

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

listopad 2012
číslo 9 • ročník 12



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

AKUTNÍ STAVY



- Jaké nežádoucí účinky po podání vakcín hlásit SÚKL?
- Nejčastější chyby při poskytování první pomoci dětem
- Současný konsensus péče o pacienty s aspirovaným cizím tělesem ve FN Hradec Králové
- Ultrazvukové vyšetření hrudníku u dětí
- Vyšetření plic a hrudníku u dětí počítačovou tomografií, současné indikace k vyšetření
- Dědičné metabolické poruchy, jak je rozpoznat a diagnostikovat?



Pracujeme pro zdravější svět™

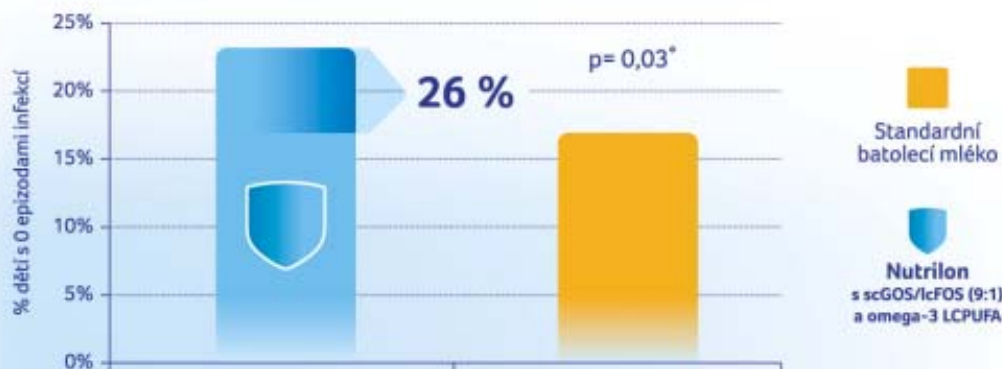


GlaxoSmithKline

Nutrilon batolecí mléko s oligosacharidy scGOS/lcFOS 9:1 a mastnými kyselinami ω -3 LCPUFA klinicky prokázalo pozitivní vliv na zdraví dětí!



Nová klinická studie¹ s malými dětmi ve věku 1-3 roky ukázala pozitivní vliv batolecího mléka Nutrilon s oligosacharidy scGOS/lcFOS 9:1 a ω -3 LCPUFA na snížení rizika vzniku infekcí.



* Pozitivní výsledek byl prokázán i u celkového počtu infekcí ($p=0,07$). Ten byl způsoben signifikantním efektem ($p=0,03$) u skupiny dětí, u kterých se nevyskytly žádné infekce (na základě reportu rodičů).

Signifikantní zvýšení počtu dětí, které neprodělaly ve sledovaném období žádnou infekci.

Méně nemocné děti – zdravější děti!

Spolehněte se na Nutrilon a jeho prokázané účinky na zdraví.



1. Lee WS et al. Effect of Growing Up Milk (GUM) containing scGOS/lcFOS/LCPUFA on the Occurrence of Infections in Young Children attending Day Care Centers. Abstract presented at 7th World Congress of the World Society for Pediatric Infectious Diseases • 2011 Abstract: A-352-0006-00466.

Kojení je nejprůrovnější způsobem výživy kojenců. Způsob použití a další info na obalech a webových stránkách. Potravina pro zvláštní výživu. Materiál pro odbornou veřejnost. BF310697

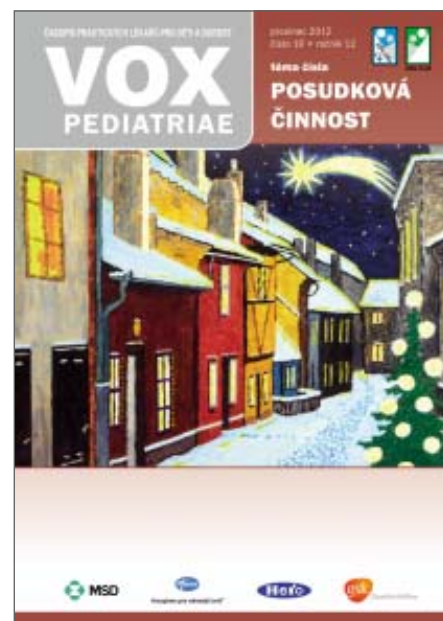


MÁTE OTÁZKU? VOLEJTE ZDARMA

800-110-000

www.nutrilon.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Právní rubrika: Právník radí	8
	Jaké nežádoucí účinky po podání vakcín hlásit SÚKL?	9
	MUDr. Gabriela Kubátová	10
	Zasedání ECDC Dublin 4.–6. 9. 2012	
	Meningokok	12
	tisková zpráva MediaTrust Communications spol. s r.o.	
	Informace OSPDL ČLS JEP	14
	MUDr. Rudolf Zvolánek	16
	Nejčastější chyby při poskytování první pomoci dětem	
	MUDr. Petr Kordač	18
	Současný konsensus péče o pacienty s aspirovaným cizím tělesem ve Fakultní nemocnici Hradec Králové	
	MUDr. Martin Kynčl	22
	Vyšetření plic a hrudníku u dětí počítačovou tomografií, současné indikace k vyšetření	
	MUDr. Lenka Mrázková, doc. MUDr. Miloslav Roček, CSc.	24
	Ultrazvukové vyšetření hrudníku u dětí	
	Prof. MUDr. Viktor Kožich, CSc.	27
	Dědičné metabolické poruchy, jak je rozpoznat a diagnostikovat?	
	Ze světa odborné literatury	31
	Aktuality	32
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test 9/2012 Vývojová neurologie	38
	VYHLÁŠKA č. 306/2012 Sb. ze dne 12. září 2012, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

Ahou
Harpag s.r.o.
HERO
Lázně Poděbrady
MSD
NESTLÉ
Nutricia
Orion Diagnostica
PFIZER

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
 Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
 U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
 fax: 267 184 050

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

Obrázek na titulní straně namaloval ústy Pavel Hejhal, 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.



