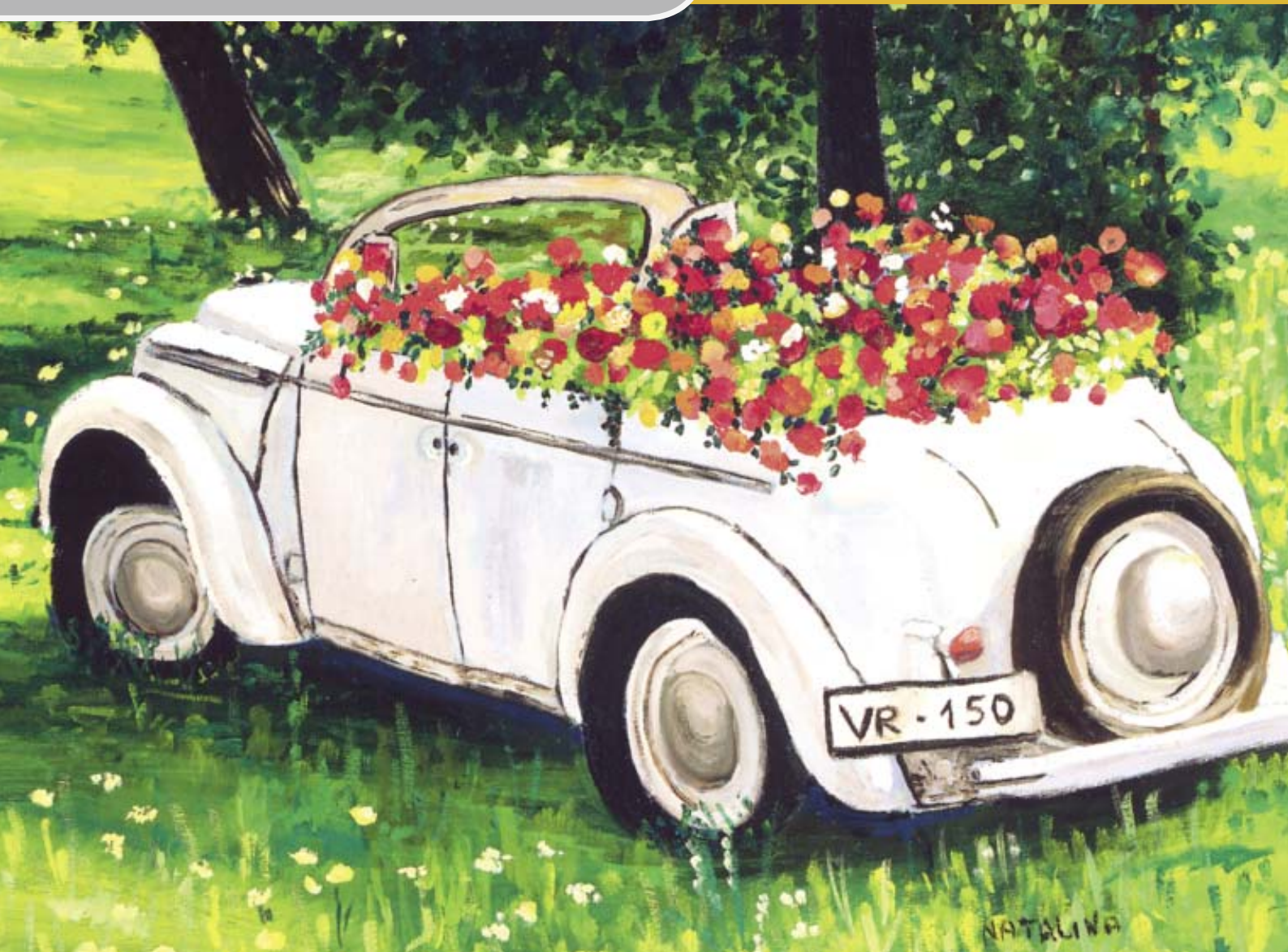


téma čísla

KONGRES PRIMÁRNÍ PÉČE



- Usnesení konference JM regionu
- Stanovisko OSPDL ČLS JEP
- Usnesení jihočeské konference
- Usnesení konference západočeského regionu
- Křivice a hodnocení kalciofosfátového metabolismu u dětí
- Léčba poruch kyčelního kloubu u pacientů s dětskou mozkovou obrnou
- 6. kongres primární péče
- Infekce na prahu 21. století
- Očkování – na co metodika stačí a na co ne?
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
- Aktuality

Jsou všechna kojenecká mléka stejná?



Které mléko nabízí skutečně prokázané zdravotní benefity?

Mateřské mléko je zlatým standardem

a většina výrobců kojeneckých formulí se mu svým složením snaží co nejvíce přiblížit. To, že formule obsahuje některou složku po vzoru mateřského mléka, však ještě nemusí být dostatečné. Důležité je jakou má daná složka zastoupení ve složení mateřského mléka, zda má obdobnou funkčnost a zda její přítomnost v kojenecké formuli přináší také obdobné účinky.

Publikované vědecké studie a prokazatelné pozitivní účinky na zdraví kojenců a malých dětí jsou tím, co jednotlivé značky kojeneckých mlék stále velmi výrazně odlišuje.

Nutrilon se inspiruje mateřským mlékem na všech třech úrovních:



Prebiotické oligosacharidy jsou třetí největší složkou mateřského mléka.¹



Funkčnost (pozitivními účinky na střevní mikroflóru²) se jim nejvíce blíží unikátní směs oligosacharidů **GOS/FOS 9:1** obsažená pouze v mlécích Nutrilon.



Nutrilon má klinicky ověřené účinky na zdraví dětí - **signifikantně snižuje výskyt opakovaných respiračních a průjemových onemocnění a nutnost opakovaného užití antibiotik.**³



Spolehněte se na Nutrilon.
a jeho prokázané účinky na zdraví dětí

Inspirováno mateřským mlékem, ověřeno vědecky.

Materiál je určen pro odbornou veřejnost.




Reference:

- 1] Neuburg DS, et al., Carbohydrates in milk: analyses, quantities and significance. Handbook of milk composition. Academic Press, 1995; 273-349.
- 2] Khol J et al., Colon microflora in infants fed formula with galacto- and fructo- oligosaccharides: more like breastfed infants. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2005; 40: 36-42.
- 3] Bruzese E et al., A formula containing galacto- and fructo-oligosaccharides prevents intestinal and extra-intestinal infections: An observational study. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2009; 28: 156-161.

Důležité upozornění: Kojení je nejpřírodnějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na obalech a webových stránkách. Potravinu pro zvláštní výživu - potravinu pro zvláštní lékařské účely.

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

Máte otázku? **VOLEJTE ZDARMA**
800-110-000
www.nutrilon.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Usnesení konference JM regionu konané dne 17. 3. 2012	9
	Stanovisko OSPDL ČLS JEP k dopisu prezidenta ČLK „Výzva ke změně distribuce některých očkovacích látek“ a k usnesení představenstva ČLK k organizaci nepovinného očkování	10
	Usnesení jihočeské konference SPLDD konané dne 24. 3. 2012	11
	Usnesení konference západočeského regionu SPLDD konané dne 31. 3. 2012	12
	Informace OSPDL ČLS JEP	14
	Prof. MUDr. Milan Bayer, CSc.	16
	Křivice a hodnocení kalciofosfátového metabolismu u dětí	
	Prim. MUDr. Vladimír Trenčianský	19
	Léčba poruch kyčelního kloubu u pacientů s dětskou mozkovou obrnou	19
	6. kongres primární péče	21
	Infekce na prahu 21. století	22
	Transplantace se v ČR nevyžívají dostatečně	25
	Infektologové a lékaři primární péče diskutovali o zkvalitnění spolupráce	27
	Vybrané kapitoly z hematologie pro praktiky	28
	Očkování – na co metodika stačí a na co ne?	30
	Ze světa odborné literatury	33
	Aktuality	34
	Autodidaktický test	38
	Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ze dne 22. března 2012	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
HERO
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
OTTO OFFICE
PFIZER

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

Vydavatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc., MUDr. Pavel Neugebauer, MUDr. Olga Roškotová

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

Obrazek na titulní straně namalovala ústy Natalina Marcantoni, převzato z nakladatelství UMŮN, s.r.o., Nad Školou 1285, 463 11 Liberec, tel. 485 161 712, www.umun.cz

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



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

několik týdnů jsem doufala, že se 1. dubna probudím a někdo řekne, že celá nová legislativa je jeden velký Apríl. Bohužel se tak nestalo, a tak nám nezbyvá než se s tím vypořádat. Přiznám se, že některé věci mi hlava nebere – několik měsíců sdružení intenzivně upozorňuje, že s novou legislativou bude problém, že některá ustanovení výrazně a nesmyslně komplikují život nám i pacientům, shodují se na tom právníci, přiznávají to pracovníci MZ i někteří poslanci, ale nic se s tím nedělá. Sdružení podalo již počátkem prosince návrh zpracovaný našimi právníky předsedovi zdravotního výboru Parlamentu ČR MUDr. Borisi Šťastnému – dodnes nejsme schopni zjistit, co se s ním stalo. Že se tím nikdo nezabýval, je předpoklad hraničící s jistotou. A tak papírujeme a papírujeme... Dříve se říkalo „chraňte naše lesy“, tak to už zjevně neplatí. Na to, co se dnes děje, by padl prales... Čekala jsem, že nám budou pacienti nadávat. Překvapivě opak je pravdou. Zatím projevují nesmírné pochopení a spíše nás litují, že s tím máme takovou práci. Trochu mi to připomíná situaci s regulačními poplatky. Tam jsme také očekávali protesty rodičů, ale nebylo tomu tak. Většina platila s pochopením a někteří prý nám je dávali i rádi. Jak poplatky dopadly, všichni víme. Nyní se chystá zvýšení poplatků na 50 Kč. Co myslíte – bude někdo kompenzovat PLDD ještě větší ztrátu? Zdravotní pojišťovny nechtějí o kompenzaci ani slyšet – prý za zrušení poplatků nemohou. Politici, kteří za to mohou, kde jim je dnes konec? Ministerstvo...? No comment!

V současné době probíhají po celé republice regionální konference. Jsou volební, v některých regionech dostali důvěru stávající funkcionáři, v některých se složení funkcionářů trochu změnilo. Trochu překvapivě jsem mezi zvolenými funkcionáři nezaznamenala nikoho z kritiků stávajícího vedení. Že by bylo něco jiného kritizovat a něco jiného přiložit ruku ke společnému dílu? Nebo nemají důvěru těch ostatních? Každopádně lze jen poděkovat všem minulým funkcionářům za práci ve sdružení, za práci v jejich osobním volnu, které by jistě dokázali strávit jinou a možná i příjemnější činností. A těm nově zvoleným popřát dobré zdraví, pevné nervy, hodně, hodně sil a fungující komunikační techniku. Tím nemyslím jen dostatečnou slovní zásobu, ale i fungující počítač, internet a telefon. Věřte, že vím o čem mluvím. Nic tak člověka nevyvede z míry při vyřizování hromady emailové korespondence jako výpadek internetu nebo počítače.

Jednou z věcí, které se často řešily na konferencích, byla LSPP, resp. nově LPS (lékařská pohotovostní služba). Je překvapivě, kolik našich kolegů je ochotno v současné době otročit a ohrožovat vlastní praxi. Protože jak jinak nazvat službu za 150 Kč za hodinu, službu nepodloženou několik týdnů žádnou smlouvou, službu bez stálé přítomnosti sestry, službu bez řádného vybavení vyšetřovny. Tito kolegové se mohou dostat do problémů, o kterých se jim ani v nejčernějších snech nezdá. Budeme se touto problematikou dále zabývat a je to jeden z velkých úkolů pro nově zvolené funkcionáře v mnoha regionech.

Jistě se i ve sdružení najdou věci, které se povedly. Jednou z nich, kterou jste snad zaznamenali, je změna v grafice časopisu Vox. Po mnoha letech jsme se rozešli s dosavadním vydavatelem – společností Medix. Změna našich spolupracovníků způsobila lehké opoždění prvních čísel časopisu v tomto roce, ale nyní jsme již dohnali ztrátu a toto číslo byste měli obdržet v nastavených termínech na počátku měsíce. Redakční rada doufá, že nově nastolená spolupráce bude přínosem nejenom pro její práci, ale i pro vás – čtenáře Voxu.

Mezi další věci, které se vydařily, patří zcela jistě 6. kongres primární péče, který se konal 24.–25. února 2012 v hotelu TOP v Praze. Velký počet účastníků (1500) i zúčastněných firem (52) přivádí v úžas mnohé přednášející a hosty kongresu. V letošním roce jsme požádali účastníky o vyplnění dotazníků, které hodnotily nejenom jednotlivé přednášky, ale i organizaci kongresu. Velmi nás potěšilo, že více než 70 % vrácených dotazníků vyjadřovalo naprostou spokojenost s organizací i programem. Zbývající poukazovaly většinou na drobné nedostatky typu otevírání dveří během přednášek, málo odpadkových košů, hluchost kolegů, špatná artikulace některých přednášejících, špatné osvětlení, placené parkování apod. Některé vytknuté nedostatky spíše organizátory potěšily, jako kritika souběhu dobrých témat v obou sálech. A některými se bude zabývat kongresový výbor, a to zajištěním kyvadlové dopravy od metra, množstvím mikrofonů k diskusi v sálech, počtem míst v malém sále, a zcela jistě při sestavování programu na příští kongres bude vycházet z návrhů témat, kterých se sešlo opravdu hodně. Kongresu primární péče jsme věnovali i toto číslo. Pro ty, kteří na kongresu byli, nechť je připomínkou, pro ty, kteří se nezúčastnili, nechť je inspirací k účasti v příštím roce.

Pokud to jenom trochu jde, dbejte na prevenci psychosomatických potíží – klid a mír v duši přeje

Jiřina Dvořáková,
místopředseda SPLDD

■ Redakce časopisu VOX se omlouvá za nesprávně uvedené jméno autora článku v čísle 2, Zákoník práce – změny v roce 2012. Autorem je Lenka Procházková, DiS.



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Březen byl bohatý na jednání ohledně možných dopadů nové legislativy od 1. 4. Právní veletochy ve výkladech nám zrovna radost nedělaly, nicméně i my jsme se snažili připravit pro naše členy jakýsi návod, jak se v prostředí nové legislativy chovat. Částečně ho zveřejňujeme v našem časopise, částečně jsou informace dosažitelné i na našich webových stránkách www.detsky lekar.cz. V březnu se též roztočil kolotoč bilancujících regionálních konferencí a neutuchající diskuse se točily kolem nového modelu očkování. Paradoxem pak zůstal fakt, že do konce března nebylo jasno, jak bude přesně vykazováno nově zaváděné očkování proti HPV, hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Nebo i to byl něčí záměr?

2.3. – Na svém pravidelném jednání se sešlo předsednictvo Sdružení. Již tradičně se před regionálními konferencemi v rámci předsednictva setkávají pokladníci s daňovým poradcem Sdružení. Tématem je vyúčtování předšlého roku a nastavení pro regionální rozpočty. Následná diskuse se týkala očkování, stále nedořešených problémů kolem Metodiky pro pravidelná očkování, což vede k pokračování nedoporučení podpisu tzv. očkovacích dodatků. Na jednání přítomná předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP dr. Cabrnová byla vyzvána k vydání upraveného stanoviska ke způsobu získávání vakcín, kdy je třeba specifikovat podmínky, které je třeba dodržovat při jiném způsobu získávání vakcín, než je existující systém přímé distribuce. V diskusi se účastníci nevyhnutelně ani aktuálními informacím kolem nové legislativy a řešena byla i problematika jednotlivých regionů.

6.3. – Rozjel se cyklus dohodovacích řízení o cenách na rok 2013. Vše začalo změnou jednacích řádů, kde změny byly nezbytné v souvislosti s novou legislativou. V principu se na průběhu jednání nic podstatného nezměnilo, podstatnou změnou je ale legislativní nastavení termínů, do kdy je třeba jednání ukončit. Paradoxem totiž je, že jednání budou muset končit před termínem, kdy jsou zdravotní pojišťovny schopny zveřejnit data o vývoji jejich ekonomiky. Jednání o cenách se tak dostalo převážně do roviny virtuální, nikoliv věcné. Jak to asi může dopadnout, si umí nejspíš každý představit.

13.3. – Ze strany VZP jsme byli pozváni na jednání, kde by měla být projednána problematika chystaného zavedení očkování proti HPV, dále měla být diskutována otázka nastavení tzv. malých praxí a na pořad byla zařazena i problematika zaměstnávání asistentů v souvislosti s možnou generační výměnou. Zatímco v problematice očkování proti HPV jsme se domluvili, že počkáme na další den, kdy by na toto téma měla proběhnout schůzka na MZ,

v problematice asistentů jsme si vydefinovali různé postavení asistentů s odbornou a specializovanou způsobilostí. V otázce malých praxí bylo navrženo, zda by se vzhledem k malému počtu takovýchto praxí nedostal režim uznávání pod klasický dodatek s příslušnou bonifikací, přičemž parametry uznávání tzv. malé praxe by zůstaly nezměněny.

14.3. – Společně s dr. Šmatlákem a dr. Starou jsme byli pozváni jako zástupci primární péče na jednání s náměstkem Noskem. Schůzka byla sjednána na základě žádosti Koalice soukromých lékařů a mezi základními připomínkami zaznělo, že je fakticky nulová komunikace od doby schůzek v době aktuální hrozby výzvy „Děkujeme, odcházíme“, přičemž z médií je patrné, že probíhá řada schůzek ministra s odboráři, středními zdravotnickými pracovníky, zástupci různých aktivit (např. porodů doma apod.). Dále z naší strany zaznělo, že až z médií se dovídáme různé koncepční záměry – samostatná činnost porodních asistentek, kvalifikovaných zdravotních sester apod. Samozřejmě jsme připomněli fakticky nulovou podporu primární péče deklarovanou v Programovém prohlášení vlády. Výstupem pak bylo, že ministři bude předán návrh na pravidelné schůzky Rady poskytovatelů, s náměstkem Noskem budou častější schůzky Koalice, přijal i pozvání na nejbližší jednání KSL dne 3. 4.

17.3. – V Drnovicích u Vyškova se sešli zástupci tří krajů jižní Moravy na své výroční konferenci. O výstupech z tohoto jednání informujeme na jiném místě.

22.3. – Pod patronací náměstkyně ing. Noskové proběhlo jednání na půdě MZ ČR s hlavním jednacím tématem očkování. V první části se hodnotily první výstupy a zkušenosti s modelem převedení úhrad za očkovací látky pro pravidelná očkování pod veřejné zdravotní pojištění. Z naší strany jsme zopakovali důvody, proč trvá nedoporučení podpisu tzv. očkovacích dodatků, přičemž náměstek

Nosek překvapivě rozhodl, že u alternativně volených vakcín ze strany rodičů nebude nutno vykazovat ZULP. Kupodivu bez většího odporu ze strany ZP. Obdobně jako na další věci si ale budeme muset počkat na potvrzení této skutečnosti v oficiálním zápise. V problematice očkování jsme se vcelku shodli na sjednocení vykazování nepovinného očkování hrazeného z veřejného zdravotního pojištění jedním kódem výkonu – 02125, ovšem pod podmínkou, že nebude vyžadováno vykázání pomocného kódu 09553, kterým se označuje vykázání zvolené ekonomicky náročnější péče. Jde tedy o možné faktické přihlášení se k nadstandardu se všemi důsledky, tedy i stanovení ceníku s jeho dálkově dostupným přístupem, tj. patrně formou webové aplikace. I tady tedy čekáme na potvrzení dojednaného oficiálního zápisem.

24.3. – Také jihočeští praktičtí dětské lékaři se sešli ve Strakonici na své výroční konferenci. Výstupy z této konference opět zveřejňujeme na jiném místě.

26.3. – Zástupci Koalice soukromých lékařů se sešli s premiérem vlády Ing. Petrem Nečasem, omluvil se pouze prezident Stomatologické komory MUDr. Pavel Chrz. Předmětem bylo sdělení o rozčarování zástupců ambulantního sektoru z postupu ministra doc. MUDr. Leoše Hegera, kdy za poslední rok byla s ministrem prakticky nulová komunikace. Premiér přislíbil nápravu a vyslovil pochopení pro naše obavy o další osud ambulantní péče, zejména o jejich financování, které jde v posledních letech ve prospěch lůžkových zařízení. Premiér si od nás vyžádal příslušná ekonomická data, aby si je mohl porovnat s daty od resortního ministra. Pan premiér na závěr vyslovil příslib dalších jednání na konkrétní témata.

31.3. – Seriál březnových regionálních konferencí byl zakončen v Dobrušce, kde se sešli praktičtí dětské lékaři západočeského regionu. Také výstupy z této konference zveřejňujeme na jiném místě.



Koalice soukromých lékařů

Odezvou na apel Koalice soukromých lékařů na obnovení komunikace s vedením resortního ministerstva byla i schůzka zástupců Koalice s předsedou vlády Ing. Petrem Nečasem a následně s náměstkem Ing. Petrem Noskem. Přislíbem zůstalo svolání Rady poskytovatelů jako poradního orgánu ministra. Aktivace komunikace s resortním ministerstvem se jeví jako naprosto nezbytná, neboť se v návrzích objevují materiály, které vyvolávají otázky ohledně soudnosti a kvalifikace předkladatelů. Zdá se, že praktická realizace tzv. Hegerovy reformy bude ještě hodně komplikovaná a bolestivá. Nežývá než doufat, že nakonec zvítězí zdravý rozum.

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 3. 4. 2012

1. Jednání s náměstkem ministra zdravotnictví pro zdravotní pojištění Ing. Petrem Noskem

- Zástupci KSL vyjádřili svou nespokojenost s úhradami zdravotní péče v roce 2012. Konstatovali, že úhrady v letošním roce nominálně stagnují, reálně dokonce klesají, a dali najevo nesouhlas s jednostranným finančním zvýhodňováním nemocnic na úkor soukromých ambulantních zdravotnických zařízení.
- Ing. Nosek shrnul ve svém vystoupení výsledky jednání zástupců zdravotnických odborů s ministrem zdravotnictví. Podle jeho vyjádření je lůžková péče dostatečně finančně zajištěná a požadavky nemocnic se z oblasti finančních nároků postupně přesouvají do oblasti politické a stávají se nástrojem předvolebního boje. Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami stále analyzuje skutečný stav financí v nemocnicích tak, aby v nejbližší době v roce 2013 mohla být redukována nevytížená lůžková oddělení, včetně nemocničních ambulancí. Upozornil, že toto řešení znamená přesun pacientů do privátní sféry a je tedy třeba začít jednat co nejdříve o úhradách zdravotní péče v příštím roce za těchto změněných podmínek.
- KSL se domnívá, že pro úspěšné jednání v dohodovacím řízení je nezbytné nutně předložit zdravotním pojišťovnám relevantní soubor dat dokládajících skutečné náklady zdravotnických zařízení. **Ing. Nosek přislíbil zpracovat do 20. 4. 2012 návrh na strukturu požadovaných podkladů pro hodnocení úhrad péče v jednotlivých segmentech. Zástupci KSL je posoudí a společně s Ing. Noskem projednají na květnové schůzce Koalice.**

- Zástupci Koalice informovali Ing. Noska o individuálních dohodách jednotlivých poskytovatelů péče se zdravotními pojišťovnami a prvních signálech zpoždování plateb. Ing. Nosek požádal o informaci, pokud by se platby začaly zpoždovat pravidelně. Přestože zdravotně pojistné plány byly schváleny před vydáním úhradové vyhlášky, nemělo by to být pro zdravotní pojišťovny argumentem pro odsouvání termínů úhrad.
- Podle informace Ing. Noska bude vláda v nejbližších dnech projednávat novelu zákona o zdravotních pojišťovnách. V souvislosti s předkládaným návrhem probíhají diskuse o počtu zdravotních pojišťoven a objemu péče poskytované pacientům z prostředků veřejného zdravotního pojištění, které jsou za současného nastavení výběru pojistného k dispozici. Zde se otevírá prostor pro jednání o vyřazení části péče, zejména té, která systém zbytečně zatěžuje, z veřejných prostředků.
- Další diskuse se týkala kultivace Seznamu zdravotních výkonů. Ing. Nosek seznámil přítomné s problémy, které ji provázejí, a požádal zástupce Koalice o další schůzku, která by byla monotematicky věnována jejich řešení.
- Dr. Chrz navrhl sejít se i k jednání o rámcových smlouvách se ZP.
- Na závěr setkání diskutovali zástupci KSL s Ing. Noskem o individuálních problémech jednotlivých sdružení.

2. Jak dál po schůzce s premiérem?

- Dr. Dvořák informoval o výsledcích schůzky zástupců SPL, SPLDD, SAS a SSG s premiérem Petrem Nečasem. Setkání se konalo 26. 3. 2012 na Úřadu vlády.

3. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb

- Tento návrh, předložený MZ ČR k připomínkování, je v praxi nerealizovatelný. KSL se dohodla nehodnotit jeho jednotlivé části, ale odmítnout materiál jako celek. Vytvořením textu stanoviska byl pověřen dr. Jojko (stanovisko – viz příloha).

4. Stanovisko k národnímu registru zdravotnických pracovníků

- Připomínky k ustanovení § 76 zákona č. 372/2011 Sb. zpracoval Mgr. Jakub Uher. Dr. Šmatlák navrhl použít tyto připomínky jako společné stanovisko Koalice.

5. Různé

- Dr. Bek požádal dr. Šmatláka o setkání k problematice e-health. Vzhledem k tomu, že s dr. Bekem má již sjednanou schůzku dr. Jojko, byl zástupci KSL pověřen zjistit podrobnosti a případně pozvat dr. Beka na další jednání Koalice.

II. Pracovní verze „Minimálních požadavků pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb“

(uveřejňujeme z důvodu deklarace absurdity předkládaného textu)

Ministerstvo zdravotnictví ČR ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), uveřejňuje minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Parametry tohoto interního systému představují minimální spektrum požadavků s tím, že budou dle potřeby aktualizovány a rozšiřovány. Požadavky jsou vybrány tak genericky, že jsou aplikovatelné na všechny typy zdravotnických zařízení.



ÚVOD

Zavedení systémů interního hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem zajišťujícím především kvalitu procesů, ke kterým ve zdravotnictví dochází. Požadavky na zajištění kvality a bezpečí naposledy velmi detailně formulovala Rada EU v „Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“, viz Úřední věstník 2009/C 151/01, nebo WHO/Aliance pro bezpečí pacientů.

Sebehodnocení je komplexní, systematický a pravidelný proces posuzování kvality a bezpečí poskytované péče, jehož podstatou je sebekritické vyhodnocení všech oblastí poskytované péče a vyhledání nejslabších míst.

Základem sebehodnocení je zachování objektivnosti v sebekritičnosti, kontinuita a sledování dynamiky vývoje.

Systém interního sebehodnocení neslouží k vystavení certifikátů kvality a nejedná se o složení zkoušky, ale cílem je shromáždění údajů, pochopení organizace a odhalení potenciálních možností ke zlepšení kvality. Jde o proces hodnocení sebe sama a zajištění trvalého zlepšování. Právě na základě výsledku sebehodnocení si zdravotnické zařízení sestaví svoje individuální plány zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče. Z výsledku sebehodnocení pověřená osoba/by určí oblasti, v nichž si zdravotnické zařízení vede dobře, a ty, které by bylo třeba zlepšit a které nespĺňuje vůbec. Na základě těchto informací je vypracován akční plán, který bude tyto problémy řešit. Je důležité, aby naplánované aktivity byly vztaženy k místním prioritám, cílům a k dostupným zdrojům zdravotnického zařízení.

