

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

únor 2022

číslo 2 • ročník 22



téma čísla

Výživa



- Metodika vyšetření a vykazování kódu 02036
- Zpráva o prvních předběžných výsledcích studie antropologických dat českých dětí v roce 2021
- Bezlepková dieta – legislativa, možná rizika
- Celostátní odborná konference Fóra zdravé výživy
- Hemateméza
- Atopický ekzém a jeho (ne)kortikoidní léčba
- Cenový předpis ministerstva zdravotnictví 1/2022/CAU



S láskou k přírodě a našim dětem



PŘÍRODNÍ SIRUP VYSOKÉ KVALITY



ERDOHerbal medový sirup obsahuje
přírodní složky rozpuštěné v medu ověřené kvality a původu.

- ✦ Extrakty z proskurníku a tymiánu pro zdravé dýchací cesty,
propolis a niacin pro normální stav sliznic.

Neobsahuje řepný cukr, alkohol, konzervanty a jiná aditiva. Doplněk stravy.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	- Cenový předpis ministerstva zdravotnictví 1/2022/CAU - Navýšení úhrady za účast na službách LPS u praktických lékařů - Změny úhrad zdravotnických prostředků pro inkontinentní pacienty od 1. 1. 2022 - eOčkování - Bonifikační výkony 99928 a 99929 k výkonu očkování proti onemocnění COVID-19 prodlouženy do 31. 3. 2022 - Stanovisko České vakcinologické společnosti ČLS JEP k přeočkování dětí ve věku 12 a více let proti onemocnění COVID-19 - Informace pro OČM – kontraindikace očkování - Ceftriaxon a možná neurotoxicita u pediatrického pacienta	
	Metodika vyšetření a vykazování kódu 02036	12
	MUDr. B. Procházka	
	Zpráva o prvních předběžných výsledcích studie antropologických dat českých dětí v roce 2021	13
	MUDr. Jan Melek	16
	Bezpečková dieta – legislativa, možná rizika	
	Celostátní odborná konference Fóra zdravé výživy	19
	MUDr. Marta Honzíková	
	Může být částečně hydrolyzovaná guarová guma alternativou laktulózy v léčbě zácpy u dětí?	24
	MUDr. et MUDr. Pavel Konrád	
	Atopický ekzém a jeho (ne)kortikoidní léčba	25
	MUDr. Martina Romanová	
	Hemateméza	30
	Aktuality	33
	Řádková inzerce	38
	Cenový předpis ministerstva zdravotnictví 1/2022/CAU	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINI

Dr Konrad Pharma

GSK

**Jihomoravské dětské
léčebny**

MSD

MUCOS PHARMA

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
telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

Redakce VOX:

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Redakční rada:

šéfredaktor
MUDr. Jiřina Dvořáková,

redaktor pro profesní část
MUDr. Ctirad Kozderka,

redaktor pro odbornou část
MUDr. Klára Procházková,

členové redakční rady
MUDr. Jiří Liška, CSc.,
MUDr. Ilona Hülleová,
MUDr. Jana Kulhánková,
MUDr. Kateřina Štichhauerová,
MUDr. Ivana Koleč.

Foto na titulní straně poskytl UNICEF

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2 200 výtisků. Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241. Redakce nezodpovídá za obsah článků. Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce. Nevyžádané podklady se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzercí a vložených tiskovin.



Vážené kolegyně a kolegové,

rok 2022 je již třetím rokem, kdy velkou část naší práce i našich soukromých životů ovlivňuje nový virus. Společně se snažíme s jeho přítomností vypořádat, a to s různými výsledky. Očkování, mimořádná opatření a jejich důsledky, karantény, izolace, distanční konzultace, omezování škol a mateřských školek, vydávání žadaneček, testování, potvrzování tzv. OČR a mnoho dalších „víceprací“ se již dávno stalo běžnou součástí našich pracovních dnů.

Mimořádná pracovní zátěž nás současně vede k většímu zájmu o vzájemnou komunikaci a spolupráci. Prakticky denně dostávám řadu dotazů na to, jak se s novými požadavky popasovat.

V této situaci nemám žádnou radost z toho, když se objevují nebo obnovují třetí místa spolupráce mezi pediatrií v primární péči a pediatrií v nemocnicích. I když je těchto třech míst málo, navenek

vytvářejí falešný obrázek rozdělené pediatrie, dvou táborů, které se prou a nespolupracují. To ale určitě není pravda.

Pediatrii v nemocnicích i pediatrii v primární péči spolupracují a spolupracují dobře, naše společné výsledky jsou toho jasným dokladem. Všichni jsme prošli prací v lůžkové péči a získali zde první, nejdůležitější profesní zkušenosti. Někteří v klinické pediatrii zůstali, věnují se intenzivní péči, neonatologii a dalším klinickým specializacím, řeší komplikované případy. Jiní přešli do primární péče, věnují se prevenci, očkování, posudkové péči, sociální pediatrii, a také pochopitelně diagnostice a léčbě. Právě v této oblasti úzce spolupracujeme – pediatrii v primární péči vyhledávají mezi desítkami dětí denně přicházejícími do ordinací ty závažně nemocné, které předávají do péče pediatrii na klinikách. Pediatrii v lůžkové péči potom předávají všechny pacienty, které z nemocnice propouštějí, do další péče pediatrii v primární péči. Užší spolupráci si snad ani nelze představit. Ani se neptám, zda si takovou spolupráci dovedeme představit bez vzájemné důvěry.

Chtěl bych, abychom společně důrazně odmítli jakékoli zpochybňování této spolupráce. Péče o naše dětské pacienty ji prostě vyžaduje. Není pravda, že se dětští lékaři v primární péči o své pacienty nestarají a že lékaři v nemocnicích za ně takovou péči suplují. Ano, v některých případech jsou ordinace PLDD tak přetížené, že někteří pacienti volí raději cestu večer do nemocnice. Bezpochyby jsou pacienti, u kterých se obtíže projeví večer či o víkendu a oni vyhledávají pomoc v nemocnici. Je to tak správně a jsme za to rádi. Naši kolegové v nemocnicích nám pomáhají s diagnostikou a léčbou našich pacientů a díky jim za to, určitě však nesuplují naši péči preventivní, posudkovou a další, a ani nás nenapadlo to po nich žádat.

Mnozí pediatrii v primární péči se podílejí na zajišťování pohotovostních služeb, jiní ne. Vnímáme, že je to téměř vždy podmíněno osobními, často i zdravotními limity PLDD, podmínkami, které poskytovatel LPS vytvoří, mezilidskými vztahy a dalšími okolnostmi. Jsme rádi, že společně zvládáme ve valné většině okresů dostupnost pohotovostní služby zajistit, a současně hodně zvažujeme smysluplnost a správnost její současné organizace.

Pediatrie je jen jedna, a současně již dávno není jen jedna. Všichni známe kolegy, kteří se věnují neonatologii, klinické pediatrii, intenzivní péči, dětské kardiologii či nefrologii a dalším specializacím, a kolegy, kteří se věnují pediatrii v první linii. Nechme nyní stranou, zda je specializační příprava pro výkon práce klinického pediatra a pediatra v primární péči nastavena správně, či ne. O tom budeme jednat i dál. Pediatrii v nemocnicích s PLDD spolupracují a my si této spolupráce, ve valné většině konstruktivní, přátelské, kolegiální a vzájemné, velice vážíme. Kolegiální spolupráce mezi pediatrií v nemocnicích a pediatrií v terénu je pozitivní stránkou našeho profesního života. Máme rádi pediatrii, máme rádi svou práci, těší nás poskytovat kvalitní péči našim pacientům a radovat se z toho, jak rostou a prospívají. Vybrali jsme si společně krásný obor.

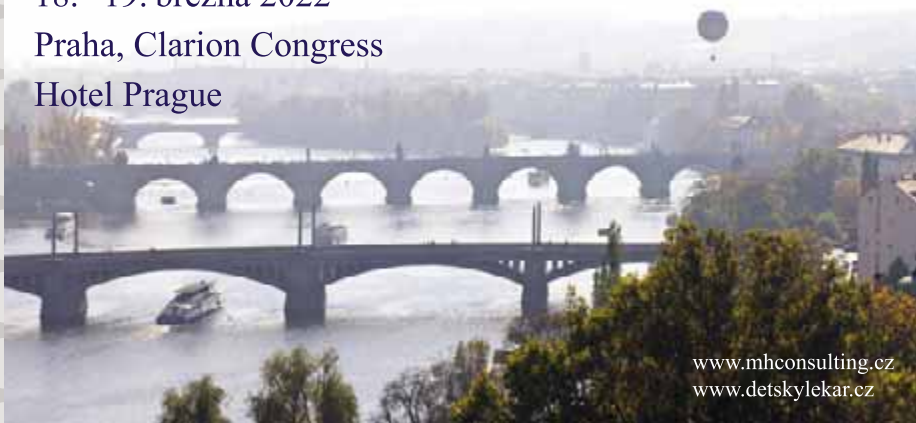
MUDr. Milan Cabrnach, MBA,
předseda regionu Praha



18.– 19. března 2022

Praha, Clarion Congress

Hotel Prague



www.mhconsulting.cz
www.detskylekar.cz



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Od počátku nového roku 2022 jsme nadále řešili výskyt covidu-19 v dětské populaci, byť díky volným dnům v době vánočních svátků se situace mírně zlepšila a nemocnost celkově klesla. Od 3. 1. 2022 přešla povinnost vypisování žádanek u pozitivně testovaných dětí ve školách na odběrová místa, školy dětem vystavovaly potvrzení o pozitivitě antigenního testu a rodiče nás měli informovat jen o potvrzení onemocnění PCR testem. Opatření bylo domluveno s předchozím ministrem Adamem Vojtěchem a snížilo nám počet telefonátů do ordinace zejména ve dnech, kdy se ve školách děti testovaly. Variantu delta viru SARS-CoV-2 postupně vytlačila nakažlivější varianta omikron viru SARS-CoV-2 a ukázalo se, že trasování selhalo i u dětí a nebylo v našich silách dodržet veškerá mimořádná opatření MZ ČR.

- Postupně se zapojovali další PLDD do očkování dětí ve věkové skupině 5–11 let, pokračovali v očkování starších 12 let včetně rodičů. Nicméně přes počáteční zvýšený zájem o očkování postupně zájem během ledna klesal. **Koncem ledna se již započalo jednat o rozvolnění protiepidemických opatření** a nezbývá než doufat, že se situace postupně vrátí do standardních kolejí a budeme děti rozdělovat na zdravé a nemocné, u nemocných pomýšlet na diagnózu covidové infekce a nebudeme zapomínat ani na další infekce, které se vracejí i díky pobytu dětí v kolektivech.
- Počátkem ledna byla vydána **aktualizovaná metodika provádění a vykazování očkování** v našich ordinacích, neboť došlo k významným změnám v úhradách očkování z veřejného zdravotního pojištění.
- **Během ledna jsme postupně uzavřeli jednání o individuálních cenových dodatcích** a opět jako jediná nedořešená zůstala Vojenská zdravotní pojišťovna. **Projednávali jsme se zdravotními pojišťovnami také zavedení dvou nových výkonů pro odbornost 002. Jedná se o sledování dětí s enurézou a časný**

záchyt očních vad u dětí předškolního věku.

- **Naplno se rozjela příprava Kongresu primární péče, který se uskuteční prezenčně v Praze ve dnech 18.–19. března 2022 v Clarion Congress Hotel.** S nadací SIRIUS finišovala příprava příručky pro PLDD k tzv. sy CAN. Tématu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte se budou také mimo jiné podrobněji a prakticky věnovat workshopy na tomto kongresu.
- **22. ledna 2022 odstartoval cyklus tradičních seminářů nazvaných „Management v ordinaci PLDD“,** letos opět distanční formou.
- Od počátku roku jsme se potýkali s **nedostatkem některých vakcín pro povinná očkování**, které nebyly dodány dle našich objednávek distribuční firmou Avenier, zejména jsme řešili nedostatek vakcíny Infanrix hexa, Adacel Polio a M-M-R-VAXPRO.

Většina jednání probíhala vzhledem k epidemické situaci distančně, ta nejdůležitější se konala prezenční formou.

4. ledna 2022 se uskutečnilo na půdě MZ ČR jednání Rady poskytovatelů,

kterou svolal nový ministr zdravotnictví prof. Válek. Uvítali jsme kontinuitu jednání a složení tohoto poradního orgánu.

9. ledna 2022 proběhlo mimořádné jednání Rady poskytovatelů distanční formou, tentokrát historicky poprvé v nedělním odpolední. Předmětem jednání bylo zejména testování zaměstnanců ve zdravotnických zařízeních.

12. ledna 2022 jsme se sešli v kanceláři Sdružení při natáčení přednášek pro letošní cyklus seminářů „Management v ordinaci PLDD“.

21. ledna 2022 se konalo distanční jednání Předsednictva SPLDD ČR.

22. ledna 2022 a 29. ledna 2022 věnovalo přes 400 PLDD svůj čas sledování přednášek sobotních webinářů nazvaných „Management v ordinaci PLDD“.

26. ledna 2022 jsme jednali na půdě VZP ohledně upřesnění vykazování edukačních očkovacích výkonů a nové metodiky záchytu očních vad u předškolních dětí.



www.detskylekar.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





Informace SPLDD

■ Cenový předpis ministerstva zdravotnictví 1/2022/CAU

ze dne 27. října 2021 o regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb, stanovení maximálních cen zdravotních služeb poskytovaných zubními lékaři hrazených z veřejného zdravotního pojištění a specifických zdravotních výkonů

Cenový předpis stanovuje podmínky pro cenotvorbu při poskytování zdravotních služeb. Předpis je rozdělen dle řešené problematiky v části II. do 6 oddílů:

- A. Maximální ceny zdravotních služeb
- B. Pevná cena bodu neodkladné zdravotní péče poskytované nesmluvními poskytovateli zdravotních služeb
- C. Pevné ceny zdravotních služeb pro účely výpočtu výše náhrady nákladů při čerpání zdravotní péče v zahraničí
- D. Věcně usměrněné ceny
- E. Regulace ceny testování na onemocnění COVID-19 pro samoplátce
- F. Náhrada cestovních nákladů

Pro naše praxe je důležitý **oddíl D**, který řeší **věcně usměrněné ceny**

1. **Věcně usměrněnou cenou** se podle tohoto cenového předpisu regulují:

- a) *ceny zdravotních služeb nehraných z veřejného zdravotního pojištění poskytnutých pojištěnci poskytovatelem zdravotních služeb,*
- b) *ceny zdravotních služeb nad rozsah neodkladné zdravotní péče poskytnutých pojištěnci nesmluvním poskytovatelem zdravotních služeb,*
- c) *ceny zdravotních služeb nad rozsah neodkladné zdravotní péče poskytnutých českému nebo evropskému občanovi, který není pojištěncem.*

Pro výpočet ceny regulované zdravotní služby může poskytovatel **nově volit ze dvou možností**

- a) **dle odstavce 4, tzn. dle kalkulačního vzorce:** minutová kalkulace * čas trvání zdravotní služby + spotřebované zvlášť účtované položky
- b) **dle odstavce 7.**

Dle odstavce 7 může poskytovatel zdravotních služeb cenu regulované zdravotní služby tvořit jako **součin počtu bodů** za zdravotní výkon podle vyhlášky č. 134/1998 Sb. odpovídající svým obsahem poskytované zdravotní službě a **hodnoty bodu stanovené**

pro tento zdravotní výkon pro zahraniční pojištěnce podle úhradové vyhlášky 2022. Ta je pro rok 2022 stanovena na **1,30 Kč**.

Poskytovatel zdravotních služeb při tvorbě ceny regulovaných zdravotních služeb některým zvoleným způsobem musí takto postupovat při tvorbě všech cen regulovaných zdravotních služeb, tzn. nemůže ceník sestavit kombinací obou způsobů.

PLDD, kteří testují nebo provádějí odběry na testy SARS-CoV-2, jistě zaujme i **oddíl E**, který **reguluje ceny testování na onemocnění COVID-19 pro samoplátce:**

V případě poskytnutí zdravotní služby za přímou úhradu a v souvislosti s diagnózami *U07.1 – COVID-19* nebo *U69.75 – Podezření na COVID-19* nebo za účelem vyloučení těchto diagnóz pojištěnci nebo českému nebo evropskému občanovi, který není pojištěncem, se reguluje:

1. maximální cenou ve výši **653 Kč bez DPH** zdravotní služba **detekce nukleové kyseliny SARS-CoV-2 pomocí metody PCR**,
2. maximální cenou ve výši 200 Kč bez DPH zdravotní služba **odběru biologického materiálu** jiného než krev na laboratorní vyšetření podle bodu 1, a
3. věcně usměrněnou cenou přeprava biologického materiálu podle bodu 2 do místa provedení zdravotních služeb podle bodu 1; do věcně usměrněné ceny lze promítnout pouze ekonomicky oprávněné náklady této přepravy doložitelné z účetnictví a zisk až do výše 10 % těchto nákladů, a
4. maximální cenou ve výši **201 Kč bez DPH** zdravotní služba **vyšetření na přítomnost antigenu viru SARS-CoV-2**, přičemž tato cena zahrnuje odběr biologického materiálu, jeho zpracování, testovací kit na antigenní test, vyhodnocení testu, spotřebované osobní ochranné prostředky a zápis do Informačního systému infekčních nemocí spravovaného Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Od 1. 1. 2022 dochází také k valorizaci v ohodnocení zdravotních výkonů pro sektor MPSV.

Lékařský nález – komplexní vyšetření zdravotního stavu osoby včetně vyplnění příslušného tiskopisu pro účely posouzení

zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení (*opakované komplexní vyšetření lékařem*) je ohodnocen 850 Kč (dosud byl za 689 Kč)

Lékařský nález – cílené vyšetření zdravotního stavu osoby včetně vyplnění příslušného tiskopisu pro účely posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení (*cílené vyšetření lékařem + 1 administrativní úkon*) má nyní hodnotu 428 Kč (dosud byl za 348 Kč).

Celý cenový předpis uvádíme ve středové příloze tohoto čísla Vox pediatríae.

■ Navýšení úhrady za účast na službách LPS u praktických lékařů

Stejně jako v minulém roce umožňuje všeobecným praktickým lékařům a praktickým lékařům pro děti a dorost navýšení úhrady za účast na službách LPS při splnění podmínek uvedených ve vyhlášce č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021.

Podmínky jsou uvedeny ve vyhlášce v tomto znění: „Poskytovateli v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost, který do **28. 2. 2022** předloží zdravotní pojišťovně za hodnocené období potvrzení poskytovatele, který *zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001 nebo 002 podle seznamu výkonů, účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle § 110 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, se zvýší roční úhrada o K*40 000 Kč, kde K je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba.*“

S ohledem na skutečnost, že je toto ustanovení součástí části A přílohy č. 2, která upravuje úhradu poskytovatelů v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost prostřednictvím kombinované kapitačně výkonové platby, **bude toto navýšení realizováno výhradně u poskytovatelů, kteří měli v roce 2021 platnou smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou a jsou hrazeni tímto úhradovým mechanismem.**



Jinými slovy, nárok na navýšení úhrady za LPS má každý poskytovatel, který má s pojišťovnou smlouvu na poskytování služeb v oboru všeobecného praktického lékařství nebo praktického lékařství pro děti a dorost, má podepsán úhradový dodatek na úhradu prostřednictvím kombinované kapitačně výkonové platby a doloží, že se prostřednictvím lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů, účastnil alespoň 10 lékařských pohotovostních služeb (tj. součet za všechny lékaře daného poskytovatele). Za LPS se přitom považuje služba ve všední den či ve dnech pracovního volna, která je poskytována mimo pravidelnou ordinaci dobu. Nehledě na počet hodin LPS se vždy v jeden den bude jednat o jednu službu.

Pokud byly služby poskytovány u více poskytovatelů LPS v různých krajích, je nutné doložit potvrzení od každého poskytovatele LPS s jednoznačným označením kraje, ve kterém byly služby LPS poskytovány, a služby se sčítají (součet musí být nejméně 10). Pokud by byl lékař nositelem výkonů u více poskytovatelů (byl by zaměstnán u více poskytovatelů primární péče) a odsloužil by požadovaný počet LPS (alespoň 20 služeb v případě dvou poskytovatelů), může uplatnit více poskytovatelů nárok na výplatu této bonifikace.

Pro realizaci navýšení je rozhodující, že lékař doloží potvrzení, že se zúčastnil 10 služeb LPS, kterou organizuje kraj, tj. u poskytovatele LPS, který má na poskytování LPS uzavřenou smlouvu s krajem, resp. je organizací LPS pověřen. Není rozhodující, v jaké formě lékař LPS sloužil (zda ve vlastní ordinaci, či na základě smlouvy s jiným poskytovatelem zdravotních služeb). Avšak potvrzení předložené zdravotní pojišťovně jako podklad pro realizaci navýšení úhrady musí obsahovat tyto náležitosti:

- Identifikaci všeobecných praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří LPS poskytovali, včetně počtu služeb, který odsloužili.
- Identifikaci poskytovatele v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost, u něhož je/jsou lékař/i, který/kterí LPS poskytoval/i, nositeli výkonů, neboli identifikaci poskytovatele, kterému má být navýšení úhrady vyplaceno.
- Identifikaci poskytovatele, pro kterého byla LPS poskytnuta.
- Označení kraje, ve kterém byla LPS poskytnuta.

Koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji

kraj / ZP	VZP	VoZP	CPZP	OZP	ZPS	ZPMV	RBP
Hlavní město Praha	0,6	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
Jihočeský	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
Jihomoravský	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
Karlovarský	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Kraj Vysočina	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Královéhradecký	0,6	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0
Liberecký	0,7	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Moravskoslezský	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,3
Olomoucký	0,4	0,1	0,4	0,0	0,0	0,1	0,0
Pardubický	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Plzeňský	0,6	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Středočeský	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Ústecký	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Zlínský	0,6	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1

- Potvrzení formuláře poskytovatelem, pro kterého byla LPS poskytnuta.
- Prohlášení poskytovatele, pro kterého byla LPS poskytnuta, o tom, že poskytuje službu dle § 110 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Bez těchto náležitostí nebude potvrzení považováno za úplné a navýšení úhrady nebude realizováno.

Potvrzení je možné zaslat přednostně elektronicky (e-mailem, datovou schránkou, portálem atp.), případně písemně.

Oproti předchozím rokům musí poskytovatel, který požaduje úhradu dle výše uvedeného, doložit potvrzení smluvním zdravotním pojišťovnám nejpozději do **28. února 2022**.

Na celkové úhradě se podílejí jednotlivé zdravotní pojišťovny dle koeficientu K vyjadřujícího poměr jejich pojištěnců v konkrétním kraji, v němž je poskytována lékařská pohotovostní služba.

Změny úhrad zdravotnických prostředků pro inkontinentní pacienty od 1. 1. 2022

Zdravotnické prostředky (ZP) absorpční pro inkontinentní pacienty předepisuje smluvní lékař pojišťovny odbornosti GER (geriatrie), GYN (gynekologie), CHI (chirurgie), NEF (nefrologie), NEU (neurologie), PED (pediatrie), PRL (praktický lékař), URN (urolog) na poukaz.

Nově pak od 1. 1. 2022 i odbornosti SDP (sestra v domácí péči) a SLO (sestra v lékařských oborech). Odbornost souvisí s konkrétním typem ZP, podrobněji uvádí

Úhradový katalog VZP – ZP. Nárok na předpis vzniká při splnění indikací od 3 let věku pojištěnce pouze při prokázání patologické inkontinence.

Odborný lékař je povinen písemně informovat praktického lékaře, v jehož péči je inkontinentní pojištěnec, o provedeném vyšetření a jeho výsledcích, v případě preskripce pomůcek i o ZP a jejich množství, které pojištěnci předepsal.

ZP absorpční pro inkontinentní pacienty mohou být předepsány na poukaz nejvýše na dobu 3 měsíců (tzv. maximální preskripce). Tato maximální preskripce je možná pouze u pacientů se stabilizovanou inkontinencí, u kterých je předpoklad účelného využití celého množství předepsaných ZP.

Indikací pro předpis absorpčních ZP je inkontinence, která je dělena do tří stupňů dle závažnosti postižení:

- **I. stupeň** – mimovolní únik moči nad 50 ml do 100 ml (včetně) v průběhu 24 hodin
- **II. stupeň** – mimovolní únik moči nad 100 ml do 200 ml (včetně) v průběhu 24 hodin + fekální inkontinence
- **III. stupeň** – mimovolní únik moči nad 200 ml v průběhu 24 hodin + smíšená inkontinence

Z prostředků veřejného zdravotního pojištění je pojišťovnou vždy hrazeno **maximálně 150 kusů/měsíc**, a to:

- u I. stupně inkontinence nejvýše do 449,65 Kč/měsíc
- u II. stupně do celkové výše 900,45 Kč/měsíc
- u III. stupně do celkové výše 1 699,70 Kč/měsíc.



Zásadní změnou je **spoluúčast u pacientů s inkontinencí I., II. i III. stupně**. Pro I. stupeň platí spoluúčast ve výši 15 %, v II. stupni činí výše spoluúčasti 5 %, nově je od 1. ledna 2022 zavedena spoluúčast u pacientů ve III. stupni inkontinence, která je ve výši 2 % z ceny prostředku.

U inkontinenčních podložek platí možnost čerpání pro inkontinentní ve III. stupni se spoluúčastí 25 % z ceny.

Spoluúčast pojištěnce, tj. **doplatky stanovené zákonem, se vybírá vždy, a to již od prvního vydaného kusu**. Není tedy v žádném případě možné např. vydat pojištěnci menší množství kusů, než bylo lékařem předepsáno, a kompenzovat tím výši doplatku.

Na konečnou cenu se v případě spoluúčasti pojištěnce a pojišťovna až do vyčerpání případného limitu vždy skládají ve stanoveném poměru, kdy z reálné ceny pojištěnce zaplatí svou spoluúčast a pojišťovna zaplatí zbytek. Jde tedy o poměr, v jakém si mezi sebe rozpočítají reálnou cenu. Pokud je spoluúčast pojištěnce 15 procent, je třeba od ceny balení odečíst 15 procent, to zaplatí pojištěnec, a zbytek, 85 procent ceny balení, zaplatí pojišťovna (čili složí se v poměru 85/15). Pokud spoluúčast je 5 procent, je poměr 95/5, u inkontinence III. typu je poměr 98/2.

Platí ten limit, kterého pacient dosáhne při čerpání těchto pomůcek dříve – buďto finanční, nebo kusový.

Veškeré potřebné informace jsou k dispozici v Číselníku VZP – Zdravotnické prostředky, který je včetně související metodiky dostupný na www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky

■ eOčkování

Znovu upozorňujeme, že od 1. 1. 2022 je nová povinnost pro všechny lékaře, kteří provádějí jakékoliv očkování, zaznamenat očkování do systému eOčkování, který spravuje SÚKL. V období I. pololetí roku 2022 je s MZ domluveno bezsankční období, doporučujeme se se systémem seznámit a začít ho používat již nyní. Protože nebyl systém k dispozici v pilotní verzi, objevují se některé problémy teprve při „tvrdém“ provozu. Pokud zjistíte technické problémy v systému eOčkování (nikoliv ve Vašem lékařském SW), prosíme o předání této informace do kanceláře SPLDD. Optimální by byl nejen popis chyby, ale připojení PrintScreenu obrazovky s připojeným popisem chyby. Opodstatněná hlášení předáme na příslušný útvar SÚKL.

■ Bonifikační výkony 99928 a 99929 k výkonu očkování proti onemocnění COVID-19 prodlouženy do 31. 3. 2022

Dne 28. 1. 2022 vešlo v účinnost novelizované Organizační opatření VZP ČR č. 20/2021 v souvislosti s onemocněním COVID-19 způsobeným virem SARS-CoV-2. V souladu se Strategií očkování proti nemoci COVID-19 probíhá očkování proti onemocnění COVID-19 kromě dalších poskytovatelů zdravotních služeb též v ordinacích

- smluvních poskytovatelů v odb. 001 – všeobecný praktický lékař;
- smluvních poskytovatelů v odb. 002 – praktický lékař pro děti a dorost;
- smluvních nelůžkových poskytovatelů jednotlivých ambulantních lékařských odborností, kteří se do procesu očkování zapojili.

Pro účely vykazování provedeného očkování proti onemocnění COVID-19 je umožněno poskytovatelům vykazovat VZP výkony, které jsou uvedeny v Organizačním opatření VZP ČR č. 56/2020.