Vážení kolegové,

současná situace ve zdravotnictví jasně signalizuje, že zdravotním pojišťovnám opětovně docházejí finance a nejen VZP, ale i další zdravotní pojišťovny (ZP) se postupně dostávají do deficitu. Pro naše praxe může být důsledkem opoždování plateb a riziko druhotné platební neschopnosti. To vše při zvyšujících se nákladech fungování ordinací, klesající celkové porodnosti a zvýšené administrativní zátěži, kterou nám přinesly reformní zákony ve zdravotnictví. Celkovou situaci ještě zhoršují nerovné a neprůhledné podmínky smluvních vztahů ZP se zdravotnickými zařízeními. Všichni si ještě pamatují, jak to již jednou skončilo a na kterých náměstích jsme museli stát.

Současná situace péče o děti v ČR, kdy není stanovena závazná koncepce péče o děti, umožňuje i díky novému zákonu o zdravotních službách poskytování zdravotních služeb jiným odborníkům, kteří nejsou v péči o děti vzděláni. To je v rozporu s Úmluvou o právech dítěte, na kterou navazuje i Charta práv dítěte. Zatím je to zejména problém hospitalizací dětí nad 15 let. Proto jsme v tomto roce zahájili společná jednání se zástupci pediatrických organizací, jejichž společným cílem je udržení péče o děti v rukou pediatriů a sester, které jsou k tomu příslušně vzdělány. Naší snahou je vytvoření společné organizace, která by prosazovala Koncepti péče o dítě v ČR.

Jednou ze základních činností našich praxí je také očkování. Tato činnost je zatím plně v kompetenci PLDD a takto by tomu mělo být i v budoucnosti. Podmínky pro vykonávání očkování se v posledních letech výrazně změnily. Mám na mysli očkování „povinné i nepovinné“. V něčem k lepšímu (např. vlastní distribuce, možný zdroj financí) a v něčem k horšímu (administrativa, riziko financování). Naší snahou je, aby nedošlo k postupnému odtržení očkování od komplexní péče o dítě u registrujícího PLDD. To se může stát při kombinaci pro nás nevýhodných opatření. Jednak legislativní změnou v provádění očkování, signály tu jsou (vyjádření některých odborníků o možnosti zrušení povinného očkování a převedení na očkování dobrovolné, aktivity odpůrců očkování). Dalším činitelem, který k tomu může přispět, je poměrně komplikované administrativní vykazování pravidelného očkování hrazeného ZP, které vede ke zvýšené chybovosti a při sebelepší snaze vykazovat vše a správně to nelze v globále zajistit. První výstupy, které zazněly na Clearingovém centru, to potvrzují. Je pochopitelné, že tato situace nemůže vyhovovat ani distributorovi, ani zdravotním pojišťovnám, a proto tlak na PL a PLDD k nápravě se dá očekávat. Ti, kteří podepsali tzv. očkovací dodatek a tím souhlasili s nastavenými podmínkami, by měli nést příslušnou odpovědnost směrem ke ZP. Neméně důležitým činitelem je i dosavadní nemožnost zajistit očkovací látku jiným způsobem než přímým nákupem. To je ta stále diskutovaná cesta přes recept, tak aby PLDD provozující zdravotnické zařízení, pokud se tak rozhodne, nemusel přímo nakupovat vakcíny, nenesl rizika skladování a nakládání s vakcínami a měl jednodušší vykazování či účtování příslušné vakcíny. V posledních měsících nový cenový předpis MZ, který neumožňuje získat marže u vakcín nehraných z v.z.p., finančně znevýhodňuje provádění očkování touto cestou, a to ve své podstatě může vést i k poklesu proočkovánosti v oblasti nepovinného očkování. V druhé řadě tato skutečnost vede i k tomu, že očkování se předává do rukou jiných odborností či očkovacích center. Každý z nás si může odpovědět, zda to je správně a zda je žádoucí takto třístit komplexní péči o děti, byť jde jen o nepovinné očkování. Navíc za situace, kdy i finanční podmínky úhrad očkování jsou nerovné.

Proto by si asi každý z nás měl odpovědět na následující otázky, které se nabízejí, a udělat vše pro to, aby zástupci profesní organizace mohli prosadit zajištění jejich odpovědí.

Chceme očkovat my, nebo to necháme na jiných? Chceme péči o děti v rukou pediatriů, nebo i jiných? Chceme tuto práci mít adekvátně oceněnou? Co jsme ochotni pro to udělat?

K tomu, abychom mohli prosazovat naše cíle, vyplývající např. i z odpovědí na tyto otázky, potřebujeme nezbytně jednotu v názorech našich organizací SPLDD a OSPDL a jejich zástupců. Obě organizace by měly společně prosazovat zájmy PLDD. SPLDD i OSPDL zastupují většinou stejného PLDD. SPLDD se snaží demokraticky prosazovat zájmy a požadavky členské základny a všichni víme, jak těžce se napravují některá stanoviska, která mají reálný dopad do našich praxí. Uvítala jsem, když po opakovaných výzvách a po několika letech vydala naše odborná společnost stanovisko, které potvrzuje, že i cesta získání vakcíny přes recept za dodržení daných podmínek je postupem lege artis. Není to otázka nakupování či nenakupování vakcín, ale chrání tak lékaře, kteří dle svého rozhodnutí používají i vakcíny získané přes recept jako spousta jiných lékařů mimo hranice ČR.

Nicméně je potřeba problematiku očkování dořešit tak, aby byli spokojeni naši pacienti, očkovací lékaři, ZP, distributoři i stát, který zodpovídá za nastavení ochrany populace v ČR vakcinací. Pokud se nemýlím, stále tuto úlohu má. Doufám, že nový hlavní hygienik se zaslouží o zajištění funkčnosti celého systému vakcinace v ČR. Zástupci SPLDD své řešení předložili a na všech úrovních je prosazují. Doufám, že i vy, členové Sdružení, v tom budete své nově volené zástupce nadále podporovat.

