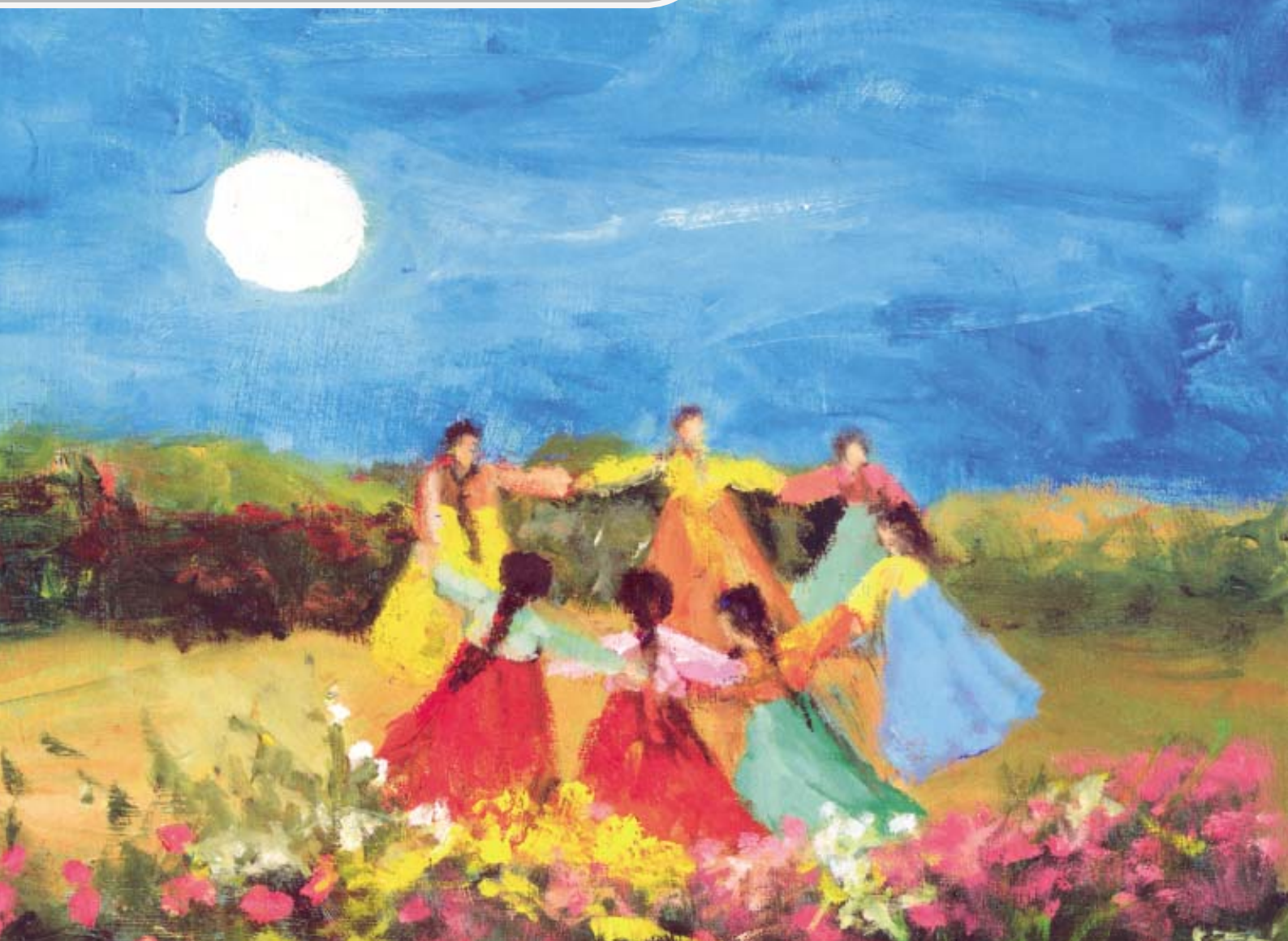


téma čísla

METABOLICKÉ VADY



- SPLDD ČR a obor Praktický lékař pro děti a dorost
- Strategie diagnostiky a léčby dědičných metabolických poruch s akutním průběhem
- Prevence úrazů a násilí v pediatrické praxi
- Současné diagnostické možnosti pseudohypoparatyreózy typu Ia – metabolické, endokrinologické a molekulárněgenetické aspekty
- Kraniofaryngeom – nádor povahou benigní, lokalizací však velice maligní
- Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb

Sunar®

protože milujeme
naše děti

Jsme připraveni
i pro vaše malé
hvězdy






Pro každou maminku jsou její děti těmi největšími hvězdami. Proto pokaždé s radostí sleduje, když dobře rostou. Nejvíce českých dětí vyrůstá právě na Sunaru*, který je nyní připraven i pro nově generace. Sunar complex totiž obsahuje naturbalance – vyváženou kombinaci zdravé výživy a přirozené mléčné chuti. Ještě lepší receptura poskytuje Vašemu dítěti vše potřebné pro zdravý růst a harmonický vývoj.

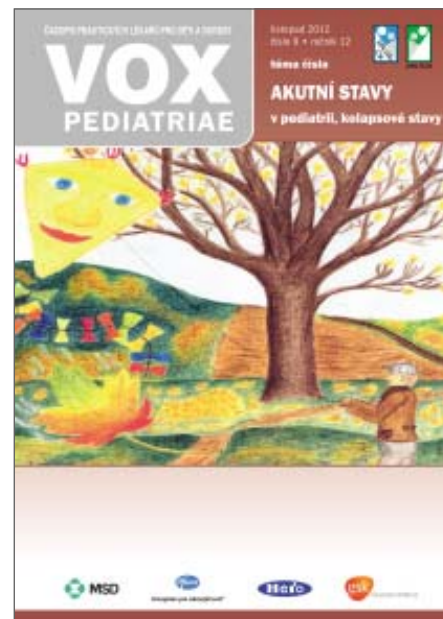
- Lahodná, přirozeně mléčná chuť
- Prebiotika GOS potřebná pro střevní mikroflóru
- Beta-palmitát – unikátní složka tuku přirozeně obsažená v mateřském mléce
- Vitaminy a minerální látky včetně vápníku a vitamínu D pro zdravý růst kostí

www.sunar.cz ☎ 800 201 102

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



	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Právní rubrika: Právník radí	8
	MUDr. Pavel Neugebauer SPLDD ČR a obor Praktický lékař pro děti a dorost	10
	MUDr. Gabriela Kubátová Zpráva ze zasedání Evropské akademie pediatriů Praha 11.–12. 5. 2012	14
	MUDr. Gabriela Kubátová Zpráva ze zahraniční cesty	15
	Informace OSPDL ČLS JEP	18
	MUDr. Eliška Marklová, CSc. Strategie diagnostiky a léčby dědičných metabolických poruch s akutním průběhem	20
	Doc. MUDr. František Lošan, CSc. Současné diagnostické možnosti pseudohyppoparatyreózy typu Ia – metabolické, endokrinologické a molekulárněgenetické aspekty	22
	Doc. MUDr. Veronika Benešová, CSc. Prevence úrazů a násilí v pediatrické praxi	23
	MUDr. Roman Špaček Kazuistika: Kraniofaryngeom – nádor povahou benigní, lokalizací však velice maligní	28
	Ze světa odborné literatury	30
	Aktuality	32
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Respirace	38
	Věstník MZ ČR, ročník 2012, částka 5 Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
HERO
JOHNSON&JOHNSON
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
PFIZER

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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

Obrázek na titulní straně namaloval nohou Yoon Jung Lee, převzato z nakladatelství UMÚN, s.r.o., Nad Školou 1285, 463 11 Liberec, tel. 485 161 712, www.umun.cz

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



Vážené kolegyně, vážení kolegové, čekají nás volby do výboru OSPDL ČLS JEP a revizní komise. Na mimořádném sjezdu Purkyňovy společnosti byly přijaty dne 7. 12. 2011 nové stanovy i volební řád. OSPDL je samozřejmě nadále zařazena jako jedna z organizačních složek Purkyňovy společnosti. Organizační složka společnosti rozhoduje o způsobu voleb v souladu s organizačním a volebním řádem Purkyňovy společnosti.

Smyslem mého sdělení je shrnutí jednotlivých volebních období OSPDL ČLS JEP, ukázat návaznost OSPDL na SPLDD a upozornit na nejdůležitější činnosti společnosti. Není pochyb o tom, že šíře aktivit jednotlivých výborů nebyla vždy dostatečně prezentována před celou členskou základnou ve VOX PEDIATRIAE vzhledem k velkému rozsahu řešených problémů členy výboru a v informacích z praktických důvodů dominovala především očkovačská problematika.

Dovolu mi malé ohlédnutí do historie. V lednu roku 1990 se v Praze konstituovalo Občanské fórum pražských dětských lékařů a dětských sester pod názvem Sdružení, které se dne 12. 7. 1990 zaregistrovalo. V roce 1991 pracovalo jako region Praha a dne 7. 6. 1992 se v Lékařském domě konala ustavující konference Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR. Dne 1. 9. 1997 vzniká Společnost praktických dětských lékařů, poradní sbor, připravuje se konference společnosti, jmenován zástupce pro Vox logo. V roce 1998 se ustavuje výbor OSPDL (předseda Endler, tajemník Karger, věd. sekretář Seifertová, Zahálka, Svítlová, revizní komise Liška). Situace dává vznik devítičlennému poradnímu sboru a jsou jmenováni regionální zástupci OSPDL, tehdy v počtu osmi. Vznikají funkční vzdělávací centra v regionech. Od roku 1998 existuje profesní časopis VOX PEDIATRIAE, tehdy jako bulletin Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost. V redakční radě pracovali Melicharová, Bumbová, Seifertová, Přibyllová, Skála, Žižka. Časopis funguje i jako informační servis OSPDL. V roce 1998 se koná kongres všeobecného lékařství, tvoří se koncepce oboru pediatrie, zájemci o místa školitelů se scházejí na Javorníku (1999). Dále se průběžně řeší ve spolupráci se SPLDD problematika rodinného lékaře, odbornost 301 a situace v oblasti očkování, soubor výkonů i úskalí odmítačů očkování, a to i na úrovni jednání v senátu a poslanecké sněmovně, kterých se opakovaně zúčastňují zástupci obou organizací.

Dne 1. 10. 2000 je zvolen v Šumperku další výbor OSPDL (předseda doc. Novák, tajemník Karger, věd. sekretář Seifertová, Hanzlová, Hanousek, Liška, Marek). V červnu 2001 po konzultacích s revizní komisí ČLS JEP se konají znovu volby v Kácově. Zvolen nový sedmičlenný výbor (předseda Cabrnchová, zást. Seifertová, věd. sekr. Liška, předseda oborové komise ČLK Krejčík, rev. komise Kolářová). Začínají se tvořit okruhy pro páteřní vzdělávací akce, připravuje se náplň specializované způsobilosti v oboru PLDD, která má ve svém finále dva termíny (2004, 2008) a zákonnou úpravu. Již tehdy se řeší propouštění novorozenců do domácí péče, vybavení ordinací, rozpočtované a nerozpočtované akce, připomínkování vyhlášek. Nově je konstituován VOX PEDIATRIAE (SPLDD spolu s OSPDL). Rozbíhá se projekt CRP a postupně dalších vyšetření zlepšujících postavení privátních ordinací PLDD a jejich diagnostickou a léčebnou úroveň. Definitivně je odmítnuta funkce krajských a okresních odborníků.

19. 6. 2004 se koná konference OSPDL v Pardubicích, po které je volen další výbor (předseda Cabrnchová, místopředseda Marek, věd. sekretář Liška, Zd. Adamová, Procházka, Roškotová, Růžicková). Doplnuje se screening některých závažných vyšetření, připomínkují se vyhlášky, pokračují 2× ročně regionální témata vzdělávání, modifikuje se očkovačská kalendář, vybírají se odborné články do VOX PEDIATRIAE (zástupce v dané době Krejčík).

Vzniká a rozbíhá se Katedra Praktického dětského lékařství (nyní Katedra Praktického lékařství pro děti a dorost) na IPVZ (Cabrnchová, Roškotová), začínají probíhat studie obezity, lipidového metabolismu, kojení (Procházka) ve spolupráci s dalšími, na základě vybavenosti ordinací CRP a jinými pomocnými metodami rychlé diagnostiky studie o antibiotikách, která má poměrně rychlý dopad do periferie (Marek, Jindrák, Marešová). V tomto i dalším období se výrazně redukuje ATB terapie v primární sféře. VOX PEDIATRIAE získává svoje dobré postavení mezi odbornými časopisy (vedoucí red. rady Kudyn). Připomínkují se vyhlášky a zákony týkající se profese PLDD, které se postupně mnohdy novelizují. Negativně se do situace promítají neustálé personální změny na MZD. OSPDL garantuje webové stránky www.peceodite.cz (Zd. Adamová).

Koncem roku 2008 je opět korespondenčním způsobem volen výbor OSPDL (předs. Cabrnchová, místopř. Marek, věd. sekr. Roškotová, Zd. Adamová, Procházka, Rytíř, Liška, předs. rev. komise Růžková). OSPDL dbá o zavádění nových trendů v diagnostice a léčbě a do držování doporučených postupů v ordinacích PLDD, hájí PLDD po odborné stránce a zastupuje je na jednáních na všech úrovních, zajišťuje postgraduální a specializační vzdělávání lékařů, podporuje jejich odborný růst.

Každoročně se organizačně podílí na odborném programu Kongresu primární péče (Procházka) a členové výboru předsedají jednotlivým sekcím. Někteří členové výboru jsou zároveň regionálními zástupci OSPDL. V rámci dalšího vývoje VOX PEDIATRIAE při zvyšující se konkurenci časopisů jmenována za OSPDL do redakční rady k Liškovi Roškotová. Na vlastní žádost odchází vedoucí redakční rady Kudyn, kterého v činnosti nahrazuje předseda SPLDD Neugebauer. Kromě odborných a přeložených článků ze zahraniční literatury se v každém čísle časopisu nově objevují odborné testy (Kozderka). Členové výboru a regionální zástupci OSPDL řeší prevenci v zubním lékařství (Svobodová) a protidrogovou prevenci ve spolupráci s příslušnými odborníky. Nadále probíhají regionální doškolovací akce se slušnou účastí PLDD (Liška a regionální zástupci). Většina kolegů z výboru OSPDL jsou členy zkušební atestační komise. Dochází ke společným jednáním s vedením Pediatrické společnosti spolu se SPLDD ČR. Je ustavena akreditační komise při MZD (Cabrnchová, Roškotová, Marek, Procházka, Růžková, reg. zástupci Svobodová, Šebková, Mindžáková). Od r. 2009 se výbor věnuje problematice rezidenčních míst (Roškotová) a usiluje o navýšení jejich počtu (AK). Někteří členové výboru opakovaně připravují znalecké posudky pro vědeckou radu ČLK při stížnostech klientely a informují se s dotyčnými o závěrech soudních nebo mimosoudních. Velká část práce je věnována školitelům (Roškotová) a jejich pravidelným setkáním. Nutné je také konstatovat, že 90 % činnosti všech členů výboru je v mimopracovní době.

Vážené kolegyně a kolegové, doufám, že jsem Vám svým přehledem přiblížil činnost OSPDL ČLS JEP a vyzývám tímto členy společnosti k přemýšlení o vhodných kandidátech, které si zvolí na další čtyřleté volební období.

MUDr. Jiří Liška, CSc.



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Druhý prázdninový měsíc byl především ve znamení ukončení jednání v rámci dohodovacího řízení o cenách pro rok 2012. O průběhu přípravných jednání jsme podrobně informovali v minulém čísle. V závěrečný den se asi nejvíce diskutovala dohoda gynekologů, neboť ta obsahuje do jisté míry revoluční prvek, kdy část jimi indukované péče bude hrazena právě přes gynekology a nikoliv provádějícím laboratořím. Sdružení zatím se zavedením podobné aktivity nepočítá. Čas ukáže, zda se jedná o krok správným směrem.

21.8. – Dohodovací řízení o cenách pro rok 2013 bylo uzavřeno závěrečným jednáním na Ministerstvu zdravotnictví ČR. Náměstek ministra Ing. Petr Nosek v úvodním slově mj. konstatoval s politováním, že jednání je možné hodnotit jako ne zcela úspěšná. Z titulu MZ ČR bude muset vydat vyhlášku, a to za situace, kdy je zde celá řada omezujících faktorů, zejm. nedostatek finančních prostředků v systému všeobecného zdravotního pojištění (dále v.z.p.). Pokud nedojde k navýšení finančních prostředků nebo naopak omezení rozsahu poskytování zdravotních služeb, bude úhradová vyhláška nutně odrážet shora uvedený stav systému v.z.p. MZ ČR se bude snažit nalézt kompromis mezi plátcí a poskytovateli zdravotních služeb, resp. mezi příjmy a výdaji v rámci systému v.z.p. Příští rok (rok 2013) lze v kontextu shora uvedených a očekávaných okolností očekávat jako kritický. MZČR bude usilovat o revitalizaci seznamu zdravotních výkonů jakožto dalšího nástroje, kde nalézt finanční prostředky pro potřeby poskytování zdravotních služeb. V roce 2013 nebudou navýšovány finanční prostředky. Hrozba možného snížení příjmů v systému v.z.p.

v kontextu nově připravovaných norem, zejména se zavedením jednotného inkasního místa či ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti.

Generální ředitel ZP MV ČR Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D., jakožto předsedající slova náměstka Noska z pohledu zdravotních pojišťoven potvrdil s konstatováním, že v průběhu příštího roku se bude muset systém v.z.p. vypořádat s předpokládaným nedostatkem finančních prostředků.

Dále konstatoval, že ke dni závěrečného jednání dohodovacího řízení byly odevzdány protokoly z jednání 11 skupin poskytovatelů. K dohodě došlo v segmentech praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost, ambulantních gynekologických služeb a ZZS, ZDS a LSPP.

Jak již jsme informovali v minulém čísle, ze strany PLDD byl v návrzích vznesen požadavek na navýšení finančních prostředků z důvodů (1) obecně nárůstu administrativy v prostředí nové legislativy, (2) v souvislosti s novým modelem provádění pravidelného očkovaní, (3) nedořešené kompenzace za zrušené regulační poplatky u dětí. Dohody v segmentu PL a PLDD bylo na straně po-

skytovatelů dosaženo díky počtu hlasů SPL ČR (SPL ČR má vyšší počet hlasů v rámci daného segmentu).

31.8. – Předsednictvo Sdružení se sešlo na svém pravidelném jednání, na kterém mimo jiné zazněla informace o připomínkách Sdružení k zákonu o zdravotních službách v rámci připomínkování k chystané novele a dále podněty k novele zákona o specifických zdravotnických službách. Předsednictvo projednalo i možné dopady obsahu Věstníku, který Ministerstvo zdravotnictví vydalo dne 25.6.2012, obsahujícího Cenový předpis MZ 2/2012/DZP a dále Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Dále byly diskutovány výstupy z jednání Koalice soukromých lékařů s náměstkem ministra Ing. Petrem Noskem. Diskutována byla i otázka spolupráce s ostatními pediatrickými organizacemi na téma Jak dál v péči o dítě v ČR. S velkou rozpačitostí byly probírány i výstupy z regionů ohledně dopadů nového modelu očkování v ČR.



XXI. Celorepubliková konference SPLDD ČR, o.s.

3. listopadu 2012

Kongresové centrum hotelu Floret v Průhonicích

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
dne 3. listopadu 2012 se koná v době od 9:00 hod. do 17:00 hod. v kongresovém centru hotelu Floret v Průhonicích XXI. Celorepubliková konference SPLDD ČR, o.s.

Všechny vás zve Výkonný výbor Sdružení, který pracoval ve složení: MUDr. Pavel Neugebauer – předseda, MUDr. Ilona Hülleová – 1. místopředseda, MUDr. Jiřina Dvořáková – místopředseda a pokladník, MUDr. Gabriela Kubátová – místopředseda pro integraci se zahraničím, MUDr. Milan Kudyn – místopředseda.

Konference je volební.

K účasti byli pozváni: doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. – ministr zdravotnictví ČR, MUDr. Pavel Horák, MBA – ředitel VZP ČR, Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D. – prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR, MUDr. Václav Šmatlák – předseda SPL ČR.

Hlavní téma k diskusi s hosty: Aktuální situace ve zdravotnictví – legislativní změny, platební morálka ZP.



Koalice soukromých lékařů

V uplynulém období se na zástupce organizací poskytovatelů obrátil Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D., s žádostí o podporu stanoviska Svazu zdravotních pojišťoven k navrhovanému zákonu o rozpočtové odpovědnosti. V tomto návrhu se mění způsob rozdělování finančních prostředků zdravotním pojišťovnám. Nově by stát ovlivňoval výši přidělených prostředků s tím, že tato suma by nemusela odpovídat výši vybraných prostředků na zdravotní pojištění, ale byla by ovlivněna stavem financí státu. Určitě to vyvolává řadu spekulací. V globále je to samozřejmě podstatná změna, která by mohla ovlivnit financování naší práce další proměnou, proto jsme se připojili ke společnému stanovisku Koalice. Nicméně jsme požádali o upřesnění vzhledem k našemu oboru. Předmětné dokumenty naleznete níže.

■ I. Návrh ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti



Svaz zdravotních pojišťoven ČR

Vážený pan
MUDr. Pavel Neugebauer, předseda
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
U Hranic 3221/16
100 00 Praha 10 – Strašnice

Věc: Návrh ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti a o změně ústavního zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších ústavních zákonů

V Praze dne 13. srpna 2012
č.j. SZP/57/2012

Vážený pane předsedo,
obracím se na Vás jako na zástupce segmentu poskytovatelů zdravotní péče, resp. zdravotních služeb v záležitosti, která podstatným způsobem může destabilizovat systém veřejného zdravotního pojištění a vést i k omezení poskytování zdravotní péče občanům ČR.

Ministerstvo financí ČR zpracovalo, návazně na normy evropského práva, návrh ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti a o změně ústavního zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších ústavních zákonů. Nebezpečí tohoto zákona vidíme v záměru zařadit zdravotní pojišťovny pod působnost tohoto zákona.

Předložený návrh ústavního zákona nekoresponduje se současně platnými a ani s připravovanými právními předpisy upravujícími činnost zdravotních pojišťoven v současné

době. Bilance systému veřejného zdravotního pojištění nemá prakticky téměř žádnou souvislost s vývojem veřejného dluhu definovaného v tomto návrhu ústavního zákona. Výše zadlužení vyhlášená Národní rozpočtovou radou může být výrazně pod hranicí 40 % HDP, a přesto může být systém veřejného zdravotního pojištění deficitní, nebo naopak může zadlužení překračovat 50 % HDP a současně může být systém veřejného zdravotního pojištění přebytekový s vysokými zůstatky z předchozích období a s meziročně rostoucími příjmy umožňujícími meziroční nárůst výdajů.

Proto jsme při mnoha jednáních, jak na úrovni MF ČR či MZ ČR i Unie zaměstnavatelských svazů, navrhovali, aby zdravotní pojišťovny provádějící veřejné zdravotní pojištění byly vyjmuty z působnosti navrhovaného ústavního zákona, který významným způsobem zasahuje do systému veřejného zdravotního pojištění.

Nevhodnost navrhované právní úpravy pro veřejné zdravotní pojištění a důvody pro vynětí zdravotních pojišťoven z působnosti navrhovaného ústavního zákona jsou blíže uvedeny v připomínkách vnesených z úrovně SZP ČR, které Vám pro bližší vysvětlení celé situace zasílám v **příloze č. 1**. V **příloze č. 2** pak naleznete poslední verzi návrhu ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti.

Dle našich informací o časovém harmonogramu by měl být návrh ústavního zákona předložen na jednání vlády ČR na přelomu měsíce srpna a září 2012.

Vážený pane předsedo, vzhledem k závažnosti celé situace a zejména i z toho důvodu, že v případě přijetí tohoto ústavního zákona bychom nemohli zaručit jednak včasnost, ale v některých případech především výši úhrad pro poskytovatele zdravotních služeb, si Vás dovoluji informovat o této skutečnosti a po-

žádat o podporu ve snaze SZP ČR zabránit postupné likvidaci samostatného systému veřejného zdravotního pojištění v ČR. Byl by to první krok na cestě k národnímu zdravotnímu systému se všemi důsledky.

Děkuji
S pozdravem
Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D., MBA, prezident

Nám. W. Churchilla 2
113 59 Praha 3
Tel. 234 462 108, 103
E-mail: info@szpcr.cz
www.szpcr.cz

■ II. Odpověď SPLDD

CENTRUM PRIMÁRNÍ PÉČE SDRUŽENÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST ČR, o. s.

U Hranic 16, 100 00 Praha 10
telefon: 267 18 40 65
fax: 267 18 40 50
E-mail: centrum@detskylekar.cz

V Praze dne 23. 8. 2012

Vážený pan
Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D., MBA
prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR
Nám. W. Churchilla 2
113 59 Praha

Věc: Návrh ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti, žádost o podporu

Vážený pane prezidente,
v návaznosti na Váš dopis ze dne 13. 8. 2012 Vám děkujeme za zaslání připomínek SZP ČR k návrhům zákonů o rozpočtové odpovědnosti i za vyslovení obavy ZP z likvidace



samosprávného, autonomního systému v.z.p., které by přijetí tohoto zákona možná přineslo.

