

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

říjen 2008 ■ číslo 8 ■ ročník 8



Přehled terapie revmatických onemocnění u dětí

Primární systémové vaskulitidy u dětí

Nadměrná kloubní volnost u dětí

Recidivující subglotické laryngitidy



Orion Diagnostica

ZENTIVA

Herfo
Sunar®

Téma čísla:
**AUTOIMUNITNÍ
ONEMOCNĚNÍ**

Montrose Pharma - Altargo

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Vydavatel:

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

Odborná garance:

Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s. r. o.

(vox@imedix.cz; GSM: 777 281 866)

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

Mgr. Jaroslav Tesař

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 výtisků.

Povoleno ministerstvem kultury pod číslem
MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241.

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsah inzercí a vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE – Ing. Veronika Drahovzalová
U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za měsíc září 2008	5
Koalice soukromých lékařů	6
Protokol z jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2009 ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost	10
Věková struktura PLDD v ČR	12
Informace VoZP ČR o způsobu spolupráce s PLD a PLDD v roce 2009	13
VIII. český pediatrický kongres, Jihlava	14
Evropská ministerská konference WHO, Tallinn	15
Nová kategorie léčiv posílí kompetence lékárníků	18
Hazard se zdravím a životy	18
Julínek slíbil lékařům kompromis	19



MUDr. Hana Cabrnchová Informace OSPDL ČLS JEP	20
MUDr. Dana Němcová, doc. MUDr. Pavla Doležalová, CSc., doc. Jozef Hoza, CSc. Přehled terapie revmatických onemocnění u dětí	22
doc. MUDr. Pavla Doležalová, CSc. Primární systémové vaskulitidy u dětí	28
prim. MUDr. Vladimír Němec, Bc. Eva Bočkovyá Nadměrná kloubní volnost u dětí	34
MUDr. Zdeňka Růžičková Kazuistika: I při bolesti v zádech může být nebezpečí z prodlení	40
MUDr. Petr Víšek Recidivující subglotické laryngitidy	43
Ze světa odborné literatury	46
Aktuality	47
Řádková inzerce	54

Středová příloha: VYHLÁŠKA č. 350/2008 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN
s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s. r. o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec

tel.: 485 161 712, e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz

Obrázek na titulní straně namaloval ústy Triantafillos Iliadis



Vážení kolegové,
jak jsme Vás informovali na stránkách tohoto časopisu, chystají se v naší odborné společnosti volby do výboru a revizní komise. Nově sestavený výbor, který vzejde z prosincových voleb, si ze svého středu zvolí předsedu, místopředsedu, sekretáře a regionální zástupce odborné společnosti.

Nadcházející volby jsou důvodem k rekapitulaci toho, co se nám podařilo, ale také důvodem k zamyšlení nad tím, co bychom mohli dělat lépe. V posledních několika letech se podařilo nastavit systém pravidelného celoživotního vzdělávání postaveného na páteřních vzdělávacích tématech.

Smyslem je proškolit v určité oblasti co největší skupinu našich kolegů, upozornit na novinky, diskutovat nová doporučení. Naše společnost tak každoročně pořádá 14 vzdělávacích akcí v regionech, dalších 5-7 regionálních akcí na téma očkování, nyní již potřebí se budeme podílet na přípravě kongresu primární péče. Navíc se v regionech ve spolupráci s naší odbornou společností konají další vzdělávací akce, které se nám díky garanci OSPDL daří kreditovat a zařadit do systému celoživotního vzdělávání. Právě členství v ČLS JEP nám dává možnost přidělovat kredity bez spolupráce s ČLK, naše akce jsou pouze hlášeny do centrální databáze akcí, kterou ČLK spravuje.

V roce 2004 byl schválen zákon o vzdělávání lékařů, který historicky poprvé definoval obor praktický lékař pro děti a dorost (PLDD). Novela tohoto zákona přijatá v letošním roce dále počítá s tímto oborem, přechodná ustanovení definují podmínky pro získání specializované způsobilosti v oboru PLDD. Poprvé v letošním roce jsme začali zkoušet atestace z oboru praktický lékař pro děti a dorost. Díky dobré komunikaci s kolegy praktickými lékaři jsme se dohodli na zrušení oboru rodinné lékařství. Množství specializovaných způsobilostí vydávaných pro obor PLDD by alespoň částečně mohlo pomoci naplnit počty našich řad do doby, než dojde k většímu zájmu o náš obor z řad budoucích absolventů lékařských fakult. Právě tomuto zájmu by mohl napomoci systém rezidenčních míst pro jednotlivé obory. Nyní jsme před rozhodnutím jaké počty zájemců o náš obor by měl stát finančně podpořit a jakou částkou. Vzdělávání budoucích kolegů probíhá v akreditovaných ordinacích PLDD, které se alespoň částečně daří spolufinancovat ze systému zdravotního pojištění a po přechodnou dobu i z dotačních programů MZČR. Právě rezidenční místa by ale měla být tou správnou pobídkou pro další vzdělávání a finanční ohodnocení práce školitelů.

V odborných tématech jsme za poslední období napomohli prosazení hexavakcí do povinného očkování, máme příslibeno zavedení booster dávky očkování proti pertusi. Dojde-li k otevření nového zdroje financí pro úhradu očkovacích látek ze zdravotního pojištění, mělo by v příštím roce dojít k hrazení očkování proti pneumokokovým nákazám. Snažíme se udržet krok s vyspělým světem, umožnili jsme možnost nabídnou rodičům alternativu povinného očkování za situace, kdy na trhu existuje jiná varianta očkovací látky, podařilo se nám udržet přímou distribuci očkovacích látek do našich ordinací.

Výčet nikdy nebude kompletní, jsem ráda, že se naše odborná společnost stala partnerem pro jednání na mnoha úrovních. Musím poděkovat svým kolegům z výboru, kteří se spolupodíleli na výsledcích činnosti naší odborné společnosti, rovněž tak našim regionálními zástupci s jejichž prací jsme byli vždy velmi spokojeni.

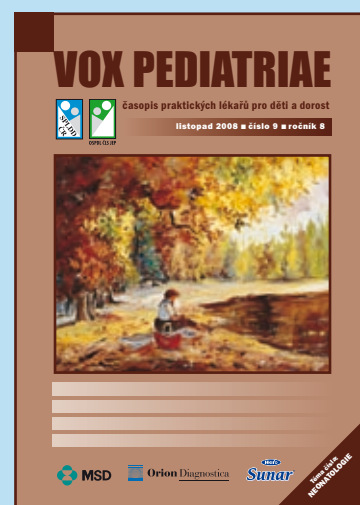
Co popřát do dalšího období? Ráda bych, aby i budoucí výbor mohl pracovat v tak dobré atmosféře, jakou jsem po celé volební období zažila, aby nás práce především těšila a večerní zasedání výboru pro nás zůstaly radostným setkáním kolegů, kteří chtějí něco zlepšit, změnit a nechtějí bořit a kazit to dobré, co bylo vykonáno. Čeká nás diskuse o změně hrazení očkovacích látek (více v informacích OSPDL v tomto čísle), změny v legislativě týkající se důležitých oblastí naší činnosti. Připravili jsme změnu náplně preventivních prohlídek, diskutuje se možnost vykazovat sekundární prevenci u vyjmenovaných diagnos a nahradit tím dosud nefunkční systém dispenzarizace. Máme nové žádosti o akreditace, mění se postavení IPVZ a odborná společnost tak bude muset převzít část této činnosti, to vše je jen několik aktuálních úkolů do budoucna a pro nový výbor OSPDL.

Děkuji Vám všem za spolupráci.

S pozdravem

Hana Cabrnová

Neonatologie



v tomto čísle inzerují...

**AKACIA GROUP
BOEHRINGER INGELHEIM
ČNZP
HERO
JOHNSON&JOHNSON
MARKDISTRI
MEDIAL
MEDICOM INT.
MONTROSE PHARMA
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
PAVEX CANADA
SCA HYGIENE PRODUCTS
STIEFEL
WYETH WHITEHALL**

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	10.00-15.00 hodin
Úterý	10.00-15.00 hodin
Středa	10.00-15.00 hodin
Čtvrtek	10.00-15.00 hodin
Pátek	10.00-13.00 hodin

**Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, o. s.
U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10
sekretariát:
tel.: 267 184 065
fax: 267 184 050
redakce VOX:
tel.: 267 184 065
267 184 047
e-mail: centrum@detskylekar.cz**



Přehled činnosti SPLDD za měsíc září 2008

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc září byl ve znamení intenzivních jednání o cenách na rok 2009. Složitá jednání byla nakonec dovedena k uzavření kompromisní dohody, která znamená přibližně 16 % meziroční navýšení. Zároveň pokračovala jednání o možnostech zavedení tzv. integrované péče, připraveny jsou již projekty se dvěma zdravotními pojišťovnami. Trochu zaskočení jsme byli z návrhu SÚKL, který, dle našeho názoru, nepřiměřeně rozšiřoval kompetence lékárníků. Se zástupci ministerstva probíhala další komunikace ohledně navržených legislativních norem, diskuse probíhaly i ohledně možných změn očkovacího kalendáře.

1. 9. – spolu s předsedkyní OSPDL ČLS JEP a místopředsedkyní Sdružení jsme jednali s náměstkyní ministra zdravotnictví MUDr. Markétou Hellerovou o dalších výhledech vzdělávání PLDD. Diskuse se točila i kolem možného zkrácení vzdělávacího kurikula z 5 na 4 roky jako reakci na urychlení výchovy nových lékařů naší odbornosti. Návrh vzešel z pera ministerstva, nicméně za určitých okolností jsme byli ochotni takový model připustit.

3. 9. – se zdravotními pojišťovnami jsme se sešli naposledy v rámci přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2009. Po bouřlivé diskusi jsme nakonec nedokázali dojít ke kompromisnímu řešení, návrhy ze strany zdravotních pojišťoven zamrzly na hodnotě kapitace 46 Kč, což byla hodnota pro nás nepřijatelná. Naš požadavek byl podložen reálnou kalkulací a diametrálně se lišil od hodnoty nabízené zdravotními pojišťovnami. Nicméně jsme byli ochotni diskutovat o možnosti kompromisního návrhu, pokud bude meziroční navýšení minimálně o 15 %, k čemuž jsme byli i vážně rozhodnutím nejvyšších orgánů obou sdružení PL. Minimální hodnota kapitace by se tak měla pohybovat na úrovni 49 Kč. Výsledkem přípravné fáze byla tedy nedohoda a k té byl i podepsán protokol.

5. 9. – Předsednictvo Sdružení na svém pravidelném jednání řešilo výstupy z cenových jednání, zabývalo se problematikou výstupů jednání s jednotlivými zdravotními pojišťovnami a řešilo problematiku jednotlivých regionů. Výstupy z jednání předsednictva jsou předkládány a projednávány v jednotlivých regionech na jednáních regionálních rad.

9. 9. – jednala Koalice soukromých lékařů. Na programu byla především otázka výstupů z navržených legislativních norem. Hodně vzrušení přinesla iniciativa SÚKL ohledně volné prodejny léků se záměrem podstatným způ-

sobem rozšířit kompetence lékárenské péče. O výstupech podrobněji informujeme na jiném místě.

15. 9. – na půdě ČNZP se dále finalizovalo zadání pilotního projektu Systému integrované péče. Zdá se, že skutečně vše je již připraveno ke zkušebnímu provozu – a hodnocení dat od 1. 7. 2008, což byl také cíl, může začít. Informace a pokyny byly uloženy na webové stránce Sdružení a k dispozici jsou i na portálu ČNZP.

17. 9. – se zástupci zdravotních pojišťoven jsme se sešli v předvečer závěrečného jednání dne dohodovacího řízení o cenách na rok 2009. Předmětem jednání bylo hledání možnosti uzavření kompromisní dohody. Jednání bylo o poznání vstřícnější ze strany zdravotních pojišťoven, dohodě však stále bránil postoj jedné z nich. Ujistili jsme zástupce všech zdravotních pojišťoven, že zájem na uzavření kompromisní dohody z naší strany trvá. Zmíněná zdravotní pojišťovna byla požádána, aby ještě zvážila svůj postoj.

18. 9. – před zahájením závěrečného dne dohodovacího jednání o cenách na rok 2009 jsme podepsali se všemi zdravotními pojišťovnami protokol o dohodě o cenách na rok 2009 ve znění diskutovaného kompromisního návrhu. Výsledkem je tedy dohoda, která zaručuje v minimálních sazbách, tedy bez všech bonifikačních příplatků, meziroční navýšení o 16 %. Úplné znění dohody obsažené v protokolu zveřejňujeme na jiném místě.

19. 9. – v Českých Budějovicích pokračoval cyklus seminářů, na kterých jsme představovali spolu s ing. Zámečnickem záměry pilotních projektů integrované péče.

23. 9. – o možnostech mezioborové spolupráce se stomatology jsme diskutovali spolu se

zástupci zdravotních pojišťoven a MZ ČR u tzv. kulatého stolu. O výstupech informujeme na jiném místě.

24. 9. – na žádost Koalice jsme se sešli s ministrem zdravotnictví MUDr. Tomášem Julínkem, abychom diskutovali o problematice lékárenské péče v návaznosti na materiál předložený SÚKL. Ministr nás ujistil, že záměrem ministerstva skutečně není rozšíření kompetencí lékárníků.

24. 9. – pracovní skupina zabývající se výživou dětí se sešla k hodnocení projektů a pořádaných seminářů. Na programu bylo i propojení s aktivitou společnosti Hero, se kterou má zájem i naše Sdružení rozšířit okruh spolupráce v problematice výživy dětí do 3 let věku.

29. 9. – pracovní skupina zabývající se problematikou změn v očkovacím kalendáři jednala na MZ ČR. Spolu s předsedkyní naší odborné společnosti MUDr. Hanou Cabrnachovou jsme na tomto jednání přednesli striktní požadavek, aby se změny nedotkly ekonomiky našich praxí, tj. že úhrada očkovacích látek pro povinná očkování nesmí být realizována prostřednictvím našich ambulancí. Z těchto důvodů se diskutovalo o možných modelech vykazování očkování, nadhozena byla i možnost navýšení kódu očkování.

29. 9. – s náměstkem ministra zdravotnictví MUDr. Pavlem Hroboněm jsme se sešli nad připomínkami k návrhu změny zákona č. 48/1996 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V celkem věcné diskusi jsme se snažili vysvětlit podstatu našich zásadních připomínek. Jak to však nakonec dopadne, ukáže až čas. Navíc tu hraje důležitou roli i ta skutečnost, že navržený text může dostat i zásadních změn při projednávání Parlamentem ČR. ■



Koalice soukromých lékařů

Prázdniny kupodivu neznamenaly pro toto volné uskupení organizací zastupujících soukromé lékaře žádné extra volno. Díky legislativním aktivitám resortního ministerstva bylo o čem mluvit a jednat. Koalice si na své jednání pozvala i 1. náměstkyni ministra zdravotnictví Bc. Marku Šnajdra, aby s ním projednala určité znepokojení vyjádřené v oslovení ministra. Leccos bylo objasněno, mnoho otázníků ale stále zůstalo. Jaké tedy budou výstupy z předkládaných nových zákonů? Příští měsíce uvidíme...

■ I. Přípomínky SPLDD ČR k návrhu zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, s vypořádáním

Přípomínka obecná:

Zákon je připomínkovan v nezvykle krátké době, důvodová zpráva je velmi stručná, v některých bodech nedostatečná. Některé body postrádají souvislost s předloženým zákonem.

Vypořádání: Zdůvodněno obecným časovým presem.

Přípomínky konkrétní:

ČÁST ČTVRTÁ PRÁVA A POVINNOSTI POJIŠTĚNCE § 11

c) na poskytnutí hrazených služeb, pokud mu byly poskytnuty v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Při porušení této povinnosti **i přes opakované písemné upozornění** je oprávněn příslušný orgán státní správy odejmout oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo uložit pokutu **až do výše 100 000 Kč**. Ze stejných důvodů je příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna vypovědět smlouvu o poskytování hrazených služeb. Zdravotní pojišťovny koordinují svůj postup s orgány státní správy při uplatňování postihu za porušení povinnosti uložené tímto ustanovením zákona,

Přípomínka: Výše uvedené pokuty (vyznačeno červeně) je pro zařízení PLDD nepřijatelná, neboť je likvidační. Není důvod, aby byla na dvojnásobné výši než např. při porušení povinnosti vybírat poplatky.

Dále požadujeme doplnit modře vyznačený text.

Vypořádání: MZ zváží předložené připomínky.

§ 14

Zásadní připomínka: Nelze připustit úhradu zdravotních služeb při pobytu v cizině do výše úhrady takových služeb v ČR. Zejména z důvodu velkého rozdílu cen, který by pacient v některých případech nebyl schopen uhradit. Nelze připustit nutnost předchozího souhlasu zdravotní pojišťovny k čerpání dalších zdravotních služeb, zejména v souvislosti se stanovením výše úhrady. Nutné porovnat a sladit s evropským právem.

Vypořádání: Údajně dáno mezinárodními předpisy.

§ 15a

(2) Ze zdravotního pojištění se nehradí léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely uvedené v odstavci 1, pokud Ústav rozhodnutím úhradu nepřiznal. Ústav nepřizná úhradu, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely

a) podpůrné a doplňkové,

b) jejichž používání je z odborného hlediska nevhodné,

Přípomínka: Bez uvedení specifikace, kdo a jak určí uvedené odborné hledisko, je toto ustanovení (vyznačeno červeně) vágní a zakládá možnost spekulací a rozdílných výkladů.

c) nemají dostatečné důkazy o terapeutické účinnosti, nebo

Přípomínka: Bez uvedení specifikace, kdo a jak určí onen žádoucí účinek v běžné klinické praxi, je toto ustanovení (vyznačeno červeně) vágní a zakládá možnost spekulací a rozdílných výkladů.

(3) Ústav rozhoduje o

b) podmíněně úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely

uvedených v písmenu a)

1. způsobem vyúčtování,

2. preskripčními a indikačními omezeními nebo

Přípomínka zásadní: Chybí specifikace, jak tato proskripční a indikační omezení vznikají. Bez uvedení tohoto opět riziko svévolného, resp. úplatného rozhodování.

Vypořádání: Již zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů byla tato kompetence převedena na SÚKL s tím, že veškerá jednání vyplývající dle výše uvedeného textu jsou vedena ve smyslu správního řízení, tj. jsou dokladovatelná a ke stažení na webu SÚKL – pro nás podnět, jakým způsobem lze řešit stávající stav neuspokojivého proskripčního omezení apod.

§ 16a

Regulační poplatky

(1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazených služeb hradit poskytovateli, který hrazené služby uvedené v písmenech a) až d) poskytl, regulační poplatek ve výši 30 Kč při poskytování ambulantních zdravotních služeb za

1. návštěvu u poskytovatele, při které bylo provedeno klinické vyšetření,

2. návštěvnou službu poskytnutou podle zákona o zdravotních službách,

Přípomínka: Navrhujeme vypustit písmeno „u“ jako nadbytečné.

Vypořádání: Souhlas s námi navrženou změnou.

(3) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) se neplatí, jde-li o

e) děti do dovršení 6. roku věku včetně tohoto dne.

Přípomínka zásadní: nesouhlas s rozšiřováním výjimek z placení regulačních poplatků. Současná praxe k tomu nedává důvody, chy-



bí analýzy, jde o čistě politické rozhodnutí. Ve svém důsledku povede opět k nadužívání péče v této věkové kategorii, a zcela tak vymizí regulační smysl, pro který byl regulační poplatek zaváděn.

Vypořádání: Jedná se o politické rozhodnutí koaliční trojkou, nelze tímto způsobem změnit.

(9) Poskytovatel je povinen regulační poplatky uvedené v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 až 4. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti, **a to i přes opakované písemné upozornění ze strany zdravotní pojišťovny**, je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto poskytovateli uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

(10) Poskytovatel nesmí vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním hrazených služeb, které podle tohoto zákona regulačním poplatkům nepodléhají. Při zjištění opakovaného porušování této povinnosti, **a to i přes opakované písemné upozornění ze strany zdravotní pojišťovny**, je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto poskytovateli uložit pokutu až do výše 50 000 Kč.

Připomínka zásadní: Požadujeme z důvodu transparentnosti a korektnosti doplnit modře označený text. Navíc se jedná o nově zavedenou sankci, která nebyla s lékaři diskutována. Oslabuje práva pacienta a posiluje postavení zdravotních pojišťoven. To vše s ne úplně jasným definováním výběru regulačních poplatků.

Vypořádání: Přislíbena akceptace, resp. pro dokazování prý bude muset být písemné upozornění.

Podmínky poskytování hrazených služeb

§ 18

(1) Zdravotní služby, kterými je poskytována odborná zdravotní péče, léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely pře-

depsané na recept a zdravotnické prostředky předepsané na poukaz se poskytují jako hrazené služby, pokud

a) jsou přiměřené zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, **a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné,**

Připomínka: (vyznačeno červeně) opět jedno z dosti vágních ustanovení, pokud není stanoveno, kdo a za jakých podmínek bude přiměřenou bezpečnost definovat.

Vypořádání: Jedná se prý o čistě právníkový výklad, resp. běžnou formulaci.

§ 19

Ambulantní péče

Ambulantní péčí se rozumí

- a) primární zdravotní péče;
- ~~b) specializovaná ambulantní zdravotní péče;~~
- c) zvláštní ambulantní péče.

Připomínka: Pokud nebude jednoznačně zřejmá definice primární péče v zákoně o zdravotních službách, je pro nás vyškrtnutí primární zdravotní péče z tohoto zákona nepřijatelné.

Vypořádání: Primární péče by měla být definována v zákoně o zdravotních službách.

§ 26

(1) Hrazenými službami je i vybavení pojištěnce léčivými přípravky, potravinami pro zvláštní lékařské účely a zdravotnickými prostředky

- a) po dobu trvání propustky podle zákona o zdravotních službách, nebo
- b) po ukončení hospitalizace na tři dny, nebo v odůvodněných případech i na další nezbytně nutnou dobu.

Připomínka zásadní: V návaznosti na výše uvedená ustanovení pokládáme za nutné doplnit výše uvedenou povinnost i do povinností během hospitalizace. Nezřídka se stává, že jsou různé požadavky na dodání léků ze strany pacienta i během hospitalizace.

Vypořádání: Toto prý vyplývá i z dikce stávající.

§ 29

(1) Hrazenými službami jsou primární preventivní prohlídky podle zákona o zdravotních službách, které se provádějí:

- a) v prvním roce života devětkrát do roka, z toho minimálně šestkrát v prvním půlroce života a z toho minimálně třikrát v prvních třech měsících života, pokud nejsou prováděny v rámci sekundárních preventivních prohlídek,
- b) v 18 měsících věku,
- c) ve třech letech a dále vždy jedenkrát za dva roky, nejdříve však 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky.

Připomínka zásadní: V případě preventivních prohlídek je třeba upřesnit následující. Interval s minimálním odstupem 23 měsíců se týká pouze primární preventivní prohlídky, nicméně jak bude řešena termínová kolize se sekundárními preventivními prohlídkami, jak bude specifikována náplň sekundárních a jak bude realizována úhrada v tomto případě. Interval 23 měsíců je u dětí odborně na hraně, kvůli např. dlouhodobé nemoci či pobytu v zahraničí může být interval příliš dlouhý, resp. může vypadnout prohlídka v tzv. uzlovém věku dítěte. Z těchto důvodů považujeme za správnější výčet primárních preventivních prohlídek vzhledem k věku dítěte a mladistvého.

Vypořádání: Přislíbena revize tohoto ustanovení spolu se všemi připomínkami týkajícími se sekundární prevence.

§ 30

(2) Hrazené služby dále zahrnují: očkování včetně očkovacích látek pro pravidelná očkování podle antigenního složení očkovacích látek stanoveného Ministerstvem zdravotnictví podle zvláštního právního předpisu o ochraně veřejného zdraví,³⁵⁾

Připomínka zásadní: Bez dořešení návazností na tuto zásadní změnu je pro nás tato změna nepřijatelná.

Vypořádání: V současnosti se řeší.

§ 31

Dispensární péče

Hrazenými službami jsou i sekundární preventivní prohlídky podle zákona o zdravotních službách, které se provádějí:

- a) dětem do jednoho roku,
- b) vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí,
- c) vybraným mladistvým,



Připomínka zásadní: Zcela chybí návaznost na úhradový systém a provádění primárních preventivních prohlídek (viz výše), v této podobě pro nás nepřijatelné.

Vypořádání: Přislíbena revize tohoto ustanovení spolu se všemi připomínkami týkajícími se sekundární prevence.

§ 33

(1) Hrazenými službami jsou léčebně rehabilitační zdravotní služby poskytované jako nezbytná součást léčebného plánu. Návrh na poskytování lůžkových léčebně rehabilitačních zdravotních služeb podává na formuláři zdravotní pojišťovny na návrh poskytovatele ambulantních zdravotních služeb, který má pojištěnce v péči pro onemocnění, které je důvodem indikace léčebně rehabilitačních zdravotních služeb, nebo poskytovatel lůžkových zdravotních služeb, v jehož zdravotnickém zařízení je pojištěnec hospitalizován. Součástí návrhu podle věty druhé je i určené stupně naléhavosti poskytnutí těchto zdravotních služeb.

(7) Dětem od 3 do 15 let zdravotně oslabeným vlivem nepříznivého životního prostředí, dětem se zdravotními problémy spojenými s nesprávným životním stylem a dětem v rekonvalescenci, jejichž zdravotní stav ještě nevyžaduje poskytování lůžkových léčebně rehabilitačních zdravotních služeb, se tyto zdravotní služby mohou poskytnout na návrh poskytovatele, který má pojištěnce v péči pro onemocnění, které je důvodem indikace léčebně rehabilitačních zdravotních služeb, potvrzený revizním lékařem. Tyto zdravotní služby se poskytují zpravidla po dobu nepřesahující 21 dnů; delší poskytování těchto zdravotních služeb je možné pouze se souhlasem revizního lékaře.

Připomínka: Navrhujeme doplnit odstavec 7 a analogicky upravit odstavec 1 tak, aby bylo zřejmé, že návrh na tyto služby podává poskytovatel, který tyto služby indikuje.

Vypořádání: Akceptováno.

§ 34a

Poskytovatel lůžkových léčebně rehabilitačních zdravotních služeb podle § 33 odst. 1 a odst. 2 písm. a) a poskytovatel lůžkových ošetrovatelských zdravotních služeb podle § 34 jsou povinni nejméně jedenkrát měsíčně zhodnotit zdravotní stav pojištěnce a učinit do zdravotnické dokumentace závěr,

ze kterého vyplývá, zda stále trvá indikace pro poskytování těchto lůžkových zdravotních služeb. Poskytovatelé jsou povinni k hodnocení podle věty první přizvat revizního lékaře zdravotní pojišťovny pojištěnce, kterému se tyto zdravotní služby poskytují.

Připomínka: *Není zcela jasné, jak toto ustanovení v praxi bude realizováno. Zda bude v silách revizních lékařů toto naplnit, vzhledem k možným počtům pacientů.*

– Tato připomínka bude ponechána, nebyla na jednání Koalice vypořádána.

Vypořádání: *Vysvětleno, že jde pouze o možnost účasti na rozhodování, nikoliv povinnost, tzn. bude využíváno jen ve sporných případech.*

§ 36

Zdravotní pojišťovna hradí dopravní zdravotní služby poskytované na území České republiky v případě, že zdravotní stav pojištěnce podle vyjádření poskytovatele, který tyto dopravní zdravotní služby indikuje, neumožňuje dopravu běžným způsobem bez využití dopravní zdravotní služby. Pokud k onemocnění došlo v místě přechodného pobytu, je doprava ze zdravotnického zařízení do místa trvalého pobytu, které je vzdálenější než místo přechodného pobytu, hrazena jen tehdy, pokud to podle vyjádření poskytovatele nezbytně vyžaduje zdravotní stav pojištěnce. Je-li poskytovatelem indikován doprovod pojištěnce, hradí zdravotní pojišťovna, která hradí dopravu pojištěnce, i dopravu doprovázející osoby. Jde-li o osobu pohybuující se převážně na vozíku pro tělesně postižené a je indikována doprava ze zdravotních důvodů dopravní zdravotní službou, hradí zdravotní pojišťovna dopravu i jinému dopravci, pokud tuto dopravu zajišťuje dopravním prostředkem speciálně upraveným pro převoz osob na vozíku pro tělesně postižené; o takové dopravě rozhoduje poskytovatel, který má pojištěnce v péči

Připomínka: *Toto ustanovení může být předmětem mnoha sporů. Není zřejmé, jak poskytovatel PLDD či PL zjistí síť a oprávnění všech spádových ZZ. Nejasná formulace v souvislosti s definováním dopravní zdravotní služby v zákoně o zdravotních službách, zakládá na četné spory lékařů, pacientů se zdravotními pojišťovnami.*

Vypořádání: *Naše připomínka bude prověřena a případně upraven text.*

§ 40

Připomínka k odst. 6): Nesouhlasíme s možností zrušení podnikání v hrazených zdravotních službách z důvodu neplacení zdravotního pojištění. Připomínka již při projednávání zákona o zdrav. službách.

ČÁST SEDMÁ

§ 41

Informační centrum

(1) Informační centrum zdravotního pojištění spravuje Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen „Správce centra“). Informační centrum zdravotního pojištění slouží ke kontrole čerpání finančních prostředků zdravotního pojištění jednotlivými poskytovateli, kteří jsou ve smluvním vztahu ke zdravotním pojišťovnám. K tomuto účelu vede Správce centra přehled:

Připomínka: *Informační centrum by nemělo být ve správě jedné ze ZP, ale příslušného odboru MZ, resp. Ústavu pro dohled nad ZP. Takto zvýhodňuje jednu ze ZP.*

Vypořádání: *Vyřeší „Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami“?*

§ 42

Připomínka k odst. 4): *Není definován odborný pracovník, který má právo vstupu do ZZ poskytovatelů, zejména ve vztahu k přístupu ke zdravotnické dokumentaci (možné pouze pro lékaře).*

Vypořádání: *Bude upřesněno.*

ČÁST DEVÁTÁ

SÍŤ POSKYTOVATELŮ

§ 46

(1) Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny (dále jen „síť“).

(2) Před uzavřením smlouvy o poskytování hrazených služeb se koná výběrové řízení. Výběrové řízení se nekoná

- pro poskytovatele lékárenských zdravotních služeb,
- pro Vězeňskou službu České republiky ^{46a)},
- pro poskytovatele zdravotnické záchranné služby,
- při uzavírání nové smlouvy o poskytování hrazených služeb, pokud se jedná



o smluvní vztah se stejným subjektem a současně nedochází k rozšíření rozsahu poskytovaných hrazených služeb.

(3) V případě změny právní formy poskytovatele se výběrové řízení koná pouze tehdy, dochází-li k rozšíření rozsahu poskytovaných hrazených služeb.

§ 47

(2) Vyhlášení výběrového řízení musí obsahovat:

a) formu, druh a rozsah hrazených služeb, obory odborné zdravotní péče a území, pro které mají být poskytovány, a označení zdravotní pojišťovny, je-li zdravotní pojišťovna navrhovatelem výběrového řízení,

Připomínka: Není jasné, jak bude orgán příslušný k registraci posuzovat druh a rozsah. Je třeba dořešit problematiku výběrových řízení v návaznosti na různé formy pokračování praxe v nezměněném druhu a rozsahu – nové smlouvy stávajících poskytovatelů, nové smlouvy při vzniku nové ZP, převod z fyzické na právnickou osobu, předání praxe nejen z důvodu úmrtí stávajícího poskytovatele apod.

Vypořádání: Naše připomínky budou zapracovány.

