná skutečnost, která zdravotní pojištění zakládá. Praktickým problémem může být prokazování toho, že je dítě zdravotně pojištěno, pokud ještě nemá průkaz pojištěnce. Jestliže dochází k časové prodlevě mezi začátkem zdravotního pojištění a registrací u zdravotní pojišťovny, resp. vystavením průkazu pojištěnce, lze pojištění dítěte prokázat např. rozhodnutím soudu o umístění dítěte do příslušného zařízení. Uvedené praktické problémy pak lze překlenout i předjednáním zdravotní péče o děti – cizince s konkrétními poskytovateli zdravotních služeb. Pro úplnost uvádím, že pojištěnec zdravotní pojišťovny, i pokud se jedná o NBD, může být ošetřen u kteréhokoli smluvního poskytovatele této pojišťovny. Pokud případně v praxi nastává určitá prodleva mezi čerpáním zdravotních služeb a počátkem pojištění, během které cizinec nemá zajištěnou úhradu zdravotních služeb jiným způsobem, platí následující postup. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou vždy povinni poskytnout každému pacientovi ošetření alespoň v rozsahu tzv. neodkladné péče, dále jde-li o zdravotní služby, které jsou nezbytné z hlediska ochrany veřejného zdraví, a v některých dalších situacích, a to i pokud by neměl krytou úhradu zdravotních

služeb žádným pojištěním či jiným způsobem. Tuto povinnost stanoví § 48 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Neodkladnou péčí se přitom podle § 5 odst. 1 písm. a) citovaného zákona rozumí taková péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí. I takto poskytnutou péčí je pacient povinen uhradit (nemá-li úhradu zajištěnou), nicméně nedo-

statek finančního krytí nesmí být důvodem pro odmítnutí ošetření pacienta ze strany poskytovatele zdravotních služeb. Porušení této povinnosti je správním deliktem podle § 117 odst. 3 písm. a) a b) citovaného zákona, za který lze podle § 117 odst. 4 písm. c) zmíněného zákona uložit pokutu do 300 000 Kč, přičemž tento správní delikt projednává správní orgán příslušný k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

S pozdravem Svatopluk NĚMEČEK

Příloha 1

	A	Spektrum vstupního vyšetření běženců – dětí cílené na vybrané infekční nemoci	Děti
Vyšetření	HAV	IgG a IgM anti HAV	ano
	HBV	HBsAg	ano
	HCV	anti HCV	ano (pokud jsou plánovány na operační výkon)
	difterie	izolace Corynebacterií z horních cest dýchacích. V případě pozitivního výsledku kultivace je nutné kmen poslat k ověření toxicity do NRL	ano
	břišní tyfus	kultivace stolice 2× á 24–48h	ano
	paratyfus	kultivace stolice 2× á 24–48h	ano
	shigella	kultivace stolice	ano
	TBC	U všech IGRatest a/nebo tuberkulinový test, u všech skiagram hrudníku ve dvou projekcích. U dětí do 2 let se preferuje tuberkulinový test a stačí zadopřední projekce.	ano
	Střevní paraziti	specializované parazitologické vyšetření stolice 2×	ano
	B	VYŠETŘENÍ VE SPECIFICKÝCH SITUACÍCH	Děti
Vyšetření	polio v případě příchodu z oblastí aktuální epidemie poliomyelitidy	izolace ze stolice (vyšetření v NRL)	ano
	difterie – v případě povrchních zranění	v případě povrchních zranění, zejména na nohách, izolace Corynebacterií sp. V případě pozitivního výsledku kultivace je nutné kmen poslat k ověření toxicity do NRL	ano
	TBC	U symptomatických osob s respiračními problémy vyšetření sputa na mykoTBC, ev. další vyšetření indikované pneumologem	ano
	v případě příchodu z endemických oblastí malárie	malárie	ano
	svrab v případě klinických obtíží	seškrab kůže – mikroskopie	ano



Pracovní meeting Evropské konfederace primárních pediatriů

MUDr. Gabriela Kubátová, MUDr. Veronika Jilichová Nová
zahraniční komise

Ve dnech 6. až 8. 11. 2015 se konalo v Praze v hotelu International podzimní zasedání Evropské konfederace primárních pediatriů (ECPCP). Prezident konfederace Gottfried Huss přivítal účastníky a zdůraznil, že se jednání koná v zemi, která má unikátní systém primární péče, který bude přínosem poznat zblízka. V úvodu představila dr. Kubátová obě české organizace (SPLDD i OSPDL) a dr. Veronika Jilichová Nová systém fungování primární péče, včetně aktuálních problémů. Odpoledne se zahraniční kolegové rozjeli ve skupinách do tří ordinací PLDD (MUDr. R. Růžková, MUDr. G. Kubátová, MUDr. N. Sztányi). Měli tak možnost vidět a diskutovat přímo v praxi organizaci primární péče a náplň práce PLDD v ČR. Kolegyním, které poskytly k návštěvě své ordinace, patří velký dík.

7. 11. 2015 v dopoledních hodinách se konalo společné sympozium delegátů a hostů z řad SPLDD za účasti zástupce médií (AM Review – článek o zasedání vyšel v čísle 24, str. 40–42).

Přítomna byla i předsedkyně SPLDD MUDr. Hülleová. MUDr. Šebková se omluvila ze zdravotních důvodů. Témata sympozia byla velice aktuální. První část byla věnována prevenci v primární pediatrické péči, druhá lékařské péči o děti běženců.

Prezentace delegátů – MUDr. Kubátová, dr. Margareta Zeher-Župančič (Slovinsko), dr. Peter Altorjai (Maďarsko), dr. Folkert Fehr (Německo), dr. Concha Sanchez Pina (Španělsko), dr. Andreas Werner (Francie) a dr. Chen Stein-Zamir (Izrael) – byly zajímavé, bylo možné porovnat systém a organizaci péče o dítě v jednotlivých státech. Při porovnání systémů péče a prevence jednotlivých zemí zahraniční kolegové opět hodnotili vysokou úroveň naší primární pediatrické péče a rozsah preventivní péče. Především je zaujal celkový počet pediatriů pracujících v primární péči, který je z evropského pohledu nadstandardní, dále komplexnost a kontinuita péče. Není v Evropě standardem, že se o dítě stará pediatri od narození až do pozdní adolescence. Samostatnou kapitolou je kvalitní vzdělávací program v ČR, který, jak už bylo mnohokrát zmíněno,

byl vzorem při tvorbě curricula pro primární péči doporučeného ECPCP.

V části věnované péči o děti migrantů jsme si vyslechli prezentace delegátů ze států, kde již tento problém prakticky řeší, a to v Maďarsku (dr. F. Kádár), v Německu (dr. Huss), v Itálii (dr. Falasconi).

Bylo konstatováno, že péče o děti migrantů v Evropě by měla být koordinovaná, zodpovědnost by měla být na státních institucích. Na maďarském příkladu bylo prezentováno, že v případě nouze lze spontánně vytvořit i dobrovolnickou síť zdravotníků. Iniciátorem byli právě maďarští kolegové – pediatri praktici, když bez jakéhokoliv legislativního zakotvení pomáhali zvládat situaci dětí běženců ve svém volném čase a s prostředky darovanými občany či firmami. Přestože pomoc byla v danou chvíli efektivní, upozornili maďarští kolegové, že v dlouhodobém horizontu by takto nastavená péče byla neudržitelná a že musejí být nastaveny jasné parametry a koncepce, kterou musejí garantovat vládní autority.

Němečtí kolegové prezentovali několik základních doporučení, jedním z nich byl požadavek na vyšetření dětí uprchlíků v co nejkratší možné době od vstupu do země. Důvodem je včasný záchyt akutních chorob a prevence zhoršení stavu jedinců, které by vedlo k dalším nákladům na péči a především k riziku šíření nákazy. Dalším doporučením bylo „třídění“ na ty, kteří danou zemi jen procházejí, a ty, kteří chtějí zůstat. V případě tranzitu se doporučuje podat jen částečné očkování, např. MMR vakcínou, polio, BCG. V případě osob, které budou na území Německa pobývat dlouhodobě, je doporučováno doplnění očkování na úroveň národního kalendáře. I v zemích, které již řešily a řeší uprchlické vlny, je hodně i základních otázek nedorozumění.

Všechny prezentace z meetingu budou dostupné na webových stránkách ECPCP – www.ecpcp.eu.

Na závěr sobotního sympozia dr. Hülleová osobně poděkovala prezidentovi ECPCP dr. Hussovi za oficiální podporu, kterou poskytl našemu systému vzdělávání a systému péče o dítě v ČR tím, že adresoval dopis

ministru zdravotnictví ČR (obsah dopisu byl zveřejněn v minulosti ve VOXu). Dr. Hülleová dále ocenila práci ECPCP jako organizace, která na evropské úrovni podporuje pediatriickou primární péči.

V sobotu odpoledne program pokračoval v pracovních skupinách. Za ČR se zúčastnily Veronika Jilichová Nová a Gabriela Kubátová.

Zasedaly pracovní skupiny pro očkování a prevenci, pro strategii, pro vědu a výzkum, pro curriculum (vzdělávání). V rámci PS pro očkování se projednávala strategie očkování dětí migrantů, jednak v záchranných táborech, jednak dětí, které již získaly statut azylanta. Diskutovalo se i o problematice odmítání očkování. V rámci PS pro strategii se zdůraznila potřeba úzké spolupráce s EAP (Evropská akademie pediatriů), v současnosti budeme opakovaně požadovat podporu a propagaci již připraveného doporučeného vzdělávacího curricula pro primární péči o děti a dorost v EU. Pracovní skupina pro vědu a výzkum dokončila dvouletou přípravu mezinárodní studie o prevenci úrazů. Studie bude spuštěna v lednu 2016 a bude probíhat i v ČR, koordinátorkou pro ČR bude Veronika Jilichová Nová. Bude se jednat o vyplnění jednoduchého dotazníku. Prosíme tímto kolegy o případnou spolupráci.

V neděli 8. 11. 2015 dopoledne pokračovalo plenární zasedání. Vyslechly jsme si zprávy členů výkonného výboru, včetně finanční zprávy. Byl zvolen nový pokladník (dr. Andreas Werner), aktualizoval se seznam delegátů z jednotlivých států. Do delegátů za ČR byla nominována i dr. Eva Matoušková. Uvítáme i další zájemce o spolupráci.

Na závěr jednání vyslovili účastníci podporu českým praktickým lékařům pro děti a dorost a většina z nich připojila své podpisy k probíhající petici za zachování vzdělávacího oboru PLDD.

Následující meeting se bude konat 8.–10. 4. 2016 v Budapešti.



NutriCHEQ nástroj pro diagnostiku a řešení nedostatků ve výživě batolat

Prac. skupina OSPDL ČLS JEP: MUDr. Natália Szitányi, MUDr. Bohuslav Procházka, MUDr. Alena Hanzlová, MUDr. Pavla Chudíková, MUDr. Naděje Kočnarová, MUDr. Ludmila Nováková, MUDr. Radim Petro, MUDr. Jarmila Seifertová, MUDr. Eva Šipková, MUDr. Jarmila Vospělová

■ Úvod

NutriCHEQ je praktický nástroj pro diagnostiku a řešení nedostatků ve výživě batolat. V batolecím období, mezi 1. a 3. rokem života dítěte, se dle výsledků studie¹ v souladu s odbornou literaturou ukazuje, že vznikají celoživotní **chyby ve stravování**. Navíc, **prvních 1000 dní života** rozhoduje a má vliv na individuální biologické změny dítěte. Je to tzv. **kritická fáze**, během které je dětský organismus stále vnímavý, tvárný k jedinečné nabídce poskytované výživy, může se modifikovat genová exprese a tím i fenotyp dítěte. To může mít v budoucnu zásadní vliv pro rozvoj civilizačních onemocnění a tím na celkové zdraví v dospělosti.

Na přelomu let 2013 a 2014 proběhla pod vedením a odbornou záštitou Společnosti pro výživu a OSPDL ČLS JEP multicentrická observační studie **Nutriční návyky a stav výživy dětí časného věku**¹. Do studie se zapojilo více než 800 kojenců a batolat z ČR. Z výsledků studie je zřejmé, že v časně výživě dětí se objevují některé nesprávné stravovací zvyklosti, které je nutné včas odhalit a napravit. Oproti doporučení děti přijímají více bílkovin, téměř dvojnásobek nasycených mastných kyselin, nedostatek nenasycených mastných kyselin, nadbytek jednoduchých cukrů. Studie prokázala nedostatečnou konzumaci mléka, nízkou konzumaci červeného masa a ryb, nedostatek pestré stravy.

Uvedení programu **NutriCHEQ** v ČR je realizováno ve spolupráci s předními odborníky v oblasti výživy kojenců a batolat. Spolupracující externí experti, kteří se podíleli na vzniku projektu, byli doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D., Mgr. Tamara Starnovská, MUDr. Alena Šebková, MUDr. Petr Tláškal, CSc. Program vznikl za odborné garance OSPDL ČLS JEP, podpory Společnosti pro výživu, MZ ČR a Nadačního fondu 1000 DNÍ DO ŽIVOTA.

NutriCHEQ byl vypracován za účelem použití v primární péči u zdravých batolat ve věku 12–36 měsíců. Program byl klinicky validován jako součást průzkumu na 370 batolatech ve Velké Británii a Irsku, lokálně validován na 130 batolatech v ordinacích PLDD v ČR.

■ Metodika

Součástí programu **NutriCHEQ** pro batolata je ověřený dotazník, průvodce hodnocením a rozsáhlá nabídka příruček pro rodiče.

1. **Rodič vyplní dotazník v čekárně/elektronicky předem (5–10 min.)**
2. **PLDD zreviduje vyplněný dotazník a vyhodnotí možné oblasti rizika**
3. **PLDD diskutuje výsledky s rodiči, předá edukační brožuru „Jak stravovat moje batole“ a případně odkáže na další vhodné brožury, které je možno si stáhnout v elektronické podobě**
4. **Pro batolata ve vysokém riziku je naplánováno další vyšetření**
5. **Při kterékoliv další návštěvě PLDD má možnost zkontrolovat dodržování doporučení**

Dotazník s 19 otázkami poskytuje informace, zaměřené na správné složení stravy, její vyváženost, stravovací návyky dítěte a i subjektivní postoj rodiče ke stravování dítěte. Umožňuje pediatrovi vytvořit si ucelený pohled na stravu batolete. Bodové vyhodnocení (skóre) v části 1 (A, B) poskytuje informace o kvalitativních i kvantitativních nedostatecích ve stravě, v části 2 upozorní na nedostatky ve stravovacích návycích. Po vyhodnocení dotazníku pediatr problematiku okruhy komunikuje s rodičem. Doporučí s ohledem na výsledek některý z 15 rozsáhlých edukačních materiálů, cílených na konkrétní situaci.

■ Realizace projektu

Implementace do praxe PLDD je realizována ve spolupráci s OSPDL ČLS JEP. **NutriCHEQ** byl poprvé představen na Mezioborové konferenci (září 2015) a je součástí školicích seminářů 1000 dní pro PLDD.

26. 11. 2015 byl **NutriCHEQ** představen široké veřejnosti formou tiskové konference pod záštitou odborných garantů projektu a je komunikován jako součást osvětové kampaně pod záštitou iniciativy 1000 dní.

■ Závěr

Dotazník **NutriCHEQ** byl navržen k tomu, aby sloužil jako rychlá a časově nenáročná pomůcka PLDD při identifikaci batolat, u nichž existuje riziko související s výživou. Má pomoci praktickému pediatrovi zaměřit úsilí právě na tyto děti a současně poskytnout informační materiály a zdroje, které je možné nabídnout rodičům jako návod k řešení zjištěných problémů souvisejících se stravováním.

Více informací k programu naleznete na <http://www.1000dni.cz/nutricheq/>

1 Výsledky multicentrické observační studie, 2013–2014: „Nutriční návyky a stav výživy dětí časného věku v České republice“. Tláškal P., Kudlová E., *Szitányi N., *Procházka B., Boženský J., *Šebková A., Balíková M., *Růžková R., *Kočnarová N., *Schwarzová M., *Bronská E., *Adamová R., *Křížová H., *Mašíňová A., *Skýba T., *Vospělová J., *Andíelová H., *Salzmanová L., *Kozderka C., *Lošanová J., *Nová J., *Nykodýmova E. Společnost pro výživu, *OSPDL.



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

6. 11. – dr. Šebková – účast na přívládní komisi pro řešení situace pacientů s PAS – ve spolupráci s dětskou psychiatrickou MUDr. Schmidtovou dr. Šebková vypracovala návrh screeningu poruch autistického spektra v ordinacích PLDD. Materiál byl schválen výborem OSPDL, byl předložen ke schválení výboru sekce dětské a dorostové psychiatrie. Materiál bude dále konkrétně rozpracován tak, aby mohl být co nejdříve k použití v našich ordinacích.

6.–8. 11. ECPCP – na počátku listopadu jsme byli hosty výboru ECPCP. Kolegové ze zahraničí poznali některé naše ordinace, tématy jednání byla primární péče, problematika migrantů. Na jednání zazněla opět podpora naší primární péči o děti a dorost. Podrobné informace v tomto čísle VOXu.

10. 11. – dr. Šebková – účast v pořadu *Sama doma* na ČT1, kde vysvětlila současnou situaci kolem oboru PLDD a uvedla na pravou míru některé úmyslně zkreslované informace včetně smyslu petice.

18. 11. – dr. Šebková a dr. Hülleová – jednání s představiteli ČNeoS a ČSAKI – úprava doporučení pro očkování nedonošených dětí, především v kategorii s porodní hmotností pod 1 500 g.

20. 11. – dr. Šebková – na pozvání prim. MUDr. Tláškala účast na Konferenci dětské výživy – uvedena byla velmi zajímavá témata, opět jiná než na proběhlých či probíhajících seminářích či konferencích PLDD.

24. 11. – dr. Šebková se na pozvání ředitelky české kanceláře UNICEF zúčastnila benefiční akce, na které se dražbou panenek od nejrozličnějších umělců sbíraly finance na nákup vakcín pro děti v rozvojových zemích.

8. 12. – dr. Šebková se zúčastnila dalšího zasedání NIKO. Po obdržení zápisu bude vyvěšen na web OSPDL. Mimo jiné na této schůzce vzniklo doporučení pro očkování těhotných žen proti pertusi a očkování některých skupin zdravotníků, mezi nimi PLDD – v termínu očkování proti tetanu doporučeno očkovat se trojvaccínou (DiTePe). Doporučení je vyvěšeno na webu MZ. Byla zahájena diskuse o ev. přechodu očkovacího schématu hexavaccíny z 3+1 na 2+1. Tento požadavek vznesli zástupci alternativního přístupu k očkování. Členové NIKO se shodli na tom, že před ev. změnou je nutná podrobná odborná analýza. Novela vyhlášky týkající se očkování nebude platná od 1. 1. 2016, jak se původně předpokládalo. Přestože je v návrhu posunutí druhé dávky MMR, do doby, než vstoupí v platnost novela, je nutné se řídit vyhláškou dosud platnou.