V úctě Ilona Hülleová



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Září neznamená jen konec prázdnin, ale pro většinu z nás i návrat zpět k běžné činnosti ordinací. Na půdě Koalice soukromých lékařů se diskutovaly výstupy z cenových jednání na příští rok, kdy ekonomická situace rozhodně nevede k optimismu, dále se diskutovaly výstupy a informace o aktuálních legislativních aktivitách, kdy systém dostal další políček návrhem ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti. Vědecká rada České lékařské komory zařadila na svůj program problematiku hospitalizace dětí v lůžkových zařízeních, Clearingové centrum hodnotilo první data monitorovaná v rámci nového modelu povinného plošného očkování.

- 4. 9.**
Na svém pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů. O činnosti tohoto volného sdružení reprezentujícího většinu ambulantních lékařů v České republice informujeme podrobněji na jiném místě časopisu
- 6. 9.**
Na jednání Vědecké rady České lékařské komory byli přizváni zástupci pediatrie společnosti, aby přednesli své stanovisko k problematice hospitalizace dětí na jiných než dětských lůžkových odděleních. Spolu s primářkou dětského oddělení v Kroměříži MUDr. Janou Mathonovou se za naši odbornost jednání účastnila MUDr. Olga Roškotová. Bohužel je potřeba vnímat, že nejen oficiální kruhy našeho resortního ministerstva, ale ani akademický senát nevnímá potřebu aktuálně řešit problematiku péče o dětskou populaci. Vysvětlení může být i takové, že co funguje, nemusím řešit, ale nebude pozdě, až se zjistí, že proběhly změny, které bude těžké napravovat?
- 26. 9.**
Na Clearingovém centru zřízeném v rámci Národního referenčního centra byla prezentována první data o evidenci pohybu očkovacích látek pro pravidelná, resp. povinná očkování v systému. Do Clearingového centra dodává každý měsíc data distributor a zdravotní pojišťovny a dvakrát ročně by měla být zasílána data ze strany očkujících zdravotnických zařízení. O problémech nového modelu distribuce a vykazování povinného očkování jsme na stránkách našeho časopisu opakovaně informovali, tak asi nepřekvapí, že v představených datech byla řada otazníků. Ukazuje se, že nejen systém, ale i způsob komparace dat bude muset být podroben ještě mnoha diskusím. Ukazuje se tak jasně, že zavádění nového systému bez dostatečné přípravy může vést a v tomto případě i vede k řadě nesrovnalostí. Poučíme se pro příště? Respektive poučí se ti, kteří mají tu rozhodovací pravomoc?



Fakultní nemocnice Brno ve spolupráci s evropským projektem CARE-NMD si Vás dovoluji pozvat na

Konferenci o všech aspektech Duchennovy/Beckerovy svalové dystrofie (DMD/BMD)

14. listopadu 2012 od 10 hod.
Clarion Congress Hotel Prague



Vzdělávací akce je pořádána dle
Stavovského předpisu ČLK č. 16.

Akce je ohodnocena 3 kredity, lékaři obdrží
potvrzení s přiznáním kreditních bodů.

Potvrzení své účasti prosím zasílejte:
e-mail: strenkova@iba.muni.cz
tel.: +420 549 497 320

Vzdělávací akce je bezplatná, počet míst je
limitován – zaregistrujte se včas!

Clarion Congress Hotel Prague, Freyova 33, 190 00 Praha 9 – Vysočany



Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů se sešla po prázdninách, aby navázala na svá předchozí jednání a zhodnotila vývoj situace v resortu v době prázdnin. Koloběh předávání funkce mluvčího se tentokrát zastavil na naší organizaci. Mimo zápis byla diskutována především politická situace v České republice, a to z pohledu možných dopadů rozkolu ve vládnoucí koalici. Nakonec zvítězil pragmatický duch a dohodli jsme se na pokračování komunikace především s náměstkem pro zdravotní pojištění Ing. Petrem Noskem.

■ I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 4. 9. 2012

1. Předání funkce mluvčího KSL

- Funkci mluvčího Koalice soukromých lékařů do března 2013 oficiálně převzal MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR.

2. Hodnocení dohodovacího řízení o cenách na rok 2013, ceny z pohledu segmentů

- K dohodě došlo pouze u praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost, záchranné služby a v segmentu gynekologie, ostatní segmenty se nedohodly.
- Mezi SAS ČR a SSG ČR došlo při dohodovacím řízení ke sporu, který se týkal požadavku poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb na omezení rozsahu vyšetření poskytovaných těhotným ženám kardiologie a genetiky. Česká gynekologicko-porodnická společnost ČLS JEP vypracovala doporučený postup péče o těhotné ženy a v souladu s ním SSG prosazuje, aby garantem prenatální péče byli gynekologové. Svůj požadavek vysvětluje snahou o odstranění velkého počtu indikovaných vyšetření, která v některých regionech přesahují rámec běžný v ostatních zemích s vyspělým zdravotnictvím. SAS se na základě odborného stanoviska příslušných odborných společností (lékařská genetika a dětská kardiologie) a faktu, že v textu

navrženém pro úhradu gynekologů v roce 2013 je řešena čistě a jen otázka redukce příslušných financí a jejich přesun od dětských kardiologů a genetiků směrem ke gynekologům, obává zhoršení péče o těhotné. Domnívá se, že existují jiné – méně rizikové – možnosti kontroly nákladů na poskytovanou zdravotní službu, které však nebyly se SAS nebo dotčenými odbornostmi ze strany gynekologů nijak diskutovány. SAS trvá na svém požadavku, že s dohodou, kterou SSG prosadilo na DŘ, měly být nejprve seznámeny zmíněné odbornosti ambulantních specialistů a získán jejich souhlas. SAS trvá na svém nesouhlasném stanovisku. SSG konstatuje, že získat souhlas dotčených subjektů není reálné, medicínské argumenty, které vznášejí proti dohodnutému modelu úhrady některé subjekty, považuje ze zcela neopodstatněné a ryze účelové. Dle názoru zástupců SSG a ČGPS ČLS JEP bychom situaci v dané problematice v ČR, kterou chce SSG měnit, v rámci EU i mimo ni marně hledali.