Připomínky za SPLDD ČR zpracovávali:

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda

MUDr. Milan Kudyn, 1. místopředseda

MUDr. Eva Vitoušová, místopředsedkyně

MUDr. Ilona Hülleová,

předsedkyně JM regionu

Vypořádání:

MUDr. Pavel Neugebauer za SPLDD ČR

Za MZ ČR náměstci:

Bc. Marek Šnajdr,

1. náměstek

MUDr. Markéta Hellerová,

náměstkyně pro zdravotní péči

MUDr. Pavel Hroboň,

náměstek pro zdravotní pojištění

■ II. Výpis z jednání

Koalice soukromých lékařů

ze dne 9. září 2008

1. Vypořádání připomínek Koalice

k zákonu o zdravotních službách

Jednání proběhlo za účasti Bc. Marka Šnajdra, 1. náměstkyně ministra zdravotnictví, a MUDr. Markéty Hellerové, náměstkyně pro

zdravotní péči MZ ČR

Podle informace Bc. Šnajdra bude mít MZ ČR do 14 dnů k dispozici definitivní verzi zákona se zpracovanými přijatými připomínkami. MUDr. Markéta Hellerová seznámila členy Koalice se stanoviskem ministerstva k připomínkám, které byly jeho zástupcům předloženy na jednání 15. 7. 2008:

1) Zákon o zdravotních službách neobsahuje specifikaci (definici) primární péče a její specifickou roli v poskytování zdravotních služeb. **MZ ČR: Primární péče bude ve zdravotnických zařízeních vázaná na registrujícího poskytovatele zdravotní péče. Tato formulace je přesunuta ze zákona o veřejném zdravotním pojištění. MZ ČR ji upraví podle tzv. „Tallinské charty“.**

2) Pokuty za nedodržení zákona jsou nepřiměřeně vysoké a nerovné vůči velikosti ZZ (ambulance 1 lékaře versus nemocnice). **MZ ČR: Tato část zákona bude přepracována, aby výše pokut byla přiměřená.**

3) Ve vyjmenovaných druzích zdravotnických zařízení nejsou uvedeny zubní laboratoře. **MZ ČR: Zubní laboratoře budou zařazeny pod zdravotnická zařízení, která zákon blíže nespecifikuje, ale definuje je pouze obecně.**

4) Paušální přeregistrace je nadbytečný byrokratický úkon, při současných kapacitách krajských úřadů nerealizovatelný ve lhůtě, kterou stanoví zákon. MZ ČR navíc požaduje při přeregistraci další údaje, které dosud nebyly povinné. KSL navrhuje pouze prověření a případné doplnění současné dokumentace. **MZ ČR: Text zákona byl upraven. Současní poskytovatelé zdravotní péče zašlou ve stanoveném termínu na krajský úřad písemnou žádost o zařazení do centrálního registru poskytovatelů a úřad si po kontrole dokladů vyžádá chybějící. Registrace se uskuteční v jednom řízení, a pokud si poskytovatel otevře zdravotnické zařízení i v jiném kraji, dodá pouze doklady, které si vyžádá příslušný úřad.**

5) Povinnost vystavit údaje vyjmenované zákonem na veřejně přístupných místech ZZ může v některých případech, zejména je-li ZZ v nájmu, narazit na nesouhlas majitele objektu.

MZ ČR: Tato povinnost zůstala v zákoně zakotvena, ale sankce byly zmírněny. Pokud poskytovatel doloží, že tomuto požadavku nemůže z objektivních důvodů vyhovět, bude od sankcí upuštěno zcela.

6) Zpracování kompletního léčebného plánu je z časového hlediska nerealizovatelné. KSL navrhuje stanovit léčebný plán, pouze pokud je pacient v péči více lékařů. Obdobně může být problematické vždy vyznačovat čas (např. nevidíme důvod v případě vystavení potvrzení, posudku apod.). **MZ ČR: Tento bod bude upřesněn po dohodě s ambulantními specialisty. Zatím MZ ČR požaduje alespoň základní diagnostickou rozvahu, ale o problému je možné ještě diskutovat.**

7) V zákoně je třeba přesně specifikovat 2. názor, aby nedocházelo k duplicitním vyšetřením pacienta, a stanovit způsob úhrady. **MZ ČR: Definice v zákoně o zdravotních službách je dostačující, ale nedostatečně jsou definovány úhrady v zákoně o veřejném zdravotním pojištění. MZ ČR se bude tímto problémem dále zabývat.**

8) Některé lhůty stanovené zákonem nelze z objektivních důvodů dodržet (dědění, prodej, převzetí praxe). **MZ ČR: V souladu s připomínkami budou lhůty upraveny.**

9) KSL nesouhlasí se způsobem hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb, jak je stanoven zákonem, chybí kritéria hodnocení a jeho účel. Návrh – předat kompetence hodnocení kvality komorám (tato připomínka souvisí i s problematikou hodnocení personálního obsazení ZZ). Někteří zástupci Koalice se domnívají, že řešit certifikaci kvality zákonem je bezpředmětné, protože existuje již nyní. Navrhují nastavit základní podmínky, které by muselo splňovat každé ZZ, a nadstandard chápat jako formu soutěže. ČSK dodá MZ ČR podklady. **MZ ČR: Kompetence komor týkající se záruky odbornosti členů nebyly v souvislosti s tímto bodem omezeny, v zákoně o zdravotních službách jde o hodnocení kvality poskytovatelů, nikoliv členů komor.**

10) KSL nesouhlasí, aby zajištění zástupu bylo povinností poskytovatele. Tato povinnost by měla být přenesena na zdravotní pojišťovny. **MZ ČR: v této záležitosti neustou-**



pilo, ale zmírnilo sankce. Na argument Koalice, že zejména v malých obcích je tento požadavek nesplnitelný, souhlasilo s tím, že postačí, když v době nepřítomnosti v ordinaci bude lékař informovat pacienty, jak dlouho bude mimo pracoviště a kde jim bude poskytnuta akutní péče.

- 11) KSL nesouhlasí s vazbou oprávnění k poskytování služeb na kraj. Připomínkovali i nutnost dvojí registrace. **(Tato připomínka byla vypořádána v souvislosti s bodem č. 4.)**

2. Připomínky Koalice k zákonu o veřejném zdravotním pojištění

Členové KSL diskutovali se zástupci MZ ČR o svých připomínkách k novele zákona číslo 48/1997 Sb. MZ ČR většinu připomínek akceptovalo a přislíbilo zapracovat je do návrhu v rámci připomínkového řízení.

3. Návrh SÚKL – seznam léků vydávaných bez lékařského předpisu

Zástupci Koalice soukromých lékařů se domnívají, že v případě návrhu SÚKL jde

o legalizaci poskytování lékařské zdravotní služby. Jeho přijetím by bylo narušeno právo pacienta na soukromí a návrh neřeší právní odpovědnost za zdraví pacientů. Podle MZ ČR bylo prvotním záměrem SÚKL zpřísnění výdeje léků na bázi efedrinu, ale úřad původní záměr přesáhl způsobem, který překvapil i ministerstvo. Přestože prezentace návrhu SÚKL nebyla nejšťastnější, zástupci MZ ČR se domnívají, že vyvolal zajímavou a užitečnou diskusi. MZ ČR nemá v úmyslu nahrazovat zdravotní péči lékařů lékárníky a souhlasí s vydáním společného prohlášení v tomto smyslu.

4. Různé

- Na dotaz KSL, proč v **Odborném fóru Národního referenčního centra** jsou zastoupeny pouze nemocnice a nikoliv poskytovatelé zdravotní péče, odpověděl Bc. Šnajdr, že v Národním referenčním centru zatím nebyly ustaveny pracovní skupiny, ve kterých se s účastí poskytovatelů počítá. Zástupce do Odborného fóra lze řešit ve spolupráci s MUDr. Hellerovou.
- Dr. Jojko informoval o **ukončení jednání**

Akceptační komise, která se zabývala revizí seznamu výkonů. Přislíbil zaslat členům KSL výstupy s tím, že neobsahují žádné závěry, a nemohou tedy sloužit jako podklad pro jednání komise MZ ČR.

*Pro VOX zpracoval:
MUDr. Pavel Neugebauer*

III. Tisková zpráva

9. 9. 2008 se uskutečnilo jednání Koalice soukromých lékařů s představiteli MZ ČR M. Šnajdrem a M. Hellerovou. Zástupci MZ ČR konstatovali, že návrh SÚKL na zařazení lékových skupin do kategorie léčivých přípravků vydávaných bez lékařského předpisu s omezením je pouze prvním podnětem k diskusi k dané problematice. Seznam ATC skupin bude patrně redukován a realizace záměru neproběhne bez předchozího souhlasu příslušných odborných společností a dalších rozhodujících zástupců lékařské veřejnosti.

*Za koalici soukromých lékařů:
mluvčí MUDr. Pavel Neugebauer*

Dohoda o ceně na rok 2009 ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2009, ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost, došlo mezi účastníky jednání k dohodě o úhradě zdravotní péče u praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost. Jednání proběhla ve dnech 20. 8. 2008, 3. 9. 2008. a 18. 9. 2008. O posledním návrhu, který vznikl jako výsledek jednání nad všemi návrhy předloženými v jednotlivých jednacích dnech, bylo hlasováno následujícím způsobem.

Návrh je součástí Přílohy č. 1.

Pro: 4 zástupci poskytovatelů (SPL, SPLDD, Aprimed, ČLK, o. s.), 10 zástupců ZP

Proti: nikdo

Zdržel se: 0

Výsledek: Návrh byl přijat

■ Příloha č. 1

Návrh na úhradu zdravotní péče praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost na rok 2009

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro

děti a dorost bude hrazena v roce 2009 podle individuálního smluvního ujednání mezi konkrétním zdravotnickým zařízením a konkrétní zdravotní pojišťovnou (například modifikovanou kombinovanou kapitačně-výkonovou platbou stanovenou a vyhodnocovanou na smluvně dohodnutých principech a úhradou výkonů mimo kapitaci ve smluvně dohodnutých hodnotách bodu, případně výkonovým způsobem dle platného Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve smluvně dohodnutých hodnotách bodu nebo jiným způsobem neodporujícím obecně závazným předpisům upravujícím veřejné

zdravotní pojištění).

V případě, že mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením nedojde k individuální smluvní dohodě o způsobu a výši úhrad, bude zdravotní péče poskytovaná v roce 2009 hrazena dle níže uvedených pravidel:

■ Článek 1.

Výše kapitační platby a hodnota bodu

Varianta A:

Kombinovaná kapitačně-výkonová platba

1. Zdravotní péče poskytovaná praktickými



lékaři pro dospělé se v roce 2009 hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením kombinovanou kapitačně-výkonovou platbou, kdy výše kapitační platby se vypočte podle počtu registrovaných pojištěnců se zohledněním jejich věku. **Výše základní kapitační sazby pro zdravotnické zařízení, které poskytuje zdravotní péči v ordinaci do 25 hodin týdně rozložené do všech pracovních dnů, přičemž alespoň jeden den v týdnu je ordinace prodloužena minimálně do 18 hodin, bude v roce 2009 činit 49 Kč. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení dohodnout o prodloužení ordinace do odlišně.**

- U ostatních zdravotnických zařízení praktických lékařů pro dospělé bude výše základní kapitační sazby činit 47 Kč.
- Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro děti a dorost se v roce 2009 hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením kombinovanou kapitačně-výkonovou platbou, kdy výše kapitační platby se vypočte podle počtu registrovaných pojištěnců se zohledněním jejich věku. Výše základní kapitační sazby pro zdravotnické zařízení činí v roce 2009 49 Kč.**
- Zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce zdravotní pojišťovny a za pojištěnce z EU, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, budou v roce 2009 hrazeny podle platného seznamu zdravotních výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.**
- Hodnota bodu za výkony 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032, 02110 a 02120 činí 1,10 Kč.**
- Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.

Varianta B:

Kombinovaná kapitačně-výkonová platba s dorovnáním kapitace

- Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců [celostátní průměrný počet se stanoví vzhledem k danému kalendářnímu roku podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále jen „VZP“)], a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů, ve znění pozdějších předpisů.

- Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílejí zdravotní pojišťovny, s nimiž má příslušný praktický lékař uzavřenu smlouvu o poskytování a o úhradě zdravotní péče, podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto praktického lékaře. Tento typ úhrady se týká ordinací praktických lékařů, kterým byl Komisí pro malé praxe přiznán status malé praxe.
- Zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce zdravotní pojišťovny a za pojištěnce z EU, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, budou v roce 2009 hrazeny podle platného seznamu zdravotních výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč. Hodnota bodu za výkony 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032, 02110 a 02120 činí 1,10 Kč.

Varianta C:

Podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb.,

- ve znění pozdějších předpisů, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, a to u zdravotnických zařízení, která nevolila jako variantu úhrady KKVP, kdy hodnota bodu je 1 Kč do limitu času nositele výkonu 10 hodin na kalendářní den.

■ Článek 2.

Úprava úhrady

Základní výše kapitační sazby, případně celková výše úhrady, může být navýšena za podmínek dohodnutých mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, a to zejména: ve vazbě na vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti zdravotní péče poskytnuté registrované klientele a porovnáním s obdobnými náklady na zdravotní péči u jiných zařízení praktických lékařů (resp. praktických

lékařů pro děti a dorost), sledování ekonomicky a medicínsky efektivní péče. Při vyhodnocování komplexní finanční nákladovosti pojišťovna zajistí vyloučení nákladů, které praktický lékař nemůže ovlivnit (zejména stomatologie, gynekologie, mimořádně nákladná péče), zohlední především nehomogenitu čerpání nákladů jednotlivými věkovými skupinami. Pro zajištění transparentnosti tohoto opatření jsou zdravotní pojišťovny oprávněny předávat a zdravotnická zařízení přejímat potřebné datové soubory

- při aktivním zapojení do procesu celoživotního vzdělávání,
- při aktivním působení v oblasti s nedostatkem praktických lékařů,
- při aktivním zapojení do LSPP,
- při zapojení praktických lékařů jako školicích praxí při přípravě praktických lékařů pro samostatný výkon povolání,
- při zvyšování podílu preventivních prohlídek a preventivních aktivit zaregistrované klientely,
- při aktivním zapojení do preventivních a dalších smluvně dohodnutých aktivit zdravotní pojišťovny,
- při aktivním zapojení do procesu řízení péče zdravotní pojišťovny,
- při aktivním přístupu ve vykazování začátku a konce pracovních neschopností včetně uvedení příslušných diagnóz,
- dle dalších kritérií dohodnutých mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

■ Článek 3.

Regulační omezení

- Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech (do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu):

- 1.1 Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce, převyšuje o více než 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle



§ 32 odst. 2 zákona a které ZP proplátila.

- 1.2 Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce, převyšuje o více než 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
2. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2.
3. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se dále nepoužijí, pokud zdravotnické zaří-

zení registrovalo v roce 2008 nebo 2009 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytlo zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jednalo-li se o zdravotní péči poskytnutou pojištěncům z EU.

4. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2009 nepřevyšuje předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2009 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
5. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžáda-

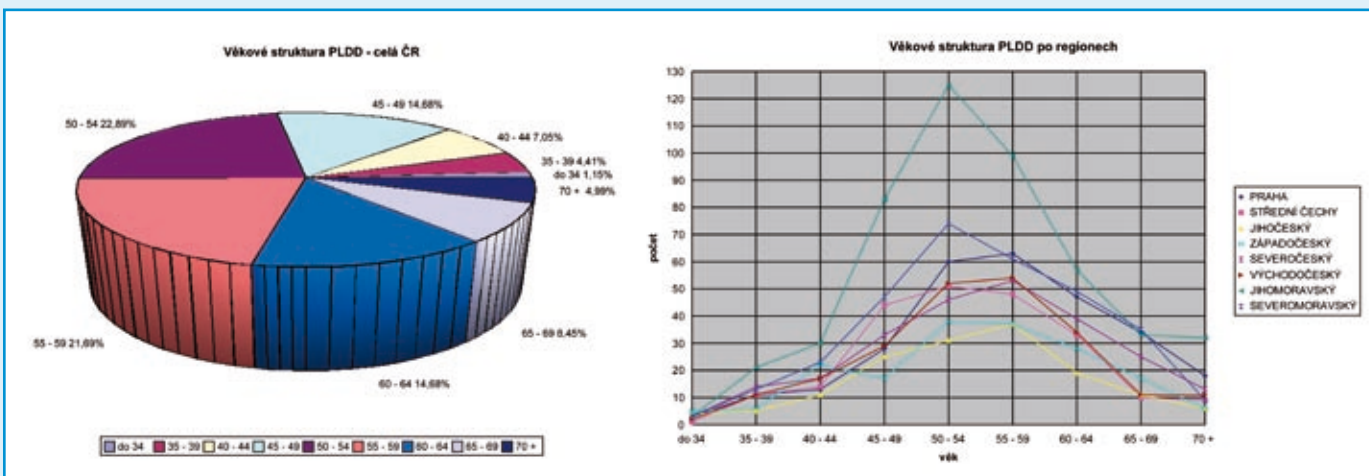
nou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2009 nepřevyšuje předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2009 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

6. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2009.
7. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud komplexní náklady zdravotnického zařízení nepřekročí 120 % komplexních nákladů z roku 2008.

Věková struktura praktických lékařů pro děti a dorost v České republice

Věková struktura praktických lékařů pro děti a dorost v České republice

Region / věková skupina	do 34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 +	Celkem
PRAHA	3	11	13	28	60	63	47	34	18	277
STŘEDNÍ ČECHY	1	11	14	44	51	48	33	10	9	221
JIHOČESKÝ	4	5	11	25	31	37	19	11	6	149
ZÁPADOČESKÝ	5	6	22	17	38	37	28	17	6	176
SEVEROČESKÝ	3	14	17	33	46	53	39	25	13	243
VÝCHODOČESKÝ	2	11	17	29	52	54	34	11	11	221
JIHOMORAVSKÝ	3	21	30	83	125	99	57	33	32	483
SEVEROMORAVSKÝ	3	13	23	47	74	61	49	35	9	314
Celkem - celá ČR	24	92	147	306	477	452	306	176	104	2084
	1 %	4 %	7 %	15 %	23 %	22 %	15 %	8 %	5 %	



Pro Vox zpracovala: Ing. Veronika Drahovzalová



Informace VoZP ČR o způsobu spolupráce s PLD a PLDD v roce 2009

Ing. František Beránek

Generální ředitel VoZP ČR

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR chce s lékaři první linie, zejména s PLD a PLDD, kooperovat tak, aby se naplnil zcela její cíl a povinnost – zajistit včas dostupnost kvalitní a efektivní zdravotní péče pro její pojištěnce.

Chceme nadále prohlubovat spolupráci s PLD a PLDD k prospěchu těchto lékařů i našich pojištěnců. Kromě realizace diferencované kapitačně výkonové úhrady zdravotní péče a realizace Projektu koordinované péče pro rok 2009 chceme neustále vylepšovat všechny formy a metody spolupráce.

Naše pojišťovna si plně uvědomuje problémy, které by mohly nastat při nedostatku lékařů prvního styku, a proto např. ve spolupráci se Sdruženími praktických lékařů zahájila již v tomto roce bonifikaci lékařů této odbornosti v případech, že doloží VoZP ČR získání akreditace MZ ČR k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru praktický lékař pro dospělé. Těmto praktikům je a bude nadále zvýšena základní sazba o 2 Kč. V případě realizace školení nových praktických lékařů v předatestační přípravě je a bude zvýšena základní sazba o 4 Kč, zdravotnickému zařízení, které v roce 2007 získalo v rámci kontinuálního vzdělávání 1 certifikát + 6 kreditů nebo 2 certifikáty, je a bude základní sazba zvýšena o 1 Kč.

Chci Vám sdělit, že v současné době je již možné praktickými lékaři využívat Portál ZP, který poskytuje aktuální informaci o registrovaných pojištěncích u daného praktika. Tento servis již také cca 20 % smluvních praktických lékařů v komunikaci s VoZP ČR po jejich řádné registraci využívá. Potřebný certifikát pro registraci pojišťovny sdružené v Portálu ZP plně lékařům hradí.

Vzhledem k tomu, že zbylých cca 80 % smluvních praktických lékařů k této formě elektronické komunikace ještě nepřistoupilo, dovolujeme si touto cestou apelovat na to, aby praktičtí lékaři ve větší míře využívali tento způsob komunikace s VoZP ČR. Právě tyto lékaře jsme také připraveni ve větší míře podporovat a vylepšovat pro ně možnosti

přístupu k informacím o jejich registrovaných pojištěncích. **Postup registrace na Portál ZP je možné najít na naší internetové adrese www.vozp.cz – Portál ZP.**

V druhé polovině roku 2006 jsme zavedli nový informační systém, daleko sofistikovanější než ten původní. Jsme jedinou zdravotní pojišťovnou, která ho má certifikován, získali jsme atest podle zákona. Umožňuje nám poskytnout všechny údaje o léčení našich pojištěnců praktickým lékařům, kteří je mají v péči, a ve spolupráci s nimi zajistit jejich neefektivnější léčbu. Lékaři mají nárok znát dokonale anamnézu svého pacienta a vědět o něm vše. Jaké druhy léků a kolik užívá, kdo mu je předepsal, jaká vyšetření podstoupil bez jejich doporučení apod.

■ Projekt koordinované péče

VoZP ČR pracuje na projektu, který by byl dostatečně motivující pro praktické lékaře i pojištěnce a vedl by k racionálnějšímu vynakládání finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění, ale přitom byl jednoduchý a transparentní. Od Projektu očekáváme zejména:

- účinný systém inteligentní kontroly nákladů,
- zvýšení efektivity při nákupu zdravotních služeb (objemové slevy),
- alternativní produkt na trhu zdravotního pojištění.

Předpokládáme, že projekt bude probíhat v několika etapách a bude postupně rozvíjen a kultivován.

První etapa:

Cílem je vytvořit informační systém, který bude všem praktickým lékařům poskytovat aktuální informace o jejich pacientech – pojištěncích VoZP ČR a základní informace o nákladovosti praxe. V současné době je práce na této části projektu ve stadiu definovaného zadání a testování možnosti informačního systému. Předpokládáme,

že informace budou poskytovány prostřednictvím portálu bezplatně, přístupové kódy budou součástí dodatku ke smlouvě.

Druhá etapa:

Cílem je vytvořit otevřený systém, který umožní každému praktickému lékaři zapojit se do projektu v případě, že bude podle svého vyhodnocení schopen dodržet stanovená kritéria. Jako hlavní nástroj projektu je zamýšlen bonifikační systém, tedy finanční profit ordinaci, zejména při:

- zohlednění počtu registrovaných pojištěnců,
- zohlednění počtu preventivních prohlídek,
- zapojení do LSPP,
- efektivním koordinování zdravotní péče,
- prohloubení kontaktu s registrovanými pojištěnci,
- provádění diagnosticko-léčebné péče podle definovaných standardů,
- spokojenosti registrovaných pojištěnců,
- stabilním smluvním ujednáním s VoZP ČR.

Předpokládáme zaměření projektu hlavně do oblasti nákladné léčby, tj. dopad bude zejména u lékařů s větším počtem registrovaných pojištěnců s chronickými diagnózami.

Jako součást programu, na jejíž realizaci se již v současnosti pracuje, bude VoZP ČR podporovat aktivní účast pojištěnců a jejich zapojení do projektu. Jako nevhodnější motivační faktor se ukazuje rovněž forma bonifikací, které do konce roku 2008 budeme specifikovat.

Uvědomujeme si, že systémem objednávání jsou motivováni k dodržování čerpání zdravotní péče v síti Plánu koordinované zdravotní péče a k aktivnímu přístupu k udržování zdraví.

V současné době je Projekt ve stadiu přípravných prací a analýzy dat z informačního systému. Další postup bude průběžně konultován se zástupci PL.



VIII. český pediatrický kongres 25.–27.9. 2008, Jihlava

MUDr. Olga Roškotová

redakční rada časopisu VOX PEDIATRIAE

Vážené kolegyně a kolegové,
ve dnech 25. až 27. 9. 2008 proběhl v Jihlavě VIII. český pediatrický kongres s mezinárodní účastí.

Hlavním pořadatelem kongresu byla Česká pediatrická společnost ČLS JEP a na organizaci se podílela i naše Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP.

Obavy přihlášených účastníků o nedostatek parkovacích míst v centru Jihlavy byly zbytečné. Nevadilo ani, že účastníci byli ubytováni v různých hotelích a penzionech. Naopak, ukázalo se, že výběr kongresového města v nitru České republiky

jsme se, zda jsou účastníky kongresu jen starší věkové kategorie, ale byli jsme mile překvapeni. Tentokrát na tomto odborném shromáždění byli v poměrně hojném počtu lékaři středního a mladšího věku. To je pro pediatrii nadějně.

Výhodou bylo, že v časopise Česko-slovenská pediatrie s předstihem vyšel program kongresu, přehled přednášek, posterů a abstrakta. Účastník se lépe orientoval a mohl si vybrat dle vlastních potřeb z bohaté nabídky přednášek, probíhajících ve dvou sálech.

Přednášející prezentovali novinky z oborů zabývajících se diagnostikou a léčbou vad a onemocnění dětského věku.

Úvodní přednášku profesora Šnajdaufa o současném stavu dětské chirurgie v ČR měli možnost vyslechnout všichni účastníci, zatímco v dalších blocích přecházeli na jednotlivá sdělení mezi sály podle svých zájmů.

Své zkušenosti z oborů hematologie a onkologie představila špičková pracoviště z Prahy a Brna a jako hosté kongresu vystoupili také kolegové ze Slovenska. Ukázalo

se, že léčba anémie je složitý problém, že přístup k léčbě hemangiomů je odlišný než v minulosti, že vyšetřovací metody dnes umožňují nejen diagnostikovat, ale velmi účelně monitorovat průběh onemocnění.

Souběžně probíhající přednášky z neonatologie ve druhém sále byly také velmi zajímavé. Škoda že nebylo možno sledovat obojí současně. Dobře že v letošním roce je neonatologie jedním ze dvou páteřních vzdělávacích témat OSPDL ČLS JEP a na příští rok je naplánována právě hematologie a onkologie.

Spolupráce OSPDL s ostatními odbornými společnostmi a její spoluúčast na organizaci celorepublikových odborných akcí umožňuje včas a pružně reagovat při plánování regionálních seminářů pro PLDD. Tak přenese OSPDL novinky na regionální a místní úroveň.

Možná by do budoucna bylo užitečné uvažovat o souběžném přenosu přednášek do druhého sálu. Mnoho našich kolegů má zvyk věnovat se současně dvěma i více činnostem. Mnozí při svém večerním odpočinku sledují televizi, píšou na notebooku a ještě diskutují se členy rodiny a mnohé k tomu ještě hlídají sporák a zda doprala automatická pračka.

Dětská nefrologie byla zaměřena více pro klinické pediatri, proto PLDD většinou zvolili přednášky z dětské a dorostové psychiatrie.

Přestože program dětské chirurgie byl lákavý, velké množství PLDD přitáhlo téma recidivujících horeček. A stálo to za to. Příjemná paní docentka Doležalová nás svou přednáškou velmi zaujala a dala naději, že pracoviště, kde působí, se v případě potřeby dobře postará o vašeho pacienta.

Těžké rozhodování bylo mezi dětskou dermatovenerologií a intenzivní péčí o děti a dorost. Naši přední dětskou kožní lékařku Štěpánku Čapkovou si ale PLDD málokdy nechá ujít. Vždy je to věčné, praktické, srozumitelné. Vždy něco nového. Brněnské pracoviště reprezentované paní doktorkou Bučkovou nás informovalo, co vše skrývá kůže novorozenců, a paní doktorka Faberová prezentovala pohled na periferní cévní anomálie u dětí. Přestože účastník kožní sekce nestihl zároveň přednášky z intenzivní péče, byl vděčný alespoň za tu poslední o transplantaci jater u dětí. Je skvělé být alespoň v blízkosti těch, kteří dělají medicínu na takové úrovni!

Dětská gastroenterologie s našimi předními odborníky přitáhla do sálu opět PLDD, protože problematika kojeneckých kolik je naším denním chlebem. Příspěvky o celiakii od pana profesora Nevorala, kolegů z Brna a slovenského Martina byly neméně zajímavé.

Dlouhý odborný den byl zakončen krásným koncertem dětského pěveckého sboru a mladých smyčcových umělců v kostele sv. Ignáce. Po duševním soustu jsme byli všichni pozváni do gotického sálu jihlavské radnice. Nejen na jednu číši dobrého vína, jak bylo uvedeno v programu. Byla to příležitost k vzájemným rozhovorům mezi PLDD a kliniky, mezi spolužáky nebo bývalými kolegy. Je potěšující, že je naše pediatrie průběžně omlazována mladými lékaři a že není jen ženskou záležitostí.

V páteřním programu zaujaly příspěvky pana docenta Ivana Nováka na téma naléhavé situace



byl šťastný a dostupnost pro všechny účastníky z Čech, Moravy a Slovenska dobrá.

Správnou volbou bylo také postavit do čela kongresu jako prezidentku ženu, prof. MUDr. Hanu Hrstkovou, CSc., která s elegancí a moravskou vstřícností jí vlastní skvěle reprezentovala naši současnou pediatrii.

Slavnostního zahájení se zúčastnili i dva členové vlády ČR, ministryně pro lidská práva paní MUDr. Džamila Stehlíková a ministr zdravotnictví MUDr. Tomáš Julínek.

Ve svém projevu nás oba hned úvodem rozesmáli. Paní ministryně svým přeřeknutím, kdy k nám chvíli promlouvala jako k psychiatrům, a pan ministr tím, že v určitém příměru hovořil o geriatrui, i když si byl vědom, že je na kongresu pediatrickém. To už jsme propukli v hlasitý smích. Že by to způsobil pohled do publika? Rozhlíželi



v primární péči, nyní z jeho pohledu PLDD. Je to úžasné, když uznávaný přední intenzivista po ukončení své kariéry klinika a učitele přijde do řad PLDD a předává své zkušenosti z obou oborů pediatrie ostatním kolegům. A opět anémie dětského věku, tentokrát z pracoviště olomoucké kliniky.

Dětská endokrinologie přivedla do sálu jak kliniky, tak praktiky. Souběžně probíhající přednášky ze sociální pediatrie prezentované našimi předními odborníky tohoto oboru měly kvůli tomu oslabenou účast, ačkoliv přednášky byly hodnotné.

Odpolední blok byl věnován primární péči. Přednesené novinky v preventivním podávání

vitaminu D v dětském věku a profylaxi K-vitaminem u kojených dětí vyjdou v brzké době v doporučených postupech. Velmi zajímavé byly příspěvky slovenských hostů na téma očkování – pan profesor Dluholucký z Banské Bystrice, věcné, vtipné.

Přednášek o očkování, prezentovaných předsedkyní OSPDL ČLS JEP doktorkou Cabrnochovou, profesorem Prymulou a docentem Chlíbkem, se zúčastnili kromě PLDD i kliničtí lékaři. O chystaných změnách

v oblasti očkování vyjdou články v následujících číslech VOX PEDIATRIAE.

Člověk by řekl, že po takovém maratonu přednášek už pediatr večer nevydrží. Opak je pravdou. Galavečeru se zúčastnili kolegové všech věkových kategorií. Parket byl plný do pozdních hodin. Páni profesori, docenti a primáři v čele s paní prezidentkou kongresu profesorkou Hrstkovou předvedli, že jsou nejen vědeckými kapacitami ve svém oboru, ale že se umí i dobře bavit. Mladí kolegové a kolegyně z ústecké kliniky se svým přednostou prim. Škvorem se prezentovali jako sebraná taneční skupina. Netančící si užili dobré

muziky a zhlédli hezké taneční kreace. O patro níže po celý večer pianista hladil klávesy bílého piana a oblíbené melodie Ježka, Suchého a jiné ozdravovaly duši posluchačů. Mnozí si zazpívali, odložili vážné tváře a vyplavalo na povrch jejich člověčenství.

Poslední dopoledne kongresu bylo věnováno dorostovému lékařství, dětské pneumologii, dětské stomatologii a etice v medicíně. Přednášelo se, živě diskutovalo a vznášely se dotazy.

V programu kongresu byl i křest nové knížky Praktická pediatrie – Obvyklé diagnostické a léčebné postupy na Pediatrické klinice v Motole (pořadatelé prof. J. Lébl, prof. J. Janda, prof. P. Pohunek), kterou dostali všichni účastníci kongresu.

Závěrem mi dovoluje pogratulovat k úspěšnému průběhu kongresu a poděkovat všem těm, kteří se na jeho přípravě podíleli.

Těm, kteří neměli tu čest kongres zažít osobně, redakční rada časopisu VOX PEDIATRIAE slibuje, že budou v následujících číslech časopisu vycházet články z prezentovaných přednášek.

P. S.: VOX PEDIATRIAE na kongresu prezentoval přehled svých výtisků. Během prvního dne byly rozebrány a z úst několika kliniků zazněly pochvalné ohlasy na náš časopis. ■

Evropská ministerská konference WHO Tallinn, Estonsko, červen 2008

Evropská ministerská konference SZO věnovaná zdravotním systémům byla svolána při příležitosti třicátého výročí Almaatské deklarace o základní zdravotní péči, jejíž doporučení, aby se zdravotní systémy orientovaly na občany, populaci a na základní zdravotní péči, je dodnes aktuální, i když bylo přijato před 30 lety. Tato (Tallinnská) charta rovněž připomíná důležitost dalších chart a deklarací o podpoře zdraví (1966 Ottawa, 1997 Jakarta, 2005 Bangkok), Lublaňské konference o Reformách zdravotní péče z roku 1996, Mexického stanoviska ke zdravotnickému výzkumu z roku 2004, nové verze zdravotní osnovy Zdraví pro všechny pro Evropský region WHO. Právo na to, aby se lidé těšili z co nejvyšší zdravotní úrovně, je rovněž výslovně zakotveno v Ústavě SZO, Univerzální deklaraci lidských práv, Konvenci o právech dítěte a v Rozvojových cílech tisíciletí OSN.

Toto přesvědčení se opírá o důkazy, zejména o výchozí materiály připravené SZO pro Evropskou ministerskou konferenci o zdravotních systémech.

V souladu s rezolucí Světového zdravotního shromáždění o mezinárodní migraci zdravotnických pracovníků – výzva pro zdravotní systémy rozvojových zemí (WHA57.19) – a s rezolucí Evropského regionálního výboru SZO o zdravotnických pracovnících v Evropském regionu (EUR/RC57/R1).