Hodnocení

SPLNĚNO

– zdravotnické zařízení má zaveden požadovaný systém nebo proces.

SPLNĚNO ČÁSTEČNĚ

– zdravotnické zařízení nemá požadovaný systém/proces zaveden, ale je ve fázi přípravy, nebo požadovaný systém/proces má vypracovaný, ale není implementován do provozu.

NESPLNĚNO

– zdravotnické zařízení nemá požadovaný systém/proces vypracován ani zaveden.

NEHODNOCENO

– vzhledem ke specifitě zdravotnického zařízení nelze požadovaný systém/proces hodnotit.

Personální zajištění:

Poskytovatel si zajistí personální obsazení osoby/osob pro výkon interního systému hodnocení kvality. Tato/tyto osoba/osoby budou svoji činnost vykonávat s pověřením poskytovatele.

2. Ambulantní zdravotnická zařízení

2.1. Standard: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC 5)

Dezinfekce rukou před kontaktem s pacientem a bezprostředně po něm je účinným prostředkem prevence přenosu infekcí. Jedná se o nejefektivnější cestu k celkovému snížení výskytu nozokomiálních infekcí a snížení nákladů na léčbu infekcí.

Cílem standardu je zavést optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má zajištěné periodické školení všech zaměstnanců zdravotnického zařízení v oblasti hygieny rukou.
- Má zajištěnou vybavenost každého umyvadla hygienickými potřebami a schématem správného mytí rukou.
- Má zajištěnou vybavenost pracovišť dezinfekčními přípravky.

2.2. Standard: Bezpečnost při používání rizikových léčivých přípravků (RBC2)

Cílem standardu je stanovit, individuálně pro každé oddělení, seznam rizikových léčivých přípravků včetně opiátů, zajistit bezpečné skladování těchto léčivých přípravků v souladu s doporučením výrobce léčiv a podmínky užívání rizikových léčivých přípravků samotnými pacienty, které jsou vneseny do zařízení samotnými pacienty.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má stanovený seznam rizikových léčiv dle charakteru oddělení.
- Má zajištěné bezpečné uložení rizikových léčivých přípravků v souladu s doporučením výrobce.

2.3. Standard: Personální zabezpečení zdravotní péče

Cílem standardu je zpracovat popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu

povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má zpracovanou systemizaci pracovních míst v souladu s požadavky na personální zabezpečení zdravotní péče.
- Má stanovená pravidla pro zapracování pracovníků při jejich zařazení na pracovní místo.
- Má zpracovány popisy pracovních činností jednotlivých zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souladu s jejich způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka.

2.4. Standard: Řešení neodkladných stavů

Cílem standardu je zajistit vybavenost pomůckami pro řešení neodkladných stavů a personál je plně proškolen v poskytování první pomoci a řešení neodkladných stavů. Dále si stanoví frekvenci kontrol funkčnosti, úplnosti vybavení, expirace léčiv včetně způsobu dokumentace provedených kontrol tohoto vybavení.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má zajištěné vybavení ambulance pomůckami pro neodkladné stavy včetně léčivých přípravků se zpracovaným plánem kontrol funkčnosti vybavení a expirace léčiv.
- Má zavedenou dokumentaci o provádění pravidelných kontrol.
- Má zpracovaný plán proškolení veškerého personálu v poskytování první pomoci a řešení neodkladných stavů.
- Ambulantní zdravotnické zařízení má zaveden systém přivolání odborné pomoci – viditelné označení linek pro tísňová volání (155, 112, 150, 158).

III. Stanovisko Koalice soukromých lékařů k materiálu – tzv. pracovní verzi „Minimálních požadavků pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb“

Materiál byl z Ministerstva zdravotnictví rozeslán k připomínkám 3. 4. 2012



KSL na svém jednání 3. 4. 2012 projednala příslušný materiál a zaujala k němu toto stanovisko:

KSL:

- **Odmítá materiál jako celek.** Ve valné většině jde o soubor požadavků na slohová cvičení v praxi nepoužitelná či zcela nepotřebná a na činnosti, které nemají nic společného s kvalitou či bezpečím zdravotních služeb. Zdravotníci pracovníci jsou v návrhu textu evidentně považováni za úplné hlupáky. Materiál nijak nerespektuje druh vzdělání pracovníků, kterých se týká, a ani způsob práce v ambulancích. Je v praxi nepoužitelným kompilátem slov vhodným pouze a jen k zásadnímu přepracování.
- Žádá tímto ministra zdravotnictví nebo jeho příslušného náměstka o schůzku, na níž bude projednán základní účel připravované vyhlášky či věstníku MZ. To považuje KSL za jedinou možnost k racionalizaci zatím zcela mylného postupu MZ v této věci.

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

IV. Stanovisko k Národnímu registru zdravotnických pracovníků

Ustanovení § 76 zákona č. 372/2011 Sb. upravuje Národní registr zdravotnických pracovníků. Dle předmětného ustanovení má tento registr obsahovat poměrně rozsáhlé strukturované údaje. O důvodu a účelnosti shromažďování některých údajů lze pochybovat, resp. není zřejmý důvod tohoto nakládání s údaji (jedná se například o údaj o kraji, kde pracovník působí, apod.).

Za podstatné ovšem považuji to, že celá řada údajů (naprostá většina – resp. všechny s výjimkou rodného čísla a adresy pobytu) má být veřejně přístupná na internetových stránkách.

Zpracovávány mají být následující údaje:

- a) jméno, popřípadě jména a příjmení zdravotnického pracovníka a akademický, vědecký a pedagogický titul,
- b) datum a místo narození,
- c) pohlaví,
- d) rodné číslo,
- e) státní občanství,
- f) adresa místa obvyklého pobytu na území České republiky nebo u osoby, která je usazena v jiném členském státě Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederaci, adresa bydliště mimo území České republiky,
- g) datum a místo získání odborné, specializované, zvláštní odborné způsobilosti a označení odbornosti nebo odborností,
- h) datum a místo získání odborné, specializované, zvláštní odborné způsobilosti a označení odbornosti nebo odborností v případě zdravotnických pracovníků, kteří způsobilost získali mimo území České republiky,
- i) údaje o zahájení, přerušení nebo ukončení výkonu zdravotnického povolání,
- j) údaj, zda jde o hostující nebo usazenou osobu,
- k) údaje o ověření znalosti českého jazyka u zdravotnických pracovníků, kteří získali odbornou způsobilost ve studijním programu v cizím jazyce na území České republiky,
- l) identifikační údaje poskytovatele nebo poskytovatelů sociálních služeb, u kterých je zdravotnický pracovník zaměstnán,
- m) kraj, na jehož území zdravotnické povolání vykonává,
- n) údaje o ztrátě oprávnění k výkonu zdravotnického povolání, o ztrátě zdravotní způsobilosti, ztrátě bezúhonnosti a délce období, na které je výkon činnosti zakázán.

Vzhledem k tomu, že k realizaci předávání a nakládání s registrem, resp. s daty v něm

obsaženými má být vydán prováděcí právní předpis, je podle mne ke značné úvaze, jak v tomto prováděcím předpisu tyto otázky upravit.

Zveřejnění údajů v rozsahu předpokládaném zákonem pokládám za zcela neodpovídající důvodu a účelu a rovněž zasahující do práv zdravotnických pracovníků způsobem, který není odůvodnitelný.

Mgr. Jakub Uher

V. Stanovisko Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s., k registru zdravotnických pracovníků připravovanému Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Stanovisko Radou SAS přijato 15. 3. 2012

Rada SAS vyjadřuje zásadní nesouhlas s tím, v jak velkém rozsahu plánuje MZ sbírat prostřednictvím Národního registru zdravotnických pracovníků i intimní osobní informace o jednotlivých osobách pracujících ve zdravotnictví.

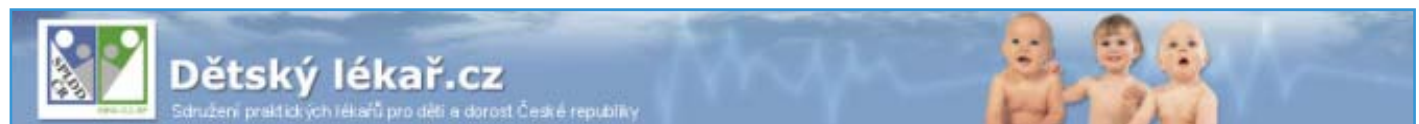
Rada SAS důrazně nesouhlasí s tím, aby byla jakákoli soukromá data těchto osob zveřejňována, a to včetně webu MZ.

Záměr je zveřejňovat považuje Rada SAS za - diskriminaci zdravotníků jako jedné profesní skupiny,
- potenciálně nebezpečný vůči soukromí těchto osob, ohrožující jejich majetek, zdraví i život.

Rada SAS vyjadřuje naději, že ústavní stížnost podaná i proti tomuto registru skupinou senátorů pod vedením MUDr. Dernerové bude úspěšná a registry budou zrušeny, což bude považovat za vítězství zdravého rozumu.

Rada SAS

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





Usnesení konference JM regionu konané dne 17.3.2012 v Drnovicích u Vyškova

■ **Konference zvolila:**

Návrhovou komisi ve složení: MUDr. Libor Beneš, Eva Chvátalová, Ivana Svítlová
Mandátovou komisi ve složení:
MUDr. Nentvich, Hudečková, Bušek
Pracovní komise: MUDr. P. Gricová,
E. Matoušková, P. Zemánková

Konference schválila navržený program

Konference bere na vědomí:

Zprávu o činnosti regionů JM, ZL, VYS, přednesenou dr. Matouškovou

Zprávu revizní komise, přednesenou dr. Doleželovou

Zprávy pokladníků příslušných regionů – dr. Poláškové, dr. Kalabusové a dr. Březinové a schválila rozpočty jednotlivých regionů

Konference podporuje

Usnesení představenstva ČLK k organizaci očkování proti HPV infekcím – viz příloha usnesení. **Konference děkuje předsednictvu ČLK za významnou podporu.**

Konference žádá

Odbornou společnost (OSPDL) o přehodnocení stanoviska k získávání vakcín k nepovinnému očkování z března 2010, které znemožňuje získávání vakcín alternativní cestou – bez ekonomické účasti PLDD, a to do 21. 3. 2012.

VV o vypracování a rozeslání příslušných formulářů souvisejících s legislativními změnami platnými od 1. 4. 2012 (informovaný souhlas, informovaný nesouhlas, souhlas s podáním informací, stanovení opatrovníka atd.), a to do konce měsíce března 2012.

Předsednictvo o formulaci textu informačního letáku pro rodiče ve věci očkování HPV. Předsednictvo o formulaci informace rodičům o dopadech legislativních změn na provoz ordinace PLDD.

Konference doporučuje

Striktně dodržovat ustanovení zákona o zdravotních službách.

Všem členům sdružení nezahajovat nákup vakcín a očkování proti HPV do doby dosažení této alternativní cesty (zrušení označení A u vybraných vakcín bez ekonomické účasti PLDD) a stanovení metodiky tohoto očkování.

V případě neřešení právní problematiky ze strany MZ v dopadu nové legislativy na naše ordinace konference vyzývá k účasti na právním semináři s uzavřením ordinací v trvání minimálně 1 den. **Konference vyzývá ostatní regiony, aby se připojily k této akci.**

Děkujeme předsedům a funkcionářům všech zúčastněných regionů za jejich obětavou práci.

Zaslala: MUDr. Parvine Gricová

■ **Příloha:**

Usnesení představenstva ČLK k organizaci očkování proti HPV infekcím

ČLK vítá změnu zákona o veřejném zdravotním pojištění ve věci plné úhrady vakcín proti HPV infekcím, která od 1. dubna 2012 umožní zahájit bezplatně toto nepovinné očkování u všech dívek od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku věku.

Oprávněnou motivací zákonné změny je znepokojující nárůst HPV infekcí, zejména karcinomů děložního hrdla u mladých žen i dívek a jedno z předních míst ČR v incidenci tohoto onemocnění v Evropě.

ČLK je však toho názoru, že pokud sama vláda iniciovala tuto změnu zákona o veřejném zdravotním pojištění, měl by být stát jejím garantem v plné šíři a nepřepřát finanční zátěž spojenou s nákupem vakcín od distributorů na praktické lékaře pro děti a dorost (PLDD), což se bohužel opět stalo. Jde o stejný model, který byl uplatněn v technologii nákupu a distribuce vakcín proti pneumokokům v roce 2010.

Již tehdy ČLK vyslyšela žádost PLDD organizovaných v petiční akci a snažila se přímým či zprostředkovaným jednáním s kompetentními orgány lékařům pomoci najít alternativní cestu získání vakcíny od distributora tak, aby lékař nemusel nést finanční zátěž. Bohužel, nepodařilo se to i díky tehdejšímu stanovisku Odborné společnosti praktických dětských lékařů (OSPDL), která přímý nákup lékařem od distributora prohlásila za jediný možný a správný. Tím tehdy de facto dodatečně posvětila politické rozhodnutí v této věci a nepřijemnou situaci pro PLDD petrifikovala.

Uvedený mechanismus zajištění nepovinného očkování se stal pro ministerstvo, distributory i zdravotní pojišťovny precedenční a kromě dotčených PLDD na něm nemají důvod nic měnit. Stejný problém se týká i praktických lékařů pro dospělá (PL) v oblasti očkování proti chřipce. Proto padlo i vloni stejné bezohledné rozhodnutí k zajištění očkování proti HPV.

Samotný fakt prodloužené doby splatnosti faktur distributorům není pro PLDD uspokojivým řešením situace, neboť úhrady lékařům za aplikace i vakcíny samotné od pojišťovny nejsou odvislé od data aplikace, ale od data vykázání výkonu a ZULP zdravotním pojišťovně. Ty mají k úhradě své smluvní lhůty, čímž se návratnost prostředků ještě více prodlužuje. V konečném důsledku vždy předbíhají výdaje PLDD v čase i v objemech nad návratností financí od pojišťovny.

ČLK je přesvědčena, že staronový schválený systém zajištění nepovinného HPV očkování v ČR je další ránou dětským praktikům a zátěží, která dohromady s již běžícím očkováním proti pneumokokům přímo ohrožuje existenci zejména malých a středních praxí PLDD. Navíc v situaci, kdy některé zdravotní pojišťovny otevřeně hovoří o nedostatku finančních prostředků na svých účtech a deklarují velmi pravděpodobně prodloužení lhůt splatnosti zdravotnickým zařízením.

ČLK odmítá další direktivně vynucenou finanční angažovanost svých členů, dětských praktiků, v zajištění nepovinného očkování. Považuje ji za neúměrnou a zbytečnou. ČLK nesouhlasila již dříve a nesouhlasí ani nyní obecně s takovou podobou organizace nepovinného očkování v ČR, jelikož jde o zneužívání jedné profesní skupiny lékařů.

ČLK odmítá další direktivně vynucenou finanční angažovanost svých členů, dětských praktiků, v zajištění nepovinného očkování. Považuje ji za neúměrnou a zbytečnou. ČLK nesouhlasila již dříve a nesouhlasí ani nyní obecně s takovou podobou organizace nepovinného očkování v ČR, jelikož jde o zneužívání jedné profesní skupiny lékařů.

ČLK podporuje oprávněné námitky těch PLDD i PL, kteří žádají vytvoření alternativního způsobu úhrady vakcín přímo od zdravotních pojišťoven, a deklaruje, že je připravena svým členům v jejich úsilí opět pomoci.

ČLK vyzývá odbornou společnost praktických dětských lékařů (OSPDL), aby zdůvodnila své stanovisko z 3. 3. 2010, že jediným lege artis způsobem distribuce vakcín proti pneumokokům je jejich přímý nákup od distributora ze strany očkovacích PLDD. ČLK považuje za stejně správnou variantu distribuci vakcín prostřednictvím lékáren, která je bez problémů využívána u jiných typů očkování.

ČLK je připravena poskytnout právní pomoc těm lékařům, kteří o ni požádají z důvodu případného sporu ve věci odmítnutí nákupu výše uvedených vakcín za své finanční prostředky. ČLK o svém stanovisku bude informovat ministra zdravotnictví Hegera a vyzve ho k řešení tohoto problému tak, aby očkování nebylo ohroženo.

Schváleno jednomyslně dne 16.3.2012 představenstvem ČLK.



Stanovisko OSPDL ČLS JEP k dopisu prezidenta ČLK „Výzva ke změně distribuce některých očkovacích látek“ a k usnesení představenstva ČLK k organizaci nepovinného očkování

Vážený pane prezidente,
jménem Odborné společnosti praktických
dětských lékařů ČLS JEP reagujeme na Vaši
výzvu ze dne 19. března 2012.

Nesouhlasíme s nepřesnými a nepravdivými
informacemi, které uvádíte ve výše citované
Výzvě. **Výbor OSPDL ČLS JEP nikdy nepro-
sazoval přímý nákup očkovacích látek ani
nezakazoval vyzvednutí očkovací látky v lé-
kárně.** Přímou distribuci očkovacích látek
do ordinací pokládáme za nejlepší způsob,
který umožní zaručit výrobcem požadované
zacházení s očkovací látkou. Pokládáme za
nezbytné uvést informace na pravou míru.

Výbor Odborné společnosti praktických dět-
ských lékařů ČLS JEP přijal spolu s regionál-
ními zástupci OSPDL dne 3. března 2010 pro-
hlášení vztahující se k bezpečnosti aplikace
očkovacích látek. Předmětem prohlášení bylo
především zajištění kvality zacházení s očko-
vací látkou s dodržением chladového řetězce.
Očkovací látky musejí být stále uchovávány
v chladu, nedodržení této podmínky může
vést k jejich znehodnocení.

V prohlášení výboru OSPDL nehovoříme
o nákupu či jiném způsobu financování.
Rozhodně v něm není uvedeno, že by „přímý
nákup“ byl jediným možným a správným
řešením.

Prohlášení výboru OSPDL zní:

**„Zajištění bezpečnosti aplikace očkova-
cích látek a postup lege artis lze zaručit
pouze cestou přímé distribuce vakcín do
ordinace ošetřujícího lékaře, kdy distribu-
tor současně s vakcínou lékařovi předává do-
kumentaci potvrzující, že až do okamžiku
dodání očkovací látky lékařovi byl dodržen
chladový řetězec.“**

Prohlášení také pokračovalo ve svém textu
tak, že označilo použitý model přímé distri-
buce v případě očkování proti pneumokoko-
vým nákazám za vyhovující a za situace, kdy
byl zvolen jako jediný možný pro plošně hra-
zené a nepovinné očkování, nebyla další va-
rianta výborem OSPDL prosazována, model
tehdy vyhovoval většině praxí PLDD. V krátké
době jsme dosáhli vysoké míry proočko-

vanosti proti pneumokokům, 90%. Stalo
se to v době, kdy očkování bylo nepovinné.
Očkovací látky byly zajištěny přímou distri-
bucí a lékaři je nakupovali. Připomínáme,
že při přímé distribuci a nákupu očkovací
látky získává očkující lékař jako článek distri-
bučního řetězce podíl z distribuční marže.
I přesto, že jsme z odborného hlediska
dále alternativní cestu neprosazovali, na
všech dalších jednáních na toto téma jsme
respektovali profesní organizaci v hájení
zájmů i těch lékařů, kteří nákup odmítali. Již
samo prohlášení výboru OSPDL vyzvednutí
očkovací látky v lékárně (tehdy jediná alter-
nativa) nezakázalo. Očkovací látky pro jiná
nepovinná očkování bez plošné úhrady z ve-
řejného zdravotního pojištění byly v lékárně
v té době dostupné. V komentáři výbor
OSPDL proto současně lékaře informoval
o tom, jak mají postupovat, aby i v případě
vyzvednutí očkovací látky v lékárně postup
lege artis zajistili.

Komentář k prohlášení výboru OSPDL zve-
řejněný v březnovém čísle časopisu praktic-
kých lékařů pro děti a dorost VOX PEDIATRIAE
v roce 2010:

**„Tímto stanoviskem apelujeme také za
zachování stávajícího principu dodávky
očkovacích látek cestou přímé distribuce
pro dosud státem hrazené očkování.
Stejnými argumenty jsme také již dříve
prosazovali novelu zákona o léčivech,
umožňující přímou distribuci očkovacích
látek do ordinací PLDD. Tuto cestu také
již několik let využíváme pro nabídku
nepovinného očkování. Diskuse by měla
být vedena na téma způsobu financování
a proplácení očkovacích látek a nikoliv na
téma jiného principu distribuce. Možnost
zajištění očkovací látky cestou vyzved-
nutí v lékárně na recept považujeme za
krajní variantu, nikoliv systémově správný
postup. Domníváme se, že pouze způsob
přímé distribuce umožňuje dostatečnou
ochranu před případnými následnými
spory a komplikacemi. Na základě do-
tazů, jak postupovat v souladu s lege artis
postupem za situace, bude-li vakcína**

**donesena pacientem do ordinace, doporu-
čujeme následující:**

**Pokud rodiče kupují očkovací látku sa-
mostatně v lékárně, nenese lékař odpo-
vědnost za dodržení chladového řetězce.
V takovém případě by lékař měl pouze před
provedením očkování dotazem zjistit, jak
bylo s očkovací látkou zacházeno, a poučit
rodiče, že případným nedodržением pod-
mínek zacházení s očkovací látkou mohlo
dojít k jejímu znehodnocení. O provedení
poučení je vhodné provést záznam do zdra-
votní dokumentace.“**

Uvedená doporučení vycházela z právních
analýz a doporučení, publikovaných jako
„Právní problematika očkujícího lékaře pro
děti a dorost, vybrané otázky a odpovědi“
v roce 2009.

Od 1. ledna 2012 došlo (zcela nečekaně)
ke změně v úhradě očkovacích látek pro po-
vinná očkování. Očkovací látky dříve naku-
pované státem jsou nyní hrazeny z veřejného
zdravotního pojištění. V této situaci zvolila
Odborná společnost praktických dětských
lékářů přímou distribuci očkovacích látek
za jedinou možnost, jak zajistit dostupnost
očkovacích látek pro všechny PLDD. Opět
jsme trvali na přímé distribuci a od začátku
jsme se podíleli na nastavení takového mo-
delu, který nebyl vázán na nákup očkovacích
látek s cílem zajistit vakcíny do každé ordi-
nace praktického lékaře pro děti a dorost.
Úkolem odborné společnosti je zajištění
kvality a dostupnosti očkování.

Jedním z možných náhradních řešení by nyní
pro nepovinná očkování mohla být obdobná
cesta jako v případě očkování povinného.
V případě povinného očkování očkovací
látky dodává lékařům distributor a dis-
tributorovi je hradí zdravotní pojišťovna.
Doposud však takovému řešení brání zákon
č. 48/1997 Sb. Podle toho mohou zdravotní
pojišťovny distributorům hradit očkovací
látky pouze v rámci povinného očkování.

Jinou náhradní cestou může být vyzvednutí
očkovací látky v lékárně. Vyzvednutí očko-
vací látky v lékárně můžeme chápat jako jiné



řešení pro ty praxe, které z různých důvodů nemohou očkovací látky získat cestou přímé distribuce. Jedním z těchto důvodů může být i obava z finanční zátěže.

Výbor OSPLD rozhodně nebrání ani jednomu z náhradních řešení. Podpora náhradního řešení však nemůže a nesmí být prezentována jako požadavek na změnu stávajícího řešení cestou přímé distribuce. Přímá distribuce umožní lékařům garantovat kvalitu poskytnuté péče, tedy účinnost provedení očkování. Správnost řešení cestou přímé distribuce (a nákupu očkovací látky lékařem) potvrzuje

mimo jiné i zájem gynekologů či očkovacích středisek. Výbor OSPDL trvá na tom, že očkování patří do ordinace registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost. Obáváme se i toho, že by případné vyloučení přímé distribuce do našich ordinací upřednostnilo očkovací centra, která by lákala své klienty právě na to, že u nich pro očkovací látku do lékárny chodit nemusí.

Vážený pane prezidente, oceňujeme Váš zájem o organizaci očkování a jsme připraveni Vám kdykoliv poskytnout dostatek objektivních argumentů. Jako členové výboru

se spolu s regionálními zástupci a všemi členy Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP snažíme definovat principy a podmínky poskytování zdravotní péče z hlediska dostupnosti a kvality. I my jsme členy České lékařské komory.

S pozdravem
jménem výboru OSPDL ČLS JEP
MUDr. Hana Cabrnová – předsedkyně
hana@cabrnova.cz

Usnesení jihočeské konference SPLDD konané 24. 3. 2012 ve Strakonících

hosté – dr. Neugebauer, dr. Dvořáková, dr. Cabrnová, dr. Kubátová, zástupci VZP – Ing. Klíma a OZP – Ing. Adam, přednášející a zástupci firem.

Konference bere na vědomí

zprávu o hospodaření, činnosti a zprávu revizní komise.

Konference schválila rozpočet na rok 2012.

Konference zvolila volební, mandátovou a návrhovou komisi.

Konference zvolila

• Regionální výbor:

dr. Verdánová – předseda,
dr. Rytíř – místopředseda,
dr. Čižáková – pokladník.

• Revizní komise:

dr. Hejnová Jaroslava – předseda,
dr. Ladman,
dr. Lukešová.

Konference konstatuje:

Většina přítomných lékařů dává přednost nákupu očkovacích látek pro nepovinné očkování před distribucí přes určené lékárny. Zároveň ukládá předsednictvu jednat o alternativní cestě získávání očkovacích látek.

Regionální výbor společně s předsednictvem se bude snažit co nejvíc zjednodušit a sjednotit právní výklad vyplývající z nového zákona o zdravotních službách, výstupy budou zveřejněny na webu detskylekar.cz. Jedná se

především o jednotné formuláře k souhlasu s poskytováním zdravotních služeb.

Je třeba řešit problémy vznikající s novou organizací pohotovostních služeb.

Konference doporučuje:

Aby očkování proti HPV zůstalo v ordinacích PLDD.

Konference žádá:

Aby komunikace s pojišťovkami byla efektivní, dostupná a srozumitelná.