Za účelem zvýšení proočkovanosti proti onemocnění COVID-19 a s ohledem na zvýšenou časovou náročnost edukace pacientů v souvislosti s očkováním proti onemocnění COVID-19 byly pro období od 1. 12. 2021 do 31. 12. 2021 s následným prodloužením do 31. 1. 2022 a nyní nově s další prolongací do 31. 3. 2022 zavedeny tyto bonifikační výkony:

1) Bonifikace smluvních praktických lékařů (odb. 001/002) a smluvních nelůžkových poskytovatelů jednotlivých ambulantních lékařských odborností za očkování proti onemocnění COVID-19 – aplikace 1. nebo posilující dávky očkování 99928 – (VZP) BONIFIKACE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ A AMBULANTNÍCH SPECIALISTŮ ZA OČKOVÁNÍ PROTI COVID-19 – APLIKACE PRVNÍ NEBO POSILUJÍCÍ DÁVKY

- výkon je určen pro smluvní poskytovatele v odb. 001, 002, v dalších lékařských odbornostech ambulantní specializované péče
- úhrada bonifikačního výkonu 99928 je stanovena ve výši 113 Kč
- výkon se vykazuje spolu s výkonem očkování proti onemocnění COVID-19 dle použité očkovací látky, a to pouze v případě:
 - aplikace první dávky očkování;
 - aplikace posilující dávky očkování (zpravidla 3. dávka očkování v případě

dvoudávkového schématu, resp. posilující dávka v případě jednodávkového schématu);

- v případě praktických lékařů lze výkon vykázat u jím registrovaného i u neregistrovaného pojištěnce
- o nasmlouvání výkonu poskytovatelé odb. 001 a 002 nemusejí žádat – nasmlouvání do Přílohy č. 2 Smlouvy bude probíhat automaticky

2) Bonifikace smluvních praktických lékařů (odb. 001/002) za očkování proti COVID-19 ve vlastním sociálním prostředí 99929 – (VZP) BONIFIKACE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ ZA OČKOVÁNÍ PROTI COVID-19 VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ

- výkon je určen pro smluvní poskytovatele v odb. 001 a v odb. 002
- úhrada bonifikačního výkonu 99929 je stanovena ve výši 500 Kč
- k výkonu nelze vykazovat bonifikační výkon 99928
- výkon se vykazuje spolu s výkonem očkování proti onemocnění COVID-19 dle použité očkovací látky
- dále je umožněno vykázat výkon návštěvy praktického lékaře u pacienta a přepravní výkon č. 10 – Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě
- výkon lze vykázat v případě očkování u registrovaného i neregistrovaného pojištěnce ve vlastním sociálním prostředí pacienta bez ohledu na pořadí dávků očkování
- o nasmlouvání výkonu poskytovatelé odbornosti 001 a 002 nemusejí žádat – nasmlouvání do Přílohy č. 2 Smlouvy bude probíhat automaticky

■ Stanovisko České vakcinologické společnosti ČLS JEP k přeočkování dětí ve věku 12 a více let proti onemocnění COVID-19



ČESKÁ VAKCINOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP

12. ledna 2022

Na základě žádosti Ministerstva zdravotnictví vydala Česká vakcinologická společnost ČLS JEP (ČVS) stanovisko k aplikaci dodatečných třetích dávek osobám ve věku 12 a více let.

Existují dvě různá použití možných dodatečných dávek vakcín proti onemocnění



COVID-19. Aplikace dodatečné, třetí dávky u osob plně očkovaných, po prvních základních dávkách vakcíny v případech, kdy počáteční imunitní odpověď po základním schématu by nemusela být dostatečně účinná (například u imunosuprimovaných pacientů) nebo aplikace posilovací dávky (booster) vakcíny u ostatních plně očkovaných osob, u kterých hrozí oslabení imunity v čase a možný kontakt s novými variantami viru (varianta omicron SARS-CoV-2 viru). Posilující dávky se podávají z důvodu postupného poklesu ochranného účinku imunity po vakcinaci a poklesu účinnosti očkování v čase.

Dvoudávková primární série mRNA vakcíny (Comirnaty, Spikevax) proti onemocnění COVID-19 u 12–15letých dětí poskytuje vysokou ochranu proti symptomatické infekci COVID-19, hospitalizaci, multisystémovému zánětlivému onemocnění (MIS-C) a úmrtí. Účinnost očkování po primovakcinaci u adolescentů ve věku 12–15 let je vysoká, ale v čase klesá a je pravděpodobně negativně ovlivněna novou variantou omicron SARS-CoV-2 viru. Dostupné studie potvrzují, že u osob ve věku ≥ 18 let je účinnost po primovakcinaci nižší u varianty omicron ve srovnání s variantou delta. Aplikace dodatečné, posilovací (booster) dávky zvyšuje titry virus neutralizačních specifických protilátek a účinnost očkování u osob ve věku ≥ 18 let. Odhady účinnosti očkování proti onemocnění variantou omicron u dospívajících ve věku 12–15 let nejsou dosud dostatečně známy, ale aplikace posilovací dávky velmi pravděpodobně zvyšuje účinnost očkování a ochranu před onemocněním. Dosavadní dostupná data nenaznačují větší bezpečnostní rizika u posilovacích dávek vakcíny Comirnaty (Pfizer-BioNTech) u dětí ve věku 12–15 let než u věkově starších osob.

Podání jednotlivé posilující (booster) dávky **doporučujeme** pro všechny dospělé od 18 let věku a navrhujeme **umožnit** podání také pro děti ve věku 12 a více let, které mají ukončené základní schéma, a to v těchto intervalech:

- nejdříve 5 měsíců po ukončení základního 2dávkového schématu mRNA vakcínami (pro osoby ≥ 12 let věku),
- nejdříve 3 měsíce po ukončení základního 2dávkového schématu vakcínou Vaxzevria společnosti AstraZeneca (pro osoby ≥ 18 let věku),
- nejdříve 2 měsíce po očkování 1 dávkou vakcíny společnosti Janssen (pro osoby ≥ 18 let věku).

Posilující (booster) dávky jsou indikovány také u osob, které dostaly dodatečnou (třetí) dávku vakcíny. Interval se v tomto případě počítá od dodatečné (třetí) dávky vakcíny.

Pro posilující dávku je možné použít kteroukoli očkovací látku. Doporučujeme preferenčně používat mRNA vakcíny. U osob s kontraindikací mRNA vakcín se použije vektorová vakcína. V případě použití očkovací látky Spikevax společnosti Moderna doporučujeme jako posilující použít 1/2 dávky (0,25 ml).

U dětí 12 a více let doporučujeme pro přeočkování použití pouze vakcíny Comirnaty společnosti Pfizer a BioNTech. Pro použití vakcíny Spikevax společnosti Moderna pro posilující dávku u dětí není dosud dostatek údajů.

Přeočkování dětí by mělo být vždy prováděno na základě zhodnocení individuálního přínosu a rizika pro dané dítě. Za zásadní pro doporučování očkování zůstává priorita primovakcinace dosud neočkovaných osob, včetně dosud neočkovaných dětí.

K tomuto stanovisku se také připojila Česká pediatriká společnost ČLS JEP (ČPS) a odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP (OSPDL).

- ČPS stanovisko ČVS projednala dne 20. 1. 2022 a toto stanovisko podpořila a odsouhlasila v části přeočkování dětí ve věku 12 a více let.
- OSPDL stanovisko ČVS projednala dne 27. 1. 2022 a toto stanovisko podpořila a odsouhlasila.

■ Informace pro OČM – kontraindikace očkování

10. 1. 2022

Základní pravidlo: V případě aplikace očkovací látky proti nemoci COVID-19 je nezbytné před každým podáním očkovací látky posoudit aktuální zdravotní stav očkovaného jedince a řádně odebrat anamnézu zaměřenou na bezpečnou aplikaci vakcíny.

Očkování po prodělání onemocnění COVID-19: podání jakékoli dávky očkování proti COVID-19 lze podat, jakmile odezní příznaky onemocnění, resp. po vypršení izolace (dle toho, která situace trvá déle). Doporučená doba pro podání očkovací látky je mezi 3–6 měsíci od prodělání onemocnění COVID-19, nicméně pokud si osoba přeje dávku podat, nemá jí být jakkoliv bráněno. Kontraindikace očkování proti COVID-19 jsou trvalé nebo dočasné:

Trvalé kontraindikace

- **Závažná alergická reakce (např. anafylaxe) po předchozí dávce vakcíny nebo na jakoukoli složku vakcíny**
 - Detailní složení každé vakcíny lze dohledat v „Souhrnu údajů o přípravku (SPC)“, nejčastěji v bodě 2 a 6.1 (D). SPC všech vakcín jsou veřejně dostupná na stránkách SÚKL (<https://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>).
 - Alergická reakce je považována za závažnou, pokud je poskytovatelem zdravotní péče klasifikována jako anafylaktická reakce, nebo pokud osoba potřebuje být léčena epinefrinem nebo EpiPen nebo musí být pro reakci hospitalizována.
- **Alergická reakce na vakcínu proti nemoci COVID-19 v průběhu 4 hodin po očkování**, která zahrnuje symptomy, jako je kopřivka, otoky a sípání (dýchací potíže). V tomto případě se nesmí aplikovat další identická vakcína, která reakci způsobila.
- **Peri(myo)karditida po očkování proti COVID-19**
 - Dokud nebudou k dispozici další údaje o bezpečnosti, doporučujeme, aby jedinci, u nichž se po podání dávky mRNA vakcíny COVID-19 objeví perikarditida nebo myokarditida, nedostali následující dávku žádné vakcíny proti nemoci COVID-19.
 - Jedinci po prodělání peri(myo)karditidy v minulosti bez souvislosti s očkováním, mohou být proto COVID-19 očkováni jakoukoli vakcínou.
- **Syndrom trombózy s trombocytopenií (TTS – thrombosis with thrombocytopenia syndrome) nebo epizody syndromu kapilárního úniku po očkování vakcínou Vaxzevria** objevil.
 - Podání jiného typu vakcíny, než po kterém syndrom vznikl, je však možné.

Upozornění: riziko nemoci COVID-19 je vsoučasné epidemiologické situaci neporovnatelně vyšší než riziko nežádoucích účinků vakcíny, proto by trvalé kontraindikace měly být vystaveny výjimečně a po velmi pečlivém uvážení. Kontraindikace k jednomu typu vakcíny proti nemoci COVID-19 (např. mRNA vakcíny) by měla vést k obezřetnosti pro aplikaci také jiného typu vakcíny proti COVID-19 (např. vektorové vakcíny).

**Dočasně kontraindikace**

- **po dobu trvání příznaků onemocnění COVID-19, resp. po ukončení izolace**
- **90 dní:** od posledního podání monoklonálních protilátek nebo rekonvalescentní plazmy z důvodu léčby nemoci COVID-19
- **minimálně 12 týdnů / 3 měsíce:** po transplantaci krvetvorných buněk nebo po buněčné terapii (např. CAR T-cell léčba)
- **do doby vyléčení:** akutní febrilní onemocnění nebo závažné akutní infekční onemocnění. Očkovat lze okamžitě po odeznění akutní fáze nemoci. Antibiotická terapie neinterferuje s odpovědí na neživé vakcíny.
- **Pacienta léčeného podle intenzivního chemoterapeutického protokolu v době těžké neutropenie** (možný marker období celkově nejtěžší imunosuprese). Pro optimální načasování vakcinace při cyklické terapii nejsou k dispozici žádná data, mimo období těžké neutropenie a vlastní aplikace chemoterapie lze očkování podstoupit kdykoli.
 - Samotná imunosuprese není kontraindikací očkování, nicméně není zaručena dostatečná imunitní odpověď na očkování. V případě depleční léčby (např. rituximabem) se doporučuje aplikovat vakcínu s odstupem 4–5 měsíců po přerušení léčby (je-li přerušení možné).
- **Pacient s relapsem roztroušené sklerózy**, po dobu relapsu – do 14 dnů po ukončení aplikace kortikosteroidů z důvodu relapsu.
- **Exacerbace autoimunitního onemocnění po podání dávky vakcíny**, s nutností dlouhodobé terapie ve snaze obnovit remisi.
- **Dále také nejde dočasně aplikovat očkování osobám v karanténě**

Upozornění: riziko nemoci COVID-19 je v současné epidemiologické situaci neporovnatelně vyšší než riziko nežádoucích účinků vakcíny, proto by přechodné kontraindikace měly být stanoveny na co nejkratší dobu, zejména v době vysokého komunitního šíření viru.

Kontraindikací očkování není:

- Zjištěná přítomnost specifických SARS-CoV-2 protilátek v séru.
- Prodělaný Guillain-Barré syndrom (GBS) v minulosti. Takový jedinec může dostat

jakoukoli vakcínu proti COVID-19 schválenou EMA. Při dostupnosti ostatních vakcín je nutné zvážit nezbytnost aplikace vakcíny Janssen kvůli diskutované možné souvislosti mezi GBS a touto vakcínou.

- Lokální reakce se zpožděným nástupem po vakcinaci mRNA, od několika dnů do druhého týdne po první dávce (např. erytém, indurace, pruritus), v okolí místa vpichu po první dávce vakcíny není kontraindikací následné dávky. Tyto osoby by měly dostat druhou dávku za použití stejného očkovacího přípravku jako první dávka v doporučeném intervalu, nejlépe do opačného ramene.
- Anamnéza závažné alergické reakce nesusvisející s vakcínami nebo injekčními léky, jako jsou alergie na potraviny, domácí zvířata, jed blanokřídlého hmyzu, různé druhy jedů, alergenů životního prostředí nebo latex. Lidé s anamnézou alergické nebo latex. Lidé s anamnézou alergické závažných alergických reakcí mohou být také očkovaní.
- Výskyt závažné alergické reakce (anafylaxe) na jakoukoli jinou vakcínu nebo injekční terapii (např. intramuskulární, intravenózní nebo subkutánní) v minulosti musí vést k opatrnosti při očkování, ale není kontraindikací očkování. Těmto osobám může být vakcína aplikována, ale měly by být poučeny o možném riziku rozvoje závažné alergické reakce a mělo by být porovnáno riziko reakce s přínosem očkování. Doporučený dohled 30 minut po očkování.
- Těhotenství nebo kojení.
- Jakékoli chronicky probíhající onemocnění (včetně roztroušené sklerózy, diabetes mellitus 1. typu, autoimunitních onemocnění, epilepsie, křečové stavy či jiná neurologická onemocnění).
- Reaktivita na alergen, který nejsou složkami vakcín.
- Primární a sekundární imunodeficeience.
- Febrilní křeče v anamnéze u batolat a předškolních dětí.
- Dlouhodobá antikoagulační terapie.

■ Ceftriaxon a možná neurotoxita u pediatrického pacienta

Neurotoxické projevy jako nežádoucí účinky antibiotické léčby byly popsány u řady antibiotik, včetně antibiotik ze skupiny cefalosporinů, po jejichž podání byly jako

projevy neurotoxicity zaznamenány letargie, encefalopatie, myoklonus, choreoatetóza, asterixie, křeče včetně tardivní dyskineze, nekonvulzivní status epilepticus a koma^{1,2,3}. Stejně jako u penicilinových antibiotik je neurotoxita cefalosporinů podmíněna ovlivněním GABAergního systému se sníženým vylučováním GABA, s převahou excitačních neurotransmiterů a uvolněním cytokinů^{4,5}. Neurotoxita cefalosporinových antibiotik byla pozorována především u starších pacientů, pacientů s poruchou funkce ledvin nebo u pacientů s preexistujícím onemocněním nervového systému, ovšem může se vyskytovat i u pacientů bez přítomnosti těchto rizikových faktorů, jak dokládá následující kazuistika. Čtyřletý chlapec z druhého fyziologického těhotenství, bez komplikací v poporodním období a s anamnézou pouze několika proběhnuvších virových infekcí byl hospitalizován pro týden přetrvávající subfebrilie, únavu a známky meningeálního dráždění asi týden po pádu z výšky 1,5 m. Klinicky byl jinak v dobrém stavu, jen s lehkými známkami respirační infekce (lehce nastříknuté hrdlo, mírně zvětšené submandibulární uzliny). Rentgenové vyšetření páteře bylo bez nálezu, lumbální punkce ukázala výraznou lymfocytární pleiocytózu – tedy obraz serózního zánětu. Sérologické vyšetření ukázalo jako možnou příčinu pacientova stavu boreliovou infekci (pozitivní IgM protilátky metodou ELISA i Westernblot), i když rodiče přísátí klíštěte v této sezóně negovali. Vyšetření likvoru na borelie poskytlo hraniční výsledek s komentářem, že se může jednat o nastupující protilátkovou odpověď. Vyšetření přítomnosti chemokinu CXCL 13 v likvoru jako možného biomarkru neuroboreliózy bylo pozitivní. Byla tedy stanovena pracovní diagnóza neuroborelióza a u pacienta byla zahájena aplikace ceftriaxonu (1,7 g denně, plánováno na 14 dní). Od třetího dne hospitalizace byl chlapec afebrilní a bez klinických obtíží, osmý den hospitalizace (po aplikaci sedmé dávky ceftriaxonu) byl chlapec na žádost zákonných zástupců a po podpisu negativního reverzu propuštěn do domácího ošetřování, přičemž aplikace antibiotika pokračovala ambulantní cestou. Po aplikaci deváté dávky ceftriaxonu se u pacienta objevil sytý červený makulopapulózní exantém (převážně na trupu) a subfebrilie a pacient byl další den opětovně hospitalizován. Po aplikaci desáté dávky došlo ke generalizaci exantému, který měl na břiše až splývavý charakter a začal svědit. Večer se přidala horečka (39,6 °C). Po podání anti-



pyretik, prednisonového čípku a Dithiadenu byl pacient druhý den ráno bez teploty a s již jen diskretním exantémem. Další dávka ceftriaxonu byla podána po premedikaci hydrokortisonem, avšak došlo k opětovnému výsevu generalizovaného exantému stejného charakteru a večer se objevily stereotypní záškuby pravé paže (místo podání infuze). Záškuby se stupňovaly, přidaly se záškuby také obou dolních končetin a fascikulace jazyka. Myoklony pokračovaly i po usnutí pacienta a ustaly až po jednorázové aplikaci diazepamu. Po konzultaci odborného pracoviště bylo podávání ceftriaxonu po aplikaci 11. dávky ukončeno z důvodu podezření na nežádoucí účinky a také z toho důvodu, že pracovní diagnóza neuroboreliózy se nepotvrdila (nebyla prokázána intratrickální syntéza protilátek, konfirmační vyšetření likvoru metodou Westernblot bylo negativní, marker CLCX 13 může být dle sdělení odborného pracoviště pozitivní např. i u enterovirových meningitid). Fascikulace jazyka byly ještě opakovaně pozorovány a byly přítomny i během neurologického konzilia, které proběhlo třetí den po podání poslední dávky ceftriaxonu. Neurolog nebyl schopen stav pacienta objektivně posoudit, nicméně doporučil podání hořčičku pro mírnou hypomagnezémii v séru a provedení EEG vyšetření, které ovšem neukázalo žádnou patologii. Stejně tak ani další laboratorní vyšetření neodhalila jinou možnou příčinu myoklonu. Dále už byl pacient bez klinických obtíží a v celkově dobrém stavu byl propuštěn do domácí péče. Komunikací s PLDD byla potvrzena absence neurologických projevů i po propuštění z nemocnice. Etiologie myoklonů je poměrně široká a zahrnuje esenciální a epileptický myoklonus, myoklonus jako příznak jiného onemocnění nebo stavu (tzv. symptomatický myoklonus) a psychogenní myoklonus⁶. Příčinou symptomatického myoklonu mohou být střádavé choroby, neurodegenerativní onemocnění, infekční a postinfekční příčiny (včetně Lymfské boreliózy), metabolické a toxické příčiny (včetně léky navozených myoklonů)

a některé další příčiny jako posthypoxický nebo paraneoplastický myoklonus a myoklonus jako následek fokálního poškození CNS. U našeho pacienta je možné pomýšlet na nežádoucí účinek léčby ceftriaxonem nebo na komplikaci probíhající nepygenní meningitidy, ostatní možné příčiny se vzhledem ke klinickému průběhu a normálním laboratorním nálezům jeví jako nepravděpodobné, až na lehkou hypomagnezémii, která mohla k rozvoji reakce přispět. Proti souvislosti se základním onemocněním mluví to, že diagnóza neuroboreliózy nakonec nebyla potvrzena, a to, že myoklony a fascikulace se objevily až ve chvíli, kdy byl pacient již přechodně bez teplot a bez známek meningeálního dráždění. Naopak souvislost s podáním ceftriaxonu naznačuje doprovázející exantém, který vykazoval časovou souvislost s aplikací přípravku (zhoršení po aplikaci další dávky), odeznění po vysazení léčby a fakt, že myoklony jako nežádoucí účinky ceftriaxonu již byly v minulosti pozorovány. V nedávné minulosti byly texty léčivých přípravků obsahujících ceftriaxon (SmPC) v tomto smyslu aktualizovány⁷. Myoklonus může být u léčených pacientů pozorován jako jeden z možných projevů encefalopatie. Zmíněná kazuistika se ovšem vymyká nahlášeným případům, vzhledem k tomu, že se jedná o dětského pacienta s normální funkcí ledvin. Většina nahlášených případů popisovala výskyt encefalopatie u starší nebo dospělé populace a často u pacientů s těžkou poruchou renálních funkcí. U dětí bylo nahlášeno pouze minimum případů. Co se týče času nástupu po zahájení léčby, ten byl ve většině nahlášených případů kratší (0–6 dní), což je v souladu s informacemi uváděnými v literatuře, nicméně vyskytly se i případy, kdy byl čas nástupu reakce delší (15,5 % hodnocených případů mělo čas nástupu 1–4 týdny). Nakonec je vhodné zmínit, že neurotoxická je očekávaným nežádoucím účinkem cefalosporinových antibiotik, včetně ceftriaxonu, je nutné na ni pomýšlet a v případě výskytu možných projevů encefalopatie, mezi které mimo zmí-

něný myoklonus patří také snížená úroveň vědomí, změny duševního stavu nebo křeče, je vhodné zvážit ukončení léčby, po kterém je možné očekávat zlepšení neurologického stavu.

Literatura

1. Grill MF, Maganti RK. Neurotoxic effects associated with antibiotic use: management considerations. *Br J Clin Pharmacol*. 2011 Sep;72(3):381-93. doi: 10.1111/j.1365-2125.2011.03991.x. PMID: 21501212; PMCID: PMC3175508.
2. Grill MF, Maganti R. Cephalosporin-induced neurotoxicity: clinical manifestations, potential pathogenic mechanisms, and the role of electroencephalographic monitoring. *Ann Pharmacother*. 2008;42:1843-1850.
3. Rezaei NJ, Bazzazi AM, Naseri Alavi SA. Neurotoxicity of the antibiotics: A comprehensive study. *Neurol India*. 2018 Nov-Dec;66(6):1732-1740. doi: 10.4103/0028-3886.246258. PMID: 30504575.
4. Chow KM, Hui AC, Szeto CC. Neurotoxicity induced by beta-lactam antibiotics: From bench to bedside. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2005;24:649-653.
5. Sugimoto M, Uchida I, Mashimo T, Yamazaki S, Hatano K, Ikeda F, Mochizuki Y, Terai T, Matsuoka N. Evidence for the involvement of GABA(A) receptor blockage in convulsions induced by cephalosporins. *Neuropharmacology* 2003;45:304-314.
6. Kojovic M, Cordivari C, Bhatia K. Myoclonic disorders: a practical approach for diagnosis and treatment. *Ther Adv Neurol Disord*. 2011 Jan;4(1):47-62. doi: 10.1177/1756285610395653. PMID: 21339907; PMCID: PMC3036960.
7. Doporučení PRAC k farmakovigilanci signálům – 2020, Státní ústav pro kontrolu léčiv (www.sukl.cz).

Zdroj: <https://www.sukl.cz/sukl/informacni-zpravodaj-uchada-ucinky-leciv-4-2021>

Pro VOX připravil: MUDr. Ctirad Kozderka

SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP Praha a střední Čechy

si vás dovoluji pozvat na odborné semináře v roce 2021. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30. Vzdělávací akce mají charakter postgraduálního vzdělávání a jsou garantovány ČLS JEP ve spolupráci s ČLK (ohodnoceny kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Odborný garant: MUDr. Klára Procházková, MUDr. Bohuslav Procházka

3. března 2022

Vybrané patologie bílého krevního obrazu

MUDr. Petr Smíšek

* Přesunuto z 3. 2. 2022.

O případných změnách programu budeme informovat e-mailem.



OSPDL ČLS JEP



Metodika vyšetření a vykazování kódu 02036

Novelou vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v aktuálním znění od 1. 1. 2022, je mezi výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění zařazen výkon **02036 VČASNÝ ZÁCHYT OČNÍCH VAD U DĚTÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU**.

Náplní výkonu je vyšetření zraku vision screenerem s automatickým zhodnocením výsledků v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. První vyšetření by mělo být provedeno v období mezi **6. až 12. měsícem** (optimálně v rozmezí 10.–12. měsíce) s **kontrolním vyšetřením za 6 měsíců**, tj. zpravidla do osmnáctého měsíce věku. V případě pozitivního nálezu je dítě odesláno k odbornému vyšetření (dle místní dostupnosti ortoptista, zrakový terapeut, oční lékař). Součástí doporučení k odbornému vyšetření je i vytištěný nálezměření (certifikát).

Vyšetření je prováděno **2× za život v případě negativní rodinné anamnézy**.

Při **pozitivní rodinné anamnéze závažných očních vad** (amblyopie, strabismus, hypermetropie, myopie, astigmatismus a jiné vro-

zené oční vady) se test **opakuje ve 2 a ve 3 letech věku dítěte, maximálně 4× za život**. Pokud je zjištěn pozitivní (patologický) nálezměření, dítě je odesláno k odbornému vyšetření a postupuje se podle doporučení odborníka.

Výkon 02036

Čas trvání: 20 min
Omezení místem: pouze ambulantně
Frekvence: 1× 1 den, max. 4×/život
Kategorie P: hrazen plně
Body celkem: 292

Praktické provedení:

Plusoptix je schopen měřit refrakci binokulárně. Dítě před testováním není nutné „rozkapávat“ a výsledek znáte během několika minut. Jedná se tedy o bezkontaktní neinvazivní výkon.

Zdravotnický pracovník zadá do přístroje identifikační data dítěte (jméno, příjmení, datum narození). Vyšetření je prováděno v zastíněné místnosti. Rodič či jiná vhodná osoba drží dítě tak, aby se ze vzdálenosti cca 1 m podívalo do snímací části přístroje (ka-

mery). Přístroj při správné vzdálenosti a nasměrování očí ke kameře změří automaticky refrakční schopnosti obou očí současně, a to bez potřeby dalších postupů. Oči dítěte musejí být při vyšetření suché. Při úspěšném změření zrakových funkcí je výsledek možno vytisknout na tiskárně (certifikát) a současně uložit na externí záznamové zařízení (flash disc, externí HD).

Rodič každého testovaného dítěte by měl dostat certifikát s výsledkem měření. Zápis o provedení a výsledku vyšetření (např. stejnopis certifikátu) je součástí zdravotní dokumentace pacienta.

Certifikát obsahuje jasné doporučení, zda je u dítěte nutné další podrobné vyšetření specialistou dle místní dostupnosti.

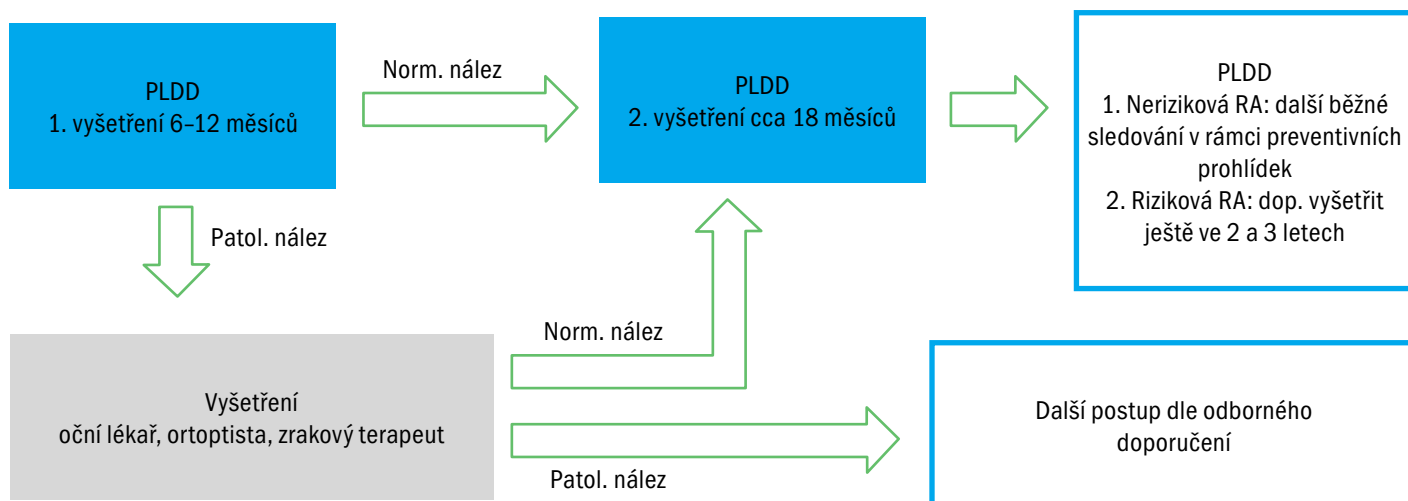
Adresy pracovišť PLDD vybavených přístrojem Plusoptix:

<https://plusoptix.cz/seznam-pracovist/>

Adresy ortoptistek v ČR:

www.ortoptika.cz

Včasný záchyt očních vad v předškolním věku





Zpráva o prvních předběžných výsledcích studie antropologických dat českých dětí v roce 2021

B. Procházka, J. Vígnerová, A. Gabera, A. Vážná, P. Sedlák, J. Kratěnová, K. Žejglicová, V. Puklová et. al.

Studie měla za úkol zjistit současná antropologická data českých dětí, posoudit jejich vývoj od posledních srovnatelných údajů. Důležité bylo i posoudit vliv změny životního stylu našich dětí během lockdownu 2020/2021. Jednalo se o prospektivní sběr antropologických dat v ordinacích praktických lékařů pro děti, získaných při pravidelných preventivních vyšetřeních od 5 let včetně. Dle jednotné metodiky byla zjištěna tělesná výška, hmotnost, obvod pasu, břicha, boků a hodnota krevního tlaku. Údaje byly lékaři zapsány do excelových tabulek a předány ke zpracování. Součástí dotazníku byla i antropologická data z předcházejících tří preventivních vyšetření k posouzení vývoje individuálních antropologických dat za předcházejících šest let. Sběr dat probíhal v květnu a v červnu 2021. Účast PLDD byla dobrovolná, a proto nemohl být zajištěn ze statistického hlediska zcela reprezentativní soubor. Přesto jsou naznačené trendy vývoje dětské obezity nezpochybnitelné. Organizaci celé práce zajistilo Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost.