Vzhledem k tomu, že naše profesní organizace, zastupující praktické dětské lékaře České republiky, nemá doposud žádné zkušenosti s národním zdravotním systémem, není nám tedy ani zcela zřejmé, jaké všechny důsledky by Vámi spekulované zavedení NZS přineslo provozovatelům soukromých dětských praxí. Na druhou stranu je členům SZP zcela určitě známo z našich předchozích jednání, že zejména PLDD se cítí dlouhodobě ekonomicky poškozování rozhodnutím státních a politických orgánů diskriminujícími PLDD ve smyslu zákazu vybírání regulačních poplatků, jednostranným a direktivním zavedením nového systému očkování, který nutí všechny PLDD nakupovat očkovací látky pro povinné očkování bez příslušné marže, enormní navýšení administrativy ve vykazování pro ZP a i v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách (informovaný souhlas) atd. Přes naše upozorňování na možný rozpad péče o dítě v primární péči dopady státního dirigizmu na praxi PLDD pocítujeme stále silněji. Bohužel na naši písemnou výzvu k jednání nad těmito problémy a možnými kompenzacemi ze strany ZP jste ani Vy osobně nebyl ochoten s námi jednat. A to i přes to, že na řadu nesystémových kroků MZ ČR máme podobný názor.

I přes výše uvedené skutečnosti by naše profesní sdružení zajímala představa SZP o konkrétní formě či podobě podpory, kterou by naše profesní organizaci měla SZP poskytnout. Nevyhýbáme se ani osobnímu jednání nad její konkrétní podobou.

V úctě

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda

MUDr. Milan Kudyn
místopředseda

■ III. Stanovisko Sdružení praktických lékařů České republiky k návrhu zákona o rozpočtové odpovědnosti a změně ústavního zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky

Přijetí navrhovaného ústavního zákona by zásadním způsobem negativně ovlivnilo

celý systém veřejného zdravotního pojištění a návazně i zhoršilo podmínky poskytování zdravotní péče.

Návrh nekoresponduje s platnými právními předpisy (zejména zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, a další). Návrh ostatně nebere v úvahu ani právní předpisy připravované, které by měly systém veřejného zdravotního pojištění a činnost zdravotních pojišťoven upravovat. Návrh výrazně snižuje kompetence stávajícího institutu vyjednávání mezi zdravotními pojišťovnami a zástupci poskytovatelů zdravotní péče v rámci dohodovacího řízení upraveného zákonem. Návrh zásadním způsobem zhoršuje postavení poskytovatelů zdravotní péče a fakticky mění systém pojišťovenský na systém rozpočtový.

Konečně návrh závazným způsobem striktně určuje způsob hospodaření zdravotních pojišťoven, a to bez ohledu na jejich aktuální hospodaření a ekonomickou bilanci, ve vazbě na vývoj veřejného dluhu či HDP.

Domníváme se, že systém veřejného zdravotního pojištění by měl být zachován a pravidla pro hospodaření pojišťoven v rámci tohoto systému by měla být řešena bez vazby na státní rozpočet, na vývoj veřejného dluhu či HDP. Výdaje zdravotních pojišťoven by měly být podle našeho názoru závislé na ekonomické bilanci zdravotních pojišťoven a bilanci systému veřejného zdravotního pojištění. Předpokládali jsme, že toto budou řešit připravované zákony v oblasti systému zdravotního pojištění a činnosti zdravotních pojišťoven.

Máme za to, že v České republice by bylo třeba posílit prvky pojišťovenského systému ve zdravotním pojištění, a doufáme, že k tomuto v budoucnu dojde. Bohužel tím, že návrh daného ústavního zákona zařazuje pod svou působnost i zdravotní pojišťovny, dochází spíše k destrukci stávajícího systému veřejného zdravotního pojištění. Tedy namísto aby prvky skutečného pojištění byly posíleny, jde o krok opačným směrem. Z výše uvedených důvodů pokládáme za nutné vyjmout zdravotní pojišťovny z působnosti navrhovaného ústavního zákona.

V Praze dne 3. 9. 2012
MUDr. Václav Šmatlák
předseda Sdružení praktických lékařů ČR

■ IV. Prohlášení Koalice soukromých lékařů (KSL)

Koalice soukromých lékařů
Slavojova 22, 128 00 Praha 2,
telefon: 234 709 631
fax: 234 709 616,
e-mail: sladkovska@dent.cz

V Praze dne 4. 9. 2012

Prohlášení Koalice soukromých lékařů (KSL) k návrhu zákona o rozpočtové odpovědnosti a změně ústavního zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky

Zástupci Koalice soukromých lékařů se připojují k přiloženému stanovisku Sdružení praktických lékařů České republiky a vyzývají předkladatele k seriózní odborné diskusi se zástupci zdravotnické veřejnosti před přijetím změn, které mají tak zásadní dopad na systém veřejného zdravotního pojištění.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, mluvčí KSL

MUDr. Pavel Chrz
prezident České stomatologické komory

MUDr. Václav Šmatlák
předseda Sdružení praktických lékařů

MUDr. Zorjan Jojko
předseda Sdružení ambulantních specialistů

MUDr. Vladimír Dvořák
předseda Sdružení soukromých gynekologů

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



Právní rubrika: Právník radí

Mgr. Jakub Uher
právník SPLDD ČR

■ **Otázka č. 1 – Odložené očkování**

Dotaz:

Dnes jsem chtěla očkovat 8týdenního zdravého kojence 1. dávkou očkovací látky (dále OL) Infanrix hexa, ale matka odmítá očkování z důvodů vysoké antigenní zátěže vakcíny, nezralosti imunitního systému dítěte atd.; veškeré důvody si našla na webových stránkách www.vakciny.net. Matka si přeje odložit očkování až na 6 měsíců věku dítěte. Matku jsem řádně poučila, ale nepřesvědčila, a tak jsem jí dala podepsat nesouhlas s povinným očkováním.

Můj dotaz tedy je: jak mám postupovat v případě, že matka chce povinné očkování odsunout do 6 měsíců věku dítěte, mohu pak dítě odeslat do očkovacího centra? Lze matku v takovémto případě nahlásit na OSPOD?

Dále mi matka tvrdila, že existuje jakýsi očkovací kalendář pro děti od 6 měsíců věku, kde je očkování ve zkrácené verzi.

Odpověď:

Dotaz není úplně právní, takže bych možná doporučil obrátit se ještě případně na OSPLD ČLS JEP, nicméně pokusím se odpovědět z mého pohledu.

Co se týká odložení očkování, zde podle mne SPC jednotlivých očkovacích látek uvádí, kdy mohou být OL aplikovány – do jakého věku. Pokud tedy rodič žádá o odložení v přípustném intervalu (a tyto nejsem schopen já přesně uvést – doporučuji zjistit z SPC), tak by neměl být problém. Pouze bych si zaznamenal, či dokonce nechal podepsat rodičem, údaj o tom, že požádal o odložení očkování, že navržený termín je dle SPC přípustný a v toleranci.

Pokud by rodiči navržený termín nebyl v souladu s SPC, tak bych je měl o tom poučit a pokud by na odložení i přesto trvali, tak si nechat podepsat, že odmítají očkování v časovém období vymezeném pro dané očkování v SPC. Zde myslím lze použít formulář,

který jsme dělali pro odmítnutí povinného očkování.

V daném případě u očkování OL Infanrix hexa podle mého nahlédnutí do SPC toto odložit dle přání matky lze, protože se tam uvádí, že očkování má být provedeno obvykle během prvních 6 měsíců věku. I uvedení slova obvykle mne vede k tomu, že by to jít mělo a nešlo by o rozpor s SPC.

Samozřejmě kromě toho lze odložit očkování i z důvodu zdravotních – i tam je ovšem nutno postupovat v souladu s SPC (kdy se podle mne ve vyšším věku zpravidla mění harmonogram, počty aplikací apod.)

Toto konkrétní očkování nemůže být provedeno v očkovacím centru, není podle mne ani důvod hlásit na OSPOD, když si v zásadě matka pouze přeje posunout očkování (což SPC připouští).

■ **Otázka č. 2 – Otevření nové ambulance tzv. na zelené louce**

Dotaz:

Před 2 dny jsme se neoficiálně dozvěděli, že v naší oblasti má být zřízena na „zelené louce“ ambulance PLDD. Vzhledem k tomu, že počty v našich ambulancích nejsou naplněny, nejví se tato ambulance jako nezbytná. Na elektronické úřední desce jsme výběrové řízení (dále VŘ) nezachytili, nicméně VŘ proběhlo a poměrem 3:1 ve prospěch nového zařízení.

Dotaz se týká toho, jak dlouho před VŘ musí být tato informace na úřední desce, resp. kdy před VŘ je stažena? Další můj dotaz se týká toho, jak je to s uzavíráním smluv ZP v případě, že VŘ neproběhlo jednohlasně, ale poměrem 3:1? Vzhledem k tomu, že se jedná o novou ambulanci, mělo by být problémem, jak získat nové pacienty. Oficiálně bylo řečeno, že zaměstnanci nemocnice stejného vlastníka budou mít „příkazem“ své děti zaregistrovat v této ambulanci. Zajímalo by mě, jestli v dnešní době svobodné volby lékaře je legální nutit zaměstnance do tohoto kroku a jestli lze proti tomu nějak bojovat.

Další věc je, že odbornou způsobilost pro tuto ambulanci má pouze bývalý primář, kterému je 69 let a při VŘ se netajil tím, že tam budou ordinovat různí sekundáři bez atestace.

Odpověď:

Informace na úřední desce musí dle zákona být vyvěšena nejméně 30 pracovních dnů. Pokud je výsledek výběrového řízení doporučující (což podle mne poměr hlasů 1:3 pro splňuje), tak pojišťovny mohou smlouvy uzavřít.

Samozřejmě oficiálně nelze dát zaměstnanci příkaz, aby své děti registroval u určitého zdravotnického zařízení – tento pokyn zaměstnavatele by nepochybně byl v rozporu se zákonem.

Primář dětského oddělení podle mne nemůže splňovat podmínky specializované způsobilosti v oboru PLDD – tedy soudím, že toto zdravotnické zařízení musí odborně pokrývat někdo z praktických lékařů pro děti a dorost. Nebo nemají registraci na odbornost 002 oprávněně a bylo by možné podat podnět KÚ k jejímu zrušení.

Stejně tak se týká zajištění dohledu nad lékaři bez atestace – ten opět musí zajišťovat kvalifikovaný praktický lékař pro děti a dorost, tedy lékař se specializovanou způsobilostí.

Je pro mne otázkou, proč v této věci nejednal zástupce SPLDD, který se účastnil výběrového řízení (alespoň je praxe ta, že zástupce za SPLDD je na výběrové řízení zván).

Podle mne lze v současné době udělat toto:

- požádat kraj oficiálně o sdělení, od kdy do kdy bylo vyvěšeno toto výběrové řízení, s tím, že dle Vašich zjištění nebyla dodržena zákonná lhůta,
- informovat pojišťovny o tom, že není třeba rozšiřovat smluvní síť PLDD v dané lokalitě, neboť je dostatečná,
- pokusit se zjistit, kdo je odborným zástupcem daného zařízení pro praktické lékařství pro děti a dorost – lze se podle mne i oficiálně dotázat kraje.



■ **Otázka č. 3 – Ukončení činnosti ambulance PLDD**

Dotaz:

Obracím se na Vás s prosbou o radu či pomoc. Pravděpodobně za 3 roky bych chtěla se svou prací skončit a svoji celkem dobře zavedenou praxi praktického dětského lékaře opustit.

Žádné z mých tří dětí není lékař, kterému bych praxi předala. Má SPLDD nějakého právníka, nebo můžete mi poradit, jak postupovat, kdy začít, koho kontaktovat?

Odpověď:

V zásadě přicházejí v úvahu dvě možnosti – první je, že se podaří nalézt nějakého zájemce, který by praxi od Vás převzal. Potom lze realizovat prodej praxe, který je třeba začít řešit zhruba 6 měsíců před jeho realizací. Pokud by to nastalo, obraťte se na mne a jsem připraven a schopen Vám s tím pomoci.

Pokud jde o variantu, kterou podle mne popisujete spíše, tedy o ukončení praxe bez nástupce, pak se postupuje dle zákona č. 372/2011 Sb., kdy postup je následující: Poskytovatel, který hodlá ukončit poskytování zdravotních služeb, je povinen informaci o ukončení své činnosti zveřejnit alespoň 60 dnů přede dnem zamýšleného ukončení, a to ve zdravotnickém zařízení na veřejně přístupném místě, popřípadě na svých internetových stránkách.

Poskytovatel současně požádá příslušný krajský úřad a obec, na jejímž území poskytuje zdravotní služby, o uveřejnění uvedené informace na jejich úřední desce.

V informaci uvede datum zamýšleného ukončení činnosti, datum, do kterého lze předložit žádost o předání zdravotnické dokumentace poskytovateli zvolenému pacientem, a adresu místa pro předložení žádosti. Pacienti mají na základě této informace možnost zvolit si jiného registrujícího poskytovatele a tomu je předána dokumentace.

Dokumentace pacientů, kteří toho nevyužijí (nezaregistrují se jinde), je předána krajskému úřadu po ukončení činnosti poskytovatele. K datu ukončení poskytovatel požádá krajský úřad o zrušení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, následně ukončuje činnost – odhlášení finanční úřad, OSSZ, pojišťovna apod.

Domnívám se, že vzhledem k časovému prostoru je nevhodnější pokusit se nalézt zájemce o odkoupení praxe a pak realizovat prodej.

(Poznámka redakce – lze využít např. bezplatnou inzerci v časopise VOX PEDIATRIAE a pro tento případ, tedy pokud bude platit ukončení do 3 let, není nutno řešit přeregistraci dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.)

Kongres primární péče

**Sdružení praktických lékařů ČR,
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
ve spolupráci**

**s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP
si Vás dovoluují pozvat na**

7. kongres primární péče s mezinárodní účastí

Motto: Lékař první volby

1. až 2. března 2013

TOP HOTEL Praha, Congress Hall, Blažimská 1781/4, 149 00 Praha 4

**Registrační formulář najdete na internetových stránkách
www.splcr.cz, www.detskylekar.cz a www.ahou.cz.**

**Akce je určena pro lékaře a sestry v primární péči a je zařazena
do kreditovaného systému celoživotního vzdělávání.**



SPLDD ČR a obor Praktický lékař pro děti a dorost

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Závěr letošního roku bude patřit volbám do vrcholných orgánů jak Sdružení, tak i Odborné společnosti. Až budete přemýšlet o své kandidatuře či svých kandidátech, je dobré vědět, že je na čem stavět. Je možné se opřít o již dvacetiletou historii Sdružení. Dovoluji si vám předložit stručný výlet do historie. Třeba to pomůže v rozhodování...

V lednu roku 1990 se v Praze konstitovalo Občanské fórum pražských dětských lékařů a dětských sester, které se 12. 7. 1990 zaregistrovalo jako Sdružení se stejným názvem.

Velmi brzy však začalo docházet k zájmové diferenciaci, jiné zájmy měly dětské sestry, jiné kolegové v lůžkových zařízeních a jiné ti, kteří v té době řešili tzv. terén. Život přinesl odlišná řešení problémů ve vztahu k transformaci zdravotnictví, privatizaci, ekonomickým otázkám atd.

V ustaveném Sdružení tak nakonec zůstali pracovat jen ti tzv. terénní pediatři. Začala spolupráce s MZ nad vytvářením pojišťovacího systému, tvorba Sazebníku, s hygienickou službou v problematice preventivního lékařství, resp. očkování, se zástupci oboru všeobecného lékařství na koncepci primární péče, již tehdy byla odmítnuta vize „rodinného lékaře“.

Postupně rostl zájem o spolupráci z řad mimopražských lékařů a tak 7. 6. 1992 na svém ustavujícím shromáždění za účasti 101 lékařů ze všech sedmi tehdejších krajů vzniklo Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR. Do čela nově vzniklé profesní organizace byl zvolen MUDr. Milan Kudyn.

Podíváme-li se do návrhu prvních stanov, najdeme tam text (cituji): „*Úkolem Sdružení je rozvoj praktického dětského lékařství jako nedílné součásti primární zdravotní péče.*“

Již v roce 1994 byl na jednání představenstva a výboru SPLDD ČR dne 16. 4. odhlasován návrh na vznik praktického dětského lékařství jako oboru se samostatnou atestací pro lůžkovou a terénní pediatrii. Obhajobu vzniku samostatného oboru tehdy přednesl MUDr. Petr Karger.

V roce 1995 byla do stanov Sdružení zařazena stálá pracovní komise, obdoba oborové

komise Vědecké rady ČLK pro odbornost 002, později nazývaná Vědecká rada SPLDD ČR.

Potřeba hájit stanoviska odbornosti praktický lékař pro děti a dorost na různých úrovních, kdy jediným partnerem v rovině odborné byla Česká pediatriká společnost, s vědomím odlišností problematiky, kterou řeší praktický lékař pro děti a dorost, vyvstala nutnost založení vlastní odborné společnosti praktických lékařů pro děti a dorost.

Dne 1. 9. 1997 byla do České lékařské společnosti JEP oficiálně přijata Odborná společnost praktických dětských lékařů, přičemž formálně vlastně vznikla v témže roce na Konferenci SPLDD ČR. Základem se stala tzv. Vědecká rada Sdružení. Do čela odborné společnosti byl zvolen MUDr. Petr Endler.

Vznikem odborné společnosti tak vznikla paralela s odborným zastoupením praktických lékařů pro dospělé a hlavně se zlepšila výchozí pozice pro organizování a dohled nad kontinuálním vzděláváním a tím i nad rozvojem odborné úrovně praktických dětských lékařů.

Začátkem 21. století začala být diskutována potřeba změnit vzdělávací systém, a to nejen u PLDD. Na MZ ČR za éry ministra Fišera vznikly skupiny, které připravovaly koncepce různých oborů včetně koncepce pediatrie. Do června roku 2002 (do voleb) vznikly dvě verze návrhu zákona o vzdělávání, první verze ministerská, druhá verze poslanecká + komorová. Poprvé jsme zaznamenali návrh na zřízení nového oboru – praktické dětské lékařství. V říjnu 2002 nová ministryně zdravotnictví Součková předložila nové pojetí zákona o vzdělávání, objevily se dvě verze rychle za sebou. Zásadní změna nastala v tom, že obory nebyly řešeny záko-

nem, ale 64 základních oborů bylo řešeno ve vládním nařízení. V tomto vládním návrhu došlo k transformaci mnoha stávajících oborů a odborností do nového schématu základních oborů. Z koncepce však vypadl praktický dětský lékař, objevil se znovu dětský lékař jako jeden základní obor. Současně bylo zpochybněno stávající vzdělání PLDD a praktický lékař pro děti a dorost s 1. atestací byl navržen k dozdělení za současného přerušování praxe tak, aby si doplnil odbornou praxi na úroveň stávající 2. atestace.

V listopadu 2002 proběhlo proto jednání zástupců SPLDD s ministryní Součkovou, která však požadovala nezbytnost dohody s Českou pediatrikou společností v otázce, zda zavést či nezavést samostatný obor PLDD. Následně na půdě IPVZ, pod vedením tehdejšího ředitele Maliny, byla mezi uvedenými subjekty uzavřena dohoda, že pokud se v návrhu zákona o vzdělávání objeví širší pojetí základních oborů, bude se vzdělávací proces budoucích dětských lékařů diferencovat třemi směry. Ze základního oboru dětské lékařství se po x letech oddělí „aprobace“ pro stávající odbornost 002 – praktický lékař pro děti a dorost, odbornost 301 – klinický pediatr a odbornost 304 – neonatolog. V případě zúžení základních oborů na 64 jsme nicméně trvali na zřízení nového oboru pro primární péči – praktický lékař pro děti a dorost. Současně tato dohoda byla podmíněna pokračováním stávajícího principu certifikací pro tři výše zmíněné obory dětského lékařství.

Na přelomu prosince a ledna 2003 se ve vládním návrhu zákona objevila varianta hlavních oborů (64), kde praktický dětský lékař nebyl uveden. Tato varianta prošla prvním čtením v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR (PSP) a byla předána k připomínkování zdravotnímu výboru PSP.



Úřadující předsedkyně OSPDL ČLS JEP MUDr. Hana Cabrnchová a předseda SPLDD ČR MUDr. Pavel Neugebauer, 2010



Celostátní konference, Brno, 2003

Počátkem ledna 2003 proběhla na ministerstvu zdravotnictví tisková konference, na které byla okrajově zmíněna možnost rozšíření věkových kategorií péče praktických lékařů v tom duchu, že by PLDD by mohl ošetřovat mladistvé starší 19 let (do 25 let) a současně praktický lékař pro dospělé by mohl ošetřovat děti. Odůvodnění ze strany MZ ČR se dotýkalo omezení dostupnosti mladistvých při získávání nového PL pro dospělé. Současně šlo o snahu ekonomicky pomoci stávajícím ordinacím PLDD, které se dostávaly do problémů v důsledku klesající porodnosti. Podmínkou mělo být údajně doplnění si vzdělání pro určené věkové kategorie.

Naše Sdružení zareagovalo písemně dne 13. 1. 2003 výzvou směřovanou k ministryni zdravotnictví s žádostí o naléhavou schůzku, na které by byly záměry MZ ČR vysvětleny. MZ ČR totiž informovalo o tom, že se jedná o dohodu mezi praktickými lékaři jak pro dospělé, tak i pro děti a dorost. 15. 1. 2003

o totéž požádali ministryni i zástupci praktických lékařů pro dospělé. Současně začaly v tisku probíhat polemiky nad účelností či neúčelností zavedení rodinného lékaře jako paralely zdravotní péče poskytované občanům v zemích EU.

Protože jsme v následujících dnech neznamenali žádnou aktivitu ze strany MZ ČR, která by vysvětlila před projednáváním zákona o vzdělávání v PSP situaci a faktické záměry resortu v oblasti poskytování primární péče, a současně se vedení SPLDD i OSPDL dostalo pod silný tlak svých členů, byla 22. 1. 2003 svolána tisková konference SPLDD. Na této tiskové konferenci byla veřejnost informována o možných dopadech předkládané zdravotnické legislativy na poskytování primární péče o dítě. Z rozhodnutí předsednictva SPLDD byla zároveň zahájena petiční akce na celém území ČR. Novinářům byly předány informační materiály o situaci dotýkající se této problematiky v ostatních zemích EU. Téhož dne večer vystoupil v TV

Prima ředitel odboru zdravotní péče MZ ČR Dr. P. Březovský, který dle našeho názoru laické i zdravotnické veřejnosti situaci ještě více zamtlil.

Přes opakované proklamace ze strany MZ ČR, že praktickým dětským lékařům je nutno touto formou pomoci a že se rozhodně nejedná, a to ani výhledově, o výrazné omezení či dokonce rušení stávajících ambulančí PLDD, získali jsme oficiální materiál mluvčího MZ ČR v tomto znění: „**MZ ČR navrhuje změnu dosavadního systému poskytování primární zdravotní péče pro děti a dorost...**“

Ministerstvo zdravotnictví tak připravilo podzákonnou normu příslušného zákona, která by mimo jiné řešila i problematiku odborné způsobilosti lékařů poskytujících primární zdravotní péči. Do té doby platilo (a platí i dodnes), že děti mohou být registrovány u PLDD maximálně do 18 let (+364 dnů), poté by měly přecházet k praktickému



Celostátní konference, Brno, 2003



Celostátní konference, Brno, 2003



Sněm, Kroměříž, 2004



Budova kanceláří SPLDD

lékaři pro dospělé (PLD). Navrhovaná právní norma umožňovala rozšíření věkové hranice registrovaných u PLDD, a to v první fázi do 25 let. Poté, když si PLDD doplnil příslušným způsobem vzdělání pro poskytování primární zdravotní péče pro dospělé, byla by věková hranice registrovaných u PLDD bez omezení. Zároveň se otevřela možnost registrace dětí u PLD, a to za předpokladu doplnění vzdělání PLD pro poskytování primární péče pro děti a dorost. Zdůvodnění spočívalo v argumentaci, že

- 1) pro pacienty toto opatření přinese větší možnost v oblasti svobodné volby lékaře, zvláště v situaci, kdy je nedostatek PLD,
- 2) pro děti a dorost přinese možnost setrvávání v péči PLDD, který je zná od dětství, a
- 3) pro PLDD přinese tato změna možnost většího počtu registrovaných pacientů.

Následně proběhla schůzka s ministryní zdravotnictví Součkovou se zástupci všech

čtyř organizací praktických lékařů (obě profesní organizace a obě odborné společnosti) a současně byla problematika projednávána na vědecké radě MZ ČR. Výsledek nakonec již dobře znáte. Nová podoba zákona byla schválena s platností od 1. 4. 2004, tedy ještě za ministrování Součkové, nicméně v této verzi se podařilo nakonec obor praktické lékařství pro děti a dorost zakotvit mezi základní atestační obory.

Následovalo krátké klidnější období do doby nástupu Davida Ratha do vedení resortního ministerstva 4. 11. 2005. Mnozí si vzpomenete na naše protestní akce již následující rok, ať již na Staroměstském náměstí, nebo přímo před budovou Ministerstva zdravotnictví. Všem, kdo vyjádřili podporu těmto akcím, děkuji jménem celého vedení Sdružení. Právě jednota a rozhodnost se ukázaly jako ta nejsprávnější cesta a jistě byly i rozhodujícím momentem pro výraznější navýšení plateb od zdravotních pojišťoven v následujících dvou letech, kdy se toto navýšení pohybovalo v pásnu 15–20 %. To

samozřejmě neznamená, že bychom se dostali na úroveň našich kolegů ve vyspělých státech. Vzhledem k současné ekonomické situaci státu této úrovně nejspíše hned tak nedosáhneme, což ovšem nemůže snižovat naše úsilí v tomto směru.

Mnoho emocí provázelo a provází až dosud i nový model distribuce očkovacích látek. Překvapivé rozhodnutí na začátku prázdnin 2009 vše svěřit do rukou soukromé společnosti, někde zcela prázdné, jinde plné lednice očkovacích látek, desítky minut až hodin na telefonu při snaze se dovolat, zoufalé obvolávání rodičů, ať nechodí, že nejsou očkovací látky, marné domáhání se řádně evidovaných objednávek atd. atd. Sotva jsme si s touto skutečností alespoň trochu poradili, přišla další rána – převedení distribuce očkovacích látek pro povinná očkování do úhrady ze strany zdravotních pojišťoven. Řada problémů, která se na nás v této souvislosti naválila a stále valí, a to často až neočekávaně, mnohé zaskočila. Vše bylo



Celostátní konference, Brno, 2005



Protest, Praha, 2006



Protest, Praha, 2006



Sněm 2010, módní přehlídka

a dodnes je umocněno určitou neochotou a pomalostí řešení ze strany resortního ministerstva, na rozdíl od mediálních výstupů, ze kterých jsme se s překvapením dovídali, že si za to můžeme sami.