Tallinnská charta:

Zdravotní systémy pro zdraví a blahobyt Preambule

1. Záměrem této charty je zavázat členské státy Světové zdravotnické organizace (SZO) náležející do Evropského regionu, aby zlepšovaly zdraví lidí prostřednictvím posilování zdravotních systémů, a to při respektování sociálních, kulturních a ekonomických odlišností jednotlivých států. Tallinnská charta potvrzuje a schvaluje hodnoty uvedené ve dřívějších

chartách, smlouvách a deklaracích (1).

2. Zdravotní systém je začleněn do politického a institucionálního systému každé země. Je souhrnem všech veřejných i soukromých organizací, institucí a prostředků, které mají oprávnění zlepšovat, chránit a navracet zdraví. Zdravotní systémy poskytují služby jednotlivcům i populačním skupinám. Ovlivňují opatření a aktivity jiných rezortů, aby reagovaly na determinanty zdraví v oblasti sociální, ekonomické i pokud jde o životní prostředí.



3. Všechny země Evropského regionu SZO by se měly zabývat hlavními zdravotními problémy v návaznosti na demografické a epidemiologické změny, prohlubující se ekonomické rozdíly, omezené zdroje, technologický rozvoj a rostoucí očekávání.
4. Přínos zdravotních systémů však nespočívá jen v ochraně a navrácení zdraví. Zlepšené zdraví přispívá k sociálnímu blahobytu prostřednictvím příznivého vlivu na ekonomický rozvoj, konkurenceschopnost a produktivitu.
5. Z těchto důvodů jsou členské státy a další účastníci přesvědčeni (2), že:
 - investice do zdraví jsou investicemi do humánního rozvoje, sociální pohody a blahobytu;
 - v dnešní době je nepřijatelné, aby lidé trpěli nouzí v důsledku nemoci;
 - posláním zdravotních systémů je širší než jen poskytování zdravotní péče, zahrnuje prevenci, podporu zdraví a úsilí ovlivňovat ostatní rezorty, aby ve svých aktivitách dbaly na zdravotní okolnosti;
 - dobře pracující zdravotní systémy představují základní podmínku zlepšování zdraví: posílené zdravotní systémy zachraňují životy;
 - a proto by zdravotní systémy měly průběžně dokládat, že pracují dobře.

Výzva k aktivitě

6. My, členské státy, se zavazujeme:
 - **hájit a rozvíjet sdílené hodnoty, jako je solidarita, spravedlnost a participace**, prostřednictvím zdravotní politiky, přidělováním finančních prostředků a dalšími opatřeními, i ujištěním, že chudým a ostatním znevýhodněným skupinám je věnována náležitá pozornost;
 - **investovat do zdravotních systémů a podporovat ty investice v ostatních sektorech, které příznivě ovlivňují zdraví**; využívat přitom důkazy o vztazích mezi socioekonomickým rozvojem a zdravím;
 - **prosazovat transparentnost** (dostupnost věrohodných a srozumitelných dat) a **skládat účty z toho, co zdravotní systém dělá**, se záměrem dosahovat měřitelných výsledků;
 - **usilovat o to, aby zdravotní systémy byly vstřícnější k lidem**, aby braly v úvahu potřeby lidí, jejich preference a očekávání, a to při zvažování jejich práv i povinností při péči o své vlastní zdraví;
 - **zapojit všechny, kterých se to týká**, do přípravy a realizace zdravotní politiky;
 - podporovat **výměnu zkušeností a spolupráci v jednotlivých zemích i mezi nimi** při vytváření a zavádění zdravotních reforem na národní i krajské úrovni;
 - zajistit, aby zdravotní systémy byly připraveny

a schopny čelit krizovým situacím a aby formou vzájemné spolupráce byla realizována Mezinárodní zdravotní nařízení (*International Health Regulations*).

7. SZO bude podporovat evropské členské státy při rozvoji jejich zdravotních systémů, bude koordinovat realizaci charty, a to zejména pokud jde o měření a hodnocení výkonnosti zdravotních systémů a výměnu zkušeností získaných při realizaci výše uvedeného záměru.
8. My, SZO, Světová banka, Dětský fond OSN (UNICEF), Mezinárodní organizace pro migraci a Světový fond pro boj s AIDS, tuberkulózou a malárií, se zavazujeme spolupracovat s členskými státy na realizaci této charty v souladu s našimi stanovami, s cílem zlepšit výkonnost zdravotních systémů. Vyzýváme Radu Evropy, Evropskou komisi a navazující instituce, aby záměry této charty vzaly v úvahu při přípravě vlastních aktivit směřujících ke zdravotním systémům. Evropská investiční banka se bude snažit na realizaci této charty spolupracovat s členskými státy a dalšími zainteresovanými institucemi v souladu s možnostmi, které jí dává její mandát a stanovy. My, členské státy, vyzýváme další ochotné partnery, aby se připojili.

Posílení zdravotních systémů: od záměrů k činům

9. Všechny členské státy SZO v Evropském regionu si společně váží co nejvyšší dosažitelné úroveň zdraví jako základního lidského práva; každá země bude usilovat o zvýšení výkonnosti svého zdravotního systému s cílem dosáhnout zlepšení zdraví při respektování principu spravedlnosti, tzn. reagovat na specifické zdravotnické potřeby v návaznosti na pohlaví, věk, etnický původ a příjem.
10. Každá země se bude snažit přispět k sociální pohodě a společenské soudržnosti tím, že zajistí, aby její zdravotní systémy:
 - rozdělovaly finanční zátěž podle schopnosti lidí uhradit náklady tak, aby se jednotlivci a rodiny nepropadli do chudoby důsledkem špatného zdravotního stavu nebo následkem čerpání zdravotnických služeb;
 - reagovaly na lidské potřeby a preference, aby při kontaktu se zdravotním systémem byla respektována lidská důstojnost a aby se s pacienty nakládalo s úctou.
11. Země se budou snažit plnit co nejvíce uvedených záměrů s ohledem na své prostředky. Proto je základní podmínkou efektivita zajišťující co nejlepší využití dostupných zdrojů.
12. Předpokladem praktické aplikace těchto obecně pojatých cílů je, aby v každé zemi

byly vymezeny konkrétní realizovatelné úkoly, které odpovídají sociopolitickým prioritám jednotlivých zemí a jejich ekonomickým a finančním možnostem. Za příklad, který je relevantní pro všechny země, lze označit zlepšení přístupu k vysoce kvalitním zdravotnickým službám a rozšíření vědomostí lidí o tom, jak zlepšovat své vlastní zdraví. Úkoly by měly být specifikovány tak, aby bylo možné je měřit a průběžně sledovat dosahované výsledky. To by mělo předznamenávat formu, realizaci i hodnocení reforem zdravotních systémů.

13. Zdravotní systémy jsou rozdílné, je však možné vymezit jejich společné funkce, a to prostřednictvím úkolů a činností, které jsou uvedeny níže.

- **Poskytování zdravotnických služeb** jednotlivcům i skupinám (populacím)
 - Řídící zdravotničtí pracovníci Evropského regionu oceňují a snaží se zajistit poskytování kvalitních služeb všem, zejména zranitelným skupinám podle jejich potřeb, a snaží se, aby lidé měli větší možnosti při rozhodování o svém zdravém životním stylu.
 - Pacienti chtějí mít přístup ke kvalitní péči a chtějí být ujištěni, že zdravotníci vycházejí z nejlepších znalostí, které může poskytnout medicínská věda, a používají adekvátní technologii zajišťující zlepšení jak účinnosti terapie, tak zvýšení bezpečnosti pacientů.
 - Pacienti rovněž požadují, aby jejich vztah se zdravotníky byl založen na respektování soukromí, na důstojnosti a důvěrnosti.
 - Účinná primární péče je základním předpokladem pro dosažení zmíněných cílů. Je základnou pro kontakty a spolupráci mezi zdravotnickými službami a rodinami i populačními skupinami a pro spolupráci mezi všemi rezorty i uvnitř zdravotnictví. Primární péče je důležitá rovněž pro rozvoj podpory zdraví.
 - Zdravotní systémy by měly při realizaci zdravotních programů zaměřených na jednotlivé nemoci vytvářet adekvátní instituce a služby, aby zajistily lepší a dlouhodobé výsledky.
 - Zdravotní systémy musí zajistit jednak komplexní služby, tzn. podporu zdraví, prevenci nemocí a integrované zdravotní programy zaměřené na jednotlivé skupiny nemocí, a jednak koordinaci mezi různými poskytovateli, institucemi a zařízeními, ať už jsou veřejná nebo soukromá a poskytují primární, akutní, následnou i domácí péči a další služby.
- **Financování systému**
 - Není k dispozici jednoduchý a nejlepší způsob financování. Rozdíly mezi jednotlivými „modely“ jsou nejasné, protože jednotlivé



státy si vytvářejí nové kombinace výběru daní a poplatků, společných fondů, nájmu a nákupů podle svých potřeb, historických, finančních a demografických podmínek i sociálních priorit a preferencí.

- Způsob financování by měl spočívat na přerozdělování zdrojů v souladu se zdravotními potřebami, při respektování finanční odpovědnosti by měl omezovat finanční bariéry dostupnosti potřebných služeb a chránit před finančními riziky spojenými s využíváním služeb.
- Způsob financování by měl rovněž motivovat a finančně oceňovat efektivní organizaci a poskytování zdravotnických služeb, zajišťovat zdroje poskytovatelům zdravotnických služeb podle jejich výkonnosti a potřeb lidí, podporovat skládání účtů z použitých financí a zajišťovat transparentnost využití zdrojů.
- Celkové přidělování zdrojů by mělo stavět na přiměřené rovnováze mezi zdravotnickými službami, prevencí nemocí a podporou zdraví s cílem zvládat současné i budoucí zdravotní potřeby.

• Vytváření zdrojů

- Ve snaze vhodně reagovat na měnící se zdravotní potřeby a změny ve zdravotních systémech je v rychle se globalizujícím světě nezbytné dlouhodobé plánování a investice. Zejména se to týká získávání nových vědomostí, rozvoje infrastruktury, technologií, především přípravy zdravotnických odborníků, a to pokud jde o úroveň a strukturu jejich kvalifikace.
- Investice do pracujících ve zdravotnictví jsou velmi důležité, protože se netýkají jen toho státu, který investuje, ale v důsledku mobility zdravotnických pracovníků i všech ostatních zemí. Mezinárodní kvalifikační předpisy pro zdravotnické pracovníky by měly být vedeny etickými aspekty i mezinárodní solidaritou a měly by být právně zakotveny (3).
- Ve všech zemích je nutné posílit zdravotní politiku, systémový výzkum, účinné využívání nových zdravotnických technologií a léků. Hodnocení zdravotnických postupů (*health technology assessment*) by mělo být využíváno pro zlepšení rozhodování.

• Dobrá odpovědná správa (*stewardship*)

- Přestože každý členský stát řídí svůj zdravotní systém, jak sám uzná za vhodné, některé úkoly jsou však důležité a do značné míry stejné pro všechna ministerstva zdravotnictví. Měla by vytvořit svou vizi rozvoje zdravotního systému, naplnit mandát a přijmout odpovědnost za legislativu, regulační opatření a posílení zdravotní politiky, stejně jako za shromažďování informací o zdraví a jeho determinantách sociálních, ekonomických a týkajících se životního prostředí.
- Ministerstva zdravotnictví by měla přispívat k tomu, aby se zdravotní aspekty staly součástí politiky i ostatních rezortů a na všech úrovních řízení a aby se jejich vhodným uplatněním dosáhlo co největšího zdravotního přínosu.
- Pro posílení odpovědnosti a transparentnosti v oblasti péče o zdraví je nezbytné průběžné sledování a hodnocení výkonnosti zdravotního systému i vyvážená spolupráce, uplatňovaná na různých úrovních řízení se všemi zainteresovanými účastníky zdravotního systému.

14. Funkce zdravotního systému jsou vzájemně propojeny. Zlepšení jeho výkonnosti proto vyžaduje koordinovaný a vnitřně skloubený postup, který zahrnuje všechny podstatné aktivity. Zkušenost dokládá, že akce orientované pouze na jednotlivé činnosti nebo programy jen výjimečně vedou k podstatnému zlepšení nebo k žádoucím výsledkům.

15. My, členské státy Evropského regionu SZO, se zavazujeme využít tuto chartu jako základnu pro uplatnění našich sdílených hodnot v praktické činnosti a jako stěžejní katalyzátor realizace zmíněných závazků týkajících se posílení zdravotních systémů.

Tato charta byla přijata za účasti ministra zdravotnictví České republiky T. Julínka.

PREVENCE ZUBNÍHO KAZU

Praha, 23. září 2008

Prezident České stomatologické komory MUDr. Jiří Pekárek dne 23. září 2008 zařadil **projekt Kulatý stůl** - odbornou diskusi na téma prevence kazivosti zubů. Tento projekt přímo navazuje na aktivity z poslední doby, mezi něž patří např. i ustavení Komise MZ ČR pro prevenci v zubním lékařství a dále pak programy typu Bobříkova škola zdravých zoubků apod. O vážnosti (důležitosti) tématu prevence zubního kazu svědčí i účast zástupců ministerstva zdravotnictví. Z tohoto pohledu nepřekvapí ani účast zdravotních pojišťoven, pro které by prevence zubního kazu mohla být námětem pro obsah některého z preventivních programů pro své klienty. Doc. MUDr. Vlasta Merglová a MUDr. Romana Ivančáková, zastupující pedostomatology, představily úhel současného pohledu na problematiku prevence a léčby zubního kazu. Ve sděleních byl kladen důraz především na skutečnost, že zubní kaz je vlastně infekční onemocnění s rozhodující úlohou bakterie *Streptococcus mutans*. Účastníci kulatého stolu byli seznámeni s možnostmi včasné diagnostiky a moderních trendech léčby, která více než léčbou je spíše upřesněním a zdokonalením hygieny dutiny ústní s důrazem možnosti využít některé přírodní prvky, jako je například umělé sladidlo xylitol.

Diskutována byla i doba aktivní prevence infekce *Streptococcus mutans*, kdy největším rizikem je přenos přímo z matky na dítě. Oblizování dudlíku nebo lžiček při krmení je nejčastějším způsobem přenosu. Pro tyto případy je nejvhodnější zahájit preventivní opatření ještě v době těhotenství. Proto se kulatého stolu zúčastnila za gynekologickou společnost MUDr. Alexandra Stará. Ta ve svém vystoupení logicky kladla důraz na záchyt, respektive diagnostiku míry výskytu streptokoka v dutině ústní pomocí tzv. rychlé diagnostiky: „V rámci pravidelných těhotenských vyšetření máme možnost nabídnout těhotným ženám vyšetření stanovující míru výskytu bakterie *Streptococcus mutans* v jejich dutině ústní. Zároveň je poučíme, že boj proti této bakterii je i bojem proti vývoji zubního kazu u jejich dětí.“

Zatímco účast gynekologů na diskusi o prevenci zubního kazu mohla být pro mnohé přítomné překvapivá, účast zástupce praktických dětských lékařů nikoho nepřekvapila. Ve svém vystoupení jsem pak zdůraznil, že činnost praktického dětského lékaře je ve více než z 50 % zaměřena na tzv. preventivní medicínu. Nicméně jsem připustil, že důraz na prevenci zubního kazu nepatří mezi dominantní témata při preventivních prohlídkách. I proto jsem uvítal aktivitu stomatologů a podpořil myšlenku mezioborové spolupráce při řešení této problematiky. „Pokud se do boje proti zubnímu kazu souběžně zapojí kromě stomatologa i gynekolog spolu s dětským lékařem, věřím, že ve svých ordinacích brzy zubní kaz vůbec neudíme“, řekl jsem s trochou nadsázky a dodal: „Pochopitelně i my začneme matkám, respektive rodičům, nabízet možnost diagnostiky infekce daným streptokokem.“

Pro Vox: MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR



Nová kategorie léčiv posílí kompetence lékárníků

SÚKL zveřejnil návrh nové kategorie léčiv bez předpisu s omezením. Odborná zdravotnická veřejnost může k tomuto materiálu posílat na adresu SÚKL připomínky do 15. září.

Materiál obsahuje takzvaný „pozitivní seznam“ ATC skupin. Zavedením této nové kategorie si pacienti s některými typy chronických i akutních onemocnění budou moci vyzvednout svůj lék v lékárně, aniž by museli pokaždé navštívit ošetřujícího lékaře.

Podle tohoto návrhu by lékárníci mohli za přesně stanovených podmínek vydat léky na některá onemocnění i bez lékařského předpisu. Podmínky k vydání léku bez receptu se liší dle jednotlivých ATC a jsou podle návrhu následující: diagnóza musí být potvrzena lékařem, farmaceut musí ověřit diagnózu a vystavení receptu lékařem v minulosti a také momentální zdravotní stav pacienta (například u hypertoniků se musí krevní tlak a tep pohybovat v určeném rozmezí, jinak lék nemůže být vydán).

Podmínkou pro zavedení nové kategorie léčiv je také vznik centrálního úložiště informací o vystavených receptech a diagnózách pacientů. V tuto chvíli existuje zákon č. 378/2007 Sb., který Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv ukládá vybudování centrálního úložiště do konce tohoto roku. Bez tohoto úložiště nemůže lékárník ověřit, kdy

a zda vůbec vystavil lékař pacientovi recept. „Projektový rámec e-health byl dokončen v srpnu 2008. V návaznosti na tento milník ústav zpracoval zadávací dokumentaci veřejné zakázky na zřízení centrálního úložiště.

Veřejná zakázka má stanoven termín plnění 20. prosince 2008,“ odpověděla Jitka Židlická z tiskového oddělení SÚKL na dotaz ZDN, zda ústav stihne připravit tento složitý informační systém během následujících čtyř měsíců.

Podle informací ústavu bude centrální úložiště fungovat jako automat, který bude předávat informace od lékařů k lékárníkům a naopak. „Princip úložiště bude zjednodušeně řečeno v tom, že lékař vystaví elektronický recept a ten bude prostřednictvím jeho informačního systému odeslán právě do centrálního úložiště elektronických receptů. Centrální úložiště obratem zašle informačnímu systému lékaře potvrzení o přijetí, zpracování a uložení elektronického receptu,“ popisuje Židlická.

■ Lékaři versus lékárníci

Informace o chystaných změnách ve výdeji některých léčiv rozdělila lékařskou a lékárnickou veřejnost. Lékaři se obávají toho, že

výrazná část diagnostických a léčebných kompetencí přejde do rukou lékárníků. „Svazovat výdej léku s vyšetřením pacienta lékárnou pokládám za bizarní nesmysl. K čemu jsou dlouhodobě platné recepty, jimiž lékař může omezit počet kontrolních vyšetření na nezbytné minimum?

Poskytování zdravotní péče včetně ordinace léků je navíc svázáno s povinnostmi danými právními normami, kterým nemůže lékárná vyhovět, ledaže by zřídila patřičně vybavenou ambulanci s lékařem a sestrou,“ namítá pediatr Jiří Killian.

„Návrh dává lékárníkovi za úkol provádět anamnestické a fyzikální vyšetření, což jsou výkony lékařské péče. Na jedné straně lékař nemůže vydávat léky, na straně druhé lékárník může ordinovat. Když epileptik ztratí léky, žádná lékárná mu je nedá bez receptu, ač je to i životně důležité. Zato má těž lékárná ordinovat podle vlastního vyšetření. Hrozný princip,“ dodává lékař. Lékárníci však takový výklad lékařů pokládají za nesprávnou interpretaci zamýšlených změn ve výdeji léčiv.

Převzato: www.ZDN.cz, 9. 9. 2008

Hazard se zdravím a životy

MUDr. Milan Kubek

prezident České lékařské komory

Ministerský návrh umožnit lékárníkům vydávat léky na závažné choroby bez lékařského předpisu zvýší spotřebu léčiv a obrátí pro farmaceutické firmy i lékárny. Po umožnění reklamy na tyto léky v obecných sdělovacích prostředcích pacienti vystavení masivní kampani rádi podlehnou iluzi, že polykání „zázračných pilulek“ je vyléčí, a nebudou dodržovat často nepříjemná režimová opatření, například dietu, tedy právě ta doporučení lékaře, která jsou základem léčby.

Nebezpečný návrh však paradoxně ani pacientům neušetří peníze, neboť si budou muset léky bez receptu platit v plné výši.

Návrh je nejenom v kolizi s několika zákony, které určují podmínky k výkonu povolání lékaře a lékárníka, ale především odporuje zdravému rozumu. Lékárník nemůže nahrazovat lékaře, nemá totiž potřebné vzdělání. V otázkách fungování lidského těla, patologie

a patofyziologie chorob zůstává pouhým laikem. Představa univerzálních mastičkářů by byla návratem do středověku.

Lékárny jsou sice zdravotnickými zařízeními, ale nejsou zařízeními k vyšetřování pacientů. Představa, jak ve frontě u okénka líčíte lékárníkovi pro pobavení lidí čekajících za vámi počet a kvalitu svých stolic, působí tragikomicky.

Bez lékařské kontroly mohou být léky

nebezpečné. Jedině lékař může hodnotit efekt léčby. Jen on odhalí možné komplikace nebo změnu diagnózy. Vždyť i u pacienta, který léta trpí funkčními zažívacími poruchami, může bez výraznější změny obtíží propuknout rakovina.

I vynikající léky mohou být bez lékařské kontroly nebezpečné. Například statiny na vysoký cholesterol mohou způsobovat rozpad svalové tkáně s následným selháním ledvin.



Hormonální antikoncepce může poškozovat játra a způsobovat žilní trombózy s možností smrtelné embolie plicní. Po předávkování inhalačními sympatomimetiky již ne jeden astmatik zemřel na srdeční arytmiie. Léky na vysoký tlak mohou způsobit náhlou ztrátu vědomí či rozvrat vnitřního prostředí. Proto Vědecká rada

lékařské komory, složená z předních odborníků, nesmyslný návrh, hazardující se zdravím a lidskými životy, jednomyslně odmítla.

Již dnes totiž existují recepty, které umožňují opakované vydávání léku, aby pacient nemusel chodit k lékaři častěji, než je to nutné. A na venkově, kde nejsou lékárny, ulehčí zejména

starým lidem život naše novela zákona o léčivech, která usnadní vydávání léků v ordinacích lékařů. Na rozdíl od ministerského hazardu taková změna nikoho neohrozí.

Převzato: LN, 18. 9. 2008

Julínek slíbil lékařům kompromis

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) se minulou středu dohodl s lékaři na kompromisu. Slíbil, že kompetence lékárníků nerozšíří, takže nebudou moci prodat bez receptu některé léky, které jsou zatím jen na recept.

Se zástupci sdružení praktiků, pediatriů a gynekologů se ministr zdravotnictví dohodl, že do skupiny léků bez receptu s omezením zařadí pouze ty, s nimiž budou lékaři souhlasit. Předběžně se lékaři s ministrem shodli jen na pseudoefedrinu, z něhož se vyrábějí nelegální drogy. Lékárníci odbornou debatu podporují, vyšší kompetence prý nežádají. „V žádném případě nechceme nahradit práci lékaře, ani nám to nepřisluší,“ řekl pro ČTK mluvčí České lékárnické komory Aleš Krebs. Komora podle něj má představu, které léky by se do skupiny daly zařadit. „Od začátku říkáme, že by si k jednomu stolu měly sednout odborné společnosti, komory a ministerstvo a návrhy posoudit,“ dodal.

„Naše tendence je zvýšit počet volně prodejných léků, aby je pacienti měli snáze dostupné. Zástupci lékařů jsou většinou pro. Skupina léků s omezením bude především pro léky s pseudoefedrinem, tím přispíváme k boji proti kriminalitě. Také tam budou léky, na kterých se dohodneme,“ řekl ministr Julínek. Člen tiskové komise Sdružení praktických lékařů Jan Jelínek potvrdil, že lékaři souhlasí s tím, aby se skupina volně prodejných léků rozšířila. „Shoda je, že zařazování bude podle odborných kritérií, nikoli podle politických tlaků nebo lékárenských či distributorských lobby,“ řekl Jelínek.

Součástí debaty, která bude o jednotlivých léčivých probíhat, bude i otázka, zda je před vydáním léku nutné klinické vyšetření. To může dělat jen lékař, takže u přípravků s tímto omezením automaticky padá možnost, že by je vydával lékárník. Jelínek potvrdil, že pokud některé léky budou navrženy do skupiny volně prodejných a lékaři předloží vážné námitky, že by to mohlo pacienta poškodit, budou přeřazeny do kategorie výdej s omezením.

Zatím se to bude týkat jen pseudoefedrinu. Ministr s lékaři mluvil i o hormonální kontracepci. „Klasická hormonální kontracepce není volně v prodeji nikde v zemích Evropské unie,“ prohlásil předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR a České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP Vladimír Dvořák. Naopak nouzová kontracepce, která je určena pro výjimečné situace a zabraňuje početí, by podle Dvořáka měla být v lékárnách dostupná zcela volně.

Porostou kompetence praktiků. Nové rozdělení léků by mělo fungovat od ledna 2009. Pacientům by se zároveň měl usnadnit přístup k některým přípravkům tím, že by je nově mohl předepsat i praktik. Podle Jelínka některé nemoci léčí specialista i praktik. Pokud ale nyní praktik chce napsat konkrétní lék, který smí napsat jen specialista, musí svého pacienta poslat pro recept k němu. Schůzka ministra se zástupci lékařů byla reakcí na seznam, který dal zdravotnické veřejnosti k vyjádření Státní ústav pro kontrolu léčiv.

Na seznamu léků, které dosud byly na předpis a nyní by měly být volně prodejné, byly například přípravky na vysoký tlak či cholesterol. Lékaři varovali, že užívání těchto léků bez lékařské kontroly může pacienta ohrozit na zdraví, případně i na životě. Julínek si postěžoval, že rozeslání seznamu nebyl příliš dobrý způsob, jakým ústav zahájil debatu. „Nebylo to šťastné zahájení komunikace s lékaři, taková věc se má odehrávat na půdě ministerstva zdravotnictví,“ řekl Julínek.

ČLK je proti nové kategorii. Návrh ministerstva v předchozích dnech ostře kritizoval prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek. Před dvěma týdny prezident ČLK oznámil, že podá trestní oznámení v případě, že se ministerstvu podaří pro-

sadit zavedení kategorie léčiv bez lékařského předpisu s omezením. Podle komory tento krok nemá medicínské opodstatnění a je pro pacienty velmi nebezpečný. „Léčba chronických chorob vyžaduje pravidelné monitorování lékařem, který včas odhalí nedostatečný či nadměrný efekt léčby, nežádoucí účinky, komplikace... Pouze vyšetření u lékaře může odhalit změnu diagnózy při někdy jen málo změněných příznacích.

Představa, že v lékárně je možno odebírat od pacientů anamnézu a provádět jejich vyšetřování lege artis, je naivní,“ vysvětlil svůj postoj Kubek. Podle něj nová kategorie přinese zisk pouze farmaceutickým firmám, ročně to prý mohou být až 2 miliardy Kč. „Pokud zvítězí zájem farmaceutických lobby, nezbude mi nic jiného než podat trestní oznámení na ředitele SÚKL a ministra zdravotnictví z důvodu podezření ze spáchání trestního činu obecného ohrožení,“ prohlásil Kubek.

„Reklama v obecných sdělovacích prostředcích jistě zvýší tržby farmaceutickým firmám, ale u pacientů vzbudí klamný dojem, že pouhé ‚polykání pilulek‘ stačí k vyléčení,“ řekl prezident ČLK. ČLK upozorňuje, že v případě schválení návrhu by lékaři nemohli nést zodpovědnost za zdravotní stav svých pacientů ani za případné komplikace způsobené léčbou nekontrolovanou lékařem. Komora tvrdí, že pokud lékař rozhodne, že kontroly pacienta nejsou nutné, může mu vystavit tzv. repetitivní recept, aby pacient k lékaři nemusel.

Převzato: Zdravotnické noviny, 29. 9. 2008



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

1. Změny financování očkovacích látek

Ministerstvo zdravotnictví navrhuje novely zákona č. 258 (o ochraně veřejného zdraví) a zákona č. 48 (o zdravotním pojištění), které obě umožní hradit očkovací látky ze zdravotního pojištění. Právě zákon č. 48 to dosud prakticky zakazoval a očkovací látky pro povinné očkování hradil stát. Naše odborná společnost, ale i předsednictvo SPLDD schválily podmínky, za kterých bychom tuto změnu akceptovali. Těmito podmínkami jsou:

- Nutné zachování centrálního nákupu (nižší ceny, definovaná distribuční přírůžka, garantované dodávky na celý rok).
- Požadavky na centrální nákup týkající se rozsahu povinného očkování a typu očkovacích látek musí vycházet i ze stanoviska legislativně garantovaného orgánu – Národní imunizační komise – kam budou delegováni zástupci příslušných OS (OSPDL, Vakcínologická, Infekce + epidemiolog., zástupce SZÚ...), pravděpodobně i zástupce plátců – ZP, HH ČR a dále.
- V předstihu dle aktuálních epidemiologických dat rozhodnout o rozsahu povinného očkování v následujícím roce před uskutečněním nákupu očkovacích látek.
- Plány počtů očkovacích látek (OL) na další rok dělat pouze centrálně dle aktuálních dat o počtu dětí v jednotlivých ročnících, vývoji porodnosti a počtu dětí v rizikových skupinách (opakovaně tak před nákupem děláno, navíc ale dotazování v terénu, které obtěžovalo PLDD a bylo velmi zkreslující a nepřínosné).
- Nesmí dojít k nárůstu administrativy v ordinaci PLDD, zásadně odmítáme další zavádění systému „Očko“, který nebyl funkční ani na straně skladové evidence spádových HS.
- PLDD se nebudou finančně podílet na nákupu, tedy proplácení OL půjde cestou od ZP směrem k distributorům.
- Zlepší se distribuce OL – všechny ordinace PLDD (i PL) budou zaváženy dle požadavků.
- Evidence vyočkováných látek bude cestou zadání kódu očkování s příslušnou diagnózou („Z“).

Všechny tyto podmínky jsou v navrhovaném legislativním řešení splněny a nám by to mohlo přinést minimálně zlepšení v následujících oblastech:

- 1) zlepšení distribuce (dosud si většina PLDD musela sama OL dovážet),
- 2) přesná evidence proočkovánosti populace v jednotlivých ročnících,

- 3) evidence počtu vyočkováných dávek z dat ZP, zlepšení plánování počtu OL.

Nyní probíhají jednání na téma evidence a vykazování očkovacích látek. Nechceme zavádět složitější systém, který by předpokládal evidovat každou aplikovanou očkovací látku cestou vykazování ZULP. Proto jsme se domluvili na vytvoření samostatných číselných kódů pro každé očkování (číselná řada půjde tak, aby umožnila snadné zapamatování). Navíc by v seznamu zdravotních výkonů byl výkon očkování, které není spojené s výdejem očkovací látky, a to pro případy, kdy ZP platí očkování, ale rodiče si koupí očkovací látku (Twinrix místo Engerixu, Priorix místo Trivivacu a podobně). Pochopitelně to vše se změní pouze za situace, kdy v listopadu projdou Parlamentem novelizované zákony. Teprve potom by všichni obdrželi podrobnou metodiku. PLDD rozhodně nebudou muset očkovací látky pro povinná očkování nakupovat!

Novely zákonů počítají se zavedením tzv. nepovinného očkování proti pneumokokům, povinné budou i nadále očkovány rizikové skupiny dětí. Toto nepovinné očkování by se mělo týkat dětí:

Plošné očkování konjugovanou pneumokokovou vakcínou

- Od 1.1.2009 (novela zákona č. 48)
- Schéma 3+1 (očkování zahájeno mezi 3.-5. měsícem, tři dávky aplikovány nejpozději do 7. měsíce, přeočkování ve druhém roce života, zpravidla mezi 12.-15. měsícem)
- Děti, které dosáhly k 1.1.2009 věku 3 měsíců

Pro vykazování nepovinného očkování bude samostatný výkon očkování. Zde by mělo dojít k plné úhradě alespoň jedné očkovací látky, která v té době bude na trhu.

Účinnost přijatého zákona by mohla být s datem 1. 1. 2009, ale také později, tedy od 1. 3. 2009. Potom by se pochopitelně toto nepovinné očkování posunulo až na březen, znění zákona by zůstalo stejné, tedy mohly by být doočkovány děti, které toto očkování mohly dostat již v lednu (ne ve třech, ale v pěti měsících).

2. Změny v očkovacím kalendáři 2009

S účinností od 1. 1. 2009 se změní vyhláška o očkování bez ohledu na připravované novely zákonů, tedy bez ohledu na to, zda dojde ke změně financování očkovacích látek. Změna počítá se zavedením kombinované očkovací látky proti pertusi (DTP a IPV) s IPV v jedné kombinované vakcíně, která bude aplikována dětem mezi desátým a jedenáctým rokem. V této vakcíně je obsažen i booster proti tetanu, další přeočkování pro tyto děti bude proto posunuté. V roce 2009 se tedy budou doočkovávat IPV v monovalentní podobě pouze ročníky 13–14 let a starší děti, které nedostaly 5. dávku očkování proti poliomyelitidě. Ročník 10–11 let bude již očkován kombinovanou očkovací látkou. Konečnou podobu očkovacího kalendáře zveřejníme v následujícím čísle našeho časopisu.