■ Výsledky

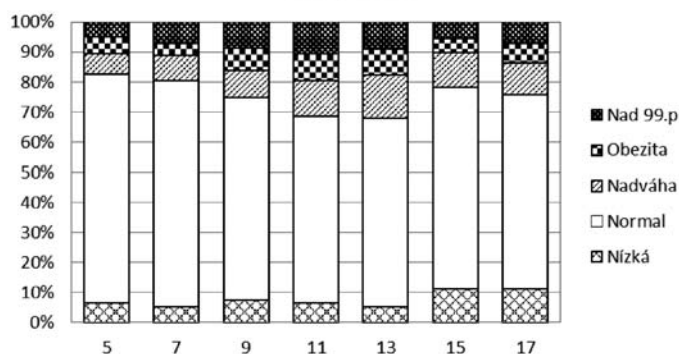
Studie se zúčastnilo 68 PLDD, zastoupeny všechny kraje kromě Královéhradeckého a Jihočeského. Byla získána data od 4 386 dětí, a to od 489 dětí pětiletých, 495 sedmiletých, 514 devítiletých, 532 jedenáctiletých, 529 třináctiletých, 495 patnáctiletých a 461 sedmnáctiletých. Při hodnocení

hmotnosti u dětí jsme vycházeli z percentilových grafů BMI. Percentilové grafy umožňují zhodnotit, jestli dítě má hmotnost odpovídající jeho výšce a věku. Děti byly zařazeny do 5 kategorií: děti s nízkou hmotností (výsledky pod 10. percentilem), s normální hmotností (10.–90. percentil), děti s nadváhou (90.–97. percentil), obézní (nad 97.–99. percentil) a těžce obézní (nad 99. percentilem). V celém souboru bylo 8,1 % dětí s nízkou hmotností (7,6 % chlapců a 8,6 % dívek) pod 10. percentilem, normální hmotnost mělo 66,6 %, nadváhu 10,2 % (10,0 % u chlapců a 10,4 % dívek). Obézních dětí bylo 16,4 % (18,6 % chlapců a 14,1 % dívek). Extrémní obezitu mělo 54 % obézních dětí, 54 % chlapců a 53 % dívek. Výraznější rozdíly v tělesné hmotnosti byly zjištěny v souvislosti s věkem. Pětiletí chlapci měli v 5,7 % nadváhu a v 9,6 % byli obézní, extrémní obezita byla u 61 % z nich. Pětileté holčičky měly v 6,9 % nadváhu a v 10,6 % obezitu, extrémní obezitu v 46 % případů. Tyto výsledky ukazují minimálně trojnásobný vzestup obezity v této skupině. V sedmi letech měli chlapci nadváhu v 11,2 % a ve 13,1 % obezitu, z toho 61 % extrémní. Holčičky měly v sedmi letech nadváhu v 8,6 % a v 11,1 % obezitu, z toho 63 % extrémní. Devítiletí chlapci měli nadváhu v 8,8 % a obezitu v 18,8 %, z toho extrémní v 45 % případů. Devítileté dívky měly nadváhu v 9,1 % a obezitu v 16,1 %, z toho extrémní v 54 %. Jedenáctiletí chlapci měli nadváhu v 12,4 % a v 25,9 % obezitu, z toho

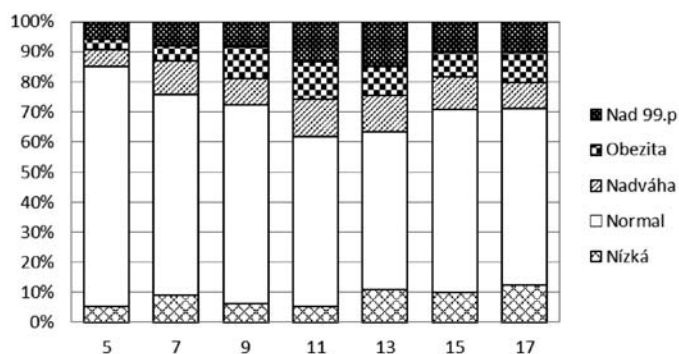
extrémní v 52 %. Jedenáctileté dívky měly nadváhu v 12,0 % a v 19,5 % obezitu, z toho 54 % extrémní. Třináctiletí chlapci měli nadváhu 12,3 % a obezitu v 24,6 %, z toho extrémní 61 % dětí. Třináctileté dívky měly nadváhu v 14,1 % případů a obezitu v 17,8 %, z toho v 61 % extrémní. Patnáctiletí chlapci měli nadváhu v 11,2 %, v 18,2 % obezitu, z toho extrémní v 58 % případů. Patnáctileté dívky mají nadváhu v 11,4 % a v 10,2 % obezitu, z toho 54 % extrémní. V sedmnácti letech měli chlapci nadváhu v 8,6 % a obezitu v 20,2 %, z toho byla v 51 % extrémní. Sedmnáctileté dívky měly nadváhu v 10,6 % a obezitu v 13,7 %, z to byla extrémní obezita u 51 % dívek.

V další fázi jsme porovnávali vývoj počtu obézních dětí s daty získanými při pravidelných studiích prováděných ve spolupráci se SZÚ a Odbornou společností praktických dětských lékařů. Počet obézních dětí postupně stoupal v ČR z 3 % v roce 1991 na 5,3 % v roce 1996, 7,4 % v roce 2001, 7,8 % v roce 2006. Od roku 2011 zůstával počet obézních dětí na úrovni 10 %. Od roku 2016 došlo k výraznému vzestupu procenta obézních dětí o 60 % na 16,4 %. K nejvýraznějšímu vzestupu počtu obézních dětí došlo u dětí školních, ale nejmarkantnější vzestup (3–4násobný) jsme zaznamenali, na rozdíl od minulých let, u dětí pětiletých a částečně sedmiletých.

Dívky 2021

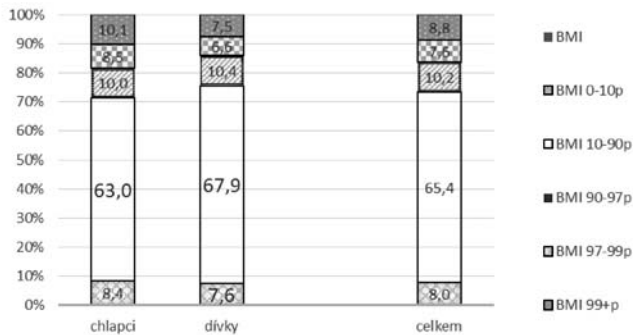


Chlapci 2021

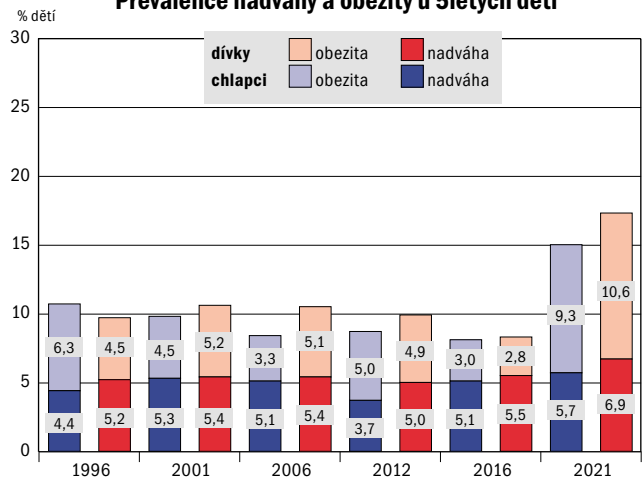




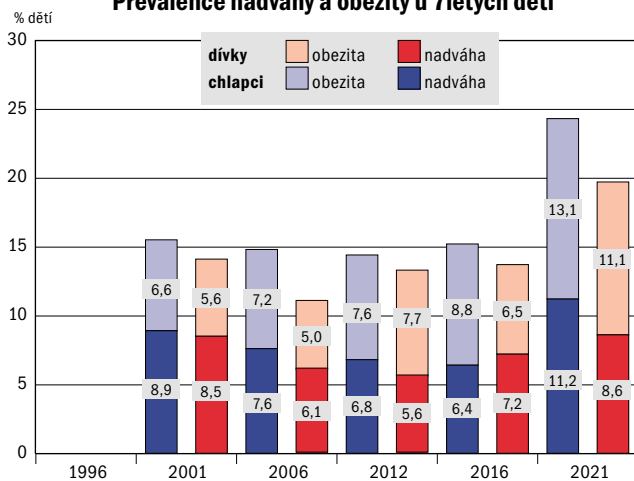
KATEGORIE BMI DLE POHLAVÍ A CELKEM



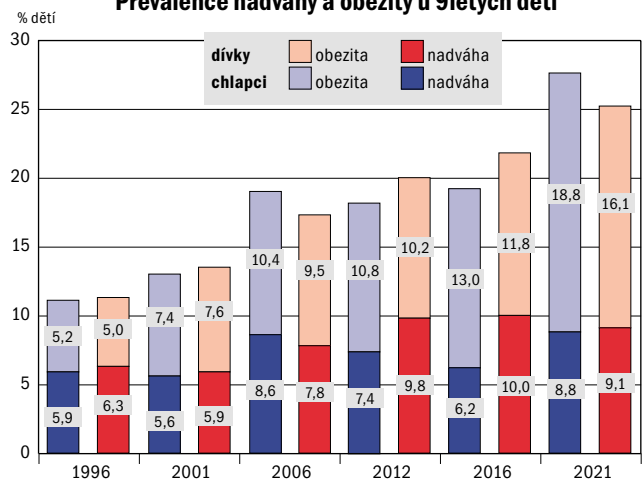
Prevalence nadváhy a obezity u 5letých dětí



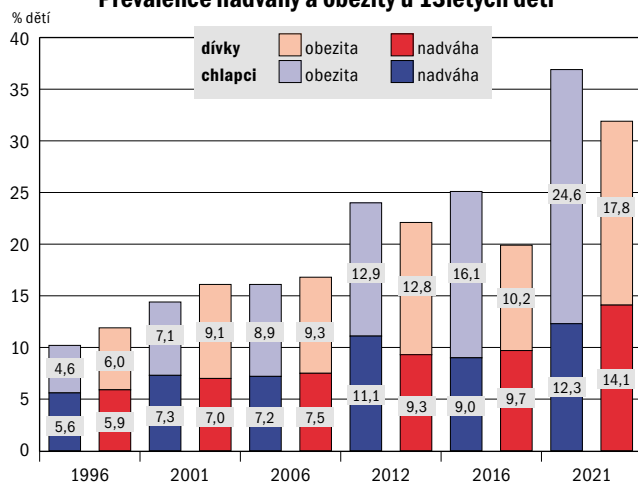
Prevalence nadváhy a obezity u 7letých dětí



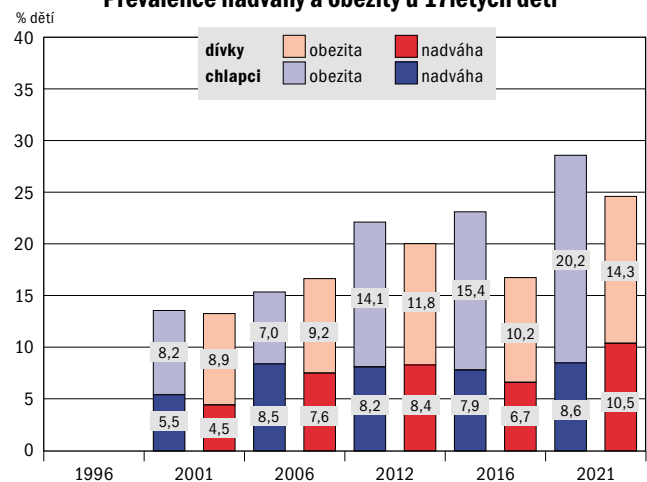
Prevalence nadváhy a obezity u 9letých dětí



Prevalence nadváhy a obezity u 13letých dětí



Prevalence nadváhy a obezity u 17letých dětí



Závěry

Dle prvních výsledků můžeme potvrdit očekávaný významný nárůst obezity a nadváhy u dětí v ČR od roku 2016.

Významný vzestup pozorujeme ve všech věkových skupinách s maximem v 11 a 13 letech.

Alarmující je i významný, téměř dvojnásobný vzestup dětí se závažnou obezitou.

Na dalších výstupech týkajících se vlivu lockdownu na významný nárůst počtu obezických dětí (prostřednictvím individuálních antropologických dat za posledních 6 let) se intenzivně pracuje. Další výsledky jistě budou v dohledné době.

Poděkování patří všem spolupracujícím kolegům, praktickým dětským lékařům, za bezplatnou a ochotnou spolupráci při získávání dat, kolegům, kteří zabývají metodikou měření dětí i statistickým zpracováním dat.

OptiFibre

100% PHGG vláknina

Partially Hydrolyzed Guar Gum

(částečně hydrolyzovaná guma z guarových bobů)



Hlavní výhody OptiFibre®



- 100% rozpustný
- bez chuti a zápachu



- Je uživatelsky komfortní.
- nebobtná
 - nemusí se dodatečně zapíjet



- Je 100% přírodní.
- bez lepku
 - bez aromat
 - bez sladidel

Pro koho je OptiFibre® vhodný?



Pro děti od tří let



Těhotné a kojící ženy



Dospělé i seniory

www.optifibre.cz

OptiFibre® je potravina pro zvláštní lékařské účely určená pro řízenou dietní výživu při poruchách motility střev. Vhodnost užívání by měla být konzultována ošetřujícím lékařem, lékárníkem nebo kvalifikovanou osobou v oblasti klinické výživy. Přípravek není určen jako jediný zdroj výživy a musí být používán pod lékařským dohledem. Vhodná pro dospělé a děti od 3 let věku.



MUCOS Pharma CZ, s.r.o.
Uhřetivská 448, 252 43 Prácheň
Tel.: 420 800 160 000



Bezlepková dieta – legislativa, možná rizika

MUDr. Jan Melek, MUDr. Rita Bernátová

Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové

■ Abstrakt

Dle nařízení Evropské unie musí být lepek, pokud je v potravíně přítomen, uveden ve složení. Tvzení „bez lepku“ lze použít tehdy, neobsahuje-li potravina v konečném stavu více než 20 mg/kg lepku. Oves musí být speciálně vyroben, připraven a/nebo zpracován tak, aby bylo zamezeno jeho kontaminaci, přičemž obsah lepku v ovsu nesmí být vyšší než 20 mg/kg. Preventivní označení „může obsahovat stopy lepku“ upozorňuje na riziko nezáměrné kontaminace původně bezlepkové potraviny, přičemž za maximální hodnotu stopového množství je považováno 50 mg lepku na 1 kg potraviny. Příspěvek na bezlepkovou dietu v rozdílné výši poskytují všechny zdravotní pojišťovny kromě Vojenské zdravotní pojišťovny. O finanční podporu lze při splnění určitých podmínek žádat také prostřednictvím sociálního systému (pomoc v hmotné nouzi – příspěvek na živobytí; zákon o sociálních službách – příspěvek na péči). Děti s celiakií mohou být indikovány ke komplexní lázeňské léčbě 1× za rok (Františkovy Lázně, Karlovy Vary, Lázně Kynžvart, Luhačovice). Děti obecně konzumují nedostatečné množství vlákniny, železa, jejich strava je chudá na vitamin D a vápník. Naopak zastoupení tuků ve stravě je nadměrné. Tyto stravovací vzory se u dětí s celiakií prohlubují. Dále bývá u těchto dětí alterován příjem folátů, mag-

nézia, zinku a jídel s vysokým glykemickým indexem. U dospělých pacientů vyhýbání se lepku prokazatelně vedlo ke zvýšenému riziku diabetu mellitu 2. typu a infarktu myokardu. Bezlepková dieta u dětí s celiakií nevedla k nárůstu BMI, hypertenzi nebo inzulinové rezistenci. Byl zde pozorován mírný nárůst HDL cholesterolu. U dospělých s celiakií vede bezlepková dieta ke zvýšení BMI, u dětí jsou data nejednoznačná. U dětských pacientů s celiakií je vhodná monitorace vitaminů A, D ev. B6, dále zinku, selenu a mědi.

■ Úvod

Dodržovat bezlepkovou dietu (BLD) zjednodušeně znamená nekonzumovat potraviny obsahující pšenici, žito a ječmen. Mezi přirozeně bezlepkové potraviny patří brambory, rýže, luštěniny, sója, pohanka, ovoce, zelenina, mléčné výrobky. Dále jsou pak k dispozici speciálně upravené bezlepkové potraviny, tj. bezlepkové moučné směsi, pečivo, těstoviny atd. Existuje několik onemocnění, která mají souvislost s požíváním lepku – celiakie, dermatitis herpetiformis, alergie na lepek, neceliakální glutenová senzitivita, glutenová ataxie.

■ Legislativa

Označení přítomnosti lepku v potravinách podléhá právním normám. Rozlišujeme dva

základní druhy značení potravin. Povinné, kdy lepek, jako alergen, musí být dle směrnice EU č. 1169/2011 ve složení vždy uveden. Dále je tzv. dobrovolné značení, kdy tvrzení „bez lepku“ označuje potraviny s obsahem do 20 mg lepku/kg potraviny (směrnice EU č. 828/2014), „stopové množství lepku“ – do 50 mg lepku/kg potraviny (Národní doporučení Ministerstva zemědělství ČR) a „velmi nízký obsah lepku“ – 100 mg/kg potraviny (směrnice EU č. 828/2014). Pro základní představu, jeden krajíc chleba obsahuje něco přes tři gramy lepku. Široce používaným značením pro bezlepkové produkty je také tzv. „logo přeškrtnutého klasu“, zavedené asociací společností pro celiakii (Association of European Coeliac Societies). Oves musí být speciálně vyroben, připraven a/nebo zpracován tak, aby bylo zamezeno jeho kontaminaci, přičemž obsah lepku v ovsu nesmí být vyšší než 20 mg/kg. Zatím nadále platí, že dětským pacientům s nově diagnostikovanou celiakií by se měl vyloučit v rámci BLD i oves a až po dosažení remise onemocnění lze oves zkoušet do stravy zařazovat. Tzv. éčka nejsou podstatným zdrojem lepku, a proto není potřeba se jimi zabývat.

■ Příspěvek na BLD

Příspěvek na bezlepkovou dietu poskytují téměř všechny zdravotní pojišťovny. Přehled

Tabulka 1 Příspěvky zdravotních pojišťoven na bezlepkovou dietu

% péče	Pojišťovna	Příspěvek/rok	Věk	Podmínky	Frekvence	Potvrzení o dg.	Další
57	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	2 × 3 000	0–18 (26)	bezlepkové + obědy ve škole	2× ročně	ano	není nutno dokl. účtenek, 26 let (nezaopatřené dítě)
13	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	2 000	neom.	bezlepkové + obědy	1–vícekrát ročně	ano	nutnost doložit účtenky s označením „bezlepková“
11	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	1 000	0–18	bezlepkové	1× ročně	ano	nutnost doložit účtenky
9	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	VITAKARTA (do 10 000 Kč)	neom.	bezlepkové		ne	nutnost doložit účtenky s označením „BLP“
4	Vojenská zdravotní pojišťovna	0					
4	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	1 000	neom.	bezlepkové	1× ročně	ano	nutnost doložit účtenky + čestné prohlášení
2	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	4 000	neom.		1× ročně	ano	ne



příspěvku je uveden v tabulce 1. O finanční podporu lze při splnění určitých podmínek požádat také prostřednictvím sociálního systému (pomoc v hmotné nouzi – příspěvek na živobytí; zákon o sociálních službách – příspěvek na péči). Děti s celiakií mohou být indikovány ke komplexní lázeňské léčbě 1× za rok (Františkovy Lázně, Karlovy Vary, Lázně Kynžvart, Luhačovice) pod číslem indikace XXIII/2. Indikace: Onemocnění střev, Crohnova nemoc, Celiakie. Délka základního pobytu K/28 a při opakovaném K/28/1×/rok.

■ Benefity a rizika BLD obecně

Obecně lze říct, že popularita užívání BLD je v populaci na vzestupu. Dle údajů ze Spojených států amerických mezi roky 2010–2014 došlo k trojnásobnému nárůstu lidí bez celiakie konzumujících BLD. V roce 2017 deklarovalo pokus o dodržování BLD 11 % Američanů. Velkou popularitu zaznamenává BLD u sportovců. Pomocí dotazníkové studie (910 sportovců) z nich 41 % udávalo určitou míru dodržování BLD [1]. K danému jevu přispívají proklamace mediálně známých osobností o možném pozitivním vlivu BLD na jejich zdraví. Řada lidí čerpá informace z internetových diskusí či doporučení přátel. Vědecky podložených dat o příznivém efektu na zdraví jednotlivce ale není mnoho.

■ Zvažované benefity

Mezi zvažované benefity patří snížení hmotnosti, zlepšení celkového pocitu zdraví či zažívání, ev. zlepšení sportovního výkonu. Kromě určitého efektu na možné snížení hmotnosti nelze považovat ani jeden z výše uvedených faktorů za ověřený. Pokud se zaměříme na to, kdo dobrovolně dodržuje BLD, převažuje ženské pohlaví, o něco více lidí s vyšším vzděláním, 28 % dodržovalo dietu na popud nějaké nemoci. U těchto pacientů byla výsledně prokázána nižší hmotnost, nižší požívání alkoholu, antihypertenziv a léků na snížení cholesterolu, nicméně celkový pocit zdraví byl horší než u kontrolní skupiny bez diety. Byl zde tady také zaznamenán vyšší výskyt požívání léků na zácpu nebo na pálení žáhy [2–4].

■ Rizika BLD

Retrospektivním zhodnocením velkých populačních registrů bylo prokázáno, že vyhýbání se lepku může vést k nedostateč-

Tabulka 2 Srovnání nutričních dysbalancí A. mezi běžnou populací a pacientů s celiakií. B. mezi běžnou populací a zdravými na BLD. C. Nutriční deficity u dětských pacientů s celiakií na BLD více než 12 měsíců.

Zdraví na BLD	B	Běžná populace	A	Pacienti s celiakií na BLD (děti i dospělí)
↓ ↓ Ca ↓ ↓ vit. D ↓ folát ↓ energie	←	↓ vláknina ↓ Fe, Ca ↓ vit. D ↑ tuky	→	+ ↓ Mg + ↓ vit. B12 + ↓ Zn + ↓ folát + ↑ glykemický index + ↑ energie
		↙ C ↘		
		Děti s celiakií na BLD >12 měs. ↓ Vit. A, D, (vit. B6) ↓ Zn, Cu, Se		

nému příjmu celozrnných potravin, a tím ke zvýšení kardiovaskulárního rizika a diabetu mellitu 2. typu [5, 6]. Mezi další možná rizika patří kombinace BLD s dalšími dietními restrikcemi, které mohou potenciálně vést k nutričním deficitům. Například omezování mléčných výrobků u lidí dodržujících BLD bylo zaznamenáno u více než 22 % [7]. U pacientů s celiakií většinou není BLD jejich svobodnou volbou a zcela jistě i z tohoto důvodu byla prokázána snížená kvalita jejich života, problémy v sociální oblasti, zvýšený výskyt úzkostí a depresí [8, 9]. U těchto pacientů byla pozorována také tzv. hypervigilance, což je nadměrná ostražitost při výběru vhodných potravin.

Problematika BLD a přítomnosti těžkých kovů zatím neposkytuje jednoznačné závěry, nicméně zvýšené množství rtuti, olova, kadmia v krvi a arzenu v moči byly zaznamenány u pacientů na BLD. Byla zde nalezena i pozitivní asociace se stravou bohatou na ryby a mořské plody. Je nutno dodat, že jen minimální množství pacientů dosáhlo hladin nad hranicí biologicky významných hodnot [10]. Studie přítomnosti mykotoxinů v bezlepkových těstovinách vedla k závěru, že při běžné míře konzumace není obsah potenciálních mykotoxinů nebezpečný, riziko může nastat při nadměrné konzumaci kojenci a malými dětmi. Za zmínku stojí fakt, že mykotoxiny nejsou kompletně destruovány ani při teplo-
tě varu (100–210 °C) po dobu 60 minut.

■ Pacienti s celiakií

Management celiakie by měl obsahovat tyto hlavní body: edukace o nemoci, kon-

zultace nutričního terapeuta, celoživotní dodržování BLD, sledování nutričních deficiencí, dlouhodobé sledování pacienta, dostupnost patientských sdružení. Děti obecně konzumují nedostatečné množství vlákniny, železa, jejich strava je chudá na vitamin D a vápník. Naopak zastoupení tuků ve stravě je nadměrné. Tyto stravovací vzory se u dětí s celiakií prohlubují. Dále bývá u těchto dětí alterován příjem folátů, magnezia, zinku a jídel s vysokým glykemickým indexem. U dospělých pacientů s celiakií vede zahájení BLD k nárůstu BMI (19–24 → 21–25), u dětí jsou data nejednoznačná [11, 12]. BLD dále může způsobit dyslipidémii (↑ hodnoty celkového i LDL cholesterolu) [11]. U dětí nebyl prokázán negativní vliv BLD na kardiovaskulární rizikové faktory (BMI, TK, inzulinová rezistence), naopak, došlo k mírnému nárůstu HDL cholesterolu [12]. Kompletní přehled srovnání nutričních rizik a dysbalancí v běžné populaci ve srovnání s pacienty s celiakií a srovnání běžné populace s populací dodržující BLD je uveden v tabulce 2. V části C tabulky 2 jsou uvedeny nejnovější poznatky ohledně možných deficitů u dětských pacientů s celiakií, kteří užívají BLD více než 12 měsíců.

■ Sledování pacientů s celiakií – nutriční rizika

Pro sledování dětských pacientů s celiakií jsou v praxi používána doporučení pracovní skupiny pro dětskou gastroenterologii z roku 2016 [13]. Nicméně, vzhledem k možnosti vícečetných nutričních deficitů, je kromě základních laboratorních parametrů (anti-



	V době diagnózy	Dlouhodobé sledování
1	anamnéza, fyzikální vyšetření	+
	hmotnost, výška, BMI	+
	anti-tTG IgA	+
2	krevní obraz	+
	TSH	+
	dietolog: Ca, vit. D	+
	metabolismus železa	+/-
	HbSAg	+/-
	ALT, AST	-
3	vit. A, D (B6), Zn, Cu, Se	+

Zkratky: anti-tTG, protilátky proti tkáňové transglutamináze

Tabulka 3 Návrh sledování parametrů u pacientů s celiakií dle autorů (1. Frühauf 2016, 2. Snyder 2016, 3. McGrogan 2021)

-transglutamináza IgA) doporučeno (Snyder et al. 2016) sledovat krevní obraz, TSH, u vybraných pacientů i metabolismus železa [14]. Dle nejnovější práce skotských autorů (McGrogan et al. 2021) by do dlouhodobého sledování mělo být zařazeno také zhodnocení vitaminů A, D (ev. B6), dále zinku, mědi, selenu [15]. Přehled parametrů sledování u dětských pacientů s celiakií je uveden (dle konkrétních autorů) v tabulce 3. Již zmiňovaný panel expertů (Snyder et al.) doporučuje podávání multivitaminových preparátů v době stanovení diagnózy celiakie u všech pacientů, konkrétní dávkování a délka podávání nejsou uvedeny. Pro praxi lze použít také doporučení k dosažení správné vyváženosti BLD – viz tabulku 4 [13, 16].

■ Souhrn – rizika BLD

Dodržování BLD dospělými pacienty může mít efekt na snížení jejich hmotnosti, na druhou stranu vyhýbání se lepku prokazatelně vedlo ke zvýšenému riziku diabetu mellitu 2. typu a infarktu myokardu. Je potřeba mít na paměti možnou kombinaci BLD s dalšími restriktivními dietami. Nezanedbatelná rizika BLD jsou psychosociální. Zatím nejednoznačná data přinesly práce ohledně přítomnosti těžkých kovů a mykotoxinů v těle. BLD s sebou může nést rizika nutričních dysbalancí stran makro- i mikronutrientů. U dětských pacientů s celiakií je vhodná monitorace vitaminů A, D, ev. B6, dále zinku, selenu a mědi. Při dodržování BLD je potřeba klást důraz na pestrost a vyváženost stravy.