Výbor OSPDL 5. 11. 2015, vybrané informace

Obor – obdrželi jsme kopii odpovědi nám. ministra zdravotnictví prof. Vymazala na dopis ředitelky české kanceláře UNICEF Ing. Gomba – rétorika stále stejná, včetně nepravdivých a zkreslených informací s cílem obhájit záměr ministerstva zdravotnictví zrušit obor PLDD.

Spolupráce s patientskými organizacemi – dr. Šebková, dr. Kubátová – účast na vernisáži výstavy „Žijeme s vámi“ v Parlamentu ČR, která se týkala chlapců s onemocněním Duchenneovou chorobou.

Vzdělávání – páteřní témata na příští rok: ORL problematika, nové přístupy k léčbě AB. Setkání školitelů bude 27.–29. 5. 2016 v Seči. Další velké akce ve spolupráci OSPDL a SPLDD budou konference Zdravotnické fórum – Infekce od A do Z, a to v Brně 7. 5. 2016 a v Praze 11. 6. 2016. V termínu od 30. 9. do 1. 10. 2016 se bude konat 2. MOK s rozvinutým tématem infekce podle věku, podobně jako loňská „výživa“.

Očkování – na základě požadavku hlavního hygienika bylo Českou vakcinologickou společností vytvořeno doporučení pro očkování dětí migrantů. Po dopracování metodického doporučení bude kompletní materiál vyvěšen na webu.

Mezioborová spolupráce – na základě již předchozí domluvy byla vytvořena pracovní skupina – prim. Tláškal, doc. Bronský, MUDr. Šebková, MUDr. Kalvachová – za účelem vytvoření nového doporučení pro podávání vitamínu D.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

si Vás dovoluji pozvat na odborné semináře v roce 2016. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30 hodin. Vzdělávací akce jsou pořádány dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a jsou ohodnoceny 2 kredity. Odborný garant: MUDr. Natália Sztányi, MUDr. Bohuslav Procházka

4. 2. 2016

Emergentní stavy v pedopsychiatrii a možnosti léčby z pohledu pediatra a následně psychologa a psychiatra

MUDr. Michal Považan
Dětské oddělení, Psychiatrická léčebna Bohnice



OSPDL ČLS JEP



Alternativní výživa u dětí

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha

Počet lidí žijících se alternativně vzrůstá a je odhadováno, že činí 2–5% dospělé evropské populace. Mnozí z nich jsou mladí rodiče, kteří tyto praktiky chtějí uplatňovat i se svými dětmi.¹

Postoj zdravotnických profesionálů k alternativní výživě bývá spíše negativní s obavou z rizik nutriční insuficience. Je však třeba konstatovat, že tato dieta může přinášet i zdravotní profit, zvláště u dospělých. Vegetariánská dieta znamená redukci příjmu tuků a zvláště cholesterolu. Je zdrojem rostlinných olejů s nenasycenými mastnými kyselinami a vede rovněž k vyššímu příjmu zeleniny a ovoce. Je prokazován příznivý vliv na výšku krevního tlaku, obezitu, kardiovaskulární onemocnění, výskyt diabetu, některých malignit a obstrukce. Podobného efektu lze však dosáhnout i smíšenou stravou.

Složení výživy je nutno posuzovat individuálně, ale přesto je vhodné používat korektní pojmenování určitých typů restriktce živočišné bílkoviny.

Termíny pro restriktci živočišné bílkoviny:²

Modifikovaná živočišná dieta: omezování určitých druhů živočišné stravy, ne eliminace

Semivegetarián: základem potraviny rostlinného původu doplněné o mléčné nízkotučné výrobky, ryby a drůbež; **pulovegetarián** – konzumuje pouze kuřata, **pesko-vegetarián** – konzumuje pouze ryby, korýše a měkkýše

Vegetarián: nekonzumuje maso, konzumuje živočišné produkty; **monovegetarián** – konzumuje pouze určitou skupinu živočišných produktů (**lakto-ovo-vegetarián** – mléko a vejce, **lakto-vegetarián** – pouze mléko a mléčné produkty)

Vegan: žádná strava živočišného původu

Míru rizik ve vztahu k věkovým kategoriím je možno posoudit z tabulky 1.

Kojené děti vegetariánských matek obvykle dobře prospívají v prvním půlroce života. Množství mléka nebývá ovlivněno matčinou dietou. Od matčiny diety se odvíjí obsah vitamínu D a B12. Problémy nastávají při zavádění nemléčných příkrmů a při odstavování. Tzv. „home made“ výživa je obvykle nízkokalorická s vysokým obsahem fytoátů, které blokují absorpci železa a zinku. U nekojících vegetariánek lze s výhodou doporučit sójové kojenecké formule.

■ Růst a vývoj

Nižší růstová rychlost je u vegetariánských dětí v kojeneckém a batolecím věku. U takto živých dětí se objevuje po pátém roce věku růstové zrychlení, které nastává po poklesu energetické potřeby dítěte a zvětšení kapacity žaludku (větší množství vlákniny ve vegetariánské výživě). Opožděný nástup menarche, vegetariánky mají častěji oligomenoreu vlivem specifických substancí z diety (fytoestrogeny), které ovlivňují cirkulující steroidní hormony.

■ Intervence

Pro další ovlivnění rodiny je nutno zjistit, co je důvodem k dodržování alternativní diety

(důvody vycházející z hlubokého filosofického přesvědčení je potřeba respektovat a snažit se v rámci omezení vyplývajících z tohoto přesvědčení dosáhnout sufficientního stavu). U tzv. nových vegetariánů, kde důvody k vegetariánství jsou spíše adherencí k současným společenským postojům, je dobré snažit se přesvědčit rodinu ke změně. Je dobré pokusit se posunout výživu o stupeň výše, tj. vegana přesvědčit pro lakto-ovo-vegetariánství.

■ Praktická doporučení

Lze doporučit podávání potravin bohatých na železo současně se zdroji vitamínu C v jednom chodu. Mléčná a zeleninová jídla by měla být podávána odděleně, protože vápník inhibuje absorpci železa. Je třeba zvažovat množství vlákniny u kojenců a batolat, protože příliš urychluje střevní pasáž. Již malé množství mléka zlepšuje a doplňuje biologickou kvalitu rostlinné bílkoviny a zvyšuje její utilizaci. I nepatrné množství tuku zvětšuje energetickou hodnotu stravy, rostlinné oleje přinášejí esenciální mastné kyseliny³.

Doporučení WHO z r. 2000 pro evropský region pro výživu kojenců a batolat konsta-

Tabulka 1: Míra rizik omezení příjmu živočišné bílkoviny podle věku

období	omezení stravy	rizika karence
kojenec	vegetarián vegan	vitamin D, železo + objem, kalorie, proteiny, vápník, zinek, vitamin B12
batole a školní věk	vegetarián vegan	železo + kalorie, proteiny, vitamin D, vápník, vitamin B12
adolescent	vegetarián vegan	železo + kalorie, proteiny, vitamin D, vápník, vitaminy B2, B12



skupina	porce	ekvivalent
1. mléko 2× denně	1 hrnek mléka	jogurt, sýr 30 g, sojový sýr, kondenzované mléko
2. rostliny 2× denně	luštěniny, soja 1 hrnek	buráky, ořechy, olejová semena, texturované výrobky
3. ovoce, zelenina 4× denně	1 hrnek syrové 1/2 hrnku vařené	různé barvy
4. obiloviny 4× denně	1 plátek chleba	sušenky, těstoviny, vařené obilí 3/4 hrnku
5. vejce tuk	1 ks 3–4× týdně 1 lžička oleje denně	margarín 1 lžice

Tabulka 2: Doporučení pro složení vegetariánského jídelníčku⁷

tuje malé, ale signifikantní riziko nutričních deficiencí týkajících se Fe, Zn, Ca, vitamínů riboflavinu, B12, D a neadekvátního objemu energie. Extrémně restriktivní diety (makrobiotické a veganské) nelze podle WHO doporučit v období do konce 2. roku života z důvodů možné proteino-kalorické malnutrice a růstové a psychomotorické retardace.

Starší děti mohou být v dobrém nutričním stavu při všech typech vegetariánských diet (lakto-ovo-vegetariánství, lakto-vegetariánství i veganství). Postoj odrážející stanovisko tuzemské pediatrické obce byl publikován a neliší se od doporučení Americké pediatrické asociace a WHO^{4,5,6}.

Literatura

1. Van Winckel M et al. Vegetarian infant and child nutrition. Eur J Pediatr. 2011;170:1489–1494
2. Dwyer JT. Nutritional consequences of vegetarianism. Ann.Rev. Nutr. 1991;11:61–91
3. Wachtel U, Hilgarth R. Ernährung und Diätetik in Pädiatrie und Jugendmedizin. Stuttgart: Thieme, 1994, s. 186–189
4. Dunham L, Kollar LM. Vegetarian Eating for Children and Adolescents. J Pediatr Health Care 2006;20:27–34
5. Feeding and Nutrition of Infants and Young Children: Guidelines for the WHO European Region, with Emphasis on the Former Soviet Countries. WHO Regional Publications, European Series, 2000, No. 87
6. Frühauf P, Pozler O, Kotalová R, Bayer M. Postoj České pediatrické společnosti k alternativní výživě. Čes.-slov. Pediat. 2007;62:111–113
7. Sanders TAB. Vegetarian diets and children. Pediatr. Clin. North Amer. 1995;42:955–965

QuikRead go[®] Strep A

Imunoturbidimetrický test pro přímý průkaz antigenu *Streptococcus pyogenes* ve výtěru z krku

Nepodceňujte streptokokové infekce, myslete na sterilní následky.

Od 1. ledna 2016 úhrada zdravotní pojišťovny

Test QuikRead go Strep A v kombinaci s testem QuikRead go wrCRP usnadňuje Vaši každodenní práci.



Více informací najdete na www.oriondiagnostica.cz nebo na tel. číslo +420 602 647 793



Nedostatky současné výživy našich dětí

MUDr. Petr Tláškal, CSc.

Oddělení léčebné výživy FN Motol, Společnost pro výživu

■ Úvod

Je dobře známou skutečností, že praktický dětský lékař není pouze odborníkem na nemoci dětského věku, ale je i významným činitelem ochrany veřejného zdraví našich obyvatel. Není to pouze pozitivní přístup k očkování, ale i celá řada dalších aktivit, kde mezi významné úkony v rámci prevence nemocí patří i poradenství k výživě.

Bezprostřední nedostatky výživy všichni dobře známe z popisů nemocí, které je provázejí. Význam kojení a zásady výživy dětí časného věku tvoří základní informace, které každý praktický dětský lékař předává v prvním kontaktu rodičům dětí. V průběhu běžné praxe dětský lékař registruje poruchy příjmu potravy a rizika obezity a často diskutuje se zastánci různých směrů alternativní výživy. Přibývá nemocí, kde je nutná úprava výživy dietním opatřením nebo různými doplňky výživy. Otázkou však je, zda jsou znalosti lékaře vždy dostatečné k argumentům, které rodič používá. Problémem dnešní výživy je to, že výživa je vhodným objektem zájmu různých skupin lidí. Na prvním místě je nutné jmenovat ekonomické zájmy producentů a prodejců různých typů lidské výživy. Často se zde prosazují různá filosofická smýšlení, mýty či hoaxy. Není vždy snadné některé údaje odlišit a zaujmout zcela odborné stanovisko. Žel i v řadách lékařů se občas objeví někdo, kdo některé dostatečně neobjektivizované názory šíří a propaguje. Medicína je věda založená na důkazech, a proto se pokusme podívat i z tohoto pohledu na běžnou, fyziologickou výživu našich dětí.

■ Studie (soubor a metodika)

Z podnětů Společnosti pro výživu proběhly v posledních osmi letech v České republice čtyři studie, které byly zaměřeny na výživu dětí. Do studie byly vybrány pouze zdravé děti, které se stravovaly doma a ve škole. Děti ve spolupráci s rodiči a nutričními terapeuty zaznamenávaly po dobu tří až pěti dnů celodenní konzumaci potravy a nápojů. Získaná data byla dále zhodnocena statisticky. K objektivizaci nálezů byla použita

data referenčních doporučených dávek živin pro jednotlivé složky výživy¹ tak, jak vycházejí ze studií potřeb zajištění metabolických procesů organismu. V České republice jsou tato data převzata ze souhrnu údajů akceptovaných nutričními společnostmi Německa, Rakouska a Švýcarska (DACH). Společnost pro výživu provedla první studii v roce 2007 v Praze a Brně, kdy bylo zhodnoceno celkem 2 792 dětí (1 087 dětí ve věku 4–6 let, 1 705 dětí ve věku 7–10 let). Druhá studie proběhla v roce 2010 v Praze, Brně a Plzni. Celkem bylo zhodnoceno 1 558 dětí (813 ve věku 7–10 let, 745 dětí ve věku 11–15 let). V roce 2013 proběhla ve spolupráci s agenturou TNS Aisa celorepubliková studie, kde kromě populace dospělých a starších lidí bylo zhodnoceno 160 dospívajících ve věku 16–19 let. Čtvrtá, zatím poslední studie proběhla ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů v roce 2014 se zhodnocením výživy 823 kojenců a batolat z Prahy, Kutné Hory, Plzně a Ostravy. Děti z této studie byly rozděleny do čtyř věkových skupin (6–11 měsíců, 12–17 měsíců, 18–23 měsíců, 24–36 měsíců). U kojenců a batolat byla některá data (příjem železa, saturace organismu jódem a vitamínem D) ověřena i laboratorním vyšetřením.

V rámci prezentace výsledků studií pro tento článek jsme se zaměřili především na údaje hodnot vybraných živin, které ve svém nedostatku nebo nadbytku mohou významně ovlivnit zdravotní stav dětí nejen bezprostředně, ale především dlouhodobě až do dospělosti. V souvislosti s civilizačními chorobami se jedná především o obezitu, vznik a rozvoj hypertenze, poruchu lipidového spektra, rezistenci na inzulin a s tím další související choroby. Zvláště nedostatky ve výživě dětí časného věku dále epigeneticky aktivují organismus pro nepříznivé metabolické procesy, mohou mít nepříznivý vliv na vývoj kognitivních či jiných funkcí rostoucího organismu. Z jídelníčků dětí je možno usuzovat na určité stravovací návyky, které jsme si ověřovali i obecnými dotazy. Živiny je tak možné spojit s potravinami, což umožňuje i praktickému dětskému lékaři uvádět v poradenství výživu dětí na správnou míru.

V prezentovaných datech tak ukážeme, jak je to s příjmem celkové energie, příjmem bílkovin, spektrem lipidů, příjmem jednoduchých cukrů (mono- a disacharidů ve vztahu ke slazení), příjmem kuchyňské soli, železa, jódu, vápníku, vitamínu D a kyseliny listové.

■ Z výsledků studií (s drobnými komentáři)

1) Příjem energie a základních živin

Příjem energie kolísá v rámci hodnocení jednotlivých věkových skupin dětí, nicméně relativně odpovídá doporučením. U kojenců ve věku 6–11 měsíců byl medián příjmu energie na 106 %, v batolecím věku odpovídal pouze 93 %, z toho 10 % batolat mělo příjem energie vyšší než 129 % DDD (denní doporučené dávky). U předškolních dětí byl medián příjmu energie 98,7 %, ve věku 7–10 let byl medián 108,3 % a opětně nižší byl příjem v kategorii 11–15letých dětí, kdy odpovídal 91,5 %. U 10 % dětí této věkové skupiny byl příjem energie vyšší než 119,1 % DDD.

Průměrný příjem bílkovin byl ve všech věkových skupinách vyšší. Odpovídal však původním doporučením jeho příjmu v rámci ČR, aby bílkovina kryla 10–15 % celkového příjmu přijaté energie. Pro toto sdělení je významný především údaj příjmu bílkovin kojenců ve věkové skupině 6–11 měsíců, kdy existuje několik prací, jež uvádějí možnou souvislost vyššího příjmu bílkovin a rozvoje pozdější obezity. K vyšším věkovým skupinám se tyto údaje nevztahují. V souboru našich kojenců zajišťoval průměrný příjem bílkovin 12,5 % energetického příjmu, 10 % dětí mělo podíl příjmu energie vyšší než 15,3 %. Mateřské mléko zajišťuje bílkovinou 8 % celkového energetického příjmu. Podle DACH¹ je doporučený příjem bílkovin pro kojence a batolata 8–10 % celkového energetického příjmu. Již starší návody pro výživu kojenců v druhém půlroce života na tuto situaci reagují tím, že v této věkové skupině se do jídelníčku dětí například nedoporučuje podávání tvarohu pro jeho vyšší obsah bílkovin, ale doporučuje se samozřejmě



Tabulka 1: Příjem saturevaných (SAFA) a polynenasycených mastných kyselin (PUFA)

	SAFA průměr (90. percentil)	PUFA průměr (10. percentil)
Batolata 24–35 měsíců	15,5 % (18,4 %)	4,5 % (2,0 %)
Děti 4–6 let	15,7 % (22,2 %)	4,9 % (3,0 %)
Děti 7–10 let	12,5 % (16,7 %)	6,3 % (3,7 %)
Děti 11–15 let	12,6 % (16,6 %)	6,0 % (3,6 %)
Děti 16–18 let	12,5 % (21,7 %)	6,4 % (3,4 %)

Tabulka 2: Příjem sodíku a kuchyňské soli

	Na mg/den – průměr	NaCl g/den (10.–90. percentil)
Batolata 24–35 měsíců	1 180	2,9 (1,5–4,2)
Děti 4–6 let	2 525	6,4 (4,0–9,2)
Děti 7–10 let	3 352	8,4 (5,3–11,6)
Děti 11–15 let	4 073	10,2 (6,6–13,3)
Děti 16–18 let	5 143	12,9 (7,5–18,3)

podávat maso, které je i zdrojem dalších potřebných živin.

K základním živinám patří dále tuky. Celkový příjem tuků odpovídal doporučení ve všech věkových skupinách dětí. Zjišťovali jsme však dysbalance v příjmu jednotlivých složek tuků. Je dobře známo, že nasycené mastné kyseliny, zvláště kyselina laurová, myristová a palmitová, zvyšují koncentraci na cévy nepříznivě působícího LDL cholesterolu a zapojují se tak negativně do procesu rozvoje aterosklerózy. Polynenasycené mastné kyseliny naopak aktivně snižují koncentraci LDL cholesterolu. Doporučený příjem nasycených mastných kyselin by měl tvořit maximálně jednu třetinu příjmu tuků, což odpovídá přibližně 10 % celkového energetického příjmu. Příjem polynenasycených mastných kyselin by měl být minimálně kolem 7 %, lépe až 10 % celkového energetického příjmu.

Výsledky našich studií ukazovaly vyšší zátěž dětského organismu saturevanými mastnými kyselinami, zvláště v batolecím a předškolním věku, a nedostatečný příjem polynenasycených mastných kyselin (viz tabulku 1).