3. Novinky v legislativě

- **Zákon o zdravotních službách** – zástupci Koalice se dohodli shromáždit své připomínky a s průvodním dopisem je zaslat ministru zdravotnictví. Průvodní dopis by měl obsahovat informaci o tom, že zástupci Koalice soukromých lékařů tyto připomínky projednali, společně je podporují a vyzývají MZ ČR k vytvoření podmínek k serióznímu vypořádání všech připomínek za účasti členů KSL (odesláno 13. 9.).

- **Zákon o specifických zdravotních službách** – není informace o tom, že by MZ ČR začalo připomínky vypořádávat. Novelu je třeba sledovat.

4. Věstník k internímu systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb – i po přijetí některých připomínek jde stále o nevyhovující předpis. MZ ČR vydalo ve Věstníku mimo jiné metodický návod k hygieně rukou při poskytování zdravotní péče. Sdružení tento metodický návod upravilo pro praktické použití v ordinacích a doplnilo ilustračními obrázky techniky mytí rukou (zveřejněno v minulém čísle časopisu).

5. Žádost Ing. Gajdáčka o podporu – návrh ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti

- Zástupci KSL se dohodli na textu společného prohlášení, kterým se připojují ke stanovisku SPL ČR. Prohlášení bude zasláno ministru zdravotnictví, všem poslancům vládních stran, ředitelům zdravotních pojišťoven a předsedovi vlády ČR (odesláno 11. 9.).

6. Nový cenový věstník platný od 1. 7. 2012

- Podle informace dr. Chrze, prezidenta České stomatologické komory, jsou nařízení věstníku v platnosti již delší dobu. Do kalkulace výkonů nehraných ze zdravotního pojištění je podle kalkulačního vzorce zahrnuta pouze nákupní cena materiálů, případně léků, bez režijních nákladů.

Kancelář SPLDD upozorňuje: Zdravotní a očkovací průkazy nejsou nyní skladem. Nemůžeme vyhovět žádostem o jejich zaslání. O změně vás budeme informovat.



■ II. Celostátní setkání krajských a okresních předsedů SPL v Milovech

Usnesení

Ve dnech 4.–7. 10. 2012 se tradičně sešli v Milovech krajsí a okresní zástupci SPL ČR, aby projednali aktuální situaci v našem oboru.

Na tomto setkání byli účastníci seznámeni s informacemi z MZ, zdravotních pojišťoven, SÚKL a dalších institucí.

Ekonomická situace ve veřejném sektoru neumožňuje zatím plošné navýšení hodnoty kapitace. Ve shodě s MZ a zdravotními pojišťovnami však vidíme cestu v posilování kompetencí VPL a tím v rozšiřování mimokapitačních výkonů.

V této souvislosti vítáme i snahy o reprofili-zaci akutních lůžek na lůžka následné péče. Avšak bez přijetí nového zákona o zdravot-ních pojišťovnách nelze dokončit reformu zdravotnictví a dosavadní kroky učiněné MZ mohou být ohroženy. Vyzýváme proto MZ, aby urychleně předložilo k diskusi ještě v tomto roce věcný záměr zákona o zdra-votních pojišťovnách. Z tohoto důvodu nesouhlasíme i s uvažovaným zařazením zdravotních pojišťoven do zákona o rozpoč-tové odpovědnosti, protože by tak přijetí navrhovaného zákona negativně ovlivnilo celý systém veřejného zdravotního pojištění a návazně i zhoršilo podmínky poskytování zdravotní péče.

Přítomní lékaři zásadně nesouhlasí s pře-chodem na kvantitativní metody TOKS v rámci prevence kolorektálního karcinomu, neboť by to popřelo samotný smysl scree-ningového vyšetření.

V souvislosti s novou zákonnou úpravou pracovnělékařské péče dochází k nepřes-nostem ve výkladu některých ustanovení. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli založit na našich webových stránkách novou sekci o této problematice k informování nejen zdravotnické veřejnosti, ale i zodpovídajících pracovníků v podnicích.

Ostre vytýkáme nesystémové a nelogické kroky SÚKL v kategorizaci léků, které vedou k dalšímu omezování kompetencí VPL, což se projevuje zhoršením dostupnosti a zvy-šováním ekonomické náročnosti léčebné péče. Vítáme snahy nového vedení SÚKL o změnu této situace a podporu těchto kroků ze strany MZ.

Trváme na tom, že všeobecné praktické lékařství je odbornost jako kterákoli jiná a její výkon vyžaduje zákonem stanovené vzdělání zakončené atestací z VPL; rozhodně nelze v případě potřeby řešit krizovou situaci vstupem lékaře bez příslušného vzdělání do našeho oboru. Jsme však připraveni disku-tovat o možných změnách v rámci kmene

a zařazování do atestační průpravy i v sou-vislosti s financováním vzdělávání. Zde jistě nelze opomenout ani zodpovědnost krajů a zdravotních pojišťoven včetně možností stabilizačních nabídek.