Zavádění pneumokokové vakcíny do plošného kalendáře

Schéma 3 + 1 × 2 + 1

2+1 je doporučováno v plošné aplikaci při předpokladu proočkovánosti nad 80%.

3+1 je doporučováno v individuálním použití.

V ČR očkování zdarma všem, ale dobrovolně.

Nutné schéma 3+1 (v souladu s SPC).

Další novinkou je nepovinné očkování proti pneumokokovým nákazám, které bude aplikováno ve schématu 3+1 dávka. Důvodem zavedení tohoto schématu je nemožnost odchýlit se při nepovinném očkování od schématu doporučeného výrobcem. Změna by byla možná pouze při zavedení plošného povinného očkování. Bohužel, ale ve schématu 2+1 dávka a nižší proočkovánosti by bylo riziko nižší účinnosti především u jednoho ze sérotypů (6B), který u nás v ČR je poměrně frekventně zastoupen jako jeden z vyvolavatelů závažných sepsí u dětí v nejnižších věkových kategoriích (viz studie Dr. Motlové, SZÚ).

Nepovinné očkování proti pneumokokům hrazené ze zdravotního pojištění bude realizováno za situace, bude-li přijata příslušná novela zákona č. 48. V opačném případě by byly očkovány pouze děti z rizikových skupin. V případě rizikových skupin by měla být doplněna skupina těžce a středně těžce nedonošených dětí s porodní hmotností pod 1500 g.



■ 3. Specializovaná způsobilost v oboru PLDD

Podle přechodných ustanovení zákona o vzdělávání lékařů z roku 2004 platí podmínka, že způsobilost získává lékař, který splňuje atestaci z pediatrie 1. stupně, tři roky praxe v oboru, z toho alespoň rok v primární péči.

S odkazem na § 44 odst. 2):

... Lékaři, kteří podle dosavadních právních předpisů získali specializaci I. stupně v základním oboru pediatrie, získávají specializovanou způsobilost v oboru praktické lékařství pro děti a dorost stanoveném v příloze k tomuto zákonu, pokud v oboru pediatrie pracují déle než 3 roky, z toho alespoň 1 rok v primární péči...

Zákon nestanoví, na jaký úvazek je třeba pracovat „alespoň rok v primární péči“.

Z výše uvedených důvodů vydal výbor OSPDL ČLS JEP následující doporučení, které bylo přijato na mimořádném zasedání dne 23. 5. 2004 v Kroměříži:

Rok v primární péči může být uznán pouze na úvazek 1,0. Je-li úvazek menší, musí být adekvátně délka přípravy prodloužena. Praxe v primární péči může být zkrácena na 6 měsíců, je-li současně alespoň 6 měsíců doplněna službami na LSPP (v úvazku 1,0). LSPP je chápána jako prodloužená pracovní doba lékařů pracujících v primární péči, a proto může být nejvíce z poloviny uznána jako součást praxe v primární péči.

Po přijetí novely zákona o vzdělávání platí ustanovení ve stejném rozsahu s tím, že bylo právním odborem MZČR upřesněno, že tato přechodná ustanovení se týkají těch lékařů, kteří tuto podmínku splnili do 3 let od nabytí účinnosti zákona. Od roku 2008 již tedy není možné uznávat způsobilost, aniž by lékař současně absolvoval atestační zkoušku. Do budoucna tedy pro další žadatele o specializovanou způsobilost podle přechodných ustanovení zákona o vzdělávání bude nutné kromě praxe v primární péči se také přihlásit k atestaci. Ti z lékařů, kteří tuto podmínku nejpozději do 3 let od nabytí účinnosti zákona splnili, si budou moci požádat kdykoliv bez omezení. Pro ty z lékařů, kteří vykonávají svou praxi ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou (splnili podmínky přechodných ustanovení v době účinnosti zákona), a nenavazují tedy smlouvu nově, není nutné způsobilost dokládat. V případě, že by ji v budoucnu potřebovali, je možné si o doklad specializované způsobilosti požádat.

■ 4. Změny v náplni oboru praktický lékař pro děti a dorost

S platností od 1. 1. 2009 by se měla novelizovat náplň oboru praktický lékař pro děti a dorost. Zůstane 3letý společný pediatrický kmen. Dále jsme byli ministerstvem zdravotnictví požádáni o projednání možnosti zkrácení náplně atestač-

ního oboru na celkové 4 roky z původních 5 let. Po této žádosti došlo z naší iniciativy ke společnému jednání u paní nám. Hellerové, kterého se zúčastnili i zástupci ČPS (doc. Hoza) a katedry pediatrie IPVZ (doc. Houšťková). Projednali jsme přípravu v obou oborech (PLDD i dětské lékařství) a deklarovali zájem na stanovení podmínek pro přechod mezi oběma obory. Za situace, kdy PLDD se bude chtít stát dětským lékařem, který bude pracovat na lůžkovém oddělení, bude nutné si doplnit praxi u lůžka, a to bez ohledu na to, zda naše příprava bude 4letá, nebo 5letá. Stejně tak pro obor PLDD si bude muset dětský lékař doplnit praxi v primární péči. Po diskusi, i s ohledem na situaci v terénu a finanční náročnost další 2leté ambulantní přípravy, projednal výbor a následně odsouhlasil zkrácení celkové přípravy na 4 roky. Po absolvování pediatrického kmene bude nutné si doplnit praxi na akreditovaném pracovišti PLDD (alespoň 3 měsíce na akreditovaném pracovišti vyššího stupně – u školitele, zbytek pod dohledem na nižším stupni). Během této doby si budoucí atestant doplní znalosti v ambulantních specializacích v rozsahu daném náplní vzdělávacího oboru (stanoveno v podmínkách rozsahu znalostí a vědomostí v oboru).

Od příštího roku historicky poprvé začne stát přispívat na vzdělávání nových lékařů, ministerstvo zdravotnictví se chystá vypsát rezidenční místa pro jednotlivé obory.

Do konce roku bude naše odborná společnost upřesňovat potřeby našeho oboru stran počtu rezidenčních míst, diskutovat se bude o výši dotace na rezidenční místa. Výbor ve spolupráci se SPLDD a sekretariátem připravuje databázi zájemců o vzdělávání v oboru PLDD, resp. zájemců o rezidenční místa. Zájemci se mohou hlásit na adrese: centrum@detsky lekar.cz.

■ 5. Volby do výboru a revizní komise OSPDL ČLS JEP

Volby se uskuteční korespondenčním způsobem v průběhu prosince letošního roku. Budou jednokolové a volit se bude do výboru a revizní komise.

Po konzultaci s právníkem ČLS JEP (JUDr. Vacek) bylo konstatováno, že v případě velkých společností je to jediný možný způsob. Jinak by se musela sejít alespoň ¼ členů odborné společnosti, abychom byli usnášeníschopní. V našem případě by to bylo cca 300 lidí, což je prakticky nemožné. ČLS JEP bude v budoucnu diskutovat o možné změně volebního řádu, aby bylo možné volit i na shromáždění členů.

Volební komise byla zvolena ve složení: Dr. Halašková, Dr. Struková, Dr. Kozderka, Dr. Svobodová, Dr. Schwarzová.

■ 6. Právní problematika spojená s očkovaním

Odborná společnost dokončuje ve spolupráci

s právníky práci na tomto materiálu, který vám bude v krátké době distribuován (členům odborné společnosti).

■ 7. Páteří vzdělávací témata 2009 Autoimunitní onemocnění, revmatologie Onkologie

Hematologie (okruhy: trombofilní a tromboembolické stavy, antikoncepce, zásady terapeutického přístupu, doporučení pro pacienty)

V každém regionu proběhnou v roce 2009 vždy dvě vzdělávací akce, kombinace témat bude upřesněna v programu vzdělávací akce.

■ 8. Identifikační karty člena ČLS JEP a možnost zaslat fotografii

Identifikační a slevové karty by měly sloužit zejména k jasné a průkazné identifikaci členů jednotlivých OS, především:

- při pořádání kongresů, seminářů a dalších vzdělávacích akcí pořádaných OS ČLS JEP a dalších dle potřeb výboru (např. poskytování slev na různé akce apod.) přes internetový portál,
- k zjednodušení evidence členů (přehled a kontrola placení členských příspěvků pro OS), dále za účelem dalších doprovodných služeb poskytovaných v rámci členských příspěvků (např. předplatné časopisu),
- slevový systém v síti vybraných obchodů (seznam bude včas uveřejněn na webových stránkách www.cls.cz).

Každá z identifikačních karet bude obsahovat proměnné údaje (přesně specifikované ve smlouvě se zhotovitelem), dobu platnosti, jedinečný čárový kód evidenčního čísla držitele karty a čárový kód pro slevu u obchodních partnerů, fotografii držitele karty, místo pro podpis a text společný všem identifikačním kartám. Všechny uvedené údaje jsme schopni zajistit kromě fotografie, proto jsme v předchozích měsících požádali všechny členy o její zaslání. **Fotografie musíme zhotoviteli předat v elektronické podobě ve formátu jpg, šířka: 2,5 cm výška: 3,5 cm, rozlišení (při výše uvedené velikosti): 300 dpi., komprese: nejnížší, soubor s vloženou fotografií nazvěte svým příjmením a jménem (bez titulů) a uveďte datum narození.** Ve výjimečných případech lze zaslat fotografii v papírové podobě. Podle smlouvy budou karty členů, jejichž fotografii nezískáme, vytištěny bez ní s prázdným obdélníkem!!!

Dovolujeme si vás proto požádat o dodání fotografie prostřednictvím e-mailu na adresu P. Kotíkové, sekretariát ČLS JEP (Sokolská 31, 120 26 Praha 2, e-mail: cle@cls.cz).

Karty budou poskytnuty členům ČLS JEP zdarma!

(více na www.cls.cz).

V Praze dne 16. 10. 2008



Přehled terapie revmatických onemocnění u dětí

MUDr. Dana Němcová, doc. MUDr. Pavla Doležalová, CSc., doc. Jozef Hoza, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN Praha 2

Souhrn

Léčba revmatických onemocnění dětského věku je proces obsahující vlastní léčbu a současně i péči kolektivu lékařů, sester, fyzioterapeutů, psychologa, sociálního lékaře a dalších. Je mnoho faktorů, které příznivě i nepříznivě ovlivňují vlastní průběh léčby. Ty, které považujeme za důležité, uvádíme. Vlastní medikamentózní terapie je u jednotlivých chorob uvedena v doporučených schématech. Sdělení se dotýká léčby juvenilní idiopatické artritidy, systémového lupusu, dermatomyozitidy a dalších. Autoři poukazují na komplexnost péče a sledování dětí s revmatickou chorobou.

Základy dětské revmatologie byly položeny v různých oborech medicíny (interna, ortopedie, pediatrie) a nashromážděné poznatky o revmatických chorobách v dětském věku umožnily vývoj samostatného oboru dětské revmatologie. První zmínka o dětské revmatologii se datuje do roku 1950 v USA, následně se objevují centra dětské revmatologie i v Evropě. Postupem času byly popsány jednotlivé choroby u dětí, v současné době považujeme za revmatická

onemocnění u dětí juvenilní idiopatickou artritidu, systémový lupus erythematoses, dermatomyozitidu, sklerodermii, vaskulitidu, autoinflatorní onemocnění, antifosfolipidový syndrom a smíšené choroby.

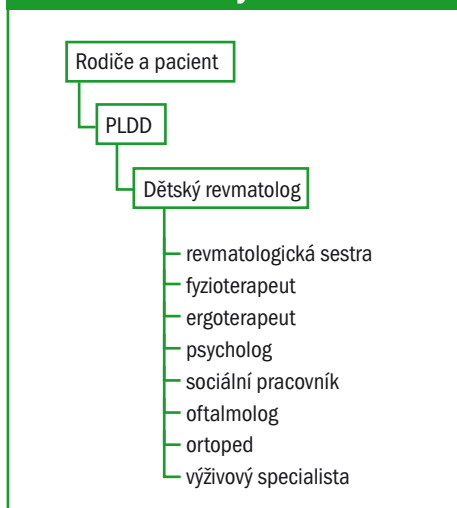
Vzhledem k velké variabilitě projevů jednotlivých chorob, šíří problémů, které se projevují u pacienta a ovlivňují jeho okolí, se ukazuje nutnost komplexního řešení. Jako prvním by mělo být časné vyšetření u praktického lékaře pro děti a dorost, následně vyšetření dětským revmatologem a navázání spolupráce s týmem pro dětskou revmatologii. Vlastní dodržování zavedené terapie se řídí určitými pravidly. Nepochopení smyslu léčby, nepřijemnost léčebných postupů nebo nepřijatelné nastavení terapeutických cílů a dlouhá doba trvání léčby s pomalým efektem nepříznivě ovlivňují vlastní průběh léčby. Rovněž nástup remise nebo opět nové vzplanutí choroby snižuje dodržování léčby. Za faktory, které příznivě ovlivňují léčbu, považujeme dobrou spolupráci s rodinou pacientů, nastavení krátkodobých nebo dlouhodobých cílů a respektování cílů terapie. Práce týmu, který se stará o pacienta, začíná u praktického lékaře a pokračuje u dětského revmatologa a jeho týmu odborníků (viz obr. 1). Zahrnuje i znalost pacientových a rodičovských možností, zvládnutí kolísání aktivity choroby, realistický pohled na možnosti dalšího vzdělávání pacien-

ta, dodržení pravidelné docházky do školy a začlenění do dětského kolektivu s následnou volbou zaměstnání.

Obecně terapie revmatických chorob má některá společná pravidla se specifickým postupem u jednotlivých chorob.

U juvenilní idiopatické artritidy jsme pro přehlednost zvolili schematické znázornění léčby pro jednotlivé druhy artritid. Podle kritérií ILAR se dělí juvenilní idiopatická artritida na 8 skupin, viz obr. 2. Základem pro léčbu JIA je dostatečně dlouhá terapie nesteroidními antirevmatiky. U dětí do 3 let v sirupové formě. Nejčastějším a u nás prakticky jediným lékem v sirupové formě je ibuprofen (Brufen sirup, Ibalgin sirup a Nurofen sirup). Pro děti nad 3 roky pak volíme další nesteroidní antirevmatika v tabletové formě, pro nejstarší je možnost selektivních cox 2 inhibitorů. Viz obr. 3. V posledních letech častěji přistupujeme k intraartikulární aplikaci kortikoidů do kloubů s velmi dobrým efektem při aplikaci triamcinolon hexacetonitu. Za důležité považujeme dodržení intervalu mezi jednotlivými aplikacemi do stejného kloubu minimálně s odstupem dvou měsíců a nedělat punkci do stejného kloubu s aplikací léků častěji než 3× do roka. Za bazální léčbu považujeme léky s pomalu nastupujícím účinkem, jako je Methotrexat a Salazopyrin, vzácně Leflunomid (u starších školních dětí)

Obr. č. 1: Komplexní péče o dítě s revmatickým onemocněním



Obr. č. 2: JIA – juvenilní idiopatická artritida

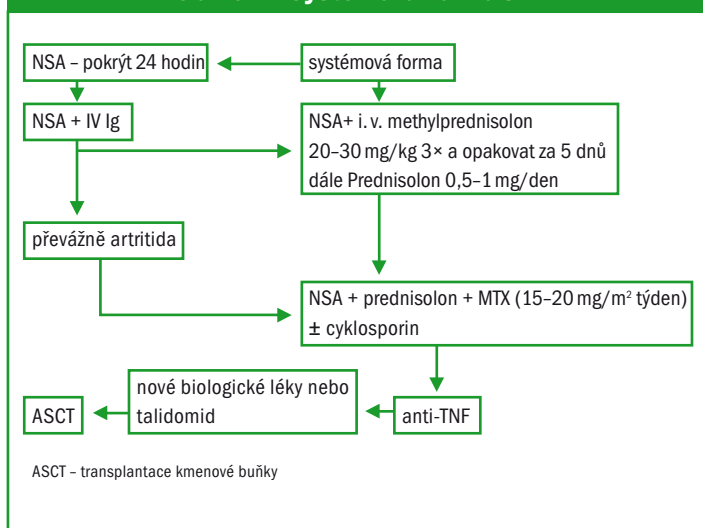
1. systémová forma
2. oligoartikulární forma persistentní
3. oligoartikulární forma rozšířená
4. polyartikulární forma RF-
5. polyartikulární forma RF+
6. entezopatická forma
7. psoritická forma
8. nediferencovaná artritida

Obr. č. 3: Nesteroidní antirevmatika

Naproxen	2 roky	7,5–10 mg/kg 2× denně	max. do 500 mg
Ibuprofen	6 měs.	30–40 mg/kg/den	max. do 2400 mg
Meloxicam	2 roky	0,25 mg/kg denně	do 15 mg
Indomethacin	novor./15 r.	1,5–3 mg/kg/den	3× denně do 200 mg
Celecoxib	2 roky	6–12 mg/kg/den	2× denně max. do 400 mg



Obr. č. 4: Systémová forma JIA



a Cyklosporin A. Při selhání terapie bazálním lékem (Methotrexat) pro jeho NÚ nebo nesnášenlivost přistupujeme k léčbě biologickými léky. V současné době je v České republice schválen etanercept pro indikaci juvenilní idiopatické artritidy a výhledově se připravuje adalimumab (zatím není schvá-

len pro indikaci JIA). Pro nejzávažnější průběhy s rezistencí na zatím dostupnou terapii je metodou volby autologní transplantace kmenové buňky. V České republice je zatím jen jeden pacient po transplantaci kmenové buňky pro diagnózu JIA. Doporučená léčba pro jednotlivé formy JIA je uvedena v následujících doporučeních. Obr. 4, 5, 6. Jak by měla být vedena ideální léčba JIA, je patrné na obrázku č. 7.

Tab. č. 1: terapie SLE

Artralgie, nyalgie	NSA	
Artritida		20-30 mg/kg/den
Perikarditida	Prednison	2-4 týdny
Pleuritida		5-10 mg
Autoimunitní		60-80 mg 1-2 týdny
Hemolytická anemie	Prednison	Dle KO sníž. na 10 mg
Trombocytopenie	AZA	2,5-3 mg/kg několik týdnů
Glomerulonefritida		30-80 mg/den
	Prednison + AZA nebo CYF	CYF pulzy 750-1000 mg 1x měsíčně 6 měs. a dále 3 roky a 3 měs.
		P + AZA 2-3 mg/kg/den několik roků
CNS	Prednison + antidepresiva	20-100 mg Haloperidol

dujících doporučeních. Obr. 4, 5, 6. Jak by měla být vedena ideální léčba JIA, je patrné na obrázku č. 7.

Systémový lupus erythematosus je systémové onemocnění, které se svými symptomy může mít první projevy choroby mezi 10.-12. rokem s postupným nárůstem obtíží a labo-

ROZDÍL JE VE ZKUŠENOSTECH

Doložená účinnost u pneumokokových onemocnění^{1,2,3}



Prevenar
Pneumokoková sacharidová konjugovaná vakcína, adsorbovaná

DŮVĚRA VE ZKUŠENOSTI

PREVENAR* je indikován k aktivní imunizaci kojenců a dětí ve věkovém rozmezí od 2 měsíců do 5 let věku proti invazivním onemocněním, pneumoniím a zánětům středního ucha, vyvolaných sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F *Streptococcus pneumoniae*.

www.prevenar.cz

Wyeth® Wyeth Whitehall Czech s. r. o., Novodvorská 994, 142 21 Praha 4, Tel.: 267 294 111, fax: 267 294 199

Zkrácená informace o přípravku: Prevenar. Pneumokoková sacharidová konjugovaná vakcína, adsorbovaná.
Složení: Jedna 0,5 ml dávka obsahuje: Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 4* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 6B* 4 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 9V* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 14* 2 mikrogramy, Pneumococcale oligosaccharidum sérotypus 18C* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 19F* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 23F* 2 mikrogramy. *Konjugován s nosným proteinem CRM₁₉₇ a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,5 mg).
Terapeutické indikace: Aktivní imunizace proti onemocněním vyvolaným *Streptococcus pneumoniae* sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F (zahrnujícím sepse, meningitidy, pneumonie, bakteremie a akutní otitis media) u kojenců a dětí ve věku od 2 měsíců do 5 let. **Dávkování a způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo delový sval horní části paže u malých dětí. Děti ve věku 2-6 měsíců: Tři dávky po 0,5 ml, s přestávkami nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Dříve neočkovaní starší kojenci a děti: Kojenci ve věku 7-11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml, s přestávkou nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12-23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s přestávkou nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti ve věku 24 měsíců - 5 let: jedna samostatná dávka. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na difterický toxoid. **Zvláštní varování a zvláštní opatření pro použití:** Tato vakcína nemá být podávána kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami hemokoagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, pokud ovšem potenciální přínos jasně nepřevažuje nad rizikem podání. Prevenar nechrání proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína neobsahuje, ani proti jiným mikroorganismům, které způsobují stejná invazivní onemocnění nebo zánět středního ucha. **Interakce s jinými léky:** Prevenar může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa vpichu. **Inkompatibility:** Prevenar nesmí být mísen s žádnými jinými léčivými přípravky do jedné injekce. **Nežádoucí účinky:** Nechutenství, zvracení, průjem, exantém. Reakce v místě vpichu (jako erytém, zatvrdnutí/otok, bolest/citlivost), horečka $\geq 38^\circ\text{C}$, podrážděnost, pláč, ospalost, neklidný spánek. **Doplňující klinické údaje:** Účinnost proti pneumonii: V Kaiserově Permanentní studii pneumonií s bakteremií, vyvolaných kmeny sérotypů *S. pneumoniae*, obsaženými ve vakcíně, byla účinnost 87,5% [95% CI: 7, 99]. Účinnost proti akutní otitis media (AOM): Pneumokok je odpovědný za 30-40% všech bakteriálních AOM a za větší podíl závažných AOM. Teoreticky by Prevenar mohl zabránit pneumokokovým AOM, které jsou vyvolány přibližně 60-80% sérotypů. Odhaduje se, že by Prevenar mohl předcházet 6-13% všech klinických případů AOM. **Druh obalu a velikost balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo typ I) s pístním těhlem z polypropylénu. **Velikost balení:** 1 a 10 se samostatnou injekční jehlou nebo bez samostatné injekční jehly a multibalení sestávající z 5 balení po 10 předplněných injekčních stříkačkách bez injekční jehly. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při 2°C-8°C (v chladničce). Chraňte před mrazem. **Držitel registrace:** Wyeth Lederle Vaccines S.A., Belgie. Registrační čísla: EU/1/00/167/001 až 008. **Datum revize textu:** 20. 6. 2008. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Před použitím si prosím pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku.**

Reference: 1. Eskola J, Kilpi T, Palmu A, et al. Efficacy of a pneumococcal conjugate vaccine against acute otitis media. *N Engl J Med*. 2001;344:403-409. 2. Black S, Shinefield H, Ling S, et al. Effectiveness of heptavalent-pneumococcal conjugate vaccine in children younger than five years of age for prevention of pneumonia. *Pediatr Infect Dis J*. 2002;21:810-815. 3. Whitney CG, Farley MM, Hadler J, et al. Decline in invasive pneumococcal disease after the introduction of protein-polysaccharide conjugate vaccine. *N Engl J Med*. 2003;348:1737-1746.



ratorními nálezy splňujícími kritéria pro SLE. Celkem rozlišujeme 11 klinických a laboratorních projevů a z toho přítomnost 3–4 spl-

ňuje kritéria pro stanovení diagnózy. Vlastní terapie systémového lupusu erythematosu je specificky upravená na každého pacienta a patří do rukou dětského revmatologa. Jde o preferenci postižení jednotlivých orgánů. Přehledně je patrné v tabulce č. 1. Při léčbě lupus nefritidy je důležitý histologický nálezy, podle kterého se stanovují léčebné protokoly. Jedním z nich jsou cyklofosamidové pulzy. V současné době se používají celkem 3 protokoly k podávání cyklofosfidu, jednak Euro protokol a jeho modifikovaná forma a NIH protokol, který se nejvíce používá v USA a Kanadě. Liší se od sebe kumulativní dávkou CYF, Euro protokol a jeho modifikace mají kumulativní dávku CYF 3000 mg, NIH protokol má kumulativní dávku 6200 mg.

Léčba juvenilní formy dermatomyozitidy se řídí opět charakterem a tíží postižení svalů a kůže s přítomností nebo bez projevů vaskulitidy. Schéma léčby viz obr. č. 8.

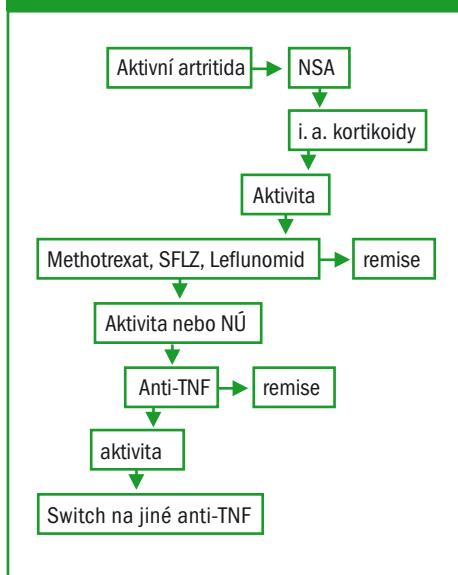
Juvenilní sklerodermie je další systémové onemocnění s charakteristickým nálezem na kůži a v současné době velmi diskutovaným nákupem postižení vnitřních orgánů, ledvin, plic a zažívacího traktu, očí a CNS. Při postižení plicního parenchymu ve smyslu plicní fibrózy, bronchiektazií a plicní hypertenze do léčby patří prostacyklin, antikoagulační terapie a O₂. Arytmie jsou léčeny jen hemodynamicky významné, při postižení perikardu používáme nesteroidní antirevmatika a kortikoidy pulzně nebo perorálně, při postižení myokardiálním podáváme diuretika a opět korti-

koidy. Při postižení horních částí zažívacího ústrojí doporučujeme dentální kosmetiku, Omeprazol při snížené motilitě jícnu, H₂ blokátory a pankreatickou suplementaci. Při postižení tenkého a tlustého střeva se využívá enterální a parenterální výživa a při postižení hltnu jsou efektní stimulační. U systémové sklerodermie za bazální léky považujeme Methotrexat, Cyklosporin A, Cyklofosamid a Azathioprin. U lokalizované formy (morfea) promazáváme E vitaminovou masť. Pro generalizovanou formu sklerodermie je lékem volby Methotrexat a u refrakterních forem Cyklosporin A. U lineární formy sklerodermie doporučujeme iontoforezu s aplikací hyázy.

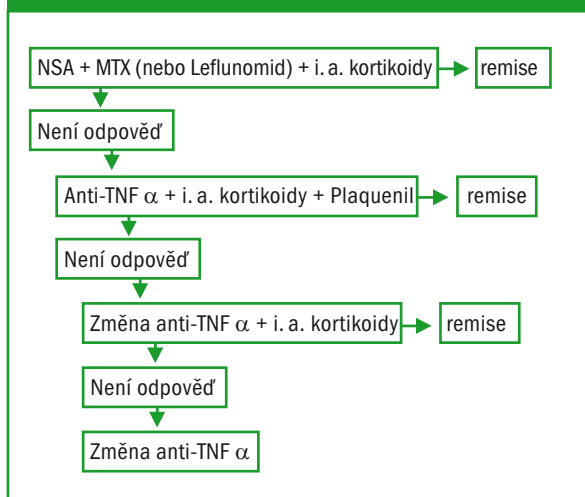
Sjögrenův syndrom je vzácné systémové onemocnění, u dětí, u sicca syndromu je důležitá péče o chrup, žvýkací gummy a umělé slzy, při kloubních obtížích je indikován Methotrexat, při postižení ledvin kortikoidy a cyklofosamid. Kortikoidy jsou lékem volby u postižení plic, jater a u lymfoproliferativních procesů je zaváděna onkologická terapie.

Závěrem, terapie revmatických onemocnění dětí by měla být v rukou odborníka, ale je i nedílnou součástí spolupráce specialisty s PLDD (tzv. princip sdílené péče). V počátku obtíží může PLDD pomoci NSA překlenující období do návštěvy specialisty, při dlouhodobé terapii je úkolem PLDD sledovat průběh léčby do návštěvy specialisty a monitorovat NÚ léčby. Je naprosto nutná informovanost o léčbě jak mezi specialistou a rodiči, tak i mezi specialistou a PLDD, který je o pacientovi a celé jeho rodině informován nejvíce.

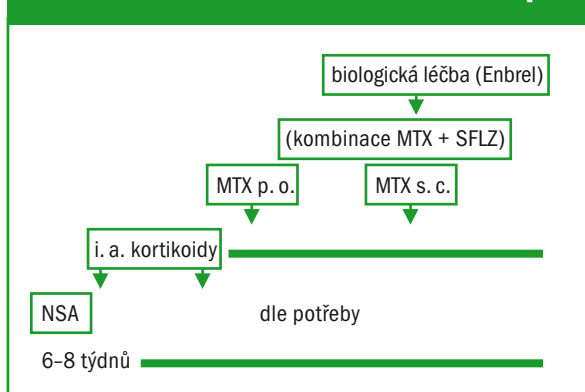
Obr. č. 5: Oligoartikulární forma JIA



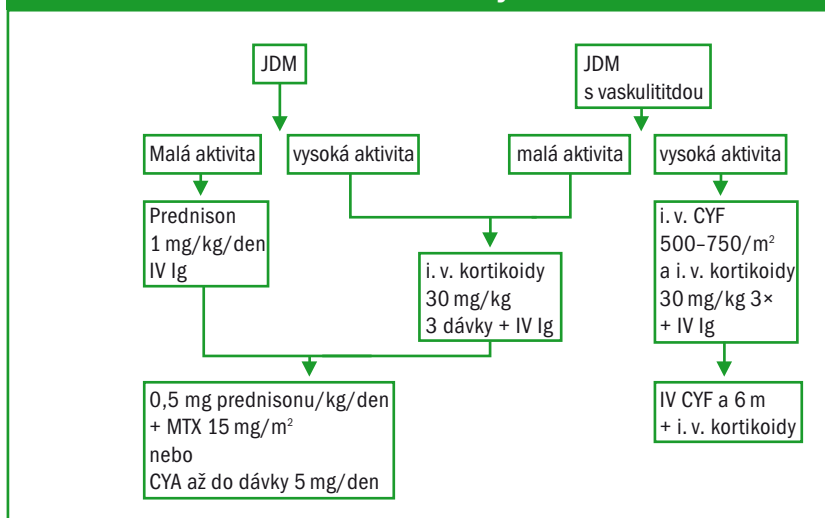
Obr. č. 6: Polyartikulární forma JIA



Obr. č. 7: Vlastní medikamentózní terapie



Obr. č. 8: Dermatomyozitida



Akacia - Enterol

Hero - Výživa

pro budoucnost



Primární systémové vaskulitidy u dětí

doc. MUDr. Pavla Doležalová, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LFUK a VFN v Praze 2

Souhrn

Cévní stěna je prostředníkem i cílem řady chorobných procesů, které ve svém důsledku vedou k porušení tkáně. Každý zánětlivý proces, ať už lokální či generalizovaný, je provázen funkčními a často i strukturálními změnami cév. Za vaskulitidu označujeme takový stav, při němž je céva hlavní cílovou tkání zánětu. V histopatologické terminologii to znamená, že je přítomna infiltrace cévní stěny zánětlivými elementy a často různý stupeň její destrukce.

Vaskulitidy jsou heterogenní skupinou chorob, jejichž klasifikace je kvůli neznámé etiologii nejednotná. Rozlišujeme jednak samostatné klinicky definované jednotky (tzv. primární vaskulitidy, např. Kawasakiho nemoc), jednak vaskulitidy, které provázejí jiná onemocnění (tzv. sekundární vaskulitidy, např. při juvenilní dermatomyozitidě). Nejnovější klasifikační schéma je postaveno na nově navržených kritériích pro jednotlivá onemocnění (tabulka 1). Klasifikační kritéria používaná u dospělých pacientů byla na

základě mezinárodního konsenzu upravena do podoby odpovídající specifickým charakteristikám dětských chorob a v současné době probíhá jejich validace. (1)

■ Etiologie vaskulitid

Řada faktorů (epidemiologických i klinických) napovídá, že na spuštění dějů vedoucích k poškození cév u primárních vaskulitid by se mohla podílet **infekce**. Sezonní variace výskytu, občasná epidemie a praktická absence Kawasakiho nemoci u jedinců nad 12 let vedou k trvalé, i když zatím neúspěšné snaze najít infekčního původce této druhé nejčastější vaskulitidy u dětí. Protiinfekční léčba vede v některých případech k zamezení rozvoje relapsů u postreptokokové polyarteritidy (penicilin) či Wegenerovy granulomatózy (co-trimoxazol). Některá **primární infekční onemocnění** mohou mít výraznou vaskulitickou složku a napodobovat tak primární vaskulitidy. **Geneticky podmíněná dispozice** nepochybně i v této skupině chorob hraje významnou úlohu. Pátrá se po genech, jejichž produkty se podílejí na obranných reakcích organismu. Patří sem např. geny kódující proteolytické enzymy (např. proteinasa-3) a geny pro jejich inhibitory.