V předchozím odstavci jsem se zmínil o jednotě a rozhodnosti. Tyto vlastnosti jsme ale někde trochu pozapomněli při jednáních k novému modelu očkování. Především jednotu trochu zaskřípala, a to ve vztahu a vyjádřeních Sdružení a Odborné společnosti. Některá vyjádření byla dokonce vnímána jako protichůdná, a tak se nelze divit, že řada problémů zůstala dosud nezodpovězena. Je možné to ještě ovlivnit? Jistě ano,

a leccos mohou napovědět výsledky voleb do obou organizací praktických dětských lékařů v závěru letošního roku.

Jak už to v životě bývá, tak i vztah nově vzniklé společnosti ke své mateřské prodělal svůj vývoj. Tak jako ve vztahu matky a dítěte jsme mohli zaznamenat čistě mateřský přístup ze strany Sdružení vůči Odborné společnosti. Není tedy divu, že z logiky vývoje následovalo to, co u dětí nazýváme fyziologickou fází vzdoru. Tak jako v dobře fungujícím vztahu matky a dítěte se i zde časem nastavil rovnovážný stav, kdy si oba subjekty začaly uvědomovat, že jeden druhého ke svému životu

nezbytně potřebují. Tak taky vznikla podoba, kdy jsou obě společnosti navzájem svázány pevným poutem nejen svou činností, ale dá se říci i materiálně a personálně. To ovšem neznamená, že není co zlepšovat. Nicméně tak jako ve vztahu matka – dítě nastávají určité krizové situace, tak něco obdobného můžeme zažít i ve vztahu obou našich organizací. Dovoluji si připomenout, že nemalou roli tak může sehrát pro další vývoj situace v péči o dítě v primární péči v ČR i výběr kandidátů v nadcházejících volbách.

Přeji vám proto šťastnou ruku.

Česká vláda si koledovala, píší ve Francii o otravách

Série otrav metylalkoholem vyvolala v zahraničí pozdvižení. Jindy opomíjené Česko se rázem dostalo do hledáčku světových médií. Ta vesměs poznamenávají, že dramatické události posledních dní sice nemají obdoby, ale že vážné problémy s nelegálním prodejem alkoholu má Česko už dlouho. „Odhadovaný podíl černého trhu je v zemi na vzestupu a v současnosti tvoří zhruba 20 %“, píše například portál Euronews.

Některá média přitom kritizují stát, že problém dlouho ignoroval navzdory mnoha varovným signálům. „Výrobci a dovozci alkoholu upozorňovali na alarmující nárůst černého trhu s alkoholem v zemi, česká vláda ale nezasáhla. Drastické snížení kontrol kvůli škrtům a zaměření inspekcí na zahraniční maloobchodní řetězce zajistilo restauracím a majitelům stáčíren naprostý klid pro jejich obchod,“ napsal například francouzský list Le Monde.

Kauza nejvíce vyděsila sousední země. Kontroloři mají pohotovost a polský hygienik zakázal obchod s více než dvacetiprocentním alkoholem pocházejícím z Česka. Spekuluje se totiž, že několik tamních otrav způsobil právě český pančovaný alkohol. Slovensko zvažuje přísnější opatření proti falšování kolků. Jedním z nich by mohly být i neviditelné kódy, řekl státnímu ministru financí Peter Kažimír.

Zákaz prodeje tvrdého alkoholu, který v pátek večer vyhlásilo ministerstvo zdravotnictví, většinu světových médií zaskočil.

Například agentura AP takový krok popsala jako „bezprecedentní“. „Tento zákaz je prvním svého druhu v zemi, která je stejně jako sousední státy známá svým liberálním postojem ke zdanění a prodeji alkoholu. Řada místních kiosků a prodejen rychlého občerstvení nabízí také whiskey, vodku nebo brandy v láhvích, či dokonce v plastických kalíšcích. Pití alkoholu a domácí pálení je v Česku běžná věc,“ popisuje zdejší poměry zpravodaj listu The Wall Street Journal.

Zároveň dodává, že místní obyvatele vede ke konzumaci nekvalitního alkoholu tíživá ekonomická situace. Zvláštností zdejšího trhu si všímají i v sousedním Německu.

„Velká balení laciného alkoholu mají v Česku tradici,“ píše německý list Berliner Zeitung, který připomíná, že až do roku 2004 se alkohol mohl prodávat i v barelech o objemu 25 litrů.

Zdroj: ČTK, 17. 9. 2012



Zpráva ze zasedání Evropské akademie pediatriů Praha 11.–12. 5. 2012

MUDr. Gabriela Kubátová
člen předsednictva ECPCP za SPLDD

■ Zpráva ze zasedání EAP – Evropské akademie pediatriů Praha 11.–12. 5. 2012

Po téměř dvouleté organizační přípravě, v závěru ve spolupráci s paní Lilly Kolesovou z agentury Ahou Public Relations, se ve dnech 11.–12. 5. 2012 konalo pracovní zasedání EAP v Praze.

Místem konání byl Hotel Crowne Plaza Prague Castle, aktuálně již patřící řetězci Lindner Hotels. Tento hotel je lokalizován v krásném prostředí poblíž Strahovského kláštera a nedaleko Pražského hradu. Počet účastníků byl 60, přítomni byli delegáti ze všech členských států, pozorovatelé a hosté.

Českou pediatrii zastupovali za primární pediatrii dr. G. Kubátová, za nemocniční dr. R. Hrdlička, za adolescentní medicínu dr. P. Kabíček a za Českou pediatrickou společnost dr. P. Szitányi. Zasedání přišli pozdravit i dr. P. Neugebauer a dr. H. Cabrnochová.

Den před zasedáním, 10. 5. 2012, se v rámci konference FIMP (Federace italských primárních pediatriů) konal meeting SPA – Strategické pediatrické aliance, iniciativy, která vznikla v roce 2011, sjednocuje ambulanti i nemocniční pediatriy a zaštiťují ji ECPCP (Evropská konfederace primárních

pediatriů), EAP a EPA/UNEPSA (Unie národních pediatrických společností). Úkolem a cílem SPA je obhajovat pediatriy jako nejerudovanější poskytovatele péče o děti a dorost a tuto jejich roli prosazovat na úrovni evropských institucí (Evropský parlament, Rada Evropy).

10. 5. 2012 odpoledne se již v rámci programu EAP konalo zasedání k problematice vzdělávání, konkrétně náplně společného pediatrického kmene, který se bude doporučovat v Evropě. Návrh je před schválením a publikací. Následovat bude příprava návrhu na vzdělávání po společném kmenu, který bude obsahovat i požadavky v oblasti primární péče. V tentýž den se konalo ještě zasedání COSI projektu, což je projekt na stanovení validních ukazatelů kvality péče v primární pediatrii.

V pátek 11. 5. 2012 se konal velice zajímavý workshop Etické pracovní skupiny na téma, kam až sahá zodpovědnost lékaře za prodlužování léčby a života u kritických stavů a nevléčitelných nemocí.

Odpoledne se konalo zasedání Evropské rady pro vzdělávání, která akredituje klinická vzdělávací centra v Evropě. Poté se konalo zasedání pracovní skupiny pro adolescentní

medicínu a pracovní skupiny pro vzácná onemocnění.

V sobotu dopoledne proběhla zasedání pracovních skupin pro primární, sekundární a terciární pediatrii. Poté zasedání EAPRAS.net, které navrhlo novou koncepci činnosti. Současně se konalo zasedání pracovní skupiny pro očkování.

Odpoledne se konalo generální shromáždění všech delegátů, na kterém jsme si vyslechli zprávy o činnosti jednotlivých pracovních skupin, zprávu o hospodaření a report prezidenta EAP.

Byl schválen organizátor jarního meetingu v roce 2014, a to Polská pediatrická společnost, meeting se bude konat v Rzeszowě v Polsku. V roce 2013 bude v Jeruzalémě v Izraeli.

Jsem si jista, že SPLDD a ČPS si opět zvýšily kredit na evropské pediatrické platformě úspěšným průběhem zasedání EAP v Praze. Dle pozitivních reakcí účastníků a kladného hodnocení zasedání ze strany vedení EAP splnilo toto zasedání jejich očekávání z pohledu organizačního i společenského.





Zpráva ze zahraniční cesty

MUDr. Gabriela Kubátová

člen předsednictva ECPCP za SPLDD

■ Zpráva ze zahraniční cesty

Ve dnech 22.–24. 6. 2012 jsem se zúčastnila 3. Kongresu ECPCP (Evropská konfederace primárních pediatriů), který se konal současně s kongresem AFPA – Association française de pédiatrie ambulatoire (francouzské asociace ambulantních pediatriů) ve Štrasburku. Původně byla plánována účast dvou delegátů, ale z důvodu personálních změn v zahraniční komisi jsem se akce zúčastnila sama.

V rámci kongresu ECPCP proběhla pracovní zasedání výkonného výboru, předsednictva, mimořádné a řádné generální zasedání přítomných delegátů. Odborná část kongresu ECPCP, týkající se hlavně problematiky v primární pediatrické péči v Evropě, byla začleněna do harmonogramu programu kongresu AFPA. Organizátory jsem byla požádána vést první blok přednášek.

■ Odborná část kongresu

Pátek 22. 6. 2012

Dr. D. Barroso Espandero (Španělsko): „Která lékařská profese je neadekvátnější pro primární péči v Evropě“ – systematický průzkum. V této prezentaci byly uvedeny závěry z průzkumu, kterého se zúčastnilo 59 respondentů z řad pediatriů, všeobecných lékařů pro dospělé a rodinných lékařů. Bylo 9 kategorií hodnocení péče. ATB preskripce virových onemocnění, management terapie otitis media, management terapie asthma bronchiale u dětí, terapie horečky u dětí, management péče o psychiatricky nemocné děti a děti s ADHD, očkování, prevence kardiovaskulárních onemocnění, ostatní preventivní aktivity, používání diagnostických testů. Ve většině ukazatelů, kromě prevence KV onemocnění, kouření a doporučování tělesného cvičení, byli v péči o děti kvalitnější a afektivnější dětské lékaři. Z toho vyplývá pro každý národní zdravotní systém závěr, že je nutné, aby o děti pečovali lékaři dostatečně vzdělaní v péči o děti a adolescenty.

V Evropě v porovnání s Amerikou a Kanadou chybí studie s porovnáním péče poskytované PP a GP/FD. Je nutné takové studie zpracovat.

Dr. Alain Bocquet (Francie): „Porovnání preskripce pediatriů a GP v regionu Franche-Comté“. Je to retrospektivní studie na základě údajů z regionálního fondu pojištění. Závěr z této studie je, že péče o děti poskytnutá GP je signifikantně odlišná od péče poskytované pediatrii.

Dr. Elke Jaeger Roman (Německo): „Proč jsou děti přiváděny do ordinace primárního pediatra?“ V průběhu jednoho roku 36 PP dokumentovalo důvody návštěv v ordinaci. Data prezentovala 56 000 pacientů se 193 458 návštěvami. V závěru zjištěno, dle předpokladů, že pediatrii poskytují více prevence a péče o děti s novými morbiditami (poruchy spánku, chování, řeči, příjmu jídla) jako péče akutní.

Dr. V. Martinez (Španělsko): „Jak propojit výzkumný projekt – od koncepce k prezentaci“ V této prezentaci představil Dr. Martinez handbook ke klinickému výzkumu v primární pediatrii. Tato „kuchařka“ bude na náklady ECPCP přeložena do angličtiny a uveřejněna na webu ECPCP.

Dr. Salaun (Francie): „Monitoring růstu“ – uvedený přehled a rozmanitost metod používaných na sledování růstu v praxích ambulantních pediatriů v Evropě.

Dr. D. Ewald (Německo): „CIRS – Critical Incident Reporting System v ambulantní péči v Evropě“. Je to online systém sdělování kritických situací a omylů v ambulantní pediatrické péči v Německu. Tento systém umožňuje zvyšovat kvalitu péče, sebekontroly, bezpečnost pro pacienty. Umožňuje zjišťovat i nedostatky v systému a jaké jsou nejčastější chyby a omyly v praxi v ambulantní pediatrii.

Prof. Y. Amitai (Izrael): „Děti mezi nemocnicí a komunitou“ a Dr. A. Bahir (Izrael): „Budoucnost ambulantní pediatrie – vytváření sítí“ – v příspěvcích byly uvedeny výhody dětských ambulantních center včetně malého lůžkového oddělení. Tato forma multidisciplinární péče zabezpečuje vysokou kvalitu a efektivitu péče o děti a má podporu i z řad primárních pediatriů v Evropě.

Dr. G. Huss (Německo): „Kvalita péče v evropské primární pediatrické péči“ – Dr. Huss prezentoval projekt COSI – seznam indikátorů kvality péče.

Dr. Y. Swartbroeckx (Francie): „Primární pediatrie – je oprávněná specifická příprava pro mladé lékaře v oboru“. Ve Francii začíná systém školicích míst v oboru ambulantní pediatrie – zatím 3 místa Grenoble, Lyon, St. Étienne. Délka stáže 6 měsíců, pro pediatrii i pro GP. V diskusi zaznělo, že v Německu se připravuje obor primární pediatrie a ve Španělsku se připravuje náplň přípravy pro specializaci primární pediatrie.

■ Pracovní část kongresu

Zasedání předsednictva – 22. 6. 2012

Přivítání prezidentkou Dr. E. Jaeger Roman, zpráva o její činnosti od 6/2011 do 6/2012. Zúčastnila se mnoha zasedání a akcí v souvislosti s primární pediatrickou péčí v Evropě i ve světě.

Vyslechli jsme zprávu generálního sekretáře – Dr. F. Kádár. Byla doplněna a aktualizována databáze členů předsednictva a delegátů z národních asociací primární pediatrické péče.

Zpráva pokladníka – pro další rok zůstává členský poplatek 0,75 EUR na člena ECPCP. K červnu 2012 je 17 000 členů. Byl schválen návrh na rozpočet pro další rok.



Strany sázejí na lékaře. Vyplácí se to

Na Rokycansku vyhrávají senátní volby lékaři. Od roku 1996 tu jiná profese neuspěla. A strany na to reagují. Sociální demokraté posílají do boje poslankyni, bývalou hejtmanku a exministrku zdravotnictví Miladu Emmerovou, ODS znovu sází na prověřeného senátora Luďka Sefziga.

Emmerová ve svůj úspěch věří. A to přesto, že má za sebou lavírování mezi různými politickými stranami.

Nejprve kandidaturu do Senátu za sociální demokracii odmítla a vzápětí oznámila, že do krajských voleb povede Stranu práv občanů Miloše Zemana. Až když jí to vedení ČSSD zatrhlo, vrátila se k hájení oranžových barev. Jejím cílem je bojovat za zachování stávajícího rozsahu nemocniční péče v kraji. „Jinak chci například usilovat o zahájení sociálního bydlení tam, kde takové možnosti jsou,“ říká Emmerová.

Za svého největšího konkurenta považuje právě lékaře a senátora s dvanáctiletou praxí Sefziga. Ani jemu není lhostejný osud menších nemocnic – třeba té rokycanské. „Podporuji také propojení břehů Berounky lávkou či dalším mostem a zkvalitnění silnic,“ vyjmenovává Sefzig.

Svůj senátorský mandát, tentokrát na Domažlicku a Klatovsku, se pokusí obhájit právnička Jiřina Rippelová.

Počátkem července skončila v ČSSD a kandidaturu do Senátu ohlásila za Zemanovce. Rozhodla se tak kvůli nespokojenosti s průběhem a výsledky primárních voleb, v nichž ji porazil další uchazeč o post v horní komoře, poslanec a domažlický exstarosta Jan Látko. Primárky údajně vyhrál především proto, že na konferenci, která rozhodovala, bylo výrazně více zástupců ČSSD z Domažlicka. Když pak Rippelovou oslovili Zemanovci, s přestupem neváhala.

Látku senátorka, která v případě znovuzvolení slibuje bojovat třeba za posílení pravomocí Nejvyššího kontrolního úřadu, považuje za největšího rivala. Stejně jako ona se zajímá i o situaci na Šumavě. „Když les napadne kůrovec, je třeba to řešit. Samozřejmě šetrným způsobem,“ míní Látko.

*Zdroj: V. Berná, Lidové noviny,
www.tribune.cz, 17. 9. 2012*

Vyslechli jsme zprávy předsedů jednotlivých pracovních komisí – pro výzkum, pro vědu a vzdělávání.

Byl předložen návrh na změnu stanov a dodatku. Důvodem bylo otevřít možnost členství i asociacím primární péče ze států mimo EU.

Informace o připravovaném jednání s profesionální organizací na přípravu příštích kongresů ECPCP – samostatně, nebo spolu s národními kongresy.

Prezentace ECPCP v rámci Strategické pediatrické aliance.

Návrhy kandidátů na funkce v novém výkonném výboru.

Příští kongresy – ECPCP v 6/2013 v Izraeli, zasedání předsednictva v listopadu 2012 (Budapešť?).

Generální shromáždění delegátů.

Zprávy o činnosti.

Pracovní skupina pro vědu připravuje dotazníkový průzkum o prováděných screeningových vyšetřeních. Dokončuje se projekt asthma bronchiale u dětí, připravuje se dotazníková studie ohledně dodržování práv dítěte v praxi v souvislosti s Deklarací práv dítěte jednak z pohledu informovanosti lékařů, jednak z pohledu informovanosti rodičů a dětí. Návrh na studii o prevenci úrazů u dětí.

Byla založena pracovní skupina pro vzdělávání v primární pediatrii. Členy jsou delegáti ze států, kde již existuje curriculum postgraduálního vzdělávání pro tento obor.

Hlasování a schválení změn ve stanovách a dodatku.

Volby do Výkonného výboru – nové složení:

Prezident: José Luis Santos (Španělsko), viceprezident Gottfried Huss (Německo), generální sekretář Ferenc Kádár (Maďarsko), asistent generálního sekretáře Gilbert Danjou (Francie), pokladník

GuyMollitor (Lucembursko), revizní komise Dominik Ewald (Německo), Margareta Seher Župančič (Slovinsko), postprezident Elke Jaeger Roman (Německo).

Noví členové ECPCP: Izrael, Syndikát franc. ambul. pediatriů – SNDF, SICUPP – Společnost italských primárních pediatriů, Polsko, Belgie, Švédsko.

V závěru zasedání konstatováno, že v porovnání s praktickými lékaři pro dospělé, kteří mají množství odborných i profesních organizací, má „čistá“ primární pediatrie zastoupení jenom v ECPCP. Je nutné podporovat její činnost v rámci evropských struktur. Je nutné prosazovat péči o děti poskytovanou primárními pediatrii jako jedinou, která je efektivní a na vysoké úrovni. S tím souvisí garance vzdělávání a povinné praxe pro lékaře pečující o děti a dorost primárními pediatrii. Nutné být aktivní při přípravě náplní pro toto vzdělávání. Je nutné zpracovávat a statisticky podložit studie o efektivitě péče o děti poskytované pediatrii, srovnávací studie s GP a FD a to nejenom z pohledu odborného, ale i z pohledu ekonomického. Nutné aktivní začleňování se do organizací EPA/UNEPSA, EAP, SPA, spolupracovat s AAP (Americká akademie pediatriů), s WHO, UNICEF. Je nutné zviditelnovat ECPCP na webových stránkách i na národních webových stránkách. Vyzývat všechny členy k aktivitám v ECPCP, zvláště mladší kolegy.

Jenom tak může ECPCP být rovnocenným partnerem organizací, které o primární pediatrii péči a její poskytovatele nejvíce zajímají.

Zpracovala
MUDr. Gabriela Kubátová
člen předsednictva ECPCP za SPLDD

Nová

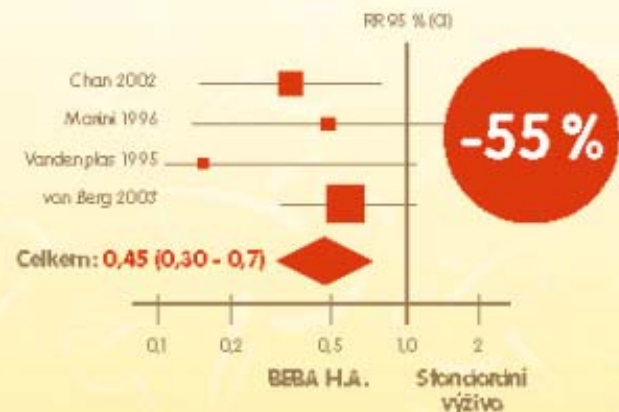
- Snadnější rozpustnost
- Lepší chuť
- V novém praktickém balení

BEBA H.A.

Prokazatelná ochrana snižující riziko vzniku
alergických onemocnění díky unikátní kombinaci
Opti Pro^{HA}, LC-PUFA a Bifidus B_L



BEBA H.A. prokazatelně snižuje riziko
vzniku atopické dermatitidy – o 55 %



- ✓ První a jediná kojenecká výživa s prokázaným účinkem*
- ✓ Prokazatelně snižuje riziko vzniku atopické dermatitidy o 55 %
- ✓ Dlouhodobý efekt BEBA H.A. pokračuje do 6. roku života dítěte

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

* HA...Pro zároveň některé děti s rodinnou atorgiou zášší může kojenecká výživa se 100% záššší hřadřizovanou sřadřizkou bílkovinu redukovat riziko rozvoje atopické dermatitidy v období prvního roku života, na rozdíl od výživy obsahující intaktní bílkovinu kravského mléka.

Nestlé Česko s.r.o., Mezi Vodami 2035/31, 143 20 Praha 4 – Modřany



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Volby do výboru OSPDL ČLS JEP

V letošním roce končí 4leté funkční období výboru naší odborné společnosti. V souladu se stanovami ČLS JEP jsme naplánovali korespondenční volby na konec letošního roku. Celé volby bude mít na starost zvolená volební komise, která za průběh voleb zodpovídá. Ráda bych využila tento prostor k rekapitulaci toho, jakou činností byli jednotliví členové našeho výboru pověřeni, kde reprezentovali náš obor Praktické lékařství pro děti a dorost a jak pracovala naše revizní komise.

MUDr. Hana Cabrnchová předsedkyně společnosti

Jako předsedkyně OSPDL ČLS JEP zastávám funkci v dalších orgánech a institucích, které mají souvislost s činností naší společnosti. Předsedkyně Akreditační komise MZ ČR, vedoucí Katedry Praktického lékařství pro děti a dorost IPVZ, jménem katedry posuzuji specializovanou způsobilost budoucích PLDD, vedu specializační kurs IPVZ pro PLDD na téma očkování, přednáším na II. LF UK v rámci postgraduálního i specializačního vzdělávání lékařů, jsem místopředsedkyní Národní imunizační komise MZ ČR, členkou předsednictva ČLS JEP, místopředsedkyní České vakcinologické společnosti ČLS JEP. Za poslední období na MZ ČR pracuje několik komisí, kde náš výbor zastupují – Komise péče o dítě, Komise pro prevenci násilí na dětech, Komise pro vzácná onemocnění, nově vzniklá Komise pro porodnictví v ČR. Na MZ ČR pravidelně zasedá pracovní skupina pro Seznam zdravotních výkonů, kde zastupují ČLS JEP.

Opakovaně přednáším, nyní připravuji aktivní účast na Pediatrickém kongresu v Liberci, Vakcinologickém kongresu v Hradci Králové, publikuji v ČR i v zahraničí. Ráda jsem se stala spoluautorkou odborných knižních publikací a suplement.

V rámci zajištění spolupráce se SPLDD se účastním jednání předsednictva a regionálních konferencí, jsme v pravidelném kontaktu s předsedou SPLDD ČR.

MUDr. Jiří Marek místopředseda společnosti

Regionální zástupce OSPDL, místopředseda Akreditační komise MZ ČR, člen Subkomise pro ATB politiku při předsednictvu ČLS JEP, pravidelný účastník projektů a studií na téma ATB terapie, spoluautor doporučených postupů pro užívání ATB v primární péči.

Velký propagátor používání přístroje ke stanovení CRP, aktivně přednáší na vzdělávacích akcích pro budoucí uživatele přístroje, vede povinný kurs v rámci specializační přípravy na IPVZ na téma používání ATB v primární péči. Je členem atestační komise, účastníkem nejen teoretických, ale i praktických zkoušek.

Má podobně jako ostatní členové výboru publikační a přednáškovou činnost. Věnuje se regionálním vzdělávacím aktivitám směřujícím k racionálnímu předepisování ATB v primární péči, na podobné téma se účastnil tiskových konferencí a přípravy materiálů pro odborný i laický tisk.

MUDr. Olga Roškotová vědecký sekretář

Členka Akreditační komise MZ ČR, členka redakční rady VOX Pediatry a Československé pediatrie, členka atestační komise, kde se podílí nejen na teoretických, ale i praktických zkouškách.

Má na starosti agendu akreditovaných ordinací, školitelů, agendu rezidenčních míst a celou oblast specializačního vzdělávání, pravidelně připravuje program školitelů a podílí se na přípravě celé akce, vede povinný kurs v rámci specializační přípravy na IPVZ na téma Management praxe PLDD, tuto problematiku přednáší i v rámci regionálních vzdělávacích akcí.

Aktivně se účastní kongresů a sympozií, připravuje odborná stanoviska a doporučení, publikuje, člen programového výboru Kongresu ČPS. Po mnohaletých zkušenostech z naší profesní organizace, kde měla na starosti každoroční setkávání okresních zástupců, má velké organizační zkušenosti, které uplatňuje i při přípravě akcí OSPDL.