Cukry (tzn. mono- a disacharidy včetně laktózy) se u 2–3letých dětí podílely v průměru na příjmu 32,7 % denní energie. Tato hodnota je cca o 7 % vyšší než doporučení, kdy vyšší příjem těchto jednoduchých cukrů již i významně zvyšoval BMI těchto dětí. Deset procent předškolních dětí mělo příjem jednoduchých cukrů vyšší než 38,3 %. Ve věku 7–10 a 11–15 let odpovídal příjem jednoduchých cukrů doporučení do 20 % celkové energie, nicméně 10 % dětí těchto věkových skupin mělo příjem jednoduchých cukrů 28,1 % a 30,3 % celkového energetického příjmu. U adolescentů byl průměrný příjem jednoduchých cukrů 14,5 % energetického příjmu. Deset procent dětí však konzumovalo více než 29,3 % energie z jednoduchých cukrů.

2) Příjem sodíku a kuchyňské soli

Je známou skutečností, že konzumace sodíku a kuchyňské soli je u dospělé populace v průměru 2–3× vyšší, než uvádějí doporučení. Hrozí zde nebezpečí rozvoje hypertenze a časnějšího výskytu s ní spojených onemocnění. V přepočtu na kuchyňskou sůl by dospělý člověk neměl konzumovat více než 5–6 g denně. Jak je tomu u dětí? Tabulka 2 shrnuje výsledky. Příjem kuchyňské soli u batolat by měl v maximu dosahovat přibližně 2 g. V naší skupině bylo patrné, že nejen průměrný příjem je již vyšší, ale 10 % batolat mělo příjem více než dvojnásobný. Příjem kuchyňské soli se začínal zvyšovat od 18 měsíců věku. Některé z dětí měly příjem kuchyňské soli, který odpovídá doporučením dospělých. Vysoký rozptyl příjmu byl zaznamenán u adolescentů. Z údajů je patrné, že na vysokém příjmu sodíku a kuchyňské soli se podílejí především potraviny. Aktivace zdravotníků ke změnám v rámci potravinářského průmyslu je tak více než potřebná.

3) Příjem železa, vápníku a jódu

Nejen k prevenci rozvoje anémie, ale v časném věku i k zajištění správných funkcí mozku je významnou složkou výživy železo. V kojeneckém věku bychom předpokládali, že příjem železa zajišťuje především maso, které je postupně zaváděno do jídelníčku dítěte. Není tomu však tak. V naší studii jsme našli 10 % chudokrevných kojenců ve věku 6–11 měsíců. Příjem železa v ostatních věkových skupinách v průměru odpovídal

doporučením. Nedostatky příjmu železa se začaly objevovat až ve skupině starších školáků a adolescentů.

Je dobře známo, že kostní a zubní tkáň je rezervoárem 99 % zásob vápníku. Vápník má význam pro správnou mineralizaci kostí, ale i pro zajištění celé řady metabolických procesů organismu. V batolecím věku je doporučený příjem vápníku 600 mg/den. Průměrný příjem ze studie odpovídal doporučení. U 10 % batolat byl však příjem vápníku nižší než 440 mg/den. Nedostatky příjmu vápníku se začaly dále objevovat u dětí 7–10letých a následně starších, jak uvádí tabulka 3.

Jodizace kuchyňské soli pomáhá řešit přirozený nedostatek jódu v naší výživě, která je většinou chudá na mořské ryby a dary moře, které jód obsahují v dostatečném množství. Překvapením z našich studií bylo, že jsme zastihli nízké hodnoty jodurie u 26,8 % kojenců a 23,2 % batolat. Tyto výsledky je nutné dále ověřit. Mohly by se vztahovat k nedostatečné saturaci výživy kojících matek, případně nedostatečné konzumaci jódem obohacených potravin batolecí výživy.

4) Vitamin D, kyselina listová

Tabulka 3 shrnuje rovněž výsledky konzumace uvedených vitaminů ve výživě sledovaných dětí. Nedostatek vitaminu D se začíná objevovat v zimních měsících, kdy je člověk většinou odkázán na příjem vitaminu D z výživy. Vitamin D má význam nejen pro kostní, ale i mimokostní metabolismus

Tabulka 3: Příjem železa, vápníku, kyseliny listové a vitaminu D v % DDD (doporučené denní dávky).

	průměr (10. percentil)							
	Fe		Ca		Vitamin D		Kyselina listová	
Batolata 2–3 roky	117,5	(75)	113	(73,4)	57,4	(10,6)	64,4	(41,5)
Děti 4–6 let	251	(167,5)	178	(114,5)	46,4	(8,6)	146,6	(79)
Děti 7–10 let	171,7	(109,3)	103,9	(65,4)	68,6	(11,4)	105,8	(51,1)
Děti 11–15 let	125	(74,8)	81,7	(52,2)	55,1	(9,8)	73,8	(35,6)
Děti 16–18 let	126,6	(88,7)	85,5	(47,1)	26	(10)	64,8	(47,1)



a jeho nedostatek je spojován s celou řadou onemocnění. Nedostatky kyseliny listové se začínají objevovat ve starším školním věku a dále v adolescenci, jak je patrné z tabulky. Význam kyseliny listové pro těhotenství mladých žen a zdravý vývoj plodu je dobře známý. Nedostatky jeho příjmu, které souvisejí s nevyváženou výživou, zde tak mohou být zásadní.

Poznámka: Denní doporučená dávka příjmu živin vychází z údajů referenčních dávek, které pokrývají 97,5 % sledované populace dětí. Údaje, které se blíží 50 %, saturují v dostatečném množství pouze 2,5 % populace. Významně se zde tak již zvyšuje pravděpodobnost nedostatečného zajištění metabolických potřeb organismu.

■ Diskuse (od živin k potravinám)

Výsledky studií ukazují, že průměrný příjem energie z přijímané stravy vcelku odpovídal doporučením, a tudíž i potřebám sledovaných skupin dětí. Pouze lehce vyšší byl příjem energie u kojenců a u dětí 7–10letých. Ve věkové kategorii 11–15letých byl příjem energie naopak spíše celkově nižší, což pravděpodobně souvisí i s větším zájmem této skupiny dětí o svůj somatický vzhled a vývoj. Potřebám organismu odpovídal i průměrný příjem na energii se podílejších jednotlivých živin. Příjem bílkovin byl vzhledem k doporučením v nižších věkových skupinách dětí spíše vyšší, což odpovídá stravovacím zvyklostem našich rodin a dětí. Průměrná procenta přijímaných tuků rovněž významně nevybočovala z doporučení. Rovněž byla zachována fyziologicky vyšší potřeba příjmu tuků u dětí časněho věku. Problematickým se však jeví složení tuků. Vysoký průměrný příjem satureovaných mastných kyselin (SAFA) jsme zaznamenávali především ve stravě batolat a předškolních dětí. Naopak zde byl nedostatečný příjem polynenasycených mastných kyselin (PUFA). Jak jsme zjišťovali, 19 % z přijímaných složek masa bylo v batolecím věku zajištěno podáváním uzenin. Koncentrace SAFA je v uzeninách vysoká, obdobně tak i kuchyňské soli, a prakticky zde schází PUFA. Již od batolecího věku by měl být příjem tuků zajištěn z poloviny z živočišných a rostlinných zdrojů. Matky by proto měly do jídelníčku dítěte více zařazovat rostlinné tuky, jak rozšířitelné, tak i ve formě tekuté (oleje). Studie k časně výživě dětí prokázala, že vyšší příjem volných cukrů zvyšoval v batolecím věku BMI.

Omezování slazení či konzumace jednoduchými cukry obohacených pokrmů či nápojů je dlouhodobě doporučováno. Realita je však jiná. Nadměrné přislažování bylo zvláště patrné v předškolním období a velké rozdíly mezi průměrným a vyšším příjmem cukrů byly zřejmé především u adolescentů, kde 10 % dětí konzumovalo více než 29,3 % energie z jednoduchých cukrů. Podíl přislažování (sacharóza) by měl mít hodnotu nižší než 10 % energie. K tomu například směřuje i připravovaná vyhláška MŠMT k zajištění potravin do školních automatů a bufetů. Největší podíl na celkovém příjmu sacharidů by měly mít především potraviny s obsahem polysacharidů, které jsou i zdrojem potřebné vlákniny. Do jídelníčku dětí by tak měly být více zařazovány například celozrnné obiloviny a podobně. Rovněž vzhledem k vysoké konzumaci kuchyňské soli je nutno pečlivě vážit výběr potravin, které jsou v průměru zdrojem 75 % jejího přijímaného množství. Z potravin jsou to zvláště uzeniny, některé druhy pečiva a mléčných výrobků (sýrů).

Hlavním zdrojem dobře vstřebatelného vápníku je mléko a mléčné výrobky. Z našich studií je patrné, že příjem této složky výživy se snižoval především u dětí ve věku od 11 let. Tyto děti již méně často pijí mléko, nicméně konzumují mléčné výrobky. Je zde proto doporučováno zařazovat do jídelníčku především zakysané mléčné výrobky (jogurty) se sníženým příjmem cukrů. Nižší příjem železa jsme zjišťovali u starších kojenců, kde svůj podíl mělo pozdější zavádění příkrmu do výživy kojených dětí a především i výběr tzv. „bílého“ masa (kuřecí, králíčí a další), které má až třikrát nižší obsah železa než maso „červené“ (hovězí a jiné). Dále jsme našli některé nedostatky příjmu železa i ve výživě dětí starších 11 let. S nastávající menstruací děvčat se mohou tyto nedostatky dále zvyrazňovat.

Nedostatečný příjem vitamínu D ve výživě v době jeho nedostatečné přirozené tvorby v organismu cestou slunečního záření jsme prokazovali ve všech věkových skupinách. Ověřením hladin vitamínu D v krvi u batolat jsme u 36 % dětí nacházeli jeho snížené hladiny. Je dobře známo, že vitamín D kromě účinku na kostní metabolismus ovlivňuje i celou řadu dalších funkcí, mimo jiné i imunitu, svalovou sílu a další. Jeho nedostatek je spojován s riziky rozvoje civilizačních onemocnění. Z potravin jsou nejlepším zdrojem mořské ryby a plody moře. Jejich konzumace je však v našich zvyklostech relativně nízká. V současné době se na trhu objevují potra-

viny (především mléko a mléčné výrobky) obohacené o vitamín D. Je vhodné je doporučovat. Nicméně daná situace vyžaduje větší zájem zdravotních orgánů ve spolupráci s potravinářským průmyslem. Prakticky podobně, jako probíhají současné aktivity ke snížení příjmu kuchyňské soli, u vitamínu D by tomu mělo být naopak.

Nedostatky příjmu kyseliny listové se začaly objevovat postupně se zvyšujícím se věkem. Deset procent dětí ve věku 7–10 let mělo příjem nízký, ve věku 11–15 let byl již nižší i průměrný příjem, kdy pokles s věkem dále pokračoval. Klinické projevy nedostatku kyseliny listové jsou dobře známy. Největším nebezpečím je však jeho nízká hladina pro případ těhotenství z důvodu možného vzniku vrozené vývojové vady plodu. V prevenci se doporučuje konzumace kyseliny listové ještě před koncepcí, a zvláště pak v prvních třech měsících gravidity. Nedostatečný příjem kyseliny listové u starších dívek tak může být již i velmi rizikový. Kyselinu listovou nacházíme většinou v tmavě zelené zelenině, ve fazolích, jatech, žlutku a celozrnném pečivu. Některé potraviny, zvláště cereální, se o kyselinu listovou také obohacují.

■ Závěr

Výživa člověka ovlivňuje ze 30–40 % jeho zdravotní stav. Je proto dobře znát nedostatky této výživy nejen z literárních údajů, ale i z praktických studií. Tak vám je i předkládáme. Praktický dětský lékař může svým poradenstvím mnohé příznivě ovlivnit, to je i účelem tohoto sdělení.

Poděkování, poznámka: Při získávání údajů jsme spolupracovali s desítkami nutričních terapeutů, pracovníků škol, ale i praktických dětských lékařů. Chtěl bych všem poděkovat, včetně těch, kteří zajistili finanční podporu daných studií. Všechny studie byly schváleny etickou komisí a probíhaly tak „lege artis“.

■ Literatura

1. Společnost pro výživu o.s. (SPV). Referenční hodnoty pro příjem živin. Praha: Výživaservis s.r.o., 2011

Další literatura je k dispozici u autora



Mýty o potravinách

Prof. Ing. Jana Dostálová, CSc.

Ústav analýzy potravin a výživy, VŠCHT Praha

■ Úvod

Výživa je nejvýznamnějším faktorem z faktorů zevního prostředí, které ovlivňují naše zdraví. V literatuře se uvádí, že její podíl je přibližně 40 %, někdy až 60 %. V pořadí rizik z potravin je nesprávné složení stravy (riziko z nesprávné výživy) uváděno ve většině případů na prvním místě a další rizika (riziko mikrobiologické, z přírodních toxických látek, chemických kontaminantů a látek přídatných /aditivních/, označovaných kódem E) až na místech dalších. Výživa se proto stala nejen významným vědeckým oborem, ale i předmětem zájmu mnoha subjektů, které podávají doporučení, jak se stravovat a jaké potraviny si vybírat.

Vedle doporučení, která vycházejí z výsledků výzkumu, se v poslední době ve všech typech médií stále častěji objevují nepravdivé, klamavé a zavádějící informace jak o výživě obecně, tak o jednotlivých potravinách. Tyto klamavé informace pocházejí z různých zdrojů a šíří je různé zájmové skupiny. Může se jednat o konkurenční boj různých potravinářských lobby, informace, které šíří prodejci doplňků stravy s cílem zvýšit jejich prodej, ale i ctižádostiví novináři, kteří chtějí prezentovat senzační zprávy. Ti většinou nemají dostatečné odborné vzdělání ve výživě, potravinářství nebo příbuzných oborech, a tak informaci buď vytrhnou z kontextu, nebo špatně interpretují. V současné době jsou významným zdrojem mýtů i výživoví (nutriční) poradci, kteří si za své rady často účtují nemalé částky. Nikdo jejich činnost nekontroluje a navíc živnost nutričního poradce je živnost volná, takže se jím může stát v podstatě kdokoli, i ten, kdo o výživě a potravinách neví vůbec nic.

Smutným faktem pak je, že tyto mýty šíří nejen málo kvalifikovaní odborníci na výživu, ale mnohdy i lidé vzdělaní v oblasti lékařství, potravinářství a v příbuzných oborech, jimž toto vzdělání dodává v očích laické veřejnosti na důvěryhodnosti. Jejich klamavé informace mají původ buď v nedostatečných znalostech, nebo patří k zastánčům alternativních směrů výživy, které jsou

postaveny na nevědeckém základě, přičemž někteří z nich se dají označit až za fanatiky.

Mýty o potravinách a výživě se vyskytují ve všech typech médií. Jejich šíření velmi přispěl internet. Jedná se o šíření poplašných, nebezpečných a řetězových zpráv, tzv. hoaxů, jejichž častou součástí je žádost o předání zprávy dále co největšímu počtu adresátů. Hoaxy je v češtině možné nalézt na www.hoax.cz. Nejrozšířenější jsou tyto: Pangasius – je to k jídlu?, Nebezpečný moderní jogurt, Recyklované mléko, Ěčka přísady do potravin, Margaríny a zdravotní riziko (Rama s nama).

Častým terčem mýtů je mléko a mléčné výrobky, dále tuky a tzv. „ěčka“. V tomto článku se zaměříme na mýty o mléce a tucích.

Mléko se stalo terčem mýtů přesto, že se konzumuje již několik tisíc let a spolu s mléčnými výrobky je neodmyslitelnou součástí stravy západní civilizace, významným zdrojem řady důležitých živin (dobře využitelného vápníku, plnohodnotných bílkovin a v tuku i ve vodě rozpustných vitaminů) a nositelem příjemných sensorických vlastností.

Těmto chybným informacím mnoho lidí uvěřilo a vyřadilo mléko a mléčné výrobky ze svého jídelníčku, což zvláště u dětí a starších lidí je pro jejich zdraví, zejména pro zdraví kostí a zubů, nepříznivé.

Pozitivní není ani náhrada mléka různými rostlinnými nápoji, zejména sójovými, nesprávně nazývanými „mléka“, které mají zcela odlišné složení.

V následujícím přehledu uvedu některé z mýtů o mléce a mléčných výrobcích, se kterými je možné se v současné době setkat. Vzhledem k omezenému prostoru nebudu uvádět odborné zhodnocení těchto informací. Všechna uvedená tvrzení však jsou více či méně nepravdivá. Častých mýtů o tucích není tak velké množství, a proto uvádím i komentář.

■ Mýty o mléce

1. Mléko zahleňuje.
2. Nepijte mléko, protože žádný savec v dospělosti mléko nepije.

3. Mléko a mléčné výrobky nepatří do jídelníčku.
4. Mléko není nutné pít, protože vápník je i v jiných potravinách.
5. Při alergii na kravské mléko je dobré pít mléko kozí nebo ovčí.
6. Odborníci zastávají názor, že mléko není zdravé.
7. Odtučněné mléko má méně vápníku.
8. Mléko z obchodu je ředěné vodou a přidává se do něj řepkový olej.
9. Čerstvé mléko je zdravější než trvanlivé.
10. Mléko „přímo od krávy“ je nejzdravější.
11. Trvanlivé mléko je nutričně nevhodné.
12. Trvanlivé mléko obsahuje konzervanty.
13. Mléko je moc tučné, má moc kalorií.
14. Nepijte mléko, obsahuje cholesterol a nezdravé živočišné tuky.
15. Mléko je rizikový faktor vzniku cukrovky.
16. Mléko způsobuje osteoporózu.
17. Mléko obsahuje rezidua antibiotik a hormonů.

■ Mýty o mléčných výrobcích

1. Probiotické kultury nemají pozitivní vliv na zdraví.
2. Jogurty nemají pozitivní zdravotní účinek – neposilují imunitu, nepodporují trávení apod.
3. Nejčastěji se vyskytuje bifidus avicenc a ten skutečně není našemu tělu vlastní – je izolován z kachen. Tyto nelidské bakterie mohou nahradit původní mikroflóru a způsobovat průjem.
4. Jogurt je jen atrapa.
5. Některé jogurty a další zakysané mléčné výrobky mohou být nebezpečné – poškození slinivky.
6. Obsahují nebezpečný geneticky modifikovaný kukuřičný škrob.
7. Nejoblíbenější jogurty nejsou jogurty, ale zahuštěná obarvená hmota, která mléko neviděla ani z vrtníku.
8. Smetanový jogurt obsahuje více vápníku.
9. Jogurty obsahují nebezpečná „ěčka“.



Odebrání porodní kauzy brněnskému soudci byla chyba, rozhodl ÚS

Vrchní soud v Olomouci chyboval, když odňal brněnskému soudci Michalu Ryškovi kauzu ženy, která porodila doma a nechtěla s novorozencem odjet do nemocnice. Ústavní soud tak rozhodl v kauze rodičky, na kterou záchranáři po domácím porodu zavolali policii.