Účastníci jednání v Milovech,
dne 7. 10. 2012

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

■ III. Odpověď MZ ČR na stanovisko KSL k návrhu ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Koalice soukromých lékařů
e-mail: sladkovska@dent.cz

V Praze dne 17. 9. 2012
Zn.: DZP 2630/23

Vážení,

z pověření pana ministra Vám děkuji za zasláný názor k návrhu ústavního zákona o rozpoč-tové odpovědnosti a o změně ústavního zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších ústavních zákonů, a sděluji, že Ministerstvo zdravotnictví uplatnilo své připomínky k předmětnému návrhu v rámci meziresortního připomínkového řízení. Pokud vyzýváte předkladatele tohoto návrhu zákona k odborné diskuzi, je třeba se obrá-tit s tímto požadavkem na Ministerstvo financí, které tento návrh připravilo a předložilo, nikoli na Ministerstvo zdravotnictví.

Pro Vaši informaci uvádím, že na základě doporučení Legislativní rady vlády byla některá ustanovení původního návrhu zákona upravena, mimo jiné i čl. 16, kterým byla posunuta účinnost opatření týkajících se zdravotních pojišťoven na termín 1. 1. 2018.

S pozdravem

Ing. Helena Rögnerová
ředitelka odboru
dohledu nad zdravotním pojištěním



Právní rubrika: Právník radí

Mgr. Jakub Uher
právník SPLDD ČR

■ Otázka č. 1 – Pěstounská péče

Dotaz:

Během krátké doby se mi v ordinaci objevily dvě rodiny s dětmi v pěstounské péči. Prosím o informaci, jak postupovat, abych neudělala chyby z hlediska nového zákona o zdravotních službách – jde především o běžnou péči, ale i preventivní prohlídky a očkování standardní i nadstandardní.

Pokud pěstoun sežene podpis alespoň jednoho z rodičů na již známý formulář „pověřené osoby“, stačí to?

Odpověď:

Ohledně pěstounské péče platí dle uvedeného zákona (§ 42), že práva a povinnosti zákonného zástupce podle § 35 odst. 1, včetně práva udělovat souhlas namísto zákonných zástupců, náleží též pěstounovi nebo jiné pečující osobě, statutárnímu orgánu nebo jím pověřené osobě dětského domova pro děti do 3 let věku, školského zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy nebo zařízení sociálních služeb poskytujících pobytové služby, byla-li soudem nařízena ústavní nebo uložena ochranná výchova, nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, jde-li o děti svěřené do péče tohoto zařízení na základě rozhodnutí soudu.

Ovšem u souhlasu za nezletilého je to podmíněno takto: jestliže hrozí nebezpečí z prodlení a nelze bez zbytečného odkladu získat vyjádření zákonného zástupce. Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi se pak zaznamenají důvody, pro které nebyl souhlas zákonného zástupce získán.

V praxi to podle mne znamená, že u běžných prohlídek bych problém neviděl, u očkování povinných samozřejmě také ne (tam souhlas vůbec není potřeba), ale pro nepovinná očkování to podle mne neplatí. Výše uvedené osoby tedy mohou udělovat souhlas namísto rodičů, ale za podmínky, že hrozí nebezpečí z prodlení a nelze v potřebné době (vzhledem k dané péči) sehnat souhlas rodičů.

■ Otázka č. 2 – A zase omluvenky

Dotaz:

Odbor kontroly magistrátu města, který řeší přestupky a záškoláctví, se na mne obrátil s problematikou vystavování, resp. nevystavování omluvenek do školy.

Při jednání jsem uvedla, že pokud bychom sdělovali cokoli o pacientech nikoli Odboru sociálně-právní ochrany dítěte, tzv. OSPODu, ale jinému odboru, tak se dostáváme do problému s prolomením povinné mlčenlivosti. Dále jsem uvedla, že nejsme povinni je psát a psát je nebudeme. Pokud nás požádá OSPOD, sdělíme, zda dítě v inkriminovanou dobu na DS bylo či ne, více dělat nebudeme. Jednala jsem správně?

Ještě přikládám stanovisko MZ ČR, kam se odbor kontroly obrátil s dotazem.

Odpověď:

A. Stanovisko MZ ČR

Potvrzení zdravotní neschopnosti u dítěte je podle našeho názoru výkonem, který je v zájmu a na žádost osoby, jejíž zdravotní stav je posuzován (pacient má právo na informace o svém zdravotním stavu, a pokud je žádá zapsat do žákovské knížky, je to jeho vůle či vůle jeho zákonného zástupce). Nejedná se proto z našeho pohledu o porušení povinné mlčenlivosti lékaře. Ostatně, jak sama uvádíte, tato praxe fungovala i před dubnem 2012. Jsme si jisti, že lékaře nevedla v minulosti k (údajnému) porušování zákona pouhá nepřítomnost sankce. Povinná mlčenlivost lékaře platila i za platnosti a účinnosti dřívější právní úpravy.

Doporučujeme, aby rodiče, jejichž potomci údajně zanedbávají školní docházku, prokázali, že údajně nemocné dítě bylo opravdu nemocné, tj. doložili potvrzení od lékaře. Jako zákonní zástupci mohou v případě nespolupracujícího lékaře zprostit tohoto lékaře mlčenlivosti pro účely omluvy ve škole.

Nicméně přesto zastáváme názor, že lékař příslušné potvrzení dát může – viz shora.

Pokud jde o sdělování údajů týkajících se onemocnění dítěte odboru kontroly (který je příslušný k projednávání přestupků), zde bychom se naopak přikláněli k závěru, že lékaři nejsou povinni takové informace podávat, resp. by tak činit neměli.

A konečně doplňujeme, že orgánem, do jehož působnosti spadají nestátní zdravotnická zařízení, je krajský úřad (příslušný odbor zdravotnictví) podle místa provozování takového zdravotnického zařízení. A zde lze podat i podnět vůči zdravotnickému zařízení, které by eventuálně porušovalo příslušné právní předpisy.

S pozdravem
Denisa Kopková
Vidi: Mgr. Jan Bačina

B. Stanovisko a komentář Mgr. Jakub Uher

Podle mne stanovisko MZ vcelku není problémem.