1. Úvodní edukace zkušeným dietologem, kontakt s patientským sdružením
2. Kontinuální sledování s cílem dosažení negativy protilátek a další dispenzarizací
3. Ovoce a zelenina denně, střídat druhy
4. Bezlepkové produkty s fortifikací železem a foláty
5. Pseudocereálie (pohanka, rebarbora, slzovka, laskavec – amarant, špenát, čirok, merlík, proso, milička), které nahrazují vlákninu obsaženou v lepkových cereálních produktech
6. Přirozeně bezlepková strava (sója, luštěniny, rýže, brambory, kukuřice, maso, ryby)

Tabulka 4 Opatření k zajištění vyvážené BLD (Penagini 2013, Frühauf 2016)

■ Reference

- Lis DM, Stellingwerff T, Shing CM, et al. Exploring the popularity, experiences, and beliefs surrounding gluten-free diets in nonceliac athletes. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* 2015;25:37–45.
- Littlejohns TJ, Chong AY, Allen NE, et al. Genetic, lifestyle, and health-related characteristics of adults without celiac disease who follow a gluten-free diet: a population-based study of 124,447 participants. *Am J Clin Nutr.* 2021;113:622–629.
- Perrin L, Alles B, Buscail C, et al. Gluten-free diet in French adults without coeliac disease: sociodemographic characteristics, motives and dietary profile. *British Journal of Nutrition.* 2019;122:231–239.
- Kim HS, Unalp-Arida A, Ruhl CE, et al. Autoimmune and Allergic Disorders are More Common in People With Celiac Disease or on a Gluten-free Diet in the United States. *Journal of Clinical Gastroenterology.* 2019;53:E416–E423.
- Lebwohl B, Cao Y, Zong G, et al. Long term gluten consumption in adults without celiac disease and risk of coronary heart disease: prospective cohort study. *BMJ.* 2017;357:j1892.
- Zong G, Lebwohl B, Hu FB, et al. Gluten intake and risk of type 2 diabetes in three large prospective cohort studies of US men and women. *Diabetologia.* 2018;61:2164–2173.
- Mudryj AN, Waugh AK, Slater JJ, et al. Nutritional implications of dietary gluten avoidance among Canadians: results from the 2015 Canadian Community Health Survey. *Br J Nutr.* 2021;126:738–746.
- Ludvigsson JF, Lebwohl B, Chen Q, et al. Anxiety after coeliac disease diagnosis predicts mucosal healing: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018;48:1091–1098.
- Al-Sunaid FF, Al-Homidi MM, Al-Qahtani RM, et al. The influence of a gluten-free diet on health-related quality of life in individuals with celiac disease. *BMC Gastroenterol.* 2021;21:330.
- Raehsler SL, Choung RS, Marietta EV, et al. Accumulation of Heavy Metals in People on a Gluten-Free Diet. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018;16:244–251.
- Marciniak M, Szymczak-Tomczak A, Mahadea D, et al. Multidimensional Disadvantages of a Gluten-Free Diet in Celiac Disease: A Narrative Review. *Nutrients.* 2021;13.
- Zifman E, Waisbourd-Zinman O, Marderfeld L, et al. The Effect of Gluten-free Diet on Cardiovascular Risk Factors in Newly Diagnosed Pediatric Celiac Disease Patients. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition.* 2019;68:684–688.
- Frühauf P, Bronský J, Dědek P, et al. Celiakie – doporučený postup pro diagnostiku a terapii u dětí a dospívajících. *Pediatric pro praxi.* 2016;17:i-vii.
- Snyder J, Butzner JD, DeFelice AR, et al. Evidence-informed expert recommendations for the management of celiac disease in children. *Pediatrics.* 2016:e20153147.
- McGrogan L, Mackinder M, Stefanowicz F, et al. Micronutrient deficiencies in children with coeliac disease; a double-edged sword of both untreated disease and treatment with gluten-free diet. *Clin Nutr.* 2021;40:2784–2790.
- Penagini F, Dillillo D, Meneghin F, et al. Gluten-free diet in children: an approach to a nutritionally adequate and balanced diet. *Nutrients.* 2013;5:4553–4565.



Celostátní odborná konference Fóra zdravé výživy

I přes nejistou epidemiologickou situaci způsobenou pandemií COVID-19 se mohla opět po roční pauze 13. října konat Celostátní odborná konference Fóra zdravé výživy, z.s., a to v již tradičním prostředí IKEM Praha.

Témata letošního ročníku, který nesl název „Výživové degustační menu“, si účastníci do velké míry vybrali sami. Jednalo se především o kontroverzní otázky a nové výživové trendy, které se v současnosti dostávají do popředí. Nechybělo zastoupení stálých řečníků a odborníků z oblasti léčebné výživy.

Přehled:

1. Detoxikace organismu aneb Jak nenadělat víc škody než užítu
2. Low-carb dieta a ketodieta nejen u diabetiků
3. Výživou k lepšímu zdraví v pozdějším věku
4. Výživová doporučení při onemocnění srdce a cév

■ Detoxikace organismu aneb Jak nenadělat víc škody než užítu

V poslední době se většina gastroenterologů a nutričních terapeutů setkává se stále narůstající oblibou detoxikačních kúr a mnohdy drastických očištění organismu. Ty jsou, i díky dokonalému marketingu, v médiích často propagovány jako zdraví prospěšné a nabízejí vidinu odstranění nejrozličnějších škodlivin a nežádoucích bakterií z organismu – a jako benefit také úbytek tělesné hmotnosti, jistojistě z tukových zásob. Zní to jako skvělá investice, nicméně opak je pravdou. Doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D., z Centra výživy Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze ve své prezentaci poukázal na neúčinnost a absurditu detoxikačních programů, jejichž postupy jsou volně dostupné na internetu. Zdůraznil, že pití pouze zeleninových či ovocných šťáv, bylinných čajů či úplné hladovění k rychlejšímu a účinnějšímu odbourávání odpadních látek nepovede. Pokud člověk praktikuje takovéto omezování kalorického příjmu a základních živin, tělo snadno přepne do úsporného režimu. „Jednodenní půst nám jistě neublíží, ale ani neprospěje,“ dodal doc. Kohout. S opětovně zahájeným příjmem potravy má pak tělo výrazně větší tendenci k ukládání

energie přednostně do tukových buněk, a to z preventivních důvodů – přichystat se na „horší časy“ v podobě hladovění.

Appendix jako rezervoár bakterií pro obnovení střevní mikrobioty

Ke kompletnímu vyčištění tračníku prakticky nedochází. Můžeme se zbavit hlenu nebo bakterií, a pozměnit tak složení mikrobioty. Je naprosto zřejmé, že po násilné chemické očištění klyzmatem či hydrocolon terapií dojde k vymýcení i prospěšných druhů mikroorganismů ve střevech. Appendix se dnes jeví i jako rezervoár symbiotických kmenů *Bacteroides* a *Lactobacillus* pro případnou obměnu složení mikrobiomu. Proto právě pacienti po apendektomii mají častější incidenci idiopatických střevních zánětů (IBM), jako je Crohnova choroba nebo ulcerózní kolitida. Praktikování drastických očištěných postupů se tedy jeví jako naprosto kontraproduktivní. „Současná konvenční medicína stále nezná přesný a kompletní mechanismus metabolismu mikrobioty: jak tedy můžeme vědět, jak ji očistit?“ ptá se doc. Kohout. Podvodné jsou podle jeho slov také nabídky společností, které lákají na tzv. probiotika na míru, u nichž ovšem není výraznější účinnost oproti směsi symbiotických bakteriálních kmenů, které jsou volně dostupné v lékárnách.

Selský rozum a racionální vyvážená středomořská strava s kvalitní životosprávou

Vhodná je dieta, která má kalorickou densitu potřebnou k pokrytí denního energetického výdeje. Stravování ve vyspělých zemích je však energeticky bohaté, obsahuje velké množství sekundárně zpracovaných výrobků s vysokým obsahem nasycených mastných kyselin, konzervantů, soli a jednoduchých cukrů. „Kvůli tomu se setkáváme se stále vyšší incidencí nealkoholické steatohepatitidy, vznikající především z důvodu vysokého příjmu triacylglycerolů. Stejně tak má vliv abúzus alkoholu a návykových látek a nadužívání léků – vedou k poškození hepatocytů,“ připomněl doc. Kohout. Je tedy možné udělat si kvalitní a přirozený „detox“? Jak

uvěděl doc. Kohout, dopřát si jej může každý a nemusí přitom investovat do předražených doplňků stravy. Jinak řečeno, v jednoduchosti je krása a základním receptem je střídmost v jídle a kvalitní životospráva s dostatkem pohybu a spánku. Jedná se o stále tatáž výživová doporučení, která prakticky nic nezakazují. Racionální strava s preferencí středomořské diety a s důrazem na kvalitu a čerstvost je nejlepším řešením jak pro nás, tak i pro střevní mikrobiom. Stěžejní je navýšení vlákniny alespoň na 30 g denně, zejména té nerozpustné. Tato vláknina působí ve střevech jako mechanický kartáč. Nestrávené a nestravitelné zbytky potravy spolehlivě vyčistí záhyby tlustého střeva, a sníží tak dobu expozice hnilobným bakteriím, které mohou potencovat karcinogenní bujení. Pravidelná fyzická aktivita sama o sobě podporuje střevní peristaltiku.

Lze shrnout, že vhodný detoxikační postup zkrátka neexistuje. Možnost, jak podpořit správnou funkci jater, je spíše hepatocyty neníčit xenobiotiky z potravy a alkoholu. Neexistuje také žádná rozumná očištěná kúra, která by měla data z medicíny založené na důkazech (EBM). Pokud jedinec nemá žádné zdravotní problémy a disponuje zdravými játry a ledvinami, má kvalitní očistu zaručenou a nepotřebuje nic navíc.

■ Low-carb dieta a ketodieta nejen u diabetiků

Čas od času se objevují nové, moderní diety a výživové směry, které slibují nejrychlejší a nejefektivnější hubnutí spojené s řadou zdravotních benefitů. Nutno podotknout, že princip úbytku tělesné hmotnosti na bázi kalorického deficitu zřejmě už vyšel z módy. PhDr. Tamara Starnovská, vedoucí nutriční terapeutka Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze, předsedkyně Sekce výživy a nutriční péče, z.s., a tajemnice Fóra zdravé výživy, přednášela na říjnové Celostátní odborné konferenci o výživě v IKEM Praha právě na toto kontroverzní téma. „Pohodlnější než připustit si holý fakt, že energetický příjem v našem jídelníčku pře-



važuje nad energetickým výdejem, je hledat viníka, proč přibíráme na hmotnosti," uvedla PhDr. Starnovská. Například v 60. letech minulého století byly za pandemií obezity v USA obviňovány právě tuk a tučné potraviny. Současně na to reagoval potravinářský průmysl, který tehdy na trh uvedl mnoho dietních verzí, tzv. light modifikací a beztučných výrobků. V poslední době se terčem kritiky staly právě sacharidy – živina, která má podle výživových doporučení zaujímat u zdravé populace 50–60 % denního energetického příjmu, což je nejvíce ze všech makronutrientů. A oprávněně – sacharidy obsahují především molekuly glukózy, která je nejpohotovějším zdrojem energie. Navíc je glukóza energetický substrát, na jehož dodávce jsou přímo závislé například erytrocyty. A je známo, že mozkové buňky spotřebují až 120 gramů glukózy denně. Jak uvádí publikace v časopise Nutrition z roku 2014, můžeme způsoby stravování dělit podle obsahu sacharidů na: velmi nízkosacharidovou dietu (ketodietu, 20–50 g sacharidů/den), nízkosacharidovou neboli low-carb dietu – LCD (50–130 g/den), dietu se středním obsahem sacharidů (130–225 g/den) a vysokosacharidové stravování (225 g/den a více). „Ketodietu povoluje konzumaci pouze minimálního množství sacharidů, které je pro lidský organismus nedostačující. To v důsledku vede ke vzniku ketoláték – sekundárního zdroje energie, který se tvoří v játrech při nedostatku glukózy," uvedla PhDr. Starnovská a připustila, že ketodietu se podle nejnovějších studií může uplatnit u pacientů trpících Alzheimerovou chorobou, epilepsií či depresemi. Doporučená délka aplikace diety je však pouze 10–14 dní, neboť tento způsob stravování je dlouhodobě neudržitelný.

Extrémní výživová doporučení bez evidence-based medicine

Jak popsala PhDr. Starnovská, argumentace propagátorů ketodiety jakožto zcela běžného stravování pro všechny se ohánějí výživovými tvrzeními bez citací a zdrojů z medicíny založené na důkazech (EBM – evidence-based medicine). Na svých internetových stránkách také propagátoři předem upozorňují na tzv. ketochřipku jako souhrnné označení pro symptomy, které se dostaví při dodržování principů ketogenního stravování. Mezi ně se řadí nedostatek energie, slabost, gastrointestinální obtíže, snížená pracovní a sportovní výkonnost, migrény, myalgie, podrážděnost, zhoršení kognitivních funkcí,

pokles libida nebo pocit hladu. Navíc před zahájením diety doporučují její zastánci konzultaci s praktickým lékařem či nákup doplňků stravy, které by měly být během ketodiety užívány, neboť suplementují látky v ketodietě chybějící. Doktorka Starnovská poukázala na absurditu a nesmyslnost těchto výživových doporučení, protože většinu potřebných mikroživin člověk dokáže pokrýt pestrou a vyváženou stravou. Přechod na nízkosacharidové stravování tedy pro zdravého jedince pozbývá pádných důvodů. Potenciální zdravotní komplikace, dehydratace, hypoglykémie či metabolický rozvrat zřejmě nejsou sěžejním problémem a ostatně ani zájmem výživových poradců, kteří ketodietu doporučují.

Rizika kombinace ketodiety s léčbou diabetu 1. typu jsou značná

Ketóza neboli normální ketonémie je běžný fyziologický stav, kdy ketolátky v krvi nepřesahují 0,2 mmol/l. Dochází k ní při prostém hladovění, konzumaci nízkosacharidové stravy či vyčerpání glykogenu. Za běžných okolností slouží ketolátky jako metabolické palivo pro periferní tkáň (kosterní svaly), srdce nebo ledviny. Při delším hladovění se uplatňují jako výživa i pro buňky mozkové, ale mají využitelnost jen 60–70 % ve srovnání s glukózou. Nevýhodou ketolátek je jejich kyselý charakter. Vysoké koncentrace ketolátek v krvi snižují pH, narušují acidobazickou rovnováhu (ABR) a vychylují organismus z homeostázy. Častými projevy jsou nauzea, zvracení a dehydratace, stejně jako nepříjemný acetonový zápach z úst či ketonurie. Ketoacidóza je pak patologický, život ohrožující stav, do kterého se často dostávají pacienti s dekompenzovaným diabetem 1. typu. Vyznačuje se vysokou ketózou (> 3 mmol/l) a ketonurií. Glifloziny, glinidy i deriváty sulfonylurey, používané při léčbě diabetu 2. typu, vyžadují pravidelný příjem sacharidů ve stravě. „Užívání perorálních diabetik v kombinaci s LCD stravováním u diabetiků výrazně zvyšuje riziko hypoglykémie a diabetické ketoacidózy," upozornila doktorka Starnovská. Pro inzulin-dependentní diabetes, tedy diabetes 1. typu, je ketodietu naprosto nevhodná a je kontraindikována z výše uvedených důvodů.

Doporučené denní množství sacharidů u diabetika 2. typu je podle České diabetologické společnosti 44–60 %, a to v zájmu efektivity léčby a eliminace výkyvů glykémie. American Diabetes Association (ADA) ve svých doporučeních z roku 2019 uznává

LCD jako jednu z možných alternativ stravování. Opírá se o studie, které prokazatelně ukázaly zlepšení glykémie a lipidogramu po dobu jednoho roku u pacientů s prediabetem nebo diabetem 2. typu na ketodietě. Metaanalýza studií z let 2004–2014 potvrzuje signifikantně nižší hodnoty glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}) u diabetiků 2. typu na LCD oproti kontrolní skupině, která konzumovala vyšší množství sacharidů. „Avšak pouze po dobu jednoho roku, neboť později se výsledky obou skupin vyrovnaly," dodala PhDr. Starnovská. Pacient s non-inzulin dependentním diabetem může tedy být na dietě s mírnější restrikcí sacharidů a praktikovat LCD stravování, ale pouze po konzultaci s nutričním terapeutem a pod dozorem ošetřujícího lékaře s pravidelnou kontrolou.

Vysokotučná strava vede ke vzniku KV onemocnění

Prosazování některých diet může být zaviněno např. také špatnou interpretací výživových doporučení a záměnou s léčebnou výživou. Dieta LCHF (low carb high fat) je populární zejména u mladší populace. Je kaloricky hodnotná, avšak s neadekvátním trojpoměrem živin, který udává rozložení živin na 10 % bílkovin, 20 % sacharidů a 70 % tuků. Tato extrémně vysokotučná dieta s sebou nese značná rizika. „Většina pacientů sice vyřadí z jídelníčku sladkosti a přílohy, ale místo toho bez omezení konzumuje smažené a vysokotučné potraviny, které představují mnohem větší nálož energie než obyčejná sacharidová příloha," zdůraznila PhDr. Starnovská a doplnila, že nadměrný příjem tuků, a to zejména nasycených mastných kyselin ze živočišných zdrojů, se v dlouhodobém horizontu projeví hypercholesterolémií. Zhoršený lipidový profil a nepříznivý index aterogenity mezi LDL a HDL cholesterolem je logickým důsledkem takové diety. A co více, tučné výrobky obsahují také vyšší podíl soli – denní doporučená dávka (DDD) sodíku je tak často nadlimitní. Je známo, že diabetes jde ruku v ruce s hypertenzí a obě komorbidity, v Česku velmi prevalentní, urychlují proces rozvoje aterosklerózy, na něž je založeno vysokými koncentracemi cholesterolu v krvi. V České republice stále zdaleka nejvíce osob umírá na kardiovaskulární (KV) onemocnění a je naopak zapotřebí konzumovat stravu, která KV riziko v populaci sníží.



Omezování komplexních sacharidů ve stravě je nelogické a zbytečné

Lze shrnout, že vyloučení sacharidů, a to zejména těch komplexních, je kontraproduktivní. „Už i jen pro holý fakt, že se ve stravě ochuzujeme o pestrout paletu chutí a variabilitu surovin v ovoci, obilovinách, pseudocereáliích nebo luštěninách, které mají ve stravě člověka nezastupitelný význam. Mimoto tím organismus přichází i o velký podíl rozpustné a nerozpustné vlákniny, která působí jako prevence zácpy, zvyšuje sytící index jídla a příznivě podporuje střevní mikrobiotu,“ vysvětlila doktorka Starnovská. Vitaminy skupiny B a C a mnoho minerálních látek a stopových prvků v nesacharidových zdrojích rovněž jen těžko najdeme. Vytěšňovat sacharidy ze stravy zkrátka z pohledu nutričních terapeutů pozbývá smysl. Mezi možné benefity nízkosacharidového stravování můžeme počítat snížení tělesné hmotnosti, motivaci z rychle viditelných výsledků nebo vymizení pocitu chuti na sladké. Toho ale lze podle doktorky Starnovské dosáhnout i vyváženou racionální dietou. Odborné společnosti na LCD či LCHF mohou kladně hodnotit i omezování sekundárně zpracovaných potravin a potravin bohatých na jednoduché cukry, které přispívají ke vzniku „civilizačních“ onemocnění. Je nutné si uvědomit, že jakákoliv dietní změna ve smyslu upřednostňování primárních kvalitních zdrojů a nízkokalorických potravin má za následek úbytek tělesné hmotnosti či změnu tělesného složení. Dlouhodobě udržitelným stravováním, bez vyřazování důležitých živin a bez rizika metabolických komplikací, lze na bázi adekvátního kalorického deficitu zhubnout bezbolestně a bez jojo efektu. Chce to jen čas, trpělivost a konzistentní úsilí. Bohužel i dnes, v době dostupnosti relevantních dat založených na důkazech (EBM), má reklamní sdělení, doporučení celebrit nebo koláž fotek „před a po“ větší validitu než tvrzení mnoha nutričních terapeutů a lékařů, kteří před nefungujícími dietami varují.

■ Výživou k lepšímu zdraví v pozdějším věku

Postupem života dochází v organismu k mnoha ireverzibilním změnám jak na úrovni mikroskopické, tak biochemické či fyziologické. Stárnutí je zkrátka proces, který navzdory nejmodernějším poznatkům medicíny nezastavíme. Kvalitu života lze ale zachovat i v pozdějším věku – za

pomocí výživy. Nutrice seniorů má svá specifika a musí bezpodmínečně zohledňovat klinický stav pacienta. Včasné zhodnocení výživového stavu, rozpoznání potenciálních rizik malnutrice a adekvátně nastavená nutriční podpora s velkou pravděpodobností pomohou zajistit kvalitní a plnohodnotné stáří našich prarodičů.

Sociální služby Lanškroun jsou ukázkovým příkladem, jak lze řídit stravovací provoz a nabídnout klientům správně sestavené jídelní menu. SKiVMP (Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče) a ČAS (Česká asociace sester) ve spolupráci s evropským lídrem výživových doplňků NUTRICIA v roce 2013 tomuto zařízení udělily ocenění deklarující poskytování nutriční péče na vysoké úrovni. Ludmila Dostálková je hlavní nutriční terapeutka, která má pod dohledem hladký průběh stravovacího oddělení právě v lanškrounském domově. V rámci Celostátní odborné konference o výživě, která se konala 13. října 2021 v pražském IKEM, přednášela právě o výživě seniorů.

Výživou k prevenci zdraví a zachování kvality života v pozdějším věku

Dostatek spánku a fyzické aktivity, doplněné o pracovní a sociální pohodu, patří k důležitým atributům zdravého životního stylu, vyváženou a pestrout stravu nevyjímaje. Praktikování obecně platných výživových doporučení však nedokáže stoprocentně zaručit, že tomu tak skutečně bude a pevné zdraví si udržíme až do smrti. V této otázce hrají prim především genetické predispozice a mnoho různých environmentálních faktorů. Nicméně odlehčená racionální strava podle vědeckých poznatků významně snižuje riziko manifestace onemocnění s hromadným výskytem či kardiovaskulárních komplikací. „Pozitivní efekt nelze pozorovat hned, ale až v horizontu i několika let,“ dodala L. Dostálková. Jinak řečeno, dopřávat tělu potřebné živiny a minerály v podobě kvalitních surovin je dlouhodobá investice do vlastního zdraví.

Nemocný senior potřebuje vyživit

Většina nemocí a přidružených zdravotních komplikací se často začne projevovat až v pozdní dospělosti a stáří. V období tzv. raného stáří pozorujeme důsledky podceněné primární prevence, zanedbaného výživového stavu nebo dekompenzace léčby nejen metabolicky podmíněných onemocnění. Z nutriční analýzy těchto pacientů vyplývá, že jejich jídelníček má jisté rezervy.

Obsahuje hojné zastoupení živočišných zdrojů, sekundárně zpracovaných průmyslových výrobků a potravin bohatých na přidané cukry. Talíř je naopak chudý na rostlinnou složku a v ní obsaženou rozpustnou i nerozpustnou vlákninu. „Vysokotučné stravování s převahou nasycených mastných kyselin pramení z ustálených stravovacích zvyklostí české kuchyně a tyto zvyklosti jsou zpravidla praktikovány celoživotně,“ konstatovala L. Dostálková.

Chronicita si žádá vyšší energetickou potřebu

Vlastní stáří s sebou kromě stupňující se polymorbidity nese i zvýšené riziko malnutrice a kachexie. Podvýživa nejčastěji vzniká ve dvou případech – tím prvním je celkově snížený energetický příjem. Druhým, mnohem častějším případem je kombinace nedostatečného příjmu kalorií a vyšší energetické potřeby organismu v důsledku probíhajícího chronického zánětu, případně nemožnost potravy přijímat per os. Problémem na druhé straně je přibírání na váze. Pacient imobilní, připoutaný na lůžko má fyzickou aktivitu prakticky nulovou. Rychle u něj dochází ke snížení bazálního metabolismu (BMR) a úbytku svalové, tukové hmoty. Neméně významné jsou i neurologické diagnózy a psychické rozpoložení pacientů, které ovlivňují nejen chuťový apetit – depresivně laděný pacient pravděpodobně nebude mít chuť k jídlu, pacient trpící demencí se najíst zkrátka zapomene. Obojí však může vést ke sníženému příjmu potravy a zhoršenému výživovému stavu.

Na pravidelný pitný režim se stále zapomíná

Suché sliznice, povleklý jazyk, snížený kožní turgor a hlavně častější pády a kolapsové stavy jsou klasickým projevem dehydratace. Může za to útlum centra žízně v hypothalamické části mozku. Senioři jednoduše necítí potřebu žízně nebo pít zapomínají. Nedostatek tekutin však výrazně přispívá ke vzniku žlučových a ledvinových kamenů a je také důvodem, proč pacienti trpí bolestmi hlavy a častými kolapsovémi stavy. „Je třeba pacienty pobízet k průběžnému popíjení a hlídat vodní bilanci nejen kontrolou diurézy. Obyčejnou vodu lze lehce osvěžit plátkem citronu, příp. lze naředit ovocný džus nebo nabídnout bylinné čaje,“ doporučila L. Dostálková.

**Bílkovin je ve stravě seniorů nedostatek**

Sníst dostatečné množství proteinů je pro seniory v běžné praxi často nedosažitelné. Na příjem esenciálních aminokyselin, které si tělo nedokáže samo syntetizovat, jsme odkázáni pouze prostřednictvím stravy. V průběhu nemoci se však jejich potřeba zvyšuje, a to kvůli syntéze imunoglobulinů a transportních proteinů plazmy. Deficit vede k nedostatečnému hojení ran, deku-bitům či vzniku otoků a ke zhoršené odezvě imunitního systému. Jak připomíná nutriční terapeutka Dostálková, je nutné pravidelně sledovat hodnoty celkové bílkoviny, albuminu, kreatininu a dusíkové bilance, a to nejen u pacientů s renálním selháním. Nutriční potřeba bílkovin u zdravého seniora se pohybuje kolem 25–35 kcal na 1 kg tělesné hmotnosti. Bílkovinný podíl z celkového denního zastoupení činí cca 1,2 g. Například senior s Alzheimerovou demencí po energetické stránce potřebuje 40–60 kcal na 1 kg tělesné hmotnosti.

Sipping je u pacientů s malnutricí nena-hraditelnou součástí výživy

„Naším cílem je při dobré funkci gastroin-testinálního traktu zachovat příjem potravy ústy co nejdéle,“ zdůraznila L. Dostálková. Sipping, nutridrink neboli „výživa k popíjení“ je indikován u pacientů podvyživených, onkologických a u těch, kteří nezvládají své porce jídla „ujíst“. Příčin je mnoho. Nejčastěji jsou to funkční poruchy, počínaje defektním chrupem, problémy s polykáním nebo dyspepsie a časté průjmy nebo zácpy, které se objevují jako nežádoucí účinek chronicky užívané medikace. Svým nutričním složením s kompletním obsahem živin, vitaminů a stopových prvků tato tekutá výživa případný nedostatek nahradí. Ideální je popíjet nutridrink vychlazený, po malých doušcích, v přestávkách mezi jídly. „Sipping musí pacientovi především chutnat, jinak nám jej tolerovat nebude,“ uvedla L. Dostálková s tím, že již existuje mnoho příchutí a variant – například s přidavkem vlákniny, vysokoproteinové pro léčbu deku-bitů nebo se sníženým obsahem cukru pro diabetiky.

Dosavadní jídelníček seniorů výrazně neomezuje

Obecně je u starší populace preferována kašovitá, bezesbytková dieta, a to z důvodu zhoršené schopnosti kousání a polykání. „Co se týče výběru surovin, snažíme se zachovat pestrost a hlavně pacientovy ob-

líbené pokrmy. Vyřazujeme druhy surovin, které jsou tvrdé, tuhé, jako třeba šlachovité druhy mas, ovoce a zeleninu bohaté na slupky a semínka z důvodu rizika aspirace,“ vyjmenovala L. Dostálková a dodala, že vše je otázkou individuální snášenlivosti. Pokrmy je podle ní vhodné vařit doměkka, rozmixovat, propasírovat nebo nakrájet na malé kousky, aby byl senior schopen se najíst sám. Pakliže potřebuje asistenci, je vhodné dopřát mu ze strany personálu dostatek času na konzumaci a případné nedojedené porce zaznamenávat pro vyhodnocení nutriční bilance. Při sestavování nutričního plánu je nutné ke každému pacientovi přistupovat individuálně, zohledňovat jeho klinický a výživový stav a soběstačnost. Správně odebraná anamnéza je klíčem k úspěchu. Ukazatelem nastavené diety nebo detekci rizik malnutrice může být nutriční screening MNA (Minimal Nutritional Assessment) nebo pravidelné antropometrické vyšetření, jako je vážení nebo měření obvodu paže.

Nutriční péče je týmová práce závislá na souhrě všech lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků. Změnit od základu celoživotní stravovací návyky v tomto věku je často nereálné. Úkolem nutričních terapeutů je spíše korigovat a navrhnout mírnější dietní úpravy. Opakování je matka moudrosti – pacienti často zapomínají nebo si výživová doporučení vyloží po svém. Je důležité nabídnout jim na talíři barevnou škálu chutných pokrmů, kterou mohou zkonsumovat v příjemném prostředí a povzbudit svůj apetit. Včasná intervence a zahájení nutriční podpory je stěžejní pro odhalení rizik podvýživy a zachování kvality života co nejdéle.

■ Výživová doporučení při onemocnění srdce a cév

České republice stále patří první příčka v úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění. Pádých důvodů, proč tomu tak je, najdeme hned několik. Kromě řady významných rizikových faktorů, které se na tomto faktu podílejí, sehrávají klíčovou roli také nutriční a celková životospráva. I přes snahy specialistů a nutričních terapeutů edukovat o výživě nejen pacienty, ale i širokou veřejnost koluje ve společnosti stále mnoho zakořeněných dietních mýtů, které tu správnou kardiovaskulární prevenci nepodporují.