Vrchní soud v Olomouci chyboval, když odňal brněnskému soudci Michalu Ryškovi kauzu ženy, která porodila doma a nechtěla s novorozencem odjet do nemocnice. Záchranáři kvůli tomu zavolali policii. Žena později žádala omluvu a odškodnění. Ryška jí dvakrát vyhověl, vrchní soud ovšem vždy rozhodnutí zrušil a nakonec případ přidal jinému soudci. Ústavní soud dnes vyhověl ženě stížnosti a spis se po jeho zásahu znovu vrátí k Ryškovi, jenž by měl rozhodnout potřeby. V přidělení kauzy jinému soudci spatřovala matka porušení práva na zákonného soudce. Změna je podle ústavní stížnosti možná jen v případě, že soudce není schopen dokončit řízení zákonným způsobem, a je proto nutné chránit účastníky řízení před průtahy vzniklými v důsledku nesprávného postupu. Taková situace ale podle matky v kauze nenastala, což potvrdili také ústavní soudci.

Podstatou sporu se ale nezabývali. „Ústavní soud neřešil a ani nemohl řešit samotnou spornou otázku, zda byl postup záchranné služby přiměřený, anebo nikoliv,“ zdůraznil soudce zpravodaj Vojtěch Šimíček.

Lékař po příjezdu do bytu v brněnské Údolní ulici trval na převozu dítěte do nemocnice, přestože porod proběhl v pořádku. Žena ani její partner s převozem nesouhlasili. Navrhli, že se sami dostaví s dítětem na prohlídku druhý den ráno. Lékař však přivolal policii a přiměl matku s dítětem k odjezdu do nemocnice.

Žena se následně obrátila se žalobou na Krajský soud v Brně, kde Ryška dvakrát rozhodl v její prospěch. Dospěl k závěru, že nucený transport zdravého dítěte „pro jistotu“ do nemocnice nelze ospravedlnit. Přiznal ženě a dítěti právo na omluvu a odškodnění celkem 100 000 korun.

Zdroj: ČTK, www.tribune.cz, 1. 12. 2015

10. Ne všechny jogurty obsahují živé kultury.
11. Trvanlivost jogurtů je 2–3 dny, maximálně jeden týden.
12. Jogurt s trvanlivostí jeden měsíc musí obsahovat konzervanty.
13. Současný jogurt není skutečný jogurt.
14. Jogurt není zdravou potravinou.
15. Pouze jogurty zrající v kelímku jsou skutečné jogurty.
16. Jogurty jsou vyráběny z pasterovaného mléka, musejí být tudíž mrtvé.
17. Jogurty „ve skle“ s ovocem na dně neobsahují „ěčka“.

■ Mýty o tavených sýrech

1. Tavené sýry se vyrábějí z nekvalitních surovin.
2. Tavené sýry odstraňují vápník z kostí, a proto se kosti snadno lámou.
3. Tavené sýry jsou příliš tučné.
4. Tavené sýry jsou odkladištěm zbytků a závadných sýrů.
5. Tavené sýry jsou plné „ěček“.
6. Tavený sýr je nevhodným zdrojem vápníku.
7. Bílkoviny v tavených sýrech mají nižší biologickou hodnotu.
8. Tavený sýr je výrobek s nezdravým tukem.
9. Tavené sýry obsahují laciné margaríny.
10. Tavené sýry jsou laciné, a tudíž musejí být méně kvalitní.

■ Mýty o tucích

Rostlinné tuky jsou zdravé, živočišné nezdravé

Z rostlinných tuků nemá z pohledu výživy vhodné složení tuk kokosový, palmojádřový a palmový, případně tuky obsahující vyšší množství trans nenasycených mastných kyselin. Z živočišných tuků jsou pro zdraví prospěšné tuky z ryb. Samozřejmě záleží i na množství, které zkonzumujeme.

Margaríny zvyšují celkový cholesterol a LDL cholesterol a snižují HDL cholesterol

Margaríny mají, až na ojedinělé případy, v současné době příznivé složení mastných kyselin, tzn. nízký obsah nasyčených mastných kyselin, vysoký obsah nenasycených mastných kyselin a některé i nezanedbatelné množství nenasycených mastných kyselin řady omega-3 a nízký obsah trans mastných kyselin, a nemohou proto zvyšovat

celkový cholesterol a LDL cholesterol a snižovat HDL cholesterol.

Řepkový olej je vhodný jen na „bionaftu“

Řepkový olej je z hlediska výživového velmi kvalitní – má nízký obsah nasyčených mastných kyselin a z běžných rostlinných olejů nejvyšší obsah kyseliny linolenové, která patří k nenasyceným mastným kyselinám řady omega-3, a velmi nízký obsah kyseliny linolové (omega-6), které přijímáme nadbytek. Má poměrně dobrou tepelnou stabilitu, a proto ho lze používat i ke smažení. Z olejů běžně dostupných v naší tržní síti je z hlediska výživového i co do tepelné stability nejkvalitnější.

Kokosový tuk je zdravý

Ve všech druzích médií se v poslední době často objevují informace o pozitivních účincích kokosového tuku (oleje), některé dokonce tvrdí, že je ze všech tuků pro zdraví nejlepší. Ze všech informací je pravdivá pouze ta, že kokosový tuk je tepelně stabilní. Složení mastných kyselin je z hlediska výživového nevhodné, zejména z pohledu vlivu na krevní lipidy, protože obsahuje přes 90 % nasyčených mastných kyselin a poměrně velké množství kyselin laurové, myristové a palmitové, které významně zvyšují hladinu krevního cholesterolu.

Všechny tuky jsou špatné

Vliv tuků na zdraví člověka je velice různý – od účinků pozitivních až po negativní. K tukům s negativním účinkem patří zejména tuky obsahující trans mastné kyseliny (tuky částečně ztužené, které se používají do různých potravinářských výrobků; jejich používání se výrazně snižuje) a tuk kokosový, palmojádřový a palmový. Pozitivně nepůsobí ani sádlo a máslo. Pozitivně působí rybí tuky (oleje) a z rostlinných tuků olej řepkový a olivový, méně významně i další oleje.

Zdravá strava a konzumace tuků se vylučují

Zdravá strava musí obsahovat tuky, protože jsou nositelem v tuku rozpustných vitaminů, rostlinných sterolů a dalších ochranných látek a jsou zdrojem esenciálních (nezbytných) mastných kyselin. Příjem tuků ve stravě by neměl klesnout pod 20 % z celkového energetického příjmu, tj. pod 45 g za den.

Když chci hubnout, nesmím jíst žádný tuk

I při hubnutí jsou tuky důležité, protože jsou nositelem v tuku rozpustných vitaminů, rost-



linných sterolů a dalších ochranných látek a jsou zdrojem esenciálních (nezbytných) mastných kyselin. Příjem tuků ve stravě by neměl klesnout pod 20 % z celkového energetického příjmu, tj. cca pod 45 g za den.

Je jedno, zda jím máslo nebo rostlinný tuk, po obojím se tloustne

Tuky dodávají organismu energii podle toho, kolik jich sníme a kolik tuku obsahují. Největším zdrojem energie jsou rostlinné oleje a pokrmové tuky (např. Ceres soft), protože neobsahují vodu, jsou to 100% tuky. Z tuků, které si mažeme na chléb a pečivo, má nejvyšší obsah tuku máslo – 82 % (máslo tříčtvrteční se 60 % tuku a poloviční, které má 40 % tuku, se na našem trhu prakticky nevyskytuje). Rostlinné roztíratelné tuky mají obsah tuku v rozmezí 20–70 %, běžné jsou tuky s méně než 50 % tuku. Pokud tedy konzumujeme stejná množství, přijmeme méně energie z roztíratelných tuků než z másla, běžně polovinu.

Výroba rostlinných tuků je příliš průmyslová

V současné době se průmyslově vyrábějí téměř všechny potraviny a mezi technologiemi není z hlediska vlivu na zdraví člověka velký rozdíl. Hlavní je, aby vyrobené potraviny byly bezpečné, což kontrolují státní kontrolní orgány.

Máslo je přírodní produkt, zatímco margaríny musejí být vyráběny složitým technologickým procesem a nejsou přírodním tukem

Pro výrobu másla i margarínů se používají přírodní suroviny – pro výrobu másla smetana, pro margaríny rostlinné oleje a tuky. Základem výroby másla i margarínů je mechanický proces, při kterém vzniká požadovaná forma výrobku, která představuje roztíratelnou emulzi vody v tuku.

Dnešní margaríny se neliší od margarínů, které se používaly v době krize jako náhražky másla.

Dnešní margaríny mají zcela jiné složení – příznivé složení mastných kyselin, některé jsou obohacovány o vitaminy rozpustné v tucích, případně o rostlinné steroly. Jejich sensorické vlastnosti jsou jiné – příznivější chuť a vůně i roztíratelnost.

Margaríny ucpávají cévy a obsahují velmi mnoho transfigurovaných mastných kyselin (některé přes 50 %).

Dnešní margaríny naopak působí preventivně proti nemocem srdce a cév a většina z nich již trans mastné kyseliny neobsahuje.

Snad největší mýtus se objevil na internetu a byl rozeslán jako spam v několika vlnách. Je to mýtus Rama s nama, ke kterému není třeba se vyjadřovat. Způsob vyjadřování mluví již sám za sebe. Obsahuje termíny a informace jako: „Transfigurované tuky“, „Margarín chybí pouze jediná molekula, aby z něj byla 100% umělá hmota“, „Proč to nic živého nechce?“, „Protože to je z 99,99 % plast, který život zabíjí“, „Co takhle rozpustit si ho na topinku, ne? Tak proč jíte margaríny?“

Závěr

Dopad důsledného převzetí a aplikace některých těchto informací bohužel může vést až k poškození zdraví. Přesto těmto informacím řada lidí věří, často i lidé se vzděláním v příslušném oboru. Alarmující je rovněž skutečnost, že se s mýty o výživě a potravinách stále častěji setkáváme i u studentů a při diskusích s nimi se ukazuje, že někteří těmto „mýtům“ věří víc než informacím předávaným ve škole, což velmi znesnadňuje jak úlohu učitele, tak i osvětu v oblasti výživy a potravin obecně. Boj s mýty je „boj s větrnými mlýny“. Je ale nutné, aby skuteční odborníci častěji vystupovali v médiích a tím alespoň trochu „zředili“ nepravdivé a klamavé informace. Významně by přispělo i převedení živnosti „nutriční poradce“ ze živnosti volné na živnost vázanou. Vymýtit mýty se nikdy nepodaří, ale přesto by se odborníci s přispěním státních orgánů měli snažit alespoň jejich vliv na obyvatelstvo snížit.

NOVÝ, 2x SILNĚJŠÍ

GS Imunostim

Bud'te odolní a zdraví jako buk!

Dvojnásobná síla pro přirozenou podporu Vaší imunity
Pro dospělé i děti

A nic Vás nezlomí!

Zeptali jsme se vedoucího lékaře oddělení klinické imunologie a alergologie Zdravotního ústavu v Ústí nad Labem, MUDr. Dalibora Jilka, CSc., jaké jsou nejnovější trendy v účinném posilování imunitního systému a jak tyto trendy ovlivní složení nového GS Imunostimu společnosti Green-Swan Pharmaceuticals, na jehož vývoji se Ústav podílí.

GS Imunostim obsahuje tzv. bakteriální lyzáty, můžete vysvětlit, o co jde?
Bakteriální lyzáty se získávají z neživých bakterií, které patří mezi nejčastější původce infekcí dýchacích cest. Jedná se o neškodné částičky, které samy nemohou nemoc vyvolat, ale zachovávají si určité znaky, které jsou pro původní mikroorganismy specifické. Jejich užívání je přitom bezpečné a můžeme je užívat dlouhodobě.

Takže jde vlastně o takový „imunitní trénink“.
Ano, dá se to tak říct. Imunitní systém slouží k obraně organismu před cizorodními látkami a mikroorganismy. Buňky imunitního systému se neustále učí tyto látky rozpoznávat a odstraňovat z těla. Proto je pro něj a jeho vysokou odolnost vystavení těmto pododěním velmi důležité.

Jaké máte zkušenosti s používáním bakteriálních lyzátů ve své klinické praxi?
Dlouhodobě a velmi pozitivní. Vždy je ovšem důležité se zajímat o to, které kmeny a další látky jsou obsaženy. To do značné míry rozhoduje o tom, zdali nám užívání takového přípravku pomůže.

Přípravek obsahuje tzv. bakteriální lyzáty a vitamín C, který podporuje optimální funkci imunitního systému a zdravotní odolnost organismu.

Nová generace přípravků na posílení imunity

GS Imunostim AKUT
Rychlá a okamžitá podpora imunity
Kůra na 10 dní.
Pro dospělé i děti od 12 let.

GS Imunostim PREVENT
Dlouhodobá a účinná podpora imunity
až na 3 měsíce.
Pro dospělé i děti od 12 let.

GS Imunostim JUNIOR
Dlouhodobá a účinná podpora imunity
Vašich dětí
až na 3 měsíce.
Pro děti od 3 let.

Doplňky stravy

Vyzkoušejte i Vy!



Výživové doporučení dle pyramidy

Mgr. Veronika Březková^{1,2}, PhDr. Leona Mužíková, Ph.D.³

¹Ústav ochrany a podpory zdraví, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

²Masarykův onkologický ústav, Brno

³Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Co si dát k jídlu, respektive na talíř či do krabičky, aby byla naše výživa plnohodnotná? Snědli jsme dnes všechno, co naše tělo potřebuje? A jak jsou na tom naše děti?

■ Úvod

Výživová doporučení mají dát návod, co jíst, aby se populace udržela v dobrém zdraví. Jejich názornější a v praxi využitelnější formou jsou na skupinách potravin založená obrazová výživová doporučení, která prezentují převod doporučení pro přívod energie a živin na potraviny. V různých částech světa jsou obrazová výživová doporučení znázorňována v odlišných podobách: například ve Francii je to loď, v Číně pagoda, v Japonsku káča, v Kanadě duha a ve Velké Británii talíř. Pyramidu používá ve svém výživovém doporučení kromě České republiky velká část Evropy a do roku 2011 i USA. Vždy přizpůsobují skladbu stravy specifickým

zvláštnostem dané země. Doporučované potraviny by navíc vždy měly být dostupné a měly by respektovat místní tradice.

■ Potravinová pyramida Ministerstva zdravotnictví České republiky z roku 2005

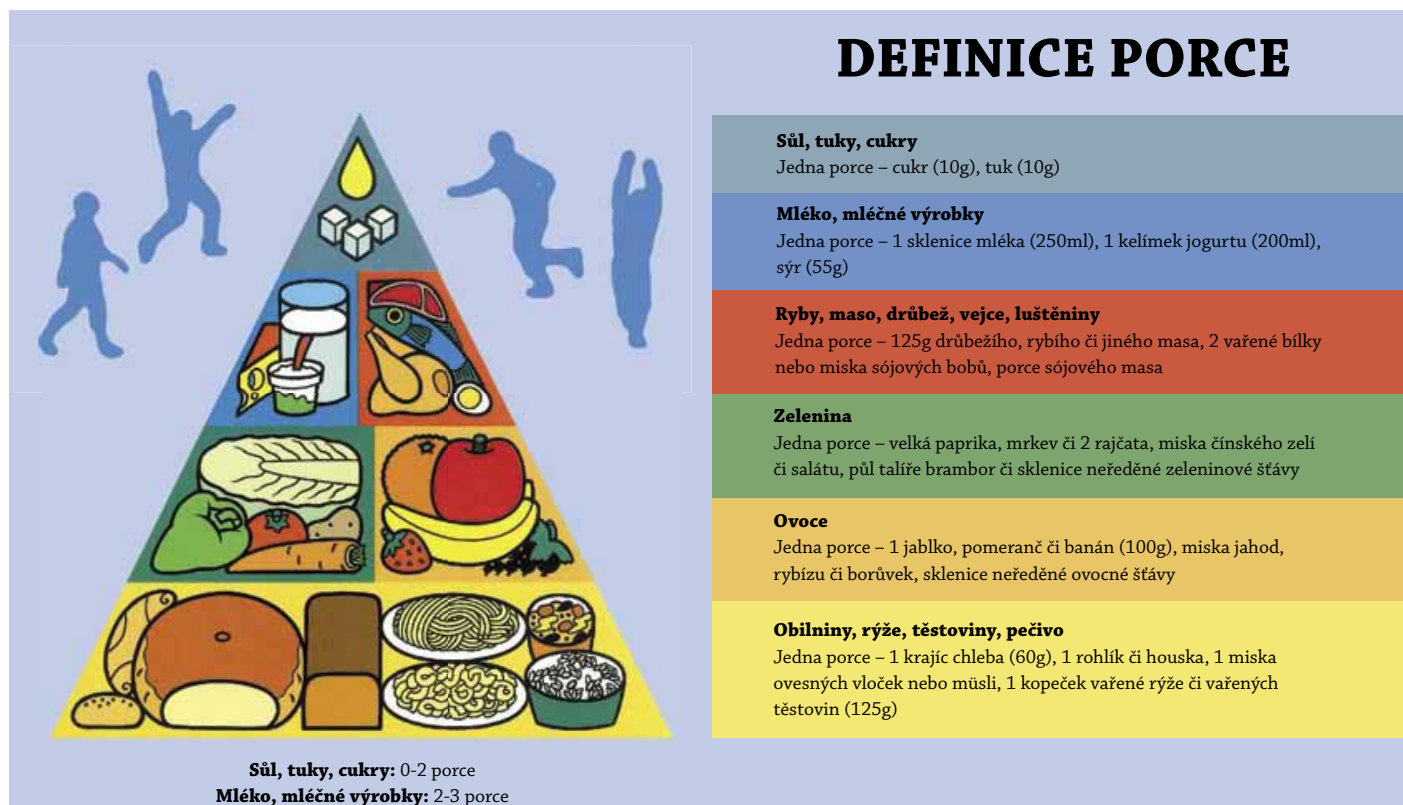
Potravinová pyramida Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR) z roku 2005 má pět pater. Skládá se z potravinových skupin, které jsou do jednotlivých pater pyramidy rozmístěny na základě hlavního obsahu živin. Pro vrchol pyramidy je společná umírněná spotřeba. Jednotlivá patra se zužují, stejně jako se mění denní doporučené množství konzumovaných