MUDr. Zdena Adamová

Regionální zástupce naší společnosti, podílí se na přípravě páteřních vzdělávacích akcí, kontaktní osoba pro přípravu vzdělávacích akcí v oblasti JM regionu, účastní se jednání probíhajících v Brně a blízkém okolí, naposledy na téma centrálních registrů úrazů u dětí, pravidelně se účastní jednání výborů naší odborné společnosti v Praze, aktivně připomínkuje legislativní a odborné materiály, několik roků vedla poradnu na stránkách pro laickou veřejnost www.peceodite.cz.

Aktivně přednáší a účastní se kongresů a sympozií. Je aktivní školitelkou, účastní se studií v oblasti primární péče.

MUDr. Jiří Liška, CSc.

Má na starosti komunikaci s regiony, přípravu páteřních vzdělávacích témat, je členem redakční rady VOX Pediatry, náš výbor zastupuje v organizaci ČARO (Česká asociace pro prevenci respiračních onemocnění), pravidelně se účastní kongresů a sympozií.

Je členem naší atestační komise, aktivně připravuje podněty a stanoviska k projednávaným posudkům znalecké komise. Aktivně zastupuje výbor naší odborné společnosti na různých jednáních (MZ ČR, ČLK a další).

MUDr. Bohuslav Procházka

Regionální zástupce OSPDL, člen Akreditační komise MZ ČR, člen atestační komise. Aktivně se věnuje a přednáší otázky týkající se výživy u dětí, prevence obezity a civilizačních onemocnění. Podílí se na přípravě odborných stanovisek a doporučení, v poslední době prevence TEN, autor a spoluautor mnoha studií: 2× Prevence ischemické choroby srdeční u dětí – 2000 a 2007 (4100 dětí) s aktivní prezentací na kongresech v ČR i zahraničí (Istanbul), 3× studie Výživa dětí v prvním roce života (kojení) 2000, 2003, 2010 (1600–1700 dětí), prezentováno na kongresech v ČR i zahraničí (Berlín), Antropologický vývoj kojených dětí do 18. měsíce (tvorba růstových křivek plně kojených dětí).



Je členem Pracovní skupiny dětské obezitologie, spoluautor doporučeného postupu pro prevenci obezity u dětí, spoluautor skript dětské obezitologie. Člen kongresového výboru Kongresu primární péče a člen programového kongresového výboru Kongresu ČPS. Pravidelně přednáší, naposledy přednáškové turné Prevence ICHS u dětí spolu s doc. Urbanovou, prof. Šamánkem. Aktivně se podílí na přípravě vzdělávacích akcí na různých úrovních.

MUDr. Milan Rytíř

Po několikaleté práci pro naši profesní organizaci přijal po zvolení za člena také pozici pokladníka výboru OSPDL. Navíc má na starosti účast v lékové komisi (KLP) a celou problematiku komunikace se SÚKL, podílí se na tvorbě stanovisek, má na starosti kontakt s ČLK a přípravu materiálů pro jednání vědecké rady ČLK.

V případě potřeby reprezentuje náš výbor na jednáních na půdě MZ ČR, naposledy na téma změny financování očkovacích látek.

**MUDr. Renáta Růžková
předsedkyně revizní komise**

V souladu se stanovami ČLS vypracovává vždy jedenkrát ročně revizní zprávu, kterou odsouhlasenou členkami revizní komise předkládá výboru OSPDL. Je členkou Akreditační komise MZ ČR pro obor PLDD, podílí se pravidelně na atestačních zkouškách v našem oboru, má na starosti realizaci praktických zkoušek, pravidelně se účastní jednání výboru OSPDL. Působí jako aktivní školitel, vzdělává rezidenty. V letošním roce se podílela na přípravě setkání školitelů, plánuje aktivní účast na X. pediatrickém kongresu v Liberci.

Je spoluřešitelkou grantů a studií v oblasti primární péče. Pomáhá organizovat vzdělávací akce OSPDL Praha a Středočeský kraj ve spolupráci se SPLDD (pokladník regionu).

**MUDr. Jarmila Aronová,
MUDr. Helena Letáková**

Členky revizní komise, které se aktivně účastní akcí pořádaných nejen naší odbornou společností, ale i profesní organizací.

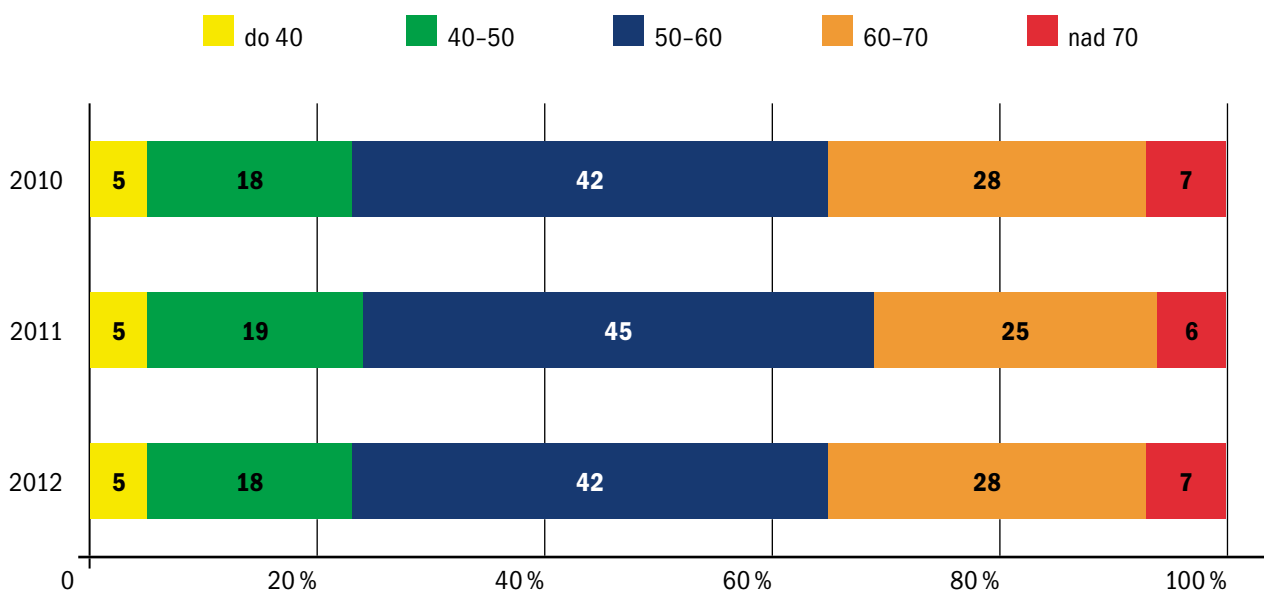
Pravidelně se účastní různých odborných kongresů a symposií, aktivní školitelky a účastnice studií. MUDr. Letáková opakovaně prezentuje zajímavé kazuistiky na odborných regionálních a celorepublikových akcích.

Závěrem mi dovoluji poděkovat všem členům stávajícího výboru, revizní komisi, našim regionálním zástupcům a všem, kteří se podíleli na dosavadní aktivní práci pro naši odbornou společnost.

■ Aktuální situace v oboru PLDD

- Počet nově atestovaných lékařů v oboru PLDD do roku 2011: **43 PLDD**
- Za rok 2012 očekáváme cca **27 nově atestovaných kolegů**
- Počet zařazených do oboru: **178 PLDD** (data do června 2012)
- **Za poslední dva měsíce 25 nově zařazených kolegů do oboru PLDD.**

■ Věkové složení PLDD 2010 až 2012





Strategie diagnostiky a léčby dědičných metabolických poruch s akutním průběhem

MUDr. Eliška Marklová, CSc.

Dětská klinika fakultní nemocnice Hradec Králové, Laboratoř dědičných metabolických poruch

Akutně probíhající dědičná metabolická porucha (DMP) u novorozenců a kojenců je často diagnostikována se zpožděním, protože se na tento typ chorob obvykle nemyslí; klinické příznaky bývají považovány za důsledek prenatální infekce nebo perinatálního poškození. Onemocnění připomínající sepsi, pneumonii nebo intoxikaci může probíhat jako akutní, život ohrožující krize, vyžadující okamžitou intervenci, jindy je stav pacienta popisován jako nejasná kardiomyopatie, hepatopatie, encefalopatie atd. Pozdní diagnostika a zahájení léčby přitom mohou vést k tragickým následkům.

Kumulativní incidence všech DMP se odhaduje na 1/500 novorozenců. Velký počet genetických defektů postihujících různé biochemické metabolické cesty znemožňuje dobrou orientaci praktického lékaře v otázkách diagnostiky, strategie a účinné terapie; k získání potřebných informací poslouží např. publikace *Vademecum metabolicum*. Přes značnou rozmanitost jednotlivých poruch lze vymezit určité obecné principy: důsledkem enzymatického bloku jako nejčastější příčiny DMP je chybění výsledného produktu nebo hromadění fyziologických prekursorů, eventuálně i zvýšení produktů alternativních. Zbytková aktivita deficitního enzymu, endogenní produkce hromaděných metabolitů i aktivita náhradních metabolických cest u jednotlivých pacientů též poruchy mohou být značně odlišné, proto bývá velmi rozmanitý i fenotyp onemocnění. Hlavním zdrojem hromaděných látek je jejich endogenní produkce; ke zhoršení situace vedou i další okolnosti zvyšující katabolické děje, jako jsou např. přidružená choroba, operace, horečka, hladovění nebo vakcinace.

Existuje mnoho způsobů klasifikace DMP; podle jednoho schématu se rozlišují 3 základní skupiny:

1) typ vedoucí k buněčné intoxikaci; sem patří jednak poruchy malých molekul (např. aminokyselin a organických kyselin s klinickým průběhem buď akutním, anebo chronickým, ale s akutní dekompenzací), jednak defekty velkých molekul (tj. choroby provázené strádáním metabolitů, např. mukopolysacharidózy),

2) typ spojený s energetickým deficitem (defekty oxidace mastných kyselin a poruchy mitochondriální) a
3) typ smíšený (např. poruchy peroxizomální).

V souvislosti s DMP lze vymezit 5 důležitých kroků:

■ **I. Podezření** - vůbec nejdůležitější moment v diagnostice DMP! Příznaky provázející tyto choroby obvykle nejsou příliš specifické: nejasné akutní onemocnění po zcela bezpříznakovém období; letargie a koma; hypotonie; křeče, škytavka (zvl. nezvladatelné); apnoe a dýchací potíže; sepse, zejména vyvolaná *E. coli*; neobvyklý zápach; žloutenka; dysmorfie; organomegalie; pozitivní rodinná anamnéza, konsanguinita.

■ **II. Ke správnému vyhodnocení stavu pacienta** pomohou již informace z **osobní anamnézy**: poporodní latence příznaků u poruch metabolismu aminokyselin, mitochondriálních defektů a v cyklu močovin; závislost na krmení, zejména na příjmu bílkovin a sacharidů; rychlá progres neurologických příznaků; hematologické příznaky; přetrvávající hypoglykémie, hyperamonémie, metabolická acidóza; epizodické problémy provázející banální onemocnění.

U DMP je důležitá **rodinná anamnéza**: výskyt podobného onemocnění nebo úmrtí, např. Reyeova syndromu nebo SIDS - náhlého úmrtí v rodině; příbuzenské sňatky; původ z izolovaných populačních skupin.

K diagnostice přispějí výsledky **fyzikálního vyšetření**, které mohou odhalit faciální aj. dysmorfie, kataraktu, retinopatii, strukturní abnormality mozku, hypertrofickou nebo dilatační kardiomyopatii, hepatomegalii, multicystické dysplastické ledviny, myopatii.

Výsledky **počátečních screeningových testů** v krvi (krevní obraz, elektrolyty, krevní plyny, přebytek bazí „base excess“, BE/deficit aniontů „anion gap“, glukóza, kyselina močová, aminokyseliny, amoniak a laktát/pyruvát - u obou pozor na správnost odběru!) a v moči (zvl. ketonů, redukujících látek a organických kyselin; pozn. je vhodné zamrazit 1-2 ml plazmy a 10-20 ml moče z akutního období pro dodatečné analýzy) nasměrují k provedení **screeningových testů vyššího stupně** (stanovení karnitinu, acylkarnitinů, mastných kyselin, aktivity lyzozomálních enzymů).

Na základě provedených analýz je už možno diferencielnědiagnosticky zvážit možné kategorie DMP s neonatální prezentací, mezi něž patří zejména poruchy oxidace mastných kyselin, organické acidémie a aminoacidurie, defekty v cyklu močovin, galaktosémie, glykogenózy, peroxizomální poruchy, Menkesova choroba, Löweho syndrom a deficit molybdenového kofaktoru. V popředí bývá některý z nálezů: hypoglykémie, metabolické acidózy s deficitem aniontů, chybění ketolátek, hyperamonémie bez acidózy nebo dysmorfie.

Metabolická acidóza je důležitým nálezem a východiskem pro další vyšetřovací algoritmy:



- 1) provázena normální hodnotou „anion gap“ a hyperchlorémií svědčí pro ztráty bikarbonátu ledvinami nebo střevem; renální tubulární acidóza, obvykle proximální, může provázet galaktosémii, Löweho syndrom aj.,
- 2) v kombinaci se zvýšenou hodnotou „anion gap“ vede k další diferenciaci v závislosti na hladině *ketonů a glukózy*:
 - a) Deficit ketolátek a hypoglykémie provází poruchy oxidace mastných kyselin (později se často prezentují příznaky Reyeova syndromu nebo SIDS),
 - b) zvýšené ketolátky a hypoglykémie je typický nálezní při organické acidurii nebo laktátové acidóze,
 - c) ketonurie s hyperglykémií svědčí pro diabetes mellitus. Nález metabolické acidózy bez zvýšení organických kyselin a aminokyselin je indikací k vyšetření glykémie a laktátu/pyruvátu a může pak vést k diagnóze poruchy glukoneogeneze, metabolismu pyruvátu, glykogenu nebo energetického metabolismu v mitochondriích.

Neurologické abnormality v anamnéze bez *metabolické acidózy* jsou indikací k vyšetření amoniaku: nález vyšších hodnot svědčí pro vrozené defekty v cyklu močovinny nebo tranzitorní poruchu. Kombinace normálního amoniaku a nízké hladiny kyseliny močové je typická pro deficit molybdenového kofaktoru (defekt xantinoxidázy a/nebo sulfitoxidázy), zvýšený glycin v plazmě a mozkomíšním moku bez dalších patologických nálezů vede k diagnóze neketotické hyperglycinémie.

Dysmorfické změny v neonatálním období jsou indikací k vyloučení peroxizomálních chorob (např. Zellwegerova cerebrohepatorenálního syndromu), poruchy oxidace mastných kyselin a glutarové acidémie typu II, Menkesovy choroby (defekt metabolismu mědi), poruchy glykosylace proteinů (CDG) nebo dvou lyzozomálních chorob, tj. mukopolisacharidózy II (I-cell disease) a glykogenózy typu II (Pompeho choroba).

Volba **definitivních diagnostických testů** (enzymové analýzy, DNA testy; někdy je nutná biopsie jater, svalů, apod.) umožní stanovení nebo potvrzení diagnózy.

Při volbě vyšetřovacího algoritmu a interpretaci výsledků je nutno brát v úvahu celý komplex metabolických pochodů a občas i nález zavádějících příznaků. Příkladem je propionová acidémie: kromě známek metabolické acidózy a deficitu aniontů může být tento defekt provázen symptomy – a pak také interpretován jako kongenitální hypertrofická pylorostenóza (dříve často i operovaná). Důsledkem hromadění kyseliny propionové ve formě esterů-CoA vznikne deficit acetyl-CoA (významného regulátoru cyklu močovinny a substrátu pro oxidativní fosforylaci), což vede k sekundární hyperamonémii a laktátové acidémii, často i hypoglykémii. Zvýšené vylučování konjugátů kyseliny propionové s karnitinem vede k jeho depleci, následnému snížení katabolismu mastných kyselin a tím pak poruše tvorby energie.

■ **III. Strategie způsobu stabilizace** pacienta s podezřením na DMP je odvozena především z nálezu specifických metabolických abnormalit zjištěných počátečním screeningem, protože přesné určení typu choroby zatím chybí. K základním principům v této fázi patří: udržet převahu anaboličských reakcí dodáním kalorií (postupně z 60 na 120–150 kcal/kg/den formou i.v. podání glukózy, inzulínu, ev. lipidů); pokud možno omezit exogenní přísun škodlivých látek zavedením diety s omezením proteinů a laktózy; zvýšit vylučování toxických metabolitů (dialýzou, výměnnou transfuzí krve); zvýšit zbytkovou aktivitu enzymu dodáním farmakologických dávek vitaminových kofaktorů; provést transplantaci poškozených orgánů.

■ **IV. Specifická léčba** je pokračováním stabilizační taktiky, ale je už více zaměřena na určitý typ defektu.

Typ „metabolické acidózy spojený s anion-gap“: korekce acidózy bikarbonátem (při jeho hodnotách < 10 mmol/l); p.o. podání karnitinu 100–200 mg/kg; vitaminoterapie: p.o. thiaminem v dávce 5–20 mg/kg (leucinóza); p.o. biotinem 5–20 mg/den (deficit biotinidázy); i.m. kyanokobalaminem, vit. B12, 1–2 mg/den (methylmalonová acidurie); p.o. riboflavinem 200–300 mg/den (glutarová acidémie I a II).

Typ „hyperamonémie“: i.v. Na-benzoát a Na-fenylacetát, 250 mg/kg (ke zvýšení konjugace s glycinem a glutaminem); i.v. infuze argininu-HCl 350 mg/kg (při poruchách cyklu močovinny); peritoneální dialýza nebo hemodialýza při 4násobně zvýšené nebo rychle stoupající koncentraci amoniaku.

Typ „křeče bez acidózy a bez hyperamonémie“: i.v. pyridoxin 100–200 mg (při odpovědi 10–100 mg p.o./den); p.o. riboflavin 200–300 mg/den (glutarová acidémie typ I); vysoké dávky benzodiazepinů a Na-benzoátu (neketotická hyperglycinémie). Léčba by měla být koordinována týmem odborníků pro DMP, kam patří lékař, dietolog a později pak i sociální pracovník (jedná se vždy o chronickou chorobu, opakované hospitalizace, často dietní režim, handicapující příznaky atd.).

■ **V. Genetické poradenství** rodině včetně stanovení prognózy pro pacienta, rizika opakování u dalších potomků, možnosti prenatalní diagnostiky a screeningu dalších členů rodiny je nedílnou součástí komplexního přístupu k DMP.

■ **VI. Odběr materiálu perimortem.** Řada DMP není slučitelná se životem a pacient i přes veškerou péči brzy umírá; správná diagnostika je nicméně důležitá pro možnost genetického poradenství.

Postmortem dochází ve tkáních (zejména v játrech) k rychlým změnám, a proto by měly být vzorky k diagnostice DMP odebrány do 1–2 hod. po smrti. Potřebný materiál zahrnuje 10–20 ml krve (zamrazit 1–2 ml alikvoty séra a plazmy; izolované erythrocyty uchovat při 4 °C, leukocyty při –20 °C), dále 20–30 ml moče a vzorek nitroočního moku (uchovat při –20 °C). Měla by být provedena kožní biopsie k založení kultury fibroblastů a tkáňová biopsie jater, svalů, ev. myokardu, mozku atd. (odebrat vzorky pro rychlé zamrazení v tekutém dusíku, fixaci glutaraldehydem pro elektronovou mikroskopii a fixaci formalinem pro světelnou mikroskopii).



Současné diagnostické možnosti pseudohypoparatyreózy typu Ia – metabolické, endokrinologické a molekulárněgenetické aspekty

Doc. MUDr. František Lošan, CSc.

Genetika-Plzeň, s.r.o.

Pseudohypoparatyreóza (PHP) je heterogenní skupina chorob s rezistencí k parathormonu. Podle patogeneze a fenotypu se klasifikuje na PHP Ia, Ib, Ic, II. Pacienti s **pseudohypoparatyreózou Ia** mají příznaky **Albrightovy hereditární osteodystrofie (AHO) a biochemické známky hormonální rezistence k určitým hormonům**. Mezi příznaky AHO patří obezita, kulatý obličej, malá postava, brachymetakarpie, zkrácené 4. a 5. metakarpy a metatarzy, kožní a podkožní kalcifikace, kalcifikace bazálních ganglií, myokardu, mentální retardace (v 50 %) a katarakta. Prvním příznakem onemocnění mohou být hypokalcemické křeče. Biochemické parametry svědčí pro hypoparatyreózu, tzn. je přítomna hypokalcémie, hyperfosfatémie, ale hladina parathormonu je naopak vysoká při rezistenci cílových tkání k parathormonu (PTH). Chybění fyziologického působení PTH v ledvinách vede k hyperkalciurii, hypofosfaturii, současně je přítomna porucha hydroxylace 25-hydroxycholecalciferolu na 1,25-dihydroxycholecalciferol se sníženou gastrointestinální absorpcí kalcia. Chybění fyziologického působení PTH na kost vede k poruše mobilizace kalcia z kostní tkáň. Dědičnost onemocnění je autozomálně dominantní. PHP Ia je způsobena heterozygotní inaktivační mutací genu *GNAS1*, který kóduje α -podjednotku G proteinu a obvykle se vyskytuje ve stejné rodině. Je lokalizován na chromozomu 20q13.11 a skládá se ze 13 exonů a 12 intronů. Ve 35% všech mutací se jedná o postižení exonu 7. Genová exprese autozomálně dominantně přenosné mutace genu *GNAS1* a tím i klinický obraz postižení jsou závislé na pohlaví rodiče s mutací.

Paternální přenos genové mutace *GNAS1* vede k fenotypu pseudopseudohypoparatyreózy (PPHP) s příznaky Albrightovy hereditární osteodystrofie, ale bez přítomné hormonální rezistence. Maternální přenos vede k fenotypu pseudohypoparatyreózy typu Ia s příznaky Albrightovy hereditární osteodystrofie se známkami hormonální rezistence. Kromě rezistence k parathormonu je pro PHP Ia typická rezistence k TSH vedoucí k hypotyreóze s mírnou elevací TSH a sníženým volným tyroxinem. Mohou být přítomny další deficity hormonů působících přes cAMP s následnou receptorovou poruchou (například rezistence ke gonadotropinům vede k hypogonadismu, rezistence k růstovému hormonu vede k jeho deficitu).

■ Kazuistika

V rodině ženy A. H., 1974, jsme provedli genealogické a molekulárněgenetické vyšetření před další plánovanou graviditou.

Z prvního těhotenství porodila dceru N. H., 2001. Spontánní porod v termínu. Porodní míry 3720 g/51 cm. V 9 měsících věku byla vyšetřena v gastroenterologické ambulanci dětské kliniky pro zvýšené jaterní testy. V klinickém obraze již dominovala extrémní obezita. Z provedených hormonálních vyšetření zjištěna elevace TSH 9,2 mIU/l (N 0,3–4) a snížená hladina volného tyroxinu 7,61 pmol/l (N 11,5–23). Autoprotilátky proti štítné žláze byly negativní, sonograficky štítná žláza v normě. Při substituci levothyroxinem došlo k normalizaci hormonů štítné žlázy. Růst a vývoj dítěte byl normální. Ve 3 letech věku byly zachyceny drobné podkožní kalcifikace na jedné dolní končetině. Při kontrolním vyšetření kalciového metabolismu jsme zachytili hypokalcémii 2,25 mmol/l (N 2,35–2,7) a elevaci fosforu 2,25 mmol/l (N 1,1–1,9), ALP mírně elevovaná na 7,77 μ kat/l (N do 7). Při kontrolních odbě-

rech hypokalcémie dále progredovala až na hodnotu 1,84 mmol/l, fosfor 2,64 mmol/l. Doplněná hladina parathormonu ukázala extrémně vysokou hladinu 822 pg/ml (N 10–65) svědčící pro rezistenci k parathormonu. Vzhledem k současně přítomným klinickým známkám AHO (obezita, kulatý obličej, brachymetakarpie, zkrácený 4. metakarp, podkožní kalcifikace) a přítomné hypotyreóze při rezistenci k TSH byla v endokrinologické ambulanci dětské kliniky FN Plzeň stanovena diagnóza pseudohypoparatyreózy typu Ia. U matky naší pacientky byly v 7 letech věku zjištěny na pravé dlani a levém zápěstí podkožní kalcifikace a měla zkrácené 4. a 5. metakarpy. Hladina parathormonu a funkce štítné žlázy byly normální. U matky byly přítomny klinické příznaky AHO bez přítomnosti hormonální rezistence svědčící pro pseudopseudohypoparatyreózu. Naší pacientce je v současné době 11 let, dle BMI (29,8) je v pásmu extrémní obezity, její růst je plynulý na 50. percentilu. Je substituována levothyroxinem pro hypofunkci štítné žlázy, normokalcémii úspěšně udržujeme Rocaltrolem (plně hydroxylovaná forma vitamínu D) a substitucí vápníku.

Molekulárněgenetické vyšetření z izolované DNA bylo provedeno na oddělení genetiky a reprodukce univerzitní nemocnice v Caen, Francie – prof. M. L. Kottler. Byla prokázána mutace Q35X(c.103C>T) v genu *GNAS1*. Vzniklá bodová mutace způsobuje stop kodon s následným předčasným ukončením translace.

Stejná mutace genu *GNAS1* byla zjištěna u matky a také v amniocytech plodové vody ve druhém těhotenství – vyšetření provedeno v Šiklově patologicko-anatomickém ústavu FN v Plzni, MUDr. Radek



Šíma, Ph.D., a Mgr. Petr Martínek. Těhotná se rozhodla pro ukončení těhotenství. Manželský pár byl následně vyšetřen v Institutu reprodukční medicíny a genetiky v Plzni – MUDr. L. Hradecký, Ph.D. V další graviditě byla indikována preimplantační genetická diagnostika (PGD). Punktát z 10 blastocyst na sklíčku byl odeslán ke stanovení mutace v genu GNAS1 na pracovišti v Institutu reprodukční medicíny – prof. Y. Verlinsky, M.D., Chicago.