Výživová doporučení, ať už ta preventivní, nebo ta v případě přítomnosti onemocnění,

jsou velmi dobrým nástrojem platným pro široké specifické skupiny. Nelze je vždy pouze tlumočit každému jednotlivému pacientovi a naivně počítat se stoprocentní compliance. Výživová doporučení je třeba správně interpretovat. Doplnující výživové tabulky a rámcové jídelníčky, s nimiž se na podporu doporučení také setkáváme, mohou jistě dobře fungovat, ale ne vždy zohledňují mnoho dalších faktorů. Neefektivnější je, pokud jsou výživa a její doporučení šitá přímo na míru. Na základě vyhodnocení nutriční analýzy a stravovacích zvyklostí pak můžeme detekovat úskalí, proč třeba pacienti v dietních režimech selhávají a proč se mnohdy nedaří životosprávu, a to nejen v kardiovaskulární oblasti, korigovat. Lékaři ve svých ambulancích zpravidla nemají dostatek prostoru pro zevrubnou edukaci a pacientovi sdělují jen nezbytně nutné informace k zapamatování. Ty je však potřeba pro pacienty individuálně přizpůsobit tak, aby je uměli správně uvést do praxe. Velmi problematické je také „samovzdělávání“. Pacienti si tak častokrát výživová doporučení interpretují po svém a je všedním jevem, že například vynechávají sacharidové přílohy, protože jim bylo řečeno, aby omezili cukry. Nutriční terapeutka Věra Boháčková, DiS., která je místopředsedkyní Sekce výživy a nutriční péče, z.s., a koordinuje činnost Fóra zdravé výživy, z.s., svým sdělením o nutriční prevenci v kardiovaskulární prevenci završila Celostátní odbornou konferenci o výživě, která se uskutečnila 13. října 2021 v pražském IKEM.

Na primární prevenci výživou se stále zapomíná

Nefarmakologická intervence s nutností pozměnit dosavadní životní styl a zejména upravit stravovací návyky je velmi zásadní nejen v sekundární, ale také v primární prevenci. Jedná se o běh na dlouhou trať a výsledky někdy nejsou viditelné ihned. „Nutriční a režimové guidelines jsou v základě stále platné a víceméně neměnné a je třeba je stále opakovat, ideálně v rámci individualizované interpretace se zohledněním praktických možností,“ dodala Věra Boháčková. Spánek, pohyb a výživa jsou klíčovými faktory k udržení kvality života a pevného zdraví co možná nejdéle. Bohužel, část populace nepřemýšlí o budoucnosti a nepovažuje za důležité zajímat se o svoje zdraví. Pozdější manifestace nemocí, nejen těch tzv. civilizačních, tedy chorob neinfekčních s hromadným výskytem, na sebe nabaluje další a další komorbidit. Léčba se stává



finančně náročnější a pacienti jistě bude v denním životě limitovat. I dietní postupy pro stabilizaci zdravotního stavu se budou stupňovat a stávat komplikovanějšími. Přitom by možná stačilo jídelníček odlehčit a jíst zdravěji už dříve. Energeticky vyvážená racionální strava s atributy středomořského typu stravování s minimem sekundárně zpracovaných potravin je tím nejjednodušším krokem vpřed. Neméně důležitým základem opatření je udržovat si optimální tělesnou hmotnost a mít pravidelnou denní dávku fyzické aktivity.

O protektivních vlastnostech PUFA není pochyb

Zeměpisné rozložení České republiky má jednu nevýhodu, a sice tu, že jsme zcela obklopeni pevninou bez přístupu k moři a jeho darům. Z toho pramení, že zastoupení mořských plodů a ryb v jídelníčku české populace není tak časté, jak by si zasluhovala. A až je Česká republika tradiční zemí rybníků a rybníkářů, konzumace sladkovodních ryb je velmi nízká. Průměrná spotřeba ryb se v ČR pohybuje okolo 5 kg na osobu a rok, což nepředstavuje ani jednu porci ryby týdně, doporučení přitom mluví alespoň o dvou porcích ryb týdně. „V důsledku složení jídelníčku a minimální konzumace ryb pozorujeme v jídelničkách často nízký podíl zdraví prospěšných polynenasycených mastných kyselin, takzvaných PUFA,“ vysvětlila Věra Boháčová a dodala, že v případě ryb je řeč především o kyselinách DHA (kyselina dokosahexaenová) a EPA (kyselina eikosapentaenová). Ve velkém zastoupení je nalezneme právě v mořských rybách, ale také v některých rostlinných olejích, semenech a ořechích. PUFA mají řadu pozitivních účinků včetně toho na snížení kardiovaskulárních rizik. Studie z roku 2002 potvrdila pozitivní působení na buněčnou membránu erytrocytů a na jejich schopnost se deformovat. Zlepšení funkce červených krvinek pak způsobovalo snížení viskozity krve a méně častěji docházelo k adhezenci a agregaci trombocytů, které by mohly mít za následek protrombogenní stavy. Pacientům s hypercholesterolémií i pokročilými stadii aterosklerózy je konzumace omega-3 mastných kyselin nejen ve formě rybího oleje vřele doporučována. Tyto lipofilní kyseliny s několika dvojnými vazbami spolehlivě stabilizují aterogenní pláty v cévním lumen. Pravidelná suplementace o maximální dávce 2–4 g PUFA denně byla prokázána jako bezpečná a je indikována

právě u pacientů s hypercholesterolémií. V rámci praktické interpretace jde o doporučení zvýšit konzumaci ryb, především mořských. Výhodou jsou ryby tučnější. Nemusí se však jednat o nejčastěji zmiňované, jako je losos nebo tuňák, ale výhodou mohou být např. makrela nebo sledě. Jsou pro mnoho pacientů/osob příznivější jednak finančně, ale rovněž z hlediska kulinární gramotnosti – jedná se o ryby, které se prodávají již určené k přímé spotřebě: uzená makrela, sledě se zeleninou v kyselém nálevu apod. Dalším důvodem, proč řada lidí odmítá konzumovat ryby, je kromě obsahu kostí totiž fakt, že nevědí, jak je správně upravit. Některé rybí výrobky tak mohou posloužit jako zdroj prospěšných PUFA velmi jednoduše. Kromě ryb je pak pro zvýšení PUFA vhodné upřednostňovat rostlinné oleje s jejich vyšším podílem (např. řepkový), jídelníček doplnit semínky (např. lněné) a ořechy (např. vlašské), kde příznivé PUFA ve významném množství též najdeme.

Celá vejce už nejsou strašákem, pokud se nezapomíná na vlákninu

Mít adekvátní příjem kalorií a nepřekračovat denní doporučené zastoupení tuků o více než 30 procent denního energetického příjmu je pro kardiaky důležitým výživovým cílem. Podíl nasycených mastných kyselin by pak měl činit pouze třetinu z celkového množství tuků, pakliže si chceme uchovat cévy bez poškození a bez modulace prozánětlivými cytokiny. Z pohledu lipidogramu nás zajímají hlavně frakce LDL cholesterolu a triacylglyceroly (TAG), které dietním režimem můžeme spolehlivě ovlivnit. V patrnosti je třeba mít také hladinu HDL cholesterolu. V rámci ovlivnění „zlého“ LDL cholesterolu je potřeba snížit množství tzv. nasycených mastných kyselin ve stravě. Najdeme je zejména v živočišných zdrojích, jako jsou například uzeniny, tučná masa, smetanové mléčné produkty, ale také v palmovém či kokosovém tuku. Jejich konzumace by měla být střídma. V případě zvýšené hladiny TAG platí stejná doporučení, ale navíc je potřeba omezit celkovou spotřebu tuku, ale i cukru a alkoholu. Omezení příjmu cholesterolu stravou zůstává na hodnotě 300 mg za den. „Tohoto limitu se však nemusíte obávat, pokud je váš jídelníček pestrý a vyvážený. Nejíst vaječné žloutky kvůli vysokému obsahu cholesterolu je již dávno překonaným mýtem. Vejce jsou nutričně v pořádku, konzumujte je celá, klidně každý den, pokud jich nebude dvacet, ale jedno nebo dvě.

Větší obezřetnosti je třeba u diabetiků, ale i zde platí, že vhodnost jednotlivých potravin v rámci dietního režimu je potřeba řešit individuálně s přihlédnutím ke stravovacím zvyklostem a možnostem,“ doporučila Věra Boháčová a dodala: „V případě, že jíte celozrnné varianty potravin, nevyhýbáte se luštěninám a ke každému jídlu přidáte kousek zeleniny nebo ovoce, může pomoci se snižováním cholesterolu také podíl vlákniny ve stravě (která má ještě řadu dalších benefitů pro naše zdraví).“

Omezení smažení znamená skvělý začátek pro dietnější stravování

Kulinární gramotnost a znalost technologických postupů zpracování surovin je také klíčová. Volbou méně tučných druhů masa a méně tučných sýrů a dalších mléčných výrobků a významným omezením konzumace uzenin lze signifikantně snížit příjem tzv. skrytých tuků. V těchto případech se navíc jedná o tuky s převahou nasycených mastných kyselin. Dalším úskalím je i tuk, na kterém se restuje nebo smaží – příjem kalorií je rázem o mnoho větší. „Smažení nemusí být zcela tabu, je však potřeba tuto technologickou úpravu omezit, ale hlavně dodržet správný postup. Přepálením tuku, ať už z důvodu nesprávného smažení, či použití nevhodného druhu tuku, má za následek vznik nežádoucích látek, které mohou také zvyšovat riziko srdečně-cévních onemocnění. Na smažení je potřeba vybírat tuk jednak výživově výhodný a jednak takový, který snese vysoké teploty. Tedy občasný řízek z libového masa smažený na řepkovém nebo olivovém oleji doplněný porcí čerstvé zeleniny může být i součástí stravy při zvýšené hladině cholesterolu v krvi. Samozřejmě velmi výhodné jsou úpravy, kde se větší množství tuku nepoužívá,“ popisuje Věra Boháčová a poukazuje na to, že menšími dietními úpravami je možné docílit velmi dobrých výsledků bez zbytečného vyřazování oblíbených jídel a absence chuti – s tou se pojí také dochucování, především však dosolování hotových pokrmů. Potravinu průmyslově druhotně zpracované mohou mít vysoký podíl soli (a řadu dalších látek navíc). Denní maximální přípustná dávka soli je stanovena na 5 až 7 g. V zemích západního světa, který je plný fastfoodu a tzv. processed food, je konzumace soli běžně dvojnásobná. Naše země není výjimkou, Češi průměrně snědí 13 až 15 g soli na člověka a den. Na vině jsou právě ony sekundárně upravené výrobky, ale bohužel i další, běžně



konzumované potraviny, které jsou zároveň vhodnou součástí jídelníčku (např. pečivo, včetně celozrnného, sýry aj.). Dosáhnout doporučeného limitu soli v jídelníčku je tedy velice komplikované. Důležité je proto zejména snížení jejího příjmu, a to na úrovni dosolování, konzumace vysoce předpřipravených potravin a pokrmů, potravin slaných a solených a dochucujících prostředků, které často obsahují vysoký podíl soli. Lze shrnout, že pokud se zaměříme na kvalitu a čerstvost primárních surovin a budeme upřednostňovat domácí vaření v dietnější verzi (což v mnoha případech musíme pacienty učit), uděláme velký a důležitý

pokrok. Nejen v rámci edukace kardiologických pacientů bychom měli klást důraz zejména na snížení příjmu nevhodných tuků s převahou nasycených mastných kyselin. Ať už volbou méně tučných a libových variant potravin, nebo vědomou záměnou za tělu prospěšnější tuky rostlinné (s výjimkou těch tropických). Nesmíme také opomenout konzumaci alkoholu – ta by měla být spíše příležitostná, protože zdraví nesvědčí. Přidáním malého kusu ovoce a zeleniny ke každému dennímu jídlu spolehlivě pokryjeme denní potřebu a významně také přispějeme k doporučenému přísunu vitaminů a vlákniny.

1. Hu FB, Willett LBWC, Stampfer MJ, et al. Fish and omega-3 fatty acid intake and risk of coronary heart disease in women. *JAMA* 2002;287:1815–1821.
2. Elagizi A, Lavie CJ, O’Keefe E, et al. An Update on Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids and Cardiovascular Health. *Nutrients* 2021;13:204. doi: 10.3390/nu13010204. PMID: 33445534; PMCID: PMC7827286.

Zdroj: <https://www.kapitoly-online.cz/clanek/konference-fora-zdrave-vyzivny>

Převzato z *Medical Tribune*, 25. 11. 2021

Může být částečně hydrolyzovaná guarová guma alternativou laktulózy v léčbě zácpy u dětí?

MUDr. Marta Honzíková

Článek referuje o výsledcích prospektivní randomizované kontrolované studie, jejímž cílem bylo ověřit, zda částečně hydrolyzovaná guarová guma (partially hydrolyzed guar gum, PHGG) může být bezpečně využívána jako zdroj vlákniny v rámci léčby zácpy u dětí. Dalším cílem bylo porovnat úspěšnost podávání PHGG s běžně užívaným osmotickým laxativem laktulózou.

Funkční zácpa je u dětí častým problémem. Aktuální léčebná doporučení zahrnují nácvik pravidelné defekace, dietu s vysokým obsahem vlákniny a orální podávání laxativ po delší dobu. Zatím chybějí data určující, jaké zdroje vlákniny jsou nejvíce efektivní. Jako slibný zdroj vlákniny se jeví částečně hydrolyzovaný polysacharid získávaný z guarových bobů (PHGG), semen rostliny *Cyamopsis tetragonoloba*, která je podobná fazoli. Je to luštěnina, která se pěstuje hlavně ve střední Asii, především v Indii a Pákistánu. PHGG ve formě prášku je velmi dobře rozpustná ve vodě i v pokrmech s tím, že nemění jejich chuť. Ve formě roztoku má nízkou viskozitu, ve střevě je kompletně fermentována. Ve studii bylo hodnoceno celkem 61 pacientů s funkční zácpou ve věku 4–16 roků (skupina PHGG: n = 31, skupina laktulóza: n = 30). Při vstupním vyšetření byla zácpa definována podle Římských kritérií III. Zařazení pacienti museli splňovat nejméně dvě z těchto krité-

rií: stolice dvakrát nebo méně za týden, minimálně jedna epizoda inkontinence stolice za týden, anamnéza volního zadržování stolice a bolestivě či obtížně defekace, přítomnost velkého množství stolice retinované v rektu při vyšetření, anamnéza odchodu velmi obtížné stolice.

Při zahájení studie nebyly mezi skupinami významné rozdíly vstupních parametrů včetně příjmu vlákniny v dietě (zelenina, ovoce). Pacienti dostávali hodnocené přípravky po 4 týdny v těchto dávkách: laktulóza 1 ml/kg/den, PHGG – děti 4–6 roků: 3 g/den; 6–12 roků: 4 g/den, 12–16 roků: 5 g/den.

V průběhu sledování pacienti nebo rodiče zaznamenávali do standardizovaného dotazníku frekvenci defekace, konzistenci stolice, přítomnost nadýmání a bolestí břicha. Vzhled a konzistence stolice byly hodnoceny podle Bristolské škály stolice (Bristol Stool Form). Zároveň byly sledovány nežádoucí reakce a vedlejší účinky u obou aplikovaných přípravků.

Frekvence defekace za týden a konzistence stolice se významně zlepšily u obou skupin ($p < 0,05$). Procento dětí s bolestmi břicha a zadržováním stolice také významně pokleslo v obou skupinách ($p < 0,05$). Týdenní frekvence defekace stoupla z $4 \pm 0,7$ na $6 \pm 1,06$ (skupina laktulóza) a z $4 \pm 0,7$ na $5 \pm 1,7$ (skupina PHGG).

Rodiče byli spokojeni s účinností obou sledovaných přípravků, nicméně u skupiny laktulóza si rodiče i děti stěžovali na nepříjemnou chuť, plynatost a potřebu přijmout velké množství léku.

V souhrnu lze konstatovat, že užívání PHGG je stejně efektivní jako podávání laktulózy, co se týká frekvence vyprazdňování, zadržování stolice, bolestí břicha spojených s obstrukcí a zlepšuje také konzistenci stolice. Laktulóza vykazuje více vedlejších účinků zahrnujících plynatost a nepříjemnou chuť. Vadí také nutnost přijímat větší objem přípravku. Autoři v závěru publikace zdůrazňují potřebu realizace studie s větším počtem pacientů s delší dobou sledování, případně i s hodnocením efektu kombinace laktulózy a PHGG.

Připraveno podle:

Üstündağ G, Kuloğlu Z, Kirbaş N, Kansu A. Can partially hydrolyzed guar gum be an alternative to lactulose in treatment of childhood constipation? *Turk J Gastroenterol*. 2010 Dec;21(4):360–4. doi: 10.4318/tjg.2010.0121.



Atopický ekzém a jeho (ne)kortikoidní léčba

MUDr. et MUDr. Pavel Konrád

Kožní ambulance Černošice

V článku je popsána jedna z nejčastějších kožních chorob, atopický ekzém. Je popsána jeho historie, současné pohledy na jeho etiopatogenezi a terapii s důrazem na nekortikoidní postupy.

Klíčová slova – atopický ekzém, neurodermatitida, atopický syndrom, sodium lauryl sulfát, ichthammol, antiseptická mydla.

Atopic eczema and its (non)corticoid therapy.

The article describes one of the most common skin diseases, atopic eczema. It describes its history, current views on its etiopathogenesis and its therapy with an emphasis on non-corticoid procedures.

Key words – atopic eczema, neurodermitis, atopic syndrome, sodium lauryl sulfate, ichthammol, antiseptic soaps.

Už název choroby samotné vypovídá o její komplikovanosti. Ve světě se používá pro toto onemocnění promiscue několik názvů. U nás jsou vžitě termíny **atopický ekzém** či **atopická dermatitida (AD)**. Vzhledem k tomu, že se jedná o pravý zánět kůže, je medicínsky správný termín dermatitis atopica. V německy a anglicky mluvících zemích je používán termín **neurodermitis**, což potvrzuje nejasnou etiologii choroby a její multifaktoriální patogenezi.

Obr. 1 Ilustrace z knihy – On Cutaneous Diseases



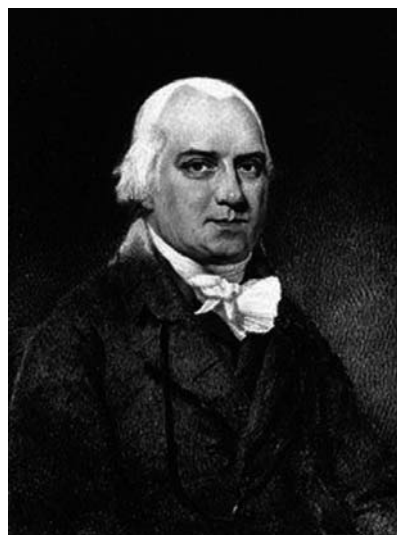
■ Historie

Chorobu pojmenoval a poprvé klinicky popsal v roce 1808 anglický lékař **Robert Willan** (* 1757, Sedbergh, Yorkshire, † 1812, Madeira) ve vlastnoručně ilustrované knize *On Cutaneous Diseases* (obr. 1). Tento slavný lékař je považován za ustanovitele dermatologie jako samostatného medicínského oboru a zakladatele moderní anglické dermatologie (obr. 2) (1).

Výraz **ekzém** odvodil z řeckého slova *ekzeo*, označujícího *něco, co vyvěrá na povrch*, tedy na povrch kůže (2). Postižení se může vyskytnout v jakémkoliv místě jejího povrchu, většinou jako reakce na podráždění buď z vnějšího, nebo vnitřního prostředí.

Výraz **atopický** odvodil dr. Willan z řeckého *atopos*, znamenající v řečtině *podivný, nezvyklý*, což přesně popisuje klinický obraz choroby. Onemocnění má odlišný klinický obraz v závislosti na věku pacienta, což v takové míře nevidíme u žádné jiné choroby. Odpověď na terapii nelze dopředu s jistotou odhadnout a střídání remisí a exacerbací je někdy nevysvětlitelné. Choroba svými klinickými obrazy a průběhem doslovně odpovídá svému názvu – **podivná**.

Obr. 2 Sir Robert Willan



■ Etiologie

Je několik různých názorů na to, do jaké skupiny nemocí atopický ekzém zařadit. Mnozí se domnívají, že je to **onemocnění kožní**, jiní trvají na tom, že se jedná o **genetickou odchylku**, a třetí skupina je toho názoru, že jde o chorobu **imunitního charakteru**.

Etiologie AD je souhrnem všech těchto faktorů. Atopický ekzém je onemocnění dané geneticky, jehož výsledkem je patologická imunitní odpověď organismu, která se projevuje na kůži (1).

Jde o velice časté onemocnění, prevalence se odhaduje na 10 až 20 % dětí a na 1–3 % u dospělých, v průmyslových zemích se během posledních 30 let zvýšila trojnásobně (3). Často bývá doprovázena také jinými alergickými onemocněními, jako jsou astma bronchiale, senná rýma, alergické záněty spojivek, kopřivka aj., což se označuje jako atopický syndrom. Má dlouhodobý průběh s opakovanými exacerbacemi.

Vznik a rozvoj tohoto onemocnění bývá velice individuální. Příčiny vypuknutí či zhoršení ekzému jsou celkem tři.

První příčinou je defektní složení rohové vrstvy kůže dané jednak **atypickou tvorbou kožních lipidů**, jednak **sníženým množstvím močoviny (urey)** v kůži. Močovina je přirozený hydratační faktor vážící na sebe osmoticky vodu, a tím udržující hydrataci. Atopická kůže obsahuje **pouze cca 30 % urey** v porovnání se zdravou pokožkou. V defektních lipidech chybí zejména omega nenasycená mastná **kyselina linolová**. Ta představuje stavební kámen dvojvrstevných lipidových vrstev v epidermis.

Výsledkem sníženého obsahu obou substancí dochází k nadměrné ztrátě vody. Kůže je suchá, tenká, lehce zranitelná, a umožňuje tak průnik různých alergenů vč. toxinů. Kožní bariéra přestává plnit svou fyziologickou funkci obrany těla a dochází k nežádoucímu oboustrannému průniku látek. Z kůže ven uniká voda a z vnějšího prostředí dovnitř organismu pronikají alergeny a toxiny pa-

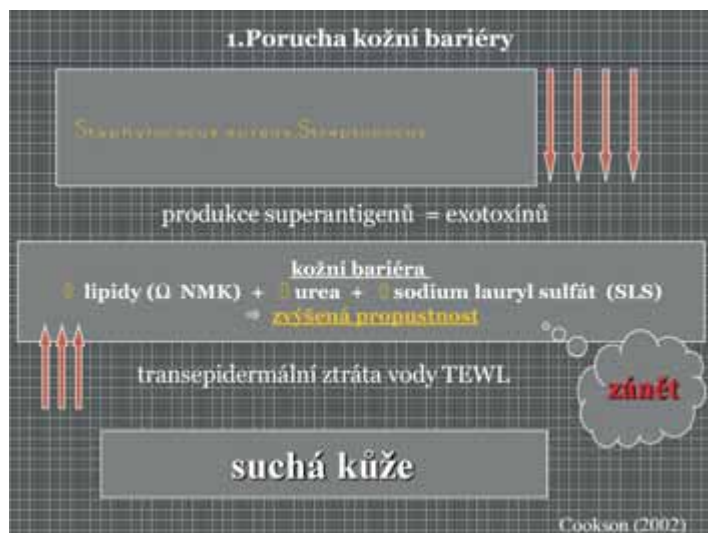


Schéma 1 Schéma patofyziologie AD. Zdroj: přednáška autor

togenů množících se na ložiscích ekzému (schéma 1).

Vlivem suchosti kůže dochází k pruritu, který dalším závažným způsobem udržuje a prohlubuje patologický proces. Následkem lecky i bezděkému škrábání dochází ke vzniku erozí a ragád, které představují locus minoris resistentiae. V těchto místech se lépe usazují patogeny, ty se množí a produkují toxiny, které pronikají přes defektní rohovou vrstvu. Nejdůležitějšími patogeny u AD jsou zlatý stafylokok (*Staphylococcus aureus*), streptokoky, vzácněji i kvasinky (*Malassezia furfur*), jejichž toxiny provokují imunitní odpověď (schéma 2).

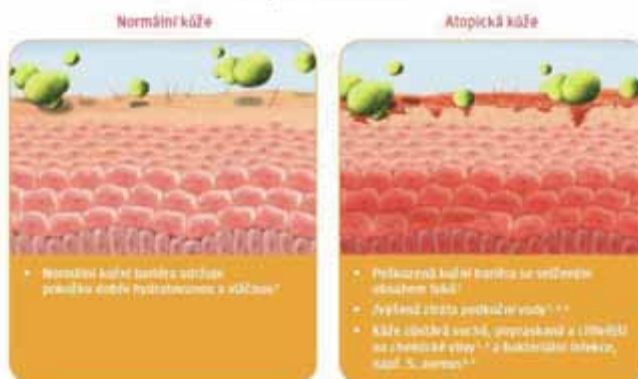
Druhou příčinou je přehnaná patologická imunitní odpověď na určitý alergen, jehož identifikace je zásadní při zvládání průběhu onemocnění.

Třetí příčinou může být naladění nervového systému. Ten totiž způsobuje zvýšenou svědivost, citlivost a dráždivost kůže s ohledem na psychický stav jedince. Těžké životní situace, stres a nespokojenost vedou ke zvýšenému výskytu ložisek, častějšímu škrábání a k celkovému zhoršení klinického obrazu. Odtud pochází anglosaské pojmenování choroby *neurodermitis*.

■ Rizikové faktory atopického ekzému

Jedním z opomíjených, ale vysoce rizikových faktorů pro AD jsou **pěnidla (tzv. sulfáty)** – **sodium lauryl sulfát (SLS)** a **sodium laureth sulfát (SLES)** v mýdlech a šamponech. Sulfáty z běžných mycích prostředků destrukují již tak narušenou kožní bariéru a nedovolují zdárný postup terapie. Jsou

Staphylococcus aureus se nachází na ekzematické pokožce u více než 95 % pacientů s atopickou dermatitidou¹



Staphylococcus aureus je přítomný ve všech formách projevu atopického ekzému²
Staphylococcus aureus zhoršuje a dokonce spouští zánět na atopické kůži³

Schéma 2 Osídlování kůže pacienta s AD patogeny, Zdroj: přednáška autor

obsaženy prakticky ve všech běžných mycích přípravcích. K hygieně atopiků se proto doporučují bezvýhradně mycí **antiseptické prostředky bez obsahu sulfátů** (4). Všeobecně se doporučuje omezit dlouhé koupele v horké a studené vodě, vhodné je pouze sprchování vlažnou vodou do celkové délky **nepřekračující 5 minut** (5). Utírání pokožky má být prováděno pouze přikládáním ručníku, nikoliv třením, kvůli zamezení vzniku mikroskopických ragád.

Dalším rizikovým faktorem jsou **alergeny**, které je nutné vysledovat a snažit se těchto látek vyvarovat. Důležité je vyloučení alergenů z obytných prostor, kde se nejčastěji skrývají v kobercích, peřinách a domácích zvířatech. Častými provokačními faktory bývají **roztocí, prach, pyl, peří, bakterie** a jiné agresivní látky. Doporučováno je speciální povlečení z nanovláken, která zabraňují prů-

Obr. 3 Kojenecká forma AD – obličej (archiv autora)



Obr. 4 Kojenecká forma AD – generalizace (archiv autora)





Obr. 5 Dětská forma AD (archiv autora)



Obr. 6 Dětská forma AD (archiv autora)

niku roztočů oběma směry. V domácnosti atopiků se také doporučuje instalovat čističky vzduchu.

Rovněž jsou známy různé formy **potravinových alergií**. Atopikům se většinou nedoporučuje požívat mléčné výrobky, vejce, ryby, ořechy, kyselé, fermentující potraviny, sóju, čokoládu a dráždivou zeleninu a ovoce. Jedná se však pouze o doporučení, neboť alergie na potraviny je vysoce specifická a je **nezbytné alergeny identifikovat**. Pacient s AD by měl být vyšetřen také **alergologem**. Z opatření obecného charakteru je preferováno nošení **bavlněného prádla**, vyhnout se vlněnému oblečení a vyvarovat se pocení, pokud není možnost následného osprchování.

Zhoršení se také typicky objevuje na **jaře** a na **podzim** v důsledku klimatických podmínek.

■ Prevence atopického ekzému

Jelikož se z velké části na onemocnění podílí genetická predispozice, žádná opravdu účinná prevence neexistuje. Pokud má jeden z rodičů jakékoli alergické onemocnění, je riziko objevení se atopického ekzému u dítěte 20–40 %. Pokud mají (anebo měli jako děti) oba rodiče přímo atopický ekzém, potom se udává riziko objevení se atopického ekzému kdykoli v průběhu života až v 60–80 % (6). Postiženy však mohou být i děti, které žádné předky s podobným onemocněním nemají. Důležitou roli totiž hraje i souhra vnitřního a zevního prostředí a intenzita provokačních faktorů. Jestliže je alespoň jeden z rodičů atopik, doporučuje se vyhýbat při kojení zejména potravinovým alergenům. Délka ko-

jení však neprokázala vyšší efekt ve snížení výskytu AD. Poté by mělo být dítě krmeno **hydrolyzovanými mléčnými výrobky** (hypoalergenní mléka, kaše) a při přechodu na tuhou stravu přidávat nové potraviny s dostatečným časovým odstupem z důvodu pozorování možných alergických reakcí, které u dítěte vyvolají zhoršení.

U dětí s pozitivní rodinnou atopickou anamnézou je však nejúčinnější prevencí používání bezsulfátových mycích prostředků a aplikace substitučních emoliencií již od narození (6).