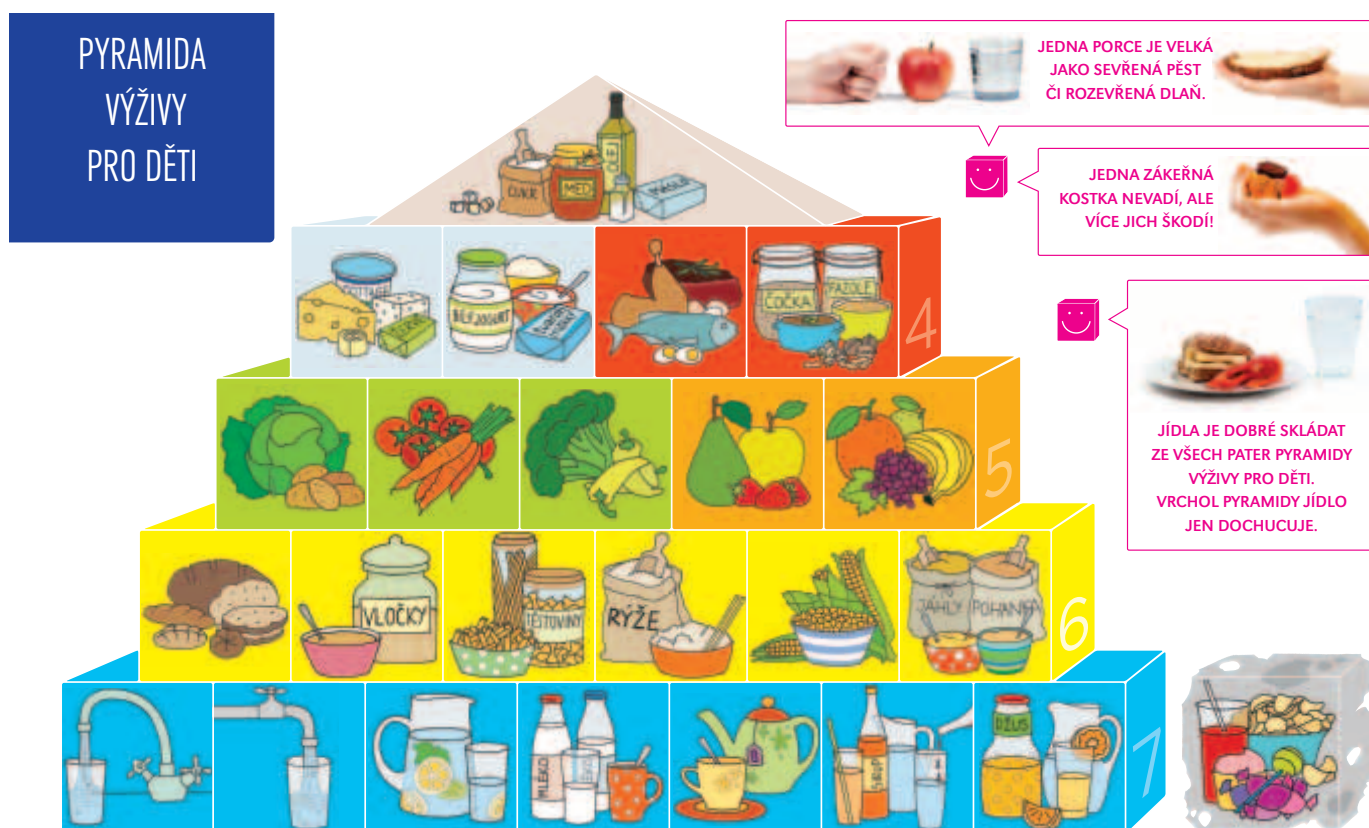
porcí dané potravinové skupiny. Pyramidě by se ale daly vytknout určité detaily, jako například zavádějící názvy konzumovaných potravin (čínské zelí, vařené bílky, sojové maso), porce ve formě kuchyňského nádobí neurčitěho objemu (miska, talíř, sklenice) či i z jiného důvodu neurčité porce. I z těchto důvodů je pyramida kritizována.

■ Pyramida výživy pro děti

V rámci POP PaV byla potravinová pyramida MZ ČR z roku 2005 vyzdvížena, poupravena a stala se základním výukovým materiálem dětí zapojených do programu Pohyb a výživa (cílové skupiny POP PaV).

Obr. 1: Potravinová pyramida Ministerstva zdravotnictví České republiky z roku 2005





Pokusné ověřování účinnosti programu zaměřeného na změny v pohybovém a výživovém režimu žáků ZŠ (č. j. MSMT-5488/2013-210)
Financováno z prostředků Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Vydal Národní ústav pro vzdělávání, Praha 2014



Obr. 2: Pyramida výživy pro děti a zákeřná kostka z POP PaV (autorky L. Mužíková, V. Březková), více na <http://pav.rvp.cz/>

Co je POP PaV?

V roce 2013 MŠMT vyhlásilo Pokusné ověřování účinnosti programu zaměřeného na změny v pohybovém a výživovém režimu žáků základních škol (dále jen POP PaV), které ve školním roce 2014/2015 probíhalo na prvních stupních 33 základních škol z různých částí České republiky. Nejenom vedení školy, učitelé, vychovatelé, ale i vedoucí školních jídelen vyhodnocovali své přístupy k pohybovému a výživovému vzdělávání a režimu žáků. Všichni zúčastnění také posuzovali požadavky POP PaV a přijímali taková opatření, která byla v jejich specifických podmínkách uskutečnitelná. Na základě realizace a průběžné evaluace POP PaV jsou nyní poznatky ověřování zobecněny a pozitivně hodnocené části budou doporučeny k plošnému uplatnění.

Součástí projektu byly edukační materiály (informační brožura pro učitele, pracovní sešity pro děti, letáček pro rodiče, plakáty pro školu, třídu, družinu a školní jídelnu), které jsou volně dostupné na webových stránkách POP PaV: <http://pav.rvp.cz/edukacni-program-zakladni-materialy-2>

Patra Pyramidy výživy pro děti se skládají z jednotlivých kostek, jejichž počet naznačuje doporučené množství denně konzumovaných porcí uvedené potravinové skupiny. Pyramida je obohacena o patro „pitného režimu“, do kterého je zařazeno i mléko ve formě nápoje. Samotná porce je definována velikostí sevřené pěsti či rozevřené dlaně samotného strávníka. **Pro vhodnou skladbu stravy je doporučováno mít hlavní jídla (snídaně, oběd a večeře) složená ze všech pater pyramidy, vždy úměrně svým potřebám. Pro děti platí toto doporučení i pro svačiny.**

Tímto způsobem se pyramida tzv. dostává na talíř, respektive pomáhá sestavit každé denní jídlo. I když byla Pyramida výživy pro děti původně navržena pro děti mladšího školního věku, velmi dobře se uplatňuje nejen u starších dětí, ale také u dospělých. Pyramida je tak pomůckou pro denní skladbu stravy i skladbu jednotlivých jídel.

Součástí doporučení je také symbol tzv. „zákeřné kostky“, která je vytvořena pro potraviny bohaté na energii a chudé na živiny (např. sladkosti, limonády, příliš tučné či

slané potraviny). Tyto potraviny není potřeba konzumovat, ale v naší stravě se přesto objevují. S doporučením „jedna zákeřná kostka neškodí, ale větší počet může škodit“ se stává uchopitelnější i známé doporučení „všeho s mírou“.

V rámci POP PaV byl dále v oblasti výživy kladen důraz na pravidelnou konzumaci stravy, tj. jednotlivá denní jídla (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře) by od sebe neměla být vzdálena delší dobu než 3 hodiny. Zároveň POP PaV upozorňuje na nežádoucí účinky neustálého pojídání. Doporučováno je také mít alespoň tři jídla denně (optimálně snídaně, oběd a večeře) složená ze všech pater pyramidy, včetně pitného režimu. Důraz je kladen především na dostatečnou konzumaci ovoce a zeleniny (pětkrát denně porce jako pěst) a v rámci pitného režimu upřednostňovat obyčejnou vodu. Vše dohromady tak zajišťuje přiměřený příjem všech živin. Tato výživová doporučení byla sestavena tak, aby bylo reálné jejich plnění a aby děti ani dospělí neodrazovaly zákazy (negativní pojetí) nebo přísnost výživových doporučení.



Obr. 3: Názorná ukázka rozdílu ve velikosti pěsti dítěte a dospělého a příklady porcí, více na <http://pav.rvp.cz/>

Pyramida výživy může být využita i k rychlému hodnocení stravy. Stačí si za každou porci potravin i nápoje vyznačit do pyramidy křížek (či jeho část za menší porci) a nezapomenout na všechny „zákeřné kostky“. Při porovnání s doporučením je ihned patrné, u čeho by bylo dobré konzumaci zvýšit či případně snížit. Tímto způsobem také lépe vyniknou „následky“ nadměrné konzumace tzv. zákeřných potravin a nápojů.

■ Nutriční skóre

Pro rychlé zhodnocení výživového chování dětí (a nejen dětí) bylo v rámci POP PaV také vytvořeno tzv. nutriční skóre, které může být využíváno i v rámci ordinací praktických lékařů pro děti a dorost při posuzování stavu výživy. Pomocí šesti otázek a jednoduchých odpovědí typu ANO/NE je pozornost zaměřena na základy správné stravy a výživového chování.

Nutriční skóre:

1. Měl/a jste pravidelnou stravu? ANO/NE

Jednotlivá jídla byla od sebe vzdálena maximálně 3 hodiny. Mezi jídly jste nepojídali, výjimkou mohlo být ovoce či zelenina.

2. Byla alespoň tři denní jídla složena ze všech pater pyramidy? ANO/NE

3. Vypil/a jste nejméně sedm sklenic či hrnků vhodných tekutin o objemu vlastní sevřené pěsti? ANO/NE

Mezi vhodné tekutiny patří voda, slabé čaje nebo jen mírně ochucené tekutiny, mléko a mléčné nápoje.

4. Snědl/a jste nejméně pět porcí ovoce a zeleniny velikosti sevřené pěsti? ANO/NE

Patří sem i tepelně zpracovaná zelenina, vařené brambory, zeleninová polévka, ovocný kompot.

5. Snědl/a jste dnes dvě porce mléčných výrobků? ANO/NE

Či významných zdrojů vápníku, jako jsou např. mák, sardinky s kostmi, brokolice, kapusta?

6. Byl/a jste střídmy/á v konzumaci potravin a nápojů z tzv. zákeřných kostek? ANO/NE

Znamená to, že jste měli nejvýše jednu „zákeřnou kostku“.

■ Závěrem

Pyramida výživy může být skvělou pomůckou pro denní skladbu stravy. Stačí například dodržovat základní doporučení pestrosti – v každém denním jídle (alespoň v těch hlavních, tj. snídani, oběd a večeře) mít zástupce ze všech pater pyramidy. Ordinance a čekárny praktických lékařů pro děti a dorost jsou dalším velmi důležitým místem pro prezentaci a využití pyramidy, díky kterému se může výživové doporučení přiblížit běžnému člověku a přispět tak ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel České republiky.

Obr. 4: Názorná ukázka využití obrazového doporučení k rychlému hodnocení stravy, více na <http://pav.rvp.cz/>





Může snížený příjem bílkovin ve stravě kojenců ovlivnit riziko obezity u dětí?

Prof. MUDr. Jiří Nevoral, CSc.

Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol

Nadváha a obezita jsou celosvětovým problémem. V ČR tento problém postihuje 20–30 % dětí, což odpovídá evropským údajům. Nadváha a obezita nejsou jen problémem vzhledu dětí, ale jsou spojeny s celou řadou onemocnění kardiovaskulárních, metabolických, endokrinních, trávicích, ortopedických nebo dermatologických. Obézní děti mají také problémy se zařazením do dětského kolektivu a z toho vyplývající psychické potíže. Ruku v ruce s epidemií obezity jde obezita matek a jejich dětí.

Existuje celá řada zjištění, že prenatální a časné postnatální zevní vlivy, jako je výživa, mohou ovlivňovat metabolickou a epigenetickou regulaci vývoje dítěte.¹ V řadě studií je kojení spojováno s mírně nižším rizikem obezity a jiných onemocnění v pozdějším životě v porovnání s dětmi živěnými kojeneckými mléky.² Výhradní kojení během prvních šesti měsíců života snižuje pozdější riziko obezity asi o 15–25 %.³ Složení mateřského mléka včetně nižšího obsahu bílkovin a jejich odlišné kompozice v porovnání s kojeneckými mléky a přítomnost různých hormonů, jako je IGF-1, leptin, ghrelin a adiponektin, mohou ovlivňovat regulaci příjmu a výdeje energie a tím i růst kojence.

Děti živěné kojeneckými mléky rostou v prvních dvou letech života rychleji než děti kojené. Existuje celá řada dokladů o tom, že

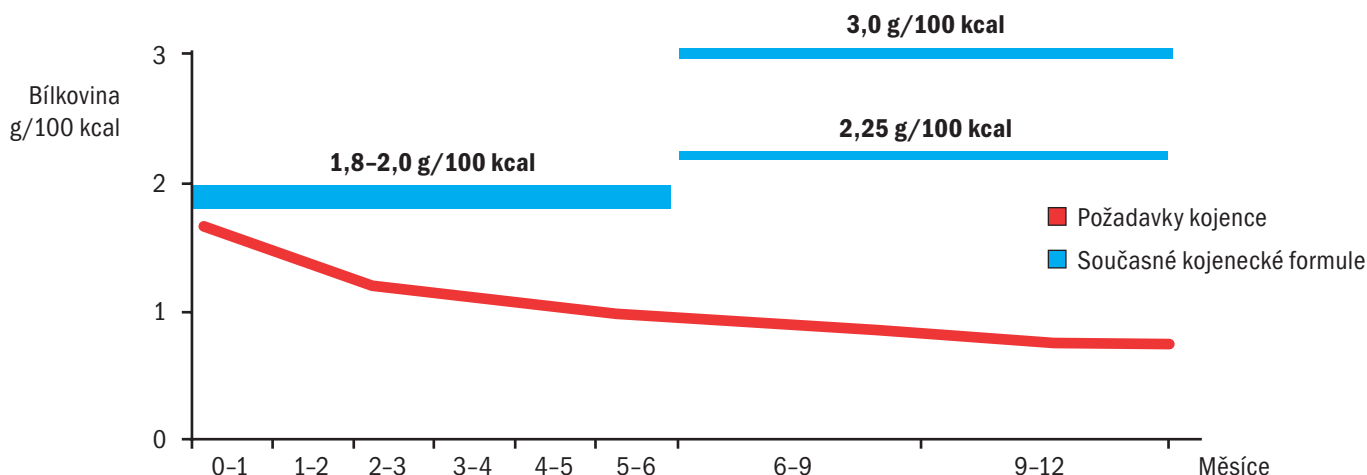
rychlý růst dítěte, a to zvláště rychlý nárůst hmotnosti v kojeneckém věku, je spojen s větším rizikem pozdější nadváhy a obezity. Dalšími rizikovými faktory dětské nadváhy a obezity jsou nadváha nebo obezita matky na počátku těhotenství, vysoká porodní váha dítěte a matka kuřačka.³

Jedním z hlavních faktorů ovlivňujících rychlý nárůst hmotnosti kojence je zřejmě vyšší příjem bílkovin. Značná pozornost byla v minulosti vždy věnována rizikům nedostatečného příjmu bílkovin, ale až v poměrně nedávné době byla vyslovena „časná proteinová hypotéza“. Podle této hypotézy nadměrný příjem bílkovin vede ke vzestupu koncentrací inzulin uvolňujících aminokyselin v plazmě i ve tkáních, což vede k zvýšenému uvolňování inzulinu a IGF-1 a tím k větší buněčné proliferaci, urychlenému růstu a zvětšení

tukové tkáně.⁴ Nižší dodávka bílkovin u kojenných dětí (9 a 10 g/den ve věku 3–6 měsíců) v porovnání s dětmi živěnými kojeneckými mléky (14 a 18 g/den) může omezovat velké hmotnostní přírůstky a pozdější obezitu.⁵

Zatímco obsah bílkovin v mateřském mléce s časem klesá, kojenecká mléka určená pro starší kojence mají naopak větší množství bílkovin. Standardní kojenecká mléka obsahují přibližně bílkovinu v množství 2 g/100 kcal a jsou podávána v prvních 6 měsících života. Za 1–2 měsíce po narození dítěte obsahují již značně vyšší množství bílkoviny, než kojenec skutečně potřebuje. Po 6 měsících místo toho, aby bylo podáváno mléko s nižším obsahem bílkovin, začne kojenec naopak dostávat pokračovací mléka s vyšším obsahem bílkoviny až 3,0 g/100 kcal (obr. 1). Důležitým faktorem může být také

Obr. 1: Potřeba bílkovin u kojence během prvního roku života v porovnání s dodávkou bílkovin kojeneckými mléky. Podle E. Ziegler, 2014.





kvalita bílkoviny, tj. rozdílné složení aminokyselin v bílkovině kravského mléka a v bílkovině kojeneckých mlék.⁶ Opatření měnící růst kojence by proto mohlo hrát klíčovou roli v primární prevenci dlouhodobé obezity. Několik intervenčních studií již podporuje časnou proteinovou hypotézu. V chilské studii byl porovnáván růst dětí obézních matek nebo matek s nadváhou, které byly kojeny, s dětmi, které byly živěny dvěma kojeneckými mléky s rozdílným obsahem bílkovin (1,65 g nebo 2,7 g/100 kcal). V prvních třech měsících byly děti kojeny, od 3 měsíců byly kojeny nebo živěny mlékem s vysokým nebo s nízkým obsahem bílkoviny. Od 6–12 měsíců dostávaly nemléčné příkrmy. Studie ukázala, že kojenci živění od 3 měsíců mlékem s nižším obsahem bílkovin rostli podobně jako děti kojené. Při porovnání ve dvou letech života děti živěné mlékem s vyšším obsahem bílkovin měly hmotnost v průměru o 518 g vyšší než děti konzumující mléko s nižším obsahem bílkovin. Tento rozdíl byl ještě větší u dětí matek s BMI vyšším než 30. Podobné byly výsledky BMI dětí, skupina s mlékem s nízkým obsahem bílkovin měla BMI velmi podobné kojeným dětem. Výška a obvod hlavy byly zcela v mezích normy. Zajímavé je, že výhody podávání mléka s nízkým obsahem bílkoviny přetrvávaly i další rok poté, kdy výživa tímto mlékem byla ukončena.⁷

Podobná studie byla provedena v USA, matky však nebyly pouze ženy s nadváhou nebo obezitou. Ve dvojité zaslepené randomizované studii byla skupina dětí živěna od 3 měsíců do 12 měsíců mlékem s nízkým obsahem bílkoviny 1,65 g/100 kcal a porovnána se skupinou dětí živěných klasickým mlékem s vyšším obsahem bílkovin 2,15 g/100 kcal. Jako kontrolní skupina sloužily děti kojené. Mléko s nízkým obsahem bílkoviny zajišťovalo normální růst dětí po třetím měsíci života a jejich růst odpovídal WHO růstovým standardům. Denní hmotnostní přírůstky byly ve skupině živěné nízkoproteinovým mlékem lehce nižší v porovnání se skupinou živěnou vysokoproteinovým mlékem, ale rozdíl nebyl statisticky významný, obě skupiny měly ale větší hmotnostní přírůstky než děti kojené.

Hmotnost hodnocená průběžně v intervalu od 4 do 12 měsíců byla nižší u dětí živěných nízkoproteinovým mlékem v porovnání s hmotností dětí živěných vysokoproteinovým mlékem. Ve 12 měsících života

bylo procento dětí s hmotností vyšší než 85. percentil významně vyšší ve skupině s vysokoproteinovým mlékem.⁸ Ze dvou uvedených studií vyplývá, že preventivní efekt podávání nízkoproteinového mléka byl výraznější u dětí matek s nadváhou nebo obézních. Výživa mlékem s nízkým obsahem bílkoviny zřejmě zpomaluje nárůst hmotnosti především u rychle rostoucích kojenců.