Říká totiž, že:

- vydáním omluvenky RODIČI nebo DÍTĚTI neporušujeme mlčenlivost – to je pravda
- odboru kontroly to dávat nemáme – tam by již o porušení mlčenlivosti šlo – to je také pravda (pokud odbor nemá souhlas rodičů a nedoloží mi ho)

MZ netvrdí, že omluvenku vydat musíme – podle mne nemusíme.

Takže jim MZ v zásadě napsalo, že sami (odbor kontroly) nemají na informace právo.



Jaké nežádoucí účinky po podání vakcín hlásit SÚKL?

Vakcíny jsou podávány zdravé populaci, nejčastěji dětem. V ČR je očkování dle očkovacího kalendáře povinné a je mu tedy vystavena téměř celá dětská populace.

Na předregistrační bezpečnost vakcín jsou kladeny vysoké nároky. I po uvedení na trh je však nezbytné sledovat jejich bezpečnost, což není možné bez spolupráce lékařů, kteří očkují, a systému hlášení podezření na nežádoucí účinky. Po podání vakcín stejně jako po podání ostatních léčivých přípravků je podle zákona nutné hlásit závažné nebo neočekávané nežádoucí účinky (NÚ). **Závažné NÚ** jsou takové, které ohroží život, způsobí smrt, hospitalizaci nebo její prodloužení, významné omezení schopností (včetně nutnosti dalších vyšetření či léčby) nebo vrozené vady u potomků. **Neočekávané NÚ** jsou takové, které nejsou uvedeny v souhrnu údajů o přípravku. Dále jsou uvedeny nežádoucí účinky, které se po podání vakcín považují za závažné a je nutné je hlásit Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (<http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>). Jestliže není uvedeno jinak, považují se níže uvedené reakce za časově související s očkováním, pokud se vyskytnou do 4 týdnů po podání vakcíny.

■ NÚ po očkování, které podléhají hlášení – přehled

Lokální reakce

- Zarudnutí a/nebo otok v místě podání
- Zarudnutí/otok k nejbližšímu kloubu
- Zarudnutí/otok přesahující 10 cm v průměru (u dětí 5 cm)
- Bolest, zarudnutí a otok trvající více než 3 dny
- Reakce vyžadující hospitalizaci

Absces v místě podání

- Fluktuující nebo spontánně perforující ložisko v místě aplikace

Lymfadenitida (včetně supurativní lymfadenitidy)

- Zvětšení lymfatických uzlin (více než 10 mm po primovakcinaci a 20 mm po revakcinaci)

Horečka

- Teplota vyšší než 38,5 °C trvající více než dva dny nebo provázená dalšími příznaky

Alergická reakce

- Kožní projevy (kopřivka, ekzém)
- Dušnost

- Otok obličeje nebo generalizovaný otok

Anafylaktoidní reakce

Objevení do 2 hodin po vakcinaci

- Dušnost způsobená bronchospasmem
- Laryngospasmus/laryngeální edém
- Kožní projevy (kopřivka, ekzém)
- Otok obličeje nebo generalizovaný otok

Anafylaktický šok

- Objevení okamžitě (nejdéle do půl hodiny) po vakcinaci

Postvakcinační exantém

- MMR – celotělový s/bez teploty 7 dní po očkování
- Varicella – 2–26 dní po očkování

Artalgie

- Kloubní bolest trvající souvisle nebo s přestávkami více než 10 dní

Neužitelný pláč

- Trvající nejméně 3 hodiny doprovázený křikem ve vysokých polohách

Křeče

- Febrilní
- Afebrilní

Hypotonicko-hyporeaktivní epizoda

- Náhle vzniklá bledost, pokles nebo vymizení reakcí, snížený svalový tonus (do 24 hodin po očkování)

Syndrom Guillain-Barré

- Akutně vzniklá rychle progredující, ascendentní symetrické paralýza, bez teploty při vzniku paralýzy a se ztrátou citlivosti, vzniklá do 30 dnů po podání vakcíny

Encefalopatie

Alespoň dva z následujících příznaků:

- Křeče
- Závažná alterace vědomí trvající jeden a více dní
- Zřetelné změny chování trvající jeden a více dní
- Příznaky edému mozku

Časově související vzniklé do 48 hodin po očkování DTP nebo 7–12 dní po MMR

Encefalitida, encefalomyelitida

- Dto příznaky encefalopatie
- Časově související jsou vzniklé 1–4 týdny po očkování

Apnoe

- Apnoe se může objevit u velmi předčasně narozených dětí

Trombocytopenie, trombocytopenická purpura

- 15–32 dní po očkování MMR vakcínou

■ NÚ po očkování, které podléhají hlášení – základní časový souhrn

Do 24 hodin po očkování

- Anafylaxe
- Anafylaktoidní reakce
- Persistentní (déle než 3h trvající) pláč
- Hypotonicko-hyporesponsivní epizoda

Do 5 dnů po očkování

- Závažné lokální reakce
- Horečka s/bez dalších příznaků
- Absces v místě podání

Do 15 dnů po očkování

- Křeče, včetně febrilních (6–12 dní po MMR; 0–2 dny po DTP)
- Encefalopatie

Do 3 měsíců po očkování

- Trombocytopenie
- Neuritis

1–12 měsíců po BCG vakcíně

- Lymfadenitis
- Diseminovaná BCG infekce
- Osteomyelitis

Bez časového omezení

Každé úmrtí, hospitalizace, závažné nebo neobvyklé NÚ v časové souvislosti s očkováním.