■ Henoch-Schönleinova purpura

Henoch-Schönleinova purpura (HSP) je nejčastější dětskou vaskulitidou, vyskytující se nejvíce u dětí mezi 5–15 lety věku. Roční incidence je 10–20 nových případů na 100 000 dětí. Řadí se do skupiny vaskulitid postihujících převážně malé cévy nekrotizujícím, negranulomatózním zánětem. Typický je nález depozice imunoglobulinu A.

Klinický průběh

Hlavním klinickým projevem a diagnostickým kritériem je netrombocytopenická hmatná purpura, která bývá nejvíce patrna na dolních končetinách a hýždích. Kožní léze mohou být různě velké, od drobných petechií po rozsáhlejší

ekchymózy, někdy až ulcerující. U menších dětí, zejména v začátku onemocnění, může být přítomen **edém podkoží**. V batolecím věku může být kožní obraz velmi dramatický včetně postižení obličejů a trupu krvácivými projevy, ale prognóza je v této věkové kategorii velmi příznivá (AHEI – Acute Haemorrhagic Oedema of Infancy). Vzácně může být přítomen otok a zarudnutí skrota, napodobující svým vzhledem torzi varlete, je však nebolestivý. (2) Kožní výsev může mít zpočátku charakter makulopapulosního či urtikariálního exantému. Většina dětí prodělá v začátku onemocnění **artritidu či artralgie**, nejčastěji několika velkých kloubů, bývá patrný periartikulární edém. Kloubní potíže obvykle vymizí během několika dnů, vzácně mohou výsevu purpury předcházet podobně jako postižení zažívacího ústrojí. Vaskulitida v oblasti zažívacího traktu se projevuje **bolestmi břicha**, někdy provázenými okultním krvácením až melénou. Vzácnější komplikací je intususcepce či perforace střeva. **Glomerulonefritida** je přítomna až u 50 % dětí, ale jen u 10 % z nich je vážná. (3) Často se projevuje jen přechodnou mikroskopickou hematurií, v nejzávažnějších případech pak nefritickým/nefrotickým syndromem a renálním selháním. Porucha ledvinných funkcí spolu s významnou proteinurií jsou indikací k biopsii ledvin. Ledvinné postižení se obvykle rozvine během 3 měsíců od začátku onemocnění, ale byl popsán i jeho pozdní rozvoj s odstupem let po kožním výsevu. Proto se obvykle doporučují v průběhu prvního roku po prodělaném onemocnění pravidelné kontroly moči chemicky a mikroskopicky. Vzácnými, ale potenciálně život ohrožujícími projevy jsou **postižení CNS a plicní hemoragie**.

V laboratorních nálezech bývá střední leukocytosa a trombocytosa, v 50 % je zvýšen IgA v séru, laboratorní nálezy však nejsou diagnostické.

Terapie a prognóza

Zhruba u 2/3 dětí proběhne nemoc v podobě jedné ataky, jejíž projevy vymizí do 4 týdnů. Asi

Tab. č. 1: Nová klasifikace dětských vaskulitid (1)

I. Vaskulitidy postihující převážně velké cévy

- Takayasuova arteriitida

II. Vaskulitidy postihující převážně střední cévy

- Dětská polyarteritis nodosa
- Kožní polyarteritida
- Kawasakiho nemoc

III. Vaskulitidy postihující převážně malé cévy

(A) Granulomatózní

- Wegenerova granulomatosa
- Churg-Straussov syndrom

(B) Negrulomatózní

- Mikroskopická polyangiitida
- Henoch-Schönleinova purpura
- Izolovaná kožní leukocytoklastická vaskulitida
- Hypokomplementemická urtikariální vaskulitida

IV. Jiné vaskulitidy

- Behcetova nemoc
- Sekundární vaskulitidy při infekcích (včetně nedozní polyarteritidy asociované s hepatitidou B), malignitách a po léčbě, včetně hypersenzitivní vaskulitidy
- Vaskulitidy při systémových onemocněních pojiva
- Izolovaná angiitida CNS
- Coganův syndrom
- Neklasifikovaná vaskulitida



v polovině případů však dojde k jednomu či více relapsům, které bývají mírnější než předcházející ataky. Celková prognóza nemoci je velmi dobrá, krátkodobá morbidita souvisí zejména s gastrointestinálním postižením, dlouhodobá prognóza je ovlivněna přítomností glomerulonefritidy.

Léčba záleží na závažnosti klinických projevů. U nekomplikovaného průběhu s kožní a kloubní symptomatologií postačí analgetika či nesteroidní antirevmatika. Zdá se, že krátkodobé podávání perorálních kortikosteroidů (1–2 mg/kg/den 7 dní, postupný pokles a vysazení během dalších 2 týdnů) může příznivě ovlivnit průběh postižení zažívacího ústrojí. Podle některých studií může krátkodobá kortikoterapie snížit riziko rozvoje renálních komplikací. Paušální podávání kortikosteroidů však není doporučováno. Agresivní kombinovaná imunosupresivní léčba je nezbytná u pacientů s časnými a progredujícími projevy závažného ledvinného onemocnění. (4, 5) Celkově 2–5 % dětí s HSP progreduje do konečného renálního selhání a tvoří tak zhruba 10 % renálních selhání u dětí. (3)

■ Kawasakiho nemoc (mukokutánní lymfodulární syndrom)

Kawasakiho nemoc (KD) je po HSP druhou

nejčastější systémovou vaskulitidou u dětí. Postihuje malé a střední tepny, predilekční lokalizací je koronární řečiště. V rozvinutých zemích KD nahradila revmatickou horečku na místě hlavní příčiny získaných srdečních onemocnění. (6) Diagnóza se opírá o přítomnost souboru klinických kritérií a charakteristickou dynamiku jejich vývoje. KD se vyskytuje nejčastěji (v 80 %) u dětí do 5 let věku, chlapci jsou postiženi 1,5krát častěji než děvčata. Její incidence je vyšší u dětí asijského původu. V Japonsku dosahuje 50–200, v Evropě 3–5 případů na 100 000 dětí do 5 let. (7) Incidence u nás (0,8 na 100 000 dětí do 5 let) se tedy jeví jako významně nižší. (8)

Klinický průběh

Hlavní projevy onemocnění, které jsou současně jeho diagnostickými kritérii, jsou uvedeny v tabulce 2. K diagnóze je nutná přítomnost horečky alespoň 5 dnů trvající a nejméně 4 z dalších uvedených projevů. V případě průkazu koronárních aneurysmat stačí přítomnost 4 i méně z uvedených kritérií ke stanovení diagnózy atypické KD. Nemoc probíhá typicky ve třech fázích (tabulka 3). Akutní období trvá obvykle 1 až 2 týdny, je charakterizováno vysokou horečkou, často se špičkami přes 40 stupňů a výraz-

nou celkovou alterací dítěte. Jednotlivé typické projevy se často ukáží v různém časovém sledu a jsou někdy přítomny jen krátce. To platí zejména o **exantému**, který začíná často v oblasti perinea, dále na trupu, ale může být i generalizovaný, je typicky polymorfní, makulosní, růžový. **Zarudnutí bulbárních spojivek** je také časným projevem, je obvykle oboustranné, není provázeno hnisavou sekrecí. **Postižení sliznice rtů a úst** je typické a je přítomno u většiny dětí s KD. Dominuje výrazné zarudnutí sliznic úst a hrdla, rudé popraskané rty a malinový jazyk doplňují obraz podobný streptokokové infekci. Změny na periférii končetin v akutní fázi zahrnují erytém či tuhý edém dlaní a plosek. V subakutní fázi je přítomno výrazné olupování těchto oblastí, po týdnech až měsících jsou obvykle na nehtech patrné horizontální dystrofické proužky (Beauovy linie). **Krční lymfadenopatie** je relativně nejméně častým projevem, bývá jednostranná, za pozitivní nález se považuje zvětšení uzliny nad 1,5 cm v průměru.

Akutní fáze nemoci může být provázena řadou dalších příznaků multisystémového onemocnění (tabulka 4). Onemocnění srdce může v akutní fázi probíhat pod obrazem peri- či myokarditidy, vzácně valvulitidy. Časté jsou artralgie či artritida s purulentně vyhlížejícím, ale sterilním výpot-


SILGARD®
Vakcína proti lidskému papilomaviru
[typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná)



První a stále jediná kvadrivalentní vakcína proti rakovině děložního hrdla, genitálním bradavicím, cervikálním dysplaziím vysokého stupně (CIN 2/3) a vulválním dysplaziím vysokého stupně (VIN 2/3) vyvolaných lidskými papilomaviry (HPV) typů 6, 11, 16 a 18.

Zkrácená informace o přípravku:

Silgard® injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná) (Papillomaviri humani typus 6, 11, 16, 18 proteinum L1). **Indikace:** prevence vysokého stupně cervikální dysplazie (CIN 2/3), cervikálního karcinomu, vysokého stupně vulválních dysplastických lézí (VIN 2/3) a bradavic zevního genitálu (condyloma accuminata) v příčinné souvislosti s lidským papilomavirem (HPV) typů 6, 11, 16 a 18. Indikace je založena na prokázané účinnosti u žen ve věku 16 až 26 let a na prokázané imunogenitě u 9 až 15letých dětí a dospívajících. **Kontraindikace:** přecitlivělost ke všem komponentám vakcíny, závažné akutní horečnaté onemocnění. **Dávkování:** základní očkování – 3 samostatné 0,5ml dávky podané dle následujícího schématu: 0, 2, 6 měsíců. Všechny dávky musí být podány intramuskulárně během jednoletého období. **Upozornění:** pro případ vzácných anafylaktických reakcí musí být k dispozici odpovídající léčebná opatření. Vakcína není určena k léčbě, nenahrazuje rutinní cervikální screening. Jedinci se sníženou imunitní reakcí nemusí na vakcínu zareagovat. Podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace. **Interakce:** při současném podání s vakcínou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo ke klinicky významným změnám v imunitních odpovědích na obě vakcíny. Použití hormonální antikoncepce neovlivnilo imunitní odpověď. **Těhotenství a kojení:** očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Může být podávána kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** velmi často erytém, bolest a otok v místě injekce, pyrexie, často krvácení a pruritus v místě injekce, vzácně kopřivka, velmi vzácně bronchospasmus. **Léková forma:** injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** v chladničce (2 °C–8 °C), ve vnější krabičce, chránit před mrazem. **Velikost balení:** 0,5ml suspenze v předplněné se dvěma jehlami. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-017 **Poslední revize textu SPC:** 3.10. 2007

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve, než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.



© Registrovaná ochranná známka Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.
© Copyright Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A., 2008. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme Idea, Inc., org.sl.*, Křenova 5, 162 00 Praha 6, tel.: 233 010 111, www.silgard.cz
* Affiliate of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

www.silgard.cz



kem. Neurologická symptomatologie zahrnuje nejčastěji příznaky aseptické meningoencefalitidy. Gastrointestinální postižení se může projevit bolestmi břicha, zvracením či průjmem, ale také hepatopatií a obstrukčním ikterem při hydro-psu žlučníku či pankreatitidou. Sterilní pyurie je nejčastěji projevem uretritidy. Po akutní fázi

následuje ve 2.–6. týdnu od začátku subakutní období a konečně různě dlouhá konvalescentní fáze, během níž dochází k normalizaci nálezů, případně rozvoji komplikací plynoucích z cévních abnormalit.

Mezi nejzávažnější projevy patří **postižení koronárních tepen (CA)** v podobě rozvoje aneu-

ryzmat, které se obvykle projeví až v subakutní fázi onemocnění. Malá a střední aneuryzmata mají tendenci v průběhu let regredovat, obří aneuryzmata (nad 8 mm) často přetrvávají nebo vedou ke vzniku stenózy či trombotizaci s projevem chronické či akutní ischemie myokardu. (9, 10) Koronární aneuryzmata se vyvíjela až u 25% neléčených dětí, v současné době díky časně zahajované léčbě imunoglobuliny jsou nacházena v méně než 10%. (9)

Tab. č. 2: Diagnostická kritéria Kawasakiho nemoci, jejich výskyt a charakteristika (16)

1. Horečka (100 %)	Trvající déle než 5 dnů
2. Konjunktivitida (85 %)	Bilaterální, bulbární, nehnisavá
3. Lymfadenopatie (70 %)	Krční, akutní, nehnisavá, průměr nad 1,5 cm
4. Raš (80 %)	Polymorfní, bez vesikul či krust
5. Změny rtů a sliznice úst (90 %)	Červené, suché, popraskané rty, „malinový“ jazyk, difuzní erytém orofaryngu
6. Změny na končetinách (70 %)	Erytém dlaní a plosek, indurativní edém rukou nebo nohou v akutní fázi, olupování kůže rukou a nohou v konvalescentní fázi

Tab. č. 3: Klinické fáze Kawasakiho nemoci a příslušná terapie

Fáze	Týdny od začátku	Doporučená terapie
Akutní	1–2	IVIG 2 g/kg během 10–12 h infuze
Subakutní	2–6	K. acetylosalicylová 80–100 mg/kg/den ve 4 dávkách do 14. dne
Konvalescentní	4–10 a více	(pokud netrvá horečka) 3–5 mg/kg/den v 1 dávce: 6–8 týdnů při nepřítomnosti postižení koronárních tepen, při postižení dlouhodobě, event. přidat Dipyridamol 1 mg/kg/den Antikoagulační a/nebo fibrinolytická terapie při arteriální trombóze Při chronické ischemii myokardu: Transluminální koronární angioplastika Koronární by-pass Transplantace srdce

Tab. č. 4: Kawasakiho nemoc – přidružené příznaky

Postižený systém	Projevy
Pohybový aparát	Artralgie, artritida
CNS	Aseptická meningoencefalitida, paréza n. VII, ischemie mozku
GIT	Bolesti břicha, průjem, zvracení, hepatopatie, obstrukční ikterus, hydro-psu žlučníku, pankreatitida
Uropoetický	Uretritida, intersticiální nefritida
Kardiopulmonální	Akutní fáze: perí- a/nebo myokarditida, srdeční selhání, valvulitida, dilatace CA Subakutní fáze: aneuryzmata CA, ischemie myokardu Konvalescentní fáze: ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu

Vyšetření

V laboratorních nálezech v akutním stadiu bývají přítomny výrazné známky **nespecifické zánětlivé aktivity** se zvýšenou sedimentací, leukocytosou, zvýšením bílkovin akutní fáze a poklesem albuminu. V subakutním stadiu vrcholí výrazná **trombocytóza**, která může dosahovat až hodnot přes 1.106 v ul. Absence trombocytózy po týdnu trvání teplot činí diagnózu KD málo pravděpodobnou. Mohou být přítomny známky hepatopatie a poruchy lipidového metabolismu. Postižení koronárních tepen se nejlépe zobrazí klasickou **echokardiografií**. Tu je třeba provést co nejdříve při vyslovení podezření na KD a následně po 2 a 6–8 týdnech od začátku teplot a dále v individuálních intervalech dle úvodního nálezu. Spolehlivě provedené vyšetření musí přehlédnout všechny hlavní segmenty koronárních tepen s kvalitativním i kvantitativním hodnocením jejich morfologie, u nespolupracujících dětí bývá pro zajištění kvality vyšetření nezbytná sedace pacienta.

Terapie a prognóza

Děti s podezřením či prokázanou Kawasakiho nemocí by měly být ošetřovány na dětských lůžkových odděleních s možností monitorování vitálních funkcí a případné intermediární či intenzivní péče. Léčebné postupy jsou shrnuty v tabulkách 3 a 5. V akutní fázi se podává kyselina acetylosalicylová v protizánětlivé dávce 80–100 mg/kg/24 h ve 4 dávkách při monitoraci hladin s ohledem na hepatotoxicitu. Po poklesu teplot lze klesnout na antiagregační dávku 3–5 mg/kg jednou denně, která se u nekomplikovaných případů podává do normalizace klinického i laboratorního nálezu, obvykle 6–8 týdnů od začátku onemocnění. Podání vysokodávkovaných intravenosních imunoglobulinů (IVIG), nejlépe do 10. dne od začátku projevů, významně snižuje četnost vzniku koronárních aneuryzmat a obvykle rychle působí i na celkové projevy onemocnění. Upřednostňuje se jednorázová pomalá infuze IVIG v dávce 2 g/kg během 10–12 hodin. U malé části horečka trvá nebo se po určitém afebrilním intervalu vrátí. V takových případech se osvědčilo opakované

Akacia - Otipax



podání IVIG ve stejné dávce. Pokud ani tato léčba nevede ke zvládnutí akutních projevů nemoci, lze přidat pulzní metylprednisolon v dávce 30 mg/kg/dávku na 1–3 dny. (11, 12)

Dlouhodobá prognóza záleží na charakteru a rozsahu koronárního postižení. Zdá se, že i po normalizaci angiografického nálezu může přetrvávat endoteliální dysfunkce, která je predispozicí kardiovaskulárního onemocnění v dospělosti. (13) Očkování živými vakcínami (zejména proti spalničkám a planým neštovicím) je třeba odložit o 11 měsíců po podání IVIG.

Vzácné primární systémové vaskulitidy

■ Polyarteritis nodosa

Nodosní polyarteritida (PAN) je u dětí vzácná a její přesná incidence není známa. Je charakterizovaná fibrinoidní nekrosou stěny středních a/nebo malých arterií. Typický je rozvoj drobných aneurysmat, která se mohou projevit jako podkožní uzlíky, v orgánech pak mají typický angiografický obraz. Úvod nemoci je obvykle charakterizován horečkou, únavou a hubnutím či neprospíváním. Tyto celkové projevy spolu s vysokou laboratorní nespecifickou zánětlivou aktivitou jsou v různé míře provázeny gastrointestinálními a muskuloskeletálními projevy. Mezi kožní manifestace patří livedo, purpura, podkožní uzlíky, ischemické ulcerace. Renální vaskulitida je častou příčinou systémové hypertenze. Může dojít k postižení cév centrálního i periferního nervového systému, srdce, plic, varlat.

V největším dosud publikovaném souboru dětí s PAN bylo popsáno 110 případů. (14) U více než poloviny dětí se jednalo o typickou systémovou formu onemocnění s celkovými projevy a různorodými orgánovými manifestacemi. U 30 % bylo přítomno jen postižení kůže, případně pohybového aparátu (tzv. kožní forma PAN), kterému obvykle předcházela infekce horních dýchacích cest (často streptokoková). Pouze malá část dětí měla onemocnění s projevy běžnými u dospělých pacientů: mikroskopickou polyarteritidu s přítomností ANCA protilátek a polyarteritidu s pozitivitou HBsAg. Podezření na PAN by mělo vzniknout u dítěte s nevysvětlitelnými výraznými celkovými zánětlivými projevy v kombinaci s různorodými známkami orgánové ischemie. Diagnóza je potvrzena histopatologickým nálezem nekrotizující vaskulitidy v biopsickém vzorku nebo typickým angiografickým obrazem.

■ Takayasuova arteritida

Takayasuova arteritida (TA) patří do skupiny granulomatózních (obrovskobuněčných) arteritid, postihujících velké tepny. I když je v kavkazské populaci vzácná, celosvětově je to

třetí nejčastější systémová vaskulitida u dětí. Postihuje zejména aortu a odstupující arterie, ale může se vyskytnout i na plicních arteriích a velkých a středních břišních a pánevních tepnách. Granulomatózní zánět je segmentární, po úvodní fázi aktivního zánětu v medii a adventicii dojde k destrukci stěny a k postupné tvorbě fibrózní jizvy nahrazující svalové a elastické struktury. Rozvíjejí se stenózy a aneurysmata, které spolu s tvorbou trombů na postižené cévní výstelce vedou ke klinickým projevům ischemie končetin a/nebo orgánů. Rozvoj projevů u dětí je podobně jako u dospělých plíživý a nespecifický. Projevy arteriální nedostatečnosti se rozvíjejí pomalu, zejména u dětí je relativně vysoká tendence k tvorbě kolaterálního řečiště, které může omezit rozsah tkáňového poškození. Stenózy mohou být provázeny fyzikálními nálezy, např. cévními šelesty, hmatnými víry, vymizením tepenné pulzace, dalšími projevy mohou být klaudikace končetin, při postižení krčních tepen poruchy zraku, bolesti hlavy. Systémová hypertenze provázející postižení břišní aorty při odstupu renálních tepen je u dětí častá. Postižení větví plicnice bývá obtížně identifikovatelné. Může se projevit bolestmi na hrudi, pneumonií napodobujícími infiltráty a vzácně plicní hypertenzí. Častými nespecifickými projevy jsou bolesti kloubů a svalů, subfebrilie i horečka, noční poty, hubnutí, zvýšená nespecifická zánětlivá aktivita. Pro nízkou specifitu projevů a vzácnost TA u dětí bývá správná diagnóza stanovena později než u dospělých. Echokardiografie se zaměřením na dopplerovskou detekci toku v aortě a odstupujících velkých tepnách je základním screeningovým vyšetřením. Přímá nebo MR angiografie je obvykle nezbytná k přesnějšímu stanovení rozsahu onemocnění. V časnějších fázích choroby se uplatňuje i vyšetření pozitronovou emisní tomografií za použití značené glukózy (FDG-PET).

■ Wegenerova granulomatóza

Wegenerova granulomatóza (WG) patří do skupiny vaskulitid asociovaných s protilátkami proti cytoplasmě neutrofilů (ANCA). Je to granulomatózní vaskulitida středních a malých cév s predilekcí pro horní a dolní dýchací ústrojí a ledviny. Asi u 15 % pacientů onemocnění začíná před 19 lety věku. (15) Klinický obraz je rozmanitý, od závažného systémového onemocnění s orgány a život ohrožující vaskulitidou až po limitované onemocnění postihující pouze horní dýchací cesty. Klinické manifestace jsou podobné jako u dospělých. Velmi časté je postižení horních dýchacích cest, plic, ledvin, kloubů, očí a kůže, zažívacího ústrojí a nervového systému. Obvyklými projevy jsou epistaxe, chronická hni-

savá sekrece z nosu a středouší, sinusitida, kašel a teploty, obvykle spolu s dalšími konstitučními projevy, jako jsou únava, nechutenství a hubnutí. Nekrotizující zánět v dýchacích cestách může způsobit slizniční ulcerace, častá je perforace nosní přepážky a vznik sedlovité deformity nosu. Relativně častý je u dětí rozvoj subglotické stenózy. Retroorbitální zánět se může projevit bolestivou proptózou bulbů. Pro plicní postižení je charakteristický rozvoj infiltrátů a kavitací, případně s pleuritidou, někdy provázených kašlem a hemoptýzou. Glomerulonefritida se až u 80 % pacientů rozvine během prvních 2 let trvání nemoci. (15) Může být asymptomatická nebo se projevit pouze izolovanou mikroskopickou hematurií a proteinurií, závažný je rozvoj rychle progredující nefritidy s projevy renálního selhání. Kožní manifestace jsou časté a variabilní, zahrnují purpuru, ulcerace a různorodé exantémy. V laboratorních nálezech je nespecifická zánětlivá aktivita, téměř u 90 % pacientů jsou detekovány protilátky proti cytoplasmě neutrofilů (ANCA) se specifitou proti proteináze 3 (c-ANCA).

Terapeutické principy u vzácných primárních systémových vaskulitid

Pro dětský věk neexistují důkazy podpůrná data o účinnosti a toleranci různých léčebných metod používaných pro dospělé pacienty. Základním principem léčby těchto orgán či život ohrožujících onemocnění je úvodní agresivní kombinovaná protizánětlivá léčba zaměřená na navození remise a následná remise udržující dlouhodobá, často celoživotní léčba. Nedílnou součástí sledování je standardizované hodnocení aktivity onemocnění a rozvoje nevratného poškození tkání a orgánů. V indukční léčbě je základním preparátem cyklofosfamid používaný v různých schématech a dávkování podle závažnosti stavu, vždy v kombinaci s kortikosteroidy. K udržení remise se obvykle používá azathioprin, methotrexat či nověji mykofenolát mofetil. U nevládnutelných stavů se v jednotlivých případech příznivě uplatnily anticytokinové preparáty blokující TNF-alfa nebo interleukin 1, případně deplece B-lymfocytů monoklonální protilátkou. Antibiotika jsou používána k prevenci relapsů zejména u poststreptokokové PAN (penicilin) a u WG (co-trimoxazol), cotrimoxazol se uplatňuje i jako prevence rozvoje infekce pneumocystou. Dále je třeba zvážit použití antiagregačních, případně antikoagulačních léčeb, vazodilatancí, antihypertenziv, v neposlední řadě pak prevence, případně terapie sekundární osteoporózy. ■

Literatura u autora

Nutricia – Hami Toddlers



Nadměrná kloubní volnost u dětí

prim. MUDr. Vladimír Němec, Bc. Eva Bočková

Dětské oddělení, Pardubická krajská nemocnice, a. s.

Souhrn

Kloubní hypermobilitu popsal již ve 4. století před naším letopočtem Hippokrates u Skytů slovy „měli tak volné klouby, že nebyli schopni napnout tětivu luku nebo vrhat oštěp“. V roce 1967 Kirk a jeho spolupracovníci definovali novou nozologickou jednotku – hypermobilní syndrom. Hlavním znakem této jednotky je zvýšená kloubní pohyblivost jedinců s muskuloskeletálními obtížemi, u nichž nebylo prokázáno zánětlivé onemocnění pojiva.

■ Diagnostická kritéria

V dnešní době považujeme kloubní hypermobilitu za extrémní variaci normálního kloubního pohybového rozsahu, která má svůj původ v abnormální laxitě ligament, kloubního pouzdra a intervertebrálních disků. Hypermobilita samotná je pouze stav a není nemocí, pokud nepřináší zdravotní problémy svému nositeli. Ale v případě, že s sebou nese bolesti muskuloskeletálního systému, je používán u dětí i dospělých termín benigní hypermobilní syndrom. Bolest nesmí být způsobena přítomností jakékoliv vrozené nebo získané abnormality pojivové tkáně. V současné době je využíváno k diagnostice hypermobility schéma dle Beightona a Horana, které posuzuje nadměrnou kloubní volnost na horních i na dolních končetinách, a to zvláště na levé i pravé straně, a současně posuzuje i hybnost páteře. Tento způsob hodnocení se ukázal jako přesný a navíc podle počtu získaných bodů můžeme odlišit jedince s nižším a vyšším stupněm hypermobility. Hodnocení je uvedeno v tabulce č. 1.

Samotná hypermobilita je definována ve většině prací jako přítomnost více než 3 bodů a za významný stupeň hypermobility se považuje stav, kdy jedinec získá více než 5 bodů. Toto skóre lze využít velmi dobře pro základní vyšetření a diagnostiku hypermobility. V praxi je třeba mít na paměti, že významná hypermobilita i jednoho nebo dvou kloubů může svému nositeli přinášet bolest v dané oblasti a právě izolovaná hypermobilita může ujít pozornosti, kdy není správně rozpoznána příčina kloubní bolesti. Klinické hodnocení je znázorněno na obrázcích 1–5.

Při správném klinickém vyšetření si můžeme u dětí všimnout ještě dalších nekritériových změn typických pro hypermobilitu, jako jsou: možnost dát si dolní končetinu (patu) za krk, excesivní vnitřní rotace kyčlí, excesivní dorsální flexe v hleznu, excesivní everze nohy, pasivně provedený dotyk loketních kloubů za zády. Diagnóza hypermobilního syndromu je diagnózou per exclusionem, kdy kromě splnění diagnostických kritérií dle

různých schémat není specifický test pro rozpoznání tohoto onemocnění [14].

■ Epidemiologie

Prevalence hypermobility je závislá na věku, na pohlaví jedince a je podmíněna i rasou. Podle výběru vyšetřovaných skupin je literárně udávána hypermobilita u dětí ve věku 5–17 let v rozmezí 8–21 %. Je přijímáno, že výskyt hypermobility se snižuje s rostoucím věkem dítěte a že redukce rozsahu pohybů v kloubech v čase je fyziologická. Děvčata bývají postižena nadměrnou kloubní volností 2× častěji než chlapci. Jsou pozorovány i rozdíly v prevalenci hypermobility v závislosti na rase – nejnižší je u bílé rasy a vyšší výskyt je u Asijců a v Africe.

Autoři práce zjišťovali prevalenci hypermobility v běžné dětské populaci, když vyšetřili 800 školních dětí ve věku 6–14 let. Děti byly vyšetřeny a ohodnoceny skórovacím systémem dle Beightona a Horana. Zhodnocením bylo prokázáno, že prevalence hypermobility charakterizované získáním 4–9 bodů je 23,3 % a při přítomnosti významné hypermobility hodnocené získáním 6–9 bodů je prevalence 8,6 %. Porovnáním skupiny chlapců a děvčat bylo zjištěno, že hypermobilita v české populaci ve věku 6–14 let je častější u děvčat (rozdíl je statisticky významný $p < 0,001$). Dále bylo prokázáno, že hypermobilita klesá s věkem statisticky významně u chlapců ($p = 0,008$), ale u děvčat není pokles hypermobility s věkem statisticky významný. Publikované výsledky ukazují, že prevalence hypermobility v dětském věku je vysoká a je potřeba jí věnovat náležitou pozornost.

■ Etiologie a patogeneze

Hypermobilitu můžeme nacházet u hereditárně podmíněných a jasně definovaných onemocnění, jako jsou Marfanův syndrom, Ehlers-Danlosův syndrom a osteogenesis imper-

Tab. č. 1 : Diagnostika hypermobility dle Beightona a Horana

Sledovaný znak	Pravá strana	Levá strana
Pasivní extenze prstů ruky (malíku) tak, že jsou paralelně s předloktím	1 bod	1 bod
Pasivní apozice palce k flexorové straně předloktí s dotykem	1 bod	1 bod
Hyperextenze v loketním kloubu na 10 st.	1 bod	1 bod
Hyperextenze v kolenním kloubu nad 10 st.	1 bod	1 bod
Předklon při fixovaných kolenních kloubech v extenzi, kdy se dlaně dotknou země	1 bod	(Platí pouze 1 bod pro obě strany)



fekta [4, 5, 17, 19]. U hypermobility nepodmíněně takovými onemocněními může být abnormální rozsah kloubního pohybu výsledkem malých variací v geneticky podmíněné intercelulární matrix, jako je kolagen, elastin, fibrilin a další. Z provedených studií vyplývá, že benigní kloubní hypermobilita bude mít pravděpodobně mnohočetné příčiny zahrnující odchylky mnoha extracelulárních komponent matrix, a stále se předpokládá, že hypermobilita a geneticky podmíněná porucha kolagenu mohou mít souvislost. Vzhledem k tomu, že je opakovaně nalézána hypermobilita s familiárním výskytem, je uvažováno o autosomálně dominantním způsobu dědičnosti, což zatím nebylo podepřeno genetickými studiemi. Mechanismus, jakým se vyvíjí bolest u nadměrně volných kloubů, není dobře objasněn. Předpokládá se, že excesivní pohyby v kloubech nebo neadekvátní fyzická aktivita, která napíná kloubní pouzdro, ligamenta a měkké tkáně, způsobují mechanický stres, který je subjektivně vnímán jako bolest. Zůstává stále obtížné vysvětlit patogenezi otoku kloubu, persistenci symptomů bolestí, které jsou lokalizovány mimo kloub.

■ Klinické projevy

Zvýšená kloubní pohyblivost může být zcela bez subjektivních příznaků či obtíží, ale může u dětí také predisponovat k vývoji kloubní bolesti. Hypermobilita se může projevovat rozsáhlou škálou bolestivých projevů s obrazem hypermobilního syndromu, jehož výskyt je pravděpodobně častější, než je v současnosti skutečně diagnostikován.

V kojeneckém věku může vést hypermobilita k opožděnému vývoji hlavních motorických dovedností. V pozdějším věku jsou u hypermobilních jedinců mnohem častěji pozorovány artralgie, entezopatie, plochonoží, sklon k lehkým úrazům (distorze a častější pohmoždění), synovitidy, pseudoradikulární bolesti, skolióza i diskopatie a Raynaudův fenomén ve srovnání s nehypermobilními dětmi. Častým projevem hypermobility jsou blíže nespecifikované bolesti dolních končetin, se kterými se setkávají nejen pediatři, ale i dětské ortopedové. Nejčastějšími konkrétními obtížemi u hypermobilních dětí jsou bolest a případně mírný otok lokalizovaný do kolení kloubů. Na druhém místě jsou bolesti

malých ručních kloubů. Na dalších místech je potřeba jmenovat kyčelní, loketní a hlezenné klouby. Většina pacientů má postiženo více kloubů. U dospívajících se můžeme setkat s bolestmi zad, a to zvláště u těch, kteří nadměrně stále sedí nebo naopak stále stojí.

Autoři ve svých pracích prokázali, že hypermobilita se vyskytuje významně častěji u dětí s takzvanými růstovými bolestmi. Při hodnocení hypermobility 4–9 body je prevalence růstových bolestí 66,6 % proti prevalenci 23,3 % v běžné populaci a při hodnocení hypermobility 6–9 body je poměr prevalence hypermobility u dětí s růstovými bolestmi 47,6 % proti prevalenci 8,6 % u dětí v běžné populaci. Současně s tím jsme zjistili statisticky významně vyšší výskyt růstových bolestí u dětí s nadměrnou kloubní volností, a to u 25,6 % proti skupině nehypermobilních dětí 11,5 %.