Zapsala: MUDr. Kateřina Lukešová

XVI. česko-slovenský kongres o infekčních nemocech

Clarion Congress Hotel Ostrava
6.–8. června 2012

Témata:

- Protivirová léčba, AIDS, infekce imunosuprimovaných osob
- Infekce v dětském věku
- Zoonózy

Aktuální informace o kongresu:

<http://www.sanopharm.cz/infekce2012>





Usnesení konference západočeského regionu SPLDD konané dne 31. 3. 2012 v Dobřanech

Konference:

I. schválila:

- program konference
- volbu pracovních komisí ve složení:
 - návrhová komise: MUDr. Volšíková, MUDr. Jirků, MUDr. Tomčalová
 - mandátová komise: MUDr. Jandová, MUDr. Osičková, MUDr. Vlková
 - volební komise: MUDr. Benešová, MUDr. Friedman, MUDr. Hassan
- rozpočet na rok 2012

II. bere na vědomí:

- zprávu o činnosti regionu za rok 2011 přednesenou regionálním předsedou MUDr. Ctíradem Kozderkou
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2011 přednesenou reg. pokladníkem MUDr. Ivou Kubiasovou

III. zvolila:

- tříčlenný výbor SPLDD západočeského regionu ve složení: předseda MUDr. Kozderka Ctírad, místopředseda MUDr. Růžičková Zdeňka, pokladník MUDr. Kubiasová Iva
- revizní komisi SPLDD západočeského regionu ve složení MUDr. Šebková Alena, MUDr. Jandová Eva, MUDr. Brožová Markéta

IV. vyslechla:

- Informace Mgr. Jana Karáska, vedoucího zdravotního odboru KÚ Plzeňského kraje, o přeregistracích NZZ, organizaci LPS, sítě zdrav. zařízení pro děti a dorost

- Informace předsedy SPLDD ČR MUDr. Pavla Neugebauera
- Informace předsedkyně OSPDL MUDr. Hany Cabrnchové
- Informace místopředsedkyně SPLDD ČR MUDr. Ilony Hülleové

V. ukládá:

- Výkonnému výboru SPLDD nadále usilovat o otevření alternativní cesty k získávání očkovacích látek hrazených z v. z. p. s ponecháním paralelní možnosti přímého nákupu vakcín
- Předsednictvu SPLDD ČR zabývat se dále změnami Stanov SPLDD a souvisejících předpisů. Všem členům regionu aktivně se připojit do procesu novelizace Stanov SPLDD a podávat pozměňovací návrhy
- Všem členům regionu aktivněji se zapojit do činnosti SPLDD
- Regionálnímu výboru SPLDD ČR nadále usilovat o uskutečnění změn ve zúčtovacích zprávách zdravotních pojišťoven, zejména VZP, s cílem zajistit srozumitelnou strukturu s přehledným členěním plateb za kapitaci, za bodovou složku, za bonifikace, za ZUM a ZULP
- Regionální radě hledat důvody nízké aktivity členů SPLDD regionu a ev. zavést opatření, která by zvýšila spontánní aktivitu členů
- Předsednictvu SPLDD ČR dále organizovat cykly vzdělávacích seminářů s aktuální profesní problematikou
- Výkonnému výboru dále jednat o kompenzaci zrušených regulačních poplatků

za děti a dorost nebo prosadit jejich znovuzavedení

VI. odmítá:

- Podporu domácích porodů Ministerstvem zdravotnictví s rizikem povinného zapojení PLDD do péče o novorozence z těchto porodů bez náležité neonatologické péče

VII. doporučuje:

- Členům zrevidovat si výši pojistného krytí profesního pojištění (pojištění provozovatele nestátního zdravotnického zařízení)
- Členům využívat webové stránky SPLDD a OSPDL
- Členům provozujícím NZZ nezapomenout na zákonnou povinnost podat žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

VIII. vyjadřuje:

- Poděkování dosavadním funkcionářům SPLDD zpč. regionu za jejich činnost
- Poděkování Městskému kulturnímu středisku Dobřany za možnost uspořádat konferenci
- Poděkování Výkonnému výboru za jeho dosavadní činnost

Za návrhovou komisi: MUDr. Volšíková
Za mandátovou komisi: MUDr. Jandová

X. ČESKÝ PEDIATRICKÝ KONGRES

s mezinárodní účastí

pořádá Česká pediatriká společnost ČLS JEP ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP

Liberec, 3.–6. října 2012

Registrační poplatek pro lékaře – členy ČPS nebo OSPLD od 400 Kč

Součástí registračního poplatku je vstup na třídní odborný program kongresu, doprovodná symposia, výstavu, objednaná účast na setkání s odborníky, sborník přednášek, kongresové materiály, občerstvení o přestávkách, obědový balíček nebo občerstvení v rámci symposia firem.

Webové stránky kongresu: <http://www.bos-congress.cz/cpk2012>

BEBA Sensitive

Nová

- Snadnější rozpustnost
- Lepší chuť
- V novém praktickém balení

Trojnásobná ochrana proti kojeneckým kolikám a drobným trávicím potížím (průjem, zácpa) díky spojení Opti Pro^{HA}, sníženého obsahu laktózy a *Lactobacillus reuteri*



- ✓ Snižuje pláč o 74 % do jednoho týdne¹
- ✓ Do týdne reaguje 80 % dětí¹
- ✓ Při zácpě zvyšuje frekvenci stolice²
- ✓ Vhodná i pro děti ohrožené rizikem vzniku alergických onemocnění

Důležité upozornění: Kojení je nejlepší způsob výživy kojenců, proto mu dáváme přednost před výrobky náhradní kojenecké výživy. Matka by měla zvážit zdravotní, sociální a finanční důsledky přerušování kojení. Také by měla být poučena o správné hygienické přípravě.

¹ Savino F, Cordasco L, Tarasco V et al. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in infantile colic: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics* 2010; 126(3): e526-33

² Coccorullo P, Shisdaiglo C, Martinesi M et al. *Lactobacillus reuteri* (DSM 17938) in infants with functional chronic constipation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *J Pediatr* 2010; 157(4): 598-602



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Zázpis z jednání Národní imunizační komise konaného dne 16. 2. 2012 na MZ

1) Dostupnost jednotlivých dávek vakcín pro očkování cizinců (nepojištěných osob).

NIKO je informována o problému pediatrik i praktiků pro dospělé se zajištěním vakcín pro očkování těchto osob za situace, kdy by se musely dávky objednávat samostatně, protože vakcíny jsou v balení po více kusech než po 1 dávce (v praxi se to týká vakcíny Infanrix, Infanrix Hexa a Engerix B). NIKO navrhuje úpravu metodiky tak, aby pro tato očkování byly používány vakcíny ze zásob v ordinacích, pouze se musí každé takto provedené očkování hlásit na MZ (metodika a tabulka – viz příloha 2), kopie těchto hlášení zasílá MZ distributorovi a clearingovému centru. Musí být také řešeno samostatnou smlouvou mezi MZ a distributorem. V řešení je výběrové řízení na zajištění vakcín pro zvláštní a mimořádná očkování, kde vakcíny hradí stát. K další diskusi je, zda nepřesunout tato očkování na zdravotní pojišťovny, pak by byla nutná novela zákona č. 48/1997 Sb.

2) Definování ekonomicky náročnějších vakcín v rámci nadstandardů pro rok 2013.

Některé kombinované očkovací látky obsahují složky pro povinná i nepovinná očkování. V ZULP se nedá vykázat výkon očkování té složky kombinované vakcíny, jejíž aplikace je povinná. Jedna z cest, jak tento problém vyřešit, je dát do úhradové vyhlášky povinnost zdravotním pojišťovnám uhradit všechny složky kombinovaných vakcín. NIKO navrhne řešení problému nadstandardů u vakcín s tím, že zde budou i kombinace složek vakcín, které budou hrazeny ze zdravotního pojištění (MMRV, VHA + VHB, dT).

3) Metodika provádění kontroly proočkovánosti od roku 2012.

Proočkovánost k 31. 12. 2011 bude zkontrolována administrativním způsobem podle doposud fungujícího systému, ve kterém participují krajské hygienické stanice

a pediatrii podle kritérií stanovených hlavním hygienikem ČR. Uvedená kontrola se bude týkat dětí s příjmením začínajícím písmenem „F“ v tomto rozsahu:

- MMR u dětí narozených v roce 2008, 2009 (počet kontrolovaných celkem, z nich očkováno 0, 1, 2 dávkou),
- DTPa-IPV u dětí narozených v roce 2000 (počet kontrolovaných celkem, z nich očkováno 1 dávkou) včetně kontroly počtu dětí, u kterých byla tímto očkováním podána 5. dávka vakcíny proti Polio,
- DTPa-IPV-HepB-Hib u dětí narozených v roce 2009 a v roce 2010 (počet kontrolovaných celkem, z nich očkováno 4 dávkami),
- VHB u dětí narozených v roce 1997 (počet kontrolovaných celkem, z nich očkováno 3 dávkami),
- u všech kontrolovaných očkování se budou sledovat počty neočkovaných a neúplně očkovaných s tímto rozdělením důvodů: kontraindikace (trvalé, dočasné), nepřišli k očkování (celkem, odmítli), jiné důvody než kontraindikace.

Kontrola proočkovánosti k 31. 12. 2012 bude v souvislosti s letošními změnami v systému financování vakcín pro pravidelné očkování provedena jednak dosavadním způsobem, jednak na základě dat pořizovaných zdravotními pojišťovnami. Praktické aspekty provedení této kontroly budou projednány mezi MZ, zástupci zdravotních pojišťoven, a to na základě návrhu NIKO. SZÚ vypracuje podkladový materiál pro jednání NIKO – struktura sledovaných dat.

4) Návrh doporučení k provádění kontrol protekce, vyšetřování anti-HBs protilátek a přeočkování proti VHB u zdravotnických pracovníků.

Návrh prof. Chlábka vychází z nejednotného přístupu zdravotnických zařízení k otázce vyšetřování anti-HBs protilátek u zdravotníků. Kromě toho bylo upozorněno na význam posouzení míry rizika expozice při rozhodování o nutnosti aplikace specifického hyperimunního globulinu. Vzhledem k příznivé epidemiologické situaci ve výskytu

VHB u zdravotníků není nutno problém řešit urgentně, ale je třeba tuto problematiku zařadit do programu dalšího zasedání NIKO s tím, že příslušné doporučení NIKO bude po ukončení diskusí vydáno. Je potřebné dát doporučení do souladu s vyhláškou upravující náplň preventivních prohlídek u zdravotníků. V praxi je doporučení velice potřebné z řady důvodů mj. s ohledem na dopady v oblasti sociálněprávní a posudkové. Pripomínky k návrhu doporučení nutno průběžně zasílat prof. Chlábkoví.

5) Návrh doporučení ke sjednocení termínů očkování proti tetanu u dospělých osob podle věkových kohort.

Návrh doporučení je nutno prodiskutovat se zdravotními pojišťovnami a zvážit případnou formu publikace pro laickou veřejnost. Zástupci praktických lékařů ho ale zatím nemohou takto zařadit do očkování dospělých, protože většina registrovaných pacientů je očkována ve schématu á 10–15 let, někteří byli očkováni znovu 3dávkovým schématem.

6) Návrh doporučení k používání vakcíny Infanrix HIB.

S ohledem na nejednotný přístup specialistů k využívání této očkovací látky jako varianty náhrady za Infanrix Hexa vypracoval prof. Prymula návrh indikací pro aplikaci této očkovací látky. MUDr. Cabrnchová navrhuje upravit tento materiál i s odkazem na očkování nedonošených dětí (bude připraven Českou vakcinologickou společností). Konečný materiál bude znovu projednán a odsouhlasen členy NIKO.

7) Návrh doporučení k očkování proti rotavirovým nákazám.

Doporučení ČVS ze dne 25. 1. 2008, o vhodnosti zahajovat aplikaci očkovací látky proti rotavirovým infekcím v podmínkách ČR od 9. týdne života, se především upravuje a doplňuje na základě stanoviska NIKO (viz příloha č. 6). Změna se týká posunutí věkové hranice pro aplikaci první dávky vakcíny od 6. týdne života a stanovení nejzazšího věku pro podání vakcíny ve 12. týdnu života



dítěte. Materiál bude po doplnění zveřejněn na stránkách MZ mezi stanovisky a doporučeními NIKO.

8) Různé.

- K údajnému nedostatku vakcíny Hiberix v některých očkovacích centrech NIKO konstatuje, že k očkování zdravotně stigmatizovaných dětí jsou primárně předurčena pracoviště v Motole a FN Brno, jejichž saturace vakcínou je dostatečná.
- SZÚ zašle v horizontu 14 dnů MZ komplexní materiál týkající se provedení sérologických přehledů 2012 a taktéž jejich finanční kalkulaci. Komplexní materiál posoudí do 14 dní užíší pracovní podskupina NIKO, která své stanovisko následně odešle všem členům NIKO a na SZÚ.
- V současnosti není dostatek potřebných informací k učinění jednoznačného závěru, zda v ohnisku epidemického výskytu paratitidy očkovat nebo neočkovat vakcínou proti MMR. Z uvedených důvodů bude NIKO tuto problematiku nadále diskutovat s tím, že závěry budou projednány na nejbližším zasedání NIKO a následně zveřejněny formou doporučení NIKO.
- Evropský imunizační týden bude letos probíhat ve dnech 20.–27. dubna 2012.

■ DOPORUČENÍ K APLIKACI OČKOVACÍ LÁTKY PROTI ROTAVIROVÝM INFEKČÍM

Doporučení vydané Českou vakcinologickou společností ze dne 25. 1. 2008, o vhodnosti zahajovat aplikaci očkovací látky proti rotavirovým infekcím v podmínkách ČR od 9. týdne života, se doplňuje o rozhodnutí Národní imunizační komise především z důvodu zrušení plošné BCG vakcinace. Následující doporučení informuje o používání této očkovací látky:

- 1) Rotavirové vakcíny jsou určeny pro prevenci RVGE u všech zdravých dětí v ČR.
- 2) Aplikaci první dávky je možné zahájit **od 6 týdnů věku**. Aplikace by měla být zahájena co nejdříve pro dosažení časné ochrany dítěte, nejpozději **do 12 týdnů věku**.
Interval mezi jednotlivými dávkami by měl být minimálně 4 týdny, je možné simultánní podání s hexavakcínou, resp. vakcínami proti pneumokokům.

Maximální intervaly mezi dávkami nejsou omezeny, ale schéma by mělo být aplikováno celé, a to nejpozději **do 24., resp. 32. týdne** věku dítěte (Rotarix, RotaTeq). Vakcíny od jednotlivých výrobců by se neměly zaměňovat.

- 3) Dojde-li k aplikaci mimo současné simultánní podání s uvedenými vakcínami, je vhodné do další aplikace jakékoliv očkovací látky dodržet interval 14 dnů.
- 4) Očkování je kontraindikováno u dětí s vrozenou vývojovou vadou trávicího traktu, která by mohla predisponovat k intususcepci, případně u dětí po prodělaných operacích trávicího traktu v novorozeneckém věku, dále u dětí s těžkou kombinovanou imunodeficiencí (SCID). Před aplikací první rotavirové vakcíny není nutno provádět žádná vyšetření na diagnózu tohoto onemocnění (SCID), protože se jedná o onemocnění, které se vyskytuje ve velmi nízké frekvenci a kontraindikace se tak týká pouze dětí, u kterých by bylo na základě anamnestických dat vážné podezření nebo u kterých by bylo toto onemocnění diagnostikováno. Při akutním průjmu, zvracení či akutním závažném horečnatém onemocnění je aplikaci RV vakcín nutné odložit.
- 5) **U nedonošených dětí s gestačním stářím minimálně 25, resp. 27 týdnů** (RotaTeq, Rotarix) je možné očkování zahájit podle chronologického věku, bez korekce. Toto doporučení se týká dětí v klinicky stabilizovaném stavu, jsou-li propuštěny z nemocniční péče.
- 6) Bylo-li dítě kalmetizováno, je možné podat první dávku **za 9 týdnů od aplikace BCG vakcíny**. Přetrvává-li v době aplikace nezhojená kalmetizační jizva, tedy indikuje-li očkující lékař oddálení aplikace hexavakcíny, ale současně nejsou přítomné závažné komplikace po BCG vakcinaci podléhající hlášení nežádoucích účinků po vakcinaci, je možné aplikaci rotavirové vakcíny zahájit. Důvodem je odlišný princip navození imunitní odpovědi.

■ Heger: Předepisovat brýle a léčit nachlazení mohou i sestry

Více pravomocí chce svěřit do rukou zdravotních sester ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09), který poskytl deníku MfD rozhovor. Vedení porodů a péče o těhotné v rukou porodních asistentek je podle něj prvním krokem k jejich emancipaci.

- Co dalšího plánujete?

Nedávno mě oslovila například společnost, která sdružuje optometry, což jsou lidé věnující se vyšetření zraku. Myslím, že není problém, aby třeba brýle předepisovaly standardní všeobecné zdravotní sestry, protože vyšetřit oko a určit, jaké brýle potřebuje, není nic složitějšího, pokud tam nejsou nějaké nemoci a není třeba zásah lékaře. Takže to bychom taky rádi otevřeli. A takových věcí je samozřejmě víc, ostatně máme to v koaliční smlouvě – zvyšování pravomocí a kompetencí sester, takže naplňujeme, co jsme slíbili.

Kde berete inspiraci? Je to podle modelu nějaké země?

V zahraničí je to běžné. Například v Dánsku přijímají zdravotní sestry i lehčí pacienty a léčí jim například nachlazení nebo banální nemoci dětí. Není nutné, aby u všeho byl přítomen lékař, viděl pacienta a vyšetřil jej, když na to mají sestry vzdělání.

To znamená, že by lidé s banálním nachlazením už „neotravovali“ lékaře?

Jsou země, kde to tak funguje. Zlevňuje to systém, lékaři by se měli zabývat důležitějšími věcmi. A samozřejmě musí být dobře nastavena pravidla pro takové rozdělení kompetencí.

To vzbudí asi hodně odporu...

S tím počítáme.

Říkáte, že to zlevňuje systém, takže cílem je ušetřit?

Ano. Tím, že peníze v mnohých případech nepůjdou za lékařem, ale takzvaným nositelem výkonu bude sestra, které se peníze v sazebníku přepočítávají jinak, pomůže to pojišťovně uspořít.

Zdroj: Mladá fronta DNES, 21. 3. 2012



Křivice a hodnocení kalciofosfátového metabolismu u dětí

Prof. MUDr. Milan Bayer, CSc.

Dětská klinika LF a FN v Hradci Králové

Předneseno na Kongresu primární péče 24. 2. 2012

Minerální metabolismus plodu aktivně probíhá již během gravidity a je pečlivě řízen na více stupních. Významný vliv zde má parathormonu podobný protein (parathormon-related peptide; PTHrP), dalšími řídicími faktory jsou také kalcitriol a parathormon. Transplacentární přestup kalciových a fosfátových iontů je regulován ve prospěch plodu v poměru přibližně 1:1,4. Nejvíce minerálů získá plod během třetího trimestru těhotenství, kdy jeho organismus dokáže retinovat až 120 mg kalcia a 75 mg fosfátu na kilogram své hmotnosti denně. Akumulují se tak dvě třetiny veškerého množství minerálů, s nimiž se pak dítě narodí. Vitamin D prochází placentou pouze ve formě kalcidiolu (25-hydroxyvitamin D), hydroxylace na pozici 1 na aktivní kalcitriol (1,25-dihydroxyvitamin D) probíhá až v ledvinách plodu.

■ Kalcium a fosfor

Vápník je pátý nejčastější prvek v lidském organismu. Je složkou stavební (buněčné membrány, mezibuněčná hmota, zubní a kostní tkáň) a má velmi významnou roli funkční, která se uplatňuje při stimulaci a přenosu signálu v různých fyziologických dějích. Kalcium je nezbytné při regulaci prostupnosti buněčných membrán, aktivaci nervosvalové kontrakce, v průběhu hemokoagulační kaskády, pro správnou funkci řady enzymů a žláz s vnější (např. amyláza) i vnitřní (např. inzulin) sekrecí. Má též vliv na dělení buněk a funkce reprodukční (pohyblivost spermií). Plazmatická koncentrace zejména ionizovaného vápníku je proto organismem udržována v úzkém fyziologickém rozmezí. Dojde-li z nějakého důvodu k poklesu kalcémie, okamžitě se spouští řada dějů, na nichž se účastní kostní tkáň, ledviny a střevní sliznice. Výsledkem je rychlá úprava kalcémie bez výkyvu fosfatémie.

Pokud přesto hypokalcémie nastane, mohou být na vině různé stavy. Některé jsou spojeny se zvýšenou plazmatickou koncentrací parathormonu (významný deficit vitamínu D;

pseudohypoparatyreóza, hyperfosfatémie, syndrom hladové kosti, syndrom toxického šoku, vliv některých farmak nebo chemikálií), jiné provází současný nález nízké koncentrace parathormonu, způsobený poruchou vývoje příštítných tělísek (např. sekvence Di George), jejich poškozením (autoimunitní proces, operace, ozáření) nebo poruchou jejich regulace (hypomagnesémie, porucha citlivosti kalcium-sensing receptoru).

Klinické projevy hypokalcémie mohou být celkové, nespecifické (slabost, únava, emoční labilita), typické však jsou projevy muskuloskeletální (parestezie, tetanie, křeče; nezapomínejme i na laryngální stridor). Neurologické příznaky bývají extrapyramidové a vzestupem intrakraniálního tlaku může dojít až k poruše vědomí. Mezi závažné projevy kardiovaskulární patří hypotenze, vazodilatace, prodloužení QT intervalu na EKG, výjimečně až kongestivní kardiální selhání. Mezi pozdní příznaky lze řadit kalcifikace bazálních ganglií, případně kataraktu. Léčba hypokalcémie spočívá v podání solí vápníku. Přístup k dítěti závisí na tom, jak rychle a v jaké míře hypokalcémie vznikla, a na posouzení klinických projevů. Do poklesu celkové kalcémie k 1,8 mmol/l většinou postačí observace, případně substituce perorální. K ní se používá karbonát nebo citrát vápníku v dostupných přípravcích. Některé děti jsou na nižší kalcémii dobře adaptovány a nemají významné projevy. Při akutním a těžkém poklesu kalcémie je nutné podávat vápník intravenózně. V takovém případě se aplikuje kalcium glukonát v bolusové dávce 5–10 mg/kg/min po dobu 15 minut, přísně intravenózně (pro zjednodušení – 10% Calcium gluconicum 1 ml/kg během patnácti minut). Alternativou či pokračováním terapie může být 10% Calcium gluconicum 0,4 ml/kg/hod po dobu osmi hodin nebo 0,2 ml/kg/hod kontinuálně. Ve 100 ml infuzního roztoku by nemělo být více než 20 ml 10% Ca glukonátu. Přejít na perorální substituci se doporučuje, co nejdříve

je to možné. Současně je nezbytné upravit případnou hypomagnesémii, která mohla stav též způsobit. Hypokalcémii nutno korigovat ještě před ev. alkalizací pacienta – při ní dojde k poklesu ionizovaného vápníku.

Opačný případ, hyperkalcémie, má poměrně širokou paletu příčin. Pokud je spojena s vysokou plazmatickou koncentrací parathormonu, může být způsobena primární hyperparatyreózou (adenom příštítných tělísek), dědičným stavem s hyperparatyreózou (mnohočetná endokrinní neoplazie, familiární hyperparatyreóza apod.) nebo provází chronické selhání ledvin. Normální či snížená plazmatická koncentrace parathormonu provází hyperkalcémii při granulomatózních chorobách, geneticky vázané infantilní hyperkalcémii, familiární hypokalcicurické hyperkalcémii, dlouhodobé závažné imobilizaci, tyreotoxikóze, při onkologických chorobách (osteolýza, vliv PTHrP) nebo intoxikacích (vitamin D, vitamin A, thiazidy). Do celkové kalcémie 3,0 mmol/l bývá odchylka často klinicky němá a projevy pak závisejí na rychlosti vzniku, tíži a trvání poruchy. Bývají gastrointestinální (zvracení, anorexie, ev. pankreatitida), nefrologické (polyurie, dehydratace, nefrokalcinóza; pozor na opětné noční pomočování po suché pauze), mezi neurologické patří pokles soustředěnosti, zmatenost, spavost a deprese. Dítě trpí svalovou slabostí a mezi závažnými projevy kardiovaskulárními dominuje bradykardie, AV blokády a hypertenze. Po delší době trvání mohou vznikat metastatické kalcifikace měkkých tkání. Při celkové kalcémii nad 3,0 mmol/l se dítě observuje a léčí při projevech, nad hodnotou 3,5 mmol/l je terapie nutná vždy. Prvním krokem je zastavení příjmu vápníku a rehydratace pacienta plným fyziologickým roztokem. Pak mohou přijít na řadu diuretika (Furosemid 1–4 mg/kg/den), kortikoidy (Prednison 1–2 mg/kg/den), případně bisfosfonáty, kalcitonin a posledním řešením je hemodialýza.



Fosfor je také stavební složkou, zejména jako součást membránových fosfolipidů a ribonukleových kyselin. Jeho funkční role v organismu spočívá v účasti na energetickém metabolismu buněk, vzniku makroergních vazeb a správné funkci nárazníkových systémů intracelulární i extracelulární tekutiny. Fosfatémie není tak striktně udržována jako kalcémie a může během dne kolísat až o 50 %. Při jejím výkyvu ovšem opět dochází k řadě korekčních dějů za účasti kostní tkáně, ledvin a střevní sliznice, a to tak, že následná úprava fosfatémie nemá dopad na kalcémii.

Nález hyperfosfatémie může znamenat artefakt (hemolýza při odběru a zpracování vzorku), sníženou exkreci fosfátu do moči (kojenecký věk, hypoparatyreóza, nedostatečnost ledvin) nebo zvýšený přestup fosforu do extracelulární tekutiny (katabolické stavy, úrazy, rabdomyolýza, hemolytické anémie, leukémie, cytotoxická léčba). Rychle vzniklá a krátkodobá hyperfosfatémie vede k hypokalcémii a tetanii, dlouhodobá k hyperparatyreóze a kalcifikacím měkkých tkání.

V terapii je nutné řešit základní onemocnění, dočasně omezit příjem fosfátů (restrikce proteinů) a udržet dostatečnou diurézu. V závažnějších případech nastupují vazače fosfátů, v nouzi dialýza.

Hypofosfatémie bývá způsobena sníženou střevní absorpcí (nedostatek vitamínu D, malabsorpce), zvýšenými ztrátami fosfátů (hyperparatyreóza, tubulopatie, působení fosfaturických faktorů při hypofosfatemických křivicích, popáleniny, působení diuretik a kortikoidů) nebo jejich přesunem do intracelulární tekutiny (rychlá realimentace, rychlá alkalizace, blastická krize při leukémii, otrava salicyláty). Následkem je nedostatek makroergních vazeb ve tkáních, stoupá afinita hemoglobinu ke kyslíku vedoucí k hypoxii tkání. Klinický korelát představuje encefalopatie (iritabilita, zmatenost, dysartrie, křeče), myopatie (až kardiomyopatie), porucha funkce trombocytů a leukocytů, při delším trvání rozvoj křivice a osteomalacie. Kromě léčby základního onemocnění je třeba zvýšit příjem fosforu

úpravou diety (mléčné výrobky) nebo farmakologicky (Joulieho roztok).

■ Křivice

Z pohledu praktického lékaře je nejdůležitější křivice z deficitu vitamínu D a/nebo kalcia, s níž se lze v běžné praxi setkat nejčastěji. Ostatní typy rachitid jsou poměrně vzácné a patří do rukou specialisty. Vitamin D je nepochybně substancí ohromného významu, což dosvědčují zjištění o jeho tvorbě primitivními organismy již před 500 milióny let. Přes 90 % potřebného množství vitamínu D si člověk vytváří ze 7-dehydrocholesterolu v kůži po ozáření UV paprsky typu B (vlnová délka 290–315 nm). Vzniklý provitamin D3 je transportován do jater a ledvin, kde proběhne jeho hydroxylace na pozici 25 a 1. Teprve tím vzniká aktivní 1,25-dihydroxycholecalciferol, kalcitriol.

Vraťme se nyní zpátky v čase, daleko do prehistorie. První předchůdci člověka žili zřejmě před více než šesti milióny let v oblasti dnešní střední Afriky. V podmínkách tropů a hojného slunečního záření se

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky ve spolupráci s firmou OTTO Office nabízí svým členům **stálou slevu 8 %** na nákup kancelářských potřeb, techniky a nábytku.



**DÁREK
ZDARMA**

při objednávce
nad 1 000 Kč
bez DPH

Jak získáte 8 % slevu?