■ Klinický obraz

Základní morfolou AD je drobná **papulo-vesikula** velikosti špendlíkové hlavičky, barvy růžové až jasně červené. Po prasknutí puchýřky velmi rychle splývají v chorobná ložiska až mapovité mokvavé plochy.

AD postihuje obvykle ohyby končetin (loketní ohbí, podkolenní jamky), krk, víčka, obličej, zápěstí, hřbety rukou a nohou, ale může se rozšířit i na celý povrch kůže.

Klinický obraz AD se výrazně liší podle věku, z tohoto důvodu se AD rozděluje na **3 klinické formy**:

1. Kojenecká forma AD (děti do jednoho roku) – Většinou se objevuje kolem 3. měsíce od narození. Projevu se červenými papulami a vezikulami se šupinami nebo mokváním na tvářích, bradě, trupu, končetinách či hlavě (obr. 3, 4). Ekzém je **velice svědivý** a pro děti nepříjemný. Kojenci jsou neklidní a často se budí ze spánku.

2. Dětská forma AD (děti předškolní a školní) – V tomto období se již ekzém začíná vyskytovat v predilekčních lokalizacích.

To znamená, že se objevuje **v loketních a podkolenních jamkách, na krku, na rukou a nohou** (obr. 5, 6). Ekzém se projevuje několika stupni postižení. Od hrubé, suché pokožky může velice snadno přejít přes puchýřky k mokvajícím splývajícím ložiskům až po bolestivé fisury a ragády. Kolem sedmého roku věku se AD asi u 80 % dětí přestane klinicky manifestovat. Nelze však konstatovat, že je vyléčen!

3. Forma AD u dospělých – Tento druh buď přetrvává z dětství, nebo může vzniknout až v dospělosti. Místa postižení jsou podobná dětské formě, navíc bývá postižena kůže obličeje, rtů a krku. U dospělých často vídáme tzv. facies atopica s periokulární hyperpigmentací. Ta vzniká jako následek opakovaných zánětů a budí dojem velmi typického „smutného“ výrazu pacienta (obr. 7).

AD často doprovázejí další poruchy – výbled kůže po působení tlaku tupého předmětu (tzv. bílý dermatografismus), vrozená porucha rohování kůže (ichthyosis vulgaris nebo keratosis pilaris) se vyskytují současně až u 10 % pacientů (obr. 8). Mohou být přítomny i oční příznaky (zánět spojivek, hordeolum, změny na sítnici, šedý zákal).

■ Léčba atopického ekzému

Vzhledem k tomu, že do dnešních dnů **neexistuje kauzální léčba AD**, cílem terapie je substituovat pokožku chybějícími substancemi, eliminovat, případně alespoň omezit spouštěcí faktory, a udržet tak ekzém v přijatelném stavu.

Pacienti nebo jejich rodiče se často snaží najít „zázračný“ lék či postup, který by AD definitivně vyléčil. Nalezení takové terapie



Obr. 7 Perikulární hyperpigmentace (archiv autora)



Obr. 8 Keratosis pilaris (archiv autora)

je při úrovni současných znalostí medicíny iluzorní.

Abychom dosáhli dobrého efektu terapie AD, musí být léčba **komplexní a důsledně prováděná**. Je nutné najít si v ordinaci dostatek času na vysvětlení přesného postupu ošetřování. Dodržování terapeutických schémat a jejich změn vzniklých postupem léčby je nezbytné pro zdárný výsledek.

Lokální terapie AD je rozdělována většinou pouze podle typu použitých účinných látek na léčbu pomocí kortikoidních extern, blokátorů kalcineurinu či ostatních nekortikoidních substancí. Realita je však složitější a pro každodenní terénní praxi je přínosnější dělení terapie podle **fáze onemocnění** v kombinaci s **věkem pacienta**. Terapie se individualizuje a existují výrazné rozdíly mezi účinností stejných substancí u různých pacientů. Zásadní roli ve volbě typu léčby a její modifikace po úpravě klinického obrazu hraje **zkušenost lékaře**.

Lokální terapii AD dělíme podle fáze onemocnění – na **akutní a chronickou**.

Základním pilířem jak akutní, tak chronické fáze AD je **každodenní krátká antiseptická koupel/sprcha** (5). Používáme tzv. **medicínální syndety s obsahem antiseptik a bez obsahu sulfátů** (např. Cutosan® mycí gel) (5,7). Atopický ekzém je zhoršován a udržován patogeny, jako jsou stafylokoky, streptokoky a malassezie, které se na postižených místech ekzému mnohonásobně přemnožují, produkují toxiny, tzv. superantigeny, a ty udržují **circulus vitiosus**. Právě ony jsou zodpovědné velkou měrou i za svědění atopické kůže. Cílem antiseptické očisty je snížení kolonizace atopické kůže patogeny, tím snížení průniku toxinů do organismu nemocného. Současně se snižuje

i **svědění kůže**, která bývá u AD subjektivně nejvíce obtěžujícím příznakem. Tím se aktivně přerušuje výše zmíněný **circulus vitiosus**!

Na tento pilíř terapie není v ČR, na rozdíl od jiných „dermatologicky“ vyspělých zemí, kladen takový důraz, jaký by byl třeba. Bez používání bezsulfátových antiseptických syndetů nemůže být výsledek terapie takový jako s nimi.

Cílem terapie v **akutní fázi** AD je snížit zánět a zamezit mokvání. Vysušením ložisek fyziologickým mechanismem snížíme množství patogenů na postižených místech. V akutním stavu jsou ideální přípravky, které galenicky splňují dermatologický léčebný princip – *na mokré mokré*. V tomto stadiu je nutné volit galenické formy s **vyšším obsahem vodné fáze**, jako jsou **spreje, mléka, krémy či krémpasty**. Zcela nevhodné jsou masti!

Při akutním postižení kůže u **kojeneckého typu AD** se snažíme před použitím kortikoidních extern aplikovat nekortikoidní terapii, která bývá u vysokého procenta úspěšná a kortikoidům se lze zcela vyhnout. Před érou kortikoidů se AD léčila úspěšně pomocí dehtů a ichthammolu. Dehty byly v EU v roce 2002 bohužel zakázány, nicméně ichthammol je stále k dispozici a pro terapii nejmenších pacientů dobře účinný, a to bez jakýchkoli vedlejších účinků! (8).

Historie ichthammolu (fosišní živice) je fascinující. **Již v dávnověku** v oblasti Mrtvého moře ovládli obchod s živicí **Nabatejci**, starověký národ, který se na onom území usadil. Živici vytahovali na břeh, řezali ji a pak ji dopravovali do Egypta pro lékařské účely. Sami faraóni používali ichthammol v olejích při nejružnějších kožních onemocněních. Ichthammol byl z tohoto důvodu v dávnověku **nejdražší substancí tehdejšího**

světa (obr. 9). Nabatejci z utržených peněz vybudovali jeden z divů světa – skalní město **Petra**.

V průběhu staletí se ichthammol používal k léčbě kožních chorob a dodnes jsou i největšími lékařskými autoritami potvrzeny doslova zázračné léčebné účinky koupele v Mrtvém moři u chorob, jako jsou ekzém a lupénka. Do dnešních dnů se léčba u Mrtvého moře (talasoterapie) považuje u lupénky i ekzému za jeden z nejúčinnějších postupů, a to včetně nejmodernější biologické léčby!

První vědecká práce, srovnávající léčebné účinky ichthammolu a kamenouhelného i dřevěného dehtu, pochází z osmdesátých let 19. století. Jejím autorem byl slavný německý dermatolog **P. G. Unna**, který aplikaci ichthammolu rozšířil na řadu dalších dermatologických onemocnění, například omrzliny a otoky, v některých případech doporučoval ichthammol i k vnitřnímu užití.

V nejakutnější, mokravé fázi ekzému použijeme k vysušení ložisek na několik dní vhodnou galenickou formu s obsahem vody – **sprej** (např. Cutozic Ichtamo spray), který aplikujeme 2× denně na všechny mokravé léze (5,7). Po ústupu mokvání, ke kterému dojde v průměru za 3–5 dnů, přecházíme na následnou galenickou formu **krémpasty** (např. Ichtyol krémpasta) (5,7). Tu je již vhodné kombinovat s „lehkými“ emoliencií. Pro tuto fázi je ideální tzv. chladivý synderman (např. AD Calcis). Aplikuje se vždy cca 5 minut po aplikaci ichthammolu, a to několikrát denně. Počet aplikací je vysoký, doporučuje se až 6× za den! Účinnost **ichthammolu** lze hodnotit nejdříve **po 10 dnech**, nástup účinku je pomalejší než u kortikoidů. Až pokud není efekt dostatečný, přistupu-



Obr. 9 Surový ichthammol – fosilní živice, stáří cca 200 miliónů let (archiv autora)

jeme na krátkou dobu k terapii kortikoidními externy na cca 4–7 dnů.

Při akutní fázi **dětské formy AD** jsou místní kortikoidy nejučinnější součástí léčby, neboť mají velmi silné protizánětlivé účinky. Bohužel nejsou zcela bez vedlejších účinků. Při nesprávném dávkování kortikosteroidů může dojít ke vzniku atrofie kůže s rozšířením cév či vzniku nadměrného ochlupení. Tomu lze předejít dodržováním určitých zásad. Doporučujeme kortikoidy používat pouze **na nezbytně dlouhou dobu**, většinou po dobu 3–4 dnů. Kortikoidy nemají preventivní účinky, jak si mnoho lidí myslí. Opět volíme hydrofilní galenické formy, jako jsou **roztoky, mléka, kožní emulze** či krémy. Například methylprednisolon existuje ve všech těchto ideálních galenických formách. Nevhodná je v akutní fázi galenická forma masti! Kortikoidní externa je nutné přemazávat vhodnými emolenciemi, v akutní a subakutní fázi volíme opět hydrofilní galenické formy (např. AD Calcis).

Po zlepšení klinického obrazu se snažíme opět co nejrychleji přejít na nekortikoidní terapii ichthammolem k udržení protizánětlivého efektu bez vedlejších účinků.

Při akutní fázi **AD dospělých** jsou místní kortikoidy léčbou první linie.

U dospělých pacientů v těžkém stavu AD se často volí celková terapie cyklosporinem, metotrexátem či nejnověji biologickou terapií. Tato léčba patří na specializovaná pracoviště.

V **chronické fázi AD** se u terapie všech tří typů uplatňují hlavně emolencia a bezsulfátová hygiena. Základem léčby je **důkladné pravidelné promazávání** tzv. substitučními emolenciemi. Urea patří mezi přirozené hydratační faktory, které zamezují nadměrné ztrátě vody. Další defektní chybějící substancí u AD je omega nenasycená mastná

kyselina linolová spoluvytvářející dvouvrstevné lipidy. Ty působí v kůži jako „pokličky“ a také zabraňují nadměrné ztrátě vody.

Základním principem terapie chronické fáze AD je **pravidelné doplňování výše uvedených chybějících látek do kůže**.

Pro velkoplošné použití je nejvhodnější galenická forma mléka s ureou. Nejvhodnější koncentrace **urey** v emolenciích určených pro AD je 3–5 % (např. AD lotio Chronic) (6). Při této koncentraci dochází k ideálnímu doplnění hydratačního faktoru, a přitom nedochází k subjektivnímu pocitu pálení, které vzniká při vyšších koncentracích.

Pro doplňování **linolové kyseliny** jsou nejvhodnější oleje – např. mandlový, kokosový, bambucký, Babassu olej. Oleje se nanášejí buď přímo na pokožku, nebo se přidávají do koupele. Vzhledem k tomu, že pacient s AD by měl preferovat sprchování před koupelí, doporučujeme oleje nanášet přímo na pokožku bezprostředně po osprchování. Některé oleje obsahují emulgátory a nelze je na pokožku nanášet bez opláchnutí! Je tedy nutné volit **oleje bez emulgátorů** (např. Balmandol, Cutoil®) (6). Při extrémní suchosti volíme ideálně tzv. vitaminové masti (např. Tocozen® mast). Ty jsou vhodné i na rty.

Celková terapie u AD tkví v podávání **antihistaminik**, která částečně zabraňují svědivým projevům. U nejmenších dětí se podávají zpravidla **Fenistil kapky**, od půl roku je možné podávat **Ketof sirup**. Jeho protisvědivý účinek je silnější. U dospělců máme na trhu celou řadu antihistaminik se srovnatelným účinkem.

V posledních letech se objevují studie o pozitivním efektu laktobacilů na stav ekzému. Nejmenším dětem tedy doporučujeme kapky s laktobacily (např. Biopron, BioGaia) na noc.

Alternativou ke kortikoidní terapii v léčbě atopického ekzému jsou **místní imunomodulancia** v podobě krému a masti. Používají se v případech, kde běžná léčba selhává. Velkým plusem těchto farmak je, že nemají atrofizační efekt. Doporučují se i k dlouhodobému používání a lze jimi předejít novým výsevům ekzému. U dětí je však jejich používání omezeno věkem.

■ Režimová opatření

Mezi zásady úspěšné léčby patří režimová opatření, tedy především snaha o odstranění známých alergenů a vytvoření **hypoalergenního prostředí**.

V obytných prostorech by se mělo často vysávat, odstranit koberce, péřové peřiny a polštáře a jiné lapače prachu. K nim patří i zvířata se srstí a peřím, nejagresivnější jsou alergeny z koček a hlodavců.

Dále by se v prostorech, kde žijí atopici, nemělo kouřit, dokonce ani z kamen, a dráždivě působí i výpary, např. z nátěrových hmot. Proto je také důležité pravidelné a dostatečné větrání.

Vhodné je nosit **oděvy z bavlny**, které jsou vzdušné a zabraňují pocení. Od úporného svědění mohou pomoci i studené obklady nebo studený krém, na noc je vhodné nosit bavlněné rukavice.

Kromě výše popsané každodenní léčby jsou prospěšné **lázeňské a přímořské pobyty**. Součástí léčby může být i **fototerapie**, což je záměrné vystavování kůže UV paprskům z umělých zdrojů. To se odehrává na speciálních pracovištích pod odborným dohledem.

■ Resumé

Atopický ekzém je časté onemocnění, které výrazně limituje život nejen pacienta, ale celé rodiny. Vzhledem k tomu, že neexistuje kauzální terapie, je naším cílem udržovat atopickou pokožku v takovém stavu, aby onemocnění bylo co nejméně obtěžující.

■ Literatura

1. Braun-Falco O et al. Dermatológia a venerológia. Martin: Osveta 2001:404 s.
2. Danda V et al. Vybrané kapitoly z dermatovenerologie, Hradec Králové: VLVDÚ 1979:100 s.
3. Štork J et al. Dermatovenerologie, Praha: Galén 2008:162 s.
4. Baker H. Clinical dermatology, fourth edition, London: Bailliere Tindall 1989:89–92 s.
5. Benáková N. et al. Moderní farmakoterapie v dermatologii, Praha: Maxdorf 2020:142 s., 143 s., 155 s.
6. Čapková Š. Atopický ekzém: Co to je a jak ho léčit? In: Pravdyoatopii.cz [online]. [cit. 9-9-2019]. Dostupné z: <https://www.pravdyoatopii.cz/clanek/27-atopicky-ekzem-co-to-je-a-jak-ho-lecit>. Path: Homepage; Rady od odborníků; Dermatologie MUDr Štěpánka Čapková; 9.9.2019.
7. Benáková N. Ekzémy a dermatitidy. 3. vydání. Praha: Maxdorf 2013:122 s.
8. Fadrhonicová A. Farmakoterapie kožních nemocí. Praha: Grada 1999:211–213 s.



Hemateméza

MUDr. Martina Romanová, MUDr. Jana Lhotská

Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FNKV

Hemateméza je příznakem krvácení do zažívacího traktu, nejčastěji proximálně od Treitzova ligamenta v distálním duodenu. Jedná se o zvracení čerstvé či natrávené krve. Zhruba 20 % krvácení z gastrointestinálního traktu u dětí se manifestuje právě hematemézou. Diferenciální diagnostika se různí dle věku pacientů a eventuálních komorbidit (1).

Kazuistika 1

Do 21. 1. 2020, kdy byla přijata pro kolapsový stav a náhle vzniklou hematemézou ve škole, byla anamnéza naší 18leté pacientky zcela bez nápadností. Matka prodělala léčbu pro karcinom prsu – prokázána mutace BRCA2, ale u naší pacientky bylo toto vyšetření negativní. Dívka se s ničím neléčila, před přijetím neudávala žádné obtíže. Hemateméza vznikla náhle, z plného zdraví. Laboratorně neměla známky anemizace, nicméně pro trvající hematemézu i na oddělení, hypotenzi a přetrvávající kolapsový stav při vertikalizaci bylo indikováno urgentní gastroscopické vyšetření. Gastroskopie prokázala krvácení z vředu/ragády v oblasti gastroezofageální junkce směrem k malé křivatuře. Krvácení bylo zastaveno opičem a nasazením hemostatického klipu. Jinak byl normální náález do D2 (sestupná část duodena). Zahájili jsme léčbu inhibitory protonové pumpy (IPP), a jelikož byla dívka nadále zcela bez obtíží, byla v celkově dobrém stavu propuštěna do domácí péče 24. 1. 2020. Od propuštění neměla výraznější obtíže, dodržovala dietu, užívala IPP. 25. 2. 2020 proběhla kontrola v gastroenterologické ambulanci, kde byla do terapie přidána prokinetika a pro anémii zahájena feroterapie. Postupně dívka udávala zhoršení stavu, stěžovala si na bolesti břicha v dolní polovině, bolesti se zhoršovaly po jídle a měla nauzeu.

Pro výraznou progresi obtíží jsme dívku opětovně přijali 8. 3. 2020. Indikované ultrazvukové vyšetření a posléze CT břicha prokázalo tumorózní masu v okolí hlavy pankreatu, mnohočetná ložiska v játrech charakteru metastáz, zmnožené břišní uzliny a ascites (obr. 1).

V laboratorních odběrech byla zachycena mírná mikrocytární anémie a trombocytóza, mírná elevace CRP, lipázy, kyseliny močové, laktátdehydrogenázy, z onkomarkerů vý-



Obr. 1 CT břicha – tumor v oblasti pankreatu, ascites a zvětšené uzliny

razná elevace CA 19-9 a mírná elevace CA 125 (CA 19-9: 6693,6 kU/l, CA 125: 143,3 kU/l).

Diferenciálnědiagnosticky byl zvažován jak lymfom, tak tumor vycházející z pankreatu, jater, případně neoplazie gynekologické etiologie. Byla doplněna magnetická rezonance jater, která z důvodu klaustrofobie pacientky nebyla dokončena, nicméně dostupný náález byl v souladu s nálezem CT. Pacientka vstupně po jídle zvracela, dále měla intermitentně nauzeu, nechutenství a stravu prakticky nepřijímala, proto jsme zahájili parenterální výživu all-in-one vaky. Během hospitalizace pacientka udávala bolesti zad a břicha s nutností pravidelného podávání analgetik.

13. 3. 2020 podstoupila laparoskopické vyšetření s biopsií, kde již peroperačně byla přítomna karcinomatóza peritonea, histologicky popsána metastáza nízké diferenciace adenokarcinomu. Imunoprofil a morfologie léze nebyly typické pro běžný

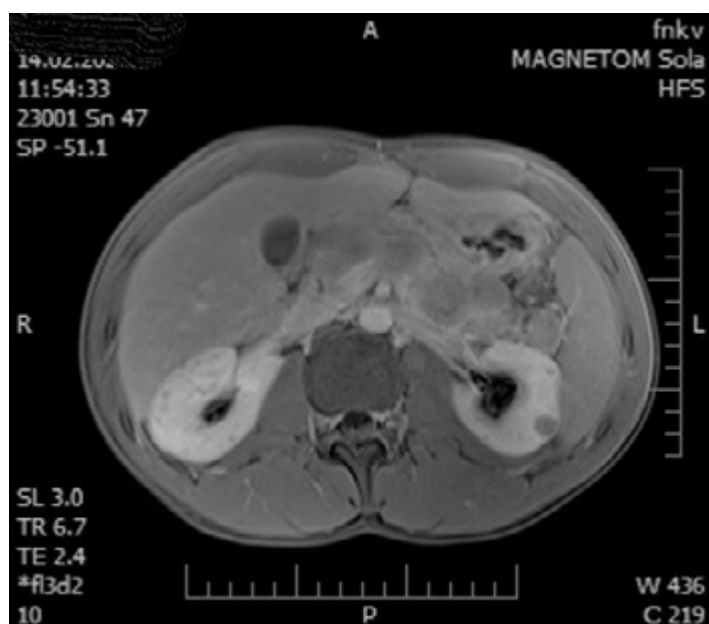
duktální adenokarcinom pankreatu zvažovaný klinicky, původ v pankreatu nicméně zcela nevylučovaly. Markery nádorů ženského genitálu, plic a mléčné žlázy byly negativní. O lymfom se dle výsledků nejednalo. Pacientka nadále vyžadovala velké dávky analgetik, včetně terapie morfinem. Vzhledem k celkovému stavu a pokročilému nálezu byla onkologem zahájena paliativní chemoterapie – C1 carboplatina a byl zaveden PICC (periferně implantovaný centrální katetr). V dubnu a květnu 2020 proběhly opakované hospitalizace dívky pro dušnost při rekurentním fluidothoraxu vlevo, ascites a progresi anémie s rozvojem anemického syndromu. Byly podávány transfuze a provedeny opakované punkce velkého množství ascitické tekutiny, bolest byla tlumena nadále opiáty. V mezidobí byla ošetřována rodiči v domácím prostředí s podporou paliativního týmu. Postupně došlo k progresi onemocnění a 13. 5. 2020 pacientka zemřela v domácím prostředí.

Kazuistika 2

6. 2. 2020 byl téměř 17letý chlapec odeslán k vyšetření z dětské chirurgie. Anamnesticky chlapec udával již 14 dní trvající bolest hlavy ve frontální oblasti. 5 dnů před přijetím byl vyšetřen na ORL, kde na stanovenou diagnózu akutní sinusitidy byly nasazeny aminopeniciliny, nosní kortikosteroidy a antihistaminika. Bolesti hlavy se nepatrně zmírnily, ale intermitentně je stále udával. Postupně se přidalo nechutenství a zvracení, večer před přijetím vyzvracel chlapec větší množství čerstvé krve (cca 50–100 ml). Ráno v den přijetí opět zvracel – byla přítomna pouze malá příměs čerstvé krve. Bolesti břicha neudával, průjmy neměl, stolice byla formovaná, bez příměsí, pouze jeden den byl subfebrilní s maximem 37,5 °C. Pro hematemézu byl vyšetřen na dětské chirurgii, kde byla vyloučena náhlá příhoda

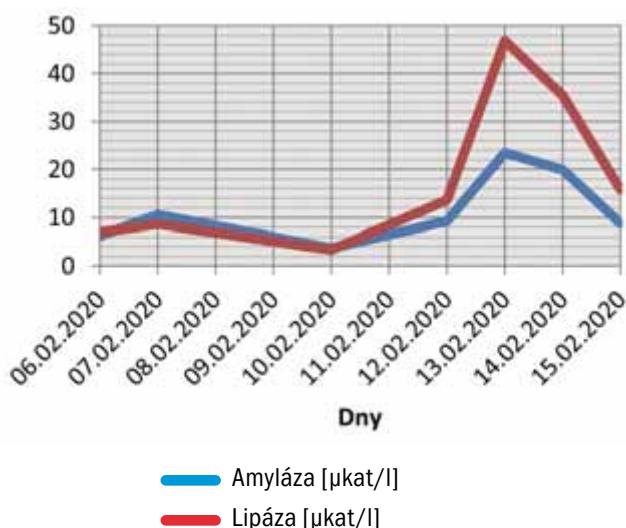


Obr. 2 Snímek z gastroscopie



Obr. 3 MRI snímek – ložisko v játrech a ložiska v ledvinách a pankreatu

Hodnoty pankreatických enzymů



břišní a chlapce odeslali k dovyšetření na lůžku na naši kliniku. Ve vstupních odběrech byl krevní obraz v normě, bez leukocytózy, bez známek anemizace, v biochemii zvýšené hladiny amylázy a lipázy, jaterní enzymy v normě, koagulace v normě, moč bez nápadností. Druhý den hospitalizace byla provedena gastroscopie s nálezem erozivní gastritidy s maximem v antrokorporálním přechodu, bulbitida s drobnou ulcerací a ragády v terminálním jícnu (obr. 2). Vzhledem k podezření na akutní pankreatitidu jsme chlapci omezili perorální příjem, zahájili parenterální nutrici a pro nález na gastroscopii iniciovali podávání inhibitorů protonové pumpy. Od třetího dne klesaly pankreatické enzymy, postupně byl tedy zatížen per os příjmem. Šestý den hospitalizace se opět objevila hemateméza a vzestup pankreatických enzymů. Současně vzhledem k mírnému vzestupu CRP a leukocytóze byl pacient zajištěn antibiotiky. Opakovaně se při sonografických vyšetřeních břicha prokazovaly zánětlivé známky pankreatu, bez nekrotických změn. Ovšem 13. 2. 2020 na kontrolním ultrazvuku byla popsána hraniční velikost sleziny a v pankreatu nespecifická hypoechogenní ložiska, elevace pankreatických enzymů výrazně progredovala (graf 1). Devátý den hospitalizace proto bylo indikováno vyšetření břicha magnetickou rezonancí a MRCP (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography), kde byl zobrazen zvětšený nehomogenní pankreas s mnohočetnými ložisky, dvě ložiska v játrech, mnohočetná drobná ložiska v ledvinách, mnohočetné ložiskové postižení axiálního skeletu – vzhledem k nálezu vysloveno podezření na hematologickou malignitu (obr. 3). Doplněný RTG snímek hrudníku byl s normálním nálezem. Pacient byl po celou dobu hospitalizace afebrilní, kardiopulmonálně stabilní, hmotnost poklesla celkově o 4 kg.

Vzhledem k nálezu na magnetické rezonanci byl ihned domluven překlad na Dětskou hematologickou kliniku FN Motol. Zde byla provedena punkce kostní dřeně (60 % typických L3 blastů, dle FACS 26 % atypických bb, CD 20 + CD10 + CD19 + kappa +), lumbální punkce (188 leukocytů – 69,2 % tvoří blasty) a magnetická rezonance CNS, kde byla popsána infiltrace mening vpravo, dorzálně, parietálně a vlevo frontálně. Onemocnění bylo diagnosticky uzavřeno jako Burkittův lymfom s leukemizací a postižením CNS 3st. (zralá B-ALL), současně přítomen multifokální infiltrativní intraabdominální proces. Byla zahájena léčba B-NHL 2013/R4 – randomizován do standardního ramene pouze s Rituximab windowR4.

V obou prezentovaných případech nás překvapila hemateméza jako první (resp. v kazuistice 2 jako druhý) příznak pokročilého nádorového onemocnění. V adolescenci patří mezi 3 nejčastější příčiny hematemézy Mallory-Weissův syndrom, gastritida a ezofageální či žaludeční varixy. Méně často pak požití cizího tělesa, Crohnova choroba či vaskulitidy. Primární tumorózní postižení žaludku/GIT či sekundární postižení žaludku v rámci jiného nádorového onemocnění jsou vzácná.

- 1. Uptodate (poslední aktualizace 18. 3. 2021), Approach to upper gastrointestinal bleeding in children, Author: Xavier Villa, MD [online; cit. 2022-01-12]. Dostupné z WWW: <www.uptodate.com/contents/approach-to-upper-gastrointestinal-bleeding-in-children#H7>.



V NOUZI POZNÁŠ PŘÍTELE

PŘIPOJTE SE K PŘÁTELŮM DĚTÍ JEŠTĚ DNES NA **UNICEF.cz**

Vašich **365 Kč** měsíčně zajistí za rok terapeutickou výživu pro úplné **vyléčení 3 podvyživených dětí**.

Jako Přítel dětí **nepomáháte jen jednomu dítěti, ale mnoha dětem**, které právě teď trpí podvýživou, nedostatkem pitné vody nebo nemohou chodit do školy.





Aktuality...

Už tady bude pořádek, říká v rozhovoru ministr zdravotnictví Vlastimil Válek

S ministrem zdravotnictví Vlastimilem Válekem o páté vlně koronaviru, vládních opatřeních a víře v lidi.

Dal jste si do nového roku nějaké předsevzetí?

Aby všechno začalo konečně fungovat. Což začne.

Co „všechno“ máte na mysli?

Organizaci v řízení covidu. Přes Nový rok jsme v ní dotáhli některé změny tak, aby měla jasná pravidla. Já mám rád šanony, podle barvy, podle velikosti. Mám rád řád, systém. A ten nastane.

V čem bude váš řád jiný než ten dosavadní?

Bude jasné, kdo za co odpovídá, kdo velí. Máme centrální řídicí tým, orgán, který bude řídit covidový provoz, komunikuje s hejtmany, s očkovacími centry nebo s krajskými hygienami. Doposud do této organizace neustále někdo házel vidle. Tu expremiér Babiš, tu někdo jiný. To už se dít nebude. Řízení se bude opírat o rozhodnutí jasně definované skupiny lidí, reprezentujících českou vědu – Národní institut pro zvládání pandemie. Dával jsem ji dohromady čtyři měsíce. Povede ji profesor Chlíbek a jsou v ní zástupci jednotlivých odborných společností z řad vakcinologie, epidemiologie nebo imunologie. Jde o vrchol pyramidu českého biomedicínského výzkumu.

Své odborníky měla i minulá vláda. V čem bude vaše skupina lepší?