■ Diferenciální diagnóza

Klinický obraz benigního hypermobilního syndromu předpokládá postižení spíše větších kloubů, absenci celkových známek

Vždy blíže nutričnímu a fyziologickému účinku mateřského mléka

NOVÁ hypoalergenní BEBA

Účinná ochrana již od narození

- Prospěšné bakterie Bifidus B₁ zabezpečují rozvoj zdravé střevní flóry a posilují obranyschopnost
- LC-PUFA podporují vývoj mozku a zraku
- Snížený obsah bílkovin pomáhá redukovat metabolickou zátěž na ještě nevyzrálé orgány¹

Mateřské mléko je nevhodnější způsob výživy kojence, jelikož ho chrání před alergiemi a střevními infekcemi, stejně jako moduluje jeho imunitní systém v prvním roce života. Pokud kojení není možné, je potřeba dítěti podat výživu, která se svými nutričními a fyziologickými vlastnostmi co nejvíce podobá účinku mateřského mléka.

Nestlé představuje zcela unikátní hypoalergenní kojeneckou výživu, která od narození kojence účinně chrání.²

Nová řada Nestlé BEBA H.A. má unikátní složení živin, které nově v celé řadě kombinují obsah aktivních probiotických kultur Bifidus B₁, snížený obsah bílkoviny, která je částečně hydrolyzovaná. Dále LC-PUFA v poměru DHA/ARA 1:1, podobně jako je tomu v mateřském mléce^{3, 4} a nukleotidy, a tím vytváří účinnou ochranu v prvním roce života dítěte.

Nová Nestlé BEBA 1 H.A. je vůbec první hypoalergenní počáteční kojenecká výživa, která jako jediná získala uznání EFSA pro svůj nízký obsah bílkovin (1,9 g / 100 kcal)⁵ blíže mateřskému mléku.

Díky této úpravě může zajistit nejenom optimální růst a zdravý fyzický a intelektuální vývoj dítěte, ale také může snížit riziko vzniku obezity v pozdějších letech.^{6, 7}

Tak mají zdravé děti možnost stát se zdravými dospělými.

BEBA H.A. je v souladu s novou směrnici EU⁸



Informace určená pouze pro pracovníky ve zdravotnictví

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ: Kojení je během prvních měsíců života dítěte nejlepší způsob výživy, proto mu dáváme přednost před výrobky kojenecké výživy. Potravina určená pro zvláštní výživu. Více info na www.nestle-nutrition.cz nebo www.kojeneckavyziva.cz.

1. Raiha NCR, F. azozlari-Nesci A, Cajoazzo C et al. Protein quality in infant formula: closer to the reference. Nestlé Nutrition Workshop Series Pediatric Program. Nestec Ltd/Lippicott Williams and Wilkins 2002; 47. 2. Von Berg, A., Koletzko, S., Filipiak-Pittroff, B. et al.: Certain hydrolysed formulas reduce the incidence of atopic dermatitis but not that of asthma: Three-year results of the German Infant Nutritional Intervention Study. J Allergy Clin Immunol 119 (3), 2007, S. 718-725. 3. Harbige LS. Fatty acids, the immune response, and autoimmunity: a question of n-6 essentially and the balance between n-6 and n-3. Lipids 2003; 38: 323-41. 4. Lauritzen L, Hansen HS et al. The essentiality of long-chain n-3 fatty acids in relation to development and function of the brain and retina. Prog Lipid Res 2001; 40 (1-2): 1-94. 5. EFSA approval for NAN HA (BEBA HA) low protein - Request No EFSA-Q-2005-040 adopted on 5 October 2005. 6. Ziegler E, Jeter JM et al. Formula with reduced content of improved, partially hydrolysed protein and probiotics: infant growth and health. Monatsschr Kinderheilkd 2003; 151 (suppl 1): S65-71. 7. Steenhouh P, Haschke E, Ziegler EE. Partially hydrolysed whey formula with reduced protein content: impact on IGF-1 and leptin levels. Pediatric American Society Meeting (PAS), Washington 2005; 33: 4902. 8. směrnice Komise 2006/141/ES o počáteční a pokračovací kojenecké výživě, implementovaná ve Sbírce zákonů, ve vyhlášce MZ č. 157/2008 ze dne 24. dubna 2008, kterou se mění vyhláška č. 54/2004 Sb. o potravinách

Obr. č. 1: Pasivní extenze V. prstu



Obr. č. 2: Pasivní apozice palce



systémového onemocnění nebo rashe, nepřítomnost lokálních známek zánětu, chybní kloubního výpotku či ztlustění a zhrubění synoviální výstelky. Bolesti končetiny a svalové křeče nebývají lokalizovány přímo do kloubu, ale spíše do periartikulární oblasti. Údaj o nadměrné kloubní volnosti v rodinné anamnéze může být dalším užitečným údajem v diferenciální diagnostice. Nerozpoznání hypermobilního syndromu, kdy se obtíže stále opakují, vede k tomu, že pacienti prodělávají kontraproduktivní, mnohdy i invazivní ortopedická vyšetření a užívají antirevmatika – léky s mnoha nežádoucími účinky. Vzhledem k tomu, že diagnóza hypermobilního syndromu je diagnostikou per exclusionem, je vhodné zvážit základní laboratorní vyšetření, případně některé ze zobrazovacích vyšetření (rentgenologické, scintigrafie skeletu), které by mělo spíše vyloučit jiné, závažnější onemocnění. Zvláště u nočních bolestí dolních končetin je nutno pamatovat na možnost hemoblastózy.

■ Terapie a prognóza

Léčebný přístup spočívá v první řadě ve vysvětlení dítěti a jeho rodičům půvo-

du muskuloskeletálních obtíží a opětovném ujištění o jejich benigním původu. Toto vysvětlení má za cíl snížit anxiotitu dětí i rodičů z obavy ze závažného onemocnění. Pochopením nemoci jako takové můžeme děti ochránit před zbytečným opakováním vyšetřování a medikamentózní terapií. Je vhodné hned na začátku upozornit na skutečnost, že léčba hypermobilního syndromu bývá v některých případech obtížná, zdlohavá a mnohdy úspěšná až v delším časovém odstupu. Je nutná dlouhodobá spolupráce celé rodiny vzhledem k tomu, že neexistuje jediný lék nebo jediné opatření, které by samo o sobě vedlo k příznivému ovlivnění muskuloskeletálních obtíží. Pro rodiče i děti je velmi důležité poznání, že ačkoliv symptomy jsou pro jedince obtěžující, jsou často benigní, self-limiting s tendencí k spontánní úpravě a dobrou prognózou funkce do budoucna.

V přístupu k hypermobilitě a hypermobilnímu syndromu můžeme využít dvě cesty. První je zavedení preventivních opatření, aby u hypermobilních jedinců nedocházelo buď k rozvoji muskuloskeletální bolesti nebo k jejímu zhoršování. Druhou cestou jsou vlastní „léčebná“ opatření, která vedou ke snížení intenzity bolesti nebo v ideálním případě k jejímu vymizení.

U dětí, u kterých byla odhalena hypermo-

bilita v rámci pravidelných preventivních prohlídek, je vhodné zajistit preventivní opatření, která by měla bránit rozvoji kloubních obtíží ve smyslu hypermobilního syndromu. Důležitý je výběr sportovních aktivit, kdy nevhodnými sporty jsou profesionální balet, tanec, sportovní i umělecká gymnastika. Problémy mohou nastat i u tzv. kontaktních sportů, jako basketbal a fotbal. Adolescenty je dobré upozornit na nevhodnost intenzivních a nekontrolovaných návštěv posilovny, kde při neznalosti problematiky posilování dochází často k posilování jen některých svalových skupin s následkem oslabení skupin jiných. Nevhodnými silovými sporty jsou i zvedání těžkých břemen, vzpírání a další disciplíny těžké atletiky. Naopak je vhodné doporučit přiměřenou fyzickou aktivitu – nejhodnějšími sporty jsou jízda na kole v rovinném nebo mírně zvlněném terénu a plavání. Pokud jsou bolesti vázány k určité aktivitě (balet, tanec, fotbal a další), doporučujeme se této sportovní aktivitě vyhýbat. Poznatků a znalostí o projevech hypermobilního syndromu je možné využít i při volbě zaměstnání, kdy nedoporučujeme typ práce s dlouhým stáním, zvedáním těžkých břemen, dlouhodobým pobytem v jedné pozici. Naopak můžeme doporučit charakter práce bez vysoké fyzické námahy, v teplotně přiměřeném prostředí s možností střídání sezení, chůze a stání.

Vlastní léčba hypermobilního syndromu vyžaduje komplexní přístup. Děti a rodiče většinou přichází „pouze“ s tím, že chtějí hlavně ovlivnění kloubní bolesti předpisem léků či požadují uvolnění ze sportovních a fyzických aktivit ve škole. Podání některých léků, jako například paracetamolu či nesteroidních antirevmatik, má sloužit pouze k ovlivnění akutního stavu a má pouze podpůrný význam v bolestivé fázi. Lokální aplikace léků

Obr. č. 3: Hyperextenze v loketním kloubu



Nutricia - Nutrilon

Obr. č. 4: Hyperextenze v kolenním kloubu



(např. kortikoidů) se nedoporučuje vzhledem k tomu, že aplikace může vést k dalšímu ireparibilnímu poškození vaziva. Stejně tak omezení fyzických a sportovních aktivit by mělo být na co nejkratší dobu při obtížích. Pro děti s hypermobilním syndromem je důležitá fyzioterapie, která v sobě zahrnuje nejen vlastní rehabilitační cvičení, ale i využití různých

fyzikálních metod, jako hydroterapie, elektroterapie, případně magnetoterapie.

Základními principy při fyzioterapii jsou:

- a) zvýšení svalové síly, zejména svalů v blízkosti hypermobilních kloubů,
- b) zlepšení svalové výdrže a odolnosti,
- c) zlepšení celkové výkonnosti dítěte,
- d) reedukace chůze – je třeba odstranit špatné návyky mechaniky chůze,
- e) návrat k normálním aktivitám a pracím,
- f) edukace dětí a rodiny v tom, že není možno spoléhat na podávání léků a očekávat zlepšení při minimálním podílu na snaze o zlepšení stavu.

Je obecně známo, že děti velmi dobře reagují na program na posílení svalstva, a přestože nedojde ke zvětšení svalové hmoty, zlepší se jejich neuromuskulární koordinace, která má za následek lepší svalovou efektivnost. Zpevnění kloubu a zpevnění příslušných ligament pak ochrání kloub před extrémním rozsahem pohybu. Na počátku je vhodnější poskytovat fyzioterapii na profesionální bázi ve spolupráci s fyzioterapeutem než začít poskytnutím letáku s doporučením cvičení doma samotnými rodiči nebo dětmi.

Mnoho dětí s hypermobilním syndromem je často fyzicky nevykonných, a proto je nutné zařadit aerobická cvičení do jejich pravidelného denního programu. Zpočátku je nutné volit menší zátěž, aby nedocházelo k vzniku bolesti ještě u neadaptovaných kloubů a svalových skupin. Vhodným sportem k celkovému posílení organismu je zvláště v počátku plavání

a jízda na kole. Jakmile se stav výkonnosti zlepší, je možno postupně zařazovat další sporty a aerobická cvičení.

Část dětí s hypermobilním syndromem má poruchu propriocepce s následnou poruchou chůze. Proto je potřeba do programu zařadit cviky, které podporují nápravu tohoto problému. Jednoduše je možno děti podporovat ve stožení na jedné noze, chůzi bez bot a ponožek na balančních deskách.

Hyperextenzi prstů ruky, která má za následek obtíže objevující se únavou při delší době psaní, je možno ovlivnit pravidelným cvičením s míčky, prací s plastelínou, ale také lze využít pomůcky, jako jsou nástavce na plnicí pera a tzv. „tlusté“ tužky. Je vhodné psát více nakloněné písmo s odlišnou polohou ruky při psaní.

Z hlediska fyzioterapie je možné léčebně využívat hydroterapii teplou vodou, vhodné může být využití transkutánní elektrické nervové stimulace (TENS). Někteří autoři doporučují léčbu ultrazvukem či magnetoterapii. Je nutno si uvědomit, že jde pouze o pomocné metody, které samy nevyřeší obtíže spojené s hypermobilitou. V některých případech, kdy bolest a ztráta funkce jsou hlubší, je výhodné ke spolupráci přizvat psychologa. Ten často objeví psychologické stresové momenty, které hrají důležitou roli v posuzování bolesti a v celkové maladaptaci na zátěž. Psycholog bude rovněž schopen naučit metody, jak se vyrovnávat s bolestí a jak se vrátit k běžným denním aktivitám. Současně může pomoci celé rodině psychicky zvládat obtíže spojené s hypermobilitou.

Je důležité opakovaně ubezpečit rodiče a děti, že bolest je způsobena hypermobilitou a ne jinou patologií, jako je například zánět. **Všem to pomůže pochopit, proč právě fyzioterapie je tou správnou volbou léčby.** Je potřeba upozornit rodiče, že právě bolest je tím posledním, co se zlepší, ale daleko před tím je pozorováno objektivní zlepšení svalové síly, stability kloubu a celkové výkonnosti dítěte. Rodiče musí pochopit, že pokud dítě má více než rok bolesti v rámci hypermobilního syndromu, nelze očekávat rychlou úpravu. Je možno spíše očekávat mírnou bolest, která se může zhoršovat při zátěži (nemoc, psychologický stres) a může trvat několik let s postupně se snižující intenzitou.

Obecně je přijímáno, že hypermobilní syndrom je převážně „self-limiting“ onemocněním s dobrou prognózou do dospělosti. Pouze někteří autoři zvažují, zda hypermobilita nemá souvislost s časnou osteoartrózou u dospělých.



Obr. č. 5: Dotyk dlaní na zemi při extendovaných kolenních kloubech



■ Závěr

Přítomnost hypermobility alespoň u 4 kloubů je relativně častým nálezem v dětském věku a vyskytuje se u 23,3 % dětí. Významnější stupeň hypermobility při postižení 6 a více kloubů se vyskytuje u 8,6 % dětské populace. Přes běžný výskyt kloubní hypermobility v dětském věku jen menší část dětí má klinické obtíže ve smyslu hypermobilního syndromu s bolestí či poruchou funkce. Přesto je důležité podporovat znalost hypermobility a hypermobilního syndromu na úrovni praktických lékařů tak, aby byla co nejdříve stanovena správná diagnóza za užití anamnestických údajů, klinického vyšetření, minima laboratorních vyšetření a zobrazovacích metod a zahájena komplexní léčba těchto dětí se zapojením celé rodiny. Hypermobilitě by měla být věnována pozornost v rámci preventivních prohlídek u praktických lékařů pro děti a dorost s následným doporučením preventivních opatření. Naopak každé dítě s bolestmi kloubů (včetně tzv. růstových bolestí) by mělo být vyšetřeno na možnou přítomnost hypermobility a po vyloučení jiného základního onemocnění je třeba navrhnout léčebná opatření k minimalizaci klinických obtíží.

■ Víme, proč zima chřipce svědčí

Experiment, ve kterém za lidi zaskočila morčata, vysvětlil, proč chřipkové nákazy nabírají na síle v zimních měsících.

Se zimou přichází i chřipka. Chřipkový virus se šíří lidskou populací rychlostí stepního požáru a chová se podobně jako tažná ptáci, když řadí během zimních měsíců střídavě na jižní a severní polokouli.

Zimní ofenzivu chřipkového viru si vysvětlovali lékaři a epidemiologové různě. Podle jedněch jsme si za zvýšené riziko onemocnění můžeme sami. V zimě se zdržujeme v uzavřených prostorech, kde se dostáváme do kontaktu s mnoha lidmi. Pokud je mezi nimi i osoba nakažená virem, můžeme si být celkem jisti, že na nás virus přeskočí. Podle jiných odborníků podléháme viru častěji v zimních měsících, protože v té době míváme oslabený imunitní systém a virus se nám snáze dostane na kobytku. Zastánci těchto a mnoha dalších teorií však nikdy nepodepřeli svá tvrzení nezvratnými důkazy.

Důkaz místo dohadů

Významný pokrok v pochopení vzniku chřipkových epidemií přináší výzkum týmu vedeného americkým virologem Peterem Palesem z newyorské Mount Sinai School of Medicine. Palese se rozhodl prověřit, jak se do vlastností chřipkového viru promítá teplota a vlhkost vzduchu. V pokusech použil morčata nakažená lidským chřipkovým virem.

Nemocná zvířata umístili vědci do klecí sousedících s klecemi se zdravými morčaty. Vzduchu a virům putujícím od nemocných ke zdravým morčatům se nestavělo nic do cesty. Během pokusu byla přísně kontrolována jak teplota, tak i vlhkost vzduchu. V suchém prostředí s vlhkostí kolem třiceti procent se od nemocných morčat záhy nakazila všechna zdravá zvířata. Stejně úspěšný byl přenos viru při nízkých teplotách kolem 5 °C. Se stoupající teplotou a vlhkostí ztrácel virus na síle. Při 30 °C nebo vlhkosti kolem 80 % se už zdravá morčata nenakazila. Výsledky experimentů zveřejnil vědecký časopis PLoS Pathogen.

„Teď je rázem jasnější, proč jsou chřipkové epidemie v zimě. V zimních měsících vládou podmínky, za kterých se virus mnohem snáze přenáší z nakažených na zdravé lidi,“ říká Peter Palese v rozhovoru pro vědecký týdeník Science.

Podle Paleseho je chřipkový virus za nízkých teplot a za sucha mnohem odolnější. Chlad a sucho naopak narušují naše sliznice v krku i v nose. Jejich poškozené povrchy představují pro viry menší překážku. Podle kanadského epidemiologa Raymonda Telliera z torontské Hospital for Sick Children by bylo možné zabránit šíření chřipky v nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních tím, že by se v budovách zvýšila vlhkost vzduchu. Zároveň však vědec upozorňuje na rizika podobných opatření. Vyšší vlhkost by sice mohla potlačit šíření chřipkového viru, ale na druhé straně by vytvářela příhodné podmínky pro šíření původců jiných onemocnění. K vlhkostním patří k například nebezpečné plísň nebo bakterie vyvolávající tzv. legionářskou chorobu.

„Nemá cenu snižovat riziko jedné choroby a zároveň zvyšovat jiná nebezpečí,“ říká Tellier.

Převzato: LN, 2.11.2007



ČESKÁ NÁRODNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

ZIMA BEZ CHŘIPKY

očkovaní s Českou národní zdravotní pojišťovnou

VAKCINACE je účinnou obranou proti nemoci, která může mít banální průběh, ale také nebezpečné zdravotní komplikace.

Proto mají všichni klienti České národní zdravotní pojišťovny očkovaní proti chřipce ZDARMA.

„A JÁ CHŘIPKU NEMÁM RÁD, JÁ SE NECHÁM OČKOVAT“

Informace: na tel. 261 387 222, www.cnzp.cz



I při bolesti v zádech může být nebezpečí z prodlení

Kazuistika 15½leté dívky

MUDr. Zdeňka Růžičková

praktická lékařka pro děti a dorost, Karlovy Vary



Stav před hospitalizací

Nynější onemocnění

15½letá dívka – učeňka oboru servírka
Krátkodobá anamnéza: 4 hodiny trvající bolesti v zádech mezi lopatkami, s pocitem dušnosti

Rodinná anamnéza

Matka – nar. 1967, revmatoidní artritida, psoriasis, hypertenze
Otec – nar. 1961, diabetes mellitus na PAD, psoriasis, hypertenze, obezitas
Bratři – nar. 1984 a 1989 – zdraví

Sociální anamnéza

Matka: vzdělání základní; recepční-vrátná
Otec: vyučen; hasič, později řidič
Bratři: výchovné problémy v učilišti
Změna bydliště v r. 2006 – zůstává v péči PLDD.
Spolupráce s rodinou – dobrá

Osobní anamnéza

Dívka narozena 26. června 1991
III. grav., III. para ve 38. týdnu, p. hm. 2350 g, p. d. 46 cm, Apgar sc. 9-10-10
lehce nezralý novorozenec s nízkou p. hm., icterus neonatorum s nízkou hladinou bilirubinu
Ortopedický – klinický i RTG nález na kyčlích fyziologický

Kojenecký a předškolní věk:

Respirační infekty HCD s malou frekvencí
2× bronchitis obstructiva – sympt. th.
1× angína follicularis – Penstabil
Dětský kolektiv navštěvovala

Školní věk:

Respirační infekty HCD i DCD s malou frekvencí (2-3× ročně) epistaxis recidivans
lehká obezita od předškolního věku,
od r. 2002 striae cutis reg. femoris et abdominis
od r. 2005 – gynekologická dispenzarizace pro hypertrichosis a nepravidelnost menstruace
Kontaktní dermatitida – susp. alergje na nikl zhoršující se po 3 týdny, bez efektu symptomatické, lokální kortikosteroidové (Advantan) a antihistaminické (Zodac) terapie
Nutná hospitalizace 15.-21. března 2006
Dg: kontaktní ekzém s generalizací

Nynější onemocnění

5. prosince 2006 – v 11.15 hod. bolesti v zádech mezi lopatkami, pocit dušnosti, potíže trvají přibližně čtyři hodiny po probuzení afebrilní, bez alterace celkového stavu, **lokomoce neomezena**

Objektivní nález

obézní dívka
striae cutis
hypertrichóza
hypoplasie až aplasie prsních žláz B1 – B2

sekundární pohlavní znaky – P5
paravertebrální kontraktury
– bloky TH páteře

Návrh terapie

teplo, poloklid
rehabilitační cvičení, masáže
gynekologická dispenzarizace
endokrinologické vyšetření
plánováno event. ortopedické vyšetření

Průběh onemocnění

5.-6. prosince 2006 zlepšení stavu, bez bolesti a dušnosti
7. prosince 2006 – odpoledne parestezie do DK
8. prosince 2006 – 1.00 hod. zhoršení hybnosti DK
8. prosince 2006 – 7.00 hod. neschopnost chůze pro slabost DK
8. prosince 2006 – 7.30 hod. hospitalizace na dětském odd. nemocnice v Ostrově nad Ohří
Nedostupnost okamžitého vyšetření MRI v Karlovarském kraji.

■ Hospitalizace na neurochirurgickém oddělení FN Plzeň

8. prosince 2006 – 15.00 hod.



Stav po hospitalizaci



Johnson - šampón pro tělo a vlásky



MRI páteře 8. prosince 2006 ve výši Th 1-3 epidurální expanze dorsálně a vpravo od míchy, která je komprimovaná beze změn signálu, expanze je srpkovitého tvaru max. šíře 5 mm, mírně se sytí po podání kontrastní látky



Objektivní nálezy při přijetí

při vědomí, spolupracuje, orientovaná, pravák
spastická paraparéza DK - vlevo těžká, vpravo velmi těžká s hypestézií od dermatomu Th 7 včetně distálně, výraznější vpravo

Předoperační rozvaha

rychle progredující paraparéza DK
dle NMR epidurální expanzivní proces, nejspíše nádorový či krvácející s přihlédnutím k anamnéze a absenci zánětlivých parametrů lze vyloučit zánětlivý empyém

Indikováno odstranění expanze z pravostranné hemilaminektomie Th 1-3

Operace - 8. prosince 2006 19.25

Hemilaminektomie Th 1-3
odstranění epidurálního hematomu a arteriovenózní malformace
Tissucol epidurálně

Histologie

Histologicky zastiženy fragmenty arteriovenózního hemangiomu v jednom z míst k fragmentu přiléhá nevelké množství krevních koagulů

některé cévní prostory uvnitř hemangiomu jsou trombozované

Diagnózy

Komprese míchy epidurálním hematodem
Th 1-3

Epidurální arteriovenózní malformace Th 1-3

Pooperační průběh

Bez komplikací, rána klidná

Zlepšení hybnosti DK

Pohyb ve všech segmentech proti střednímu odporu

Rehabilitace chůze s oporou dvou osob

Zlepšení kvality cití

Močení spontánní

12. prosince 2006

Překlad na dětské odd. Neurologické kliniky FN Plzeň

Pokračování rehabilitace bez polohování tahem za lopatky a HK

20. prosince 2006

Propuštěna do domácí péče s nutností pokračovat v zavedené rehabilitaci

22. prosince 2006

Neurologická kontrola

22. ledna 2007

- Chůze lehce topornější

- Chůze po patách a špičkách možná

- Reflexy na DK živé, L5/S2 polyklonické

- Taktilní hypestésie nohou

- Taktilní anestésie v okolí jizvy

RE: frustní paraparéza reziduální

28. února 2007

- MRI mozku vzhledem k histologickému nálezu

RE: mozek nativně a postkontrastně bez zřejmých chorobných změn

Návrat k běžnému životu

březen 2007

- Návrat do učiliště - praxe bez zátěže

- Gynekologická a endokrinní dispenzarizace - zatím bez patologického nálezu a bez medikace



Recidivující subglotické laryngitidy

MUDr. Petr Víšek

Ambulance alergologie a klinické imunologie, Nemocnice Litomyšl

Souhrn

Léčba akutní subglotické laryngitidy v dětském věku je jasně doporučena. V případě častých recidiv subglotických akutních laryngitid je nutné hledat jejich příčinu a zamyslet se nad možnými profylaktickými postupy k jejich zabránění či alespoň zmírnění jejich intenzity.

Se zájmem jsem přečetl článek MUDr. K. Nouzy, DrSc., a kol. Systémová enzymoterapie v pediatrii (4). Vzhledem k tomu, že systémovou enzymoterapii používám v ambulanci pro alergologii a klinickou imunologii již asi sedm let, rád bych se podělil o svoje praktické zkušenosti. Obě níže uvedené kazuistiky se týkají efektu profylakticky užívané systémové enzymoterapie v léčbě recidivujících respiračních infekcí, především recidivujících subglotických laryngitid.

Kazuistika č. 1

Pac. Marek Š., narozen 1995.

RA: matka colitis ulcerosa, v přímém přibuzenství I. stupně bez atopického onemocnění.

OA: první dítě z fyziologického těhotenství, PH 3850 g, poporodní průběh bez komplikací.

Psychomotorický vývoj je normální.

Jde o často nemocné dítě, v 6 měsících febrilní křeče při laryngotracheobronchitidě s hospitalizací, do tří let věku v chladných měsících roku téměř každý měsíc febrilní bronchitida, často s bronchiální obstrukcí, hvízdavým dechem. Ve 3 letech (1998) provedena nekomplikovaná endoskopická adenotomie pro AV III. stupně.

Ve čtyřech letech (1999) bronchopneumonie I. sin., maxilární sinusitida, opakované angíny.

Imunologicky poprvé vyšetřen 5/1999: z vyšetření uvádím významné snížení: IgG 4,5 (7,7-9,4) g/l, IgA 0,32 g/l (0,58-1,08), IgM 0,58 g/l (0,47 až 0,74), Phadiatop (soubor spec. IgE základních inhalačních alergenů) negativní.

Od 5 let se přidávají recidivující subglotické laryngitidy, které přicházejí z plného zdraví či v rámci probíhajícího respiračního infektu. Laryngitidy bývají i těžšího stupně, výjimečně s nutností hospitalizace (1×).

V 5 letech pro dlouhotrvající každodenní kašel, klinické projevy bronchiální hyperreakivity a obstrukční ventilační poruchu v periferních dýchacích cestách při spirometrickém vyšetření stanovená dg. astma bronchiale, nasazena protizánětlivá inhalační léčba Pulmicort 400 ug/den, při níž mizí kašel a projevy bronchiální hyperreakivity, ale trvají subglotické laryngitidy cca 1× za měsíc v chladných

obdobích roku (řešené doma Prednisonem) a akutní tonsilitidy. V 3/2001 nasazen Phlogenzym 2× 1 denně 2 měsíce a dále 1× 1 na noc s pauzou od června do srpna a tímto způsobem pokračováno již celoročně až do roku 2003 včetně, rodiče odmítají jeho vysazení pro minimální nemocnost, ojedinělá nachlazení Marek zvládá bez komplikací či protražovaného průběhu symptomatickou léčbou, ve škole prakticky nezameškává, nemá astmatické exacerbace ani symptomy, nemá laryngitidy, není nutná ATB léčba, v objektivním nálezu přetrvává pouze hypertrofie krčních tonsil bez známek chronické tonsilitidy. Pulmicort turb. za sledování spirometrických křivek a klinického stavu postupně snižován a zcela vysazen po 2 letech užívání v 2/2002.

V 5/2004 trvá klidová křivka průtok objem bez známek ventilační poruchy, s pozitivním bronchodilatačním testem (FEV1 + 13,2%), v bronchoprovokacích testech 6minutovým během není prokazována bronchiální hyperreaktivita.

Od devíti let věku (r. 2004) užívá Phlogenzym pouze v podzimních a zimních měsících stále v dávce 1× 1 večer, i když je Markova hmotnost již 40 kg. V 11/2004 (ve věku 9 let!!) hospitalizace pro subglotickou laryngitidu těžkého stupně, v 12/2004 opět subglotická laryngitida zvládnutá doma (Prednison) a v březnu 2005 opět

subglotická laryngitida při doznívání chřipkového onemocnění. U všech tří laryngitid se stridor dostavil přes den, ne v noci, Phlogenzym nebyl zvyšován z dávky 1× 1 na noc. V létě 2005 ještě 2× subglotická laryngitida zvládnutá doma (v létě Phlogenzym opět neužíval). Od podzimu 2005 užívá Phlogenzym opět 1× 1 večer, při nachlazení doporučeno zvyšovat na plné dávky vzhledem k hmotnosti (2-0-2) po dobu probíhající nemoci.

Marek nemá persistující rýmu. V laboratorních hodnotách došlo k zlepšení hladin imunoglobulinů: IgG 7,20 g/l, IgA 0,61 g/l, IgM 0,58 g/l, celk. IgE 8,40 U/ml, IgG2 1,36 g/l (1,47-4,9) (IgG2 protilátky se tvoří v odpovědi na působení poly-

IMUNITA • TRÁVENÍ

Swiss
Natural Sources®

LAKTOBACÍLKY™

malé cucací pastilky s výbornou přírodní třešňovou chutí pro mlsné dětské jazýčky
doplňek stravy



- pro rekonvalescenci po antibiotické léčbě
- při zvýšeném riziku průjmů vyvolaných rotaviry a cestovních průjmů
- pro posílení imunity
- vhodné pro alergiky
- při potížích dýchacích cest

• 3 kmeny, 1 miliarda aktivních buněk
• použita mikroenkapsulace - záruka maximálního prostupu živých organismů do střeva

LAKTOBACÍLKY probiotikum pro děti

Více info: tel. 241 430 910 • www.swissherbal.cz



sacharidových antigenů, např. proti opouzdřeným bakteriím, jako pneumokoky, streptokoky sk. A) ECP 4,88 ug/l.

Kožní PRICK testy – základní sada inhalačních alergenů (roztoci, plísňe, pyly trav, jarní stromy, pelyněk, kočka a pes) – 1997, 2000, 2005 – opakovaně negativní.

V současné době (9/2006) je Marek bez pravidelné inhalační protizánětlivé léčby. T. č. je veden s diagnózou astma bronchiale – intermitentní forma, s fyziologickou klidovou křivkou průtok objemu a normálními hodnotami eNO (oxid dusnatý ve vydechaném vzduchu), bez nutnosti záchranné léčby inhalačními beta2mimetiky, pravidelně užívá pouze Phlogenzym 1× 1 od září do března dle výše uvedeného doporučení.

■ Kazuistika č. 2

Pac.: Petr H., narozen 2000.

RA: matka – atopický ekzém, otec v dětství opakované bronchitidy, bratr otce senná rýma.

Sestra Petra zdráva, bez projevů alerg. one-mocnění.

Jde o chlapce z fyziologického těhotenství, PH 3050 g, kojen 14 dní, poté příkrm. PMV bez komplikací, neměl atopický ekzém. Ve třech letech febrilní křeče, EEG v normě. V 11/2003 nástup do školky, do té doby nemocnost obvyklá.

NO: od 4 let věku – opakované laryngitidy až laryngotracheobronchitidy s dušností (2/04, 4/04, 9/04, 11/04), z toho 3× hospitalizace na JIP dětského oddělení, s následným protrahovaným kašlem po odléčení akutního stavu. Současně celoročně cca 4× do měsíce večerní či noční kašel, především ve dnech velké fyzické zátěže přes den. Nikdy nebyla zachycena hvízdavá dušnost rodiči či PLDD. V 5 letech provedena adenotomie a vyšetření alergologické a imunologické, se závěrem – nejde o atopika ani alergika, nejde o deficit humorální složky imunity, dysregulace imunity buněčné (CD3+ lymfo 81 %, 2,62 E9/l, CD4+ T ly 27 %, 0,87E9/l, CD8+ T lymfo 34 %, 1,1 E9/l). Klidová spirometrická křivka průtok objemu bez patologie, bronchoprovokační test 6minutovým během ukončen dříve pro únavu, bez průkazu bronchiální hyperreakivity. Pro dg. astma bronchiale je málo podkladů, vzhledem k pozitivní RA na atopická onemocnění, klinickému stavu a průběhu laryngitid doporučen léčebný pokus Inflammide inh. na 6 měsíců v dávce 200 ug denně (od 12/2004).