Vaši první objednávku u OTTO Office zrealizujte telefonicky na bezplatné lince **800 800 500** a současně s ní nahlaste heslo „SPLDD“. Sleva 8 % Vám bude poté automaticky přiřazena i pro všechny další objednávky (telefonické, internetové, faxové).

Jak získáte dárek - sportovní tašku?

Pro získání dárku nahlaste číslo akce **PR33254** současně s objednávkou na lince **800 800 500** nebo jej u internetové objednávky vložte do nákupního košíku. Nabídka dárku platí při objednávce nad 1 000 Kč bez DPH do **31. 5. 2012** a je omezená na jednu objednávku od každého zákazníka.



člověk vyvíjel po tisíce generací a k rozšíření lidských populací po takřka celé naší planetě došlo až v době z evolučního hlediska relativně nedávné. Na odlišné geografické podmínky se naši předkové částečně adaptovali – protože v oblastech nad 40. stupněm zeměpisné šířky se v zimě pohybuje Slunce pod tak nevýhodným úhlem, že vitamin D v kůži skoro nevzniká, došlo zde k pozitivní selekci jedinců s méně pigmentovanou kůží, která k tvorbě téhož množství vitamínu D nepotřebuje tak intenzivní UV ozáření. Ovšem vývoj živočišného druhu a změny genetického vybavení probíhají pomalu. Existují důkazy, že v posledních deseti tisících let se lidský genom prakticky nezměnil. Lidé však za tuto dobu velmi zásadně změnili způsob svého života. Vzniklo zemědělství a v posledních stoletích průmyslová výroba s ohromným rozvojem městských aglomerací. Nedostatečná výživa, znečišťování ovzduší, dětská práce spojená s nízkou expozicí UV záření, to vše vedlo k situaci, kdy patologové na konci 19. století nacházeli takřka u všech zemědělských dětí nějaké známky rachitidy. Úvahy o křivici jako běžné chorobě útlého dětství se objevují v odborné literatuře až do 40. let minulého století. Ani dnes nelze považovat deficitní rachitis za chorobu vymýcenou a nemusí být výsadou sociálně slabých skupin, jak se někdy uvádí. Hlavními rizikovými faktory, které k rozvoji onemocnění mohou vést, jsou nedostatečná saturace matky vitamínem D v graviditě (v ČR přehled nemáme, ale v řadě evropských států je zjištěno vysoké procento **hyposaturovaných matek**), **u dětí pak nedostatečná expozice slunečnímu záření a hraniční příjem kalcia**. V našich podmínkách jde o onemocnění sporadické, postihující zejména starší kojenec a batolata.

Patofyziologie: rizikové faktory vedou k poklesu kalcémie, který organismus opakovaně vyrovnává vyplavením minerálů ze zásob v kostní tkáni. Je stimulována sekrece parathormonu, stoupá aktivita kostních buněk (vzestup tvorby alkalické fosfatázy, ALP),

kost je postupně degradována působením parathormonu a kalcitriolu, fosfor se vyplavuje do moči. Stav posléze vyústí v klinickou manifestaci křivice s typickým rtg nálezem na skeletu (rozvláknění a pohárkovité deformace v oblasti metafýzy dlouhých kostí) při ještě zachované normální kalcémii a fosfatémii. Zbylé zásoby kalcitriolu se však vyčerpají a při nedostatku nového vitamínu D už samotný parathormon kost odbourávat nedokáže. Nakonec vzniká těžká rachitida, již s hypokalcémií a hypofosfatémií.

Naši současní pacienti mívají plazmatické hladiny minerálů většinou ještě normální. Bývají podráždění, huře spí, zvýšeně se potí, jsou hypotoničtí. Velká fontanela zůstává široce otevřená, bývá změkklé záhlaví. Pozor – pokud se u kojenec objeví hypokalcémie, může být prvním projevem laryngeální stridor, tetanie či apnoické pauzy. Batolata odmítají zatěžovat dolní končetiny pro bolesti, chůze je kolébavá. Na končetinách se objevují zesílení v oblasti metafýz dlouhých kostí, případně jejich zakřivení, do stran i předozadní. V laboratoři dominuje zvýšená celková ALP. Její kostní izoenzym není třeba zvlášť vyšetřovat (z ekonomických důvodů). Pokud je totiž v pořádku plazmatická koncentrace gamaglutamyl transferázy (GMT), což je levné vyšetření, pak bude zvýšení ALP reprezentováno převážně právě kostním izoenzymem. Praktický lékař by měl kromě ALP a GMT při podezření na deficitní křivici vyšetřit také plazmatickou koncentraci Ca, P, Mg, AST, ALT, ureu, kreatininu a odpady iontů do moči při sběru za 24 hodin (je-li to možné). Smyslem je touto sadou v zásadě levných vyšetření vyloučit některou jinou rachitidu. Ekonomicky nákladnější stanovení parathormonu a 25-hydroxyvitamínu D se provádí až při nejasnostech. Nezbytné je ovšem provedení nativního rtg snímku levého zápěstí (levá strana je pouze konvencí). Nález rachitických změn na rtg spolu s vysokou ALP jsou pro diagnózu křivice určující. Specificita ALP pro rachitidu je podle recentních publikací až 97 %, s pozitivní prediktivní hodnotou 40 %.

V léčbě je na místě injekční podání vitamínu D. V současné době není na trhu injekční forma vitamínu D3 – cholekalciferol, pouze vitamin D2 – ergokalciferol. I to je přijatelná varianta. Intramuskulární podání lze opakovat dvakrát, ev. třikrát, vždy v odstupu 3–4 týdnů. Současně je třeba zajistit dostatečný příjem kalcia (mléčné výrobky v dietě či farmakologicky ve formě karbonátu či citrátu). U kojenec by měl celkový příjem vápníku činit 600 mg denně, u batolata 800 mg denně. Kontrolní vyšetření Ca, P, ALP by mělo být provedeno za týden po aplikaci injekce a pak každé dva týdny, kontrolní rtg snímek skeletu má smysl až za 6–8 týdnů.

Prevence deficitní křivice: nastávající matka by měla být ve třetím trimestru gravidity suplementována cholekalciferolem (Vigantol gtts) v dávce 800–1000 IU denně (postačí podat celou dávku jednou týdně). Narozené dítě by mělo dostávat stejnou dávku (denní podávání) od dvou týdnů věku po celý první rok života. Batolata a starší děti (do puberty včetně) by měly dostávat totéž množství cholekalciferolu v zimních měsících (postačí celou dávku jednou týdně). Dostatečný příjem minerálů, zejména kalcia, je nezbytný. Vhodná sestava jídelníčku s mléčnými výrobky má vždy přednost před farmaky. V letních měsících je vhodné ozáření kůže sluncem bez použití ochranného filtru. Slunění však není třeba přehánět, dostačující je expozice obličej a paží po 5–10 minut denně. Za nejrizikovější děti pro vznik deficitní rachitidy jsou v současné době v naší zeměpisné šířce považovány plně kojené, vitamínem D nesuplementované děti s tmavou pletí během zimních měsíců.

Izolované zvýšení ALP bez odpovídajícího nálezu na rtg není důkazem křivice. Hyperfosfatazémie (někdy i přes 100 μ kat/l) může být pouze tranzitorní, případně trvalá, někdy familiární odchylka, často zcela benigní. Nejasné a sporné případy, stejně jako stavy na výše uvedené terapii nereagující, by měly být odeslány k detailnímu vyšetření na klinické pracoviště. ■

Kongres ECPCP – Evropská konfederace primárních pediatriů

se koná společně s **Francouzským kongresem primární péče**
ve dnech 22.–24. 6. 2012 ve Štrasburku.

Podrobnější informace najdou zájemci na **www.detskylekar.cz** – zahraničí – akce v zahraničí



Léčba poruch kyčelního kloubu u pacientů s dětskou mozkovou obrnou

Prim. MUDr. Vladimír Trenčianský
DL Vesna, SLL Janské Lázně

Rehabilitace dětských pacientů s dětskou mozkovou obrnou (DMO) je zvláště u spastických forem limitována vývojem kyčelního kloubu. Zachování staticky únosného tvaru kyčelního kloubu je zcela nezbytné pro další vývoj dítěte a jeho sociální aktivity. Porucha tvaru kyčelního kloubu vede ke změně symetrie sedu, který je nutný pro sociální kontakt dítěte. Přináší s sebou mnohé další komplikace ve vyšších etážích (páteř, horní končetiny) a většinou znamená i zastavení motorického vývoje. Je zdrojem výrazné nocicepce a ovlivňuje i psychický vývoj dítěte. Proto je třeba věnovat při léčbě DMO výraznou pozornost vývoji kyčelního kloubu a včas řešit vznikající tvarové změny.

Pohyb v kyčelním kloubu je zabezpečován dvoukloubovými svaly, které jsou posturálně významné a při normálním vývoji se po 6. týdnu uvolňují a umožňují jeho normální vývoj. Jde především o přitahovače stehů (m. gracilis, a jednokloubové m. adduktor longus, m. adduktor magnus), dvoukloubové ohýbače kolenního kloubu (m. semitendinosus, m. semimembranosus, m. biceps femoris caput longum) a ohýbače kyčle (m. ileopsoas a m. rectus femoris). Při poruše motorického vývoje nedojde k jejich uvolnění a narůstající spasticita těchto svalů vede postupně k poruše geometrie kyčelního kloubu.

Klinické vyšetření je zcela zásadní pro počáteční odhalení asymetrie. Volná a symetrická abdukce (roznožení) celkem jednoznačně svědčí pro normální vývoj kyčelního kloubu.

V rehabilitaci volíme techniky k aktivaci trupového svalstva, především šikmých svalových řetězců, a aktivaci abduktorů kyčle (m. gluteus medius). Podporujeme vzpřimovací mechanismy, aby dítě mohlo dosáhnout vertikály a samostatně chůze co nejdříve. V DL Vesna volíme techniky reflexní lokomoce podle Vojty. Ty kombinujeme i s technikami NDT (Bobath koncept). Popis jednotlivých technik je nad rámec tohoto sdělení.

Naproti tomu asymetrie abdukce nebo spontánní křížení, stejně jako výrazná kontraktura ohýbačů kolen (hamstringů) nebo kontraktury m. rectus femoris s anteverzí pánve znamenají varovný příznak a je nutné indikovat sonografické vyšetření kyčelních kloubů (u malých dětí) nebo RTG snímek v AP projekci. Na RGT snímku je většinou zcela charakteristický nález coxa valga antetorta s různými stupni změn geometrie kyčelního kloubu, od laterální migrace kyčlí s tlakovými změnami na hlavicích až po vysokou luxaci kyčelních kloubů.



Obrázek 1 Dobrý vývoj kyčelních kloubů u pacienta se spastickou diparézou ve 2 letech.



Obrázek 2 Spontánní křížení v úrovni kyčelních kloubů při kontraktuře adduktorů



Obrázek 3 Extrémní kontraktura hamstringů



Obrázek 4 Laterální migrace kyčelních kloubů s tlakovými změnami hlavic

V terapii lehčích forem laterální migrace a u dětí v předškolním věku je indikován konzervativní postup – instilace botulotoxinu do spastických svalů s následným redresním polohováním v abdukční poloze (Atlantská dlahu s pánevní objímkou) a intenzivní rehabilitací, nejlépe za hospitalizace. V rehabilitaci se zaměřujeme na protažení svalových kontraktur, aktivaci antagonistů kontrahovaných svalů a aktivaci vyšších modelů vzpřímení podle vývojové řady. Při subluxačním postavení s dobrou spontánní repozicí v roznožení je nutné operační řešení – prolongace kontrahovaných svalů, převážně tenotomie přitahovačů k uvolnění abdukce a prolongace mediálních hamstringů ke snížení tlaku hlavice na okraj acetabula. Výkony lze podle klinického nálezu doplnit o prolongaci flexorů kyčle. Uvolnění svalových kontraktur je při řešení coxa valga antetorta sublaxans zcela prio-

ritní a musí předcházet dalším výkonům. Po operaci je nutná sádrová fixace v abdukční poloze po dobu 6 týdnů. Po sundání fixace je vhodné doplnit polohovací dlahou do abdukce (Atlantská dlahu) a extenze kolenních kloubů. V rehabilitaci se zaměřujeme na protahovací cvičení a na dosažení předoperačních pohybových schopností dítěte. V počátcích je vhodná doplňující analgetická léčba prostředky fyzikální terapie. U neurogeních luxací kyčelního kloubu je indikován operační výkon na pánvi, kterému předchází uvolnění měkkých tkání. Nabízející se řešení na horním konci femuru nevede k pozitivnímu výsledku a většinou celou situaci ještě zhorší. Vede k těžké asymetrii pánve s následným rozvojem sekundární skoliózy a nakonec i k další luxaci kyčelního kloubu. Po snětí sádrové fixace se v rehabilitaci zaměřujeme na postupné dosažení původních motorických schopností. Důležitá je

analgetická podpora fyzioterapie některou z metod fyzikální terapie. U vysokých luxací kyčelních kloubů mívají pacienti bolesti a hlavice je nereponibilní. U těchto stavů je nutné odstranění bolesti a úprava stabilního sedu. Jsou indikovány paliativní operace (Schanzova valgi-zační osteotomie, Milchova osteotomie). Rehabilitace po těchto operacích je velice složitá a většinou se soustředí na umožnění nebolestivého sedu jako základního předpokladu sociálního kontaktu. K jeho zabezpečení je také třeba řada kompenzačních pomůcek technické protetiky, speciální vozík s odlitkovou skořepinou, kompenzační pomůcky k vyrovnání roviny pánve a další. Včasná diagnostika a adekvátní léčba poruch kyčelního kloubu je zcela zásadní pro další motorický vývoj dítěte s dětskou mozkovou obrnou. ■



Obrázek 5 Neurogení luxace kyčelních kloubů



Obrázek 6 Oboustranná vysoká luxace kyčelních kloubů



Kongres primární péče

6. kongres primární péče

24.–25. února 2012



„Já jsem se v ordinaci praktického lékaře prakticky narodil, od malička jsem si v ní hrál se starým rentgenem, naslouchátky a perkusními klepátky. Od dětského věku jsem měl jasnou představu, že budu praktickým lékařem v nějakém malém městečku nebo v malé vesnici a budu k pacientům jezdit na koni. Z toho všeho sešlo, medicínský život mě vykopl do profese gynekologa,“ prohlásil během slavnostního zahájení 6. kongresu primární péče v pražském Top Hotelu pražský primátor doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc., který nad akcí převzal záštitu. Jak ale prozradil předseda Sdružení praktických lékařů (SPL) MUDr. Václav Šmatlák, doc. Svoboda je už léta členem sdružení praktiků, a to poctivě platícím příspěvkem. „Já jsem doslova nadšen tím, že dokážete naplnit Top Hotel, o vašich kongresech se říká, že mají přetlak. To je jen ukázka toho, jak váš obor bere své povolání vážně a že je to skutečně obor, který jde napříč všemi specializacemi,“ řekl primátor. Jeho slovům se zaujetím naslouchali MUDr. Václav Šmatlák, předseda SPL, MUDr. Hana Cabrnchová, předsedkyně OSPDL, členka organizačního výboru kongresu MUDr. Hana Kurzová a předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD) MUDr. Pavel Neugebauer. Odborný program kongresu, který organizovaly SPL, SPLDD a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, navštívilo ve dnech 24. a 25. února celkem 1500 zájemců. Jako už tradičně bylo jeho součástí i sympozium pro zdravotní sestry.





Infekce na prahu 21. století

Jedním z nejnavštěvenějších bloků odborného programu prvního dne 6. kongresu primární péče byla část věnovaná novinkám v diagnostice a léčbě infekčních nemocí.

Sekcí zahájila MUDr. Hana Roháčová, Ph.D., z Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce v Praze, která se zabývala problematikou lymfské boreliózy. Uvedla, že v loňském roce bylo v systému EPIDAT hlášeno 4834 případů, nejvíce pacientů přichází právě od lékařů první linie. „Rod *Borrelia* zahrnuje přes dvacet druhů. U nás se nejčastěji vyskytují *B. burgdorferi sensu stricto*, *B. garinii* a *B. afzelii*. V současnosti je jediným uznávaným přenašečem infikované klíště, které může transferovat až 30 mikroorganismů. Možný je i přenos z matky na plod,“ vysvětlila MUDr. Roháčová.

Lymfská borelióza může mít formu kožní (65 %), muskuloskeletální (15 %), nervovou (14 %), oční, srdeční aj. Dělí se do tří stadií:

- časné lokalizované s inkubační dobou od 3 do 30 dnů – charakterizované mj. erythema migrans, lymfadenopatií, chřipkovými příznaky, cefalgií, migrující artralgií;
- časné diseminované s inkubační dobou v řádech týdnů až měsíců – charakterizované v závislosti na formě mj. měnícím se AV blokem, uveitidou, folikulární konjunktivitidou, iridocyklitidou, chorioitidou, vaskulitidou, keratitidou, tendovaginitidou, myozitidou, migrující artralgií, vertebrogením algickým syndromem, boreliovým lymfocytomem, erythema migrans, meningoencefalitidou, encefalitidou, obrnou hlavových nervů VII, II, IV, VI, III, meningomyelodermatitidou, myelitidou;
- pozdní diseminované s inkubační dobou v řádu měsíců až roků – charakterizované v závislosti na formě mj. lymfskou encefalopatií, periferní neuropatií, encefalomyelitidou, lymfskou artritidou, acrodermatitis chronica atrophicans.

■ Izolovaná séropozitivita není vodítkem pro léčbu boreliózy

„Borelie jsou dobře citlivé na řadu antibiotik, rezistence na ta běžně podávaná se nepopisuje. Lze použít peniciliny, cefalosporiny, tetracyklin, makrolidy či metronidazol,“ informovala MUDr. Roháčová a zdůraznila, že léčeny mají být osoby s klinickými projevy

lymské boreliózy, jejichž diagnóza je ověřena laboratorními testy. „Výjimkou je afekce migrujícím erytémem, která má být léčena ihned po jejím zjištění – v tomto okamžiku pro nás laboratorní výsledky nemají žádnou cenu, protože protilátky, které by souvisely s boreliózou, ještě nemusejí být vytvořeny,“ doplnila MUDr. Roháčová s tím, že protilátky mohou v organismu přetrvávat i po léčbě. Není to ovšem důvod ke znepokojení. Pokud terapie proběhla správně a nejsou přítomny žádné klinické projevy, pak není léčbu potřeba opakovat. „Často se stává, že přijde klient a chce preventivní odběry na boreliózu. Před tím důrazně varuji, protože obecně má česká populace pozitivní protilátky v poměrně vysokém procentu, diagnóza lymfské boreliózy tak může být stanovena mylně na základě netypických projevů a séropozitivity,“ apelovala MUDr. Roháčová.

Pokud jde o délku trvání terapie, první stadium by mělo být léčeno 14 dní, druhé 14–21 dní a třetí 21–28 dní. Obvykle jsou všechny formy boreliózy léčeny perorálně. Výjimku tvoří neuroboreliózy akutní i chronické a srdeční formy, kdy jsou podávána parenterální antibiotika. V současnosti jsou tendence ke zkracování léčby a není důvod pacienty léčit dlouhodobě. Antibiotická profylaxe je sporná a obecně u nás doporučována není.

„Potíže, které přetrvávají po správné terapii, se označují jako post-lyme syndrom a objevují se asi u 10 % pacientů. Velkou roli zde hraje psychosomatika,“ uvedla MUDr. Roháčová a dodala, že velké studie neprokázaly rozdíl mezi skupinami s opakovanou léčbou antibiotiky a potížemi typu post-lyme syndrom. Objektivní dlouhotrvající následky boreliové infekce po adekvátní léčbě nejsou běžné.

■ Díky přísné legislativě má ČR nízkou mortalitu na TB

Po AIDS je tuberkulóza (TB) v současnosti nejčastější smrtící infekční chorobou ve světě – ročně na TB umírá 1,7 miliónu lidí, infikováno je 1,9 miliardy a asi 9,4 miliónu onemocní. V roce 2009 byla celosvětová incidence tuberkulózy 137/100 000 obyvatel, od roku 2004 tedy pokračuje velmi pomalý pokles, snižuje se i mortalita a prevalence. Absolutní výskyt tuberkulózy však neklesá, nejvíce případů je hlášeno v zemích s nejrychlejším růstem populace. Výstražným trendem je rychlý nárůst výskytu rezistentních forem

mykobakterií TB – kmenů MDR (multidrug-resistant) a XDR (extensively drug-resistant). Tyto údaje představila v úvodu svého vystoupení doc. MUDr. Martina Vašáková, Ph.D., z Pneumologické kliniky 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha.

„ČR se může pyšnit velmi nízkou incidencí – 6 nových případů na 100 000 obyvatel ročně, méně než 70 % je kultivačně doložených. Epidemiologicky jsou nejzávažnější jedinci vylučující mykobakterie prokazatelně mikroskopicky, těch je asi třetina. Díky dobrému systému léčby jsou u nás nízké také počty recidiv, konkrétně pod 4 %, a rovněž mortalita s výskytem 0,5 případu na 100 000 obyvatel ročně. Jako jedna z mála rozvinutých zemí totiž máme tak striktní legislativu, že každého jedince – byť jen s podezřením na TB – musíme izolovat, dokud nezjistíme, že není infekční, nebo dokud není odléčen,“ upřesnila doc. Vašáková. Tuberkulóza u nás podléhá povinnému hlášení, pravidla pro izolaci nemocných a zabránění přenosu TB jsou dána zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. „Má to ovšem i druhou stranu, protože tím velmi významně restringujeme práva jedince. Pokud totiž pacient nesouhlasí s hospitalizací v případě podezření na TB, musíme žádat soud o předběžné opatření,“ dodala doc. Vašáková.

Tuberkulóza může zasáhnout kterýkoli orgán, plíce jsou postiženy dominantně. Zdrojem nákazy je nemocný člověk, především ten, který vylučuje mykobakterie prokazatelně přímo mikroskopicky. Inkubační doba je od 4 týdnů do 2 let od skončení expozice. Nejčastějším způsobem přenosu nákazy je inhalační cesta (kapénková nákaza). Možný je i přenos přímým kontaktem s infekčními sekrety nemocných (inokulační nákaza), při kontaktu s infikovanými předměty (přibory, prádlo) nebo infekce zažívacím traktem (v minulosti hlavně infikované mléko). Možná je i profesionální nákaza u lidí pracujících s infekčním materiálem. „Dýchací ústrojí je branou vstupu infekce ve více než 80 % případů. Obecně se předpokládá, že k přenosu je potřeba dlouhodobý a těsný kontakt s nemocným vylučujícím mykobakterie. Arbitrárně se předpokládá možnost onemocnění po osmihodinovém kontaktu s pacientem s mikroskopickou pozitivitou, při kontaktu s jedincem s kultivační pozitivitou je kumulativní doba stanovena na 40 hodin,“ doplnila MUDr. Vašáková.



Infekce TB může probíhat klinicky manifestní nebo latentní formou. Z infikovaných osob onemocní během života méně než 10%. Primární TB vzniká v dětském věku často bez příznaků – většinou je lokalizována v plicích a bývají postiženy přilehlé lymfatické uzliny. Postprimární TB může probíhat chronicky nebo akutně, u většiny nemocných se manifestuje únavou, nechutenstvím, hubnutím, poklesem fyzické výkonnosti, subfeбриemi, nočním pocením a pokašláváním, kašlem s produkcí hlenohnisu nebo vykašláváním krve, dušností a pohrudniční bolestí. Latentní TB infekce (LTBI) je charakterizována přítomností *Mycobacterium tuberculosis* v organismu člověka, kde vyvolává imunitní reakci, která se projeví testy. Asi u 5% jedinců s LTBI vznikne během života aktivní onemocnění.

■ Revakcinace TB by neměla být vůbec nabízena

Jak uvedla MUDr. Vašáková, fyzikální nález TB může být fyziologický nebo velmi chudý i při rozsáhlém postižení plic. Radiologický nález bývá charakteristický, nikoli však specifický, skiagram hrudníku je základním vyšetřením u plicní i mimoplicní TB. „Průkaz onemocnění se opírá o mikrobiologické vyšetření – pozitivní kultivaci *M. tuberculosis* ze sputa odebraného ráno nalačno nebo po inhalaci solného roztoku, z aspirátu získaného výplachem z bronchu nebo tekutiny získané bronchoalveolární laváží, dále z výpotků, moči, sekretů z píštělí, mozkomíšního moku nebo jiných tělních tekutin. Histopatologické vyšetření vzorku plic, pohrudnice nebo uzlin získaného chirurgickou, bronchoskopickou nebo punkční biopsií pak prokazuje v typických případech epiteloidní granulom, někdy s nekrózou. Tkáň je vždy nutné poslat i na mikrobiologické vyšetření,“ objasnila MUDr. Vašáková.

Léčba antituberkulotiky je kombinovaná, dlouhodobá a kontrolovaná. Iniciální fáze (ústavní léčba) u nás trvá nejméně 2 měsíce a podává se čtyřkombinace – u dříve léčených až pětikombinace – antituberkulotik s cílem debacilizace. Pokračovací fáze trvá minimálně 4 měsíce a podává se dvojkombinace (u dříve léčených trojkombinace) obvykle ambulantně. Problémy spojené s terapií spočívají podle MUDr. Vašákové v intoleranci léků, nedodržování léčebného režimu a v rezistenci některých kmenů *M. tuberculosis*. U malé části nemocných, obvykle s infekcí rezistentní k lékům, může být terapie doživotní. Nepoznaná a pozdě léčená TB může být příčinou smrti. Vakcinace oslabeným kmenem *M. bovis* (BCG) má význam především v zemích s vysokou incidencí TB, protože navozuje určitý stupeň rezistence vůči této nemoci a ochraňuje proti generalizované formě tuberkulózní meningitidy u dětí. „U nás je vakcinace od 1. 11. 2010 selektivní a povinná pouze u rizikových skupin a provádí se po 4. dni po narození dítěte, optimálně do 1 měsíce,“ informovala MUDr. Vašáková a dodala, že v zemích EU očkuje 10 států plošně krátce po narození dítěte, Bulharsko přitom provádí revakcinaci, 5 zemí očkuje děti později v předškolním věku a 11 zemí očkuje jen rizikové skupiny. V ČR posuzuje nutnost očkování proti TB lékař novorozeneckého oddělení na základě dotazníku vyplněného rodiči dítěte a anamnestických údajů. U dětí očkovaných BCG se základní očkování hexavalentní očkovací látkou provede od započatého 13. týdne po narození dítěte, vždy však po zhojení postvakcinační reakce. „Pouze v případě, že by měl praktický dětský lékař z rodinné anamnézy podezření na možnost těžkého vrozeného imunodeficitu, pak je dítě dovyšetřeno, a tím je automaticky odloženo očkování BCG po 6. měsíci věku života.“

Samotné bezdůvodné odložení této vakcinace u dítěte v riziku TB může vést k jeho ohrožení časnou infekcí. Extrémně nezralí novorozenci v riziku TB jsou posuzováni individuálně neonatologem a praktickým dětským lékařem ve spolupráci s pneumoftizeologem,“ zdůraznila MUDr. Vašáková. Revakcinace podle ní nemá žádný odborně podložený obranný efekt, tudíž by neměla být vůbec nabízena a prováděna.