Zdroje:

Systém spontánního hlášení podezření na nežádoucí účinek léčivého přípravku;
<http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>
 Surveillance of adverse events following immunisation, WHO, Geneva, 1997
<http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF/www9541.pdf>;
http://www.who.int/immunization_safety/publications/aei/en/AEFI_WPRO.pdf
 Infanrix Hexa; Souhrn údajů o přípravku
http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000296/human_med_000833.jsp&murl=menus/medicines/medicines.jsp&mid=WC0b01ac058001d124
 Priorix; souhrn údajů o přípravku;
<http://www.sukl.cz/download/spc/SPC10828.pdf>



Zasedání ECDC Dublin 4.–6. 9. 2012

MUDr. Gabriela Kubátová,
zahraniční komise SPLDD

Na pozvání ECDC a na doporučení MUDr. Seiferta a MUDr. Cabrnchové jsem se zúčastnila ve dnech 4.–6. 9. 2012 pracovního zasedání ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control – Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí). Je to úřad spadající pod EU, který byl zřízen v roce 2005 a který se zaměřuje na posílení evropské ochrany před infekčními nemocemi. Sídli ve Stockholmu.

Zasedání se konalo v Dublinu a zúčastnili se ho zástupci ze 17 států EU. Z každé země byli pozváni 1 zástupce relevantní národní autority – ministerstva zdravotnictví – nebo zástupce úřadu veřejného zdraví (za ČR MUDr. Hana Orlíková, SZÚ), 1 zástupce sociální péče nebo neziskové organizace nebo mediátor mezi lékařskou péčí a sociálně slabou skupinou (za ČR Radim Miklušák z občanského sdružení „Vzájemné soužití“) a 1 zástupce primární péče. Byli pozváni i zástupci relevantních mezinárodních organizací – Evropské komise, FRA (Fundamental Right Agency), WHO-EURO a další.

Cílem tohoto setkání bylo poskytnout diskusní fórum o znalostech, možnostech a zkušenostech v preventivních službách se zaměřením na okrajové sociální skupiny, jako je romská populace, migrující obyvatelé, ilegální přistěhovalci.

Evropa se podílí na celosvětovém mezinárodním úsilí do roku 2015 eradikovat v Evropě dvě infekční nemoci – spalničky a zarděnky. V roce 2010 a 2011 se tyto nemoci znovu objevily v některých státech, např. Bulharsko, Francie, Velká Británie. Šíření epidemie mezi neočkovanými skupinami obyvatel v Evropě je dobře zdokumentováno.

Sociálně a zeměpisně uzavřené komunity neočkovaných skupin jsou zdrojem rychlého šíření nákazy. Romové jsou největší okrajovou etnickou skupinou v Evropě. I když výskyt očkováním preventabilních nemocí u Romů vzhledem k celkovému výskytu v Evropě není až tak vysoký, epidemiologická hlášení svědčí o tom, že romská populace je nerovnoměrně chráněna z důvodu nízké proočkovanosti. Další skupinou rizikového obyvatelstva jsou kočovníci, kteří nemoci rozšiřují do širšího společenství. Poslední problematickou skupinou jsou ilegální přistěhovalci bez dokladů. Ve všech státech EU je nedostatečné systematické etnické monitorování Romů. Přístup k očkování zůstává pro milióny znevýhodněných dětí v Evropě největší bariérou, ale i tak je cíl eradikovat spalničky v Evropě dosažitelný. Původní termín byl do roku 2010, což se nepodařilo. V rámci přednesených příspěvků byly prezentovány některé projekty EU na zlepšení

komunikace s romskou populací, projekty na vzdělávání apod.

Každý stát prezentoval v rámci posterové expozice aktuální situaci s očkováním proti spalničkám a zarděnkám v romských komunitách, úroveň proočkovanosti, výskyt uvedených nemocí v daném státě.

V ČR máme vysokou proočkovanost i v romské populaci, výskyt spalniček je jenom importovaný např. z Ukrajiny, výskyt zarděnek z Vietnamu. Zdůraznili jsme, že podíl na této statistice má i náš systém preventivní pediatrické péče v ČR.

V rámci diskusních pracovních skupin se diskutovalo o inovovaných přístupech ke zvýšení proočkovanosti, např. sociální marketing, a o specifikách v jednotlivých zemích při zapojování klíčových cílových skupin obyvatelstva do preventivních očkovacích a vzdělávacích programů. Byla zdůrazněna významná role romských prostředníků mezi sociálním pracovníkem a Romy.

Zasedání ECDC bylo intenzivně pracovní, interaktivní a přínosné. Jednak z pohledu národního – jak důležitá je spolupráce všech složek, které s romskou populací pracují, ale i z pohledu mezinárodního, protože v každé zemi je situace velice odlišná.

VZP podepsala smlouvu opět s IZIP

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) už má podepsanou smlouvu se společností IZIP na provozování svého portálu, přes který komunikuje se zdravotnickými zařízeními i pojištěnci. Bez dalších podrobností to řekl rádiu Impuls ředitel VZP MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA.

Po vypovězení smluv na elektronické zdravotní knížky i portál hrozilo, že od ledna 2013 zůstane VZP bez portálu. Objevily se spekulace, že IZIP dosáhl nové smlouvy pod pohrůzkou prodeje dat klientů jiným pojišťovněm.

„Nevím, kdo to šířil, je to nesmysl,“ řekl P. Horák. Zdůraznil, že data patří klientům a oni jediní mají právo s nimi disponovat. Do dat nemá podle Horáka nikdo přístup, ani VZP, tím méně IZIP. Spekulační o nezákonném zacházení s osobními údaji odmítl v nejnovějším vydání Zdravotnických novin komisař ochrany dat RNDr. Karel Neuwirth. Osobní údaje klientů nejsou majetkem společnosti, souhlasili s jejich zpracováním pro předem definované účely, mezi nimiž obchodování s daty není uvedeno, uvedl. Naopak společnost IZIP se klientům zavázala, že jejich údaje bude chránit před neoprávněným a nepovoleným přístupem, změnou, zničením či ztrátou. IZIP prošel kontrolou Úřadu

pro ochranu osobních údajů (ÚOOÚ). Jména, příjmení a adresy klientů může použít jen pro nabízení svých nových produktů. Pokud klient nesouhlasí, musí s touto nabídkou IZIP skončit.