Proteinová hypotéza je zkoušena také v Evropské unii v multicentrickém projektu Childhood Obesity Project (CHOP). Celkem 1 138 zdravých, kojeneckými mléky živěných kojenců bylo randomizováno k výživě buď počátečním mlékem s obsahem bílkovin 1,77 g/100 kcal nebo 2,2 g/100 kcal a pokračovacím mlékem s 2,9 g/100 kcal, nebo 4,4 g/100 kcal během prvního roku života. Tyto děti byly porovnány s plně kojenými dětmi ve 24 měsících života.

Výsledky ukázaly, že děti živěné mléky s nízkým obsahem bílkovin měly významně nižší hmotnost, nižší poměr hmotnost k výšce a BMI v porovnání s dětmi živěnými mlékem s vyšším obsahem bílkoviny a nelišily se od kojených dětí.⁹

Soubor byl znovu zhodnocen v 6 letech života a ukázalo se, že děti živěné v kojeneckém věku vysokoproteinovým mlékem měly významně vyšší BMI a riziko obezity bylo 2,43krát vyšší. Mléko s nízkým obsahem bílkoviny (na úrovni podobné mateřskému mléku) vedlo k časným hmotnostním přírůstkům a BMI v šesti letech, které se podobaly těmto hodnotám u kojených dětí.¹⁰ Současné byly studovány metabolické a endokrinní mechanismy. Kojenci živění vysokoproteinovým mlékem měli vyšší koncentrace především rozvětvených aminokyselin, vyšší koncentrace celkového a volného IGF-1, zvýšené koncentrace C-peptidu v moči (svědčící pro vyšší sekreci inzulinu) a nižší glykémie.⁶

Randomizovaná studie s dlouhodobým sledováním svědčí pro skutečnost, že způsob výživy kojence ovlivňuje BMI a riziko obezity ve školním věku. Regulace příjmu bílkovin u kojence se ukazuje jako vhodný způsob, jak omezit velký hmotnostní nárůst v prvních měsících života. Omezení nadbytečného příjmu bílkovin spočívá v podpoře kojení a ve snížení obsahu bílkovin v kojeneckých mlékách, což může být účinný příspěvek k prevenci dětské obezity.

■ Literatura

1. Koletzko B, Brands B, Chourdakis M et al. The power of programming and the early nutrition project: opportunities for health promotion by nutrition during the first thousand days of life and beyond. *Ann Nutr Metab* 2014;64:141–150
2. Oddy WH, Mori TA, Huang RC et al. Early infant feeding and adiposity risk: from infancy to adulthood. *Ann Nutr Metab* 2014;64:215–223
3. Weng SF, Redsell SA, Swift JA et al. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. *Arch Dis Child* 2012;97:1019–1026
4. Koletzko B, von Kries R, Closa R et al. Can infant feeding choices modulate later obesity risk? *Am J Clin Nutr* 2009;89:15025–15085
5. Koletzko B, Akerblom H, Dodds P et al. Early nutrition and its later consequences: new opportunities. *Adv Exp Med Biol* 2005;569:1–12
6. Socha P, Grote V, Gruszfeld D et al. Milk protein intake, the metabolic-endocrine response, and growth in infancy: data from a randomized clinical trial. *Am J Clin Nutr* 2011 Dec;94(6 Suppl):1776S–1784S
7. Martin FP, Moco S, Montoliu I et al. Impact of breastfeeding and high- and low-protein formula on the metabolism and growth of infants from overweight and obese mothers. *Pediatr Res* 2014;75(4):535–543
8. Ziegler EE, Fields DA, Chernauek SD et al. Adequacy of infant formula with protein content of 1,6 g/100 kcal for infants between 3 a 12 months. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015;61:596–603
9. Koletzko B, von Kries R, Closa R et al. Lower protein in infant formula is associated with lower weight up to age 2 y: a randomized clinical trial. *Am J Clin Nutr* 2009 Jun;89(6):1836–1845
10. Weber M, Grote V, Closa-Monasterolo R et al. Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age: follow-up of randomized trial. *Am J Clin Nutr* 2014;99:1041–1051



Kazuistika

Pozitivní efekt upraveného parciálního hydrolyzátu BEBA SENSITIVE 2 na zácpu kojence

MUDr. Natália Szitányi

PLDD Praha

■ Úvod

Zácpa v dětském věku se nejčastěji vyskytuje u batolat a starších dětí. Nácvič na nočník a zahájení docházky do školky jsou období, kdy se problém s obstrukcí odstartuje nebo vystupňuje. V kojeneckém věku se zácpa vyskytuje v období zavedení nemléčných příkrmů, popřípadě přechodu na náhradní mléčnou výživu. Ve většině případů se jedná o zácpu neorganického charakteru a po vyloučení organické příčiny se důraz klade na úpravu diety a režimu.

■ Kazuistika

Tobiáš, věk 10 měsíců, narozen v termínu, PH 3 350 g/50 cm, perinatálně bez patologie, smolka odešla do 24 hodin. Plně kojený 4 měsíce, následně nemléčné příkrmy a od 6. měsíce zavedena náhradní mléčná výživa. Bez významnější nemoci, z anamnézy matka léčená pro autoimunitní tyreoiditu a trpí na zácpu. Oba rodiče atopický ekzém v dětství. Tobíáš od 4. měsíce trpí na zácpu. Tobíáš byl vyšetřen pro zácpu trvající prakticky od zavedení nemléčných příkrmů. Při odstavení v 6. měsíci maminka postupně vystřídala několik HA formulí z důvodu rizika atopie v rodině. Došlo k zvyraznění obstrukce, kolikovitým bolestem břicha. Interval stolic se prodloužil na 6 dní. Tobíáš nikdy nezvracel, prospíval, chuť k jídlu obecně spíše horší, pije do 150 ml vody denně. Užíval Sab Simplex, vitaminy. Z fyzikálního nálezu jen suchá kůže a hmatná skybala, jinak normální fyzikální vyšetření, TH 9,3 kg (+ 0,2 SD hmotnost/výška), TV 74 cm (0,2 SD výška/věk).

Rodiče dle doporučení vyzkoušeli terapii probiotiky *L. reuteri*. Po této intervenci i nadále zvýšená plynatost a přetrvávají koliky, tuhé stolice, které vedly až k drobné fisuře. Ta léčena lokálně krémem Faktu, současně i podrobné laboratorní vyšetření k vyloučení organicity. Rodičům doporučeno upravit

u Tobíka pitný režim, změna spektra nabízených nemléčných příkrmů (omezení mrkve, banánů – podávány denně). Efekt opatření nedostatečný.

■ Z vyšetření

Výsledky: FW 27/52;

krvní obraz: Leu 10,50, Ery 4,32, HB 112, HTC 0,343, MCV 79,4, MCH 25,9, MCHC 327, RDW 16,2, Plt 321, MPV 7,9, PCT 0,250, PDW 16,9;

dif. stroj. relativní: Ne 57,9, Ly 22,4, Mo 7,8, Eo 11,1, Ba 0,8;

dif. stroj. absolutní: Ne abs. 6,10, Ly abs. 2,40, Mo abs. 0,80, Eo abs. 1,20, Ba abs. 0,10.

Bioch.: Na 137, K 4,0, Cl 99, Ca 2,50, P 1,76, Mg 0,80, Fe 5,2, Urea 2,4, Kreat. 29, bilirubin 4,3, ALT 0,26, AST 0,68, ALP 2,92, CK 2,39, AMS-P 0,10, LD 4,8, albumin 46,0, CB 60,7, CRP 2,9, Chol 4,45, TAG 0,87, FT3 5,6, FT4 11,2, TSH 2,680.

Imunologie: IgG 3,1, IgA 0,33, IgM 0,71, IgE < 17,8, Anti-tTG IgA 1,6, Anti-tTG IgG 0,0.

UZ břicha: potvrzena masa stolice ve střevě, jinak normální sonografický nálezn.

Na základě poznatků o použití parciálních hydrolyzátn s obsahem prebiotické vlákniny GOS/FOS, magnézia a probiotické bakterie *L. reuteri* na léčbu obstrukce kojenců (1) jsme vyzkoušeli použití náhradní mléčné výživy Beba Sensitive 2. Po měsíčním užívání Beba Sensitive 2 došlo k ústupu kolikovitých epizod a k úpravě a zlepšení konzistence stolice. Řitní trhlina je zhojena úplně. Tobík prospívá a postupně se vyprazdňuje obden.

■ Diskuse

Zácpa je definována jako obtížné vyprazdňování tuhé stolice v intervalu 3 a více dnů, často bývá provázána bolestivou defekací a enteroragii. Frekvence vyprazdňování

stolic se liší podle věku dětí. Například plně kojené děti se vyprazdňují nepravidelně, mohou mít stolicí třeba i 1× za 10 dní nebo naopak několik stolic denně. Nejčastější příčiny zácpy se mění v závislosti na věku dítěte. Funkční zácpa (95 %) je nejčastější příčina zácpy u dětí, zejména batolat a větších dětí.

Vandenplas a spol. vydali v roce 2014 doporučení o použití adaptovaných mlék u funkčních gastrointestinálních symptomů u dětí (1). U kojenců může být benefitem při funkční obstrukci použití parciálního hydrolyzátn s obsahem prebiotik, probiotik a zvýšeného množství hořčiku. Snížený obsah laktózy v adaptovaných formulích rovněž přispívá k snížení symptomů kolik u kojenců.

■ Závěr

Onemocnění se u Tobíáše manifestovalo klasicky po převedení dítěte na náhradní mléčnou výživu. Z průběhu vyplývá, že dietní opatření mělo zásadní efekt na ústup obtíží. Kombinace hydrolyzované bílkoviny s prebiotickou vlákninou, probiotickým kmenem *L. reuteri*, se sníženým obsahem laktózy a zvýšeným množstvím hořčiku se jeví jako optimální kombinace v případě kojenců se zácpou a kolikami.

■ Literatura

1. Vandenplas Y et al. When should we use partially hydrolysed formulae for frequent gastrointestinal symptoms and allergy prevention? *Acta Paediatr.* 2014;103(7):689–695
2. Coccorullo P et al. *Lactobacillus Reuteri* (DSM 17938) in infants with chronic functional constipation: a double-blind, randomised, placebo controlled study. *J. Pediatr.* 2010;157(4):598–602



Ze světa odborné literatury...

■ Efekt estradiolu na nálady a chování divčích adolescentek

Změny nálad a zdraví ohrožující rizikové chování gradují 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

■ Vliv koinfekce viru hepatitidy B a C na jaterní histopatologii v dětském věku

Vliv koincidence viru hepatitidy B a C na jaterní histologii zůstává neznámý. Analyzován histopatologický obraz u 70 dětí. 10 HBV/HCV infekce ve skupině A, 30 s HBV infekcí ve skupině B a 30 s HCV infekcí ve skupině C. Jaterní biopsie byla hodnocena podle Knodelova modelu v koincidence s laboratorními daty. Analýza prozrazuje, že HBV/HCV koinfekce a aminotransferázová aktivita byla nezávisle spojována s tíží zánětu vedoucího k nekróze. Samotná HCV monoinfekce probíhá poměrně lehce. HBV/HCV koinfekce nepřispívá ke zvýšení fibrózy. Odhaduje se, že 350 mil. lidí ve světě má chronickou infekci virem hepatitidy B a 170 mil. virem hepatitidy C. Není údajně vazba mezi hladinou transamináz, 30 % pacientů s HBV infekcí s normální ALT hladinou má fibrózu a 10 % fibrózu až cirhózu. Normální

ALT nevylučují progredující jaterní onemocnění. Podobná pozorování jsou zaznamenávána u hepatitidy C. Hodnota ALT neurčuje stupeň fibrózy.

Eur J Pediatr. 2015;174:345–353

■ Přehled přístupu italských všeobecných lékařů ke gastroezofageálnímu refluxu u dětí

Přes 100 všeobecných lékařů odpovídalo na otázky ohledně gastroezofageálního refluxu. 39 % diagnostikovalo gastroezofageální reflux na základě klinických symptomů, zvláště pak věku dítěte, 26 % přes léčbu inhibitory protonových pump, v 38 % rekurentní regurgitací a zvracením. Většina daných lékařů nezná doporučení ESPGHAN. Nemají jasno v antiacidotické léčbě.

Eur J Pediatr. 2015;174:91–96

■ Asociace mezi nočním krevním tlakem a inzulinovou rezistencí u dětí s nealkoholickým jaterním onemocněním

Účelem této studie bylo nalézt vazbu mezi inzulinu-glukózovým metabolismem, nočním krevním tlakem a nealkoholickou steatózou u obézních dětí bez diabetu. Do studie byla zahrnuta stovka dětí s biopsicky verifikovaným jaterním onemocněním. Pomocí krevních vzorků byly analyzovány jaterní funkce, hladiny glukózy a inzulinu. Krevní tlak se při ambulantním měření tlaku ve skupině výrazněji nelišil. 75 % dětí bylo systolicky non-dippers (77) a z nich 23 (30 %) bylo diastolicky non-dippers. V antropometrických parametrech nebyly nalezeny žádné rozdíly mezi oběma skupinami. Systoličtí non-dippers měli vyšší medián středního nočního krevního tlaku i OGTT. Při OGTT patrná inzulinová rezistence. Žádná korelace v histopatologických nálezech obou skupin není patrna. Evidentní je ale asociace mezi nočním poklesem tlaku a měřenou hladinou inzulinu, nezávisle na obezitě.

Eur J Pediatr. 2014;173:1511–1518

■ Diagnostická a lékařská strategie pro renovaskulární hypertenzi

Renovaskulární hypertenze má na hypertenzích u dětí 5–10 % podíl. Není konsensus v léčbě. Jsou různé cesty vyšetřování.

Za 10 let bylo vyšetřeno 10 dětí s renovaskulární hypertenzí ve věku od 2 měsíců do 14 let. Z toho byla 2× neurofibromatóza a 8× fibromuskulární dysplazie. Charakter hypertenze byl vždy asymptomatický. Léze byly komplikovány u 9 z 10 případů. Dopplerova ultrasonografie asociovaná s CT přispěla k diagnóze u 7 z 10 dětí. Zlatým standardem byla arteriografie. Léčba byla v podstatě insuficientní, 9 z 10 invazivními procedurami – 2 nefrektomie, 2 autotransplantace, v 21 situacích opakované perkutánní angioplastiky.

Eur J Pediatr. 2015;174:23–32

■ Zkušenosti s novorozeneckým screeningem pro hypotyreózu v Makedonii

Zkušenosti s měřením hladiny TSH za 12 let. Ze 215 000 novorozenců bylo podezřelých 254 a kongenitální hypotyreóza potvrzena u 83 novorozenců. Štítná žláza nebyla detekovatelná u 43, hypoplastická u 8, u 29 byla patrná normální tkáň štítné žlázy. U tří novorozenců byla patrná ageneze jednoho laloku. V průměru začátek léčby s levotyroxinem byl kolem 12. dne. Podle světových údajů připadá jedna kongenitální hypotyreóza na 3500 porodů. V Makedonii mají 24 000 porodů ročně.

Eur J Pediatr. 2015;174:443–448

■ Klinický průběh a následky po klišťové encefalitidě na jižní Moravě

Zařazeno 170 dětí přijatých pro suspektní klišťovou encefalitidu (KE). Z uvedených dětí byla KE prokázána u 74 %. V 58 % byl patrný bifazický klinický průběh. Sekundární fáze byla charakterizována v 98 % bolestmi hlavy, vysokými teplotami v 86 %, zvracením v 64 %, meningeálními příznaky v 92 %. Klinika meningitidy potvrzena v 77 %, IgM pozitivita trvala přes jeden den. Neurokognitivní abnormality byly nalezeny v 11 %. Třes, narušení spánku, inverze spánku a buzení, hyperkinetika, vertigo se objevovaly průběžně, ale neprogredovaly. Závažné následky perzistovaly u 3 % dětí.

Eur J Pediatr. 2015;174:449–458

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



Aktuality...

Nezletilí nebudou smět pracovat s chemikáliemi, střední odborné školy čekají problémy

Střední odborné školy a učiliště budou mít od ledna potíže zajistit výuku v laboratořích a praxi ve firmách. Jak uvedl předseda Asociace středních průmyslových škol ČR Jiří Zajíček, nezletilí žáci totiž nebudou smět pracovat s většinou chemikálií. Při novele zákona o ochraně veřejného zdraví z prováděcí vyhlášky zmizel odstavec s výjimkou pro mladistvé připravující se na budoucí povolání. Vyřešit to novelou školského zákona se do začátku roku nestihne.

Resort školství se podle tiskové zprávy snažil s ministerstvem zdravotnictví vyjednat změnu vyhlášky, ale neuspěl. Od začátku připomínkového řízení před rokem až dvěma podle Zajíčka na možný problém oficiálně upozorňovali i lidé z praxe, ale rovněž neúspěšně. „Ministerstvo zdravotnictví odpovědělo, že našim připomínkám nemohou vyhovět, protože jenom převádějí evropskou legislativu do české,“ řekl Zajíček.

U praxe ale prý není taková ochrana potřeba

Ministerstvo zdravotnictví poukazuje na to, že inkriminovaná vyhláška upravuje ochranu zdraví mladistvých zaměstnanců, takže vypuštění odstavce s výjimkou pro praktické vyučování považuje za logické.

Podle školského zákona ale veškerá praktická výuka spadá pod zákoník práce, takže se musí zmiňovanou vyhláškou řídit. „U praxe ale není potřeba ochrana v takovém rozsahu jako u mladistvých zaměstnanců,“ poznamenal Zajíček, který je zároveň ředitelem Masarykovy střední školy chemické v Praze.

Ministerstvo školství má připravené řešení

Jediná cesta k nápravě nyní spočívá ve změně paragrafu, který navazuje v praxi na zákoník práce. „Ačkoli ministerstvo školství tento problém nezpůsobilo, má připravené řešení v rámci novely školského zákona, která fakticky převezme rušené ustanovení ze zákona o ochraně veřejného zdraví,“ uvedlo ministerstvo školství. Měla by se k tomu využít ještě aktuální novela školského zákona, kterou nyní projednávají poslanci.

Do začátku roku se ale legislativní proces nestihne a školy se ocitnou ve svízelné situaci. „Ve druhém ročníku nebudeme schopni odučit praktika z organické chemie. Nejde však jen o chemické obory, ale rovněž o obory zdravotnické, stavebníky, kteří mají lepidla, truhláře, automechaniky,“ řekl Zajíček.

Porušení zdravotní nebo školské legislativy

Řešení se bude hledat těžko. „Buď budeme porušovat zdravotní legislativu, nebo školskou legislativu, protože nebudeme naplňovat rámcové a školní vzdělávací programy,“ poznamenal ředitel.

U maturitních oborů je podle něj možné nařízení obejít zařazením práce v laboratoři pod teoretickou výuku ve školním vzdělávacím programu. Pak by to nespadlo pod zákoník práce. Není to ale možné na učilištích a při praxi ve firmách.