Z 10 oplodněných embryí byla zjištěna mutace GNAS1 u devíti, pouze jediné embryo bylo bez mutace. Embryotransfer však nebyl úspěšný. Pacientka se rozhodla pro oplodnění darovaného oocyty zdravé dárkyně (věk 28 roků). V současné době toto těhotenství úspěšně pokračuje a je sledováno na pracovišti Genetika-Plzeň, s.r.o.

Cílem našeho sdělení bylo demonstrovat obtížnost stanovení diagnózy pseudohypoparatyreózy typu Ia, kdy rezistence k TSH je přítomna od narození, ale rezistence k parathormonu se vyvíjí postupně a vyžaduje laboratorní sledování vývoje parametrů kalciového metabolismu. K upřesnění klinické diagnózy je nezbytné molekulárněgenetické vyšetření. Vysoké genetické riziko přenosu mutace na potomky ukazuje PGD v této rodině. Jen jediné oplodněné embryo z 10 fertilizovaných bylo bez mutace. Embryotransfer však byl neúspěšný. Manželé se rozhodli pro semiadopci – oplodnění oocyty dárkyně spermatem manžela.

PGD je v současné době vhodnou metodou, která může zajistit narození zdravého dítěte při vysokém genetickém riziku přenosu mutace. Nezdaří-li se tento způsob otěhotnění, lze již rutinně využít oplodnění oocyty zdravé dárkyně. Embryotransfer takto oplodněného oocyty bývá již úspěšný.

Autoři:

Doc. MUDr. František Lošan, CSc.,
MUDr. Petr Lošan, Ing. Iva Vobrubová,
Genetika-Plzeň, s.r.o.;
MUDr. Renata Pomahačová, Ph.D.,
Dětská klinika Lékařské fakulty Univerzity
Karlovy v Plzni a FN Plzeň

Blíží se soumrak lékařských pohotovostí?

Ministerstvo zdravotnictví, obě komory parlamentu a Asociace krajů ČR byly informovány o existenci memoranda o spolupráci na změně organizace primární zdravotní péče v ČR, které signovali zástupci Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP (SUM), Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL), Sdružení praktických lékařů ČR (SPL) a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD). Memorandum konstatuje, že koncept lékařské služby první pomoci (LSPP) už neodpovídá současným požadavkům na plnohodnotnou, lege artis poskytovanou zdravotní péči, a jako vhodný systémový nástroj v péči o pacienty s náhlým zhoršením zdravotního stavu uvádí pracoviště urgentního příjmu ve vstupních traktech nemocnic včetně odpovídající podpory zdravotnické záchranné služby (ZZS).

„Problematika organizace ambulantní pohotovostní služby začala být intenzivněji diskutována v souvislosti s návrhem zákona o zdravotních službách. Zástupci oboru všeobecného praktického lékařství zaznamenali v této souvislosti řadu různorodých názorů. Spatřovali v nich zejména nástroje k ušetření finančních prostředků. Ozřejmovalo se, že si část odborné veřejnosti začala uvědomovat faktickou zbytečnost LSPP, avšak nechtěla se dostat do konfliktu s politickou reprezentací, zejména krajskou, která si naopak na službě vždy zakládala. Tak vznikaly konstrukce typu 24hodinové péče praktických lékařů o registrované pacienty, jejichž právní i odbornou pomýlenost je dnes již našťěstí zbytečně vysvětlovat. Skutečným principem bylo zbavit se povinnosti za službu platit, a to formou převedení ‚černého Petra‘ na někoho jiného, nejlépe na samotné praktické lékaře,“ uvádí člen výboru SPL MUDr. Jan Bělobrádek.

LSPP je využívána stále méně

SPL v diskusi akcentuje extrémní pokles využití služby – zatímco v roce 2000 využilo LSPP 25 občanů ze 100, v roce 2010 pouze 5 občanů ze 100 – i velmi nízkou efektivitu služby (v průměru 1,1 ošetřeného pacienta na 1 hodinu provozu LSPP), a to za plných nároků na mzdové i provozní náklady zřizo-

vatelů. SPL také konstatuje, že každý kraj postupným vývojem vytvořil jiný systém LSPP a „bez nadsázky momentálně existuje 14 odlišných variant stejné služby, což je v resortu naprostá rarita“.

Za podstatný aspekt je považována i vzrůstající nespokojenost jiných odborností. „Pokud spatřujeme v dopoledních hodinách alespoň náznaky gate-keepingu, kdy praktičtí lékaři filtrují počty pacientů pro specialisty i nemocniční zařízení, v odpoledních a nočních hodinách je tento filtr pouze zbožným přáním. Český pacient se emancipoval, ví, že je lepší zajít rovnou na příslušnou odbornou ambulanci, ne se zdržovat na LSPP. Stejně bude nejspíš přeposlán, jen si dvakrát posedí v čekárně a možná i dvakrát zaplatí,“ pokračuje J. Bělobrádek.

SPL už jedná se zástupci krajů

„Při vědomí těchto skutečností se SPL rozhodlo najít partnery pro diskusi jak na poli odborném, tak systémotvorném, zde více než kde jinde politickém. V prvním případě jej našlo ve Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP, kdy se ozřejmilo, že tato odborná společnost má již mnoho let problematiku detailně zpracovánu (koncepte oddělení urgentního příjmu), avšak chybí jí síla k prosazení tohoto konceptu do systému současného českého zdravotnictví. A to i přesto, jak přesvědčivé jsou zkušenosti ze zahraničí i z několika izolovaných pracovišť fungujících v ČR.“ Pokud jde o politickou reprezentaci, SPL nejprve oslovilo Asociaci krajů ČR jakožto představitele zřizovatelů LSPP. V polovině února 2012 došlo k jednání zástupců SPL s hejtnanem Kraje Vysočina MUDr. Jiřím Běhounkem. „Argumenty profesní společnosti praktických lékařů byly pozorně vyslechnuty, pozitivním momentem jednání byla jednoznačná, odborně podložená vize směřování služby. Kromě vyjasnění stanovisek v souvislosti se změnami legislativy od 1. dubna 2012 se obě strany též dohodly na vzájemném informování právě v otázce další transformace pohotovostní služby,“ popisuje J. Bělobrádek.

Celý článek byl publikován 17. 9. v 38. vydání Zdravotnických novin.

Zdroj: ČTK, 14. 9. 2012



Prevence úrazů a násilí v pediatrické praxi

Doc. MUDr. Veronika Benešová, CSc.

Národní koordinace prevence dětských úrazů, násilí a podpory bezpečnosti pro děti ve FN v Motole

Úrazy jsou závažným problémem v České republice nejen z hlediska zdravotního, ale i sociálního a ekonomického. Patří k nejzávažnějším příčinám trvale měnícím zdravotní stav velké části populace. U dětí a mladých dospělých jsou nejčastější příčinou úmrtí. V celé populaci jsou jako příčina smrti na místě třetím u mužů a čtvrtým u žen. Dětská úrazová mortalita se díky dobré traumatologické péči snižuje, ale celkový počet hospitalizovaných a ambulantně léčených zraněných dětí neklesá. Chirurgické obory ošetřují ročně více než půl miliónu zraněných dětí, hospitalizováno je přes 25 000, na následek úrazu umírá ročně více než 200 dětí a dospívajících do 19 let. Každé třetí až čtvrté dítě utrpí úraz natolik závažný, že musí být ošetřen lékařem. Mnoho úrazů zanechává trvalé následky. Tato varující čísla představují obrovskou zátěž nejen z hlediska utrpení obětí úrazů, jejich rodin a blízkých, ale také zátěž ekonomickou, protože neúměrně zatěžují zdravotnický systém. Takový stav je neudržitelný, když si uvědomíme, že většinu nehod se dalo zabránit.

Ministerstvo zdravotnictví proto řídí prevenci úrazů a násilí prostřednictvím schválených národních plánů a strategií. Národní akční plán prevence dětských úrazů, který vznikl mezioborovou spoluprací skupiny odborníků, vychází z podrobné analýzy a stanovuje úkoly jednotlivých resortů tak, aby se podařilo účinně snížit dětskou úrazovost prostřednictvím pasivních i aktivních prostředků prevence ve všech oblastech života dětí. Podobně je zpracována i Strategie prevence násilí na dětech.

V posledních několika letech se podařilo zastavit nárůst školních úrazů a úrazů dopravních, ale úrazy ve volném čase, doma a při sportu vzrůstají. Nejpočetnější skupinou úrazů jsou domácí úrazy, které jsou obvykle méně závažné. Nejtěžší úrazy jsou dopravní, které spolu s tonutím mají nejvyšší úmrtnost. Záchranáři, lékaři, rehabilitační pracovníci a sociální pracovníci pro postižené děti jsou spojeny s vysokými finančními náklady. Potřeba účinné prevence je v ČR velmi naléhavá. Efektivní využití omezených

prostředků by mělo být zaručeno tím, že preventivní programy budou založeny na faktech, tedy co nejpřesnějších informacích o úrazech. Kvalita a spolehlivost těchto dat je vždy nejvyšší, pokud se získají co nejdříve po úrazu a prostřednictvím ošetřujícího zdravotnického personálu.

Na prevenci se mohou podílet v podstatě všechny státní orgány a instituce i společnosti, které mohou úrazovou situaci ovlivnit – tedy sektory dopravy, školství, sportu, vnitra, ale i práce a sociálních věcí. Samozřejmě zdravotnictví a jeho zdravotní ústavy, ale vlastně každý zdravotník by měl prevenci úrazů provádět jako součást své práce, zvláště pokud se stará o děti.

Pro jednotlivá věková období je charakteristické spektrum určitých úrazů, proto lze pro daná věková období odhadnout rizika a nastavit příslušná preventivní opatření. Chlapci jsou obecně náchylnější k častějším a závažnějším úrazům než dívky. To platí pro všechny typy úrazů a všechny věkové kategorie kromě věkové kategorie 0–1 rok. Není to způsobeno pouze vyšší expozicí riziku, ale též odlišným chováním chlapců a dívek.

I výskyt úrazů mezi jednotlivými skupinami se značně liší – popáleniny jsou 7× častější u dětí do 1 roku ve srovnání s 13letými. Dopravní úrazy jsou u 15–19letých 10× častější než ve skupině 5–9 let.

Závažné úrazy, u kterých je nutná hospitalizace, jsou nejčastěji způsobeny pádem, na druhém místě pak dopravní nehodou a následuje působení neživé mechanické síly. U mladších dětí se vyskytuje více opaření a kontaktních popálenin, u adolescentů úrazy elektrickým proudem a následky působení životně mechanické síly.

Nejčastěji se děti zraní doma a v okolí domova, a to zejména ve věku 0–5 let. Příčinou smrti následkem vnějších příčin je tonutí, udušení, spolujízda v autě, domácí požáry. Děti 5–14 let staré umírají jako spolujezdcí v autě, chodci, utonutím a při požárech. Nejzávažnějšími druhy úrazů dětí 0–19 let jsou dlouhodobě dopravní nehody, ale v současnosti se ve statistice objevuje na druhém místě smrtelných úrazů úmyslné

sebeпоškození. Pak následuje utonutí a jiné způsoby udušení. Utonutí hrozí zvláště dětem 1–4 roky starým. Z údajů Národního registru dětských úrazů vychází jako nejrizikovější skupina vážně zraněných 15–19 let. Domácí úrazy pak postihují nejvíce děti v průměru čtyřleté. Děti hospitalizované pro úmyslný úraz (útok, násilí a sebeпоškození) jsou obvykle chlapci v průměru patnáctiletí a častým místem úrazu bývá škola. Sportovní úrazy jsou málokdy smrtelné, ale zato velmi časté, obvykle jsou způsobeny pádem nebo úderem a stávají se nejčastěji při kolových sportech a kolektivních míčových hrách. Pády a úderu jsou rovněž hlavní příčinou školních úrazů, které se stávají hlavně při volné zábavě a v hodinách tělesné výchovy.

■ Poradenství v prevenci úrazů dětí v ordinaci praktického lékaře

Dětský lékař a sestra mají využívat svého vlivu na rodiče a děti k preventivní činnosti. Zvláště účinná je v průběhu ošetření zraněného dítěte. Verbální informaci je dobré doplnit názorným textem, letákem, obrázkem. Informace musí být relativně stručná a jednoduchá, založená na schopnosti podpořit rodiče, jejichž dítě prodělalo úraz, naslouchat jim a hledat způsob, jak v budoucnu úrazu zabránit.

Zdravotníci se také mohou podílet na tvorbě preventivních programů, identifikovat rizikové činnosti, prostředí a výrobky, které způsobily úraz, a upozorňovat na ně orgány státní inspekce. V současné době mohou zdravotníci významně ovlivnit dětskou úrazovost i tím, že si budou více všimnout opakovaných, ne zcela anamnesticky dostatečně objasněných úrazů.

Samozřejmě je hlavní zodpovědnost na rodičích, ale zdravotnická veřejnost může nejen výchovně působit na rodiče i děti, ale i participovat na vytváření programů jejich iniciováním a poskytováním nezbytných zdravotnických informací a tím zásadním způsobem přispět ke snížení úrazovosti dětí. Patří sem i pozornost k rizikům na vlastním

CRP
a již brzy...
CRP+Hb
Strep A

QuikRead go[®]

Nejrychlejší, nejjednodušší, nejpřesnější

- Kvantitativní stanovení CRP, výsledek do 2 minut
- **Automatická korekce výsledku CRP na aktuálně změřenou hodnotu hematokritu**
- Plně automatizovaný systém s vnitřní pamětí
- Porovnatelnost výsledků s laboratoří
- Český software, jednoduchá obsluha přístroje

Spolehlivá podpora diagnostiky při podezření na zánětlivé onemocnění a při bolestech v krku.

Podejte cílenou antibiotickou léčbu a sledujte její účinnost přímo ve vaší ordinaci.





pracovišti, ve svém vlastním domě a obci. Ke skutečné kontrole úrazovosti je zapotřebí spolupráce lékaře-traumatologa, pediatra, epidemiologa a preventisty.

Úrazy jsou věkově specifické, pro jednotlivá období dětství a dospívání jsou typické určité úrazy. Preventivní poradenství se tedy musí řídit věkem dětí, stupněm dosažených vědomostí a dovedností a ochotou rodičů či opatrovníků ke spolupráci.

Zdravotník může výrazně ovlivnit dětskou úrazovost při návštěvě doma i během preventivní prohlídky dítěte. Již před narozením dítěte má sestra podat základní informace o vytvoření bezpečného domova pro dítě. Při každé další návštěvě se může zaměřit na určité téma podle stáří dítěte: dopravní úrazy, úrazy na hřišti, sportovní a jednotlivé druhy úrazů, jako pády, opaření, tonutí.

Především by se mělo odstranit dogma, že úrazy jsou nevyhnutelnou součástí života a že bez bolesti se dítě nenaučí opatrnosti. Zvláště rodiče jsou často přesvědčeni, že jejich dítěte se nemůže nic stát, protože je pod dobrým dohledem. Prevence úrazů dětí však obnáší mnohem víc než dobrý dohled (k prevenci úrazů je zapotřebí pohled z více stran), znamená vytvoření bezpečného prostředí, používání bezpečných výrobků, naučení bezpečnému chování a v případě, že přesto k úrazu dojde, pak správnou a včasnou péčí zabránit smrti nebo trvalým následkům.

Dětské úrazy vyžadují zvláštní přístup z hlediska prevence. Dítě je mnohem více závislé na pomoci a ochraně společnosti. Riziko se u dětí mění v závislosti na věku a dosaženém stupni vývoje. Obecně jsou úrazem častěji postiženi chlapci, což je zdůvodňováno jednak větší agresivitou, výběrem riskantnějších aktivit, ale i menší ochrannou péčí rodičů. Dívky jsou také šikovnější, vizuálně-motorická koordinace je u nich lepší než u chlapců stejného věku. Paradoxně k úrazům dochází častěji v prostředí, které dítě dobře nezná, při příchodu nebo odchodu ze zařízení pro děti, v odpoledních hodinách, kdy je dítě již unavené, a tam, kde samotná činnost přináší určitou míru rizika – ve sportu, kutilství.

Základem prevence jsou jasná a jednoduchá pravidla bezpečnosti, v každém ohledu bezpečné prostředí a vybavení, aktivní i pasivní dohled a přizpůsobení činnosti věku dítěte. Doma nebo v nejbližším okolí domova se stane 38 % smrtelných úrazů dětí do 14 let.

V příčinách domácích úrazů vedou pády, které jsou však méně často smrtelné, následují popáleniny, které tvoří 3 % všech úrazů, ale jejich prognóza je horší. Fyzické a sociální prostředí značně ovlivňuje úrazovost. Domácí úrazy jsou častější ve městech než na venkově, výskyt úrazů závisí na roční a denní době, dohledu, výchově, vzdělání rodičů, vlivu vrstevníků. Domácí rizika jsou léky a jedovaté látky, nábytek, schodiště, domácí bazény a zdroje tepla. U dvouletých dětí je nejvyšší výskyt úrazů doma. Nejrizikovější místa jsou obývací pokoj, kuchyně, zahrada. Pády malých dětí, kojenců z postelí rodičů či z různých ploch při přebalování a z kočárků mohou mít těžké následky. Ostré rohy nábytku, schodiště, okna a horké tekutiny zase ohrožují batolata. Náhodné otravy u 2–3letých pocházejí z domácích lékáren, volně uložených léků, čisticích a pracích prostředků. Také úrazy elektrickým proudem, nejčastěji jako spáleniny na rukou a obličej, se stávají dětem pod 5 let. Popáleninový úraz dítěte je obvykle následkem nedostatečné pozornosti dospělých. Nechráněné topné systémy a domácí přístroje s vysokou povrchovou teplotou, špatné uskladnění hořlavých materiálů, přístup dětí k otevřenému ohni, zábavní pyrotechnice, korozivním čisticím prostředkům nebo vysoká teplota vody vytékající z bojleru (bezpečná teplota nemá přesáhnout 56 stupňů) či dosažitelné nádoby s horkými tekutinami (i šálek horké kávy může způsobit závažné opaření kojence a batolete) jsou domácími riziky, která dítě samo nerozezná. U starších dětí jsou pak nebezpečné hry a nekontrovaný pohyb v blízkosti vedení vysokého napětí, nebezpečná zábavní pyrotechnika a hra s ohněm.

Starší děti jsou více ohroženy jako chodci nebo spolujezdci. U 5–9letých dětí je polovina úrazů venku způsobena vběhnutím do vozovky. Nejčastěji tyto úrazy vznikají nikoliv na rušných komunikacích, ale uvnitř obcí a v poměrně klidných ulicích, kde si děti hrají v těsné blízkosti komunikace. Jako spolujezdec nebo účastník provozu v dopravě je dítě tím nejzranitelnějším. Vzhledem k malé velikosti, špatnému rozhledu a nedostatečné pozornosti i schopnosti odhadnout rychlost pohybu motorových vozidel je dítě znevýhodněno. Jako cyklista je ohroženo i malou znalostí pravidel a špatným odhadem vlastních sil. Z pozice spolujezdce dítě držené na klíně dospělé osoby je vystaveno nejvyššímu riziku. Nejtěžší úrazy bývají ná-

sledkem vymrštění dítěte z auta při havárii. Nařízení o používání dětských sedaček a jiných zadržných systémů by mělo být pediatry důsledně doporučováno, a to i při jízdách uvnitř obcí a na menších komunikacích, protože k úrazům dochází podstatně častěji právě tam.

Neorganizovaná hra, zvláště pak fotbal, je častým zdrojem úrazu prstů a kotníků, ale i hlavy a krční páteře, většinou při kolizi a pádech. Dohled zkušeného trenéra takovým úrazům ve velké většině zabrání, je proto nutné doporučovat, aby se děti základům kolektivních sportů učily pod dohledem. Propagaci potřebuje i nošení ochranných prvků při jízdě na skateboardu, kolečkových bruslích a na kole. Zlomeniny ruky a předloktí jsou zde typické a chrániče zápěstí jim spolehlivě zabrání. Ochranná přilba by měla být součástí nákupu každého sportovního vybavení, kdy se dítě bude pohybovat větší rychlostí anebo po komunikaci. Dobrá viditelnost dítěte, které je oblečeno do barevně výrazného oblečení, zabrání přehlédnutí a zvýší ohleduplnost ostatních účastníků silničního provozu.

U dospívajících již může být výchova k bezpečnému chování kontraproduktivní, proto je lépe, když si bezpečnostní zásady osvojí dítě dříve. Bude je pak automaticky uplatňovat i ve věku, kdy riskantnost je přitažlivá. Mladiství jsou nejzávažněji ohroženi dopravními úrazy, dvakrát častěji chlapci než dívky. Často k nim dochází pod vlivem alkoholu a mívají i smrtelné následky. Dospívající chlapci také častěji utonou nebo se topí. Topení obvykle nezanechá následky, ale může způsobit i trvalé poškození mozku. Velice častou příčinou jsou skoky do neznámé vody, ale i méně zmiňované kolize s lodí či převržením; zvyšující se počty neplavců problém tonutí posouvají do popředí. Zvláště závažné úrazy hlavy při pádech, napadení, kolizích obvykle vyžadují vícedenní hospitalizaci a i malé úrazy mohou mít trvalejší následky v podobě poruch učení a chování. Je spolehlivě prokázáno, že používání ochranných přileb pronikavě snižuje počet smrtelných úrazů hlavy i celkově zranění hlavy a jejich následků.

Některé dětské úrazy budou vždy součástí normálního každodenního života, ale jde o to, aby se zabránilo úrazům těžkým a smrtelným. Je zapotřebí nacházet a odstraňovat nebezpečí, která nejsou nutná, a naučit děti zvládat ta, která jsou součástí běžného života. To je především věcí rodičů, ale



upozornění na rizika spojená s věkem dětí podané pediatrem může být velice účinné.

Pády jsou nejčastější příčinou úrazu u dětí. Převážná část se děje z výšky 1 až 2 metry, k čemuž je v domácnostech obvykle dostatek příležitostí. Schody jsou riskantní nejen pro batolata, ale i pro děti nesené v náručí, spadne-li osoba, která dítě nese. Adekvátní zábradlí se požaduje v pracovním prostředí, ale ne už doma. Nedoporučujeme též patrové postele a dětská chodítka. V nich se dítě může snadno dostat na nebezpečná místa v domácnosti, případně při převrácení chodítka je dítě katapultováno.

Řezné a bodné rány jsou často následkem pádu na sklo nebo ostré hrany. Použití běžného skla do 1 metru je nebezpečné. Sklo by pak mělo být nahrazeno tvrzeným nebo jiným materiálem anebo polepeno fólií. Sekačky na trávu již způsobily smrtelné úrazy u dětí do 6 let, při nevhodné manipulaci pak řezné rány u větších dětí.

Primární prevencí **otrav** v domácnostech je důsledné ukládání jedovatých látek mimo dosah dětí, jejich správné označení, používání bezpečnostních uzávěrů. Sekundární prevence pak především znamená znalost, kam se obrátit o pomoc. Důležitá je informace o možnosti obrátit se na TIS (Toxikologické informační středisko). Zvláště čisticí a prací prostředky bývají v domácnostech uloženy špatně, typické je nevhodné umístění pod dřezem. Riskantní je uložení prostředků v obalech od potravin a nápojů, které lákají děti k napití.

Inhalování drobných předmětů, většinou provázené silným laryngospasmem, je příčinou smrti hlavně u dětí ve stáří 6 měsíců až 3 roky. Lékař má upozornit na riziko nejen malých předmětů, ale i tvrdých kousků potravy, poučit o první pomoci, zmínit se o nebezpečí plastových sáčků, dlouhých tkanic na oblečení a používání měkkých polštářů u nejmenších dětí.

Tonutí. Dítě do 3 let by nemělo být ponecháno bez dozoru samo v blízkosti vody, v koupelně, a to ani pod dohledem staršího sourozence. I pouhých 10 cm vody může znamenat nebezpečí utonutí.

Hračky pro děti jsou označovány údaji o vhodnosti pro určitý věk a někdy i o bezpečnosti. Pro výrobce není bezpečnost hračky povinná. Proto záleží hlavně na ro-

dičích, zda koupí produkt pro dítě bezpečný a naučí dítě bezpečně ho používat. Pozor je nutno dávat na hračky s vůní ovoce, gumy, malé předměty vkládané do balení potravin pro děti jako dárek.

Do arzenálu pediatra patří také schopnost naslouchat a podpořit rodiče, jejichž dítě utrpělo úraz, a snažit se pomoci tak, aby k dalšímu úrazu již nedošlo. Rovněž by měl věnovat pozornost rizikům na vlastním pracovišti, ve svém domě a své obci.

Kvalita dětských hřišť je dosud převážně nízká, ačkoliv již platí evropské normy pro jejich vybavení i povrchy. Mnohá jsou pro děti přímo nebezpečná a obce je tedy raději odstraní, aniž by je nahradily. Nejčastějším úrazem je pád z nevhodného nebo poškozeného vybavení. Ani hřiště odpovídající normám nemusí být úplně bezpečné, pořád platí, že děti musejí používat vybavení vhodné vzhledem k jejich věku a za dohledu dospělých.

Pediatr ovšem musí také poznat a řešit **projevy týraného a zneužívaného dítěte**. Každá preventivní prohlídka nebo ošetření úrazu jsou příležitostí k zachycení známek týrání.

Prevence násilí, omezení zneužívání a týrání dětí nejen sníží jejich úrazovost, ale v budoucnu i sníží riziko jejich vlastní násilné činnosti. Rozpoznání a včasná diagnóza násilí na dětech je úkolem pediatra, ale i dospělých, kteří se s dítětem dostanou do kontaktu. Efektivní programy na snížení sebevražednosti dětí a mladistvých jsou zaměřeny na trénink učitelů, vychovatelů, lékařů a policistů k rozeznání příznaků sebevražedných sklonů.