■ Chronické hepatitidy jsou dnes již vyléčitelné

„Za posledních dvacet let se díky vývoji nových virostatik stalo z chronických hepatitid a C – dříve neléčitelného onemocnění, kdy jsme jen čekali, jak rychle bude pacient progredovat do cirhózy, dekompenzace či případně hepatocelulárního karcinomu – onemocnění léčitelné a u některých pacientů dokonce vyléčitelné,“ zahájila poslední přednášku bloku věnovaného infekčním chorobám MUDr. Jiřina Hobstová, CSc., primářka Infekčního oddělení FN Motol, Praha.

Prevalence chronické virové hepatitidy B (VHB) je ve světě 350 miliónů případů – z toho 75% v Asii –, ročně zemře v důsledku tohoto onemocnění 520 000 lidí. V ČR se v roce 2001 začalo plošně očkovat proti VHB a dochází k poklesu výskytu akutních hepatitid, které se dnes objevují pouze v komunitě gayů nebo intravenózních toxikomanů.

„Velký skok byl udělán v diagnostice, především té virologické, například s využitím amplifikačních metod pro průkaz nukleových kyselin nebo kvantitativního stanovení HBV DNA, a dále v diagnostice jaterních fibróz pomocí neinvazivních metod. Podle virologické odpovědi pak dokážeme pacientovi ušít terapii na míru,“ poznamenala MUDr. Hobstová. Podle kvantitativního stanovení virémie lze rozlišit tři fáze chronické VHB – imunotolerantní (často u dětí při vertikálním přenosu),



Na pražské nemocnice se už chystají hladové masařky, tvrdí Rath

Chystaný převod Homolky, Bulovky, Thomayerovy nemocnice a porodnice v Podolí na hlavní město je podle ČSSD jen prvním krokem k jejich privatizaci. „Přijde nám to úplně nabílední,“ řekl stínový ministr zdravotnictví David Rath. Zájemce o pražské nemocnice přirovnal k hladovým masařkám, které chystají nálet na pražské zdravotnictví. Ve Sněmovně se řeční desítky hodin, poslanec ČSSD David Rath je ve svém živlu. O Bulovku se podle Ratha dlouhodobě zajímá podnikatel Tomáš Chrenek, jehož impérium Agel už ve zdravotnictví působí. „Říká se, že o Homolku má zájem PPF nebo některá z jejích dcer,“ prohlásil středočeský hejtman a stínový ministr zdravotnictví Rath. A je podle něj možné, že o Ústav pro péči o matku a dítě v Podolí se bude zajímat někdo z lidí blízkých primátorovi. „Říká se to, jestli je to pravda, nebo ne, to nevím,“ připustil Rath. Chystaný převod čtyř nemocnic na Prahu v úterý společně oznámili ministr zdravotnictví Leoš Heger a pražský primátor Bohuslav Svoboda. Podle Hegera to bude formou zákona, který podle něj bude ministerstvo připravovat pět až šest měsíců. Ihned proti tomu vystartoval bývalý šéf pražské ODS Boris Šťastný, který je zároveň šéfem zdravotního výboru Sněmovny. Vystoupil ostře proti možnosti privatizace Homolky, kde je mimo jiné unikátní Leksellův gama nůž. Chce o tom jednat i s premiérem Petrem Nečasem a svolá mimořádné jednání výboru Sněmovny. „Jsme svědky tunelu,“ prohlásil ve středu Rath. A v nadsázce dodal, že pokud se o pražském podnikateli Romanu Janouškovi hovoří jako o muži, který ovládal pražskou ODS za bývalého primátora Pavla Béma, tak ve srovnání s tím, co se chystá v pražském zdravotnictví, je pouhým „kmotříčkem“. Primátor Svoboda popřel, že by Praha měla zájem nemocnice prodat. „Rozhodně nejde o privatizaci,“ tlumočil jeho stanovisko poradce Marek Hanč. Praha chce podle primátora vytvořit metropolitní síť péče a centralizovat ji a efektivně rozdělit mezi tato zařízení. Podle Ratha se pražský primátor chová podobně jako před lety bývalý středočeský hejtman Petr Bendl, když převáděl krajské nemocnice na akciovky a tvrdil, že se nechystá jejich privatizace. Pak k ní ale došlo. „Když se podíváte na to, co přesně primátor říkal, mluvil o tom, že město teprve uvidí, který majetek potřebuje a který ne, a že v nejbližších dvou letech se nechystá privatizovat. Takže hovoří ještě opatrněji, než tehdy Petr Bendl,“ prohlásil ve středu Rath.

Zdroj: J. Kopecký, iDnes, 21. 3. 2012

imunoaktivní, která musí být léčena antivirologií, a inaktivní (bezpříznakové nosičství), kdy léčba není indikována. „K tomu, abychom stanovili správné stadium chronické VHB, vyžadujeme i histologickou klasifikaci odběrem jaterní biopsie, stanovujeme stupeň aktivity a fibrotických změn,“ doplnila MUDr. Hobstová. Cílem léčby je snížit virovou nálož, upravit biochemickou aktivitu, zlepšit histologii a zpomalit progresi do koncových stadií. Pro léčbu VHB jsou v současnosti k dispozici pegylovaný interferon alfa-2a a dále nukleos(t)idová analoga, jako jsou lamivudin, adefovir dipivoxil, entecavir a tenofovir. „Lékem první volby je u nás – pokud není kontraindikace – právě pegylovaný interferon alfa-2a, podávaný 48 týdnů. Pokud není terapie úspěšná, je nutné nasadit virostatikum ze skupiny nukleos(t)idových analog, jejichž podání často trvá dlouhodobě, někdy i doživotně,“ vysvětlila MUDr. Hobstová a dále upozornila na nejčastější nežádoucí účinky jednotlivých přípravků.

Pro pegylovaný interferon alfa-2a jsou to leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, únava, horečka, třesavka, bolesti kloubů a svalů, ztráta hmotnosti. Může dojít i k poruchám funkce štítné žlázy, indukci revmatoidní artritidy či infekčním komplikacím. Jak uvedla MUDr. Hobstová, u nemocného je tedy třeba každý měsíc stanovovat krevní obraz a funkci štítné žlázy. U lamivudinu nebyly prokázány žádné nežádoucí účinky, u pacientů užívajících adefovir dipivoxil se objevují bolesti hlavy, břicha, nauzea, zvracení, průjem, vyrážka, pruritus, vzácně pak tubulopatie, osteomalacie či hypofosfatémie. U emtricitabinu a tenofoviru navíc laktázová acidóza a zvýšené transferázy.

Pokud jde o epidemiologii virové hepatitidy C (VHC), ročně je u nás hlášeno kolem 800 případů. Obvykle se jedná o jedince s rizikovým chováním a intravenózní toxikomany. Laboratorní diagnostika se opírá o stanovení anti-HCV, virémie, HCV RNA metodou kvalitativní i kvantitativní PCR, genotypizace. Většina pacientů má velmi nízkou biochemickou aktivitu a jaterní testy zcela v normě. Jak uvedla MUDr. Hobstová, VHC může mít i extrahepatální manifestace – v 50 % jde o kryoglobulinémii, dále se objevují pozdní kožní porfyrie, lichen planus či tyreoidální dysfunkce.

„Standardní léčbou VHC je podání pegylovaného interferonu alfa-2a nebo 2b v kombinaci s ribavirinem. Pro pacienty s genotypem 1, který u nás prevaluje, se do kombinace přidává ještě přímo působící inhibitor proteáz – boceprevir nebo telaprevir,“ dodala

MUDr. Hobstová. Po akcidentálním poranění jehlou je infekciozita VHC podstatně nižší než u VHB: 0–10 % případů oproti 20–30 %. V případě nákazy je pětina forem symptomatických a dvě třetiny z nich se vyléčí.

Terapii VHC u dětí je třeba indikovat velmi zodpovědně

V závěru přednášky se MUDr. Hobstová také dotkla problematiky VHC a drog u dětí a adolescentů. Dominantní je vertikální přenos z matky na dítě, u adolescentů pak při užití drogy intravenózně, ale i inhalačně. „Z různých výzkumů vyplynulo, že až 95 % všech závislostí vzniká v dětství a adolescenci. V českém systému péče ale není tato skupina téměř vůbec podchycena. V řadě případů se nejedná o plně rozvinutou závislost, ale téměř s jistotou ji vytvoříme, pokud budeme s intervencí čekat do dovršení 18 let,“ zdůraznila MUDr. Hobstová s tím, že v ČR necelých 20 % žadatelů o léčbu začalo s drogou před dovršením 15 let.

Mezi faktory zvyšující možnost vertikálního přenosu VHC patří viremická matka (4–10 %) a HIV pozitivní viremická matka (19 %). Dále odtok plodové vody více než 6 hodin před porodem, infekce otce, biochemická aktivita matky, koncentrace VHC v monocytech matky, intravenózní užití drogy u matky. Naopak k ukazatelům, které nesouvisí s vertikálním přenosem VHC, se řadí typ porodu, pohlaví, kojení, genotyp a imunogenetické faktory. „Protilátky anti-HCV pasivně přenesené mizejí u 5 % dětí do 6 měsíců, u 95 % do 12 měsíců. Pokud jejich koncentrace přetrvává déle, je nutno vyšetřit HCV RNA. Při perzistenci protilátek déle než 18 měsíců i při negativní HCV RNA již hovoříme o pozitivním vertikálním přenosu. U 19–24 % dětí s vertikálním přenosem dojde do 3 let věku ke spontánní clearance,“ vysvětlila MUDr. Hobstová s tím, že oproti dospělým mají děti při stejné době trvání nemoci nižší počet fibróz a výjimečně mají cirhózu. Léčba, pokud je indikována, spočívá v podávání pegylovaného interferonu alfa-2b v dávce 60 µg/m² za týden a ribavirin 15 mg/kg/den.

„Nežádoucí účinky jsou trochu jiné než u dospělých. U dětí se podstatně více objevují poruchy chování, psychické změny, sebevražedné úmysly nebo i pokusy, a dále také inhibice růstu s nejistou reverzibilitou – snížení o více než 15 percentilů u 21 % dětí, a to i po 5 letech terapie. Vždy je tedy potřeba indikovat léčbu v raném věku velmi zodpovědně,“ apelovala MUDr. Hobstová.

jat



Transplantace se v ČR nevyužívají dostatečně

„V roce 2010 bylo v 27 státech EU s více než 500 milióny obyvatel provedeno 18 246 transplantací ledvin, 6655 jater, 1984 srdce, 1505 plic, 769 slinivky a 50 transplantací tenkého střeva. Jak uvedl již Sir Joy Yorke Calne, na transplantace orgánů můžeme pohlížet jako na extrémně úspěšný typ léčby pro stovky tisíc pacientů, kteří by jinak byli odsouzeni k smrti z důvodu selhání vitálně důležitého orgánu,“ zahájil na 6. kongresu primární péče blok věnovaný transplantační medicíně MUDr. Pavel Trunečka, CSc., přednosta Transplantcentra IKEM v Praze.

„U nás je dostupnost této terapie ve srovnání s vyspělými státy Evropy či Severní Ameriky překvapivě dobrá. Je to bohužel i tím, že se na transplantaci stále nepomýšlí jako na standardní metodu léčby, ze které by mohlo profitovat mnoho nemocných,“ konstatoval MUDr. Trunečka a dodal, že transplantační medicína je závislá na její celospolečenské percepci a musí být podpořena adekvátní zdravotní politikou státu vyjádřenou v legislativě. V ČR bylo v loňském roce provedeno 332 transplantací ledvin (z toho 292 od kadaverózních dárců), 89 jater, 68 srdce, 28 ledviny + pankreatu, 18 plic, 14 Langerhansových ostrůvků a 4 transplantace izolovaného pankreatu. „Bohužel, počty dárců – žijících i kadaverózních – u nás zůstávají v průběhu let více méně stabilní,“ uvedl MUDr. Trunečka. V posledním desetiletí se s počtem 20 kadaverózních dárců na milión obyvatel za rok pohybujeme v průměru evropských států. K 31. prosinci 2011 u nás bylo zařazeno na čekací listinu 645 pacientů pro transplantaci ledvin, 65 srdce, 48 jater, 35 plic, 32 pankreatu samotného nebo s ledvinou a 8 pro transplantaci Langerhansových ostrůvků. „Řekl bych, že je to skutečně žalostné, protože o takto potenciálně úspěšnou léčbu je jen malý zájem. Edukace laické, ale i odborné veřejnosti a spolupráce s doporučujícími lékaři je jedním z podstatných aspektů rozvoje české transplantační medicíny,“ dodal MUDr. Trunečka.

■ Pozor na interakce imunosupresiv

„Úloha praktického lékaře v péči o pacienty po orgánových transplantacích se do budoucna bude nepochybně zvyšovat vzhledem k ros-

točímu počtu transplantovaných,“ uvedla další vystoupení MUDr. Halima Gottfriedová, CSc., z Kliniky hepatogastroenterologie Transplantcentra IKEM v Praze a zdůraznila: „Tato péče o imunosuprimované nemocné patří mezi nejsložitější v klinické medicíně – je trvalá, doživotní a specializovaná – a je založena především na časném odhalení a správné léčbě komplikací. Naprosto zásadní je proto navázání kontaktu mezi praktickým lékařem, který bude nadále představovat pro pacienta první linii kontaktu, a ošetřujícím lékařem v transplantačním centru.“

Pacienti po orgánových transplantacích jsou obvykle celoživotně nuceni užívat imunosupresiva – většinou kombinaci dvou i více přípravků, v závislosti na transplantovaném orgánu. Tyto léky mají řadu nežádoucích účinků – až u 90 % nemocných dochází k hypertenzi, u 50 % k renální dysfunkci, u 30–60 % k obezitě a hyperlipoproteinémii, u 25 % k osteoporóze a u 20–30 % k diabetu. Vyskytuje se mj. také zvýšené riziko infekcí a nádorových onemocnění, dále neurologické potíže, anémie, leukopenie, trombocytopenie, kožní změny, psychiatrická symptomatologie či hyperplastická gingivitida. „K základním imunosupresivům patří cyklosporin A, dále takrolimus, sirolimus, azathioprin, mykofenolát mofetil či kortikoidy. Klíčovou úlohou vedení imunosuprese je – a bývá to někdy velmi těžké vyvážit – podat takovou dávku léku, abychom na jedné straně zabránili rejekci, ale na straně druhé abychom nezpůsobili četné nežádoucí účinky,“ konstatovala MUDr. Gottfriedová s tím, že mezi ostatní přípravky podávané po transplantaci patří antibiotika, antimykotika, antihypertenziva, léky proti osteoporóze, kyselina ursodeoxycholová, allopurinol, hypolipidemika, vitaminy, probiotika či magnezium. „Je nutné si uvědomit, že imunosupresiva také vstupují do mnoha lékových interakcí a interakcí s potravinami,“ zdůraznila MUDr. Gottfriedová.

Cyklosporin A a takrolimus podle ní vstupují do nejzávažnějších interakcí s:

- antimykotiky – Diflucanem, Sporanoxem,
- makrolidovými antibiotiky – Klacidem, Entizolem,
- blokátory kalciových kanálů – Diacordinem, Verogalidem, Lekoptinem,
- antacidy – Rennie, Tums, Maalox,

- nefrotoickými antibiotiky a antimykotiky – vankomycinem, gentamicinem, amikacinem, amfotericinem,

- potravinami – pomelem, grapefruítem, granátovým jablkem a třezalkou.

Azathioprin vstupuje do nejzávažnějších interakcí s:

- allopurinolem – Miluritem, při současném užívání je nutno redukovat dávku azathioprinu o polovinu.

K nejčastějším komplikacím po transplantaci patří akutní i chronická rejekce, její diagnóza je stanovena na základě biopsie. Akutní rejekce se objevuje zejména v prvních měsících po transplantaci a řeší se navýšením antirejekční léčby – obvykle kortikoidy. „Velmi časté jsou také infekční komplikace – bakteriální, virové, mykotické, protozoární a zejména pak atypické, které u běžné populace imunokompetentních pacientů nikdy neuvidíte. Mohou probíhat skutečně asymptomaticky – bez teploty a leukocytózy –, a přitom mohou být naprosto fatální. Je proto potřeba vždy myslet o krok napřed, obávat se raději nejhoršího a pacienta včas odeslat do centra,“ apelovala závěrem MUDr. Gottfriedová. Upozornila, že podrobné informace o všech orgánových transplantacích včetně kontaktů na příslušná transplantační centra jsou k dispozici na webových stránkách www.transplant.cz.

■ Tx ledvin od žijícího dárce má lepší výsledky

Prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc., přednosta Kliniky nefrologie Transplantcentra IKEM v Praze, v dalším vystoupení informoval o možnostech transplantace ledviny od žijícího dárce. Připomněl nejprve, že prevalence chronického selhání ledvin v ČR je 10 000 nemocných – dialyzačními metodami je léčeno asi 6000 pacientů, s funkční transplantovanou ledvinou žijí 4000 jedinců. Roční incidence léčených na dialýze je u nás 180 pacientů na milión obyvatel, z nich je asi 10 % zařazeno na čekací listinu k transplantaci. Průměrné přežití nemocného léčeného dialyzačními metodami je 5 let, přežití nemocných po transplantaci je více než dvojnásobné. „Tento výkon proto představuje metodu volby léčby nevratného selhání ledvin pro nemocné, kteří jsou schopni transplantaci podstoupit,“ zdůraznil prof. Viklický s tím, že delší doba strávená na dialýze je rizikem



pro dlouhodobou funkci štěpu. Proto musí být rozhodnutí o transplantaci učiněno co nejdříve. Většina transplantací je u nás ale prováděna od dárců se smrtí mozku, kteří jsou stále častěji starší 60 let, navíc s řadou onemocnění včetně hypertenze či diabetu. Transplantace od těchto dárců je spojena s horší funkcí a kratším přežitím štěpu.

Prof. Viklický upozornil, že první úspěšná transplantace ledviny od žijícího dárce proběhla v IKEM v roce 1966. Loni bylo na tomto pracovišti provedeno 154 transplantací ledvin od zemřelých dárců a 29 od žijících. „Ve světě je však podíl od žijících dárců mnohem větší. Ve Spojených státech, Skandinávii a v Nizozemsku je to okolo 50 %, v Německu asi třetina, v Rakousku čtvrtina, zatímco u nás pouze okolo osmi procent. Přitom s 35 transplantacemi ledvin na milión obyvatel patříme mezi země s rozvinutým transplantacím programem,“ objasnil prof. Viklický a dokladoval to tím, že v IKEM (v letech 2000–2010) se 1roční přežití štěpů od žijícího dárce pohybuje okolo 96 %, 3leté 92 % a 5leté asi 90 %, od kadaverózních dárců je to přibližně 93, 90, respektive 84 procent.

Dalším z důvodů, proč je transplantace od žijícího dárce výhodnější, je podle prof. Viklického možnost preemptivní transplantace – tedy ještě před zahájením eliminační metody náhrady funkce ledvin –, která přináší nejlepší výsledky. Darování ledviny přitom není spojeno s významnými riziky, dárci jsou velmi dobře vyšetřeni a jen třetina z nich je nakonec akceptována. Perioperační mortalita je přibližně 0,03 %, větší komplikace se objeví v 0,2–1,4 % případů, menší pak v 8 %. Během dekády je zaznamenán malý nárůst proteinurie a hypertenze. „Je také dobře známo, že dárci žijí déle než běžná populace, protože jsou výborně monitorováni,“ konstatoval prof. Viklický.

■ Dárce musí být osoba blízká

Odběr orgánu od žijícího dárce je u nás možno provést podle transplantacního zákona č. 285/2002 Sb. tehdy, pokud je proveden za účelem léčebného přínosu pro příjemce, v době odběru není k dispozici vhodná tkáň nebo orgán od zemřelého dárce a neexistuje jiná terapeutická metoda srovnatelného účinku. Dárce musí být osoba blízká (rodič, sourozenec, partner, blízký přítel), která je schopna dát svobodný informovaný souhlas. Příjemcem orgánu nebo tkáně odebrané od žijícího dárce musí být osoba blízká. V případě, že se nejedná o osobu blízkou, je možno odběr provést tehdy, pokud je svobodná vůle dárce vyjádřena jeho písemným prohlášením s notářsky ověřeným podpisem. Toto vyjádření je součástí zdravotní dokumentace. Současně je požadován souhlas etické komise.

Jak dále uvedl prof. Viklický, na zvýšení počtu transplantací ledvin od žijících dárců se v současnosti může podílet i zavádění nových postupů, jako jsou párová výměna mezi dvěma nekompatibilními dvojicemi (v ČR se realizuje tak jednou za rok) nebo transplantace při ABO inkompatibilitě. „Neshoda v krevním systému ani přítomnost anti-HLA protilátek tedy dnes již nepředstavují problém transplantace ledviny od žijícího dárce. Ta by měla být vždy nabízena i pacientům ve vyšších věkových skupinách, nikoli jen mladým jedincům,“ shrnul prof. Viklický.

■ Dítě není malý dospělý

„V dětském věku není transplantace ledviny považována za život zachraňující výkon, avšak žádná ze současných eliminačních technik není schopna dlouhodobě zajistit adekvátní fyzický, psychický a sociální vývoj dítěte,“ uvedl v závěrečném vystoupení

MUDr. Jaroslav Špatenka, CSc., primář Transplantačního centra FN Motol, Praha. Připomněl, že první transplantace ledviny u dětského příjemce byla u nás provedena v roce 1977 v IKEM, avšak po zkušenostech s prvními třemi dětmi byl pediatrický transplantacní program převeden právě do motolské nemocnice, kde funguje dodnes. „Musíme si totiž uvědomit, že dítě není malý dospělý a že transplantace ledvin u nejmenších pacientů je zásadně odlišná od dospělých s chronickým renálním selháním,“ vysvětlil MUDr. Špatenka.

Pravděpodobnost vzniku chronického selhání ledvin lze u dětí někdy diagnostikovat již prenatálně.

Vyskytuje se s incidencí více než desetinněsobně nižší než u dospělých, tedy pouze 7–10 případů na milión dětské populace ročně. Tomu odpovídá i dostupnost dialyzačních středisek, kterých je v ČR pro dospělé 90 a pro děti jsou pouze tři. Dialýza u dětí je však velmi problematická – cílem je především maximálně zkrátit uremické období. Značné rozdíly u dětí a dospělých s chronickým selháním ledvin jsou také v primárním onemocnění, které k němu vede. U dospělých jsou to nejčastěji chronická glomerulonefritida, diabetická nefropatie a hypertenze, dále chronická pyelonefritida, polycystóza ledvin a maligní nefrosklerózy. U dětí pak především vrozená hypoplazie ledvin a kongenitální uropatie, dále nefroftóza, glomerulonefritidy, kongenitální hypodysplazie, AR-polycystóza ledvin, tubulointersticiální nefritida, hemolyticko-uremický syndrom či Alportův syndrom.

„Technicky se obvykle jedná o heterotopickou transplantaci ledviny od kadaverózního dárce – optimálně od mladého dospělého. Cílem je totiž transplantovat co největší možný objem nefronů. Taková ledvina se pak musí



z prostorových důvodů uložit do retroperitonea až do podjaterní krajiny a cévní anastomózy jsou našity přímo na břišní aortu a dolní dutou žílu," vysvětlil MUDr. Špatenka s tím, že velký štěp s sebou přináší kardiovaskulární problémy u malých příjemců, protože potřebuje 30–45% minutového srdečního objemu. Rovněž může významně kompromitovat ventilaci, protože elevuje bránici a interferuje s dýcháním. „Pooperační management si tedy vyžaduje řízenou plicní ventilaci. Podstatné je také udržet dostatečný intravaskulární objem, eventuálně zvýšit inotropní podporu. Krevní tlak nesmí klesnout pod normu odpovídající věku. Příjemcům do 30 kg je rovněž standardně podáván nízkomolekulární heparin a anti-koagulace pod dobu 3 měsíců jako prevence

vzniku trombózy," doplnil MUDr. Špatenka. Uvedl dále, že ideálním dárcem ledviny pro dětského příjemce je žijící příbuzenský dárc, který umožňuje naplánovat bezproblémovou preemptivní transplantaci.

Také on upozornil na nezastupitelnou roli praktického lékaře pro děti a dorost v péči o pacienty po transplantaci ledvin – při akutním onemocnění je nutná konzultace s nefrologem, který je trvale dostupný na telefonním čísle 602 271 691. Přežití českých dětí po transplantaci ledvin je podle MUDr. Špatenky srovnatelné se statistikami světových center, průměrná čekací doba na výkon je u nás v průměru pouze 6,5 měsíce.

jat

■ Praktický lékař by měl volat transplantční centrum při:

- náhlé změně zdravotního stavu transplantovaného pacienta,
- teplotě nad 38 °C, třesavce a zimnici,
- plánované operaci,
- průjmu či zvracení trvajícím déle než 1 den,
- ikteru,
- výskytu tmavé moči či světlé stolice,
- dušnosti,
- bolesti na hrudi,
- závratích,
- změně medikace.

Zdroj: prezentace H. Gottfriedové

Infektologové a lékaři primární péče diskutovali o zkvalitnění spolupráce

Jako dozvuk tematického přednáškového bloku 6. kongresu primární péče infekce počátkem 21. století proběhlo jednání části jeho účastníků u kulatého stolu, zaměřené na možnosti zkvalitnění spolupráce praktických lékařů a klinických infektologů.

Diskuse se zástupci praktických lékařů pro dospělé i praktiků pro děti a dorost se zúčastnily primářka infekčního oddělení Fakultní nemocnice v Motole MUDr. Jiřina Hobstová, CSc., primářka infekční kliniky Nemocnice Na Bulovce MUDr. Hana Roháčová, Ph.D., přednostka 1. infekční kliniky 2. LF UK a IPVZ doc., MUDr. Vilma Marešová, CSc., a primářka pneumologické kliniky 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice doc. MUDr. Martina Vašáková, Ph.D. Z neformální debaty vyplynuly především následující závěry.

■ Co požadují infektologové od praktických lékařů?

- Uvážlivý postup při zadávání laboratorních vyšetření. Praktik by měl volit vyšetření skutečně funkční pro infekční etiologii případu. Musí vědět, co dané vyšetření může přinést a zda může mít souvislost s danými klinickými příznaky. Laboratoře většinou nabízejí vyšetření ve formě panelů (respi-

rační viry, herpetické viry) a je velmi časté, že primární sféra je vyžaduje v plné škále, což je samozřejmě finančně nákladnější a diagnosticky méně efektivní (zvyšuje se např. potenciál ovlivnění diagnózy nepřesnou interpretací laboratorních výsledků). Pozitivním prvkem je využívání pomocného vyšetření koncentrace CRP, které umožňuje rychlé ambulantní stanovení (odlišení) virových a bakteriálních zánětů.

- Více edukovat pacienty v oblasti infekčních onemocnění (např. o titrickém faktoru). V této souvislosti je třeba eliminovat častý neodůvodněný tlak pacientů vyžadujících léčbu antibiotiky, resp. předání ke specializovanému vyšetření.
- Věnovat zvýšenou pozornost oblasti antibiotické terapie jak ve smyslu volby vhodných antibiotik, tak ve smyslu zamezení jejich nadužívání.

■ Co požadují praktici od infektologů?

- Spolupráci v kontinuálním získávání informací z oblasti infektologie, přímo využitelných lékaři primární péče. Periodika distribuovaná jak mezi praktickými lékaři pro dospělé, tak mezi praktickými pediatry by například měla zveřejňovat doporučené postupy uváděné na webu

Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP (www.infekce.cz).