Zdroj: novinky.cz, ČTK, 7. 12. 2015

Na Slovensku už podalo výpověď téměř tisíc zdravotních sester

Téměř tisícovka zdravotních sester ze šesti nemocnic po celém Slovensku podala k prvnímu prosinci výpověď. Zdravotním sestrám se nelíbí, že slíbené zvýšení mezd se nebude týkat všech zdravotních pracovníků a mzdy nezohlední délku praxe.

„Přistupujeme k těmto, žel, krajním možnostem proto, že nám nikdo nenaslouchá,“ řekla šéfka odborového sdružení sester Monika Kavecká.

Výpovědi podaly zdravotní sestry v nemocnicích v Žilině, Prešově, Košicích, Popradu, Bojnicih a Trnavě. Od prvního prosince jim plyne výpovědní lhůta a v nemocnicích by měly skončit od prvního února.

Na základě nedávno schváleného zákona o odměňování zdravotníků se podle sester dokonce v některých nemocnicích mzdy sníží. Ředitelé nemocnic ale tvrdí, že k tomu určitě nedojde.

Na Slovensku v současnosti pracuje asi 40 tisíc zdravotních sester.

Zdroj: ivi (Bratislava), Právo, novinky.cz, 1. 12. 2015

Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje převzala 21 nových sanitek

Osmnáct vozů rychlé zdravotnické pomoci a tři vozy rychlé lékařské pomoci převzali v úterý 1. prosince zdravotničtí záchranáři z Moravskoslezského kraje.

Záchranáři slavnostně převzali z rukou hejtmana Moravskoslezského kraje Miroslava Nováka klíče k 10 vozidlům Mercedes-Benz Sprinter 319 CDI a k 11 vozidlům Volkswagen T5, přičemž 2 z těchto vozů jsou ve speciální skříňové úpravě System Strobel. Dalším výjimečným vozem je jeden z Mercedesů, který je svým vybavením určen pro převoz novorozenců.

„Na nákup moderních sanitek a informačních technologií, které posunou zdravotnickou péči v našem kraji opět na vyšší úroveň, se podařilo kraji získat z Evropské unie dotaci ve výši 62 milionů korun. Dalších 28 milionů korun doinvestoval Moravskoslezský kraj. Jde o největší obměnu vozů záchranné služby v našem kraji za posledních pět let,“ uvedl hejtman Miroslav Novák.

Cena jednoho vozidla se pak pohybuje od 3,5 do 4,3 milionu Kč včetně DPH. Pořízením 21 sanitek došlo k obnově třetiny vozového parku, který tvoří 63 prvosledových vozů. Životnost sanitních vozidel je plánována na maximálně 6 let. Dodavatelem se staly firmy FOSAN, s.r.o., a FD servis Praha, s.r.o.

Moderní vozidla jsou vybavena sledovacími kamerami se záznamem, GPS sledovací jednotkou, mobilním zařízením pro navigaci, radiostanicí i tiskárnou výjezdového protokolu.

„Součástí projektu bylo i zavedení tzv. e-Health služby, která v praxi představuje elektronickou komunikaci mezi záchrannou službou a zdravotnickými zařízeními. Zdravotníci tak mohou přímo v terénu komunikovat se zdravotnickými zařízeními a zjistit údaje o volných



kapacitách lůžek v zařízeních i předávat on-line informace o aktuálním stavu pacienta. Nejmodernější technologie tak výrazně zvyšují kvalitu služeb přednemocniční neodkladné péče a přispějí i ke zkrácení doby léčby pacientů,“ sdělil Jiří Martinek, náměstek hejtmána pro zdravotnictví.

Počet výjezdů záchranářů v MSK stále roste – v roce 2013 vyjeli k pacientům více než 103tisíckrát, v roce 2014 už zaznamenali přes 108 tisíc výjezdů, nejčastěji šlo o obtíže s dušností, bolestmi na hrudi, záchvatovými stavy, mozkovými mrtvicemi apod.

Zdravotnická záchranná služba je z dvaadesáti procent financována Moravskoslezským krajem, zbylé finanční prostředky tvoří výnosy z činnosti samotné organizace. Kraj na provoz záchranky loni přispěl téměř 345 milionů korun. Zároveň také investoval do reprodukce majetku.

Obměna vozového parku nekončí

Další vozidla by měla dorazit ještě do konce roku 2015, bude se jednat o sanity v setkávacím, tzv. rendez-vous systému, kdy lékař vyjíždí k pacientovi samostatně ve svém voze.

Pro tyto účely budou pořízena sanitní vozidla Škoda Octavia III combi SCOUT a vozy Volkswagen Touareg V6 Terrain T.BMT v ceně od 2 do 3 milionů Kč za kus.

Zdroj: novinky.cz, 1. 12. 2015

Karlovarský kraj přichází s plánem na zlepšení života tělesně postižených

Rada Karlovarského kraje schválila Krajský plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015 – 2020.

Při jeho postupném systematickém uskutečňování se mají dále zlepšovat podmínky v různých sférách života handicapovaných v regionu. A to například díky osvětové činnosti, odstraňování bariér v krajských objektech nebo dotační podpoře organizací zdravotně postižených.

Plán počítá s konkrétní pomocí v sedmi oblastech. V osvětě se kraj vynasnaží organizováním seminářů vzdělávat pracovníky samosprávy a dalších institucí, aby znali problémy handicapovaných a uměli s nimi lépe komunikovat.

„K širšímu okruhu odborné i laické veřejnosti se také dostává už vydaná informační brožura ‚Určitě si poradíte‘, která obsahuje základní informace o dostupnosti péče a poradenství. V budovách patřících Karlovarskému kraji dojde postupně k úpravám, aby do nich měli snazší přístup lidé s omezeným pohybem a orientací. Informace o takto přizpůsobených objektech se objeví na webu Karlovarského kraje,“ uvedl náměstek hejtmána Miloslav Čermák.

S ohledem na postižené cestující se kraj chystá při výběru dopravců zpřísnit nároky na kvalitu veřejných dopravních prostředků. Do smluv budou zapracovány bezbariérové podmínky, například vhodný přístup, orientační a informační systémy pro zrakově a sluchově postižené. V nových dohodách s drážními dopravci se objeví klauzule, že při výlukách musejí vlakové spoje nahrazovat nízkopodlažními autobusy. Kraj zapracuje i na tom, aby jízdní řády obsahovaly sdělení, který ze spojů je obsluhován nízkopodlažními busy.

V oblasti školství vznikne a na webu kraje se objeví seznam bezbariérových základních a středních škol v regionu. Učitelé si budou cíleně zvyšovat kvalifikaci pro práci s žáky, kteří mají speciální vzdělávací potřeby.

„Kraj hodlá v rámci možností finančně podporovat asistenty pedagogů. Ve sféře zdravotnictví se počítá například s analýzou na téma dodržování práv zdravotně postižených pacientů v lůžkových zařízeních. Sociální odbor dostal v plánu za úkol podpořit rozšíření počtu tlumočnicků znakového jazyka pro neslyšící. Budeme se také zabývat situací v zaměstnávání postižených – krajská pobočka úřadu práce začne zveřejňovat seznam volných pracovních míst určených speciálně pro handicapované,“ vysvětlil náměstek.

Krajský plán vznikl od dubna letošního roku, podílela se na něm široká pracovní skupina složená ze zástupců odborů krajského úřadu a Národní rady osob se zdravotním postižením. Připomínkovat ho mohla letos v červenci i veřejnost.

Jednotlivé odbory, jichž se plán dotýká, budou za svoji oblast pravidelně předkládat informaci o plnění úkolů, aby sociální odbor mohl na toto téma zpracovat souhrnnou každoroční zprávu. Krajský plán vychází z vládou schváleného Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.

Zdroj: novinky.cz, 18. 11. 2015

Do dvou let bude v Hradci Králové klinika tradiční čínské medicíny

V průběhu služební cesty v Číně podepsal ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček Memorandum mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Národní komisí pro zdraví a rodinné plánování ČLR o všestranné podpoře projektu kliniky tradiční čínské medicíny (TCM). Ta by měla být do dvou let otevřena při Fakultní nemocnici Hradec Králové. Bude se jednat o unikátní zařízení v rámci zemí střední a východní Evropy, které bude poskytovat léčebnou a preventivní péči v oblasti TCM garantovanou předními odborníky na TCM partnerských organizací. Zároveň by se klinika měla stát vzdělávacím a výzkumným centrem pro celou oblast SVE. Na čínské straně je sponzorem CEFC, která do rozvoje TCM v ČR investuje 10 milionů euro. Partnerem celého projektu bude nemocnice Shuguang univerzity TCM v Šanghaji.

„Předpokládané otevření kliniky je plánováno do dvou let. Očekáváme, že na klinice bude pracovat až třicet zdravotníků, osm z nich budou specialisté ze Šanghaje. Klinika by měla disponovat až třiceti lůžky a komplexním ambulantním provozem. Záměrem je zapojení vybraných procedur do léčebných procesů ostatních klinik Fakultní nemocnice Hradec Králové, zejména v oblasti léčby bolesti a nežádoucích reakcí po onkologické terapii,“ uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

Od letošního září funguje při hradecké fakultní nemocnici Ambulance tradiční čínské medicíny. V současné době dosahuje její sedmičlenný tým složený ze zástupců čínské nemocnice Shuguang a Fakultní nemocnice Hradec Králové vynikajících výsledků. „Objednací lhůty pro pacienty k vyšetření pomocí metod tradiční čínské medicíny dosáhly již více než pěti měsíců. Z toho je možné dovodit velice pozitivní přijetí doplňkových léčebných metod tradiční čínské medicíny českými pacienty,“ hodnotí ministr Němeček a dodává: „Dnes podepsané memorandum vyjadřuje všestrannou podporu obou ministerstev projektu tradiční čínské medicíny při Fakultní nemocnici Hradec Králové. Chceme umožnit projektu díky vzájemné podpoře co nejrychlejší rozvoj služeb pacientům a hledat i další možnosti podpory.“

Nad rámec Summitu ministrů zdravotnictví mezi Čínou a zeměmi střední a východní Evropy (SVE), který ČR hostila ve dnech



15.–16. června 2015, podepsaly příslušné subjekty Memorandum o spolupráci ohledně vzniku vědeckého a výzkumného pracoviště tradiční čínské medicíny ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Nemocnice Shuguang přidružená k Šanghajske univerzitě TCM a Fakultní nemocnice Hradec Králové se navíc domluvily na konkrétní spolupráci s cílem demonstrovat výhody kombinovaného přístupu západní a tradiční čínské medicíny. Na základě těchto dohod bylo následně letos v červnu slavnostně otevřeno Česko-čínské centrum pro výzkum tradiční čínské medicíny ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

Léčebné aktivity tohoto Centra TCM reprezentuje Ambulance TCM, která se stará o pacienty od letošního září. V současné době jsou pak v Centru výzkumu TCM zahájeny následující projekty:

- Vliv akupunktury přidané ke standardní léčbě migrény.
- Použití akupunktury přidané k obvyklé léčbě k utišení a předcházení nevolnosti a zvracení v důsledku chemoterapie u pacientek s rakovinou prsu.

Zdroj: www.mzcr.cz, 27. 11. 2015

České a saské záchranky se dohodly na přeshraniční spolupráci

Ujednání o přeshraniční spolupráci zdravotnických záchranných služeb mezi Svobodným státem Sasko a Karlovarským, Ústeckým a Libereckým krajem podepsaly včera odpoledne v Karlových Varech (25. 11. 2015) české kraje a Svobodný stát Sasko. Jde o výsledek téměř dva roky trvajících debat všech zúčastněných stran, které začaly už v dubnu 2013 podpisem rámcové smlouvy. Ministerstvo zdravotnictví ČR, které se podílelo na zmíněné rámcové smlouvě, reprezentovala náměstkyně ministra Lenka Teska Arnoštová.

„Podpis vzájemného ujednání o spolupráci našich a saských zdravotnických záchranných služeb je důležitou událostí pro lidi žijící a pohybující se v dotčených příhraničních oblastech. Od 1. ledna 2016 bude možné zajistit rychlou pomoc záchrannou službou ze Sasko v případě, kdy česká záchranná služba nebude moci tuto pomoc poskytnout. A to platí samozřejmě oboustranně,“ vysvětluje Lenka Teska Arnoštová, která také ocenila dojednané podmínky: „Velmi si vážím toho, že se zúčastněné kraje domluvily se saskou stranou na bezúhradovém, respektive recipročním finančním plnění. Tato dohoda na financování platí pro prvních 15 měsíců, poté budou vyhodnoceny náklady a rozhodnuto o dalším postupu,“ uzavírá náměstkyně ministra zdravotnictví Lenka Teska Arnoštová.

Zdroj: www.mzcr.cz, 26. 11. 2015

HIV/AIDS je celosvětovým problémem, ministerstvo věnuje prevenci maximální pozornost

V současné době se odhaduje, že ve světě je celkově zhruba 37 milionů HIV pozitivních osob. V ČR je k 30. 10. 2015 celkem 2 567 HIV pozitivních osob a z toho 450 osob, které již onemocněly AIDS. Jde o poměrně výrazný nárůst, například před šesti lety bylo v ČR HIV pozitivních osob o tisíc méně.

„Prevence HIV/AIDS byla v posledních letech podceňována, proto ministerstvo zdravotnictví pracuje na nápravě této situace a věnuje prevenci maximální pozornost. Navyšujeme jak dotace pro přímo

řízené organizace, které pracují na programech souvisejících s problematikou HIV, tak pro široké spektrum organizací pracujících ve veřejném prostoru, včetně neziskových. Celkem jsme tedy proti stavu v minulých letech, kdy na prevenci šly jen necelé 3 miliony korun, ještě pro letošní rok uvolnili na aktivity proti šíření HIV více než 11 milionů korun a pro rok příští už půjde o téměř 19 milionů korun,“ uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

Výsledkem zvýšení dotací je mimo jiné jen za poslední rok otevření 6 nových poradn AIDS, jejichž počet tak v ČR vzrostl z 23 na 29. Nová pracoviště jsou konkrétně v Brně, Ostravě, Olomouci, Pardubicích, Klatovech a v Táboře. Rozšiřování těchto míst bude pokračovat také v příštím roce, cílem je vznik minimálně dalších 6 poradn tak, aby tato kontaktní místa postupně pokryla z hlediska dostupnosti rovnoměrně celou republiku.

„Určitou obavu z viru HIV přináší i současná uprchlická krize. V tomto směru chci občany ujistit, že u osob v azylových zařízeních probíhá testování. Letos bylo dle našich informací prozatím zachyceno 5 nových HIV pozitivních osob. Současný migrační vývoj se tedy na počtu nově zachycených případů HIV v ČR zatím výrazně neprojevil. Do budoucna bude testování samozřejmě nadále pokračovat,“ ujistil ministr Němeček.

Evropský týden testování HIV proběhne od 20. do 27. listopadu a předchází tak 1. prosinci, kdy probíhá Světový den boje proti AIDS. „V letošním třetím ročníku bude Evropský testovací týden opět probíhat po celé republice. Zapojí se do něj řada státních, soukromých i neziskových organizací, které budou nabízet testování na HIV infekci a vybraná pracoviště také na žloutenku typu B a C. Testování nabídne celkem 61 míst plošně rozmístěných v každém kraji, nejvíce v Praze a v Ústeckém kraji. Seznam testovacích míst, které nabídnou bezplatné testování, je zveřejněn na www.prevencehiv.cz,“ přibližuje hlavní hygienik ČR Vladimír Valenta.

„Více než 90 % HIV nakažených představují muži, ve třech čtvrtinách případů došlo k přenosu homosexuálním nebo bisexuálním pohlavním stykem. Naopak v necelém jednom procentu případů šlo o přenos prostřednictvím injekční aplikace drog,“ uzavírá vedoucí Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS Vratislav Němeček.

Zdroj: www.mzcr.cz, 19. 11. 2015

Účinnost paracetamolu v terapii akutního migrenózního záchvatu

Migréna je běžným neurologickým onemocněním, které je však v současné době poddiagnostikováno. Mnoho jedinců tak k léčbě akutní cefalee využívá volně prodejné léky, mezi něž se řadí i analgetika s obsahem paracetamolu. Právě paracetamol je podle výsledků metaanalýzy britských lékařů účinnou a bezpečnou metodou ke zvládnutí akutních migrenózních záchvatů.

Metody studie

Cílem výzkumu britských lékařů bylo ověřit, zda paracetamol samostatně nebo v kombinaci s antiemetiky představuje účinnou a bezpečnou terapii akutních migrenózních záchvatů u dospělých v porovnání s placebem a jinou formou terapie. Lékaři pro svůj účel vybírali randomizované, dvojité zaslepené, placebem nebo aktivně kontrolované studie s nejméně 10 účastníky. Výzkumy byly vyhledány skrze databáze *Cochrane Central*, *Medline*, *Embase* a *Oxford Pain Relief Database*.



Dva autoři nezávisle na sobě posuzovali kvalitu vybraných studií a hodnotili získaná data. Kritériem analgetické účinnosti této analýzy byla hodnota NNT (*number needed to treat*), udávající počet pacientů (nereagujících na placebo), který musí být léčen určitým analgetikem, aby alespoň u jednoho z nich došlo k požadovanému účinku. Čím nižší je hodnota NNT, tím vyšší je pravděpodobnost, že léčivo bude tlumit bolest.

Výsledky studie

Celkem 10 studií (2 769 účastníků, 4 062 migrenózních záchvatů) porovnávalo účinky 1 000 mg paracetamolu, v monoterapii nebo v kombinaci s antiemetiky, s placebem či aktivními látkami, nejčastěji se sumatriptanem v dávce 100 mg. Celkem tři studie (717 účastníků) hodnotily dvouhodinový interval bez bolesti při použití paracetamolu ve srovnání s placebem. Tohoto intervalu s paracetamolem dosáhlo 19 % účastníků, kdežto s placebem 10 %, z čehož byla vypočítána hodnota NNT 12.

Tyto studie se také zaměřily na dvouhodinový interval ulevující od cefaley střední až závažné intenzity. S paracetamolem o dávce 1 000 mg se tohoto intervalu podařilo dosáhnout 56 % účastníků, s placebem 36 %, z čehož byla vypočítána hodnota NNT 5.

Další dvě studie (635 účastníků) se soustředily na hodinový interval ulevující od cefaley střední až závažné intenzity. Paracetamol v dávce 1 000 mg ulevil od cefaley 39 % účastníků, placebo pak 20 %, z čehož byla vypočítána hodnota NNT 5,2. S paracetamolem se rovněž podařilo dosáhnout úlevy od nauzey, fotofobie a fonofobie u většího počtu pacientů než v případě placeba.

Nebyly nalezeny žádné výrazné rozdíly v účinnosti mezi kombinovanou terapií paracetamolem (1 000 mg) s metoklopramidem (10 mg) a monoterapií sumatriptanem (100 mg).