Násilí má řadu forem – šikana, násilí ve skupině, sexuální násilí, napadení a vražda. Mírné formy násilí se v poslední době zvyšují. Mladí lidé jsou ve větším riziku stát se obětí, ale i násilníkem. Násilné chování je dáno psychologickými, biologickými, behaviorálními, sociálními a kulturními faktory. Většina obětí i násilníků jsou muži, ale oběťmi sexuálního a domácího násilí jsou hlavně ženy. U mladých mužů se často považuje fyzická síla a fyzická agresivita za normální projev mužnosti, u mladých žen je to považováno za něco nenormálního.

Komplexní řešení v prevenci násilí zahrnuje výchovu rodičů, návštěvy v rodinách, posílení legislativy a soudů, kontrolu zbraní a jejich správného bezpečného zajištění,

snížení dostupnosti alkoholu, trénink dětí a dospívajících v kompetencích ke zvládnutí násilí, omezení sociálních rozdílů, vytvoření prostředí netolerujícího násilí, omezení sledování násilí prostřednictvím médií.

Úrazy u mladých lidí jsou komplexní problém. Je zapotřebí spojení zásahů výchovných, strukturálních a zásahů do prostředí, aby byla prevence efektivní. Používání ochranných prostředků, výchova a vzdělávání ke změně rizikových vzorců chování a vytváření kompetencí (znalosti, dovednosti a postoje) k ochraně zdraví. Prevence úrazů musí vycházet od zdravotníků a školy, sportovních klubů a organizací pro volný čas.

Častou příčinou smrti 15–24letých jsou sebevraždy a sebepoškození. Mladí muži spáchají sebevraždu čtyřikrát častěji než dívky. Asi třetina z nich se v minulosti již pokusila o sebevraždu. Sebeškození nemusí vést ke smrti, ale například k trvalému poškození zdraví. Rizikové faktory jsou u sebevraždy a sebeškození téměř stejné – psychologické, biologické, sociální a environmentální spolu s osobnostními charakteristikami. Prevencí je omezit přístup ke zbraním a jedům, zajistit identifikaci a včasné léčení rizikových osob, snížení chudoby a sociální izolace, správná léčba mentálních nemocí, zvláště deprese.

Žádná prevence nebude účinná, pokud bude zaměřena jen jednostranně. Některé intervence jsou zaměřeny na určitý druh úrazu, jiné zahrnují více druhů a příčin. Nejčastěji se lokální programy zaměřují na výchovu dítěte jako chodce a účastníka provozu na komunikacích. Méně často se setkáváme s úpravou prostředí tak, aby bylo bezpečné a přátelské k dětem.

Pediatr je základním pilířem v preventivní péči o děti a často svými radami a doporučeními může významně ovlivnit nepříznivou úroveň úrazové úmrtnosti a nemocnosti českých dětí.

Návod na provádění prevence domácích úrazů v rámci pravidelných preventivních i dispenzárních prohlídek naleznete v příloze *Pediatric pro praxi – F 2009 Prevence domácích úrazů v praxi praktických lékařů pro děti a dorost*. Bezpečné domácí prostředí pro děti. ■



Kazuistika: Kraniofaryngeom nádor povahou benigní, lokalizací však velice maligní

MUDr. Roman Špaček

Dětské oddělení, Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Zlín

Klíčová slova: kraniofaryngeom, diagnostika, terapie, následná péče

■ Kazuistika

Na naše oddělení byl přijat čtyřletý chlapec. Důvodem přijetí byla asi jeden rok trvající bolest hlavy s postupnou progresí. Půl roku pozorován zvýšený příjem tekutin s výraznou stížností na žízeň, s preferencí sladkých tekutin, s nutností buzení 2–3× za noc k podání malého množství tekutin. Močil 1× za noc. Poslední čtyři měsíce prohlubování intenzity a četnosti atak bolesti hlavy, někdy i s nauzeou a se zvracením. Dále pozorována postupná změna chování směrem k neklidu, hyperaktivitě až impulsivnosti. V anamnéze perinatálně a postnatálně bez pozoruhodností. Nemocnost minimální. V návaznosti na výše popsané před půl rokem vyšetřen v nefrologické ambulanci pro výraznou polydipsii a polyurii. Stav pracovně hodnocen jako psychogenní polydipsie a doporučeno vyšetření na endokrinologii i s ohledem na hraniční vzrůst. Za měsíc vyšetření absolvováno. Výška chlapce zařazena k 3. percentilu. Proveden RTG ruky, plánovaný RTG lbi pro nespolečnosti neproveden. Stav hodnocen jako v.s. konstituční opoždění růstu a pacient objednan do neurologické ambulance pro stížnost na bolest hlavy. V zápise neurologa nacházíme bolest hlavy, narušený spánek, výrazný neklid, nechutenství, při nucení do jídla zvracení. Dítě prakticky nevyšetřitelné, diktuje si podmínky, je hyperaktivní, velmi neklidné, impulsivní, utíká z ambulance. EEG pro motorický neklid dítěte neprovedeno.

Po přijetí na naše oddělení dítě menšího vzrůstu, neklidné, s lehce naznačeným meningismem. Základní laboratorní vyšetření bez patologického nálezu. Oční vyšetření bez známek měštnavých papil. Po zhodnocení výše popsaných informací provedeno CT hlavy s nálezem expanzivního ložiska v supraselární oblasti, obstrukční hydrocefalus – viz příloha č. 1. K zpřesnění diagnózy doplněna MR hlavy. Druhý den dítě přeloženo na neurochirurgii do fakultní nemoc-

nice. Z propouštěcích zpráv se dozvídáme, že byla provedena téměř subtotální extirpace tumoru, zaveden programovatelný V-P shunt. Pooperační stav komplikován těžkou levostrannou hemiparézou a dehescencí nad ventilem shuntu s následnou plastikou kůže na kalvě.

Na kontrolních MR hlavy nález progresivního rezidua nádoru. Indikována nová operace k radikální exstirpaci. Pooperační stav komplikován závažným rozvratem vnitřního prostředí. Po stabilizaci stavu a po zavedení hormonální substituce při panhypopituitarismu předán do ambulantní péče.

Zde za pomoci přidělené ošetřovatelky a pily matky zůstává zdravotní stav vcelku uspokojivý. Levostranná hemiparéza přetrvává stále, chůze je hoch schop jen s dopomocí. Nadále pokračováno v hormonální substituci, nově i s aplikací růstového hormonu. Velkou potíží k řešení zůstává nadměrná obezita. Z posledních kontrolních MR vyšetření je patrná recidiva růstového nádoru tkáně, což jistě do budoucna neskýtá pozitivní vyhlídky.

■ Kraniofaryngeom

Jde o vzácně se vyskytující solidně-cystický nádor CNS vycházející ze zbytku ductus craniopharyngicus a involující Rathkeho výchlípků. Pro jeho maligní lokalizaci je pro dítě zásadní včasná diagnostika. Nejednoznačnost a pestrost klinického projevu rostoucího nádoru je dokumentována kazuistikou.

Kraniofaryngeom je tumor selární a supraselární oblasti CNS vycházející ze zbytku Rathkeho výchlípků. Tvoří 6–9% nádorů CNS v dětském věku. Histologicky je benigní, maligní je svojí lokalizací a šířením do okolních struktur. Nejvyšší incidence je ve věku 11–22 let a 41–50 let. Nádor je tvořen solidní a cystickou částí, typický je **nález kalcifikací na rtg snímku lbi**. Velmi nepříznivou charakteristikou tohoto tumoru přes jeho histologickou benignitu je **sklon k recidivám**.

Příznaky vedoucí k diagnóze tumoru mohou být známky nitrolební hypertenze, porucha vizu, diabetes insipidus centralis, hypopituitarismus. Bylo prokázáno, že **růstová porucha** u dětí s kraniofaryngeomem může předcházet i několik let vlastní klinické manifestaci tumoru a může být dokonce jediným symptomem intrakraniálního expanzivního projevu. V diferenciální diagnostice kraniofaryngeomu nutno zvažovat i jiné expanzivní procesy nitrolebí – viz tabulka č. 1.

Terapie pacienta s kraniofaryngeomem je komplexní. Ne vždy jsou názory na správný postup jednoznačné. Je-li nádor diagnostikován v časném stadiu, je radikální resekce kurativní. Mnohem častěji však bývá diagnóza stanovena v čase, kdy již došlo k invazi do okolních struktur. Jeho centrální lokalizace často způsobuje poškození zrakové dráhy, pituitární dysfunkci a obstrukční hydrocefalus. Výše popsané a dále pak i těsný vztah k arteriálním a nervovým strukturám na bázi lební tvoří vážné limity chirurgického radikálního přístupu. Ten by měl být proto indikován u pacientů s malým nádorem bez postižení hypotalamické oblasti a zrakové dráhy. V opačném případě by měl být zvolen neurochirurgický postup s ponecháním reziduálního nádorové tkáně, vedoucí ke snížení tlakových změn vyvolaných nádorem, s cílem zachovat neporušené okolní struktury (hypotalamus, zrakový nerv).

Neuroendoskopický transventrikulární přístup představuje minimální invazivní metodu indikovanou především u cystických lézí a tumorů s blokádou mokvých cest.

Následně indikované zařazení konformní či stereotaktické radioterapie významně snižuje riziko progresivního onemocnění a tím i nutnost provedení dalších neurochirurgických zákroků. Je však rovněž nutno posoudit riziko vzniku pozdních následků radioterapie, především u dětí ve věku pod 5 let.

Cílem navrženého léčebného postupu je minimalizovat rizika recidivy/progrese choroby, zlepšit kvalitu života pacienta a vyhnout se nejzávažnějším celoživotním následkům v důsledku poškození hypotalamické



oblasti, jež vedou k tzv. **hypotalamickému syndromu** – těžkým a život ohrožujícím komplikacím, k nimž patří chybění pocitu žízně, monstrózní obezita, poruchy spánku, chování a kognitivních funkcí.

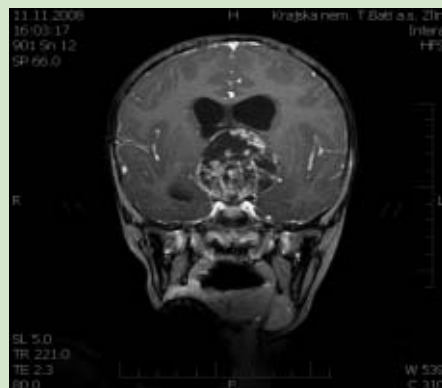
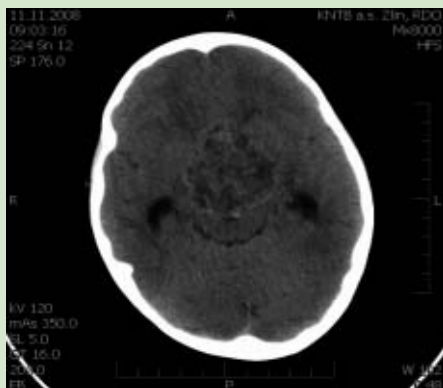
Tohoto cíle je možno dosáhnout jen těsnou a koordinovanou spoluprací zainteresovaných odborníků ve specializovaných pediatricko-onkologických centrech.

Tabulka 1.

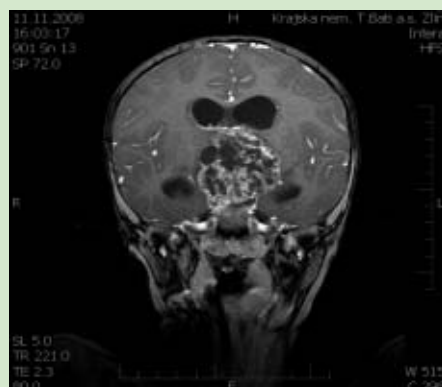
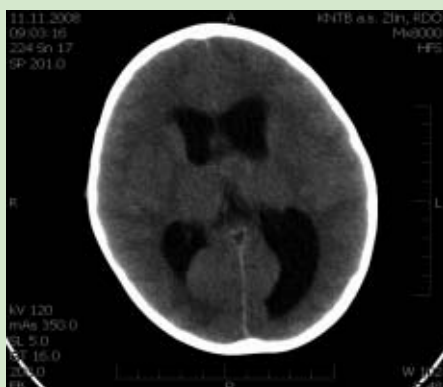
Diferenciální diagnóza selárních lézí (podtrženy léze zvláště významné v diferenciální diagnóze kraniofaryngeomu)		
Tumory	Cysty a malformace	Empty sella syndrome
Adenom hypofýzy	Cysty Rathkeho výchlípký	Cévní léze
Kraniofaryngeom	Arachnoidální cysty	Vakovitá aneurysmata (a. carotis interna, a. communicans anterior)
Meningiom	Epidermoidní cysty	Kavernomy
Gangliocytom	Dermoidní cysty	Zánětlivá postižení
neurohypofýzy		Lymfocytární hypofyzitida
Gliom neurohypofýzy		Granulomatózní hypofyzitida
Granular cell tumors		
Germinomy		
<u>Chordomy a jiné tumory</u> <u>z měkkých tkání a kostí</u>		
Metastatické tumory		

Příloha č. 1

CT mozku



MR mozku



Nově si budeme moci připlatit za přesnější operaci či šetrnější narkózu

Komise ministra zdravotnictví v úterý schválila tři nové zákroky, za které si pacienti od příštího roku budou zřejmě moci připlatit. Šetrnější probuzení z narkózy, použití navigačního přístroje při náhradě kloubu a operace šedého zákalu pomocí speciálního laseru. Ještě je musí schválit ministr Leoš Heger.

Zatím si pacienti mohou v nemocnici připlatit třeba za lehčí sádku nebo za lepší materiál čočky při operaci šedého zákalu. V úterý schválila komise ministra zdravotnictví složená ze zástupců pojišťoven, odborné veřejnosti i pacientských organizací tři nové návrhy na zákroky. Nadstandardy, které teď dostane na stůl ministr Leoš Heger, nejsou zrovna levné.

Tak například využití „navigace“ při náhradě kloubu přijde pacienta na 10 až 15 tisíc korun. Za pomoci přístroje chirurg přesně zjistí, kam a jak umístit endoprotézu. „Je to metoda, která spolehlivě pohlíká operátora, aby neudělal chybu. Používáme ji proto zcela rutinně již od roku 2000,“ pochvaluje si ortoped Radek Hartl ze znojenské nemocnice tuto metodu. Dosud však byla zdarma. Stejnou částku, tedy 10 až 15 tisíc, zaplatí pacient, který se rozhodne pro operaci šedého zákalu pomocí femtosekundového laseru. Podle některých očníků je to zbytečné tahání peněz z pacientů. „Laser zatím dělá jen část zákroku. Operace se stejně dokončuje na sále klasicky, tedy tak, jak ji hradí pojišťovna,“ popisuje pražský oční lékař, který si nepřál být jmenován. Přiznává však, že laser operaci provádí velmi precizně.

Poslední novinkou bude možnost připlatit si asi 2500 korun za lék Sugammadex, který pacienta rychle a bezpečně probudí z narkózy. Běžně se používá látka neostigmin za pouhých 35 korun. „Neostigmin má víc vedlejších účinků, neohrožují ale pacientův život. Obojím lze dosáhnout téhož, jen s jinými náklady,“ shrnuje anesteziolog pražské nemocnice Královské Vinohrady Jan Šturma. Ministerstvo zdravotnictví chce od příštího roku zavést dalších asi sedmdesát úkonů, za které si pacienti budou moci připlatit. Zdravotnictví by to mělo ušetřit peníze za nové, dražší metody léčby. Češi nadstandardům však neholdují.

Zdroj: R. Římanová, L. Petrášová, iDnes.cz, 5. 9. 2012



Ze světa odborné literatury...

■ Diferenciální diagnostika nočního děsu a motorických paroxysmů

Rekurentní noční poruchy chování a pohybové paroxysmy jsou diagnostickou výzvou pro klinické pediatri. Je popisována např. adolescentní dívka, která se prezentovala rekurentními stereotypickými nočními „můrami“. Ty jsou popisovány během non-REM spánkové fáze. V práci pak diskutují o dif. dg. mezi epileptickými a non-epileptickými událostmi. Dále pak o souvislostech mezi nočními frontálními a temporálními záchvaty. Patofyziologické a neobvyklé EEG obrazy jsou diskutovány s respektem ke klinickému obrazu. Lze konstatovat, že v případě těchto epizod u dětí a adolescentů epileptický původ musí být vyloučen před dg. parasomnie. Normální EEG po vzbuzení může vylučovat epileptický paroxysmus. Je zde důležitá role určitého spánkového nepořádku. Přes 80 % předškolních dětí a 15 % preadolescentů prodělalo někdy parasomnii. Dif. dg. mezi spánkovým nepořádkem a nočními záchvaty je praktickým problémem. Jako příklad uváděn problém 14letého děvčete – po návštěvě lyžařského campu mělo krátce po upadnutí do spánku neobvyklou událost. Během odpoledního i nočního spánku se začaly objevovat rytmické pohyby hlavou a trupem ze strany na stranu a grimasy v obličeji. Tento stav trval vždy 3–5 minut. Poté se objevovala úzkost a spánek. Neurologicky nihil. Pozitronová tomografie ani MRI nepřispěly k závěru. Příčina panických reakcí neprokázána. Pozitronová emisní tomografie prokázala hypometabolickou oblast v levém hippocampu. Vedena diskuse mezi parasomnií non-REM, noční panickou atakou, nočními křečemi u adolescentů a neobvyklým iktovým elektroencefalografickým záznamem. Parasomnie vzniká během první třetiny spánku, různorodý je motorický a afektivní projev. Trvá více než 10 minut, po probuzení je amnézie. Je pozitivní rodinná anamnéza. U daného děvčete se objevovaly 3 epizody v noci, které byly popisovány krátce po usnutí. Byly asociovány se stereotypickými projevy a neměly žádnou verbální interakci. Na rozdíl od parasomnie jsou noční panické ataky charakterizovány během druhé a třetí hodiny spánku. U parasomnie jsou kompletní odvolání pozorována po probuzení. Na druhé straně jsou klinické obrazy pro křeče popisovány převážně v noci a epizody jsou krátké (do minuty).

Eur. J. Pediatr. 2012;171:1309–1315

■ Krvácení u dětí. Nepořádek v sekundární hemostáze a fibrinolýze

Krvácivé komplikace u dětí mohou být zapříčiněny sekundární hemostázou nebo fibrinolýzou. Charakteristickým obrazem zvláště u hemofilie jsou hluboké hematomy, krvácení do svalů a kloubů a rekurentní krvácení z ran. Iničiální testy pro vyšetřování jsou aktivovaný parciální protrombinový čas a protrombinový čas. Je důležitá znalost koagulační kaskády. Koagulační kaskáda může probíhat třemi cestami. Sekundární hemostáza je definována jako tvorba fibrinu. Častějšími poruchami jsou defekty faktorů II, VII, IX a proteinu C a S. Např. diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC) může být zapříčiněna sepsí, malignitami a hypoxií. Je charakterizována systematickou aktivací koagulační kaskády, která rezultuje v depozita fibrinu. Ta vedou k tvorbě mikrovaskulárních trombů. Konsumpce (spotřebování) koagulačních faktorů a destiček mohou indukovat těžké krvácivé komplikace. Je také známo, že děti se závažným jatrním postižením mají deficit všech koagulačních faktorů. Protrombinový čas (PT) a aktivovaný parciální trombotoplastinový čas (APTT) jsou nejčastějšími sledovanými hodnotami. Prolongace PT s normálním APTT – tento nálezn se zlepšuje po podání vitamínu K.

Eur. J. Pediatr. 2012;171:207–214

■ Akutní revmatická horečka v Turecku – třicetileté zkušenosti

Po dobu 30 let sledována incidence a nálezy u akutní revmatické horečky (ARF). Jednalo se celkem o 1115 pacientů přijatých v uvedeném období od roku 1980. Poměr chlapců a děvčat byl přibližně stejný. Věk pacientů se pohyboval mezi 2 a 15 lety. Karditis byla nalezena v 64 %, polyarthritis v 59 % a chorea ve 14 % případů. Mitrální regurgitace byla společným nálezem při echo kontrolách. Srdeční selhání bylo klinicky patrné u 13 % pacientů. Rekurentní ataky jsou klinicky popisovány u 8 % pacientů. Střední věk se pohyboval kolem 7 let. Mortalita popisována v necelém jednom procentu. Kritéria ARF popsána poprvé v roce 1950. Zlepšení socioekonomického vztahu a včasná léčba PNC hrají důležitou roli v poklesu od roku 1940. Ale přesto je v některých oblastech USA popisován vzestup. Co se týká léčby závažných pacientů, pacienti s kardiomegalii

a městnavým srdečním selháním jsou léčeni deltacortilem 2 mg/kg/den, zatímco ostatní dostávají salicyláty 100 mg/kg/den. Dále byli pacienti pendeponizováni. Z laboratoře bylo vysoké CRP u 71 %, sedimentace u 87 %, leukocytóza v 50 %, teplota ve 40 %, artralgie v 60 %. Dlouhý interval PR pak v 15 %. Spálová vyrážka byla patrná v 15 %.

Eur. J. Pediatr. 2012;171:361–368

■ Soulad specifického IgE a kožního Prickova testu v neselektované kohortě dvouletých dětí

Smyslem této studie bylo zhodnotit vztah mezi vyšetřováním specifického IgE a kožním Prickovým testem, zároveň zjistit možnou asociaci mezi celkovým IgE v séru a alergologickými nálezy. Byl vyšetřen soubor 353 dětí v neselektované skupině.

Střední hodnota celkového IgE vycházela z referenčních hodnot dvouletých dětí v přítomnosti a při nepřítomnosti alergie. 18,7 % dětí mělo jednu či více pozitivních reakcí v Prickových kožních testech nebo v hodnotách specifických IgE. Testováno bylo 12 alergenů. Soulad mezi Prickovým testem a specifickým IgE byl velmi variabilní. Nejvíce pozitivitu vykazovaly burské ořechy a poměrně málo pozitivitu bylo u mléka. Celkové IgE je limitováno stupněm alergie. Postrádání souladu mezi pozitivními testy sIgE a kožními testy pro některé alergeny ukazují, že tyto testy nemohou být užívány bez jakéhokoliv ohledu. V Norsku, kde byla prováděna tato práce, je každé páté dítě testováno z důvodů podezření na alergii. Ačkoliv je celkové vysoké IgE asociováno s alergickým astmatem, je významné překrytí mezi celkovou koncentrací u zdravých a u alergických pacientů. Na druhé straně se nízké celkové IgE nabízí jako prediktor pro identifikaci nealergických pacientů. Soulad mezi Prickovým testem a celkovým IgE je dobrý. Počet senzibilizovaných pacientů stoupl s vyšší koncentrací celkového IgE. 8,4 % dětí ze 178 mělo koncentraci IgE pod 10 kU/l. 60 % dětí ze 23 s koncentrací nad 100 bylo alergických.

Eur. J. Pediatr. 2012;171:479–484

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

Jsou všechna kojenecká mléka stejná?



Které mléko nabízí skutečně prokázané zdravotní benefity?

Mateřské mléko je zlatým standardem

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

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

Nutrilon se inspiruje mateřským mlékem na všech třech úrovních:



Prebiotické oligosacharidy jsou třetí největší složkou mateřského mléka.¹



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



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



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

Inspirováno mateřským mlékem, ověřeno vědecky.

Reference:

1. Neuburg DS, et al., Carbohydrates in milk: analyses, quantities and significance. Handbook of milk composition. Academic Press, 1995; 273-349.
2. Krol J et al., Colon microflora in infants fed formula with galacto- and fructo- oligosaccharides: more like breastfed infants. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2009; 48: 36-42.
3. Bruzesse E et al., A formula containing galacto- and fructo- oligosaccharides prevents intestinal and extra-intestinal infections: An observational study. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2009; 28: 156-161.

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

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

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



Aktuality...

Odborník: Kdo pečuje o své zdraví, by mohl dostat od pojišťovny slevu

Ve zdravotnictví se plýtvá. „Je zde velké pole působnosti pro efektivnější nakládání s penězi, aniž by pacient jakkoliv utrpěl,“ říká Jaromír Gajdáček, prezident Svazu zdravotních pojišťoven a šéf Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra. Jak se potvrzuje, zkrotit plýtvání peněz z veřejného zdravotního pojištění může elektronizace. Karta života, se kterou před čtyřmi lety přišla Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (ZP MV ČR), ve které Gajdáček působí, začíná přinášet hmatatelné výsledky. Odkrývá zbytečné plýtvání ve zdravotnictví a začíná přinášet úspory peněz, které se pak mohou použít tam, kde jsou víc třeba. Tedy na léčbu vážně nemocných pacientů či na přístup pacientů k moderním lékařským metodám. „Elektronizace má zcela určitě místo ve zdravotnictví i v lékárenství. Elektronické informace jsou nezastavitelné. Argument, že babička v zapadlé víscé nemá přístup k internetu, vydrží ještě pár let. Pak již i takový argument padne. Svět k elektronizaci spěje. Nelze se tomu vyhnout. Zdravotnictví nemůže být výjimkou,“ říká Jaromír Gajdáček.

Jste zastáncem elektronizace ve zdravotnictví. Elektronické zdravotní knížky, ve kterých Všeobecná zdravotní pojišťovna utopila zhruba dvě miliardy korun, však neobstály a letos v prosinci skončí.

Končí projekt, který byl založený na určitých principech a ukázalo se, že není úplně efektivní. Elektronizace zdravotnictví nemusí nutně stát miliardy, a přesto může být efektivní.

Vaše pojišťovna vytvořila vlastní projekt, takzvanou elektronickou Kartou života. V čem se liší od elektronických knížek VZP?

Kartu života jsme vyvíjeli sami prostřednictvím našich informatiků, nespolečně jsme s žádnou soukromou firmou s výjimkou softwarového řešení některých detailů. Není to náhražka elektronické zdravotní knížky, hledali jsme jinou, jednodušší cestu. Naše elektronická karta vychází z vykázané a zaplacené zdravotní péče, ke které jsou přičleněny další užitečné informace (aktuálně užívané léky, prodělané operace, alergie, kontakt na ošetřujícího lékaře a další). K těmto údajům se dostává klient prostřednictvím našeho informačního systému a přístup je zabezpečený, aby se k datům dostal jen klient nebo ten, koho on sám určí.