- Spolupráci v edukaci pacientů. Přítomné infektoložky byly požádány o zpracování základních informačních materiálů pro laickou veřejnost, které by se týkaly nejčastějších případů, v nichž jsou pacienti ovlivněni nevalidními informacemi z neobdobných zdrojů (např. lifestyleovými časopisy, veřejně přístupnými internetovými stránkami apod.). Jedná se o choroby, jako jsou například chlamydie, borelióza atd.
- Praktičtí lékaři pozitivně kvitovali sdělení doc. Marešové, že odborná infektologická společnost by měla vyvíjet tlak na laboratoře, aby nevydávaly striktně jednoznačná diagnostická resumé, nepodložená nezbytnými klinickými informacemi.

red





Vybrané kapitoly z hematologie pro praxi

„Jaké jsou možnosti diagnostiky žilního tromboembolismu v ordinaci praktického lékaře? Stačí i velmi jednoduché vyšetření, jakým je změření obvodu stehna asi 10 cm nad kolenem, a pokud je rozdíl mezi končetinami více než 4 cm, můžeme mít podezření na žilní tromboembolismus. V případě lýtky je to rozdíl 3 cm. K rychlé orientaci dnes už máte ve svých ordinacích možnost stanovit také koncentraci D-dimerů, a to je velmi přínosné,“ řekl na 6. kongresu primární péče v úvodním vystoupení bloku věnovaného hematologii prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc., z I. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Upozornil, že incidence žilního tromboembolismu (ŽTE), který patří mezi nejčastěji se vyskytující onemocnění cévního systému, je asi 1,2 na 1000 obyvatel a plicní embolie 0,6 na 1000 obyvatel za rok. Jedná se o multifaktoriální onemocnění, u 80 % nemocných lze zjistit jeden až dva rizikové faktory. U 40 % pacientů s ŽTE je nalézána leidská mutace. K získaným rizikovým faktorům patří věk nad 60 let, obezita, srdeční selhávání NYHA III-IV, respirační selhávání, imobilizace nebo více než 3 dny na lůžku, tromboembolická nemoc v anamnéze, antifosfolipidový syndrom, varixy, hormonální antikoncepce, těhotenství, velké operace či poranění včetně popálenin.

Na vrozenou trombofilii je podle prof. Kvasničky třeba pomyslet při:

- výskytu trombózy do 45 let,
- častých recidivách trombotických stavů,
- pozitivní rodinné anamnéze,
- neobvyklých lokalizacích trombóz (mozkových, abdominálních, retinálních),
- známkách antifosfolipidového syndromu (arteriální nebo žilní trombózy, trombocytopenie, potraty),
- opakovaných potratech a preeklampsii.

Selektivní vyšetření v trombotickém centru je podle něj nutné požadovat při pozitivní osobní a rodinné anamnéze ŽTE u mladých dívek před zahájením užívání hormonální antikoncepce, těhotných žen, zejména pokud opakovaně potratily nebo měly patologické těhotenství, a před jinou hormonální léčbou. U pacientů s ŽTE pomáhá toto vyšetření i v rozhodování, jak dlouho podávat warfarin, vhodné je indikovat je i u blízkých příbuzných nosičů trombofilní mutace a u příjemců ledvinového štěpu.

Warfarin a nová antitrombotika

„Z antikoagulancií je v praxi stále nejčastěji používán antagonist vitamínu K warfarin, v ČR se to týká asi 200 000 nemocných za rok. Ve všech případech se jedná o terapii dlouhodobou a musíme si uvědomit, že až osmdesát procent pacientů léčených warfarinem je sledováno praktickým lékařem,“ uvedl prof. Kvasnička. Warfarin je indikován jako prevence kardioembolického iktu – při fibrilaci síní (INR 2–3) nebo u osob s mechanickou chlopni (INR 2,5–3,5), dále pro léčbu žilního tromboembolismu a plicní embolie (INR 2–3), podáván je nejméně 3–6 měsíců. „Nevýhodou je, že plný antikoagulační účinek warfarinu nastupuje až po 4–5 dnech a biologický poločas je 45 hodin. Metabolická transformace warfarinu je ve čtyřiceti procentech podmíněna geneticky a je hlavní příčinou individuální variability efektu této léčby. Jedinci s mutacemi genu CYP450 2C9 a VKORC1 – zejména ti starší – jsou senzitivnější k účinku warfarinu, mohou být tedy dříve předávkováni a ohroženi krvácením,“ vysvětlil prof. Kvasnička. Upozornil rovněž, že léčba warfarinem není u poučeného pacienta důvodem k opuštění konzumace zeleniny, přirozeného zdroje vitamínu K1. Důvodem je, že organismus jej vyžaduje i pro jiné potřebné bílkoviny, navíc při avitaminóze K dochází k nestabilitě koagulace. „Riziko krvácení hrozí zejména

u starých osob, u nichž je warfarin indikován při prevenci kardioembolického iktu u fibrilace síní. Tato léčba je vysoce efektivní, neboť snižuje riziko iktu o 68 %, ale v 1,4 % vede k život ohrožujícímu krvácení,“ dodal prof. Kvasnička s tím, že pro monitorování INR mají praktičtí lékaři k dispozici analyzátor CoaguChek XS. Ten slouží ke kvantitativnímu stanovení protrombinového času kapilární nebo plně venózní krve bez protisrážlivé úpravy.

Mezi nová antitrombotika registrovaná po roce 2008 (viz tabulku) patří přímý inhibitor faktoru Xa rivaroxaban a apixaban a přímý inhibitor trombinu dabigatran etexilát. Očekávanými benefity nových perorálních antikoagulancií jsou podle prof. Kvasničky jednodušší dávkování, žádné dietní restrikce, předvídatelný antikoagulační efekt, fixní dávka, nižší potenciál interakcí s léky i potravinami a také není nutná monitorace. Tyto nové přípravky se dnes mimo profylaxi pooperačních trombóz v ortopedii používají také k zabránění tromboembolizace při fibrilaci síní (dabigatran, rivaroxaban) nebo při léčbě žilní trombózy a plicní embolie (rivaroxaban). Indikace se posuzuje podle možné reakce jedince, především po vyhodnocení clearance kreatininu.

Při anémii se vyhněte „kulometné“ terapii

„Anémie je syndrom, nikoli nemoc, proto je vždy nutné pátrat po její příčině – primární chorobě,“ řekl v úvodu další přednášky MUDr. Eduard Cmunt, CSc., z I. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Připomněl, že anémie, kterou trpí až 30 % světové populace, je definována jako snížení koncentrace hemoglobinu v krvi pod mez určenou pro daný věk a pohlaví. Počet erytrocytů vůbec není důležitý – u některých mikrocytárních anémií, jako jsou sideropenie či talasémie, mohou být i zvýšené. Důsledkem těžší anémie je tkáňová hypoxie, která spouští kompenzační mechanismy, jež spolu s ní působí

Farmakologické vlastnosti nových antikoagulancií

	dabigatran etexilát	rivaroxaban	apixaban
mechanismus účinku	přímý trombinový inhibitor	přímý inhibitor Xa	přímý inhibitor Xa
biologická dostupnost	6,5 %	67–86 %	~ 50 %
cesta aplikace	perorálně	perorálně	perorálně
prolétčivo	ano	ne	ne
poločas	12–14 hodin	9–13 hodin	~ 12 hodin
Tmax	0,5–2 hodiny	2–4 hodiny	3–4 hodiny
renální clearance	85 %	66 %	~ 27 %
lékové interakce	silné inhibitory P-gp	silné inhibitory CYP3A4 a P-gp	silné inhibitory CYP3A4 a P-gp
vazba na plazmatické bílkoviny	34–35 %	92–95 %	87 %
vyučování	80 % renálně	66 % renálně	27 % renálně



typické symptomy, jako jsou únava, dušnost či závratě. „Tíže těchto příznaků závisí na rychlosti rozvoje anémie. Pokud se rozvíjí pomalu, mohou k nám přijít jedinci i s velmi nízkou koncentrací hemoglobinu, kteří jsou zcela asymptomaticí. Nepřítomnost fyzických změn – především bledosti – však nevylučuje anémii a naopak,“ zdůraznil MUDr. Cmunt. K dalším symptomům patří palpitace, tachykardie, bolesti hlavy, snížená výkonnost a diskomfort. Ve stáří je anémie spojena s kratším přežíváním, objevuje se zvýšené riziko smrti z kardiálních příčin (městnavá slabost, infarkt myokardu), zhoršení psychiky, vyšší incidence Alzheimerovy choroby a riziko nežádoucích účinků léků.

Podle morfologické klasifikace lze anémii dělit na:

- Mikrocytární se středním objemem erytrocytu (MCV) pod 82 fl. Nejčastější příčinou je sideropenie, kromě stanovení koncentrace železa v plazmě je nutné vyšetřit i koncentraci ferritinu – je sice reaktantem akutní fáze, ale jeho normální či zvýšená koncentrace prakticky vylučuje sideropenii. Ta se vyskytuje u 2–5 % dospělých mužů a postmenopauzálních žen, u kterých je vždy potřeba vyloučit či potvrdit okultní krvácení. U premenopauzálních žen jsou její nejčastější příčinou gynekologické ztráty, vyšetření GIT je tedy kontroverzní.
- Normocytární s MCV 82–98 fl. Nejčastější příčinou jsou nutriční deficity, renální selhání či hemolýza. Současně se může vyskytovat deficit železa, vitamínu B12 a kyseliny listové. Velmi častá je anémie chronických chorob, která může být komplikována chronickým krvácením. Vyskytuje se u akutních i chronických infekcí, nádorů, autoimunitních chorob, rejekcí po transplantaci či u chronické renální choroby.
- Makrocytární s MCV nad 98 fl. Makrocytóza je relativně častá (1,7–3,9%), ale šedesát procent pacientů nemá anémii. Může být fyziologická v dětství, graviditě nebo rodinná. Příčinou je deficit vitamínu B12 či kyseliny listové. Mohou ji působit i některé léky, např. hydroxyurea, metotrexát, fluorouracil. Může být i známkou abúzu alkoholu.

Při vyšetření je podle MUDr. Cmunta důležité soustředit se na rodinnou (hematologická onemocnění, malignity) i osobní anamnézu (ztráta chuti k jídlu a hmotnosti, vegetariánství, příjem alkoholu, gynekologické či gastrointestinální krvácení, užívání léků, barva moči a stolice). Dále je nutné laboratorně stanovit kompletní krevní obraz včetně retikulocytů a diferenciálu, z biochemického vyšetření pak metabolismus železa, renální funkce, bilirubin, LD, haptoglobin, CB+ELFO, koncentraci B12 a kyseliny listové. Při podezření na hemolytickou anémii je indikován Coombsův test.

„Léčba anémie probíhá zásadně podle příčiny – nikdy se nesmíme uchýlit ke ‚kulometné‘ terapii a k tomu, abychom každému anemickému pacientovi automaticky nasadili železo,“ apeloval MUDr. Cmunt a dodal: „U sideropenické anémie je úvodní dávka při substituci železa 200–300 mg perorálně denně, více se nestačí vstřebat. Nutná je nejméně půlroční terapie. Parenterální aplikace nevede k rychlejší úpravě hodnot hemoglobinu, navíc je nutné přesně spočítat dávku železa a nepřekračovat ji. Indikována je pouze při selhání perorální léčby, kdy pacient netoleruje žádné železo perorálně, dále při velmi rychlých ztrátách železa z neznámé příčiny a poruchách resorpce v gastrointestinálním traktu.“ Vstřebávání železa z GIT lze zvýšit při podání nalačno spolu s kyselinou askorbovou či pomerančovým džusem. Snižuje se naopak při podání s jídlem (až o 50%), dále s antacidy, cholestyraminem či tetracykliny. Při perniciózní anémii je indikován parenterální režim 300 µg vitamínu B12 za den po dobu 7 dnů, dále 300 µg dvakrát týdně po 3–4 týdny a udržovací dávka 300 µg/4–6 týdnů doživotně. K relapsu při přerušení léčby dochází průměrně za 65 měsíců. Perorální terapie je založena na poznatku, že 1 % B12 se vstřebává nezávisle na vnitřním faktoru. Uplatňuje se u nemocných, kteří odmítají injekce, mají hypersenzitivitu nebo poruchu hemostázy. Jednotlivá dávka je 300–1000 µg za týden.

Histiocytózy – onemocnění s velkou biologickou variabilitou

Doc. MUDr. Hubert Mottl, CSc., z Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol v Praze nastínil a na několika příkladech z praxe dokumentoval problematiku histiocytóz. Jedná se o vzácná onemocnění s velkou biologickou variabilitou a širokým spektrem klinických projevů, která vycházejí z mononukleárních buněk histiocyto-makrofágového systému. U 80 % jedinců dochází k postižení skeletu, 30–60 % kůže a 15 % plic, dále mohou být zasaženy lymfatické uzliny, játra, slezina, gastrointestinální trakt, hematopoetický systém, endokrinní systém, centrální nervová soustava, vzácně pak ledviny a pankreas. „Tato onemocnění postihují všechny věkové skupiny, více než polovina se však vyskytuje u dětí do 15 let, mírně převažují chlapi. Nejčastější jednotkou u dětí je histiocytóza z Langerhansových buněk, dříve označovaná jako histiocytóza X,“ upřesnil doc. Mottl s tím, že ve věku 5–15 let je častá kostní forma a u dětí do 2 let jde o systémové postižení. Histiocytózy jako nemoci různé biologické povahy se mohou dělit na:

- nemoci z dendritických buněk, kam patří histiocytóza z Langerhansových buněk (LCH), juvenilní xantogranulom, Erdheimova-Chesterova nemoc, solitární histiocytózy

s fenotypem juvenilního xantogranulomu, sekundární nemoci z dendritických buněk;

- nemoci monocyto/makrofágového systému, kam patří hemofagocytární lymfohistiocytóza, sekundární hemofagocytární syndromy (infekčního původu, spojené s malignitou, autoimunitní etiologie, ostatní), sinusová histiocytóza s masivní lymfadenopatií, solitární histiocytom s makrofágovým fenotypem.

Histiocytózy jako maligní onemocnění se mohou dělit na:

- nemoci z dendritických buněk, kam patří histiocytární sarkom;
- nemoci monocyto/makrofágového systému, kam patří leukémie (monocytární M5A a M5B, akutní myelomonocytární M4, chronická myelomonocytární), extramedulární monocytární tumor, histiocytární sarkom makrofágového původu.

„Histiocytóza z Langerhansových buněk je klonální nádorové onemocnění s velmi rozdílnou biologickou aktivitou na základě předpokládaných genetických mutací. Existuje hypotéza o genetické alteraci proliferace, regulaci buněčného cyklu nebo apoptózy u postižených buněk jako možných příčin vzniku LCH. Rovněž byla prokázána vysoká exprese proliferacího markeru Ki-67 u LCH – to znamená, že buněčný cyklus není blokován. Nicméně není vysvětlen nízký počet mitóz ve většině lézí při vysoké expresi Ki-67,“ vysvětlil doc. Mottl s tím, že buňky LCH jsou fenotypicky nezralé Langerhansovy buňky. Mezi jejich aktivační mechanismy se řadí klonální proliferace buněk LCH, která ještě nemá definitivní vysvětlení na molekulární úrovni, a dále zvýšená cytokinová produkce v ložiscích LCH, která brání jejich vyžívání. „Zatím nebyla zjištěna zásadní predispoziční změna v genetické výbavě, která by souvisela se vznikem histiocytózy z Langerhansových buněk. Zvýšený výskyt různorodých nádorových onemocnění u pacientů s LCH vede k úvaze o přítomnosti zatím neprokázaných genetických změn,“ doplnil doc. Mottl.

V současnosti platí pro LCH následující klasifikace:

- skupina 1 – multisystémové postižení zahrnující minimálně jeden rizikový orgán, tedy hematopoetický systém, játra, slezinu či plíce;
- skupina 2 – multisystémové postižení zahrnující rizikové orgány;
- skupina 3 – multifokální kostní postižení nebo speciální lokalizované postižení (intra-kraniální nebo intraspinální extenze).

jat



Očkování – na co metodika stačí a na co ne?

Již tradičně se v průběhu Kongresu primární péče uskutečnily i diskuse u Kulatého stolu ZN. První z nich byla v pátek 24. února věnována tomu, co motivuje, ale hlavně demotivuje praktické lékaře v současném systému očkování proti infekčním nemocem.

Na několika stranách není možné zachytit celý obsah půldruhodinové diskuse, která byla nesmírně obšírná. Není divu – na počátku letošního roku došlo v ČR k historicky největší změně v distribuci a úhradě vakcín. Očkovací látky pro pravidelná, tedy „povinná“ očkování již neplatí stát, ale zdravotní pojišťovny, do ordinací je zavázá jeden distributor a lékaři jejich aplikaci vykazují podle nových pravidel. K tomu se různí názory na způsob nákupu vakcín pro nepovinná očkování a hovořilo se i o jistých restech v oblasti očkování zvláštních a mimořádných...

Přinášíme proto jen výběr toho, co v diskusi zaznělo – celý přepis Kulatého stolu ZN zájemci najdou na www.zdravky.cz.

■ PROČ V LEDNU KLESLA SPOTŘEBA VAKCÍN?

MUDr. H. Cabrnchová: Musím bohužel upozornit na signály, že minimálně na začátku letošního roku došlo k poklesu spotřeby očkovacích látek. Víme, že někteří kolegové měli tendence předzásobit se, obávali se, jak systémem distribuce bude od ledna vypadat. To by vysvětlovalo pokles dodávek vakcín pro pravidelná očkování. U očkování nepovinných, hrazených z veřejného zdravotního pojištění, kam patří např. očkování proti pneumokokům, nás pokles zaráží. A konečně v oblasti nehrazených, tzv. nadstandardních očkování si pokles částečně vysvětlujeme tím, že se na lékaře v lednu naválila obrovská zátěž daná úplnou změnou celého managementu praxe. Uvědomte si, že dnes musejí lékaři evidovat každou dávku, což nikdy nedělali. Vědí, že musejí udělat skladovou evidenci k 31. prosinci, k 31. lednu, nově k 30. červnu, a oni se zákonitě bojí, co se stane, když jim jeden kus oproti vykázané dávce či skladu nebude sedět. K tomu si navíc nemohli být jisti, zda správně vykazují, protože neměli model, jak to mají dělat. Až koncem ledna přišlo rozhodnutí, že za tento měsíc mohou vykazovat ještě postaru. Situaci je třeba co nejrychleji stabilizovat, protože minimálně jedna kohorta oč-



MUDr. Michael Vít, Ph.D., náměstek MZ pro ochranu a podporu veřejného zdraví – hlavní hygienik ČR; prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., předseda České vakcinologické společnosti ČLS JEP; doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP; MUDr. Hana Cabrnchová, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP; MUDr. Ludmila Macháčková, oddělení ambulantních zdravotnických zařízení VZP ČR; Mgr. Jirí Matějček, VZP; Ing. Jaromír Gajdáček, MBA, prezident SZP ČR; MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR; MUDr. Jana Uhrová, Sdružení praktických lékařů ČR

kování, která měla proběhnout v lednu, mohla být pod dojmem této změny oddalována, což považujeme za velmi varující.

Prof. R. Prymula: Problém by to byl veliký, doufám, že to je zatím jen signál, který souvisí s dětskými nemocemi nového systému. Pokud by tomu tak nebylo, museli bychom dramaticky řešit, jak z toho ven. Bohužel je na tom dobře vidět, jaký dopad mohou mít technické věci na to, zda budeme v ČR schopni udržet adekvátní proočkovanosť. Neustále diskutujeme, jak by měl vypadat finální model. Z mého pohledu je problémem paralelní existence více systémů. Přitom platí, že čím jednodušší systém bude, tím vyšší bude i proočkovanosť.

MUDr. M. Vít: Informaci o poklesu spotřeby vakcín slyším poprvé, určitě ji musíme podrobit analýze a zjistit, jaký má pokles důvod. Já doufám, že jde jen o dětské nemocí systému. Když to porovnáte s diskusí, která se vede na Slovensku, tak díky bohu za to, že jsme v ČR našli rozumný kompromis. Jsem vděčen i za rozhodnutí ústavního soudu, před kterým se vedla diskuse, zda nepřekračujeme ústavní zákon tím, že u nás máme povinné očkování. I když určité anti-

vakcionalistické aktivity tu byly, jsou a budou, díky vzájemné spolupráci se nám je zatím třeba oproti slovenské vakcinologické scéně relativně daří zvládat.

■ V ČEM ZATÍM METODIKA SKŘÍPE...

MUDr. P. Neugebauer: Jednání na téma pravidelných očkování byla zahájena v červnu loňského roku, přesto nebyla ještě v prosinci ani zdaleka dokončena, lépe řečeno jsme s pojišťovnami neměli shodný názor na to, zda už jsme u konce, nebo ještě ne. Trochu nám kartami zamíchalo i ministerstvo tím, jakou vydalo novelu seznamu výkonů. Pojmenování některých z nich, které se týkají očkování, ani jejich definice nebyly v souladu s koncepcí metodiky. I proto se dodnes dohadujeme, jak který výkon vykazovat, kdy se ZULP a kdy ne, zda je to v souladu s vyhláškou, či ne. Podotýkám, že u tohoto kulatého stolu sedíme na konci února a stále jsou tu určité otazníky, s nimiž se snažíme bojovat.

MUDr. H. Cabrnchová: I s ohledem na nepovinná očkování se ukázalo být velmi



užitečné, že jsme na začátku všech jednání měli jasno v tom, jak má probíhat distribuce. Vycházeli jsme ze zkušeností se systémem, který jsme si odzkoušeli v případě očkování proti pneumokokům. Věděli jsme, že systém přímé distribuce je většinou lékařů přijímán bez problémů, ale že je i část lékařů, kteří by rádi měli alternativu. Jak má vypadat, o tom můžeme diskutovat. Musíme si ale uvědomit, že 1. dubna startuje v ČR nové povinné očkování proti HPV, které za dívky ve věku 13–14 let uhradí pojišťovna, a my dosud neznáme ani alternativní cestu distribuce, ani princip vykazování. Ve hře jsou dvě varianty, s tzv. signálním kódem a bez něho.

MUDr. P. Neugebauer: Legislativa má takový zvláštní zvyk, že se schvaluje vždycky ke konci roku, kdy mají všichni již myšlenky na Vánoce – a pak přijde těžké procitnutí. Na počátku letošního roku tedy nebyly číselníky, tím pádem ani aktualizace softwaru – to byla jedna z věcí, které nakonec vedly k tomu, že jsme se dohodli na lednovém vykazování postaru, jak byli kolegové zvyklí. Teď už je to lepší, ale problémy přetrvávají. Když řeknete praktickému dětskému lékaři, že u Prevenaru 13 si má při vykazování dávat pozor na rozdíl mezi políčky UHR1 a UHR2, je zmaten. Musí si zvykat na to, že úhrada je v tomto případě dvojnásobná. Buď je Prevenar 13 při použití ve zdravotní indikaci plně hrazen pojišťovnou distributorovi, nebo je úhrada ze zdravotního pojištění jen částečná a pacient doplácí rozdíl. S tím se budou nějakou dobu lékaři prát, protože jsou národem poměrně konzervativním a než si zvyknou na nějakou změnu, chvíli to trvá.

■ ... A BUDOU POJIŠŤOVNÝ TOLERANTNÍ?

Ing. J. Gajdáček: Já mohu slíbit, že pokud v souvislosti s vykazováním očkování vzniknou nějaké nepřesnosti, každá zaměstnavatelka pojišťovna se s tím nějak popere, problém se konzultuje a dořeší dodatečným doúčtováním. Od začátku jsme se jako Svaz zdravotních pojišťoven i ve spolupráci s VZP snažili o to, aby přechod na nový systém byl pro lékaře co nejjednodušší, a myslím, že se to i v té rychlosti podařilo. A že budou-li problémy, v žádném případě neohrozí občany ČR, a už vůbec ne děti, ale že to budou jen technické záležitosti, které se, dejme tomu do konce 1. čtvrtletí, vyřeší.

MUDr. L. Macháčková: Také vnímáme problémy, ale daří se je zvládnout. Snahou pojišťoven je postupovat jednotně a dávat

dostatečné informace, které jsou průběžně projednávány se zástupci sdružení praktických lékařů pro děti a dorost i pro dospělé. Pokyny k postupu vykazování jsme měli na internetových stránkách již koncem ledna. Vráťím se k Prevenaru 13 a UHR1, UHR2. Věděli jsme, že to bude dělat problémy, ale zavedení těchto kolonek vyplynulo ze situace. Snažili jsme se postup lékařům vysvětlit, jak nejlépe jsme uměli, a nadále je informujeme prostřednictvím našich krajských koordinátorů. Máme zpětnou vazbu, že dotazů je denně několik desítek.

■ OČKOVÁNÍ ZVLÁŠTNÍ A MIMOŘÁDNÁ

MUDr. M. Vít: Pro účely mimořádných očkování dnes na dodávky očkovací látky proti virové hepatitidě B nemáme uzavřenu smlouvu s distributorem. Souvisí to s protikorupčními opatřeními pana ministra, ve výběrovém řízení byl jediný uchazeč, proto bylo zrušeno a museli jsme je vypsát znovu. Přitom jsme opakovaně v připomínkovém řízení k návrhu zákona o veřejných zakázkách žádali, aby z něj vakcinace byla vyjmuta. Bakterii nebo virus přece nezajímá, jestli něco musí 30 dní viset na úřední desce, my musíme očkovat teď! Jak mám té malé bestii říct „prosím tě, počkej, ještě neútoč, protože nemáme ukončeno výběrové řízení...“ S kolegou náměstkem Noskem a s představiteli zdravotních pojišťoven proto zahájíme diskusi, zda by se systém neměl vyprecizovat tak, že i to zvláštní a mimořádné očkování by se hradilo ze zdravotního pojištění. Jednalo by se asi o 15 miliónů korun ročně, takže myslím, že bychom se mohli nějakým rozumným způsobem domluvit.

Mgr. J. Matějček: Legislativa je jasná, mimořádná ani zvláštní očkování teď úhradě ze zdravotního pojištění nepodléhají. Asi si dokážu představit legislativní změny, které by nastolily možnou úhradu. Ale stále tu máme okruh cizinců, který by podle mne nějaká jednoduchá legislativní změna nevyřešila. Zdravotní pojišťovny by pak musely hradit za někoho, kdo není jejich pojištěncem, a to je zásadní problém.

MUDr. H. Cabrnchová: V Národní imunizační komisi jsme se na téma cizinců alespoň pokusili poukázat. Veškerá data jsou centralizována v clearingovém centru, jehož správou bylo pověřeno Národní referenční centrum. My informaci o tom, že očkujeme cizince, předáváme státu, který má v Národním referenčním centru mini-

mální, ne-li nulovou roli. Čelíme technické chybě, která vyplývá z 10dávkového balení vakcíny Infanrix Hexa. První myšlenka byla, že každou jednotlivou vakcínu pro cizince označíme distribuci, technicky se to ale ukázalo být nemožné, protože bychom museli požádat SÚKL o rozdělení balení. Dohodli jsme se, že pokyn pro lékaře bude znít: spotřebujte vakcíny tak, jak je dostáváte, informaci o tom, že jste očkovali cizince v souladu s pokynem, který vydalo ministerstvo, předejte státu. Stát slíbil, že se postará, aby duplicitně informoval distributora, a měl by tutéž informaci také předat clearingovému centru, aby i pojišťovny měly jistotu, že v rámci vyúčtování nehradí vakcíny, kterou má distributorovi zaplatit stát. Jak vidíte, technicky jsme si s tím poradili.