Při této léčbě odezněly večerní a noční kašle, zvýšená fyzická aktivita nečinila žádné potíže, přesto prodělal na jaře 2005 v 5 letech věku 2× subglotickou laryngitidu téměř z plného zdraví (Downes score 5), vždy s nutností hospitalizace a tentokrát i nálezem expiračních pískotů a vzrůtů, s nutností léčby inh. betamimetiky.

Po laryngitidě v 5/2005 při kontrolním vyšetření plicních funkcí nebyla prokázána patologie, k léčbě Inflammide inh. 200 ug denně byl přidán Phlogenzym 2 tbl. na noc.

V 9/2005 při této léčbě kontrolní vyš. buněčné imunity – se závěrem: nález v buněčné imunitě zlepšen (CD3+ 71 %, 1,97 E9/l, CD4+ 29 %, 0,8 E9/l, CD8+ 29 %, 0,80 E9/l). V léčbě pokračováno v Inflammide 200 ug/den + Phlogenzym 2 tbl. večer.

Na podzim r. 2005 prodělal 2× virózu lehkého průběhu bez komplikací, v 12/2005 (5 dní po očkování) z plného zdraví subglotická laryngitida, tentokrát ale zvládnuta doma, aplikován Rectodelt a následně od PLDD nasazen Bronchovaxom pro infantibus dle základního schématu. Při kontrole v 3/2006 trvá fyziologická spirometrická křivka průtok objemu a vzhledem k dobrému stavu snížen Inflammide inh. na 100 ug denně a Phlogenzym byl doporučen vysadit z pravidelného užívání a nasazovat ho pouze při nachlazení, po dobu probíhající nemoci 2× denně. V 5/2006 již pouze při monoterapii Inflammide z plného zdraví subglotická laryngitida (CRP 10,9) s převozem RZP (saturace 80 %), hospitalizací opět na JIP spádového dětského oddělení. Po této příhodě rodiče opět Phlogenzym nasadili, při kontrole na podzim 2006 trvá stav bez známek bronchiální hyperreakivity či projevů astmatu, proto doporučeno ukončit léčbu Inflammide inh., doporučeno pokračovat v léčbě Phlogenzym 1× 1 tbl. na noc se zvyšováním na 2 tbl. večer při nachlazení. V dalším průběhu není jisté, zdali dojde k jasné manifestaci astmatu, či nikoliv, v této souvislosti bude Petr i nadále sledován.

■ Diskuse

Subglotická laryngitida (SL) je onemocnění s převážně sezonním výskytem od října do května. Je způsobena nejčastěji viry vyvolaným zánětem v nejužším místě dýchacích cest u dětí – v subglotickém prostoru. Typický věk pro toto onemocnění je mezi prvním až čtvrtým rokem, nicméně nemálo dětí prodělává SL mimo toto věkové rozmezí. V ambulanci alergologie a klinické imunologie se setkáváme s dětmi, které tímto onemocněním trpí i ve školním věku. Průběh recidivujících SL u těchto dětí většinou nebývá tak závažný, nicméně není výjimkou ani nutnost hospitalizace s intenzivní léčbou.

Dle mých zkušeností lze rozlišit několik klinických forem SL s ohledem na profylaktické terapeutické zásahy. Jednak jde o děti, které opakované SL dostávají z plného zdraví, tj. jdou spát bez známek respiračního infektu a v noci se budí štekavým kašlem, inspiračním stridorem a dušností. Recidivy SL u nich nelze předvídat. Klinické projevy respiračního infektu se objevují až další dny po začátku akutního stavu.

Dále jde o děti, u nichž již rodiče mohou očekávat, že se SL v noci objeví. Přichází totiž pravidelně, ve větší či menší míře u každého nachlazení – „vždycky to sleze na hlasivky“. Tyto děti jdou spát již s mírnou akutní rýmou či pokašláváním, mohou mít febrilie či subfebrilie. Profylaktické zásahy jsou u této skupiny dětí jednodušší.

■ Jaké jsou příčiny recidivujících subglotických laryngitid?

Příčinou SL je otok v subglotickém prostoru, který vzniká nejčastěji v důsledku akutní virové infekce. S klinickými potížemi podobnými jako při SL se nicméně můžeme setkat i při alergickém otoku hrtanu či subglotického prostoru, což nejčastěji vidáme při alergických reakcích na jed blanokřídlého hmyzu či v rámci potravinových alergií, vzácněji při masivnější inhalaci respiračního alergenu (zvířecí a pylové alergeny).

U dětí nad 4 roky nacházíme u recidivujících SL často známky fokální infekce v oblasti HCD. Nejčastěji jde o adenoidní vegetaci, nezřídka o subakutní či chronický zánět v oblasti vedlejších dutin nosních (maxilární dutiny, často ethmoidy) a výjimečně nejsou ani chronické tonsilitidy s hypertrofickými krčními mandlemi. Na RSL se může podílet i GERD, vzácně cizí těleso v oblasti jícnu či vrozené anomálie dýchacích cest. Recidivující SL častěji nacházíme u dětí s primárními či sekundárními defekty humorální či buněčné složky imunity. Mezi rizikové faktory RSL patří velmi pravděpodobně i atopie. Atopie (především pak alergie na roztocce) a RSL se současnou bronchiální obstrukcí či s přechody během několika dní do bronchiální obstrukce velice často přecházejí do typických příznaků astmatu bronchiale v pozdějším věku.

■ Je možná profylaxe recidivujících subglotických laryngitid?

Základem úspěšné léčby je odstranění a léčba základní příčiny, je-li nalezena. Profylakticky jsou často, na podkladě empirických zkušeností, používány bakteriální imunomodulátory. Smyslem jejich užívání dle většiny imunologů je stimulace nespecifických složek imunity, u bakteriálních lyzátů (Luivac, Bronchovaxom) snad i imunity specifické, jiní spekulují o jejich efektu díky navození orální tolerance k podávaným bakteriálním antigenům. Nemají žádný současný antiedematózní efekt, mají malý vliv na intenzitu lokální zánětlivé reakce. Jsou-li dobře indikovány, mohou přispět ke snížení frekvence a intenzity respiračních infekcí. Jejich nevhodná aplikace může dle mých zkušeností naopak vést k dalšímu přetížení imunitního systému s klinickými projevy únavy, nechutenství, subfebriliemi, projevy respiračního infektu při jejich podávání. Nevhodnou aplikací mám na mysli především

jejich užívání při vysoké antigenní stimulaci z okolního prostředí (např. současná docházka do mateřské školky) či při persistujícím infekčním fokusu (nejčastěji adenoidní vegetace).

Další možností, zatím dle mého názoru nepříliš často užívanou, je profylaktické užívání preparátů systémové enzymoterapie. Je to především v případech, kdy nedochází k prodromům laryngitidy a děti se náhle budí v noci z plného zdraví s dušností a inspiračním stridorem. Mechanismus účinku je ověřen a podrobně popsán. V této indikaci se nejvíce projevuje efekt lokální protizánětlivý a antiedematózní. Některé práce ukazují, že profylaktické užívání preparátů systémové enzymoterapie snižuje frekvenci infekčních atak signifikantně více než užívání bakteriálních imunomodulátorů (1, 3). Podrobněji se o problematice užívání systémové enzymoterapie v pediatrii zmiňuje MUDr. Nouza, DrSc. (3).

Osobně v této indikaci dávám přednost Phlogenzymu před Wobenzymem pro vyšší obsah rutinu a bromelainu, v jedné dávce na noc. Je výhodné začít v dávce doporučené výrobcem (1 tbl. na 10 kg hmotnosti), cca po měsíci je možné dávku snížit na poloviční se zvyšováním při respiračních infektech. Tuto profylaktickou léčbu dle frekvence laryngitid často ponechávám po celou dobu chladných měsíců roku, v letních měsících ji vysazuji. Další postup je individuální, závislý na efektu dosavadní léčby. Buď děti užívají Phlogenzym již pouze při nachlazení na omezenou dobu, nebo profylakticky dále. Tento postup volí často rodiče po předchozí zkušenosti sami. Pokud se při profylaktickém užívání objevují laryngitidy, výjimečně bývají takové intenzity, že je nutné akutně vyhledat lékařskou péči a je dostatek času na celkové podání kortikoidů (pes os, per rectum) či není nutné jejich podání vůbec a rodiče vystačí s režimovými opatřeními (chladný vzduch).

Vedlejším efektem této léčby někdy bývá zlepšení chuti k jídlu u dětí „nejedlíků“, což jistě není na škodu, protože příčinu zdravotních obtíží s často nemocným dítětem lze nezdědka hledat v nedostatečném příjmu nutričně hodnotných potravin. Je zajímavé, že stejné zvýšení chuti k jídlu nastávalo i u starších dětí, kterým jsme podávali Colinfant newborn po opakované ATB léčbě, což naznačuje možný vliv preparátů systémové enzymoterapie na střevní mikroflóru (2). Ze stejného důvodu ale tuto léčbu nepreferuji u dětí obézních.

Nežádoucí reakce při užívání systémové enzymoterapie u dětí nejsou časté, z mé zkušenosti bych uvedl relativně častější výskyt průjemové stolice, plynatosti, bolestí břicha, alergické kožní projevy u dětí alergických na ananas, bolesti hlavy (často jako úvodní reakce u dětí s chronickou sinusitidou či fokusem v ORL oblasti). Někdy stačí dávku preparátů snížit či rozložit v průběhu dne, zřídka bylo nutné je zcela opustit.

■ Závěr

Recidivující subglotické laryngitidy jsou relativně častou diagnózou v ordinacích pediatriů, alergologů a imunologů i otolaryngologů. Profylaktické užívání přípravků systémové enzymoterapie je dle mých osobních zkušeností přínosné ve smyslu snížení frekvence a tíže recidiv subglotické laryngitidy, ať je již příčina jakákoli. To však neznamená, že bychom po ní neměli pátrat a kauzálně ji (je-li to možné) řešit.

Kromě pediatrického, podrobného alergologicko-imunologického a ORL vyšetření je potřeba myslet na GER a při potvrzení této diagnózy nasadit léčbu. Odstranění zánětlivých fokusů je samozřejmostí. U těžkého průběhu a recidiv laryngitid či laryngotracheobronchitid je indikováno endoskopické vyšetření – laryngotracheobronchoskopie.

Důležitá v prevenci všech recidivujících infekcí, a tedy i subglotických laryngitid, je i léčba klimatická. ■

Humana



vítejte v Humídkově!

Pro Vaše miminko je nejlepší mateřské mléko. Když kojení již nestačí individuálním vývojovým potřebám Vašeho dítěte, nabízejme jako správné náhradní řešení pro jeho další optimální vývoj mléčnou kojeneckou výživu.

HUMANA 2

- Pokračovací mléčná kojenecká výživa
- Od ukončení 6. měsíce (dle nové legislativy EU)
- Je lehe stravitelná a velmi dobře sytí.
- Vhodné upravené složení a obsah bílkovin usnadňuje trávení, snižuje zátěž ledvin a ulehčuje přechod od kojení na mléčnou výživu.
- Obsahuje všechny potřebné vitamíny a živiny důležité pro správný vývoj kojence.
- Přidána PREBIOTICKÁ vláknina

HUMANA 3

- Pokračovací mléčná kojenecká výživa od ukončení 8. měsíce.
- Je dobře a lehe stravitelná a přizpůsobená zvýšené potřebě živin starších kojenců.
- Obsahuje cenné složky z mléka a obilí a mnoho důležitých vitamínů pro správný růst a cenné minerální látky pro stavbu kostí a vývoj zoubků.
- Přidána PREBIOTICKÁ vláknina
- S příchutí banán - vanilka
- Bez přídavku řepného cukru

Baby voda

- Speciální technologií byly odstraněny nežádoucí látky (jako těžké kovy, dusičnany a choroboplodné zárodky), přičemž potřebný obsah minerálních látek zůstává zachován.
- Kojenecká strava většinou již obsahuje veškeré minerální látky v množství kryjícím potřeby dítěte, proto je nutné zabránit dalšímu zatížení dětského organismu například nadbytečným množstvím minerálů.
- Výrobce ji doporučuje pro přípravu jakékoliv kojenecké výživy nebo nápoje.
- NENÍ TŘEBA JÍ PĚVAŘOVATI!

HUMANA dále nabízí:

- počáteční kojeneckou mléčnou výživu,
- HA mléčnou kojeneckou výživu,
- mléčné a nemléčné kaše,
- speciální výživu HN při průjmu
- AR při celiakii/sprue,
- Instantní čajové nápoje
- příkrmky ve skle v BIO kvalitě.



Výrobky jsou k dostání v lékárnách, v prodejnách DM, Rossmann, Hypertnova a Interspar.



Humídkov



Ze světa odborné literatury...

Downův syndrom a aberantní pravá a. subclavia

Downův syndrom (DS) může být asociován s různými orgánovými nepořádkem. Také problémy těchto dětí s kmením jsou mnohdy zapříčiněny různými defekty, např. vrozenou srdeční vadou, kongenitálními anomáliemi GIT, endokrinními onemocněními... I při nepřítomnosti těchto stavů vede k poruše prospívání celková hypotonie dítěte. V poslední době v souvislosti s moderními metodami se objevuje souvislost mezi aberantní pravou arteria subclavia a poruchou pasáže přes oesophagus. V dnešní době diagnostické techniky jako transthorakální echokardiografie, kontrastní oesophagogram baryem, angiografie nebo CT-angiografie mohou být užitečné k diagnostice. Přítomnost pravé aberantní a. subclavia (ARSA) může být chirurgicky řešena ve prospěch pacienta. Je nutné si uvědomit, že DS se objevuje s frekvencí 1 na 1000 porodů. VCC bývají u DS v 50 %, gastrointestinální anomálie až v 50 % (duodenální striktura a GER), dále pak endokrinní abnormality nebo poruchy motorických funkcí. Zažívací poruchy se však mnohdy přičítají jen ke všeobecnému snížení tonusu. Porucha kmení a prospívání dítěte je mnohdy řazena jen k rozvoji kardiální problematiky. Na druhé straně se uvádí, že přítomnost ARSA je důvodem ke GIT problematice až ve 20 %. Je to přímo způsobeno kompresí dorsální oblasti oesophagu. Uvádí se, že tato anomálie by mohla být nalezena prenatalně až u 30 % pacientů. Klinické obrazy pak autoři prezentují na kazuistikách tří pacientů. Jednalo se o pacienty s VCC nebo persistující plicní hypertenzí, kteří měli zažívací problémy i po korekci VCC a někdy až v 6 letech byla dg. tato tzv. dysfagia lusoria. Ligace a reimplantace aberantní arterie je vlastním typem chirurgického řešení.

Eur. J. Pediatr. 2008, 167, 1033–1036

Co je nového v genetice dětské epilepsie?

V nedávných pracích se uvádí, že různé mutace genů ovlivňují excitabilitu neuronů. Rolí zde hraje také průchod natria a kalia různými cestami i GABA receptory. Ty jsou ovlivněny těmito mutacemi. Nejvýraznější postup byl realizován na úrovni idiopatické generalizované epilepsie asociované s febrilními křečemi. Je nyní jasné, že mutace se uplatňují nejen při familiárním výskytu, ale i u sporadických forem, speciálně

u kojenců a malých dětí s nevysvětlitelnou těžkou epileptickou encephalopatií. Mnohé práce proto hovoří o tzv. epilepticky citlivých genech. Ty přispívají k individuální genetické dráždivosti až k vývoji epilepsie. Epilepsie (EPI) postihuje 0,5 % dětí, pokud vyloučíme febrilní křeče. Z etiologického pohledu je možné dělat rozdíl mezi symptomatickou a idiopatickou epilepsií. Ve větší skupině symptomatických epilepsií je současná mozková dysfunkce velmi pravděpodobná. Na druhé straně získané mozkové léze vidíme u hypoxicko-ischemické encephalopatie, mozkového traumatu, tumoru a dalších. Díky MRI dnes vidíme více kortikálních malformací. Na druhé straně je otázkou, proč u všech dětí s kortikální dysplasií v CNS se nevyvíjí epilepsie nebo proč symptomatická epilepsie může být jen přechodnou událostí. Jen komplex mezi získanými a genetickými faktory může vysvětlit tyto fenomény. K idiopatické epilepsii je možné sdělit, že může být familiární, více sporadická, ale bez zjištěné příčiny. Jsou zde vyloučena neurologická, metabolická, oftalmologická onemocnění. Idiopatická epilepsie může být generalizovaná i parciální.

Juvenilní myoklonická epilepsie může probíhat pod obrazem generalizovaného epileptického syndromu. Existuje komplex polygenetické dědičnosti. Velká majorita v genech zastihuje regulaci excitace a inhibice v neuronálních a synaptických spojeních. Febrilní křeče jsou benigní, závislé na věku a nemají v podstatě žádný vliv na vývoj. V těchto rodinách je často pozitivní rodinná anamnéza pro EP. U 5 % dětí se přes všechna tvrzení vyvíjejí klinické obrazy EP. Existují tzv. FEB geny pro tyto stavy. Zvláště je to popisováno v Japonsku, kde až 8 % dětí prodělá febrilní křeče. Pro rekurenci febrilních křečí existuje mutace genů. I v rodinách je dobře známý výskyt myoklonických křečí, atonických křečí i absencí. Dědičnost je zde autosomálně dominantní s variabilní penetrací. Děti, které mají v pozdějším věku tzv. absence, mívaly často v kojeneckém věku febrilní křeče. Na druhé straně vidíme, že navzdory intenzivnímu výzkumu nebyla nalezena žádná mutace u dětí s těžkou epileptickou encephalopatií. Podobná situace je u idiopatických infantilních spasmů. Jen sporadické infantilní spasmy mohou být způsobeny mutací genů. Ty bývají často spojovány s autismem. Také benigní familiární neonatální křeče mohou být způsobeny mutacemi v neuronovém řečišti, objevují se první den života a po týdnu mizí.

Znalost genetického pozadí pomáhá v budoucnu více vysvětlit prognózu dětí.

Eur. J. Pediatr. 2008, 167, 715–722

Prevalence GS viru C u zdravých a hepatitis C infikovaných dětí

GS virus C je nový krevní flavivirus. Prevalence u zdravých dětí se pohybuje kolem 0,5–4 %, žádné známé onemocnění není asociováno s GSV C infekcí. Při studiu skupiny zdravých dětí v počtu 327 s normálními hodnotami ALT (skupina AI) a zvýšenou ALT (skupina S) a 38 dětí matek s hepatitidou C byla porovnána prevalence tohoto viru. Prevalence GSV C viremie u skupin A i S byla menší než u pacientů skupiny C. Zatímco GSV C viremie byla více frekventní u hepatitis C infikovaných dětí, nebyla nalezena asociace se stupněm jaterního postižení ani nebyla závislost směrem k chronicitě hepatitidy. V prevalenci viremie se tedy skupiny od sebe výrazněji nelišily.

Eur. J. Pediatr. 2008, 167, 991–994

Kongenitální syphilis v diferenciální diagnóze neúrazového postižení

Autoři uvádějí kazuistiku dvouměsíčního kojence se zduřením a bolestivostí pravého předloktí bez anamnézy traumatu. Zduření bylo teplé, dítě mělo teploty. Méně přibývalo na váze. Jeho matka byla vyšetřena v 21. týdnu gravidity s negativním screeningovým nálezem pro syphilis. Na RTG pravého zápěstí byla spirální fraktura s periostální reakcí. V laboratoři pak mikrocytární, hypochromní anaemie a mírně zvýšená hodnota alkalických fosfatů. Hodnoty CRP vysoké, až 121 mg/l. Léčen intravenózním flucoxacinem a PNC, předloktí bylo imobilizováno. Dostával krevní transfuze. Na očním pozadí patrné retinální haemorrhagie. Při RTG vyšetření skeletu patrné periostální reakce na diaphysách všech dlouhých kostí a destrukce v oblasti metaphys. Kongenitální syphilis potvrzen TPPA a ELISOU. Také u matky následně pozitivita TPPA testu.

Eur. J. Pediatr. 2008, 167, 1071–1072

Ve spolupráci s firmou Mucos Pharma zpracoval MUDr J. Liška, CSc.



Aktuality...

Pojišťovny chtějí označit a odměnit „lepší“ lékaře

Více peněz praktickým lékařům, kteří nabízejí něco navíc. To je pro příští rok strategie zdravotních pojišťoven.

Lékaře, kteří se zapojí do projektu Všeobecné zdravotní pojišťovny a budou tak mimo jiné pacientům nabízet objednání na určitou hodinu, pacienti poznají podle loga nalepeného na dveřích. „Pojišťovna už nechce být jen ten, kdo rozděljuje peníze,“ říká Pavel Vepřek, ředitel pro strategii a rozvoj Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP).

Pilotní projekt, který VZP rozbíhá od začátku příštího roku v Ústeckém, Plzeňském, Jihočeském a Moravskoslezském kraji, se kromě většího komfortu pacientů týká hlavně výměny informací mezi lékaři a pojišťovnou.

Lékař bude mít přehled o vyšetřeních, která pacient absolvoval v jiných zařízeních, a to mu pomůže v další léčbě. „Praktický lékař má být integrující prvek, u něj se mají informace sbíhat,“ vysvětluje předseda Sdružení praktických lékařů Václav Šmatlák. Podobné projekty chystají podle informací LN kromě VZP další tři pojišťovny.

Mezi nimi je i Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra. A s čím její projekt počítá? Lékař získá informace, díky kterým může předejít zdvojenému předepisování léků i vyšetření. „To samo o sobě přináší zásadní výsledky ve zdraví pacienta, druhořadě i snížení nákladů,“ upozorňuje ředitel této pojišťovny Jaromír Gajdáček. Ministerstvo zdravotnictví nové projekty pojišťoven sleduje. „Objednávání pacientů i poskytování informací lékařům jsou potřebné trendy. Dnes mohou někdy vypadat jako významné zlepšení, během pár let ovšem budou běžnými záležitostmi,“ soudí náměstek ministra Pavel Hroboň.

V budoucnu se mají kromě praktických lékařů zapojit do projektu sdílení informací i specialisté. K nim pak bude moci praktik, zapojený do stejného projektu, pacienta rovnou objednat.

„Pacienta neomezujeme, ale vyšlapáváme mu cestičku,“ uvádí Pavel Vepřek z VZP. „Když ho praktický lékař objedná k ortopedovi na určitou hodinu, předpokládáme, že to pacient využije. Na druhou stranu mu nebereme možnost jít jinam,“ doplňuje. Někteří odborníci se obávají, aby pojišťovny nevyhodňovaly spíše ty lékaře, kteří léčí levně, než ty kvalitní. Sdružení praktických lékařů a dětských praktiků proto s pojišťovnami jedná. To, že se kvalita péče bude zlepšovat, garantují zatím u projektů České národní zdravotní pojišťovny a Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra.

Změny pojišťovny připravují i přesto, že zatím neproběhla reforma zdravotnictví.

Nové projekty pojišťoven – Praktičtí lékaři budou mít o pacientech, které vedou v kartotéce, více informací, včetně toho, jaká vyšetření absolvovali u jiných lékařů a jaké léky berou. To má zabránit zbytečným vyšetřením a chybně ordinovaným lékům. – K lékařům, kteří budou v projektu VZP, se budou moci pacienti objednat na určitou hodinu. – V budoucnu bude moci praktik pacienta rovnou objednat k vybranému specialistovi.

Převzato: LN, 26. září 2008

Seznam dobrých lékařů

První pojišťovna začne pacienty informovat o tom, kde nabízejí kvalitnější léčbu. Pacienti se dozvědí, kteří lékaři jsou dobří.

V projektu tzv. řízené péče to jako první pojišťovna v Česku spouští od července Česká národní zdravotní pojišťovna (ČNZP). Ostatní pojišťovny, včetně největší VZP, ji chtějí následovat.

„Chceme dát pojištěnci informaci, kde bude dobře léčen, a tím ovlivnit jeho rozhodování,“ říká ředitel ČNZP Jiří Bek. Hodnotit, kde léčí lépe a kde hůř, se podle Beka dá například srovnáním počtu komplikací, doby strávené v nemocnici po obdobném výkonu nebo toho, jak často nemocnice převáží své pacienty na jiná pracoviště.

„Některým svým pacientům možná začnu radit: Můžete jet do sousedního okresu, lékař specialista tam má lepší výsledky,“ říká předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Pavel Neugebauer, který ordinuje v Nové Pace.

Právě jeho sdružení totiž spolupracuje s pojišťovnou na přípravě projektu řízené péče, a proto dostalo k dispozici data, která o kvalitě péče vypovídají. „Ukazuje se, že úroveň léčby není identická,“ říká Neugebauer. „V některých lokalitách mají například diabetici vyšší procento komplikací než jinde.“

Pokud projde balík reformních zákonů ministra zdravotnictví Tomáše Julínka (ODS), stane se řízená péče jedním z pojistných plánů, které budou pojišťovny svým klientům nabízet. Pacient přistoupí na to, že bude chodit jen k lékařům a do zařízení, které mu pojišťovna doporučí. Za to dostane bonus, třeba poukázku do lázní.

„ČSSD řízenou péči odmítá, vedlo by to k omezení dostupnosti i kvality péče,“ reaguje bývalý ministr zdravotnictví David Rath.

Ředitel České národní zdravotní pojišťovny Jiří Bek si od řízené péče slibuje, že umožní odměňovat dobré lékaře za dobrou práci. „Pojišťovně se vyplatí, když nejsou komplikace. Náklady na vyléčení jsou nižší,“ říká. „S lékařem, který efektivně léčí, a s občanem, který bude naše doporučení akceptovat, se chceme o úsporu podělit. Pacient by si mohl nechat proplatit nadstandardní služby, například ozdravný pobyt nebo některý zubařský výkon.“

Předseda České lékařské komory Milan Kubek má naopak za to, že důsledky řízené péče budou neblahé. „Na čem jiném než na omezení péče by pojišťovna mohla vydělat?“ ptá se. „Lékaři budou omezeni v tom, jaké použít léky, jaká udělat vyšetření.“

Kubek nevěří ani tomu, že pojišťovny budou své klienty v rámci řízené péče skutečně posílat ke kvalitním lékařům. „Pojišťovna není motivována zprostředkovávat kvalitní péči, ale ušetřit,“ říká. „Řízená péče je cesta k tomu, jak vybrat ty nejlacinější lékaře.“ Projekt řízené péče vznikl v 70. letech v USA. „Cílem bylo, aby drahé pojistky zlevnily a staly se dostupnějšími,“ říká Kubek. „Proto omezili právo lékaře použít veškeré dostupné metody léčby. V USA k tomu sáhli proto, že řada lidí neměla žádnou péči. U nás je dostupnost slušná, tak proč něco měnit?“

Manuál k výběru lékaře či zařízení

Pacient, který přistoupí na tzv. řízenou péči, bude moci využít jenom pojišťovnou doporučené lékaře a zařízení. Kterí to jsou, se dozví buď od pojišťovny, nebo od obvodního lékaře. Když nebude doporučení pojišťovny respektovat, přijde o bonus, například o peníze na nadstandardní lékařské služby. Pilotní projekt řízené péče, v němž mají být jen lékaři, kteří léčí dobře, má začít v červenci.

Převzato: LN, 2. června 2008

VZP chce řízenou péči, lékařské komoře se to nelíbí

VZP bude praktickým lékařům doporučovat, ke kterým specialistům mají posílat její klienty. Chystá totiž projekt vlastní řízené péče.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) v minulých týdnech rozeslala nabídku desítkám praktických lékařů. Další ji mohou očekávat během několika příštích měsíců. Největší česká zdravotní pojišťovna se totiž rozhodla, že od příštího roku bude mnohem více kontrolovat, jakým způ-



sobem probíhá léčba a péče o její klienty. Hlavní změnu vidí pojišťovna ve změně objednávání ke specialistům.

Pokud v současné době praktický lékař usoudí, že pacient potřebuje péči specializovaného lékaře, napíše mu doporučení a zbytek už je na pacientovi. Poté často dochází k tomu, že pacient dojde k odborníkovi a ten jej teprve objedná na další termín. Řízenou péčí by toto mělo skončit. Podle nového systému by pacienta k odborníkovi objednal přímo praktický lékař. U všech praktiků zapojených do projektu by pacienti měli mít možnost objednat se předem a přijít až na konkrétní hodinu. „Pokud jsou objednaní, neměli by potom v čekárně čekat déle než 15 minut,“ řekl pro iDnes.cz ředitel pro strategii a rozvoj VZP Pavel Vepřek. Možnost přijít bez objednání by ale podle VZP měla zůstat zachována.

Kubek před řízenou péčí varuje

Prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek řekl, že komora dostala od VZP neoficiální nabídku ke spolupráci. „Kvůli projektu řízené péče jsem měl se zástupci VZP jedno jednání a vyjádřil jsem k němu velké pochybnosti a rezervovanost. Zároveň jsem však požádal o podrobnosti o projektu,“ řekl Zdravotnickým novinám Kubek. „Od té doby uplynuly asi tři týdny a žádné jiné informace jsme nedostali,“ dodal prezident.

Podle Kubka řízená péče omezí přístupnost zdravotnické péče. „Je třeba si uvědomit, že již dnes je dostupnost péče hodně omezována, a zvážít, zda je tedy žádoucí, aby byla omezena ještě více. Současným omezením mám na mysli, že ne všechna vykonaná péče ze strany lékaře je pojišťovnou zpětně zcela proplacena,“ vysvětluje prezident. Kubek svůj odmítavý postoj vysvětlil na příkladu řízené péče v USA. Podle něj tento systém ve Spojených státech vznikl jako reakce na to, že se za zdravotní péči utrácely velké částky a kvůli tomu byly velice drahé komerční pojistky. „Řada občanů si žádnou pojistku nemohla dovolit. Aby se pojištění stalo dostupnějším, začali lidem nabízet levnější pojistky za ztrátu komfortu, za cenu zhoršení dostupnosti a kvality zdravotní péče,“ řekl Kubek. Podle něj tento systém v současné době uvízl na mrtvém bodě, protože se ukázalo, že kvalita nabízené péče je nedostačující. „**Řízená péče dává ohromnou moc do rukou zdravotním pojišťovnám, omezuje svobodu pacientů vybírat si na základě vlastního rozhodnutí svého lékaře, ale omezuje i lékaře tím, že dostávajíme příkazy typu: Používejte ty a ty léky, provádějte jen ta a ta vyšetření,“ popisuje situaci Kubek. „Většinou to běží na systému ‚pozitivních motivací‘. To znamená, že pojišťovny vám vaše postupy sice přímo nezakážou, ale pokud nebudete respektovat pravidla, která stanoví, budete za to finančně sankcionováni,“ říká prezident ČLK. „Úplně nejdůležitější je uvědomit si rozdílnou motivaci pacienta a zdravotní pojišťovny. Pacient má zájem o to, aby péče, kterou dostává, byla co nejkvalitnější, a pokud ji neplatí v hotovosti, je mu celkem jedno, kolik stojí. Pojišťovně je zase jedno, zda je péče kvalitní a dostupná, protože jejím cílem je, aby byla co nejlevnější,“ uzavírá Kubek.**

Převzato: ZN, 15. září 2008

ZP ustoupily. Praktikům přidají

Zdravotní pojišťovny se dohodly s praktickými lékaři a od ledna 2009 jim navýší kapitační platby. Pevný měsíční příjem praktika za registrovaného pacienta letos činí 42 Kč. Prvního ledna se tato částka skokově zvedne na 49 Kč.

„Nakonec jsme se s pojišťovnami dohodli na kompromisu. Jsem rád, že byl dodržen slib o vyrovnání deficitu vůči praktickým lékařům,“ sdělil Zdravotnickým novinám předseda Sdružení praktických lékařů ČR Václav Šmatlák. „S praktickými lékaři jsme se na této konečné částce dohodli v polovině září na velkém dohodovacím fóru,“ doplnil pro ZDN generální ředitel Zdravotní pojišťovny Metal-Alliance Vladimír Kothera.

Plošné navýšení nebudí nadšení

Ministerstvu zdravotnictví se krok pojišťoven nelíbí. Podle něj plošné navýšení úhrad neskýtá žádný prostor pro odměňování těch lékařů, kteří se snaží a poskytují lepší služby pacientům. „Jakékoli navýšení peněz musí přijít za odměnu. A zrovna u praktických lékařů je prostor pro zlepšení služeb velký,“ řekl pro týdeník Ekonom náměstek ministra zdravotnictví Pavel Hroboň. Zdravotní pojišťovny na lepší peníze praktikům podle svých slov rovněž nekývly rády. „Vždy jsme byli proti plošnému navýšení. Ale teď je aspoň část z nich najednou ochotna něco dělat, rozšiřovat ordináční dobu, zlepšovat služby,“ tvrdí ředitel Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra Jaromír Gajdáček. „Zásadní změna nastala, když vznikla třeba nová pojišťovna či projekt Moje ambulance,“ dodává Gajdáček.

Převzato: ZdN 6. října 2008

Léky: vadí strach a klamání

Ze 150 až 200 stížností, které ročně řeší Arbitrážní komise Rady pro reklamu, se zhruba desetina týká reklam na doplňky stravy, léky a léčiva.

Mezi atributy, které lidem nejvíce vadí v reklamě na léky, patří klamavost reklamy a využívání motivů strachu. Přesto se však spoty a reklamy s podobnými motivy objevují. Zaznělo to včera na semináři o rizicích v činnostech farmaceutických společností, který v Praze pořádala agentura Androsa.