Kolik to zatím stálo?

Projekt jsme rozběhli v roce 2008. Když započteme veškeré náklady, poradenství i osvětovou kampaň, do konce letošního roku to bude stát celkově 10 milionů korun.

Kolik lidí si již kartu života zřídilo?

U nás má Kartu života již téměř 200 tisíc z 1,2 milionu našich klientů.

V pilotních projektech ověřujete, jak může Karta života snížit náklady u chronických pacientů a zlepšit přitom péči. Jde o pacienty s diabetem, vysokým krevním tlakem a „nedobrym“ cholesterolem. Jaký je výsledek?

Snažíme se zacílit na chronicky nemocné pacienty, na jejichž péči je nutné vynaložit výrazně vyšší náklady, než je průměr. Do projektu máme zapojeny stovky chronických pacientů a jejich praktické lékaře, kteří se snaží optimalizovat léčbu.

Ukazuje se, že lze takto snížit náklady až o polovinu. Například u pacienta s vysokou hladinou cholesterolu, u kterého přišla léčba

v posledních dvou či třech letech každoročně na 50 tisíc korun, se podařilo léčbu optimalizovat na 25 tisíc korun. Ověřili jsme si, že když klient dá na rady lékaře a lékař s pacientem chce pracovat, má to hmatatelné výsledky.

Jak ale chcete motivovat pacienty, aby se i oni starali o své zdraví?

Chceme prosadit možnost bonusů i pro pacienty, aby měli ještě lepší motivaci pečovat o své zdraví a zlepšení zdravotních potíží. Mohli by dostávat například určité poukázky na další zdravotní péči. Dokážu si například představit i to, že by při určitém snížení nákladů na svou léčbu dostávali na daný rok jednorázovou slevu na pojistném nebo jiný zajímavý bonus.

Za využívání elektronické Karty života praktické lékaře platíte, kolik dostávají?

Odměna je odstupňována podle podílu počtu pacientů s Kartou života k celkovému počtu evidovaných pacientů u praktického lékaře. Jedná se řádově o desetikoruny. Nedá se říci, že by šlo o peníze navíc, protože každá pojišťovna dává praktickým lékařům za jejich konkrétní práci bonusy, což dosud dělala i Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra.

Platba za to, že lékař pracuje s Kartou života, není tedy pro pojišťovnu plýtvání?

Rozhodně ne. Je to odměna za to, že se lékař pacientovi intenzivněji věnuje a optimalizuje jeho léčbu. Nejde přitom o šetření na pacientovi. Lékař ušetří například tím, že zabrání, aby pacient užíval souběžně léky, které mu mohou způsobovat vedlejší komplikace, nebo zvolí léčbu, která zmírní jeho chronické potíže a povede k výraznému zlepšení jeho zdravotního stavu a kvality jeho života. Takto lze snížit náklady velmi významným způsobem, a to v řádech stokorun i tisícikorun.

Elektronická knížka VZP zkrachovala také na tom, že se někteří lékaři sice zapojili, ale výměna dat byla nulová. Proč se lékaři do elektronizace nehrnou? Mají snad obavu, že by jim bylo víc vidět do karet?

I to je možné. Mezi elektronickou zdravotní dokumentací a naším projektem je ovšem zcela zásadní rozdíl. Nebereme to jako zdravotní dokumentaci, vycházíme z vykázané a zaplacené zdravotní péče. Klienti mají možnost nahlížet do těchto výpisů tři roky zpět a mohou okamžitě vidět, kolik stála zdravotní péče, co to bylo za výkon, zda a kolik na péči dopláceli a které zdravotní zařízení výkon poskytlo. Pokud se v zápise vyskytne chyba, dá se opravit. Může se ale také prokázat, že lékař podvádí a přisuzuje si výkony, které neprovedl. I k tomu Karta života slouží. A klienti začínají na tuto skutečnost upozorňovat.

Někteří lékaři se k pacientům chovají, jako by léčbu platili ze svého. Když pacient požádá o prevenci, dozví se „ale vždyť jste zdravý, to nepotřebujete“. Jak se díváte na tyto úspory?

Nedovedu si představit, že praktický lékař někomu řekne „nepotřebujete prevenci“.

Ze svého okolí znám takové případy.

I lékaři jsou lidé, je to nejspíš o lidech. Myslím ale, že vhodnou motivací lékařů i pacientů si k sobě cestu najdou.

Náklady na zdravotní péči ale rostou, nepůjdou úspory na úkor pacientů?

Na úhrady na zdravotní péči je obrovský tlak, i když dnes se to již začíná tak trochu otáčet. Náklady narůstaly exponenciálně, což není donekonečna možné. Od roku 2008 již mírně stagnují, stát nepřidal do systému ani korunu, proto je potřeba hledat vnitřní rezervy.



U ambulantních specialistů a praktických lékařů hledáme optimalizaci, aby se zbytečně neplýtvalo, ale zároveň abychom dosáhli toho, aby pacient nebyl omezen ve svém nároku na zdravotní péči. Toho plýtvání je tolik, že je zde velké pole působnosti pro efektivnější nakládání s penězi, aniž by pacient jakkoliv utrpěl.

Zaznamenáváte případy, kdy si klient stěžuje, že lékař některé pacienty protěžuje a jemu se příliš nevěnuje? Jak se může takový pacient bránit?

Těch stížností není tolik, ale existují. Pacient se může obrátit se stížností na pojišťovnu, například s tím, že mu byly vykázány výkony, které nikdy nespoteboval. Klienti se mohou zeptat na svá práva. Řada z nich neví, že pracovníci zdravotních pojišťoven mají povinnost jim poradit. Pokud se lékař chová odmítavě, je to již otázka jeho etiky a medicínského přístupu, kde je namístě podat na něj stížnost na Českou lékařskou komoru, která má tyto medicínské záležitosti na starost. Do toho již pojišťovna zasahovat nemůže, můžeme ale pomocí připravit potřebné podklady, jaké výkony byly vykázány. Některá zdravotní zařízení a soukromé praxe vyžadují od pacientů klubový příspěvek třeba ve výši 500 až 700 korun za rok.

Setkáváte se s tím i u smluvních lékařů zaměstnaneckých pojišťoven?

Nejde přímo o porušování zákona, ale o využívání mezer v zákoně či jeho obcházení. Tito lékaři nazývají příspěvky sponzorským darem, což není zakázáno. Myslím ale, že je to špatně.

Jak se díváte na připlácení za nadstandard ze své kapsy?

Mít oficiální možnost připlatit si za zdravotní péči je namístě. V každém případě musíme ale zajistit bezplatnou a okamžitou péči pro těžce nemocné pacienty a pacienty v ohrožení života. Nadstandardy se běžně v praxi používají, je to jen legalizace stavu, který v současné době existuje, a je otázkou, jak se to bude dále vyvíjet. Medicína jde stále dopředu. Máme zde nové preparáty, nové přístroje a postupy, například v kardiologii, což stojí obrovské peníze. Aby pacient, který je skutečně vážně nemocný, měl možnost přístupu k těmto moderním metodám, musíme si zvyknout, že si budeme hradit ze svého běžná onemocnění, jako je třeba rýma či chřipka. Nebo se pro tyto případy komerčně připojistíme.

V ordinacích pacienti stále častěji slyší: „To si musíte zaplatit ze svého.“ Od dubna se to týká léků, jako je ibuprofen, paracetamol, umělých slz či antihistaminik. Svaz zdravotních pojišťoven se proti tomu postavil, proč?

Novelou zákona do toho spadly volně prodejné léky, které znamenaly pro některé skupiny nemocných docela vážný finanční problém. Bylo tomu tak například u cystické fibrózy u dětí. Proto jsme se proti tomu ohradili a některé typy léků se nadále hradí z veřejného zdravotního pojištění. Nedá se šetřit za každou cenu, a rozhodně ne na úkor pacientů. Oceňuji přístup ředitelů všech zdravotních pojišťoven, že k této dohodě nakonec došlo. Je to ve prospěch pacientů.

Řadu let se hovoří o elektronickém předepisování léků, které by mohlo přinést úspory. Vše je zatím u ledu. Jak donutit farmaceuty, aby snížili své ceny?

Myslím, že je to vše o komunikaci a jednání. Farmaceutické firmy se budou vždy chovat tak, jak jim to systém umožní. O možné strategii diskutujeme ve Svazu zdravotních pojišťoven a začíná se nám dařit. Jednáním s konkrétními farmaceutickými firmami jsme například získali slevy na některé drahé preparáty a dále budeme jednat o dalších možnostech snižování cen především u nových drahých léků, které se používají v onkologii. I když jde o slevy řádově v jednotkách procent, v celkovém objemu jde o stamilióny korun za rok. Prostor zde je. Druhá věc je ale obrovské plýtvání s léky. Musí zde existovat

souběžně i princip, kterým bude pacient zainteresován na tom, aby si nenechal předepisovat zbytečně léky, které nespotebojuje, a pak jich doma neměl plnou skříň.

Kolik korun by mohla na lécích ušetřit třeba jen vaše pojišťovna?

V naší pojišťovně hradíme léky v objemu pět miliard korun ročně. Myslím, že až 10 procent se dá ušetřit systémovým sledováním samotného předepisování léků a motivací pacientů, aby léky neplýtvali. K tomu právě slouží i Karta života. Úspory, které se s ní dají dosáhnout, jsou především o tom, že lidé nechodí na zbytečná vyšetření či dublované rozborry krve a nespotebovávají léky, které nepotřebují. Proto je důležité, že mají přehled o tom, kolik konkrétní poskytnutá zdravotní péče stála.

Kartu života, kterou jste vytvořili, již začala využívat i Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, jsou i další zájemci?

Zatím ne. Každá pojišťovna ale nějakým způsobem řeší elektronickou komunikaci ve zdravotnictví. Některé dávají svým klientům elektronické výpisy ze zdravotních účtů a další drobné informace. I když je to pokrok, nejde ale o takové programy, jako je Karta života. Nám jde o spolupráci a řešení efektivity zdravotní péče spolu s pacientem a lékařem.

Nestálo by za to nařídit zákonem, aby to, co funguje a přináší evidentní úspory, začali využívat všichni?

Nejjednodušší by to samozřejmě bylo. Pokud by se zákonem stanovilo, že se něco má v elektronické komunikaci posunout, tak se toho budou muset všichni držet. Na Kartě života, kterou jsme vyvinuli, nechceme nijak vydělat. Myslím, že je to prospěšná záležitost. Do budoucna jsme ochotni licenci poskytnout. Myslím ale, že je otázkou jen několika let, kdy elektronická komunikace ve zdravotnictví bude povinná.

Zdroj: E. Sovová, iDnes.cz, 31. 8. 2012

Ministerstvo tuší zločin ve vztahu VZP a IZIP, důkazy předalo žalobcům

Ministerstvo zdravotnictví je přesvědčeno, že při financování zdravotních knížek IZIP došlo k trestnému činu. Svá podezření, včetně důkazů získaných při kontrole ve VZP, proto předložilo státnímu zastupitelství. Podle ministerstva vznikla škoda téměř půl miliardy korun. Podezření vyplynulo z právě probíhající kontroly hospodaření ve Všeobecné zdravotní pojišťovně. Tu do pojišťovny poslalo ministerstvo v červnu. „Dosavadní nálezy jsou natolik závažné, že je důvodné podezření na spáchání trestných činů při nakládání s veřejnými prostředky s celkovou škodou ve výši přesahující 450 miliónů korun,“ řekl novinářům ministr zdravotnictví Leoš Heger.

„Ministerstvo zdravotnictví má proto okamžitou povinnost oznámit orgánům činným v trestním řízení skutečnosti, které nasvědčují tomu, že byl spáchán trestný čin,“ dodal Heger.

Vedení VZP po těchto slovech svolalo mimořádnou poradou. Mluvčí pojišťovny Jiří Rod následně zaslal iDNES.cz toto písemné stanovisko: „Vystoupení pana ministra Leoše Hegera považujeme zejména ve smyslu mediálním za velmi nestandardní. S průběžnými výsledky kontroly VZP dosud seznámena nebyla a vzhledem k tomu, že nevíme, jaké informace postoupilo ministerstvo zdravotnictví státnímu zastupitelství, nemůžeme záležitost více komentovat.“

IZIP ve svém stanovisku označil ministrova slova za politickou hru. „Ministr zdravotnictví se cíleně snaží zlikvidovat společnost IZIP a ovlivnit tak dění ve zdravotnickém sektoru. Jeho dnešní prohlášení o kontrole ve VZP je již druhým brutálním útokem na společnost IZIP



během posledních čtyř měsíců,“ stojí v prohlášení, které se odkazuje na Hegerovo rozhodnutí ukončit smlouvy mezi VZP a IZIP. Firma uvádí, že si není vědoma žádných pochybení. Svůj vztah k VZP označila za zákonný. „Trvalá a systematická medializace a skandalizace ze strany ministerstva zdravotnictví může být politickou hrou, v jejíchž kulísách se odehrává boj o ovládnutí českého zdravotnictví,“ dodala firma.

Oznámení putuje do Prahy k Bradáčové

Podezření z trestné činnosti ministerstvo oznámilo v pondělí ráno Nejvyššímu státnímu zastupitelství. Zároveň do jeho sídla v Brně zaslalo materiály z dosavadního průběhu kontroly ve VZP.

„Podání jsme obdrželi, seznámili jsme se s jeho obsahem a tuto věc jsme postoupili Vrchnímu státnímu zastupitelství v Praze, které je místě a věcně příslušné,“ řekla iDNES.cz mluvčí Vrchního státního zastupitelství Helena Markusová. Právě v Praze má sídlo VZP, IZIP i ministerstvo zdravotnictví. Vrchní státní zástupkyně Lenka Bradáčová uvedla, že podání zatím do jejího úřadu nedorazilo.

O podezření ministr Heger informoval také premiéra Petra Nečase a vicepremiérku Karolínu Peake, která má v gesci boj proti korupci. „Pan ministr mě ráno informoval o výši škody i o tom, že podává oznámení v souvislosti se zjištěními, která učinili na ministerstvu zdravotnictví. Vítám, že ministerstvo takovou věc řeší razantně a neotálí při takto závažných zjištěních,“ řekla iDNES.cz Peake s tím, že podrobnější Leoš Heger nebyl.

Jak konkrétně měla škoda vzniknout, ministerstvo nevedlo. Stejně jako to, jaké trestné činy byly spáchány. „S ohledem na probíhající vyšetřování není možné doplňovat žádné další informace, aby tím nebyla komplikována práce policie,“ uvedl mluvčí resortu Vlastimil Sršeň. Novináři proto nesměli na několikaminutovém brífinku pokládat dotazy. „Je úkolem orgánů činných v trestním řízení, aby zjistily skutkový stav věci,“ dodal Heger.

Kontrolovat se má nejméně do října, mohou přijít další oznámení

Kontrola ve VZP začala 20. června. Ministerstvo ji do pojišťovny poslalo kvůli prověření hospodaření. Zaměřena je především na smluvní vztahy VZP a IZIP, která pro pojišťovnu vytvořila a provozovala elektronické zdravotní knížky pacientů. Kontrola zatím nebyla ukončena. „Naším úkolem je v ní dále pokračovat, přičemž pokud by vyšly najevo skutečnosti, které by vzbuzovaly podezření ze spáchání dalších trestných činů, budeme o tom opětovně informovat orgány činné v trestním řízení,“ podotkl ministr zdravotnictví.

Podle informací z ministerstva by kontrola měla trvat nejméně do října. „Pondělní informace ministerstva mě nepřekvapila, protože sám mám pochybnosti o vynaložených prostředcích v souvislosti s IZIP. O podezření na trestné činy správní rada zatím informována nebyla, proto si vyčkám na závěry kontroly,“ reagoval člen správní rady VZP, poslanec Jiří Rusnok.

Po kritice přišla pro šéfa VZP odměna

Kontrola přišla po vypovězení tří smluv mezi VZP a IZIP. Předčasně ukončení spolupráce pojišťovně uložila její správní rada. Ta se více než desetiletý projekt rozhodla nefinancovat z veřejných peněz po avízu ministra zdravotnictví Hegera a premiéra Nečase.

V květnu v tiskové zprávě oba politici oznámili, že projekt ze strany VZP končí. Žádný konkrétní důvod tehdy nepadl. Ministerstvo ale bylo nespokojeno s tím, že elektronické zdravotní knížky spolkly za dobu provozu necelé dvě miliardy, nepřinesly ale očekávané úspory.

Paradoxem je, že i přes dlouhodobou kritiku ředitele VZP Pavla Horáka mu před týdnem správní rada pojišťovny odsouhlasila bonus ve výši 795 tisíc korun, tedy zhruba poloviny částky, kterou ho mohla rada odměnit. Tehdy ministerstvo zdravotnictví svůj postoj

nevysvětlilo. První náměstek Petr Nosek otázky iDNES.cz nechal bez odpovědi.

Zdroj: H. Válková, iDnes.cz, 3. 9. 2012

Kliniku, kterou obdivují politici, provázejí nejasnosti

Brněnskou soukromou kliniku Surgal přijel minulý týden podpořit premiér, ministr školství a ministr spravedlnosti. S existencí Surgalu, která je zaměřena na bohatou klientelu, je přitom spojena řada otazníků. Redakce Medical Tribune zjistila aktuální informace...

Za prvé. Samotné vedení Surgalu dává rozporuplné odpovědi ohledně toho, kdo je majitelem kliniky. „Jediným vlastníkem je Fio banka,“ uvedla pro MT ředitelka kliniky JUDr. Jitka Kellnerová. „Surgal patří firmě Guantos, a.s.,“ řekl nám tentýž den předseda správní rady této kliniky prof. MUDr. Petr Gál. Samotná Fio banka, která má podle prof. Gála na kliniku zástavní právo, se ke svým vztahům se Surgalem nechce vyjadřovat. „Z veřejně dostupných dokumentů v obchodním rejstříku je patrné, že převod obchodního podílu byl uskutečněn za účelem zajištění pohledávek Fio banky. S ohledem na bankovní tajemství však bližší informace poskytovat nemůžeme,“ odpověděl její zástupce Jan Kostrhoun.

Za druhé. Spornou otázkou dále zůstává, jaké platby tato klinika dostává z veřejného zdravotního pojištění. Surgal vznikla spojením bývalé brněnské nemocnice Delta a firmy BMI Chirurgie. Zástupci kliniky tvrdí, že tudíž nejde o vznik nové kapacity, ale naopak o redukci dvou zdravotnických zařízení do jednoho. Vedení upozorňuje, že klinika má pouze 60 standardních lůžek, nikoliv 90 lůžek, jak tvrdila před časem média.

„Od Všeobecné zdravotní pojišťovny jsme loni získali něco kolem 80 miliónů korun. Takže ty informace o tom, že došlo k dramatickému nárůstu, že bereme od pojišťovny 200–400 miliónů ročně, jsou absolutně nesmyslné. Nevím vůbec, odkud se berou. Napište tam, že takové platby jsou náš sen,“ uvedl pro MT prof. Gál.

Tuto informaci však nelze relevantně ověřit, protože pojišťovna odmítá údaje poskytnout. Objektivně je také dán fakt, že klinika Surgal rozšířila oproti původním zařízením rozsah služeb.

„Informace o provedených úhradách smluvním zdravotnickým zařízením za poskytnutou a uznanou zdravotní péči jsou záležitostí dvou smluvních stran. Informace o financování jednotlivých smluvních partnerů není ze zákona možné poskytovat,“ odpověděl mluvčí VZP Jiří Rod.

Redakce MT chtěla dále znát, kolik korun bude pojišťovna platit za nový typ operace „Einstein Vision 3D laparoscopy“ – metodu, kterou označuje za unikátní a kvůli které se minulý týden přijeli do Surgalu podívat premiér, ministr školství i spravedlnosti. „To není položka, která by byla v sazebníku VZP. Jde o laparoskopickou operaci v rámci laparoskopické chirurgie. Bude to hrazeno pojišťovnou jako běžná laparoskopická operace. Půjde o běžný způsob námi sjednané úhrady pro rok 2012, který bohužel není veřejný,“ odpověděla ředitelka Surgalu Jitka Kellnerová na dotaz, zda bude smlouva kliniky s pojišťovnou obsahovat platby za výkony nebo balíčkové ceny. Třetím otazníkem je střet zájmů předsedy správní rady prof. Petra Gála. V brněnské fakultní nemocnici je náměstkem pro strategii a rozvoj, v klinice Surgal je předsedou správní rady. Sám ale v zastávání obou funkcí problém nevidí. V rozhovoru pro Medical Tribune dokonce tvrdí, že na chod kliniky má pouze formální vliv.



„Správná rada Surgal je čestný orgán, který nemá žádný exekutivní ani výkonný vliv na chod kliniky,“ říká prof. Gál.

Premiér: podporuji každé zařízení, které je legální

Redakce MT se zajímala také o to, proč minulé pondělí premiér přijel na oslavy právě kliniky Surgal. „Premiér podporuje existenci každého subjektu, který podniká v souladu s platnou legislativou,“ uvedl mluvčí vlády Michal Schuster a dodal: „Premiér se účastnil oslav 1. výročí zahájení provozu Surgal na pozvání předsedy správní rady této kliniky pana prof. Petra Gála. Nové laparoskopické centrum se špičkovou technologií je ojedinělým pracovištěm zdravotní péče v českém i evropském kontextu. Premiér ocenil také spolupráci kliniky s univerzitou s tím, že je to velmi dobrý a nosný projekt spolupráce v oblasti vědy, výzkumu a inovací.“

Na dotaz, zda má veřejnost nárok na informace o tom, kolik peněz získá klinika ročně z veřejných peněz, premiér odpověděl, že objem takových plateb má být veřejně známý. Ve skutečnosti pojišťovna přes značný nátlak veřejnosti tyto údaje obecně odmítá sdělovat. Zamlčování informací o úhradách z veřejného pojištění dala například Platforma pojištěnců již k soudu. Dosavadní soudní jednání však dopadla ve prospěch pojišťovny.

Zdroj: I. Bezděková, www.tribune.cz, 15. 9. 2012

VZP zatím nikoho nepřesvědčila

Změny legislativy v oblasti dostupnosti zdravotních služeb ovlivní i trh se zdravotním pojištěním. „Problémy budou mít zejména regionální pojišťovny,“ říká generální ředitel Zdravotní pojišťovny Metal Alliance Bc. Vladimír Kothera, MBA.

Nacházíte se nyní ve fázi ostré realizace fúze s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou (ČPZP), může ji ještě něco zhatit?

Do konce srpna jsme čekali na souhlas ministerstva zdravotnictví, proti kterému jsme se přirozeně neměli důvod odvolávat a fúze tak nabyla právní moci 29. 8. 2012. Od 1. října se tedy „Metalka“ stane součástí České průmyslové zdravotní pojišťovny.

Proč se tak dobře hospodařící subjekt jako Zdravotní pojišťovna Metal-Alliance (ZP M-A) spojuje s jinou pojišťovnou místo toho, aby volil samostatnou cestu? Kdo byl tím hlavním iniciátorem?

Tak samozřejmě tím hlavním iniciátorem byla naše správní rada, která byla nucena reagovat na vývoj ve veřejném zdravotním pojištění a která posuzovala nabídky od Oborové zdravotní pojišťovny a České průmyslové zdravotní pojišťovny. Po úvaze a na základě analýz se rozhodla pro ČPZP.

Proč právě nyní? Neuvažovali jste o fúzi už někdy v minulosti?

Kdysi jsme byli osloveni Hutnickou pojišťovnou (pozn. red.: dnes součástí ČPZP) a asi před třemi lety také Oborovou zdravotní pojišťovnou. Je pravdou, že tehdy správní rada vyhodnotila situaci tak, že pro pojišťovnu bude výhodnější jít samostatnou cestou. Jak se ale postupem času měnila legislativa, měnily se i podmínky. Abychom v tomto prostředí byli schopni i do budoucna zajistit našim klientům dosavadní šíři služeb a kvalitu zdravotní péče, tak jsme museli začít hledat nějakou další cestu. Do toho přišly zmíněné nabídky.

Jaké konkrétní legislativní změny vás vedly ke změně dlouhodobé strategie?

Jednou z věcí, která hýbe odbornou veřejností, je vyhláška o dostupnosti zdravotní péče a každá regionální pojišťovna, a „Metalka“

vždycky byla spíše regionální pojišťovnou, bude mít problémy se zajištěním péče pro své klienty všude tam, kde nemá silné působení. Takže i to byl jeden z motivů této fúze, ale je jich samozřejmě mnohem více.

A byl to ten hlavní motiv?

K tomuto kroku nás samozřejmě vedly i další důvody. Chtěli jsme vytvořit celek, který by byl méně zranitelný v předpokládaném vývoji ekonomiky a zajistil udržitelnost kvality a standardu našich služeb pro pojištěnce. V českém zdravotnictví se také chystá řada velkých projektů. Konkrétně se jedná například o elektronizaci zdravotnictví, která je nezbytná pro budoucí udržitelnost financování systému zdravotní péče. Tyto projekty je ale třeba profinancovat a není žádným tajemstvím, že jedinou slabinou naší pojišťovny je to, že nemáme dostatečně silnou rezervu provozních prostředků jako ostatní hráči na trhu – spojení s ČPZP tento problém odstraní.

Ministr zdravotnictví však vaši fúzi nepodporuje – nepovažuje ji za optimální cestu ke konsolidaci systému veřejného zdravotního pojištění. Jak si jeho postoj vysvětlujete?

Podle mého názoru za tím stojí zpráva, kterou pan ministr obdržel od svých poradců a ve které se praví, že fúze s Oborovou zdravotní pojišťovnou, která není v tak dobré finanční kondici jako Zdravotní pojišťovna Metal-Alliance, by byla lepší. Naše správní rada ale nechtěla přistoupit na to, aby se naši pojištěnci stali rukojmími stabilizace zdravotnictví.