■ KŘIVKA SMĚŘUJÍCÍ DO PEKEL

Doc. S. Býma: Jsme velice rádi, že systém u praktických pediatrií funguje, díky tomu máme méně práce u kohorty lidí ve věku 18 a více let. Kdyby se zhroutil, ovlivnilo by to zdraví celé populace i výkonnost a konkurenceschopnost naší ekonomiky. Vše, co tu bylo řečeno, více méně platí i pro všeobecné praktické lékaře. V odborné oblasti nemáme sporu – vydali jsme doporučené postupy a rozeslali je všem ordinacím praktických lékařů, máme očkovací kalendáře, dokonce i v kapesní verzi, proběhlo několik desítek seminářů na téma očkování, bylo vyškoleno 1000 lidí... Jenže systém, to je i spousta tzv. technikálií. Bohužel právě ty to někdy celé zablokují. Lékaři, kteří jsou o smyslu očkování přesvědčeni a chtějí očkovat, narážejí na bariéry, ať skutečné či domnělé, a pro očkovanost populace není taková, v jakou bychom doufali.

MUDr. J. Uhrová: Souhlasila bych s tím, že by bylo dobré, kdyby byl systém jednotný. Dobře to fungovalo, dokud všechno hradil stát. Kontrolovaly to hygienické stanice, byl přehled a administrativa jednoduchá. Už když se před pár lety na pojišťovny přesunulo hrazení očkování proti chřipce, nastal chvílemi až neuvěřitelný chaos. Změnil se číselník, takže nebylo možno zajišťovat vakcínu způsobem do té doby obvyklým, začaly se divoce měnit ceny, od ledna do září se dohadovalo s pojišťovnami, jakým způsobem bude úhrada prováděna... To zákonitě pro očkovanost prostě snížit muselo. Vítám, že tady pan prezident Svazu zdravotních pojišťoven, a myslím, že i paní doktorka z VZP, prohlásili, že nám nebudou



Rada poskytovatelů žádá novelu reformních zákonů o službách

Lékaři a nemocnice žádají novelu reformních zákonů o zdravotních službách a specifických zdravotních službách. Ministr Leoš Heger (TOP 09) ale chce počkat s novelou několik měsíců, až jaké problémy ukáže praxe, pak by udělal technickou novelu.

Lékaři a nemocnice žádají novelu reformních zákonů o zdravotních službách a specifických zdravotních službách. Je v nich prý plno nejasností, lékařům a nemocnicím komplikují život. Ministr Leoš Heger (TOP 09) ale chce počkat s novelou několik měsíců, až jaké problémy ukáže praxe, pak by udělal technickou novelu. Zaznělo to na úterním jednání Rady poskytovatelů (péče).

„Sdělili jsme panu ministrovi dlouhou řadu výhrad k zákonům a dozvěděli se, že není pro překrotnou novelizaci. Zatímco lékařům a pacientům zákon komplikuje život, pan ministr je spokojený, že si mohl odškrtnout, že má hotovou reformu,“ řekl ČTK prezident České lékařské komory Milan Kubek.

O brzkou novelizaci žádá také občanské sdružení Platforma zdravotních pojištěnců. Vypracovalo pro ministerstvo několikabodový seznam, co se má změnit. Jde například o požadovaný souhlas rodičů s léčbou dítěte. Lékaři se údajně obávají léčit děti, u nichž nemají souhlas obou rodičů. Rada poskytovatelů jednala dnes také o elektronické preskripci, tedy předepisování léků přes internet. Podle Kubka nepřinesl projekt žádnou přidanou hodnotu lékařům ani pacientům, proto se do něj lékaři nezapojují. „Je šokující, že to, k čemu spěje celý vyspělý svět, tedy elektronizaci, lékařská komora sabotuje,“ řekl ČTK první náměstek Marek Ženíšek (TOP 09).

Na Radě poskytovatelů padla i zmínka o platěch v nemocnicích. Regionální nemocnice platy nezvýšily, prý na to nemají od zdravotních pojišťoven peníze. Podle Kubka si platy budou muset vyřešit zaměstnanci sami. „Buď se smíří s tím, že je vláda podvedla, nebo si peníze vybojují jako před rokem,“ naznačil. Premiér Petr Nečas (ODS) odborářům slíbil kontroly v nemocnicích, zatím se neuskutečnily. Odbory tvrdí, že ministerstvo kontroly sabotuje. Náměstek Petr Nosek ČTK řekl, že ministerstvo oslovilo všechny nemocnice, nechtěly poskytnout data. „Ministerstvo kontroly nesabotuje, je vstřícné. V memorandu je závazek lékařů o zvyšování efektivnosti, nemocnice si ale nechtěly dát růst efektivnosti zkontrolovat,“ uvedl.

Zdroj: N. Myslivcová, ČTK, 11. 4. 2012

komplikovat život s vykazováním ani za leden, ani za únor. Protože to, jak se změnila metodika, jakými kódy se co vykazuje, co je se ZULP a co bez něj, představuje pro lékaře opravdu komplikaci. A to dokonce ještě dnes dostávají doktoři od pojišťoven, dokonce od různých poboček té samé pojišťovny, rozdílné informace o tom, jak mají vykazovat. Prosila bych tedy o toleranci, protože jakmile se nám začnou vracet neproplacené výkony s tím, že byly špatně vykázány, entuziasmus praktických lékařů očkovat to zase sníží.

Prof. R. Prymula: Křivka proočkování populace proti chřipce přitom v ČR směřuje do pekla. Naprosto souhlasím s tím, že vykazování a úhrady by měly být u všeobecných praktických lékařů co nejjednodušší.

V Národní imunizační komisi přemýšlíme i o tom, zda v zájmu zjednodušení nevytvořit třeba jiný model očkování proti tetanu. Ruku na srdce, když zapátráte v minulosti, vzpomněli byste si, kdy jste byli naposledy přeočkováni? Chtěli bychom to trochu unifikovat, např. aby se přeočkovávalo v 25 letech, ve 40 letech atd. Ale to nepůjde bez diskuse s pojišťovnami.

PROČ OTEVÍRAT ALTERNATIVNÍ CESTU?

MUDr. H. Cabrnocová: Nám všem, všeobecným praktickým lékařům i pediatrům, je společné téma nepovinných očkování. Týká se už zmiňované chřipky, ale také pneumokoků a od 1. dubna nově vakcíny proti HPV. Vnímáme, že kolegové, kteří se zapojili do přímé distribuce a vykazování Prevenaru 13 a už se s ním nějakým způsobem sžili, zdaleka nejsou připraveni nastoupit tutéž cestu i u HPV. Navíc máme asi 10 procent ordinací, které se prostě do přímé distribuce vakcín proti pneumokokům z různých důvodů zapojit nechtějí. Co asi řeknou rodičům? Že mají problémy s objednáváním a financováním? Ne, řeknou jim, že je toto očkování zbytečné. Nechceme, aby se tato situace opakovala s nástupem očkování proti HPV. Zejména když objem financí, které lékaři budou muset do vakcíny investovat, je téměř dvojnásobný oproti pneumokokům, a přitom nemáme jistotu, jak se bude vyvíjet platební morálka zdravotních pojišťoven. Čili my potřebujeme, aby lékaři v primární péči byli pro veřejnost garanty toho, že očkování je bezpečné a odborně správné, aby vakcinaci dělali propagaci, a ne aby byli zatíženi existenčními starostmi a komplikacemi.

Pro ty, kteří se chtějí jako podnikatelé zapojit, musí existovat stávající systém přímé distribuce. Těm ostatním nabídneme alternativní cestu. Jednou z možností je využít lékárny, ale tím stoupne míra marže, proto se tomu v úhradovém systému brání jak zdravotní pojišťovny, tak stát. Druhou variantou je, že by lékař měl právo vybrat si, zda chce, zjednodušeně řečeno, vykazovat ZULP za peníze, nebo za nulu. Ale pak musíme mít pro jednání k dispozici i distributora, aby řekl, zda lze takovou cestu směrem k pojišťovnám s využitím clearingového centra použít. Chci tím dokázat, že máme návrhy, jenom potřebujeme, aby nás všechny někdo oficiálně svolal, a řešení může být během měsíce na stole.

DOMÁCÍ ÚKOL (NEJEN) PRO HLAVNÍHO HYGIENIKA

Prof. R. Prymula: Rád bych připomněl ještě jednu věc, která je poměrně citlivá. I u nás už probíhá řada kauz, ve kterých jsou po zdravotnických zařízeních za odškodnění požadovány částky v mnoha miliónech až desítkách miliónů. Jsou země, které pokud mají model povinného očkování, mají i centrální fond pro odškodnění případných poškození zdraví, případně tato odškodnění vyplácí stát. Za něco podobného bych se velmi přimlouval, mohu si to dovolit z odborného hlediska. Samozřejmě se to nemusí líbit ministerstvu ani pojišťovnám, ale myslím si, že když praktického lékaře nutíme, aby očkovoal, měli bychom mu poskytnout oporu, aby se nebál případných následků u soudu.

Ing. J. Gajdáček: Zrovna letos v lednu jsme kvůli přerozdělení museli rozpustit zajišťovací fond zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. To, o čem hovoří prof. Prymula, by se z něj určitě krýt dalo, ty peníze tam ležely zbytečně asi deset let, teď už ta možnost není, bohužel. Musíme vytvořit něco nového.

MUDr. M. Vít: Rád bych Zdravotnickým novínám za tento Kulatý stůl poděkoval. Osobně si z něj odnáším několik podnětů. Za prvé: musíme rozumně vyřešit otázky týkající se vakcín proti hepatitidě B. Za druhé: pro kolegu náměstka Petra Noska mám podnět k diskusi o alternativní distribuci očkovacích látek. A za třetí: pro další jednání Národní imunizační komise by stálo za to nechat si udělat právní rozbor toho, jak v cizině fungují fondy odškodnění.

jak



Ze světa odborné literatury...

■ Glukokortikoidy v léčbě novorozeneckého mekoniového aspiračního syndromu

Mekoniový aspirační syndrom je novorozenecké onemocnění s komplexní patofyziologií. Mekonium indukuje plicní edém, zánět a vazokonstrikci. Mekoniový aspirační syndrom (MAS) je příčinou respirační morbidity a mortality u termínových i potermínových novorozenců. Jeho incidence se pohybuje kolem jednoho až dvou případů na 1000 porodů. Klinický obraz je velmi variabilní, od středního stupně tachypnoe po život ohrožující respirační selhání asociované s plicní hypertenzí. Tento syndrom může mít také následky na bronchiální reaktivitu, dráždivý kašel a další patologii. I když na jedné straně ventilační podpora, léčba surfaktantem nebo oxidem dusným pokročila, terapeutické možnosti v rámci protizánětlivých léků a vazodilatátorů nejsou zcela dořešeny.

Vlastní patogeneze (MAS) je nyní posuzována jako komplex mezi individuálními patogenními mechanismy. Ve vlastní akutní fázi nemoci mekonium obturuje dýchací cesty. Mekonium v alveolech inaktivuje surfaktant a spustí zánět – změny viskozity a ultrastruktury surfaktantu, pokles hladiny surfaktantového proteinu a akcelerace konverze jeho plochy do méně aktivních substancí. Obě frakce mekonie, ve vodě rozpustné (obsahuje bilirubin, žlučové kyseliny a enzymy) a lipid solubilní (obsahující volné tukové kyseliny, žlučové kyseliny, cholesterol, triglyceridy), ale narušují plicní funkce mnohem více.

Mekonium je složka přitahující neutrofilů, zvyšující jejich počet v plicích již za několik hodin. Mekonium je i zdroj pro zánětlivé mediátory, jako je IL-1,6,8, TNF, dále může indukovat zánět stimulací oxidace v neutrofilech a makrofázích. Aktivací makrofágů a uvolňováním cytokinů může stimulovat adhezi neutrofilů na endotelium. Tento proces je usnadňován komplementem. Mekoniová aspirace je asociována s plicní vazokonstrikcí z hypoxie nebo z uvolňovaných substancí. Přítomnost mekonie v amniotické tekutině může být příčinou ischemických změn v plicích, umbilikální krvi a v placentě. Postnatální mekoniová instilace zvyšuje plicní arteriální tlak a vaskulární rezistenci.

Mechanismus účinku glukokortikoidů:

Kortisol, největší endogenní kortikoid, je secernován v kůře nadledvin. Jen malá část je volná, metabolicky aktivní je vázána

na proteiny. Denní produkce kortisolu se pohybuje kolem 20 mg a může stoupat na 300 mg denně. U dětí a adolescentů je denní produkce kortisolu 6,8 mg/m²/den. Je možné používat hydrokortison, který je syntetickým ekvivalentem kortisolu a užívá se při anafylaxi a angioedému. Pokud se týká protizánětlivého efektu, prednison je 4× silnější a dexamethason 30× silnější. Hydrokortison může být užíván v substituční terapii, může ale také potencionovat dysbalanci tekutin a elektrolytů. Podle některých prací subkutánní podávání hydrokortisonu po mekoniové instilaci zlepšilo stav.

Prednisolon má nízkou mineralokortikoidní aktivitu a silnou protizánětlivou složku. Podání prednisolonu ve standardní dávce 2 mg/kg hmotnosti zlepšilo plicní výměnu. Methylprednisolon má podobný efekt.

Uspadňuje maturaci fetální plíce. Užívá se v dávce 0,5 mg/kg váhy. Experimentální podání dexamethasonu u pokusných zvířat výrazně zlepšilo plynovou výměnu a plicní complianci.

Dále se zkoušel budesonid (Pulmicort) intratracheálně za 30 minut po experimentální instilaci mekonie. Léčba působila protiedematózně, protizánětlivě a zlepšovala výměnu plynů. U 32 novorozenců s MAS podaný budesonid zkrátil dobu hyposaturací i dobu pobytu a přitom nebyly popisovány žádné vedlejší efekty. Zkrátil i dobu pobytu na kyslíku.

Kombinace s další léčbou: autoři používali intravenózní dexamethason v jednotlivé dávce během prvních 5 hodin života před bronchoalveolární laváží užívaného beractantu. To se jim jevílo jako přínosnější než aplikace surfaktantu v dané indikaci. Jiní zkoušeli teofylin s N-acetylcysteinem nebo terbutalinem. Jiní pak s efektem používali intratracheální budesonid s intravenózním podáním aminophyllinu.

Eur. J. Pediatr. 2011;170:1495–1505

■ Mozkový absces zapříčiněn *Lactococcus lactis cremoris* u dětí

Lactococcus lactis cremoris je velmi řídký patogen dětského věku. Je to komensál mukokutánní plochy u koček, zřídka se vyskytuje na mukokutánních plochách u člověka, zvláště pak u imunokompromitovaných jedinců. Ve své kazuistice uvádějí autoři 19měsíční dívku, která byla přijata s teplotou

a zvracením. V anamnéze bylo požití syrového mléka v 6 měsících věku. Fyzikální vyšetření bylo v normě, pacientka ale byla letargická. Hodnoty CRP se pohybovaly kolem 100 mg/l. Na CT mozku nalezena 3 cm velká léze v pravé temporální oblasti. Nález byl sugestivní na mozkový absces. Na neurochirurgii byl aspirován purulentní materiál. Obtíže pacientky se velmi rychle zmenšily po neurochirurgické drenáži. Kultivačně nalezeny gramnegativní koky. Dítě dostávalo ceftriaxon, metronidazol a vankomycin. V kultuře vyšel *Lactococcus lactis cremoris*, což je anaerobní grampozitivní kok. Všechny výtěry byly negativní, imunoglobuliny v normě. 6. den hospitalizace byl metronidazol zastaven a 12. den hospitalizace byl ceftriaxon zaměněn za meropen. Léčba meropenem a vankomycinem trvala měsíc. Zůstalo jen malé ložisko encefalomalacie. Požití syrového mléka mohlo hrát určitou roli. Autoři se však domnívají, že absces se vyvinul z tympanické kavity při čištění ucha v 6 měsících věku. Není známo standardní léčení tohoto mikroba. Autoři se domnívají, že zde došlo k narušení mukozálního mechanismu zřejmě asi i v kombinaci s požíváním nepasterizovaného mléka.

Eur. J. Pediatr. 2011;170:1603–1605

■ Může intravenózní colistin léčit ventilačně asociovanou pneumonii efektivně v novorozeneckém věku?

Autoři referují o léčbě 13 pacientů novorozenecko-kojeneckého věku intravenózním užitím colistinu. U 11 z nich byla dg. pneumonie asociovaná s ventilační podporou. Tyto závěry jsou v kontrastu s nedávno publikovanou studií o zkušenostech s užíváním colistinu v aerosolu pro léčbu *Acinetobacter baumannii* u 8 novorozenců. Otázkou je, jak s penetrací colistinu do plicního parenchymu. Někteří tvrdí, že colistinová hladina nemohla být detekována v bronchoalveolární tekutině po intravenózní aplikaci, byla však detekována v plicní tkáni. Na testech jiní dokumentují, že nebulizovaný a intravenózní colistin může zvýšit koncentraci v plicích. Užívání aerosolové formy pak je spíše nastavbou v léčbě.

Eur. J. Pediatr. 2011;170:1355–1356

Ve spolupráci s firmou Mucos Pharma připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.



Aktuality...

Pediatři by chtěli vybírat poplatky nebo přidat od pojišťoven

Pediatrům by se líbilo, kdyby mohli znovu vybírat regulační poplatek. ČTK to ve středu řekl předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Pavel Neugebauer. Pediatři očekávali, že po zrušení regulačních poplatků za děti do 18 let jim zdravotní pojišťovny začnou platit víc za léčení.

Pediatrům by se líbilo, kdyby mohli znovu vybírat regulační poplatek 30 korun za ošetření nemocného dítěte. ČTK to ve středu řekl předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Pavel Neugebauer. Pediatři očekávali, že po zrušení regulačních poplatků za děti do 18 let jim zdravotní pojišťovny začnou platit víc za léčení.

O něco se sice platby zvýšily, pokryjí ale jen zhruba třetinu toho, co měli pediatři z výběru poplatků. Další zvýšení plateb je podle pojišťoven v současné ekonomické situaci nemožné.

„Byla spousta diskusí při zavádění regulačních poplatků. V první fázi jsme měli obavy, že tím vznikne konfliktní prostředí, protože když matka jde s dítětem k lékaři, bude vnímat placení jako bariéru. Ve skutečnosti se to nestalo,“ řekl Neugebauer.

Po zavedení poplatků naopak rodiče, kteří přivedli s nemocným dítětem i zdravého sourozence, přestali požadovat, aby lékař vyšetřil i zdravé dítě. Museli by totiž platit za vyšetření dvakrát. Časové zatížení lékařů kleslo, měli víc času věnovat se nemocným dětem.

„Po zrušení regulačních poplatků, což považuji spíše za politické rozhodnutí než věcné, se dřívější zvyk dát vyšetřit i zdravé dítě zase vrátil a časové zatížení lékařů stoupl,“ řekl šéf pediatrů.

Sdružení podle něj dlouhodobě jedná s ministerstvem o možné kompenzaci. Zhruba polovina pacientů průměrné ordinace je nemocných, polovina přijde na prevenci. Za prevenci se poplatek nikdy nedával.

Za ošetření nemocného dítěte ano, praktičtí dětské lékaři tak měsíčně k průměrnému příjmu od zdravotních pojišťoven kolem 100 000 korun vybrali zhruba 6500 korun.

Kompenzace zrušených poplatků tím, že se změnil „věkové indexy“, nahradila lékařům 38 procent této částky. „Z mého pohledu bychom kompenzaci přivítali, nicméně nepředpokládám, že za současné ekonomické situace a diskusí kolem ekonomiky státu by se to stalo,“ řekl Neugebauer.

Podle mluvčího ministerstva Vlastimila Sršně kompenzovaly lékařům ztrátu zdravotní pojišťovny, které částku považují za dostatečnou. „Zvýšení úhrady mezi roky 2009 a 2010 bylo téměř o 63 miliónů korun,“ uvedl mluvčí.

Zdroj: N. Myslivcová, ČTK, 21. 3. 2012

Zákon o zdravotních službách platí i bez prováděcích vyhlášek

Jak může zákon o zdravotních službách od 1. dubna 2012 platit, když k němu dosud nejsou vydány prováděcí vyhlášky? ptá se čtenář Medical Tribune. Na jeho dotaz odpovídá právník ČLK Mgr. Miloš Máca.

Vydání prováděcích vyhlášek není podmínkou platnosti a účinnosti zákona. K tomu, aby byl zákon platně přijat, stanoví podmínky

Ústava České republiky (zákon č. 1/1993 Sb.). Podmínkou platnosti je absolvování zákonodárného procesu popsaného v člancích 39 až 50 Ústavy ČR (zjednodušeně = schválení oběma komorami parlamentu za přesně popsaných podmínek v Ústavě ČR), podpis předsedy vlády, předsedy poslanecké sněmovny a prezidenta republiky podle článku 51 a vyhlášení tohoto zákona ve Sbírce zákonů ČR podle článku 52 Ústavy ČR. To vše se v rámci zákona o zdravotních službách stalo.

Je otázkou, zda zejména schvalovací zákonodárný proces probíhal ústavně konformně, to je jeden z bodů, které nyní zkoumá Ústavní soud ČR. Nicméně do doby rozhodnutí Ústavního soudu ČR o případné neplatnosti jsou splněny podmínky pro to, aby zákon vstoupil dnem 1. 4. 2012 v účinnost, a nic na tom nemění ani skutečnost, že k zákonu dosud nejsou vydány prováděcí vyhlášky.

Tyto prováděcí vyhlášky totiž tak či tak mohou ministerstva podle článku 79 odst. 3 Ústavy ČR vydávat pouze na základě zmocnění zákonem, nikoliv automaticky bez existence zákona, který k vydání vyhlášky příslušné ministerstvo zmocní. I v případě zákona o zdravotních službách jde tedy o běžný postup zakotvený Ústavou ČR, tedy nejprve musí vstoupit v platnost zákon a posléze je teprve možné vydávat vyhlášky.

Otázkou samozřejmě je, že vydání takových vyhlášek může trvat libovolně dlouhou dobu. Známe několik případů, kdy po celou dobu existence zákonného ustanovení nebyla vyhláška vydána vůbec (např. personální vyhláška dle zákona o péči o zdraví lidu).

Takové vyhlášky jen upřesňují (tzv. provádějí) postup podle jednotlivých zákonných ustanovení. Nejsou však podmínkou platnosti zákona. V praxi to znamená, že jestliže je pro aplikaci určitého paragrafu zákona potřeba prováděcí vyhlášky, která tzv. určí, jak se má v tomto ohledu postupovat.

Není-li taková vyhláška dosud vydána, znamená to leda, že toto ustanovení není možné momentálně v praxi aplikovat a bez přesnějších pokynů stanovených vyhláškou užívat, avšak rozhodně to neznamená, že by absence vyhlášky činila neplatným určité zákonné ustanovení či snad celý zákon.

Zdroj: Mgr. M. Máca, www.tribune.cz, 22. 3. 2012

PŘEHLEDNĚ: Zdravotnictví se od dubna výrazně mění. Podívejte se jak

Duben přinese do zdravotnictví řadu novinek, v platnost vstupuje hned trojice reformních zákonů. Pacienti budou mít například větší práva na informace a budou si moci určit, za jakých okolností chtějí být léčeni. Léčbu pak ale budou muset dodržovat. Co všechno se změní? Portál iDNES.cz sestavil přehled změn, které Čechy čekají.

Větší práva pacientů

Pacient má oproti dřívějšímu nárok na veškeré informace o svém zdravotním stavu a o poskytované léčbě. Lékař mu musí vysvětlit zákrok včetně jeho následků a umožnit mu nahlížet do zdravotnické dokumentace. Současně ale pacient může požádat, aby mu lékař některé podrobnosti o jeho zdravotním stavu naopak vůbec nesdělil.

Pokud pacienta čeká závažný výkon, může se o něm a o své diagnóze poradit s dalším lékařem. Konzultaci pak zaplatí pojišťovna.



Opatření má vést k větší jistotě nemocných a k prevenci případných chyb. Při ošetření mají lidé nárok na přítomnost svých blízkých. Mohou si ale vybrat i jiné osoby, které chtějí mít při zákroku u sebe. Každý si také může určit, kdo má právo na informace o jeho zdravotním stavu a může nahlížet do jeho dokumentace.

Předem vyslovené přání

Pacient si může určit, za jakých okolností chce být léčený. Nově zavedený institut „předem vysloveného přání“ umožňuje nemocným stanovit, jaké zákroky chtějí nebo nechtějí do budoucna podstoupit v případě, že nebudou schopni o nich sami rozhodnout. Přání s úředně ověřeným podpisem bude platné pět let a bude možné je kdykoliv změnit.

„Zákon obsahuje také pojistku proti eutanázii. Dříve vyslovené přání totiž nelze respektovat, pokud by vedlo k aktivnímu ukončení života pacienta, tedy pokud by nabádalo například k odpojení od přístrojů nebo podání smrtelné dávky léků,“ doplnil náměstek ministra zdravotnictví Martin Plíšek.

Novinky v péči o děti

Lékař od dubna nemůže provádět dítěti zákroky bez souhlasu jeho rodičů. To neplatí při neodkladné akutní péči. Doktor se musí ptát na názor na léčbu i dítěte, pokud je s ohledem na svůj věk schopné ji posoudit a vyjádřit se k ní. Názor se musí zaznamenat do dokumentace, stejně jako jakýkoliv kontakt mezi zdravotníky a malým pacientem. S každým vážnějším zákrokem musejí od dubna souhlasit oba rodiče. To může zkomplikovat léčbu dětí z rozvedených rodin. Pokud není možné sehnat souhlas obou rodičů nebo pokud má dítě jiný názor na poskytnutí vážnějších služeb než jeho rodiče, oznámí to lékař soudu, který stanoví opatrovníka.

Pobyt v nemocnici

Děti mají také nárok na nepřetržitou přítomnost rodičů během ošetření nebo během hospitalizace v nemocnici.

Pacienti s postižením budou mít právo na to, aby u sebe při vyšetření nebo hospitalizaci měli vodícího nebo asistenčního psa.

Práva a povinnosti lékařů a nemocnic

Lékař může vypovědět pacienta z péče, pokud nemocný nedodrží léčbu, tedy například nebere léky nebo nechodí na dohodnuté kontroly. Pacient tak má poprvé zodpovědnost za své zdraví.

Lidé si mohou vybrat, kde chtějí být ošetřeni. Nemocnice nově smějí odmítnout pacienta jen výjimečně, pokud je v ohrožení života, tak nikdy. Za nedodržení těchto a několika dalších povinností by jim hrozila až milionová pokuta. Je to také poprvé, kdy zákon stanoví finanční sankce pro lékaře a nemocnice.

Pravidla pro umělé oplodnění, sterilizaci či kastraci

Zákon o specifických zdravotních službách nastavuje pravidla například pro sterilizaci, kastraci nebo pro asistovanou reprodukci.

Maximální věk pro umělé oplodnění je u žen nově 49 let. Dobrovolnou sterilizaci mohou ženy podstoupit od 21 let, ze zdravotních důvodů, například při rakovině, už od 18 let. Kastraci je možné provést mužům až od 25 let, a to z terapeutických důvodů. Nařídí ji lze sexuálním deviantům a mužům, kteří v minulosti spáchali násilný sexuální trestný čin a hrozí, že se jej mohou dopustit znovu.