Už nebude fungovat praxe, že pravdu má ten, kdo je zrovna největší kamarád s premiérem. Já nepotřebuju, aby se odborníci se mnou kamarádili, já potřebuju konsenzus české vědy. Klasický případ je délka karantény – někdo navrhuje čtrnáct dní, jiný pět. Doteď to bylo tak, že jednou se naslouchalo tomu, podruhé tomu, ale vždy to byli jednotlivci. Tím neříkám, že jednotlivci neměli někdy správný názor, ale nešlo o názor vědecké obce. Platit bude to, na čem se shodne většina. Když budete jako pacient obcházet různé onkology, dostanete škálu různých doporučení a nebudete vědět nic. Pokud půjdete na onkologickou indikační komisi, tak donutíte odborníky k dohodě. A dostanete daleko lepší výsledek.

Můžete zaručit, že budete shodu odborníků respektovat?

To jsem neřekl. Vy také jako pacient nemusíte respektovat doporučení onkologické komise. To doporučení ale musí vypadat tak, že dostanu tři varianty, k nim seznam výhod a nevýhod a ministerstvo musí říct, co je legislativně možné. Plukovník Šnajdárek z centrálního řídicího týmu musí říct, co je v praxi realizovatelné. Pokud se například ukáže, že jsme limitováni nedostatkem PCR testů, odborníci pak svá stanoviska musí korigovat.

Co když se akademici neshodnou? Anebo vy jako politik budete cítit, že ideál domluvený mezi vědci nejste schopni prosadit?

Pětadvacet let se věnuji české vědě, organizuji vědecké konference, kongresy, akademické senáty. Při vši úctě, já umím vědu. A vím, že toto tam nehrozí. Ve vědě se nedá neshodnout. Hlasuje se a většina rozhodne. Jako v parlamentu, tam se také nelze neshodnout. Ve vědě je to ještě jednodušší, tam jsou lidé připraveni. Neřeší politická stanoviska, pro která nejsou odborné argumenty. To ve vědě není,

ve vědě musíte zdůvodnit, proč si něco myslíte. A pokud jde o má politická rozhodnutí, pokaždé jim bude předcházet debata s odbornou skupinou. Pokud nastane nějaký velký střet mezi doporučením a realitou, debata na dané téma se obnoví. Rozhodně nepustím ven nic, na co bych neměl od nich palec.

Po nástupu do funkce jste slíboval udělat audit, jak ministerstvo v pandemii fungovalo. Už víte, kde se děly chyby?

Bezesporu se to posouvá. Ale máme služební zákon, máme nějaká pravidla a já jsem teď v situaci, kdy musím řešit omikron. Na to napínám všechny síly. Přijde i čas na řešení dalších věcí.

V opozici jste fungování ministerstva hodně kritizoval. Co můžete o příčinách chybování říct už teď?

Ministerstvo zdravotnictví dostalo několik zásahů. Za Svatopluka Němečka (ministra zdravotnictví v letech 2014–2016 z ČSSD – pozn. red.) se tu výrazně snížil počet zaměstnanců a to se už nezměnilo. Dnes tady není odbor, kde by nebyl těžký podstav. Služební zákon situaci dál v něčem zkomplikoval. A co s ministerstvem provedla v posledním roce ani ne tak vláda, ale bývalý premiér, to je strašné. Čtyřikrát se změnil ministr a s každým přišlo a odešlo dalších, řekneme, deset lidí. Může jít o pozice, o kterých – když to přeženu – normálně ani nevíte. Ale pokud se na nich lidé obmění čtyřikrát za rok, nefunguje ve výsledku vůbec nic.

Rozumíme tomu správně, že paralelně s omikronem teď na personální věci a provoz ministerstva není čas?

Něco už měním. Ale některé důslednější a komplexnější změny mohu udělat až s reorganizací ministerstva, kterou už teď provést nelze. Bohužel jsme převzali vládu pozdě – a já nevím, jestli to byl, nebo nebyl úmysl –, reorganizace šla udělat před koncem roku. Teď už to možné není. Nemohu tím pádem obměnit některé posty, jež jsou pod služebním zákonem.

Kdyby to šlo, chtěl byste větší změny?

Zatím neříkám, že jsou tady lidé, které bych chtěl měnit. Ale zavedl jsem u všech dokumentů evidenci, kdo je jmenovitě psal a který ředitel odboru je četl. Ať funguje jasná osobní odpovědnost. Za opatřeními není „ministerstvo“, ale vždy nějaký konkrétní člověk. A já jsem zvyklý z nemocnice, že za každou žádankou a každým úkonem je konkrétní jméno. Tak to bude i tady. Stát se může cokoliv

Současnou situaci s koronavirem jste mezi svátky popsal jako „klid před bouří“. Na jakou bouři se máme připravit?

Sto procentně na rychlý nástup omikronu. Počty pozitivně testovaných rychle narostou. Tak to bylo zatím ve všech zemích. Nárůst bude velmi strmý – a my ho chceme nejen zachytit, ale pokud možno také protáhnout v čase.

Jak hodláte očekávanou vlnu nákazy rozložit v čase?

Pomocí testování – tím, že zachytím včas co nejvíce pozitivních, pošlu je do karantény a omezím tím šíření. Proto spouštíme plošné testování. Virus šíří všichni, i ti, kdo mají druhou dávku. Riziko přenosu i vážného průběhu je u nich menší, ale nakazit se mohou, a tím pádem mohou šířit virus.

Proč se karanténa zkracuje?



Protože jinak by ty očekávané vysoké počty nakažených vedly k tomu, že budu mít v karanténě miliony lidí. Zkrácená karanténa snižuje riziko, že vypadnou některé služby.

S kolika nakaženými počítáte a kdy?

Ze všech predikcí a ze zkušenosti jiných zemí vyplývá, že nástup bude někdy druhý týden v lednu. Uvidíme, jak strmý bude. Podle prognóz z období mezi svátky tu můžeme mít denně 20 tisíc pozitivně testovaných, ale i 80 tisíc. Vrchol by měl nastat na přelomu ledna a února, možná o týden dříve. Otázka bude, jak se nám vlnu podaří zkorigovat a roztáhnout.

Tak vysoko jsme nikdy nebyli, dosavadní vrchol byl 28 tisíc loni v listopadu. Jak chcete takovou situaci zvládnout?

Zatím se bavíme jen o pozitivně testovaných. Řada z nich bude mít druhou nebo třetí dávku, a tedy slabší průběh onemocnění. Hlavní však bude, jak už jsem řekl, testování. Čím dříve nakažené zachytím, tím pomalejší ten nástup bude. Naopak čím déle je nechám mezi lidmi, tím bude vrchol vyšší.

Co považujete za zvladatelné číslo?

Tricet tisíc je vlastně optimismus, ačkoli i to je pořád moc.

Co chcete dělat, když i optimistický scénář vám dává moc vysoká čísla?

Jednak zkrátit karanténu tak, abychom neměli najednou v karanténě polovinu zdravotníků nebo učitelů. A přizpůsobit systém tomu, jak se chová omikron. Nákaza trvá kratší dobu, kratší dobu je pacient infekční, ale zkracuje se také doba, kdy lze nasadit léčbu. Proto se domlouvám, jak to udělat, abych co nejrychleji dostal léčbu k symptomatickým pacientům přes praktické lékaře. Není to úplně jednoduché, protože to časové okno je malé – dva, maximálně tři dny od výtěru. Plán je takový, že by v laboratořích měly mít prioritu vzorky od lidí s příznaky.

Česko má nově k dispozici antivirovum molnupiravir, pro které se ale musí jezdit do vybraných nemocničních lékáren. Půjde to změnit?

Není to tak jednoduché. Každý lék má jasně definováno, kdo ho může indikovat. Ne každý lék může nasadit praktik. U molnupiraviru budeme postup ještě projednávat. Postup by mohl být takový, pokud mi to legislativa umožní, že lék vydá praktický lékař. To teď řeší úseky ministerstva zdravotnictví, které to mají na starosti.

Dříve ministerstvo říkalo, že jiný postup možný není.

U těchto léků není standardní systém distribuce. Výrobce trvá na tom, že léky musí koupit centrálně stát a že stát musí distribuci zajistit, na což ale nemáme žádný mechanismus. Já teď hledám cesty, jak to vyřešit. Pokud to nepůjde, což není vyloučeno, potom se musí zjednodušit cesta od praktika k vyzvednutí a k nasazení léčby.

Lék paxlovid od firmy Pfizer může být velkou změnou v boji s pandemií. Má mít až devadesátiprocentní účinnost při prevenci hospitalizace a úmrtí u vysoce rizikových pacientů. Na čem nákup závisí a kdy bude dotažen?

Na ničem, peníze jsou zajištěny, způsob distribuce vyřešen a podklady pro sepsání smlouvy dostala firma Pfizer. Nyní čekáme, až nám centrála v New Yorku pošle smlouvu k podpisu, ihned ji podepíšeme.

Nemáte obavy z toho, že antigenní testy mnoho nakažených neodhalí? Anebo že jich firmy neseženou dost či testování vůbec nebudou brát vážně?

Ne. Průběžná data z probíhajícího testování zaměstnanců a dětí ve školách ukazují, že naše rozhodnutí bylo správné a testy jsou kvalitní.

Lze se už spolehnout na to, že u omikronu má nemoc slabší průběh?

Zjistím to druhý týden v lednu, podle nových dat ze zemí, kde omikron nastoupil dříve. Podle výsledků nám Národní institut pro zvládání pandemie v čele s profesorem Chlíbkem nachystá variantní doporučení, jak postupovat.

Zdá se, že hodně sázíte na příznivý vývoj řady věcí – na disciplínu v testování, na nové léky, na účinné testy, na slabší průběh onemocnění. Co když to nevyjde? Jak vypadá naopak horší scénář?

Nemyslím si, že v horším scénáři dojde k zahlcení jednotek intenzivní péče. Horší scénář je větší počet hospitalizovaných na běžných odděleních, což by mohl být problém, na jehož řešení jsme připraveni. Horší scénář je, že vrchol v počtech nakažených bude užší a vyšší prostě proto, že lidé nebudou dodržovat opatření, nebudou nosit respirátory, vykašlou se na cokoli. Vysoký nástup nákazy by pak mohl vést k tomu, že v karanténě – byť zkrácené – bude odhadem milion, dva miliony lidí.

Důležité jsou, jak sám říkáte, počty lidí v nemocnicích. Co čekáte tam? Může být nemocných více, než jsme kdy měli?

Stát se může samozřejmě cokoli, ale z žádné prognózy toto není pravděpodobné. A když, tak na běžných odděleních. A toto umíme vyřešit. Větším problémem by bylo zahlcení jednotek intenzivní péče a lůžek s ECMO.

Nakolik bude záležet na tom, jak budou lidé dodržovat současná opatření?

To je klíčové, naprosto klíčové.

Co ještě může zachránit očkování?

Otevřeli jsme třetí dávku všem starším 18 let, kteří mají aspoň pět měsíců od dokončeného očkování. Teď se snažíme vymyslet, jak ji zpřístupnit i lidem 16+. Dvě dávky jsou výborné, ale třetí ještě více snižuje riziko vážného průběhu onemocnění. Proto teď musíme co nejrychleji dát třetí dávku. Nelze ji však dát rychle těm, kdo žádné očkování nemají.

Proč myslíte, že v horším scénáři nehrozí větší počet lidí na jednotkách intenzivní péče, než jaký jsme kdy měli?

V žádné zemi k tomu zatím nedochází. Podle dat z Anglie, Dánska, Nizozemska nebo Jihoafrické republiky se zdá, že patogenita ve smyslu rizika závažného průběhu a umístění na jednotku intenzivní péče je nižší. Ochrana po třetí dávce vychází výborně. Máme ale nějakou strukturu obyvatel. Máme nějaký index tělesné hmotnosti, máme komorbiditu. To všechno jsou věci, které se těžko kalkulují. Až někdy v druhém lednovém týdnu budeme vědět, jak moc velcí optimisté tady v Česku můžeme být.

Co budete vědět nového?

Dvě věci. Jestli nástup opravdu je tak pomalý, jak očekáváme, a zároveň jestli jsou po třetí dávce všichni za vodou jako všude jinde. Dál budu veřejnost chránit opakovaným testováním a budu pokračovat v třetích dávkách. Mám připravené nemocnice na hospitalizace. Mám nachystaný systém na jednotné řízení. Jsou jasně rozdělené kompetence a nikdo nemůže do řízení nesystémově zasahovat. A ano – paralelně s tím připravuji scénář, kdyby nastalo něco, co zatím nikde takto katastrofálně nenastalo. Když to nastane, tak ten scénář spustím.

Řeknete nám k němu něco?

Neřeknu.

Může se stát, že v tomto scénáři nastanou nějaké větší restriktce, například plošné uzávěry?



Chystáme variantní scénáře, pokud se situace zhorší. A ty variantní scénáře musí umožnit fungování škol, musí pokud možno umožnit v plné míře volnočasové aktivity dětí. Musí umožnit, aby děti jezdily na zájezdy na hory, protože když je ten kolektiv spolu týden na horách, tak nic neriskujeme. Musí umožnit, aby fungovala ekonomika.

Co bude tedy na ráno jako první?

Určitě si dovedu představit, že například účast diváků na hokeji a fotbalu nejsou nezbytné věci v době, kdy strmě rostou počty nakažených.

Co je ještě zbytného?

To už nedokážu takto říct.

Nebylo by fér dát dopředu vědět, jaké parametry sledujete, jaké hodnoty jsou kritické a co se bude dít po jejich překročení?

Několikrát se v praxi ověřilo, že to nejde. Viz loňský pokus s tabulkou PES.

Proč to nejde? Pro veřejnost by to bylo čitelnější, lidé by mohli mít sami snahu chovat se tak, aby situaci nezhoršovali a lockdownu předešli, nebo ne?

Kdybychom to udělali pořádně loni, tak ano. Teď se však bojím, že nedůvěra v PES a podobné modely je už moc velká. Nemáme čas veřejnost přesvědčit, že tentokrát odborníci a vláda jsou připraveni táhnout za jeden provaz.

Sami jste takové scénáře po Babišově vládě chtěli a vyčítali jí, že jedná ad hoc, ze dne na den.

Rozdíl je v tom, že my je máme. Jen je nebudeme zveřejňovat.

Proč ne? Vždyť přece věříte v rozum lidí, v jejich odpovědnost, tak jste o tom opakovaně mluvil...

Bezesporu věřím. Úplně si ale nemyslím, že vědecká doporučení by měla hodnotit široká veřejnost, protože potom jsou ta doporučení často interpretována velmi nešťastným způsobem. Jako to bylo s protonovými léčbami rakoviny je nejlepší, budete v lidech pocít, že kdo nejde na protonovou léčbu a jde na jinou, tak že ho zabijíme. Ve skutečnosti to vůbec není pravda. Ale jednoduše vysvětlit, kdy je lépe indikovat protonovou léčbu a kdy jiný typ léčby, není snadné.

Nezdá se vám, že spoluobčany zbytečně podceňujete?

Ne. Zveřejníme nějaké jednoduché parametry, na základě kterých budeme postupovat. Ale ne komplikované tabulky s incidencí a já nevím, s čím vším.

Zároveň však opakujete, že sázíte na osobní odpovědnost lidí. Mluvíte o tom tak často, že to bývá i karikováno – jako by osobní odpovědnost měla teď vše vyřešit.

Já na ni nesázím moc. Proč bych na to sázel moc? Já sázím na osobní odpovědnost tak, jak na ni sázel Havel v roce 1989. O čem to bylo? Ti studenti šli dobrovolně do ulic a vzali věci do svých rukou. Každý tam šel sám za sebe.

Jak to myslíte? Jaká je paralela Havel 1989 a Válek 2022?

Žádná, jen že nedůvěra v lidi se nevyplácí.

Proč jim tedy nechcete ukázat podklady, podle nichž se rozhodujete?

Já pouze nechci, aby se nějaký odborný manuál, který slouží k rozhodování vědců, tvářil jako kalendář, podle něhož bude fungovat společnost. Kalendář musí být předvídatelný, jasný a srozumitelný. A to tady ty manuály pro laickou veřejnost často nebývají.

O co opíráte víru, že sázka na osobní odpovědnost tentokrát vyjde?

Průzkum agentury STEM pro magistrát hlavního města změřil, že třeba případný zákaz návštěv přátel a příbuzných by polovina lidí nedodržovala.

Důvěru nemůžete o nic opírat. Buď ji máte, nebo ji nemáte.

Důvěřujete zdejší veřejnosti, že se tentokrát bude chovat rozumně? I když je rozdělená, nedůvěřivá a mnozí neberou vážně ani základní opatření, jako jsou roušky?

Jsem přesvědčený, že společnost je – a mám i takovou zkušenost – daleko lepší. Ano, někdo nenosí respirátory. Potkáte je, když jdete na nákup, ale to jsou jednotlivci. Drtivá většina, kterou já potkávám, respirátor má. Důvod, proč jsou podle mého názoru lidé nedůvěřiví a proč nechtějí covidová doporučení dodržovat, je v tom, že byla nepředvídatelná, komplikovaná, nesrozumitelná a v některých případech se ani dodržovat nedala. Je to jako nulová tolerance alkoholu u cyklistů – pro takové věci já hlasovat nebudu. Raději společně

Jednou z věcí, která v minulosti veřejnost mátlá, byla situace, kdy ministr zdravotnictví řekne, že by se něco mělo zavést, a předseda vlády potom přijde a řekne, že to se tedy rozhodně zavádět nebude. Jakou shodu na tom, jak v pandemii postupovat, s předsedou vlády máte?

Stoprocentní.

Na první schůzce, kterou jste si k tomu dali, jste se na všem shodli?

Znám Petra Fialu dvacet let, je to můj bývalý rektor a já s ním mám stoprocentní shodu. Ta shoda je na základě debaty a někdy přesvědčí on mě a někdy přesvědčím já jeho. On mě nepřesvědčuje o odborných stanoviscích, já ho nepřesvědčuji o politických stanoviscích. Naše shoda je v tomto směru naprosto stoprocentní.

TOP 09 má ve vládě nejméně ministrů. Kabinet si zatím zakládá na tom, že mluví ke všemu jednotně. Jak se chcete jako strana v takové situaci vyprofilovat?

Bezesporu jsou témata, kde mohou být různé názory, ale v žádném případě to není covid. Covid je tak závažná věc a tak nebezpečný virus, že já bych chtěl najít společný hlas i s opozicí.

Myslíte, že podobně jednotně budete aspoň v rámci koalice Spolu postupovat třeba při výběru kandidáta na prezidenta?

Prezidenta volí občané této země. Ti dávají mandát. Debata o nominantech bezesporu probíhá. Bude záležet, jestli tu bude nějaký kandidát, o kterém budeme přesvědčeni, že je dobrý a strany se na něm shodnou.

Kdo bude vaším favoritem? Miroslav Kalousek?

Bezesporu, proč ne? On je kandidát do řady funkcí. Je to člověk, kterého si osobně velmi vážím.

Vidíte pro TOP 09 budoucnost v samostatnosti, anebo spíš v integraci pravice, tak jako teď před volbami?

Nejsem politolog a nejsem ani odborník na politiku. Já jsem obyčejný doktor, který je sice místopředseda strany, ale pořád je hlavně doktor, kterého teď trápí covid a české zdravotnictví. Bezesporu je dobré hledat společné názory a to, co jste ochotni společně podpořit. A faktem je, že pokud těch věcí, o nichž najednou zjistíte, že jste ochotni je společně podpořit, je překvapivě víc, než jste si původně mysleli, tak že je to jakýsi krůček k budoucí spolupráci, která může být velmi úzká.

VLASTIMIL VÁLEK (61) Pochází z Brna. Studoval na Lékařské fakultě Univerzity Jana Evangelisty Purkyně (dnes Masarykovy univerzity) v Brně. V roce 2003 se na MUNI stal profesorem. Jako lékař se věnuje radiologii. Do politiky poprvé nahlédl v roce 2010, když byl zvolen zastupitelem v brněnské Lišni. Členem TOP 09 je od roku 2013 a od



roku 2017 je také poslancem. V prosinci loňského roku byl jmenován ministrem zdravotnictví a stal se místopředsedou vlády. Hraje World of Warcraft a zpívá ve sboru. Je ženatý a má čtyři děti.

Zdroj: www.mzcr.cz, 10. 1. 2022

Hlavní motivací práce ve zdravotnictví je pro nelékaře možnost pomáhat druhým, vyplynulo z dotazníkového šetření ministerstva

Ministerstvo zdravotnictví již podruhé realizovalo průzkum, který mapuje situaci a spokojenost nelékařského zdravotnického personálu napříč všemi specializacemi, obory a zdravotnickými zařízeními. Jeho hlavním cílem bylo zmapovat spokojenost zaměstnanců na pracovišti, množství administrativní zátěže nebo zaměstnanecké vztahy. Dotazník vyplnilo více než 9 tisíc pracovníků přímo z terénu. Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch k výsledkům řekl: „Děkuji všem, kteří se do dotazníkového šetření zapojili. Zpětná vazba z terénu je pro nás nesmírně důležitá a pomůže nám lépe reagovat na požadavky zdravotníků a cíleně se zaměřit na jejich potřeby.“

Z dotazníku vyplývá, že hlavní motivací, proč tito lidé pracují ve zdravotnictví, je možnost pomáhat druhým (6 753). Na dalším místě je pak kolektiv na pracovišti (4 239) a možnost dalšího vzdělávání, získávání nových poznatků (3 614). Motivace finančním faktorem skončila až na čtvrtém místě s celkovým počtem hlasů 2 975 z celkových 9 507 odpovědí.

Celkově z výzkumu vyplynulo, že je většina lidí ve své práci spokojená, chtějí v ní i dál zůstat a neplánují tuto profesi opustit, a to ani po extrémním nasazení v době pandemie (70 %). Ostatně v rámci šetření více než 70 % dotázaných odpovědělo, že jsou spokojeni s přístupem Ministerstva zdravotnictví k odměňování v průběhu pandemie. „Zdravotníci v době epidemie COVID-19 odvedli a stále odvádějí neuvěřitelnou práci. Díky nim se nám daří zvládat velký nápor pacientů v nemocnicích. Extrémní fyzickou a psychickou zátěž jsme zdravotníkům kompenzovali nejen odměnami, ale také příspěvkem na pobyt v lázních,“ říká ministr Adam Vojtěch.

Téměř dvě třetiny respondentů (60 %) neplánují v letošním roce odchod ze stávajícího zaměstnání, nicméně necelých 76 % respondentů považuje za nejčastější důvod odchodu svých kolegů ze zaměstnání mzdové podmínky. V žebříčku opatření, která by vedla ke stabilizaci počtu sester, nejvíce respondentů uvedlo zvýšení platů/mzd, na druhém místě zlepšení pracovních podmínek a dále možnost výsluhové renty.

„Každý rok dochází ke zvyšování platů a mezd ve zdravotnictví. Mezi roky 2017–2020 vzrostl plat sester o téměř 18 000 Kč. V roce 2021 je očekáván další výrazný nárůst. Posilujeme také kompetence sester, od ledna budou moci přepisovat vybrané zdravotnické prostředky. Pomocí kampaně ‚Studuj zdravku‘ jsme se také snažili nalákat mladé lidi ke studiu na zdravotnických školách, a zvýšit tak zájem o práci sestry, záchranáře či dalších nelékařských profesí,“ doplnil ministr.

Otázky mířily také na hodnocení pracoviště. Celkově je s pracovištěm spokojeno přes 80 % lidí, stejně tak respondenti hodnotí mezilidské vztahy. 33 % respondentů považuje vybavení či podmínky pro svou práci za dobré, avšak množství administrativní zátěže uvádí téměř třetina z nich (30,7 %) jako spíše nepřiměřené či vysoké. „Hned po svém příchodu na ministerstvo jsem zadal novelu vyhlášky

o zdravotnické dokumentaci, která administrativu výrazně zredukovala. Následoval administrativní audit. Připravili jsme také kurs ‚Administrativní pracovník ve zdravotnictví‘, který připravuje pracovníky na působení na administrativních pozicích ve zdravotnictví a má za cíl ulevit zdravotníkům od papírování. Velké ulehčení si slibujeme také od elektronizace zdravotnictví, kterou od ledna čeká velký rozvoj díky novému zákonu, který se nám podařilo prosadit,“ vysvětlil ministr Vojtěch.

Za největší problémy respondenti považují nedostatek personálu, chybějící podpora a uznání od nadřízených a také zastaralé vybavení.

Dotazování mezi nelékařským zdravotnickým personálem ministerstvo realizovalo již podruhé a odpovědi byly plně anonymizované. Stejně jako u prvního dotazníkového šetření v roce 2018 je stále pro zaměstnance největší motivací pomáhat druhým a pro spokojenost na pracovišti důležitým faktorem dobrý pracovní kolektiv. „Tentokrát jsme dotazník rozšířili i o otázky týkající se epidemie COVID-19 a jejich dopadů. Vážím si toho, že z výzkumu vyplynulo, že u většiny zdravotníků se i přes nesmírně náročné období ne snížila jejich pracovní spokojenost. A především – že i nadále zůstává hlavním důvodem jejich práce možnost pomáhat druhým,“ dodal ministr Vojtěch.

V otázkách spojených s pandemií COVID-19 převažují pozitivní odpovědi. Z 53 % dotazovaných uvedlo, že se za doby pandemie jejich spokojenost v práci nezměnila, a to i přesto, že téměř 50 % dotazovaných uvedlo, že byli v tzv. první linii. Dokonce přes 70 % zaměstnanců uvedlo, že jejich pracovní motivace zůstala stejná. Také mezilidské vztahy na pracovišti (v 75 %) se pod náporom nezhorsily a zůstaly stejné. Dále pracovníci velmi ocenili covidové odměny (87 %) za jejich neskutečné nasazení v době epidemie. Více než polovina dotazovaných (53 %) projevila spokojenost s podporou ze strany veřejnosti.

Potíže, na které dotazníkové šetření poukázalo, jako je například malá podpora nebo uznání od nadřízených, jsou v působnosti vedení daného zařízení. Závěry dotazníkové šetření ministerstvo probralo s vedením nemocnic a bude s nimi dále pracovat s cílem kontinuálně a systematicky pracovat na zlepšování pracovního prostředí pro zdravotníky.

O průzkumu:

Ministerstvo zdravotnictví rozeslalo dotazník na zdravotnická zařízení prostřednictvím e-mailu, umístilo ho na své webové stránky i na facebookový profil. Pro účely hloubkového průzkumu mezi nelékařským zdravotnickým personálem byl vytvořen i speciální e-mail, na který mohli respondenti zasílat své názory, podněty nebo zkušenosti z praxe. Ke dni ukončení dotazníkového šetření v polovině září 2021 vyplnilo dotazník 9 507 respondentů, z nichž největší skupinou byly všeobecné sestry u lůžka a zdravotní laboranti. Jedná se druhé dotazníkové šetření, první proběhlo v srpnu 2018.

Zdroj: www.mzcr.cz, 14. 12. 2021

Od nového roku doporučí praktiči silným kuřákům bezplatný screening plic

Od prvního ledna budou praktičtí lékaři ve svých ordinacích cíleně oslovovat silné kuřáky ve věku 55 až 75 let, kteří kouří minimálně dvacet cigaret denně, a posílat je k plicním lékařům a na vyšetření CT. Screening by se měl týkat zhruba půl milionu lidí. Jeho



cílem je zachytit včasná vyléčitelná stadia onemocnění a zároveň zvýšit povědomí o rakovině plic v souvislosti s kouřením.

„Už řadu měsíců se potýkáme s epidemií COVID-19. O to více ale musíme myslet také na prevenci ostatních onemocnění. Od 1. ledna 2021 proto spouštíme plošný screening karcinomu plic. Praktičtí lékaři budou lidem mezi 55 až 75 lety, kteří kouří více než 20 cigaret denně, doporučovat preventivní vyšetření plic. Konkrétně půjde o návštěvu pneumologa se základním vyšetřením včetně vyšetření funkce plic, nabídnutí intervence pro odvykání kouření s případným odesláním do centra pro odvykání kouření a poslání na screeningové CT vyšetření plic. Díky tomu dokážeme případný karcinom plic včas zachytit a zahájit tak léčbu včas, což je pro její zvládnutí klíčovým předpokladem,“ vysvětluje přínosy screeningu ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Incidence rakoviny plic se v Česku zvyšuje a platí to především u žen. Nemoc má na svědomí ročně přes pět tisíc životů. Zatímco člověk, který přijde k lékaři s rakovinou plic v prvním stadiu, má šedesátiprocentní šanci, že přežije, u čtvrtého stadia, tedy když už nádor metastazuje do ostatních orgánů, se přežití rovná nule. Na nádor v prvním stadiu se ale většinou přijde náhodou.

Kuřáci jsou ohroženi rakovinou plic, na kterou se v drtivé většině přijde teprve tehdy, kdy je už pozdě. Plicní lékaři by se měli při kontrole zaměřit i na jiné chronické plicní nemoci, zejména na chronickou obstrukční plicní nemoc (CHOPN) a na plicní fibrózy. Kupříkladu s CHOPN se v Česku dlouhodobě léčí asi 250 tisíc lidí a dalších 450 tisíc o ní neví. Podle pneumologů vzniká asi 70 % plicních nádorů v souvislosti s chronickou obstrukční plicní nemocí. V případě idiopatické plicní fibrózy, která se ve screeningových programech rakoviny plic vyskytuje přibližně u 1–2 % kuřáků středního a staršího věku, má také časný záchyt zásadní význam pro časnou léčbu a prodloužení života nemocných a i tato nemoc je spojena s častějším výskytem rakoviny plic.