Ministr také poukazuje na riziko, že byste nyní mohli začít pohlcovat menší hráče na trhu...

Mě na tom především těší, že ten prostor začínáme konečně vnímat jako trh, dříve se tomu všichni bránili. V dnešní době trhy obecně směřují k nějaké konsolidaci, a vidíme-li tyto snahy i v oblasti zdravotního pojištění, tak na tom přeci není nic výjimečného. Náš krok byl z tohoto pohledu logický, protože pokud se mění například pravidla vyjednávání se zdravotnickými zařízeními, tak pojišťovna musí mít určitou velikost, aby byla pro zdravotnická zařízení partnerem, který má dostatečnou sílu na to, aby zajistil kvalitní péči svým klientům ve všech regionech.

Leoš Heger ale upřednostňuje spojení Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra s Vojenskou zdravotní pojišťovnou. Jak si vysvětlujete tuto jednostrannou preferenci jedné fúze a striktní odmítání jiné?

Podle mého mínění je zde patrné, že ty argumenty nejsou zcela standardní. Pokud by se spojila pojišťovna ministerstva vnitra a vojenská pojišťovna (pozn. red.: tento záměr je obsažen ve vládním prohlášení), tak vznikne gigant s nějakými dvěma milióny klientů. Pak se tedy musím zeptat, proč panu ministrovi vadí subjekt, který bude mít 1,2 miliónu pojištěnců? Nemyslím si, že by fúze měly probíhat jen podle scénáře ministerstva zdravotnictví. Měly by probíhat především ve vztahu k hlavní funkci zdravotní pojišťovny – tedy k udržení či zvyšování kvality zdravotní péče a rozsahu služeb pro její klienty.

Pokládáte si stejné otázky jako řada novinářů. Proč ale ministerstvo argumentuje tímto „nestandardním“ způsobem?

Ze strany některých poradců pana ministra může existovat představa, že by se ten trh měl konsolidovat trochu jiným způsobem. Abych se přiznal – dosud jsem nečetl žádné dostatečně silné argumenty, proč ne takto a proč jinak. Samozřejmě, že každý větší subjekt musí brát ministerstvo o něco vážněji. Já ale věřím, že v otázce směřování systému najdeme v budoucnu s ministerstvem společnou řeč. Jejich současný postoj vnímám spíše jako takové první hodnocení a věřím, že ministerstvo časem sezná, že tato fúze je přínosná pro systém.



Ministerstvo naznačilo, že fúze ve správních radách prošla jen díky slabému zastoupení státu v těchto orgánech. Proti prý ale stejně nehlasovali všichni zástupci státu...

Na naší správní radě byla fúze schválena 11 hlasy z 15 možných, z čehož je patrné, že alespoň jeden zástupce státu hlasoval v prospěch fúze. Podstatné je, že fúzi schválili jak zástupci pojištěnců, tak zástupci zaměstnavatelů a ještě ji částečně podpořil i stát, tedy více než třipětinovou většinou. Při schvalování zákonů, které se dotýkají nás všech, nám přitom stačí jen stojedničková většina.

Ministerstvo financí, posuzující vaši žádost, prý projevilo určité pochybnosti. O co se jednalo?

Tu zprávu jsem měl možnost číst a na nějaké konkrétní výtky jsem v ní nikde nenarazil. Ministerstvo financí hodnotilo formální náležitosti naší žádosti a polemizovalo pouze s načasováním fúze a s tím, zda by nebylo vhodné dodat ještě další materiály, které však nejsou ze zákona požadovány.

Zpráva ministerstva financí byla vlastně vesměs pozitivní a rozhodně nevyjadřovala pochybnosti o vlivu propojení našich dvou pojišťoven na stabilitu systému veřejného zdravotního pojištění.

Ministerstvo zdravotnictví v souvislosti s touto fúzí oznámilo, že připravuje legislativní změny, které by měly posílit kontrolní mechanismy na trhu se zdravotním pojištěním. Máte k tomu nějaký komentář?

Nemám s tím problém, ale myslím si, že současná kontrola zdravotních pojišťoven v České republice není ve srovnání s kontrolou obdobných institucí v EU nijak nestandardní. Mám také pocit, že za tu „vyšší kontrolu“ se tu schovávají některé problémy, které se bojíme formulovat. Kontrola by ale neměla být zaměňována za vměšování do řízení a mně se zdá, že v některých materiálech, které jsem v poslední době četl, se právě toto objevuje. Nechme pracovat managementy a správní rady a striktně vyžadujeme dodržování pravidel. To by mělo platit pro všechny hráče na daném trhu a k tomu je i dnes nástrojů dost.

Co vlastně mohou nyní očekávat vaši klienti?

Pro klienty obou zdravotních pojišťoven se nemění nic z toho, nač jsou doposud zvyklí. Naopak mohou počítat s vyšším počtem kontaktních míst a navíc bude v podstatě celé území České republiky pokryto sítí našich smluvních poskytovatelů zdravotní péče. V oblasti prevence chceme cílit především na ty nejpalčivější problémy, a tak i nadále budeme pokračovat v rozjetých programech. Do budoucna nevyklučujeme ani jejich rozšíření, ale to je spíše otázka příštích let.

Kdyby se obě pojišťovny nespojily, měly by nějaké vážnější problémy s tím dostat novým pravidlům ohledně dostupnosti zdravotních služeb?

Kvůli dostupnosti zdravotních služeb by se obě zdravotní pojišťovny dříve či později potýkaly s určitými problémy a přiznejme, že v případě samostatné ZP M-A by tyto problémy byly větší. Jak už jsem říkal, ZP M-A je spíše regionální pojišťovna, takže pokud by se nám pojištěnec přestěhoval nebo začal dojíždět za prací mimo naše regiony, problém by byl na světě. Tím, že dnes máme jen jeden přestupní termín (pozn. red.: vždy k 30. 6. daného roku pro rok následující), tak si tyto migrující pojištěnce v podstatě bereme za rukojmí, což samozřejmě není dobrá varianta.

Jak redukce přestupních termínů ovlivňuje soutěž o nové klienty? Očekáváte po posílení vaší pozice na trhu i větší příliv pojištěnců?

Faktem je, že i když se před tím přestupním termínem o naší fúzi psalo, a ne vždy pozitivně, tak obě pojišťovny zaznamenaly kladný přírůstek pojištěnců. Věřím, že i do budoucna dokážeme oslovit nové pojištěnce.

ČPZP má velký potenciál růstu. Já jsem samozřejmě odpůrcem omezení přestupních termínů. Na začátku jsme mluvili o tom, že i zdravotní pojištění je třeba vnímat jako trh a tady ho najednou nesmyslně regulujeme. Řeknu příklad. Jestliže se nějaká pojišťovna bude dostávat do platební neschopnosti, tak si její pojištěnci nebudou moci včas vybrat jinou pojišťovnu, která je v dobré finanční kondici, a stanou se rukojmími systému. Ptám se, kam se podělo jejich právo na svobodnou volbu toho, komu svěří své finanční prostředky.

Jak si tedy vysvětlujete zavedení tohoto omezení?

Ty důvody byly pravděpodobně dva. Jednak šlo o ty nešťastné dealerské praktiky některých pojišťoven, které do jisté míry deformovaly trh se zdravotním pojištěním. Určitě tu byla také snaha zajistit nějakou výhodu pro VZP. To si myslím, že není správné, protože tato zdravotní pojišťovna zatím nikoho v České republice nepřesvědčila, že by to byla „top“ značka.

Zdroj: L. Chodura, zdn, 17. 9. 2012

Úspěch ve výzkumu léčby skoliózy

Lékaři z Fakultní nemocnice Brno se podíleli na celosvětovém výzkumu nové metody operace skoliózy. Brno se tak stalo jedním ze čtyř míst na světě, kde byly děti operovány technikou, která umožňuje pohyb páteře a růst obratlů. Nyní se budou pacienti sledovat a za rok by metoda mohla být zavedena plošně, řekl novinářům přednosta Ortopedické kliniky doc. MUDr. Martin Repko, Ph.D.

Při nové metodě lékaři odhalí menší část páteře, namontují do ní méně materiálu a umožní tím lepší pohyblivost pacientů než při dosavadní metodě. „Výsledky jsou velmi nadějně a uspokojivé. Do budoucna se tato technika nejspíš bude používat jako hlavní. U staré metody je úspěšnost 68 procent, u této 88 procent už po prvních pěti pacientech,“ řekl M. Repko. Nová metoda zakřivenou páteř narovná, zároveň zajistí její hybnost a umožní růst. Skolióza postihuje častěji dívky, týká se zhruba jednoho promile všech dětí. Děti jsou méně pohyblivé, záda je mohou bolet a zakřivená páteř může tláčit na žaludek a další orgány. Podle stupňů zakřivení lékaři určují vážnost postižení, lehčí případy léčí rehabilitací, cvičením, případně korzetem. Pokud se páteř vychýlí o více než 40 stupňů, doporučuje se operace. K operaci podle přednosti dospěje zhruba každý desátý pacient. Při starší metodě lékaři zpevnili páteř na více místech, děti měly v zádech dvakrát více šroubů. Zhruba po půl roce od operace páteř ztratila hybnost, což u nové metody není. „Pokud se děti rozhodnou v dospělosti nechat část materiálu vyndat, hybnost bude ještě větší,“ podotkl M. Repko. Ortopedická klinika Fakultní nemocnice Brno může touto metodou odoperovat ještě dva až tři pacienty, potom je bude rok sledovat. Na konci roku 2013 by se touto metodou mohlo podle Repky operovat plošně. V Brně se deformity páteře léčí už 35 let, díky výborným výsledkům si kliniky všimli vědci z americké Minnetonky, kteří nabídli možnost podílet se na výzkumu nových metod operací. Kromě Brna novou metodou operovali lékaři také v Bratislavě, v Británii a v Turecku. V brněnské nemocnici se operuje zhruba 70 procent všech dětských deformit páteře v ČR.

Zdroj: ČTK, 17. 9. 2012



Na ministerstvu zdravotnictví dnes jedná komise pro porodnictví

Komise pro porodnictví se dnes potřeší seje na ministerstvu zdravotnictví. Na minulém jednání se shodla na detailech vzniku porodních domů. Lékaři na jednání nebyli, přišli jen na první setkání a s plány porodních asistentek na podporu domácích porodů nesouhlasili.

Účast na dnešním jednání přislíbila vládní zmocněnkyně pro lidská práva Monika Šimůnková a předseda pracovní skupiny pro otázky porodnictví profesor Aleš Roztočil. Právnička a členka pracovní skupiny Adéla Hořejší dnes předloží právní analýzu, kterou dokládá, že porodní asistentky se v ČR ocitají v právní nejistotě a nemohou poskytovat péči tak, jako běžně poskytují jejich kolegyně v zahraničí. Pracovní skupina má z minulých setkání dokumenty, které mají potvrdit prospěšnost péče porodní asistentky a poukazují na ústavní právo žen na svobodnou volbu porodní péče. Podle vyhlášky platné od dubna hrozí porodním asistentkám za vedení domácího porodu pokuta až milion korun, pokud nedodrží přísné podmínky. Podle asistentek jsou tyto podmínky doma nesplnitelné. Většina lékařů domácí porody odmítá, je to podle nich neúměrné riziko pro matku i dítě. Zdravotní pojišťovny porody doma nehradí. Pracovní skupina se označuje jako odborný poradní orgán ministerstva zdravotnictví, má mimo jiné navrhnout opatření v oblasti porodnictví v nemocniční i ambulantní sféře, včetně případné úpravy zákonů.

Zdroj: ČTK, 17. 9. 2012

Středočeši se o privatizaci nedohodli

Středočeští zastupitelé se na posledním jednání před krajskými volbami pohádali už při schvalování programu zasedání. Opoziční ODS do něj chtěla zařadit usnesení, že kraj nebude privatizovat nemocnice a zařízení poskytující sociální služby, například domovy důchodců.

Sociálních demokratů a komunistů se návrh dotkl. Připomněli, že menší nemocnice se prodaly za vedení občanských demokratů. Prodej domovů pro seniory jako příspěvkových organizací podle nich ani není možný. Proto neumožnili zařazení návrhu do programu. Podle mladoboleslavského primátora a kandidáta ODS na hejtmana Raduana Nwelatiho existují indicie, že se kraj o něco podobného pokusí. Nechce prý, aby krajská rada do voleb „nějakým porušením zákona stihla něco prodat“.

„Proč jste proti tomu? To vypadá, že máte vedlejší úmysly. To vypadá, že máte nějakou privatizaci uchystanou,“ prohlásil předseda klubu ODS Ladislav Kutík. Podle hejtmančina ekonomického náměstka Ing. Marcela Hraběte (ČSSD) se ODS vlamuje do otevřených dveří. Krajský náměstek pro dopravu Robin Povšík (ČSSD) uvedl, že Nwelati má zřejmě strach, že kdyby usedl do hejtmanského křesla, nedokázal by odolat svému pokušení privatizovat. „Tak si to chce dopředu zakázat,“ dodal. Podle hejtmančina náměstka pro životní prostředí Ing. Miloše Petery (ČSSD) byl návrh připravený ODS „nehlasovatelný“, protože se v něm hovoří o něčem, co není pravda. Zdůraznil, že ČSSD žádnou privatizaci nezamýšlí. „My nejsme jako vaši představitelé ve vládě, kteří chtějí privatizovat kdeco,“ dodal.

Zdroj: ČTK, 17. 9. 2012

INZERCE

237 4-12

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost **v blízkosti Opavy**. Obvod je volný od 1. 1. 2013. Telefon 736 768 994.

238 4-12

Do zavedené ordinace praktického lékaře pro děti a dorost **v České Třebové hledám lékaře** za účelem převzetí praxe. Kontakt: detskaordinace@tiscali.cz, 602 435 938.

239 5-12

Lékařka **prodá** velmi dobře zavedenou **praxi PLDD v Praze 10**. Tel.: 602 230 697.

240 5-12

Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Praze 6**. Bližší informace na telefonu 721 053 886.

241 6-12

Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Brně**. Telefon: 723 761 652.

242 6-12

Lékařka **přijme** do velmi dobře zavedené praxe PLDD **lékaře/ lékařku** na plný či částečný pracovní úvazek. Pozdější převzetí praxe možné. Tel.: 602 200 293.

243 9-12

Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost ve vlastních prostorách **v Praze 6**. Telefon: 603 750 672.

244 9-12

Do zavedené soukromé praxe praktického lékaře pro děti a dorost **v Praze 6** se **přijme dětský lékař** prozatím na zástup 0,1 hod, dle dohody možnost pozdějšího prodeje ordinace. Bližší informace na tel. čísle 721 136 314.

245 9-12

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost **na Vysočině**. Tel: 603 732 466.

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

Autodidaktický test 8/2012

Respirace

1. Asthma bronchiale dle etiologie můžeme dělit na alergické, indukované námahou, indukované virem a nedořešené (idiopatické). Preventivně lze u astmatu ponámahového použít jako nejvýhodnější lék:

- a) clenbuterol (Spiropent) p.o.
 - b) anticholinergika (ipratropium bromid – Atrovent)
 - c) kombinaci IKS + antileukotrienu
 - d) kombinaci IKS + LABA
- Pozn.: IKS = inhalační kortikosteroid, LABA = beta-agonista s dlouhodobým účinkem

2. Na LPS přichází počátkem května učitel se žákem 1. třídy, který se účastní sportovní atletické soutěže – běh. Chlapec si po doběhnutí stěžuje na obtížné dýchání, po napití se rozkašlal. Anamnéza není validní, v posudku od registrujícího PLDD není uveden žádný patologický stav. Z chlapcovy výpovědi ale vyplývá, že se léčí pro ekzém. Názvy léků nezná. Dušnost tohoto rozsahu ještě neměl, ale někdy se mu hůře dýchá. Trauma neguje. Klinickým vyšetřením zjišťujeme: afebrilní, bez cyanózy, při rozhovoru zadýchaný, kůže s projevy dermatitis atopica v chronické lichenifikované formě ve flexorech, nos bez sekrece, hrdlo klidné, polykání nevázne, prodloužené exspirium, distanční exspirační pískoty, bilat. exspir. pískoty a vrzoty, srdeční akce pravid. 96/min., ozvy ohr., břicho měkké, bez patol. rezistence, otoky nemá. Pulsní oxymetrií zjištěna saturace 93%. V dif. dg. nejspíše budeme uvažovat o:

- a) bronchopneumonii bilat.
- b) aspiraci
- c) spont. pneumotoraxu
- d) asthma bronchiale, v.s. atopickém či ponámahovém
- e) bronchiolitidě
- f) embolizaci plicní
- g) levostranném srdečním selhávání

3. Jako akutní úlevový lék u astmatické dušnosti nelze použít

- a) antileukotrieny
- b) anticholinergika
- c) IKS
- d) selektivní beta-2-agonisty
- e) LABA
- f) theophyllin

4. Bronchiolitidu vždy hospitalizujeme, a to i jen při podezření. Léčebný protokol se řídí symptomatologií pacienta. S větším či menším efektem se používají:

- a) rutinně kortikosteroidy systémově či inhalačně
- b) rutinně antibiotika, a to v úvodu empiricky clarithromycin
- c) rutinně antivirotika (ribavirin)
- d) vždy UPV
- e) inhalace adrenalinu
- f) inhalační beta-2-agonisté (salbutamol)
- g) inhalační anticholinergika (ipratropium bromid)
- h) žádný z výše uvedených postupů

5. Předškolní dítě má v ordinaci PLDD verifikovanou bronchopneumonii. Empiricky zahájena antibiotická terapie amoxicilinem. V laboratorních ukazatelích byly prokázány velmi vysoké titry IgM protilátek na Mycoplasma pneumoniae. Po obdržení tohoto výsledku použijeme nejlépe:

- a) dále ponecháme amoxicilin
- b) amoxicilin potencovaný sulbactamem
- c) clarithromycin
- d) azithromycin
- e) doxycyklin
- f) cefalosporiny II. generace
- g) penicilin
- h) fluorochinolony

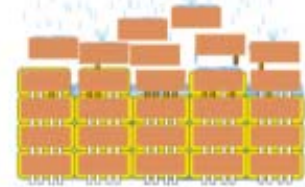
Domašování pro ochranu pokožky novorozence od prvního dne života

„Všechny faktory, které narušují bariérovou funkci kůže, mohou přispět k rozvoji atopické dermatitidy.“

(prof. M. Cork, 4. Kongres primární péče, Praha 2010)

Kůže malých dětí je mnohem tenčí než kůže dospělého, přesto má zásadní ochrannou funkci. Přítomnost vody v kožních buňkách posiluje funkci bariéry, při vysychání kůže dochází k jejímu narušení, ztrátě vody a tím ke snadšímu proniknutí alergenů z vnějšího prostředí.

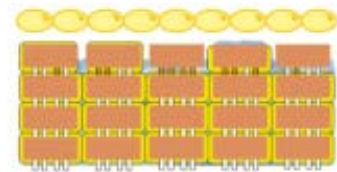
Normální kožní bariéra



Pro zvýšení okluzního ochranného filmu jsou vhodná emolencia

- zabraňují transepidermálním ztrátám vody
- současně zvyšují schopnost pokožky vodu zadržet

Pokožka chráněná emolenciem



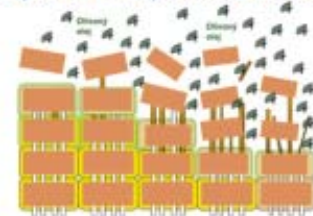
Nevhodné přístupy k domašování zvyšují rizika komplikací

Produkty, které nejsou vytvořeny speciálně pro dětskou pokožku, mohou poškodit kožní bariéru a potenciálně vést k suchosti pokožky, atopické dermatitidě, ekzému a k dalším kožním onemocněním.^{1,4}

Na co je třeba dát pozor před použitím rostlinného oleje^{2,3}

- obsahují vysoké procento mastných kyselin (olivový olej) narušujících kožní bariéru
- možná proměnlivá kvalita (rozdíl v čistotě, složení, vůni, barvě)
- náchylnost ke změně stability (náchylnost ke žluknutí)
- možnost kontaminace mikroorganismy nebo jinými nečistotami
- obsahují proteiny, které po průniku mohou vyvolávat alergické reakce¹

Účinek olivového oleje na lipidové lamely a stratum corneum



Minerální olej je bezpečnou volbou pro domašování pokožky novorozence



JOHNSON'S® Baby tělové mléko extracare 300 ml
JOHNSON'S® Baby krém extracare 100 ml

- Obohaceno o vysoce kvalitní olej
- Vyvinuto pro novorozeneckou pokožku
- Hypoalergenní – klinicky ověřeno
- Bez parabenů



JOHNSON'S® Baby olej 200 ml: bezpečné a klinicky ověřené složení

Olej JOHNSON'S® Baby se skládá pouze ze tří složek:

- Z 99 % z farmaceuticky čistého parafinového oleje
- Z izopropylpalmitátu jako zvláčňujícího prostředku
- Z vybrané nealergenní vůně*

* Vůně používaná v oleji JOHNSON'S® Baby je složena speciálně tak, aby neobsahovala žádnou z 26 parfemací, u nichž je znám potenciál vyvolat alergické reakce a které vyžadují značení v souladu s aktuálními evropskými předpisy.¹



1. Cork J, et al. New perspectives on epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis: Gene-environment interactions (Nové poznatky o poruše kožní bariéry u atopické dermatitidy: vliv dědičných faktorů); Journal of Allergy Clinical Immunology 2006; 118:3-21. 2. Jiang SJ et al. Biological and Pharmaceutical Bulletin 2003. 3. Blume-Peytavi U, et al. Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: Recommendations from a European round table meeting (Koupání a očista novorozenců od prvního dne života do jednoho roku života: doporučení z evropské schůze u kulatého stolu); JEADV 2009; 23:751-9. 4. Melot M et al. Journal of Controlled Release 2009. 5. Schuch et al. Sensitization to 26 fragrances to be labeled according to current European regulation (Povinnost označování 26 parfemací, které mohou způsobit alergické reakce, podle současné evropské směrnice); Contact Dermatitis 2007;57:1-10.

INVAZIVNÍ PNEUMOKOKOVÁ ONEMOCNĚNÍ (IPO)

V roce 2011⁴

Sérotypy 3, 6A a 19A způsobily v roce 2011 v České republice 28,6 % IPO u dětí ve věku do 5 let.⁴

Distribuce sérotypů *S. pneumoniae*, které způsobily IPO u dětí do 5 let věku v ČR v roce 2011⁴

- 15A, 15C, 24F, 25A
- 15B, 17F
- 14, 18C, 23F
- 1, 7F
- 3, 6A, 19A



Graf adaptován dle publikovaných dat SZÚ, 2012.⁴

Sérotypy 3, 6A a 19A pokrývá z konjugovaných vakcín pouze **Prevenar 13**.^{1,2,3}

Sérotyp 3 je v současné době nejčastější příčinou IPO v celé populaci ČR (44 případů v roce 2011).⁴

Prevenar 13
nejširší pokrytí sérotypů
ze všech pneumokokových
konjugovaných vakcín^{1,2,3}



Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

Zkrácená informace o přípravku - Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcal polysaccharide serotypes 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). *Konjugován s nosným proteinem CRM₁₉₇ a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,125 mg). **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších. **Dávkování:** Imunizační schémata přípravku Prevenar 13 by měla být založena na oficiálních doporučeních. **Kojenci ve věku 6 týdnů - 6 měsíců:** Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Dětaní narození kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců; Kojenci ve věku 7 - 11 měsíců:** Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. **Děti ve věku 12-23 měsíců:** Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. **Děti ve věku 2 - 5 let:** Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Ůčinnosť schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dříve očkovaných přípravkem Prevenar (7valentní) (Streptococcus pneumoniae serotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F):** Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. Malé děti (ve věku 12-69 měsíců) očkované přípravkem Prevenar (7valentní) v kompletním schématu; Malé děti, které byly kompletně imunizované přípravkem Prevenar (7valentní), by měly dostat jednu dávku po 0,5 ml přípravku Prevenar 13, pro navázání imunizace odpovídá vůči 6 dalším sérotypům. Tato dávka přípravku Prevenar 13 by měla být podána nejméně 6 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar (7valentní). **Dospělí ve věku 50 let a starší:** Jedna samostatná dávka. **Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13** nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použito 13valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považováno za vhodné. **Prevenar 13** by měl být podán jako první. **Způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Předchozím místem podání je anterolaterální část stehna (*musculus vastus lateralis*) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Přechodnost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na diaterický toxid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddělení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravenózně. Tato vakcína nesmí být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos jasně převládá nad rizikem podání. **Prevenar 13** chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkované jedince před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (IV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa očkování. **Těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokového 13valentního konjugátu u těhotných žen. Není známo, zda je pneumokokový 13valentní konjugát vylučován do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patří reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechuť spavost a/nebo nespavost. U dospělých osob bolest hlavy, myalgie, bolest hlavy, průjem, vyrážka, zimnice, nevolnost, zardnutí v místě aplikace, indurace/otok v místě aplikace, bolest/přecitlivělost místa aplikace, omezené pohyblivost paže, snížení chuti k jídlu. **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předplněné injekční stříkačce. **Uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 - 8 °C). Chrňte před mrazem. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce s plastovou vložkou a ochranným krytem hrotu. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NL, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-6. **Datum poslední revize textu:** 3.7.2012. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. **Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti splňující podmínky dané zákonem č. 48/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku.**

Reference: 1. SPC Prevenar 13. 2. SPC Synflorix. 3. SPC Prevenar. 4. Motlová J, Beneš Č, Kocíková J, Níčov P. Invazivní pneumokoková onemocnění v České republice v roce 2011. Zprávy ČEM (SZÚ, Praha) 2012; 21(2): 51-58.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz

www.prevenar13.cz



Provozujeme společně pro zdravotní vědu

www.pfizer.cz

PRV-2012.01.116