Upravují se také pravidla pro anonymní dárce spermatu a vajíček. Ženy mohou vajíčko darovat od 18 do 35 let, muži se mohou stát dárci spermatu nejdříve v 18 a nejpozději ve 40 letech.

Sanitky a záchranáři

Záchranáři mají nově možnost vstupovat do cizích objektů a budou moci žádat pomoc od jiných lidí, například svědků dopravní nehody.

Nemocnice musejí zřídít kontaktní místa, která budou nepřetržitě ve spojení s operačními středisky záchranky.

Přibude čtyřicet stanovišť záchranné služby. Plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami vypracovaly kraje. Dojezdová doba se prodlužuje z 15 na 20 minut.

Zdroj: A. Brandejská, iDnes, 1. 4. 2012

Od dubna zdražují některé léky, od antibiotik po přípravky na bolest

Od dubna se zvyšuje cena několika stovek léků. Skončila totiž platnost takzvaného druhého Janotova balíčku, který dočasně snížil jejich ceny o sedm procent. Podle ministerstva zdravotnictví lidé zdražení nepocítí, podle lékárnické komory se ale o vyšší doplatky podělí pacienti a pojišťovny.

„Přestal platit takzvaný druhý Janotův balíček, který dočasně snížil ceny a úhrady léků, u kterých nestihl Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) dokončit revize. Nyní tedy dojde k opětovnému posunu ceny,“ řekl iDNES.cz mluvčí České lékárnické komory Aleš Krebs.

Dražší budou například antibiotika, léky na bolest nebo dezinfekce, podle Lidových novin (LN) si připlatí lidé s vysokým krevním tlakem, deprese, žaludečními vředy, cukrovkou nebo epilepsií.

První informace hovořily asi o třech tisících léků, ministerstvo zdravotnictví mluví jen o několika stech. „Číslo tři tisíce vyjadřuje počet kódů SÚKL, u kterých neproběhla revize. V těchto kódech jsou ale i léky, které se dávno nevyrábějí, nejsou distribuovány lékárnám a nikdo je neužívá. Reálné číslo je pouze 1 800 kódů, které jsou reálně obchodované,“ sdělil iDNES.cz mluvčí ministerstva Vlastimil Sršeň.

Kód přitom znamená variantu léku, přičemž lék má i desítky variant – různé velikosti balení a různou sílu. „V praxi to znamená, že se nejedná o tisíce, ale jen o několik set léků,“ dodal Sršeň.

Minimální dopady pro pacienty

Zdražení se podle něj pacientů nedotkne, pocítí ho jen pojišťovny. Kromě cen se totiž zvýší i úhrady, tedy to, kolik za léky platí zdravotní pojišťovny. „Pokud byl lék bez doplatku, měl by bez něj tedy zůstat i nyní,“ řekl k tomu Krebs. Podle jeho slov by ale kvůli vyšším doplatkům mohli doplácet i pacienti. Částka by se přitom rozložila mezi ně a pojišťovny.

Také podle SÚKLu budou dopady pro pacienta minimální. „Důvody jsou tři – možnost doprodeje za nižší ceny, reálně obchodované ceny, které jsou často nižší, než jaký je stanovený horní limit, hlavně kvůli konkurenčnímu boji jednotlivých společností, a shodně sedmiprocentní zvýšení cen výrobce i úhrad ze zdravotního pojištění,“ sdělila iDNES.cz mluvčí ústavu Veronika Petláková.

Podle LN si lidé na doplatcích připlatí řádově koruny nebo desítky korun. Pojišťovny už změnu pocítí silněji, přijdou zhruba o tři čtvrtě miliardy.

SÚKL stále nestíhá revize, zbývá přecenit tři tisíce léků

Tzv. druhý Janotův balíček loni reagoval na to, že SÚKL nestíhal revize cen a úhrad léků, které je měly snížit. Ústav na začátku roku dokončil přečíslování 9729 léků, v asi třech tisících případech se ale výrobci, distributoři nebo pojišťovny odvolali, a tím se celá revize protáhla.

Odvolání musí posoudit ministerstvo zdravotnictví. Úředníci na to mají měsíc, v komplikovaných případech si mohou vzít až 60 dní. Někdy ale mají případ na stole i půl roku.

„Bohužel revize, které byly realizovány v předchozím období, stále běží podle staré právní normy, která umožňovala stranám zneužívat



institut odvolání k průtahům. Dá se říct, že toho hojně zneužívají jak zdravotní pojišťovny, tak výrobci a distributoři léků. V případě zvýšení úhrad se odvolávaly pojišťovny, v případě snížení cen a úhrad se odvolávali výrobci," uvedl mluvčí Sršeň.

Nyní se však takto už odvolávat nelze, zákon podobné praktiky neumožňuje. „Zákon ale platí na revize, které začnou až po 1. prosinci 2011. Nelze jej využít retroaktivně," upřesnil mluvčí. Dubnové zdražení přitom není jediné, se kterým se čeští pacienti musejí vypořádat. Od ledna už ceny vzrostly o čtyři procenta kvůli vyšší DPH. Vyšší doplatky si ale lidé mohou započítávat do tzv. ročních ochranných limitů. Při překročení hranice pěti tisíc u dospělých a 2,5 tisíce u dětí a seniorů budou pojišťovny peníze vracet.

Zdroj: A. Brandejská, iDnes, 2. 4. 2012

Změny pro pediatry – co na ně říkají?

Prof. MUDr. Jan Janda, CSc.,

předseda České pediatrické společnosti

Česká pediatrická společnost reprezentuje především pediatry činné v lůžkových zařízeních a specializovaných ambulancích službách, ale našimi členy jsou i praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD). Praktičtí pediatři už reagují na řadu paragrafů nového zákona, naše komentáře se tedy týkají především lůžkové péče na dětských odděleních/klinikách, částečně i specializované péče ambulantní, která však většinou nemá emergentní charakter. Nyní k některým bodům a situacím:

Souhlas obou rodičů. Zákonodárci výrazně komplikují situaci – víme, že řada dětí žije v rozvedených rodinách, kdy otec není s matkou dítěte v kontaktu, někdy žije i mimo ČR. Naštěstí pro zdravotníky je v zákoně formulace o bezprostředním ohrožení života, ale i zdraví dítěte (susp. meningitida ve 2 h ráno vyžadující potvrzení lumbální punkcí, ale i indikace neurgentních operačních výkonů a invazivních vyšetření, jako biopsie jater, ledvin, intervenční radiologie, radiální zátěž při komplikované diagnostice atd.). Jako absurdní se jeví požadavek informovat soud, pokud nezletilý pacient má v rámci diagnostiky a léčby jiný názor než zákonní zástupci (rodiče).

Vyšetření nezletilého pacienta bez přítomnosti rodičů. Vyšetření dítěte mladšího 15 let a kontakt s rodiči nutný, pokud nevědí, že dítě navštíví ordinaci PLDD – takové situace jsou běžné; dítě jeví příznaky nemoci ve škole, dorazí do ordinace PLDD, dg. je akutní tonsilitida – a rodiče jsou nedostupní. Teoreticky by pak pediatr nemohl napsat ani recept na antibiotika! Časově neomezený obecný souhlas k poskytnutí péče. Dobrý nápad, souhlas však bude mít PLDD a nikoli odborné ambulance, kde se např. objeví dorostenka u gynekologa! Povinnost informovat nezletilou osobu mladší než 15 let i starší o zdravotním stavu a diagnostických a léčebných opatřeních. Běžně se provádí.

Povinnost PLDD zajišťovat pohotovostní službu. Konečně se snad vyřeší situace, kdy primář dětského lůžkového oddělení byl pověřen krajem tuto službu zajišťovat, ale PLDD odmítali zapojení!

Obecně řečeno – zákon přináší řadu povinností zdravotnickému personálu s navýšením administrativy, která už je tak nadměrná. Přitom se nijak nezdůrazňuje, že za zdraví dětí a dorostu jsou především odpovědní jejich rodiče, a teprve potom pediatři! Dovedeme si představit, že agresivní rodiče za pomoci právníků mohou řadu paragrafů i zneužít. To pak povede k tzv. defenzivní pediatrii, kdy řadu diagnostických a léčebných úkonů budou pediatři provádět/resp. neprovádět nikoli proto, že by to považovali za racionální, ale aby se vyvarovali možných právních důsledků.

MUDr. Štefan Hrunka,

praktický lékař pro děti a dorost, Chlumec nad Cidlinou

Od 1. 4. 2012 nás čekají zásadní změny, u nichž mnozí z nás ještě netuší, co všechno to bude obnášet, nebo spíše ani nechtějí věřit. Je to velký zvrat směrem k „papírové válce“. Vyšetřovat budeme 5 minut a 25 minut budeme vysvětlovat, podepisovat – úřadovat. Hůř na tom budeme i my, i rodiče. K různým zdravotním úkonům budeme muset mít souhlas obou rodičů (leckdy je problém, že do ordinace přicházejí s dětmi prarodiče, a sehnat v jeden den oba rodiče bude nadlidský výkon). Starší ročníky kolegů a kolegyně zvažují, zda za daných podmínek pokračovat, mladí lékaři nemají zájem do téhle džungle vstupovat. Když něco funguje, a primární péči nám záviděl svět, tak do toho vstoupí politici s nesmyslnými úpravami. Věřme, že v brzké době zvítězí zdravý rozum a vše se urovná.

MUDr. Pavel Neugebauer,

předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.

Na četných jednáních a seminářích k nové legislativě zaznívají ze strany předkladatelů četné argumenty obhajující předložené změny reformního balíčku zákonů. Mezi nejzásadnější pak řadí včlenění pravidel Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, čili zakotvení výrazně vyšší ochrany a práv pacienta. Ovšem způsob, který byl zvolen, vnímáme jako nešťastný, neboť především způsobí s největší pravděpodobností zhoršení dostupnosti zdravotní péče.

Administrativa. Správné vedení zdravotnické dokumentace je nově zakotveno pod sankcí, která může vést až k ohrožení existence příslušné ordinace. Právníci radí, čím více informací budete mít v písemné podobě, tím více se chráníte. Administrativa se tak stává často novou součástí výkonů, čímž se prodlouží jejich čas, čekací doby, sníží se počet ošetřených pacientů, prodlouží se objednávací doby.

Písemné souhlasy rodičů s výkonem. Právníci dnes nejčastěji tvrdí – pro nepovinná očkování je doporučeno mít v dokumentaci založený informovaný souhlas v písemné podobě, a to včetně rozsahu poučení. Hodně se diskutuje, kdy je nezbytný souhlas obou rodičů. Bohužel v zákoně o zdravotních službách je uvedeno, že se to týká zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života. Pokud by v textu nebylo slůvko „mohou“, byl by výklad mnohem jednoznačnější.

Použití donucovacích prostředků. Zákon jednoznačně konstatuje, že i úchop pacienta se do donucovacích prostředků počítá. Bohužel neříká, že by byly nějaké výjimky, ani neuvádí, kterých případů se týká. Naopak ale ukládá povinnost vše pečlivě zaznamenat ve zdravotní dokumentaci. Získání názoru pacienta přiměřeně k jeho rozumovým schopnostem. Asi nepůjde o kojence a batolata, ale u školních dětí už nastat problém může, a k čemu povede? Pokud bude tento názor v rozporu se zákonným zástupcem, bude rozhodovat opatrovník ustavený soudem. Institut opatrovníka je obecně zakotven v pediatrické části legislativy jako institut řešící názorové neshody. Neshody mezi rodiči, neshody mezi dítětem/teenagerem a rodiči. Povede to při znalosti rychlosti práce našich soudů ke zlepšení péče, či k její častější faktické nedostupnosti? Na to nechť si odpoví čtenář sám.

Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.,

soukromá pediatrická praxe, Kostelec u Křížků

Důvod k nějakým významným změnám nevidím. Informace. Vždy jsme rodiče informovali velmi podrobně a děti rovněž. Je důležité dětem nelhat, například: „Nebude to vůbec bolet...“ Je nutno dát jim informaci o tom, co se bude dít, samozřejmě s ohledem na to, čemu jsou schopny vzhledem k věku porozumět. Informujeme rodiče vždy oba, i když třeba jeden z nich s dítětem trvale nežije. Informace



osobám bez přímého příbuzenského vztahu k dítěti nepodáváme ani po telefonu, ani jinak. Informovaný souhlas. Zákon přímo neukládá žádné další povinnosti při výkonech, jež v praxi PLDD provádíme. Jde hlavně o očkování. Obavy, že i při pravidelném očkování bude zapotřebí písemného souhlasu obou rodičů, se ukázaly jako liché. To, že matka dítě k očkování přivede (přinese), je vlastně vyjádřením souhlasu. Nicméně možná bude užitečné k obvyklé větě v dokumentaci: „Dítě je zdravé, lze očkovat“ připojit: „Matka (otec) s očkováním souhlasí.“ Zásadně odmítáme ošetřovat děti bez doprovodu rodičů, kromě naléhavých situací mimo domov (v obci je základní škola i mateřská škola). Budeme se snažit v této praxi vytrvat, i když zákon je z tohoto hlediska „měkký“.

Zdroj: *Medical Tribune*, 5. 4. 2012

Pane doktore, naštvál jste mě, podejte mi vaši knihu stížností

Jak moc důstojně má vypadat sešit, kterému se bude říkat kniha přání a stížností? A má ležet jen tak na stole v čekárně vedle ordinace, nebo ho pro jistotu zavřít do šuplíku a pacientovi ho dát jen na přímé vyžádání? To jsou otázky, které tento týden mimo jiné řeší lékaři v ambulancích.

Nové zdravotnické zákony a vyhlášky, které začaly platit od 1. dubna, totiž vracejí do hry starou známou knihu přání a stížností. Lékaři si ji musejí povinně pořídít, jinak jim hrozí pokuta až padesát tisíc korun. A nebude to jen tak ledasjaký sešit: zápisky z knihy musí lékař pravidelně řešit a jednou ročně o tom podat referát příslušnému krajskému úřadu spolu s nevyřízenými stížnostmi. Do třiceti dnů má navíc lékař odpovědět i pacientovi, jak stížnost vyřešil, a tedy jak sám sebe potrestal.

„Velký problém v tom nevidím, ale pro lékaře to bude samozřejmě znamenat další nárůst administrativy a víc papírování,“ říká právník Jakub Uher, který radí praktickým lékařům. „Zákon vlastně ve věci stížností pacientů udělal z lékaře samotného něco jako prvoinstanční řízení. Teprve ve druhé fázi bude stížnost řešit krajský úřad,“ vysvětluje Uher s tím, že původní záměr byl dobrý: donutit lékaře a pacienta, aby spolu víc komunikovali o svých problémech a nezahltili každým nesmyslem úřady.

Potrestej se sám

Představa, jak sám sebe lékař potrestá, aby měl pacient radost, je však zvláštní. Pro pacienta to spíš znamená, že se řešení jeho stížnosti protáhne. Bude muset nejprve počkat, jak o sobě rozhodne lékař, na něhož si stěžoval. Až pak se stížnost případně posune dál. Podobně by měl podle právníka Uhra lékař řešit i interní hodnocení kvality a bezpečí ordinace. „Zdá se, že by si měl lékař sednout se sestrou a popovídat si u kafe, jak dobře to dělají, a pak o tom vytvořit zápis,“ krčí rameny právník. Podle něj také původně dobrá myšlenka nyní bude spíše jen dalším generátorem zbytečných papírů.

Další mírný zmatek do ordinací vnesou také ceníky. U každého lékaře by měly totiž viset v podstatě tři: jeden se seznamem nadstandardních výkonů, který bude veřejně přístupný, tedy na internetu či v čekárně. Papír musí lékař vyvěsit i tehdy, pokud žádný nadstandard neposkytuje s tímto prostým oznámením.

Druhý ceník má obsahovat seznam vybraných výkonů, které nejsou hrazené z pojištění, a které si tudíž pacient v ordinaci zaplatí hotově. U něj stačí, když bude přímo v ordinaci a pacient se s ním seznámí těsně před zákrokem.

„A třetí ceník jsou administrativní úkony jako razítka a potvrzení, který má být také veřejně přístupný,“ doplňuje Jakub Uher. Na papíry by si ostatně lékaři měli pořídít hodně velké nové skříně. Nové papírování totiž přineslo nutnost mít podepsané souhlasy obou rodičů při zákrocích u dětí, a to včetně nepovinného očkování. Souhlasy na léčbu budou muset navíc v mnohých případech pacienti podepisovat stále dokola, každý měsíc znovu.

„To se týká například chronické plánované péče. Tam totiž informovaný souhlas pacienta platí jen třicet dní. Takže když se někdo rok dva tři léčí třeba na dialýze, bude muset každý měsíc znovu dokolečka lékaři podepisovat, že ví, do čeho jde, a je si vědom všech rizik,“ popisuje prezident České lékařské komory Milan Kubek. Ministr zdravotnictví Leoš Heger už prohlásil, že by u zákonů mělo stačit řídit se zdravým rozumem. „Jenomže nestačí. Kdybychom se měli řídit zdravým rozumem, nemusíme mít zákony vůbec. Jediný, kdo u nás smí vykládat zákony, je soud,“ nesouhlasí s ministrem Kubek.

Lékaři tak v nejbližších týdnech a měsících budou notně zaměstnávat právníky. A zároveň ve svých ordinacích vysvětlovat pacientům, že všechny ty papíry vážně nutně potřebují, protože jim to pod vysokou pokutou ukládá zákon.

Zdroj: *L. Petrášová, Mladá fronta Dnes*, 8. 4. 2012

INZERCE

231 1-12

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost u **Českých Budějovic**. Bližší informace na tel.: 604 318 717

232 2-12

Prodám zavedenou dětskou lékařskou **praxi s.r.o. v Praze**, případně zaměstnám pediatra se spec.způsobností. Bližší informace při osobním jednání. Zn.: tel.: 728 316 743.

233 2-12

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost v **Brně**. Bližší informace na tel. 608 061 168

234 3-12

Prodám menší **praxi PLDD na jižní Moravě**. Bližší údaje osobně nebo mailem. Telefon 723 211 659

235 4-12

PLDD **hledá** do ordinace v **Ostravě zástup** na jeden den v týdnu. Kontakt 603 474 018.

236-4-12

Hledám zástup do ordinace dětského lékaře za dovolenou, **od 30. 7. 2012 na 2 až 3 týdny**. Zajistím ubytování a plat dle Vašeho požadavku. **Rekreační oblast Máchovo jezero**. Telefon 487 883 924, 736 407 136

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

Autodidaktický test 5/2012

Nefrologie

1. Funkci ledvinných glomerulů můžeme vyšetřit:

- a) stanovením acidifikační schopnosti ledvin
- b) stanovením clearance kreatininu
- c) sonograficky
- d) stanovením clearance inulinu

2. Za normální hodnotu glomerulární filtrace se považuje:

- a) 70–100 ml/min/1,73 m²
- b) 1,5–2,17 ml/s/1,73 m²
- c) 90–130 ml/min/1,73 m²
- d) do 80 ml/min/1,73 m²

3. Porucha glomerulárních funkcí ledvin se může projevit:

- a) hematurií
- b) poruchou acidifikačních schopností ledvin
- c) hypostenurií
- d) glykosurií

4. Mezi funkční vyšetření uropoetického systému řadíme:

- a) spirální CT
- b) stanovení sérové koncentrace C3 a C4 složky komplementu
- c) uroflowmetrii
- d) koncentrační test

5. Cystatin C je:

- a) syntetizován v ledvinných tubulech zejména při aktivaci zánětu, takže ho lze využít k vyšetření tubulárních funkcí zejména při pyelonefritidách
- b) syntetizován ve všech tkáních a vylučován výhradně tubulární sekrecí, takže ho lze využít k vyšetření tubulárních funkcí, nutno ale korigovat dle množství svalové hmoty
- c) syntetizován ve všech tkáních konstantní rychlostí nezávisle na věku dítěte, pohlaví, svalové hmotě či aktivaci zánětu, je vylučován glomerulární filtrací a následně reabsorbován proximálním tubulem, a proto jeho stanovení v séru je vhodné pro stanovení glomerulární filtrace
- d) syntetizován v cylindrickém epitelu močového měchýře v rámci cystitidy a je proto prvotním ukazatelem zánětlivé aktivity, a to často ještě před vznikem subjektivních potíží, a proto jeho detekci v moči lze kontrolovat zejména pacienty s recidivujícími infekcemi dolního segmentu močových cest

6. Při tubulopatiích dochází k poruše koncentračních schopností ledvin. Ranní moč zdravého dítěte vyšetřená ráno v ordinaci praktika hustoměrem (za podmínky, že v noci nepřijímá tekutiny) by měla mít hustotu vyjádřenou v g/litr alespoň:

- a) 980
- b) 1010
- c) 1028
- d) 1150

Sunar®

protože milujeme
naše děti

I naše děti
rostou
na Sunaru



Stejně jako my i naše děti si oblíbily kojenecké mléko Sunar. Nejvíce českých dětí vyrůstá právě na Sunaru*. Sunar má totiž nejen výbornou, přirozeně mléčnou chuť, ale obsahuje i všechny důležité látky potřebné pro jejich zdravý růst a harmonický vývoj:

- 24 vitaminů a minerálních látek
- Zvýšenou hladinu vápníku a vitamínu D pro silné kosti
- Prebiotika potřebná pro střevní mikroflóru
- Lahodnou, přirozeně mléčnou chuť

www.sunar.cz ☎ 800 201 102

*Na základě největšího prodaného objemu mléčné výživy v České republice podle AC Nielsen Czech Republic s.r.o. za rok 2011. Kojení je pro kojence nejlepší způsob výživy. Potravinu pro zvláštní výživu.



Invazivní pneumokoková onemocnění (IPO)

Sérotypy 1, 3, 5, 6A, 7F a 19A

- způsobilý 22 % všech IPO u dětí do 5 let věku v ČR v letech 2000 - 2010^{3,4,5,6}

Sérotypy 3, 6A a 19A

- způsobilý 12 % všech IPO u dětí do 5 let věku v ČR v letech 2000 - 2010^{3,4,5,6}

Nejširší pokrytí sérotypů ze všech pneumokokových konjugovaných vakcín^{1,2,3,4,5,6}

Sérotyp 19A
v mnoha zemích světa hlavní příčina IPO a AOM^{11,14}

Sérotyp 3
relativně častý původce pneumonií a AOM^{8,9,10,11}

Sérotyp 6A
častý sérotyp u nazofaryngeálního nosičství¹²

Sérotyp 1
častá příčina pneumonií, spojován s komplikovanými pneumoniemi^{7,8,9,10}

Sérotyp 5
původce invazivního pneumokokového onemocnění (především Afrika a Jižní Amerika)¹¹

Sérotyp 7F
spojován s vysokou úmrtností¹³

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

OCENĚN PŘESTIŽNÍ Prix Galien USA*

Medaile vyřtá mistrem Albertem Jaegrem, Grand Prix de Rome.

2011



Zkrácená informace o přípravku Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcal polysaccharide serotypes 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). *Konjugován s nosným proteinem CRM197 a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,125 mg). **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 5 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších. **Dávkování:** Imunizaci schéma přípravku Prevenar 13 by mělo být založeno na oficiálních doporučeních. **Kojenci ve věku 6 týdnů – 6 měsíců:** Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíce. Čtvrtá dávka se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Čiňte 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 ve věku 2–5 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Očkovací schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dle očkovacích přípravků Prevenar (7-valentní) (Streptococcus pneumoniae serotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F):** Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. **Děti ve věku 12–23 měsíců:** Děti, které dosud neobstaly dvě dávky přípravku Prevenar 13 v rámci očkovací série u kojenců, mají dostat dvě dávky vakcíny (s intervalem nejméně 2 měsíce mezi dávkami) k dokončení imunizační série pro šest dodatečných sérotypů. Akutizace je možná dokončit imunizační sérii podle oficiálních doporučení. **Děti ve věku 2–5 let:** Jedna samostatná dávka. **Dospělí ve věku 50 let a starší:** Jedna samostatná dávka. **Potřeba revakinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13** nebyla stanovena. **Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace,** pokud je použito 23 valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považováno za vhodné. **Prevenar 13** by měl být podán jako první. **Základní podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Předřívlost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na dílčí složky. Podobně jako u jiných vakcín a aplikací přípravku Prevenar 13 má být odloženo u jednotlivých akutních závažných onemocnění. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravenózně. Tato vakcína nemá být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potencionální přínos je větší než rizikem podání. Prevenar 13 chraňuje pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a ochraňuje proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zářít středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkované jedince před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dávkami vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa vpichu. **Těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokové 13 valentní konjugované 13 valentní konjugované vakcíny u těhotných žen. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patří ruce v místě vpichu, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost. U dospělých osob artralgie, myalgie, bolesti hlavy, průjem, vyrážka, zimnice, nevolnost, zardnutí v místě aplikace, indurace/otok v místě aplikace, bolest/předřívlost místa aplikace, omezená pohyblivost paže, srážení chuti k jídlu. **Předřívání:** Předřívání přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné zřídlem ke způsobu balení v předřívání injekční siffrakce. **Uchování:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předřívání injekční siffrakce s ochranným krytým hrotem. **Jedno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Wyeth Lederle Vaccines S.A., Rue de Banquet, 15, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgique. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-6. **Datum poslední revize textu:** 24.10.2011. **Výdej:** Léčivého přípravku je vzhledem k lékařskému předpisu. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti splňující podmínky dané zákonem č. 48/1987 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. SPC Prevenar 13, 2. SPC Synflorix, 3. Motlák J, Beneš Č, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v letech 2000-2006. *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* 57, 2008; 57: 14-21. 4. Motlák J, Beneš Č, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v letech 2000-2008. *Zprávy EM (SZÚ, Praha)* 2009; 18(6): 203-209. 5. Motlák J, Beneš Č, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v letech 2000-2008. *Zprávy EM (SZÚ, Praha)* 2010; 19(3): 66-77. 6. Motlák J, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v roce 2010. *Zprávy EM (SZÚ, Praha)* 2011; 20(2): 64-69. 7. Bechoed Z. Očkování proti pneumokokům. *Farmakoterapie* 2010; 6(3): 241-332. 8. Byington CL, Korganski K, Daly J et al. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 25: 250-254. 9. Kaplan SL, Benson WJ, Lin PL. *Pediatr Res* 2010; 125: 429-436. 10. Obandi I, Muñoz-Almagro C, Arroyo LA. *Emerg Infect Dis* 2008; Vol.14, No.9: 1390-1397. 11. Dinleyici EC, Yangic ZA. *Expert Rev Vaccines* 2009; 8(8): 977-986. 12. Zemlickova H, Jakubik V, Urbankova P. *Journal of Medical Microbiology* 2010; 59: 1079-1083. 13. Rückinger S, von Kries R, Sadler A, van der Linden M. *Pediatr Infect Dis J* 2009; 28(2): 118-22. 14. van Gils EJM, Verhoeven RH, Hak E. *JAMA* 2010; 304(10): 1169-1166.

* Galienova cena, snižovaná ve francouzštině jako Prix Galien, uděluje v roce 1989 významný farmaceut a farmakolog Roland Mehl. Ocenění Prix Galien bylo poprvé uděleno v roce 1970 ve Francii. Od roku 2007 pak Galien Foundation vyhláší jedno z nejvyšších ocenění ve farmaceutickém průmyslu ve Spojených státech.

Pfizer, spol. s r.o., Straubečnického 17, 150 00 Praha 6
tel.: +420 263 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz

www.prevenar13.cz



Přípravek je určen pouze pro zdravotní účely.

www.pfizer.cz

PR-201102-001