Ministerstvo zdravotnictví doporučuje kuřákům využít nabídky screeningového programu, nechat si vyšetřit plíce a zachytit tak vážné plicní onemocnění včas, a navíc najít pomocnou ruku při odvykání kouření. Získají tak vyšší šanci, že včas odhalenou rakovinu přežijí a případně se u nich sníží riziko projevu onemocnění, pokud přestanou kouřit.

Zdroj: www.mzcr.cz, 15. 12. 2021

Bezplatné zdravotnictví se příští rok změní. Za co si pacient připlatí a na čem naopak ušetří?

V roce 2022 čekají zdravotnictví nejrozsáhlejší změny v úhradách zdravotní péče za posledních 15 let.

Pacienty od ledna čeká velká řada změn, protože se od tohoto data změní klíčové pilíře českého zdravotnictví.

Od ledna začnou platit novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, nový sazebník výkonů i nová úhradová vyhláška. Všechny tyto tři dokumenty usměrňují tok peněz z veřejného zdravotního pojištění. Prostřednictvím nich stát určuje, co bude hrazeno, komu, v jaké výši nebo jak často. Úhradová vyhláška i sazebník výkonů se sice mění každý rok, ale to, že by se jejich úpravy sešly s novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění, je výjimečné. Navíc příští rok zdravotními pojišťovnami proteče rekordních 440 miliard korun.

Od ledna se také mění zákon o léčivech. Tyto úpravy však nejsou tolik rozsáhlé a pro pacienty přináší zejména rozšíření funkcí eReceptu.

Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění:

Zuby i rovnátka, šance na oplodnění i dosažitelnější nové léky

Představuje největší balík změn. Podle ministerstva zdravotnictví jde o nejrozsáhlejší změny v úhradách za posledních 15 let. Které oblasti mimo jiné promění?

1. Zubní protetika – úhrada u standardních materiálů korunek či zubních náhrad se pozmění a nově budou pojišťovny přispívat i na výrobky z lepších materiálů.

2. Ortodoncie – od ledna bude práce ortodontistů hrazena jen u dětí a mladých do 22 let, v ostatních případech už jen výjimečně. Děti s některými typy onemocnění budou mít nově u rovnátek hrazen i materiál.

3. Očkování – nad 50 let nově pojišťovny uhradí zájemcům očkování proti klíšťové encefalitidě, 14leté děti budou mít nově hrazenou vakcínu proti meningokoku a zdravotníci proti chřipce.

4. Umělé oplodnění – zdravotní pojišťovny začnou platit IVF ženám až do 40. věku života. A také zmrazení vajíček onkologickým pacientkám.

5. Domácí péče – tu bude možné pacientovi předepsat i bez předchozí hospitalizace. Navíc to udělá více lékařů než dosud a například obvazy či pleny již předepíše i zdravotní sestry. Ty budou moci stát služebním autem i v zákazu stání.

6. Lázně – od ledna se bude lhůta pro plně či zčásti hrazené lázně kromě stavů po operacích počítat až od schválení revizním lékařem pojišťovny. Podle ministerstva zdravotnictví se pozmění také některá procesní pravidla.

7. Inovativní léky – podle ministerstva budou dostupnější a pacienti už se nebudou muset nehrazených novinek v léčbě, které skutečně potřebují, domáhat přes takzvaný paragraf 16. Ten sice umožňuje mimořádnou úhradu, ale jen načas a zdravotní pojišťovny žádosti často zamítaly.

8. Zdravotnické prostředky – podle ministerstva se pacienti se zdravotním postižením dočkají dalších nově hrazených pomůcek. „Patří mezi ně např. sluchadla pro vzdušné vedení pro binaurální korekci, prostředky pro lokální kyslíkovou terapii, ochranné přilby a přístrojové vybavení pro invazivní domácí umělou plicní ventilaci. U dalších zdravotnických prostředků se navyšuje úhrada či počet kusů, například u chodítek do limitu bez schvalování zdravotní pojišťovnou, u řečových procesorů či slepeckých holí,“ sdělila na dotazy serveru Vitalia.cz Martina Čovbanová z tiskového oddělení ministerstva zdravotnictví.

Novela zákona o léčivech:

Elektronické očkovací průkazy i léčebné konopí

Elektronický očkovací průkaz – od ledna budou muset lékaři veškeré vakcíny povinně zaznamenávat do elektronického eOčkování. Půjde o další funkci systému eRecept. Pacientům ale i nadále zůstanou i papírové průkazy, kam má lékař očkování rovněž zapsat.

eRecept s modrým pruhem a ePoukaz – kromě eOčkování budou od ledna lékaři vystavovat elektronicky také recepty s modrým pruhem, na které se předepisují léky s obsahem vysoce návykových látek. Patří mezi ně bude i léčebné konopí. ePoukaz bude vystavován od 1. března 2022 a jde o elektronickou podobu poukazu na zdravotnické prostředky. Bude mít podobu devítimístného identifikátoru



a stejně jako eRecept jej bude možné poslat pacientovi formou SMS na mobilní telefon.

Změny v plošné prevenci:

Hrazený screening u více chorob

Silní kuřáci nad 55 let věku budou mít od ledna možnost nechat si udělat hrazené preventivní CT plic. Podmínkou ale je, že se budou snažit přestat kouřit. Vyšetření je součástí nového plošného screeningu zaměřeného na rakovinu plic.

Od ledna se rozšíří výčet vzácných chorob, které se zjišťují z krve z paty novorozenců, a to o spinální svalovou atrofií a těžkou kombinovanou imunodeficiencí. Rovněž v tomto případě jde o plošný a pojišťovny hrazený screening. Zatím ale jde jen o dvouletý pilotní projekt. Pokud se osvědčí, bude dle VZP hrazen standardně.

Novela sazebníku výkonů:

Platby na včasné odhalení očních vad i diabetické nohy

Lepší podchycení očních vad u předškolních dětí – příští rok bude zavedena úhrada nového výkonu s názvem „časný záchyt očních vad u dětí předškolního věku“. To by mělo znamenat, že více dětí by se mělo dostat dříve k hrazenému vyšetření a tím by mělo být podchyceno i více očních vad už v prvním roce života dítěte. „Včasným odhalením oční vady a jejím včasným léčením lze předejít vzniku případných závažných následků (amblyopie, strabismu), dochází ke zkrácení léčby, a tím i ke snížení nákladů na případnou léčbu,“ uvádí Martina Čovbanová z ministerstva zdravotnictví.

Úhrada vstupního komplexního vyšetření v podiatrické ambulanci – sazebník výkonů pro příští rok zavádí hrazenou novinku v diabetologii. „Jedná se o komplexní vstupní podiatrické vyšetření lékařem-specialistou u pacienta odeslaného na příslušné podiatrické pracoviště pro syndrom diabetické nohy nebo jeho riziko,“ doplňuje Martina Čovbanová. Vyšetření má zlepšit prognózu nemocného. Zavedení multidisciplinárního přístupu se stanovením jasných podiatrického plánu vede podle ministerstva k redukci vysokých amputací o 39 až 56 procent.

Úhradová vyhláška pro rok 2022:

Více peněz pro zdravotnictví

Agregovaná platba pro stomatologické ambulance – zubaři budou dostávat od ledna nově za každého registrovaného pacienta pravidelnou platbu ze zdravotního pojištění bez ohledu na to, zda pacient přijde, nebo ne. Tato novinka však zatím vyvolává spíše zmatky a hrozí, že pacienti přijdou o druhou hrazenou prohlídku.

Operace roboty bez limitů – podle ministerstva bude příští rok operační robotika hrazena bez limitů a jakýchkoliv regulací.

Navýšení objemu prostředků na úhrady od zdravotních pojišťoven – a to ve všech segmentech zdravotní péče o zhruba devět procent. Mimo jiné by se měl začít postupně zlepšovat stav ambulantní i lůžkové psychiatrické péče pro děti. Celkové náklady zdravotních pojišťoven příští rok proto budou rekordních 439,6 miliardy korun.

Nové bonusy v prevenci u zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny od ledna také tradičně pozmění své příspěvky na prevenci, které mohou klienti čerpat na rozmanité aktivity. Například VZP chce od ledna do prevence opět zařadit oblíbený příspěvek na dentální hygienu.

Zdroj: www.vitalia.cz, 27. 12. 2021

INZERCE

652 7-21

Hledám PLDD na celý nebo částečný úvazek, **Praha 2**. Velmi schopná sestra, atraktivní finanční ohodnocení, dobře vybavená ordinace, milá klientela, velmi příjemné prostředí i kolektiv. Kontakt: mudr.honova@gmail.com

660 11-21

Hledám zástup do ordinace PLDD v centru Prahy po dobu MD. Příjemné prostředí, zázemí polikliniky, zkušená sestra. Možno částečný i plný úvazek, od března 2022. Kontakt: pldd.praha@gmail.com

661 11-21

Zaměstnám pediatra na 2 dny v týdnu, převzetí praxe v horizontu 2–3 let. Obvod je větší, dobře zavedený a s velmi dobrým zázemím. **Praha 9-Horní Počernice**. Bližší informace na telefonu 776 047 205, e-mail: pediclin@seznam.cz.

662 11-21

Hledám nástupce do ordinace PLDD v blízkosti Olomouce. kontakt 602 757 401.

663 11-21

Hledám nástupce do ordinace PLDD – 15 km od Olomouce – ukončení praxe duben–červen 2022, dle dohody. Tel. 603 462 756

664 1-22

Akreditovaná pediatrická ambulance v Brandýse n/L přijme lékaře na částečný až plný úvazek. Tel.: 603 485 659

665 1-22

Kvůli narůstajícím zdravotním problémům **hledám výpomoc** do ordinace **PLDD v Mladé Boleslavi** – alespoň jeden den v týdnu. Vhodné pro lékaře na MD. Telefon 731 323 222.

666 1-22

Předám ordinaci PLDD v Příbrami tel: 604 230 605

V regionu se mi nepodařilo sehnat nástupce do ordinace, praxi hodlám ukončit během letošního roku.

667 1-22

Přenechám velkou dobře zavedenou **praxi** (s.r.o.) PLDD v menším městě v severovýchodních Čechách. Možnost převodu v lednu 2022. Kontakt: 731 159 960.

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

HPV SI NEVYBÍRÁ

Očkováním 13letých chlapců a dívek je pomůžete chránit před rakovinou a onemocněními způsobenými HPV.

Od 1. 1. 2022 plně hrazeny všechny vakcíny proti HPV včetně Gardasil®9.

Zkrácená informace o přípravku Gardasil® 9 injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce, 9valentní očkovací látka proti lidskému papilomaviru (rekombinantní, adsorbovaná)

Složení: 1 dávka (0,5 ml) obsahuje přibližně Papilomavir humani typus 6 proteinum L1 30 µg, Papilomavir humani typus 11 proteinum L1 40 µg, Papilomavir humani typus 16 proteinum L1 60 µg, Papilomavir humani typus 18 proteinum L1 40 µg, Papilomavir humani typus 31 proteinum L1 20 µg, Papilomavir humani typus 33 proteinum L1 20 µg, Papilomavir humani typus 45 proteinum L1 20 µg, Papilomavir humani typus 52 proteinum L1 20 µg, Papilomavir humani typus 58 proteinum L1 20 µg. Amorní aluminium-hydroxyfosfát-sulfát jako adjuvans (0,5 mg Al). **Indikace:** aktivní imunizaci jedinců ve věku od 9 let proti následujícím HPV onemocněním: premaligní léze a cervikální, vulvální, vaginální a anální karcinomy způsobené HPV typy obsaženými v očkovací látce; genitální bradavice (*Condyloma acuminata*) způsobené specifickými HPV typy. **Dávkování a způsob podání:** Jedinci ve věku 9 až 14 let včetně v době podání první injekce: Přípravek Gardasil 9 lze podat podle dvoudávkového schématu (0, 6–12 měsíců). Druhá dávka se má podat 5 až 13 měsíců po první dávce. Pokud je druhá dávka podána dříve než 5 měsíců po první dávce, vždy se má podat třetí dávka. Přípravek Gardasil 9 lze podat podle třídávkového schématu (0, 2, 6 měsíců). Druhá dávka se má podat nejméně jeden měsíc po první dávce a třetí dávka se má podat nejméně 3 měsíce po druhé dávce. Všechny tři dávky mají být podány v průběhu jednoho roku. Jedinci ve věku 15 let a starší v době podání první injekce: Přípravek Gardasil 9 se má podat podle třídávkového schématu (0, 2, 6 měsíců). Druhá dávka se má podat nejméně jeden měsíc po první dávce a třetí dávka se má podat nejméně 3 měsíce po druhé dávce. Všechny tři dávky mají být podány v průběhu jednoho roku. Doporučuje se, aby jedinci, kteří dostanou jako 1. dávku přípravek Gardasil 9, dokončili 3dávkové očkovací schéma přípravkem Gardasil 9. Potřeba posilovacích dávek nebyla stanovena. Studie se smíšeným (zaměnitelným) režimem očkovacích látek nebyly s přípravkem Gardasil 9 provedeny. Jedinci dříve očkováni v 3dávkovém schématu kvadrivalentní očkovací látkou proti HPV typům 6, 11, 16 a 18, mohou dostat 3 dávky přípravku Gardasil 9. **Pediatrická populace (děti ve věku < 9 let):** Bezpečnost a účinnost přípravku Gardasil 9 u dětí ve věku méně než 9 let nebyla stanovena. **Populace žen ve věku ≥ 27 let:** Bezpečnost a účinnost přípravku Gardasil 9 u žen ve věku 27 let a více nebyla studována. Očkovací látka je nutno aplikovat intramuskulární injekcí (preferuje se oblast deltového svalů horní paže nebo horní anterolaterální oblast stehna). Přípravek Gardasil 9 nesmí být aplikován intravaskulárně, subkutánně nebo intradermálně. Očkovací látka nesmí být smíchána s žádnou jinou očkovací látkou ani roztokem v jedné injekční stříkačce. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Jedinci s hypersenzitivní reakcí po předchozí aplikaci přípravku Gardasil 9 nebo Gardasil/Silgard nesmí dostat přípravek Gardasil 9. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Musí být k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled pro případ vzácných anafylaktických reakcí po podání očkovací látky. Zejména u dospívajících může v důsledku psychogenní reakce na vprch jehly dojít po jakémkoliv očkování, nebo dokonce i před ním, k symptómům (mýdlobám), někdy doprovázeným pádem. Při probírání se z mýdlob se mohou objevit některé neurologické projevy, jako jsou předchozí poruchy vidění, parastézie a tonicko-klonické pohyby končetin. Proto mají být očkováni jedinci sledováni přibližně 15 minut po podání očkovací látky. U jedinců s akutním závažným febrilním onemocněním je třeba očkování odložit. Méně závažné infekce jako mírný zánět horních cest dýchacích nebo horečka nízkého stupně nejsou kontraindikací k imunizaci. Stejně jako u jakéhokoli očkovací látky nemusí očkování přípravkem Gardasil 9 zajistit ochranu všem očkovaným. Očkovací látka chrání pouze proti onemocněním, která jsou způsobena typy HPV, na které je očkovací látka zaměřena. Proto je nezbytné i nadále používat vhodná opatření proti současně přenosným onemocněním. Očkovací látka je pouze k profylaktickému použití a nemá žádný účinek na aktivní infekci HPV nebo klinicky prokázané onemocnění. Není také určena k prevenci progresu jiných zjištěných lézí souvisejících s HPV. Přípravek Gardasil 9 nezabránil lézím způsobeným typem HPV obsaženým v očkovací látce u jedinců již infikovaných tímto HPV typem v době očkování. Protože žádná očkovací látka nemá 100% účinnost a přípravek Gardasil 9 neposkytuje ochranu proti všem typům HPV nebo proti infekci HPV přítomné v době očkování, zůstává cervikální screening kladný důležitý a musí probíhat v souladu s lokálními doporučeními. Nejsou k dispozici žádné údaje ohledně použití přípravku Gardasil 9 u jedinců s poruchou imunitní odpovědi. Jedinci s poruchou imunitní odpovědi v důsledku užívání účinné imunosupresivní léčby, genetické poruchy, infekce virem lidské imunodeficiency (HIV) nebo dalších příčin nemusí na očkovací látku reagovat. U jedinců s trombocytopenií nebo jakoukoliv jinou poruchou srážlivosti musí být tato očkovací látka aplikována s opatrností kvůli možnému krvácení po intramuskulární aplikaci. Nejsou k dispozici žádné údaje týkající se bezpečnosti, imunogenity nebo účinnosti, které by podpořily zaměnitelnost přípravku Gardasil 9 s bivalentní nebo kvadrivalentní očkovací látkou proti HPV.

Interakce: Bezpečnost a imunogenita u jedinců, kteří dostali imunoglobuliny nebo krevní deriváty v průběhu 3 měsíců před očkováním nebyla v klinických studiích hodnocena. Použití s dalšími očkovacími látkami: Gardasil 9 může být podán současně s kombinovanou posilovací (booster) očkovací látkou obsahující difteri (d) a tetanus (T) buď spertus (acelulární komponenta) (ap) a/nebo spoliomyelitis (inaktivovaná) (IPV) (očkovací látka dTap, dT-IPV, dTap-IPV). Použití s hormonální antikoncepcí: V klinických studiích 60,2 % žen ve věku 16 až 26 let, kterým byl aplikován přípravek Gardasil 9, užívalo v průběhu očkovací fáze klinické studie hormonální antikoncepci. Nezdálo se, že by užívání hormonální antikoncepce ovlivňovalo typově specifickou imunitní odpověď na přípravek Gardasil 9. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici žádné údaje u lidí ohledně účinku přípravku Gardasil 9 na fertilitu. Studie na zvířatech nenaznačují škodlivé účinky na fertilitu. Údaje získané z rozsáhlého souboru těhotných žen (více než 1000 ukončených těhotenství) nenaznačují žádné malformační účinky nebo fetální/neonatální toxicitu přípravku Gardasil 9. Studie na zvířatech neprokazují reprodukční toxicitu. Nicméně tyto údaje nejsou považovány za dostačující pro to, aby mohlo být použito přípravku Gardasil 9 doporučení v průběhu těhotenství. Očkování musí být odloženo až po ukončení těhotenství. Přípravek Gardasil 9 lze během kojení aplikovat. **Nežádoucí účinky:** Celkem 15 776 jedincům (10 495 jedinců ve věku 16 až 26 let a 5 281 dospívajících ve věku 9 až 15 let při zařazení do studie) byl podán přípravek Gardasil 9. Několik jedinců (0,1 %) sklonilo kvůli nežádoucím účinkům. Nejčastějšími nežádoucími účinky pozorovanými po aplikaci přípravku Gardasil 9 byly reakce v místě aplikace injekce (84,8 % očkovaných jedinců v průběhu 5 dnů po některé z očkovacích návštěv) a bolest hlavy (13,2 % očkovaných jedinců v průběhu 15 dnů následujících po některé z očkovacích návštěv). V jedné z těchto klinických studií, která zahrnovala 1 053 zdravých dospívajících ve věku 11 až 15 let, se ukázalo, že pokud došlo k aplikaci první dávky přípravku Gardasil 9 současně s posilovací kombinovanou vakcínou proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta) a poliomyelitidě (inaktivované), bylo hlášeno více nežádoucích účinků, jako jsou reakce v místě aplikace injekce (otok, erytém), bolest hlavy a pyrexie. Pozorované rozdíly byly < 10 % a u většiny subjektů byly hlášeny nežádoucí účinky mírné až střední intenzity. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte předplněnou injekční stříkačku ve vnější krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Přípravek Gardasil 9 musí být po vyjmutí z lednice podán co nejdříve je to možné. Stabilní údaje naznačují, že složky vakcíny jsou stabilní po dobu 96 hodin, pokud jsou uchovávány při teplotách od 8 °C do 40 °C nebo po dobu 72 hodin, pokud jsou uchovávány při teplotách od 0 °C do 2 °C. Po uplynutí této doby musí být přípravek Gardasil 9 použit nebo zlikvidován. Tyto informace jsou určeny pouze pro zdravotnické pracovníky v případě dočasného teplotního výkyvu. **Léková forma:** Injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Čirá tekutina s bílou sraženinou. **Držitel rozhodnutí o registraci:** MSD VACCINES, 162 avenue Jean Jaurès 69007 Lyon, Francie.

Registrační číslo: EU/1/15/1007/002 **Datum revize textu:** 10.11.2021 **RCN 0000021080-CZ**

**Všimněte si, prosím, změny souhrnu informací o přípravku*

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dívek a chlapců od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro ostatní pacientky a pacienty není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

Pro kohortu dí

Rotarix

OCHRANA KOJENCŮ PŘED ROTAVIRY POMOCÍ 2 PERORÁLNÍCH DÁVEK



Vakcína proti rotavirům, která umožňuje dokončení očkovacího schématu již od 10 týdnů věku.¹



Rotarix pomáhá chránit před 9 celosvětově cirkulujícími kmeny rotavirů.¹



Dokončené 2dávkové očkovací schéma prokázalo u dětí v 1. roce života 100% účinnost proti hospitalizacím z důvodu RVGE.¹

NOVÝ APLIKÁTOR!

STLAČITELNÁ TUBA

STEJNÁ ÚČINNOST, JEDNODUŠÍ MANIPULACE

NABÍDNĚTE SVÝM PACIENTŮM VAKCINU ROTARIX.

Zkrácení Informace o přípravku

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Rotarix perorální suspenze v glycerolním perorálním aplikátoru. Rotarix perorální suspenze ve stlačitelné tubě. Rotarix perorální suspenze ve více-jednodávkových (5 jednodávkových dávkách) stlačitelných tubách spojených prostředkem. Žití rotavirální vakcína. **KVALITATIVNÍ A KVANTITATIVNÍ SLOŽENÍ:** 1 dávka (1,5 ml) obsahuje Rotavirum R84414 humanum vlivem absorpcí – na místě napl. 10¹⁰ CCID₅₀. **KLINICKÉ ÚDAJE:** Terapeutické indikace: Rotarix je určen k aktivní imunizaci dětí ve věku 6 až 24 týdnů za účelem prevence gastroenteritidy způsobené rotavirovou infekcí (viz protokoly účinnosti). **Děťovinné a způsob podání:** Očkovací schéma se skládá ze dvou dávek. První dávku možno podat od 6 týdnů věku. Minimální interval mezi dávkami by měl být nejméně 4 týdny. Druhá dávka očkování by se měla aplikovat pokud možno před dosažením věku 18 týdnů, očkovací schéma musí být dokončeno do 24. týdne věku. Doporučuje se, aby děti, které dostaly jako první dávku Rotarix, dostaly 2dávkové schéma vakcíny Rotarix. Rotarix je určen pouze k perorálnímu podání. Rotarix se za žádných okolností nesmí podávat injekčně. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na kteroukoli složku nebo na kteroukoli z pomocných látek. Hypersenzitivita po předchozím podání rotavirových vakcín, Intussusceps u novorozenců, nekompensovaný vrozený malformace gastrointestinálního traktu s možnou předpokladem na vlivu Intussusceps. Subjekt s těžkou kombinovanou imunodeficiencí (SCID). Aplikace vakcíny Rotarix musí být odložena u osob trpících akutním vřetivým hemoragickým onemocněním, průjmami a zvracením. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Vážno k dispozici údaje o bezpečnosti a účinnosti Rotarixu u dětí trpících gastrointestinální nemocí nebo poruchou sluchu. Jako preventivní opatření by měli zdravotníci pozorovat všechny příznaky vzhledu pro Intussusceps (bábová bolest břicha, špatné zvracení, krvavé stolice, nadměrná břicho a/nebo výtok hemoragický), protože údaje z pozorovaných bezpečnostních studií ukázaly zvýšený riziko výskytu Intussuscepsu vzhledem k léčbě 7 dní po očkování rotaviry. Při výskytu těchto příznaků by matka/opatrovník měl být poučen a okamžitě hlášen takových příznaků zdravotnickým pracovníkům. Byly pozorovány příznaky stenózy vyvolané virem z vakcíny na adrengitální osoby, které byly v kontaktu s očkovacími jedinci, aniž by to vyvolalo nějaké klinické symptomy. Osoby v kontaktu s očkovacími jedinci by měly dodržovat osobní hygienu. V klinické studii s omezeným počtem kojenců s asymptomatickou nebo línou infekcí s mírnými příznaky nebyly prokázány žádné závažné problémy s bezpečností vakcíny. U předchozí nemoci dětí od 27 do 36 týdnů věku (postnatální) byl prokázán srovnatelný bezpečnostní profil jako u dětí, které obdržely placebo. Aplikace vakcíny Rotarix dětem se zdravím nebo s upravenou dědičnou imunitou včetně in utero expozice Intussuscepsu u novorozenců, musí být odložena na počtvrté zvýšení potenciálních přínosů a rizik. Rozsah ochrany, kterou by Rotarix mohl poskytnout vůči ostatním rotavirovým kmenům, které neinfikovaly v klinických studiích, není v současnosti znám. **Klinické studie:** z nichž byly získány údaje o účinnosti, byly prováděny v Evropě, ve Švédsku a v Jižní Americe, Africe a Asii. **Indikace a hlavní léčebný přípravek:** Rotarix lze podat současně s kombinací z následujících monovalentních nebo kombinovaných vakcín [včetně hexavalentních vakcín (DTaP/ Hib/ Polio/ HepA/ Hib/ HepB)]: vakcína proti diftérii, tetanu, pertusi (akoburid) (DTaP), vakcína proti diftérii, tetanu, pertusi (akoburid) (DTaP), vakcína proti Intussuscepsu (Infuvax) typu B (IB), Intussusceps vakcína proti poliovirům (IPV), vakcína proti hepatitidě B (HBV), konjugovaná pneumokoková vakcína a konjugovaná meningokoková vakcína s adjuvantiem. **Současné podání Rotarixu s perorální vakcínou proti poliovirům (OPV)** rozvíjí imunitní odpověď na polio antigeny. Současné podání OPV máto leho nežli imunitní odpověď na rotavirovou vakcínu. **Těhotenství a kojení:** Rotarix není určen k užívání těhotných. Vážno dostupné údaje o použití vakcíny Rotarix během těhotenství a kojení. Na základě údajů získaných v klinických studiích neexistuje žádný důvod k obavám z bezpečnosti Rotarixu. V době očkování je tedy možné pokračovat v kojení. **Nežádoucí účinky:** Celkově byla ve dvou třech klinických studiích podána přibližně 51000 dávková zbraň. 108 000 dávek Rotarixu (lyofilizované nebo tekuté formy). Nežádoucí účinky zahrnují podle frekvence výskytu: Frekvence jsou: **Hlášené jako velmi časté** (≥ 1/10): Časté (≥ 1/100, < 1/10): Průměrné, podstatně časté. **Méně časté** (≥ 1/1000, < 1/100): **bolest břicha, nadměrná, dermatitida, Vážné** (≥ 1/10000, < 1/1000): **Virální** (≥ 1/10000): křečové, Intussusceps. **Děti získané z pozorovaných bezpečnostních studií prováděných v několika zemích naznačují, že rotavirální vakcína souso zvýšení rizika vzniku Intussuscepsu vzhledem k léčbě 7 dní po očkování. Existují omezené údaje o možnosti zvýšení rizika po druhé dávce. **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** **Protivirová účinnost:** V klinických studiích byla prokázána účinnost proti gastroenteritidě způsobené nejčastějšími rotavirálními genotypy G1P8, G2P4, G3P8, G4P8 a G9P8. Nebylo bylo prokázáno účinnost proti některým rotavirálním genotypům G8P4 (závažná gastroenteritida) a G12P8 (závažná gastroenteritida). Tyto kmeny obvykle po celém světě. V klinické studii byl hodnocen Rotarix podáváný podle různých schémat (2, 3 dávky; 2, 4 dávky; 3, 4 dávky; 3, 5 dávky) na 4000 subjektech. Po dvou dávkách Rotarixu byla prokázána účinnost vakcíny (1 rok života) proti závažné rotavirální gastroenteritidě 87,1 % (95 % IS: 79,8; 92,1), proti závažné rotavirální gastroenteritidě 95,6 % (95 % IS: 88,8; 98,7), proti rotavirální gastroenteritidě vzhledem k léčbě 91,8 % (95 % IS: 84; 95,3) a proti rotavirální gastroenteritidě vzhledem k hospitalizaci 100 % (95 % IS: 81,8; 100). **FARMAKOLOGICKÉ ÚDAJE:** **Inkompatibilita:** Rotarix neměl být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** Předprůběh perorální aplikátor: 3 roky. Stlačitelná tuba uzavřená membránou a nálož: 3 roky. Více-jednodávkových (5 jednodávkových dávkách) stlačitelných tub spojených prostředkem: 2 roky. Vakcína se má používat ihned po otevírání. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chráněte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Neapodluhujte ležetelnost, držitel, rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Industrie 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** EU/1/05/330/005-012. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE:** 21. 2. 2005/14. 1. 2016. **DATUM REVIZE TEXTU:** 18. 2. 2020. Přípravek je vložěn na lékařský předpis a není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování vakcíny v ČR lze najít v příloze na www.gskcz.com nebo se obrátit na adresu společnosti: GlaxoSmithKline s.r.o., Iřská 1734/2c, 140 00 Praha 4, tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444, www.gskcz.com. Vážená SPC platí ke dni 17. 3. 2021. Připraveno lékařskou úlohou ním pro náhradu na szs@szs.gsk.com.**

Referenční: 1. SPC Rotarix, únor 2020, dostupné na www.gskcz.com.

RVGE = rotavirální gastroenteritida.

GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4, Česká republika,
tel.: 222 001 111; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gskcz.com

Schváleno 03/2021 FM-EZ-ROTADVT-210001