Závěr

Monoterapie paracetamolem o dávce 1 000 mg představuje efektivní léčbu akutního migrenózního záchvatu. Po přidání metoklopramidu (10 mg) se zvyšuje účinnost paracetamolu až na úroveň antimigrenika sumatriptanu (100 mg).

Zdroj: Derry S, Moore RA, McQuay JH. Paracetamol (acetaminophen) with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;11:CD008040; doi: 10.1002/14651858.CD008040.pub2.

Zdroj: www.prolekare.cz, 10. 11. 2015

Orální versus intravenózní forma paracetamolu pro léčbu bolesti

Intravenózní forma paracetamolu je po celém světě stále více využívána v terapii bolesti. Není nicméně jasné, zda intravenózní forma představuje oproti perorálnímu podání nějakou výhodu. Na porovnání těchto dvou lékových forem se tak soustředí výzkum v podobě systematického přehledu, který byl proveden katarskými a americkými lékaři.

Metody studie

Cílem systematického přehledu bylo porovnat účinnost, bezpečnost a farmakokinetiku intravenózní a perorální formy paracetamolu. Literatura byla vyhledávána pomocí databází *PubMed*, *Embase* a *International Pharmaceutical Abstracts*, dále byla doplněna hledáním klíčových slov v databázích *Science Direct*, *Wiley Library Online* a *Springer Link*. Filtrování pro stáří vyhledávané literatury byl nastaven od roku 1948 do listopadu 2014.

Do systematického přehledu byly zařazeny randomizované kontrolované studie zabývající se porovnáváním intravenózní a perorální formy paracetamolu, pokud obsahovaly údaje o bezpečnosti, účinnosti a farmakokinetice porovnávaných přípravků. Extrahovaná data hodnotili nezávisle na sobě dva výzkumníci.

Výsledky studie

Do systematického přehledu bylo zahrnuto celkem 6 studií. Účinnosti léků se přitom zabývaly tři studie, bezpečností čtyři studie a farmakokinetikou také čtyři studie. Co se týče účinnosti, nebyly nalezeny žádné klinicky signifikantní rozdíly mezi perorální a intravenózní formou. Bezpečnostní výsledky nebyly konzistentně nahlašovány, což znemožnilo vytvořit odpovídající posouzení. Nebyly také nalezeny žádné důkazy o tom, že vyšší biologická dostupnost intravenózní formy paracetamolu zvyšuje výslednou účinnost léku.

Závěr

Z výsledků přehledu vyplývá, že neexistuje jasná indikace pro nasazení intravenózní formy paracetamolu u pacientů, kteří mohou podstoupit terapii perorální formou. Při klinickém rozhodování tak musejí být brány na vědomí možné nežádoucí účinky jednotlivých forem a další důvody, které mimo jiné zahrnují i finanční nákladnost a pohodlnost léčby.

Budoucí studie by měly především zhodnotit dlouhodobou kombinovanou terapii perorální a intravenózní formou u onkologických pacientů a nemocných po traumatu či chirurgickém výkonu.

Zdroj: Jibril F. et al. Intravenous versus oral acetaminophen for pain: systematic review of current evidence to support clinical decision-making. *Can J Hosp Pharm* 2015 May-Jun;68(3):238-247.

Zdroj: www.prolekare.cz, vydáno: 10. 11. 2015

Leukopenie jako rizikový faktor bakteriální infekce u malých dětí

Leukopenie je jev, s nímž se pediatr setkává ne až tak vzácně. Jaký je její význam v hodnocení rizika přítomnosti bakteriální infekce u malých dětí – novorozenců a kojenců do věku 3 měsíců – v kombinaci s teplotou?

Autoři ze Španělska se zaměřili na novorozence a kojence mladší 90 dnů, kteří byli vyšetřeni na urgentním pediatrickém příjmu kvůli teplotě. Studie se týkala 19 center a probíhala celkem 2 roky (mezi říjnem 2011 a zářím 2013). Důraz byl kladen na prevalenci infekce invazivními bakteriemi (pozitivní hemokultura či vzorek mozkomíšního moku), ostatními bakteriemi (infekce močového traktu, další mikrobiologicky potvrzené bakteriální infekce), na počet leukocytů a na celkový klinický stav.

Do studie bylo zahrnuto 3 401 dětí, z nichž u 680 byla diagnostikována neinvazivní bakteriální infekce a u 107 invazivní bakteriální infekce. Ze všech pacientů zařazených do studie byla leukopenie ($< 5,0 \times 10^9/l$) zaznamenána u 7 %, normální počet leukocytů u 70 % a leukocytóza ($> 15,0 \times 10^9/l$) u 23 %. V době vyšetření na pohotovosti vypadalo klinicky nenápadně 89 % dětí – u nich byla v případě potvrzené neinvazivní bakteriální infekce leukopenie méně často přítomná oproti normálnímu počtu leukocytů (8,1 vs. 14,7 %). V případě invazivní bakteriální infekce byla leukopenie přítomná téměř stejně často jako normální počet leukocytů (2,5 vs. 2,0 %). Z dětí, které iniciálně při prvním vyšetření klinicky nevypadaly dobře, byla leukopenie častěji přítomná v případě invazivní bakteriální infekce.



Tato prospektivní studie, vedená pod hlavičkou *Group for the Study of Febrile Infant of the RiSeuP-SPERG Network*, ukázala, že u velmi malých dětí s teplotou, které vypadají klinicky dobře, by leukopenie samotná neměla být považována za rizikový faktor přítomnosti bakteriální infekce.

Zdroj: Gomez B et al. A prospective multicenter study of leukopenia in infants under 90 days of age with fever without source. *Pediatr Infect Dis J* 2015 Oct 7; doi: 10.1097/INF.0000000000000919 [Epub ahead of print].

Zdroj: www.prolekare.cz

Ministerstvo založí fond, aby dostalo praktické lékaře do regionů

Ministerstvo zdravotnictví zřídí speciální fond, který bude podporovat nové praxe pro praktické lékaře v regionech. Těchto lékařů je podle resortu dostatek, jsou však příliš soustředěni ve velkých městech, hlavně v Praze a Brně. V menších městech se jich pak nedostává.

„Zdravotní pojišťovny proto budou zvažovat uzavírání smluv s praktickými lékaři v těchto místech. MZ uvažuje také o zřízení speciálního fondu, který by poskytoval finanční grantovou podporu mladým lékařům, kteří se budou snažit zřídit ordinace tzv. na zelené louce. Rád bych, aby se do tohoto projektu zapojily i kraje,“ řekl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček po jednání se zástupci krajů, praktiků a zdravotních pojišťoven.

Příští rok by se také podle úhradové vyhlášky mohla vylepšit situace lékařů na místě, kde praktik chybí a dvakrát po sobě se nepřihlásí nikdo, kdo by si v místě chtěl praxi otevřít. Zdravotní pojišťovna by mohla lékaři, který si praxi otevře, navýšit platby až na 1,3násobek běžné úhrady. Problém sehnat praktické lékaře je především v odlehlých regionech, místech, která jsou daleko od velkých měst. V těchto místech často slouží lékaři, kteří jsou v důchodovém věku.

Zdroj: www.novinky.cz, 10. 12. 2015

Sibiřská zdravotní sestra zhubla a dostala nákladák uhlí

Zdravotní sestra ze sibiřského města dostala ve čtvrtek nečekaný, ale užitečný dárek – nákladák plný uhlí. Ten získala jako první cenu za to, že v rámci státem vyhlášené soutěže dokázala zhubnout více než 30 kilogramů, napsala agentura AFP.

Aman Tulejev, gubernátor Kemerovské oblasti, známé také jako Kuzbas podle jedné z největších uhelných pánví na světě, vyhlásil, že bude platit tunami uhlí obyvatelům s nadváhou, pokud zhubnou. Tímto způsobem prý chce zlepšit zdraví místních občanů.

Po měsících lyžování, jízdy na kole a kolečkových bruslích se dočkala své uhelné ceny třiadvacetiletá Jelena Salnikovová, která se do hubnutí pustila letos v létě. Ve čtvrtek mohla sledovat, jak k jejímu domu přijíždí špinavý nákladní automobil značky Kamaz a vykládá jí na dvorek pět tun uhlí.

„Je to kvalitní uhlí, hodně výhřevné,“ libovala si Salnikovová, když s ní přijela místní televize natočit rozhovor – a zastihla ji s lopatou v ruce. „Tři kbelíky nám budou stačit na celý den.“

Rusko patří mezi největší vývozce uhlí na světě; většina z něj pochází právě z oblasti Kuzbasu na Sibiři.

Zdroj: www.tribune.cz, 28. 12. 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.

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

397 12-15

Prodám zavedenou **praxi** s.r.o. PLDD v Karviné, ev. příjmu pediatra. Kontakt: 603 180 670, 596 316 498.

398 12-15

Hledám zástup za MD pro ordinaci PLDD v Hradci Králové, příjemné pracovní prostředí, skvělá sestřička, možnost ubytování. brezinova.eva@centrum.cz • 606 844 249.

399 12-15

Prodám zavedenou **ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost v centru Zlína. Vhodná i pro zájemce o částečný úvazek. Cena dohodou, kontakt: 736 786 459.

400 12-15

Poliklinika v Praze přijme na plný úvazek lékaře/ku PLDD. Jde o zavedený obvod v příjemném prostředí a mladém kolektivu. Nabízíme motivující mzdové ohodnocení a vstřícné jednání. **Nástup možný ihned.** Své CV prosím zasílejte na: rageatm1983@gmail.com

401 12-15

Přijmu pediatra do dobře zavedené ordinace v Praze 8 od 1. 4. 2016 na **částečný úvazek**. Výhledově předání ordinace. Telefon: 723 950 567.

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

Autodidaktický test 1/2016

Sexuologie

1. Jaké je průměrné růstové zrychlení v pubertě?

- a) u dívek až 7 cm/rok, u chlapců až 14 cm/rok
- b) u dívek až 3 cm/rok, u chlapců až 8 cm/rok
- c) u obou pohlaví až 6 cm/rok
- d) u obou pohlaví až 12 cm/rok

2. Pubertas praecox je definována jako rozvoj známek puberty ve věku nižším než:

- a) 8 let u dívek, 9 let u chlapců
- b) 10 let u dívek, 11 let u chlapců
- c) 12 let u dívek, 13 let u chlapců

3. Pubertas tarda je definována nepřítomností známek puberty v odpovídajícím věku. Jejich rozvoj je závislý na rase, ekonomické situaci, rodinné dispozici. V našich podmínkách hovoříme o pubertas tarda, jestliže:

- a) se známky puberty neobjeví ani ve věku 14 let u dívek, 15 let u chlapců
- b) se známky puberty neobjeví ani ve věku 16 let u dívek, 17 let u chlapců
- c) se známky puberty neobjeví ani ve věku 18 let u dívek i chlapců

4. V průmyslově vyspělých zemích se objevuje menarche průměrně ve věku:

- a) 10 let
- b) 11 let
- c) 12 let
- d) 13 let

5. Pokud se menarche neobjeví u dívky do určitého věku, je potřeba pátrat po příčině. V našich socioekonomických podmínkách je hraničním věkem pro dostavení se menarche:

- a) 12. rok
- b) 14. rok
- c) 16. rok

6. Parafilie je poruchou sexuální preference. Mezi parafilie nepatří:

- a) hebefilie
- b) voyerismus
- c) tušérství
- d) homosexualita
- e) transvestitismus

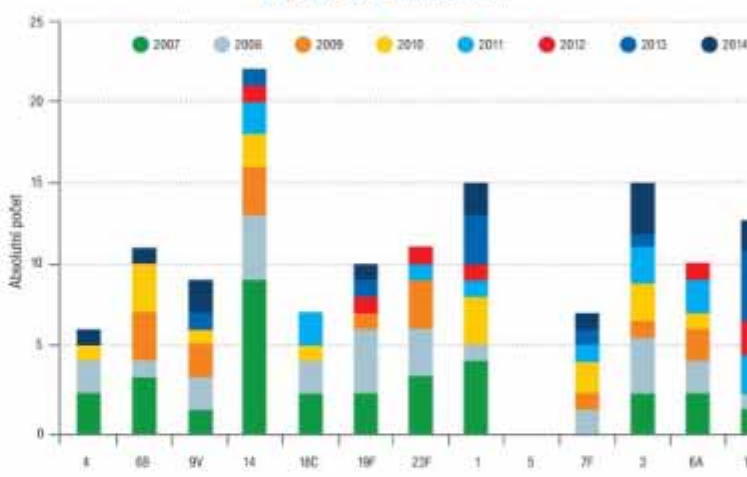
7. Odlišná role dítěte či dospívajícího od kulturních norem společnosti pro osoby konkrétního pohlaví se označuje pojmem:

- a) porucha pohlavní identity
- b) genderová nekonformnost
- c) genderová dysforie
- d) genderová dyskomfortnost

K MODERNÍ MEDICÍNĚ PATŘÍ PREVENCE

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

Distribuce sérotypů *Streptococcus pneumoniae* zahrnutých v konjugovaných vakcínách, děti pod 5 let věku, ČR, 2007–2014. Surveillance data¹



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

Zkrácená informace o přípravku Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentní, adsorbovaná).

Složení - léčivá látka: Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: *Pneumococcal polysaccharide* sérotypy 1* (2,2 mg), 3* (2,2 mg), 4* (2,2 mg), 5* (2,2 mg), 6A* (2,2 mg), 6B* (4,4 mg), 7F* (2,2 mg), 9V* (2,2 mg), 14* (2,2 mg), 18C* (2,2 mg), 19A* (2,2 mg), 19F* (2,2 mg), 23F* (2,2 mg). *Konjugován s nosným proteinem CRM197 a adsorbován na fosforečnan hliníku (0,125 mg hliníku); a další pomocné látky. **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 17 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění a pneumonie způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ≥ 18 let a starších pacientů. **Dávkování:** Kojenci ve věku 6 týdnů – 6 měsíců: Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Předčasné narozené děti (<37 týdnů těhotenství): Tři dávky s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami, s první dávkou podanou ve věku 2 měsíců. První dávka může být podána nejdříve ve věku 6 týdnů. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců: Kojenci ve věku 7–11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávka se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12–23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti a dospívající ve věku 7–17 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Dospělí ≥ 18 let a starší pacienti:** Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použit 23 valentní pneumokokový polysacharidový vakcínový povrch jako vhodný, Prevenar 13 by měl být podán jako první. **Speciální populace:** Jedincům s chorobami predisponujícími k invazivnímu pneumokokovému onemocnění (například se srpkovitou anémií nebo HIV infekcí) včetně jedinců dříve očkovaných jednou nebo více dávkami 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny může být podána nejméně jedna dávka přípravku Prevenar 13. U jedinců po transplantaci hematopoetických kmenových buněk (HSCT) se doporučené imunizační schéma skládá ze čtyř dávek přípravku Prevenar 13 po 0,5 ml. Základní očkování tvoří tři dávky, a první dávka podaná 3 až 6 měsíců po HSCT a s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. Čtvrtou (poslední) dávku se doporučuje podat 6 měsíců po třetí dávce. **Zvláštní podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (múculus vastus lateralis) u kojenců nebo dříve sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na některý z komponentů. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců typických akutním závažným horečným onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Tato vakcína nesmí být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopánií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos jasně převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganizmům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonie nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit výsledný očkovací jedinec před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů až 5 let: Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Děti ve věku 6–17 let: V současné době nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současného podávání s jinými vakcínami. **Dospělí ve věku 18–49 let:** Nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současného podávání s jinými vakcínami. **Dospělí ve věku 50 let a starší:** Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa očkování. **Těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokové 13valentní konjugované vakcíny u těhotných žen. Přípravek by proto neměl být podáván během těhotenství. Není známo, zda je pneumokoková 13valentní konjugovaná vakcína vylučována do mateřského mléka. **Nužadující účinky:** Místi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patří k reakcím v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená úzkost a/nebo nespavost. V případě současného podání přípravku Prevenar 13 a přípravku Infanrix hexa byla pozorována zvýšená četnost hlášení křečí (s horečkou nebo bez ní) a hypotonicko-hyporeflexivních epizod (HHE) u dospělých osob snížení chuti k jídlu, bolesti hlavy, průjem, zvracení, vyrážka, zimnice, únava, zarudnutí, indurace/otok, bolest/přecitlivělost v místě očkování, omezení pohyblivosti paže, artralgie, myalgie. **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předpřipravené injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek Prevenar 13 je stabilní při teplotách do 25 °C po dobu 4 dnů. Na konci této doby má být přípravek použit nebo zlikvidován. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předpřipravené injekční stříkačce s pístovou zátkou a ochranným krytem hrotu. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-8. **Datum poslední revize textu:** 22.10.2015. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro osoby splňující podmínky dané zákonem č. 48/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním, se prosím seznámejte s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. Kozlovská J, Šebestová H, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v ČR v roce 2014. Zprávy ČEM (SZÚ, Praha) 2015; 24(3): 98–101. 2. SPC Prevenar 13. 3. SPC Synflorix.



3K BÍLKOVINA – VÝHODY

Pouze nejlepší bílkovina může vybudovat pevné základy života

KVALITA

Pro správné zdravé metabolické programování a snadné trávení¹⁻⁶

KVANTITA

Pro zdravý růst, snadné vylučování a podporu imunitního systému^{2, 7-10}



KOMPOZICE

Pro snížení rizika vzniku alergických onemocnění (atopické dermatitidy)¹¹

Bílkoviny jsou stavební kameny života



Reference:

Steenhout P et al. PAS 2005;57:235. 2. Rochat F et al. Nutr Res 2007;23:735-740. 3. Exl BM et al. Eur J Nutr 2000;145-156. 4. Billeaud C et al. Eur J Clin Nutr 1990;44:577-83. 5. Zabransky S&M Extracta Paed 1987;11:10-12. 6. Labaune JM et al. The 50th Annual Meeting of the ESPR, October 9-12 2009, Hamburg, Germany. 7. Grathwohl DJ et al. EAPS. 2010. 8. Ziegler E et al. Monatsschrift Kinderheilkunde 2003; 151:565-571. 9. Răihä NC et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002;35:275-81. 10. Zunin C et al. Neonatologica 1991; 5:159-65. 11. von Berg A et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2013;13:1565-73.

Důležité upozornění:

Světová zdravotnická organizace (WHO*) doporučuje, aby těhotné ženy a matky byly informovány o výhodách a nadřazenosti kojení – zejména o skutečnosti, že mateřské mléko poskytuje dětem tu nejlepší výživu a ochranu před nemocemi. Matkám by měly být podrobně vysvětleny techniky kojení a způsoby udržení kojení se zvláštním důrazem na význam správně vyvážené stravy, a to jak v průběhu těhotenství, tak po porodu. Mělo by se zabránit zbytečnému zavádění částečného krmení z lahve 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 rozhodují nekojit. Matkám by také měly být vysvětleny zdravotní, sociální a ekonomické důsledky takového kroku. Matkám by mělo být zdůrazněno, 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 nepřevařené vody, nemyté lahve nebo nesprávného ředění může vést k onemocnění dítěte. *viz Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka přijatý WHA v rezoluci 34.22 v květnu 1981.