Mezi reklamní spoty, na něž obdržela Arbitrážní komise Rady pro reklamu (samoregulačního orgánu českého reklamního průmyslu) v letošním roce nejvíce stížností, patří spot na přípravek Prevenar. Mladá maminka v něm vysvětluje, že její malý syn Ondra onemocněl pneumokokovou meningitidou, ohluchl, a že kdyby byla věděla o možnosti očkování dítěte už od dvou měsíců věku, neváhala by.

Podle výkonného ředitele Rady pro reklamu Ladislava Šťastného si lidé stěžovali hlavně na to, že tato reklama místo poskytnutí informací sází na strach rodičů. „Arbitrážní komise rady nicméně dospěla k závěru, že reklama působí spíše edukativně, její tón je klidný a nehysterický a motiv strachu, byť je přítomen, ve spotu nepřevládá,“ uvedl Šťastný s tím, že arbitrážní komise právě z těchto důvodů neshledala reklamu jako neetickou.

Jak ale na semináři upozornila právnička Dagmar Bicková z advokátní kanceláře bpv Braun Haškovcová, právě v případě léků pro malé děti je jakékoli využívání motivů strachu velmi citlivé téma a zadavatelé reklamy by se mu proto měli vyhýbat. Reklamu, která využívá motivů strachu, navíc stejně jako klamavou reklamu zakazuje zákon o regulaci reklamy. „Tento zákon hraje v lékové reklamě a reklamě na potravinové doplňky zásadní roli,“ upozornila Bicková s tím, že českou normu doplňuje i evropská směrnice o nekalých obchodních praktikách.

Stěžovatelé, kteří neuspěli u Rady pro reklamu, by měli v případě audiovizuální reklamy pravděpodobně větší šanci u státního regulačního orgánu, kterým je rada pro rozhlasové a televizní vysílání. Ta totiž na rozdíl od samoregulačního orgánu jednak může udělovat finanční sankce, jednak řadu případů posuzuje výrazně přísněji.

Jak ale upozornil na semináři Šťastný, obecný evropský trend směřuje i v oblasti samoregulace k přísnějšímu dohledu. „Nedávno jsme se spolu s výkonným ředitelem Českého svazu pivovarů a sladoven Janem Veselým zúčastnili v Bruselu semináře o reklamě na alkohol. V jeho průběhu nám promítli i 70 reklam ze všech evropských států, u nichž jsme měli kartami v barvách semaforu zhodnotit jejich etiku. Když jsme s Janem Veselým vytáhli už několikrátou zelenou kartu, vzbudili jsme pozornost moderátora do té míry, že jsme pak museli každé rozhodnutí veřejně obhajovat. Radši jsme se tedy uchýlili k oranžové barvě, ale i tak jsme v tom lese červených karet zůstávali nápadní. Takže – něco se v tomto směru děje,“ dodal Šťastný.

Převzato: LN, 24. září 2008



Julínek naštal koaliční poslance

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) pořádě naštal koaliční poslance. Důvodem je novela zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kterou ministr předkládá v září do vlády a v rámci které chce osvobodit od poplatků ve zdravotnictví i děti do šesti let. Na osvobození dětí od poplatků se totiž koalice dohodla už na jaře, s tím, že ministr připraví příslušný návrh a poslanci jej schválí tak, aby mohl platit od ledna příštího roku. Kromě dětí do šesti let má být u dětí do 15 let snížen pětitisícový limit na roční poplatky a doplatky za léky na tři tisíce korun. Teď se ale ministr rozhodl zařadit osvobození od poplatků do novely o zdravotním pojištění, která má především umožnit zavedení placeného nadstandardu u péče hrazené ze zdravotního pojištění. Návrh na placení nadstandardů ale považují i někteří koaliční poslanci za špatný. A právě spojení obou návrhů do jedné novely vyvolává odpor koaličních poslanců. „Návrh novely zákona 48 nevymezuje, na jakou péči má pacient ze zákona na pojištění nárok. Návrh je tak špatný, že vůbec není možné ho přijmout,“ řekl Právu v pátek Ludvík Hovorka, zdravotní expert KDU-ČSL. Podle něj „tak špatný zákon nemůže projít ani vládou“.

Zubová: Je to fígl na zákonodárce

To by ale znamenalo, že poslanci budou v pasti. Když neschválí novelu zákona 48, neschválí ani osvobození od poplatků dětí do šesti let. Poslankyně Strany zelených Olga Zubová nešetřila na adresu Julínka kritikou. „Nejen já, ale i naši zdravotní experti jsou z návrhu novely zděšení a chtějí víc času na připomínky,“ řekla včera Právu. Podle ní to, že Julínek vsunul do novely i osvobození dětí do šesti let, je nepřijatelné. „Připadá mi to trochu jako fígl. Pokud je to tak, že není možné tuto novelu přijmout, a pak by se na to svedlo, že nemůžeme ani přijmout osvobození dětí do šesti let od poplatků, tak to je špatné. Návrh na osvobození dětí od poplatků musí jít samostatně,“ soudí poslankyně Zubová.

Rath: Podám pozměňovací návrh

Také stínový ministr zdravotnictví za ČSSD David Rath je Julínkovým návrhem zaskočen. „Novela je hodně problematická a přijmout se skutečně nedá. Osvobození od poplatků dětí do šesti let se z této novely musí vyjmout a projednat zvlášť,“ řekl Rath. „Jsem připraven takový pozměňovací návrh podat.“ Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek Právu tento týden řekl, že je odpůrcem výjimek z poplatků, ale dohodu koalice ctí. „Jen doufám, že ve Sněmovně k tomu nepadnou další návrhy.“ Teď se ale zdá, že svou novelou zákona 48 si možná ve vládě, ale určitě v parlamentu zadělal na bouřlivou diskusi, která může smést ze stolu nejen zmíněnou novelu, ale i tři další reformní návrhy zákonů, které by poslanci měli v říjnu projednat.

Převzato: Právo, 13. září 2008

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

rádi bychom vás informovali, že nově spuštěná **sekce pro odborníky** na webových stránkách **Peceodite.cz** obsahuje již **6 dílů Dětské dermatologie**, které si můžete vytisknout nebo stáhnout k sobě na PC.

Jednotlivé díly **Dětské dermatologie** zpracovala přední dětská dermatoložka **MUDr. Stanislava Polášková** (recenzi provedla MUDr. Štěpánka Čapková). Do současné doby bylo zpracováno celkem 13 dílů, které jsou věnovány nejčastěji diskutovaným tématům v ordinaci dětského lékaře. Každý díl obsahuje i názornou fotografickou přílohu.

Všechna zpracovaná témata:

1. **Principy dermatologické léčby dětských pacientů** (k dispozici v sekci pro odborníky)
2. **Kožní onemocnění u novorozenců** (k dispozici v sekci pro odborníky)
3. **Kožní infekce u dětí** (k dispozici v sekci pro odborníky)
4. **Kožní infekce u dětí – pokračování** (k dispozici v sekci pro odborníky)
5. **Papulosquamózní onemocnění** (k dispozici v sekci pro odborníky)
6. **Atopická dermatitida** (k dispozici v sekci pro odborníky)
7. Polékové kožní reakce
8. Ekzémová onemocnění v dětství – pokračování
9. Kůže a slunce
10. Kožní cysty a noduly
11. Pigmentová onemocnění
12. Urticaria, angioedém, anafylaktický šok
13. Acne

Vstup do sekce naleznete v záhlaví stránek **www.peceodite.cz**. V případě, že budete mít zájem o další díly, můžete v sekci zadat svoji e-mailovou adresu a jakmile bude vložen další díl, obdržíte e-mailové připomenutí.

Věříme, že výše zmíněný materiál bude přínosem pro vaši pediatrickou praxi.

S pozdravem

MUDr. Hana Cabrnchová, předsedkyně OSPDL ČLS J.E.P.
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD ČR, o.s.



Pacienti mohou oznámkovat své lékaře na webu

Chcete vědět, jak ostatní pacienti hodnotí lékaře, ke kterému se chystáte a kterého zatím neznáte? Můžete se podívat na internet, kde se objevil seznam lékařů s hodnocením od pacientů. V databázi na www.znamy-lekar.cz je nyní více než 26 tisíc doktorů – praktičtí lékaři, stomatologové, psychiatři nebo gynekologové – a další přibývají. „U nás je celkem kolem padesáti tisíc lékařů a v databázi zatím chybějí zejména ti, kteří pracují v nemocnicích,“ řekl tvůrce projektu Jan Kroupa, který stránky spravuje ve volném čase, jinak pracuje jako programátor. Sám hradí také roční částku za registraci domény. Vysvětlil, že stránky vytvořil jen proto, aby nabídl službu veřejnosti. Cílem projektu je usnadnit lidem výběr lékaře a zároveň předat druhým zkušenosti, ať už pozitivní nebo negativní. „Jednou denně nově přidané komentáře kontroluji a v závislosti na tom měním celkové hodnocení,“ podotkl Kroupa. Výsledné hodnocení není pouze aritmetickým průměrem. Porovnává se se „známkami“ ostatních lékařů, v úvahu se berou i komentáře. Stránky jsou v provozu od poloviny srpna, ohodnocena je tedy zatím část odborníků. Web však už navštívilo osm a půl tisíce lidí. Inspiraci Kroupa čerpal od svého polského kamaráda Marka Wróbel, který stejný web spustil zhruba před půl rokem v Polsku. Stránky nyní navštěvuje zhruba sedm tisíc lidí denně. Podobná služba funguje také ve Švédsku.

Převzato: Dnes, 16. září 2008

Děti čeká nové povinné očkování, proti pneumokoku a černému kašli

Ministerstvo zdravotnictví uvažuje, že by nechalo od nového roku přeočkovat jedenáctileté a dvanáctileté děti proti černému kašli. „Právě v této věkové skupině se v současné době nakazí nejvíce děti,“ připomíná profesor infekčního lékařství Jiří Havlík. Další novinkou bude patrně plošné očkování proti pneumokokovým infekcím.

Na černý kašel se v 19. století běžně umíralo. Je nebezpečný zejména pro malé děti, které se mohou dávným kašlem zadusit.

Nyní se proti němu očkují jen novorozenci, ale ukazuje se, že vakcína u starších dětí špatně účinkuje. Existuje riziko, že mohou nakazit ty mladší.

Odborníci čekají, jestli počet nakažených bude letos větší než loni. Odhaduje se však, že už nyní je nemocných třikrát víc než minulý rok.

Plánované přeočkování proti černému kašli není jedinou novinkou v očkovacím kalendáři. Pravděpodobně od ledna 2009 by mělo odstartovat plošné očkování proti pneumokokovým infekcím. „Začneme buď zkraje příštího roku, nebo v roce 2010,“ upřesňuje hlavní hygienik Michael Vít.

Očkování by podle předsedy České vakcinologické společnosti Romana Prymuly bylo sice plošné, ale zároveň dobrovolné.

Pneumokok může i zabít

Rodiče by si tedy mohli sami zvolit, zda chtějí potomka chránit pomocí vakcíny, ostatní plošná očkování nařizuje zákon.

Pneumokok způsobuje například záněty středního ucha, ale může i zabít. Vyvolává zánět mozkových blan a způsobuje i celkovou otravu organismu. „Každá vakcinace je v zásadě výhodou. Existují sice vedlejší účinky, ale kladné výsledky převažují,“ schvaluje případné zavedení novinky profesor Havlík.

Odpůrci nového očkování argumentují, že vakcína děti neochrání spolehlivě. „A u dětí, které jsou očkovány proti pneumokoku, lze také prokázat, že mají v nosohltanu více nebezpečných zárodků, jako je například zlatý stafylokok,“ varuje na svých internetových stránkách sdružení Rozalio neboli Rodiče za lepší informovanost v očkování.

Změny v očkovacím kalendáři se očekávají v době, kdy si lékaři budou

připomínat padesát let od chvíle, co se u nás děti začaly pravidelně očkovat: bylo to v lednu 1959.

„Pravidelné očkování bylo na konci padesátých let přijato s nadšením,“ uvádí pamětník Jiří Havlík.

Československo tehdy podle něho jako první země zavedlo očkování proti dětské obrně. A výsledky byly fantastické. Zatímco ještě v roce 1953 propukla v zemi epidemie této nemoci a na obrnu umřelo 50 dětí za rok, od roku 1961 se u nás toto onemocnění takřka nevyskytuje.

Je tuberkulóza hrozbou?

Proti tuberkulóze se u nás děti začaly očkovat už v roce 1953. Nemoc se v Česku sice objevuje dodnes, ale většinou u imigrantů nebo lidí žijících na ulici.

Lékaři proto debatují, zda není čas provést změnu i u tuberkulózy. Podle některých odborníků není nutné přeočkování, které se provádí u jedenáctiletých dětí.

„Jedním z řešení by bylo očkovat pouze předem definované skupiny, jako jsou lidé, v jejichž rodině se nemoc objevila, nebo bezdomovci,“ vyjádřil se epidemiolog ze Státního zdravotního ústavu Jan Kynčl.

Plicní lékaři se však brání. Tuberkulózu stále vidí jako velkou hrozbu.

„Navrhovat rušení povinného očkování včetně přeočkování v jedenácti letech považuji za hazardování s ochranou veřejného zdraví,“ říká plicní lékařka Jana Nykodymová z Říčan.

Převzato: Dnes, 29. září 2008

Zrušit plošné očkování proti TBC je riziko

Na poslední tiskové konferenci ministerstva zdravotnictví na dotaz jednoho z novinářů odpověděl hlavní hygienik České republiky Michael Vít, že se diskutuje o zrušení povinného očkování proti TBC.

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) v publikaci „Zdraví 21. století“ uvádí, že závažným problémem, který je nezbytné řešit, je opětovný růst výskytu a závažnosti tuberkulózy v evropském regionu. Počty případů a úmrtí v mnoha východoevropských zemích stále rostou a v západoevropských zemích se dřívější klesající tendence mění na vyrovnaný stav nebo mírný vzestup. WHO také varuje před oslabením systému kontroly a dohledu nad TBC. Upozorňuje na nebezpečí vzestupu multirezistentní tuberkulózy (MDR), extrémně rezistentní tuberkulózy (XDR), velký podíl migrace ze zemí s vysokou incidencí TBC, proto nabádá k urychlenému vývoji jak účinnější vakcíny, tak i nových účinných léků na šířící se MDR a XDR TBC.

Otevřeli jsme se cizincům, riziko nákazy se zvyšuje

Výskyt tuberkulózy je v naší zemi velmi nízký právě proto, že se od počátku padesátých let minulého století provádí důsledné očkování dětí hned po narození a poté ještě v jedenácti letech, kdy se přeočkovávají děti, u nichž se zjistí, že první očkování je již neúčinné. Právě tento systém prevence vede k uvedenému pozitivnímu výsledku. Zrušit plošné očkování v současné situaci je riskantní. Naše země se otevřela přílivu cizinců ze zemí s vysokým výskytem tuberkulózy, jako je Mongolsko, Vietnam, Ukrajina či Rumunsko, a proto se riziko nákazy zvyšuje. Očkovat jen předem definované skupiny nemá valný smysl, protože je všeobecně známo, že preventivní očkování je účinné, jen pokud se provádí minimálně na 80 procentech populace. V souvislosti s předpokládaným nárůstem počtu cizinců ze zemí s vysokým výskytem TBC po vstupu naší republiky do Evropské unie odborná společnost plicních lékařů již v roce 2004 navrhovala novelizaci cizineckého zákona v tom smyslu, aby každý žadatel o udělení víza nad 90 dnů musel doložit zdravotní potvrzení, že netrpí nakažlivými nemocemi definovanými prováděcím předpisem ministerstva zdravotnictví.

Tuberkulóza se nevyskytuje jen u cizinců z východu a bezdomovců, ale

i u běžných občanů. Podle posledních statistických údajů za rok 2007 byl podíl cizinců na výskytu tuberkulózy 17,5 procenta a ve srovnání s předchozím obdobím má výrazně vzrůstající tendenci (například v roce 1998 byl jen 6,09 procenta). V případě našich občanů se tuberkulóza vyskytuje často právě u lidí, kteří z nějakých důvodů nebyli proti TBC očkovaní anebo onemocněli po dosažení věku 20 let, kdy účinky očkovaní postupně slábnou.

Nemoc není vymýcena

Tuberkulóza stále patří v celosvětovém měřítku k nejrozšířenějšímu infekčnímu onemocnění, na které ve světě umírá nejvíce lidí. Tuberkulóza u nás není vymýcena nemoc, je pouze potlačena díky fungujícímu systému kontroly a dohledu včetně preventivního očkování. Právě okolnost, že máme jeden z nejnižších výskytů TBC u dětí ve srovnání s ostatními zeměmi, je argumentem pro zachování plošného očkování.

O účinnosti preventivního očkování proti TBC mimo jiné svědčí statistické údaje. Při srovnání se zeměmi, kde se již plošně neočkuje, očkování je dobrovolné a záleží na rozhodnutí rodičů, je daleko větší výskyt tuberkulózy v dětském věku. Potvrzuje to srovnání výskytu této nemoci v naší zemi se Spolkovou republikou Německo, kde se očkuje na bázi dobrovolnosti. Ze statistických údajů publikovaných v časopise *Studia pneumologica* č. 4/2006 vyplývá, že v Německu u populace do pěti let je výskyt tuberkulózy u dětí německé státní příslušnosti 2,4/100 000, u dětí s jinou státní příslušností 20,7/100 000. V České republice je incidence u dětí do pěti let včetně dětí s cizí státní příslušností - 0,2/100 000. Proti německým dětem je to desetkrát méně a ve srovnání s cizinci v Německu dokonce stokrát méně, přičemž u nás již žije dost dětí z Ukrajiny, Vietnamu a dalších zemí s vysokou incidencí TBC.

Tento názor zastává Pavla Nykodýmová, plicní lékařka, primářka Plicního střediska Říčany a členka výboru České pneumologické a ftizeologické společnosti.

Převzato: LN, 9. října 2008

Britští vědci vyvinuli přelomový lék proti rakovině prostaty

Lék, zpomalující produkci hormonů a tím i postup smrtících forem rakoviny prostaty, vyvinuli britští vědci. Jejich přípravek Abiraterone je zvlášť velkým přínosem pro pacienty, u nichž nefunguje chemoterapie ani jiné druhy léčby. Výsledky prvních testů s novým lékem uveřejnil odborný časopis *Journal of Clinical Oncology*. „Tento lék brání rakovině produkovat si svoje vlastní hormony, které umožňují rakovinným buňkám přežít. Funguje nejen tak, že blokuje tvorbu těchto hormonů ve varlatech, ale také kdekoli v těle, a tedy i hormonů v samé rakovině,“ řekl vedoucí studie Johan de Bono z britského Institutu pro výzkum rakoviny (ICR). Tento ústav doufá, že už za dva nebo tři roky bude abiraterone na trhu v podobě pilulek. Lék podle dosavadních zjištění zpomaluje průběh nemoci o 400 dnů. Pro srovnání: pacienti se smrtící formou rakoviny prostaty žijí v průměru jen 540 dní od doby, kdy se podrobili chemoterapii. „Jsme přesvědčeni, že tento lék je vysoce účinný a trvalý. Věříme, že jsme udělali velký krok v léčbě pacientů s rakovinou prostaty v konečném stadiu,“ uvedl Bono. Abiraterone by mohl pomoci až čtyřem pětina lidí, kteří mají smrtící formy rakoviny. Mohl by se používat i u žen s rakovinou prsu. Někteří dobrovolníci brali lék až dva a půl roku. Byly u nich zjištěny jen malé vedlejší účinky, jako je únava nebo ztráta váhy. Rakovina prostaty je po rakovině plic druhou nejrozšířenější formou rakoviny u mužů. Každým rokem je ve světě nově zjištěno 680 000 mužů s touto nemocí a 220 000 z nich zemře.

Převzato: Právo, 26. září 2008





Podporuje fyzický růst a duševní vývoj dítěte

Sirup pro děti již od 1 roku

- ◆ LYSIN
- ◆ VÁPŇÍK
- ◆ VITAMINY: D3, E a komplex B-vitaminů (B1, B2, niacin, kyselina pantothenová, B6)

Vyvážené a cílené složení pro podporu fyzického růstu a duševního vývoje dítěte v náročných obdobích zvýšené potřeby nebo nedostatečného příjmu těchto látek potravou.

Doplňek stravy. Nenahrazuje pestrou, vyváženou stravu.



012-2008-KID

**Otevřený dopis ředitele České národní zdravotní pojišťovny všem pediatrům:**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

jako představitel České národní zdravotní pojišťovny se na Vás obracím se žádostí o podporu programu „ČNZP proti žloutence“. V jeho rámci přispívá ČNZP svým pojištěncům ve věku od 3 do 18 let na očkování proti žloutence typu A vakcínami Avaxim 160, Havrix 720 Junior a Havrix 1440 do výše 1000 Kč. Tato nabídka platí do konce roku 2008.

Současně probíhající program „Zima bez chřipky“, na kterém s námi spolupracujete, signalizuje vysoký zájem o preventivní očkování.

V zájmu co největšího rozšíření informace o naší nabídce očkování proti žloutence typu A je k tomuto číslu Vašeho časopisu „Vox Pediatrae“, které se Vám nyní dostává do rukou, přiložen leták s uvedením základních parametrů programu „ČNZP proti žloutence“. Věřím, že nám i tentokrát vyjdete vstříc a tuto informaci našim pojištěncům (svým pacientům) zprostředkujete. Předem za to přijmete můj dík.

S případnými dotazy je možné se obrátit na naši telefonní infolinku: **261 387 222** (každý všední den od 8 do 17 hod.).

S úctou

MUDr. Jiří Bek
ředitel České národní zdravotní pojišťovny

Zánět mozku spouští obezitu

Nový poznatek amerických vědců je příslibem pro léčbu cukrovky a dalších chorob. Nový objev amerických vědců je příslibem pro zcela nové přístupy k léčbě obezity a prevenci chorob, které obezitu provázejí. Svitla šance, že se naučíme předcházet například cukrovce druhého typu nebo kardiovaskulárním chorobám.

Tým vědců z University of Wisconsin v americkém Madisonu zkoumal mozkové centrum zvané hypotalamus, jež řídí celou řadu základních životních procesů. V hypotalamu se nacházejí centra pro udržení stálé tělesné teploty nebo centra regulující rozmnožování. Vědci vedení fyziologem Donshengem Caiem zjistili, že centrum pro řízení příjmu potravy ovládají v hypotalamu biochemické reakce klíčové pro spuštění zánětlivé reakce. Pokud výzkumníci tyto biochemické reakce posílili, pokusné laboratorní myši konzumovaly s potravou mnohem více energie. Když vědci stejné biochemické reakce utlumili, uvedli myši apetit zase do normálu.

Objev Caiova týmu je výsledkem výzkumu tzv. metabolického zánětu. Tento zánět vzniká v důsledku přejídání a následně obezity. Ve srovnání se zánětlivou reakcí, jež je vyvolána infekcí, zraněním či dalšími zdravotními problémy, je metabolický zánět výrazně mírnější ve svých projevech. Jeho následky nejsou na první pohled zřejmé. Projevuje se typickými biochemickými reakcemi, jež mají za následek sníženou aktivitu mnoha buněk.

„Tichý“ typ zánětu může v konečném důsledku vyvolávat některá chronická onemocnění provázející obezitu, protože tlumí životní pochody v buňkách s intenzivní látkovou přeměnou, například v játrech nebo ve svalcích.

Caie a jeho kolegy zajímalo, nakolik se metabolický zánět a jím vyvolaný útlum metabolismu v tkáních projeví na činnosti mozku, konkrétně na činnosti center hypotalamu zodpovědných za regulaci příjmu potravy. Zjistili, že v hypotalamu jsou v pohotovosti připraveny stejné molekuly, jaké se v těle podílejí na metabolickém zánětu. V mozku se tyto molekuly vyskytují dokonce v mnohem větších množstvích než v játrech nebo svalcích.

Za normálních okolností jako kdyby tito původci zánětu spali. Když Cai krmil myši vysokokalorickou potravou s velkým množstvím tuků, zánětlivé molekuly se v hypotalamu probraly k životu. Myši pak přijímaly více potravy, než kolik jim stačí k udržení normální tělesné hmotnosti, a tloustly. Když se vědcům podařilo potlačit v hypotalamu aktivaci zánětlivých molekul, mozkové centrum si udrželo nad příjmem potravy kontrolu a myši byly proti obezitě imunní. Výsledky těchto průlomových experimentů otiskl prestižní vědecký časopis Cell.

„Konečným cílem našeho výzkumu je samozřejmě najít látky, které by potlačily aktivitu zánětlivých látek v nervových buňkách hypotalamu,“ říká Donsheng Cai a přiznává, že k dosažení tohoto cíle zbývá jeho týmu vykonat ještě velké množství práce.

Cai je přesvědčen, že další pokusy přinesou odpověď i na mnohem obecnější otázku. Zajímá ho například, co stojí v pozadí současné epidemie obezity, jež je patrná v posledních třech desetiletích, a proč se lidský organismus nedokáže přizpůsobit změně ve stravovacích návycích lidí a ve skladbě jejich jídelníčku.

Převzato: LN, 10. října 2008

Buněčné hvězdy s dvojitou tvářičkou

Zesnulý americký herec Christopher Reeve patřil k zapáleným propagátorům výzkumu lidských embryonálních kmenových buněk. Doufal, že výsledky bádání v tomto oboru mu jednou vyléčí poranění míchy, které utrpěl po pádu z koně.

Laboratorní pokusy na myších a potkanecích však dlouho přinášely

4 PEDIATRICKÉ FORUM ZLÍNSKÉ ČTYŘKY

Dovolujeme si Vás pozvat na odborné sympozium

PEDIATRICKÉ FÓRUM ZLÍNSKÉ ČTYŘKY

6. 12. 2008
DK Elektra Luhačovice
9⁰⁰ – 17⁰⁰ hodin

Sympozium má lékařskou a sesterskou sekci a je zahrnuto do systému celoživotního vzdělávání ČLK a POUZP ČMS.

Informace a přihlášky najdete na

www.bpp.cz/zlinska4

Hero - HA mléka



rozporuplné výsledky. Některé experimenty končily překvapivě dobře. Pokusným zvířatům se po transplantaci buněk do přerušené míchy vrátil cit do končetin a dokázala se pohybovat.

Jindy se léčebný efekt nedostavil, a navíc se u zvířat objevila zvýšená citlivost ve zdravých nohách. Myši či potkani s ochrnutými zadními nohama nemohli po transplantaci léčebných buněk našlapovat ani na přední končetiny, protože je každý krok bolest.

Americký tým vedený Stephenem Daviesem z University of Colorado zjistil příčiny těchto potíží. Vědci použili kmenové buňky získané z páteře raných embryí a v laboratoři je nechali vyvíjet v nervové buňky zvané astrocyty. Tyto buňky hvězdicovitého tvaru mají v mozku a míše za úkol podporovat neurony. Proto se s nimi počítá jako s léčebnými buňkami pro zhojení přerušené míchy.

Davies zjistil, že v laboratoři rostou astrocyty dvou typů. Na první pohled jsou si podobné, ale po transplantaci se chovají v těle příjemce odlišně. První typ astrocytů má skutečně hojivé účinky. Když jsou vpraveny do poraněné míchy, nabudí růst nervových buněk. Takto léčeným zvířatům se začal do postižených končetin vracet cit a potkani dokázali končetinami lépe hýbat.

Druhý typ astrocytů selhal a navíc páchal v těle příjemce škody. Nenavodil růst neuronů, nezlepšil cit a pohyb postižených končetin. Transplantace však vyvolala u zvířat zvýšenou citlivost zdravých končetin. Výsledky experimentů zveřejnil časopis Journal of Biology. Davies je přesvědčen, že konečně přišel na to, kde dělal on i konkurenční týmy zásadní chybu: „Dlouho jsme se obávali, že když navodíme v poraněné míše růst nervových vláken, tak zároveň zcela zákonitě narušíme nervové obvody pro vnímání bolesti. Teď se ale ukázalo, že jeden typ buněk přináší léčbu bez bolesti, druhý naopak vyvolává bolest bez léčebného účinku.“

K cíli vedou dvě cesty

Při laboratorním pěstování nervových buněk pro léčbu poraněné míchy vznikají tedy hned dva typy buněk. V závislosti na podmínkách kultivace převažoval ve směsi buněk použitých u pokusných zvířat jeden či druhý typ. A podle jejich poměru se liší výsledek transplantace. Při případné léčbě poraněné míchy embryonálními kmenovými buňkami bude nutné z nich nejprve v laboratoři vypěstovat dostatek „léčivých“ nervových buněk a zbavit se příměsí buněk, jež poraněné míše škodí.

K tomuto cíli vedou dvě cesty. První spočívá v dokonale provedené proměně buněk. Druhá využívá třídění směsi buněk na ty, které se pro léčbu hodí, a na ty, které jsou nevhodné.

Davies spolu s kolegou Markem Noblem už pracuje na kultivačním systému, který by umožnil produkci velkého množství „čistých“ lidských léčebných astrocytů. Tyto buňky by chtěli vědci co nejdříve vyzkoušet přímo na ochrnutých pacientech.

Převzato: LN, 29. září 2008

Pití heřmánkového čaje zabraňuje cukrovce

Pravidelné pití heřmánkového čaje je prevencí proti cukrovce II. typu, ztrátě zraku i proti nervovým a ledvinovým obtížím. Podle japonských a britských vědců snižuje výluh heřmánku hladinu cukru v krvi. Brání tak vzniku enzymu, který způsobuje rozvoj diabetických komplikací. Vědci se opírají o pokusy na krysách: hladinu cukru v krvi měla výrazně nižší skupina, která dostávala heřmánky. Jejich zjištění zvyšuje naděje na nové léky proti cukrovce. Čeští lékaři zatím takové informace nemají. Prospěšnost heřmánku při léčbě cukrovky však předseda České diabetologické společnosti nevyloučil. Heřmánky se zatím používá hlavně proti stresu, nachlazení a menstruačním obtížím.

Pozor na PET lahve

Tým britských a amerických vědců naopak varuje před častým používáním nápojů a potravin z plastických lahví a nádob.

Jejich součástí bývá často bisfenol A, přičemž lidé s vyšší hladinou této látky v moči čelí dvojnásobně vyššímu riziku cukrovky či srdečních onemocnění než ti, kdo mají této chemikálie v těle málo. Žádná z 1500 sledovaných osob přitom hladinu bisfenolu neměla vyšší než tu, již americké úřady označují za „bezpečnou“. Pacientů s cukrovkou II. typu, která bývá spojována s obezitou, přibývá zejména ve vyspělých zemích. Vědci z Curyšské univerzity nyní testují lék, který blokuje v těle produkci látky zvané interleukin 1beta. Ta má podle nových zjištění na svědomí selhání tvorby inzulínu v těle. S novým lékem bude pacientům s cukrovkou II. typu stačit jedna injekce inzulínu měsíčně místo nyníjších dvou denně.

Převzato: Právo, 18. září 2008

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA.

Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.

Hledám pediatra na zástupy

Hledám pediatra/pediatricku na zástup v srpnu za dovolenou. Rovněž pak k další pravidelné spolupráci (např. 1x týdně středy dopoledne) a další občasné zástupy dle domluvy. Lokalita Praha 3-Jarov. Tel.: 603 523 062. Ev. č.: 136-06-08

Hledám pediatra

Hledám pediatra k občasným zástupům do ordinace PLDD – okolí Hradce Králové. Tel.: 605 461 544. Ev. č.: 137-06-08

Oznamuji všem kolegům

Oznamuji všem kolegům, že budu pokračovat v koordinační činnosti pro zastupování PLDD v Praze za MUDr. Alenu Rejdovou. MUDr. Vlasta Schütová, tel.: 606 460 118, 272 920 258. Ev. č.: 139-07-08

Hledám zástup do ordinace PLDD

Hledám pediatra na zástup do ordinace PLDD v Praze 5 – od listopadu 2008 na období cca 1 roku. Kontakt: detskaambulance@seznam.cz Ev. č.: 140-07-08

Hledám asistenta na zástup

Hledám asistenta do ordinace PLDD v Praze 9. Tel.: 775 283 513, e-mail: c.dostal@seznam.cz. Ev. č.: 141-07-08

Hledám nástupce

Hledám nástupce do zavedené pediatrické ordinace v České Třebové. Tel.: 602 435 938 ve večerních hodinách. Ev. č.: 142-07-08

www.cviceniprozdravi.cz

Vadné držení těla, bolesti zad. Osvědčené zdravotní cvičení na DVD. www.cviceniprozdravi.cz. Ev. č.: 143-08-08

Prodám zavedenou praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi PLDD na Mostecku. Spěchá. Tel.: 606 471 197 od 17 hod. Ev. č.: 144-08-08

Převod praxe PLDD

Dvě spojené praxe po rekonstrukci (Velim, Cerhenice) 50 km od Prahy. V obci nová výstavba. Byt od obce k dispozici. Informace: MUDr. Němeček, tel.: 603 461 740 Ev. č.: 145-08-08

Stiefel - Duac gel

Hero - Baby lactum