„Je tedy zřejmé, že kdyby společnost chtěla údaje svých klientů prodat či předat jinému správci, pak musí o takovém záměru předem své klienty informovat a umožnit jim vyjádřit případný nesouhlas,“ uvedl expert. Nový správce by nesměl klientům zasílat své nabídky. Za porušení těchto povinností může ÚOOÚ uložit pokutu až deset miliónů korun. Prodej či předání databáze by mohly být posuzovány jako trestný čin s trestem až osm let odnětí svobody. P. Horák připomněl, že VZP vlastní společnost IZIP z 51 %. Problém je podle něj jinde – pokud by skončil obchodní vztah a VZP by musela vrátit akcie, mohlo by se stát, že si IZIP bude hledat jinou pojišťovnu jako partnera a nikdo by nemohl nic namítat. „Nedisponoval by daty klientů, ale získal by know-how systému, který patří k největším v ČR,“ řekl P. Horák. VZP by si musela vybudovat portál nový a vzhledem k termínům výběrových řízení by to do ledna 2013 nestihla.

Zdroj: ČTK, 11. 10. 2012

CRP
a již brzy...
CRP+Hb
Strep A

QuikRead go[®]

Nejrychlejší, nejjednodušší, nejpresnější

- 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.**



Orion Diagnostica Oy, Finsko, zastoupení pro ČR, HU, PL, SR
Bělohorská 57, 169 00 Praha 6, tel: +420 233 350 533, fax: +420 233 350 532
orion@oriondiagnostica.cz, www.oriondiagnostica.cz





Meningokok

tisková zpráva

MEDIA TRUST COMMUNICATIONS

Školní kolektiv zvyšuje riziko nákazy meningokokem

Praha, 21. srpna 2012

Zatímco v běžné populaci je nosičem bakterie *Neisseria meningitidis* způsobující invazivní meningokokové onemocnění (IMO) přibližně každý desátý člověk, ve školních zařízeních to může být i každý třetí. Tuto statistiku potvrzuje např. studie provedená mezi univerzitními studenty ve Velké Británii, podle níž se procento nosičů nebezpečné bakterie prakticky ztrojnásobilo během pouhých čtyř dnů od zahájení školní docházky.*

Stejná studie zkoumala procento nosičství také ve společných jídelnách na studentské koleji v průběhu prvních tří měsíců semestru: zatímco v říjnu bakterie meningokoka okupovala nosohltan přibližně 12 % studentů, v prosinci to již bylo přes 30 procent.

Ze zjištěných údajů lze vyvodit, že studenti jsou vystaveni významně vyššímu riziku nákazy než zbytek populace. Vezmeme-li v potaz ještě další rizikové faktory, jako je stres a nedostatek spánku (např. při písemkách či ve zkouškovém období), případně i respirační infekce, o něž ve školním prostředí zejména v podzimním a zimním období rozhodně není nouze, může být zaděláno na velké zdravotní problémy. Proč u většiny lidí bakterie pouze přechodně pobude, zatímco u některých jedinců propukne onemocnění v plné síle, zatím nikdo nedokázal objasnit. Známe jsou pouze rizikové faktory a rovněž to, že **důsledná hygiena** jako preventivní opatření **nestačí. Jedinou obranou před IMO je očkování.**

„Ideální čas pro očkování školou povinných dětí je právě nyní, ještě před začátkem školního roku,“ doporučuje s odkazem na výsledky studie **MUDr. Pavel Slezák ze Střediska očkování a cestovního lékařství**, a dodává: **„Očkování svých dětí proti IMO by rozhodně měli zvážit také rodiče studentů, kteří se chystají na studijní pobyt v zahraničí. Hrozba IMO je celosvětová, a pokud**

rodiče zvolí čtyřvalentní vakcínu, významně zvyšují pravděpodobnost, že jejich potomek bude bez ohledu na zvolenou destinaci před nemocí v bezpečí.“

■ Průběh onemocnění a následky

K onemocnění dochází, pronikne-li bakterie *Neisseria meningitidis* skrze sliznici nosohltanu do krevního oběhu a odtud do mozkomíšního moku. Pak už je průběh velmi rychlý – pacienti obvykle končí v nemocnici 24 hodin od projevení prvních příznaků, kterými bývají horečka, bolest hlavy, ztuhlost šíje, bolest v krku, mnohdy také podrážděnost, ztráta chuti k jídlu či nevolnost. Charakteristické je, že se zdravotní stav neustále zhoršuje. Může, ale také nemusí, dojít k výsevu vyrážky – tzv. petechií. Tyto červenofialové skvrnky na kůži bývají neklamným znamením, že jde o meningokoka.

Následky invazivního meningokokového onemocnění mohou být fatální. Přibližně deset procent případů IMO končí navzdory včasné lékařské pomoci smrtí; život přeživších pacientů pak mnohdy poznamenají doživotní následky: může se jednat o masivní zjizvení až odumření tkáně a amputaci končetin, hluchotu či selhání ledvin a další zdravotní komplikace.

■ Jak a kde se očkovat

Bakterie způsobující IMO se vyskytuje v různých séro skupinách. Celosvětově i u nás nejčastěji útočí pětice séro skupin A, B, C, Y a W-135. S výjimkou séro skupiny B, proti níž na českém trhu zatím není dostupná vakcína, se lze **proti zbývajícím čtyřem séro skupinám (A, C, Y a W-135) očkovat tzv. konjugovanou tetra vakcínou**, která očkované osobě poskytne ochranu v jediné dávce.

Očkování provádějí praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost, případně očkovací ordinace, které jsou rozmístěny po celé republice. Očkování proti IMO je nehrazené, ale lze na ně využít příspěvek od zdravotní pojišťovny.

*Zdroj:

- Neal KR, Nguyen-Van_Tam JS, Jeffrey N, et al. Changing carriage rates of *Neisseria meningitidis* among university students during the first week of term: cross sectional study. BMJ 2000;320:846–9

Kontaktní osoba pro média:

Michaela Matějková

MediaTrust Communications spol. s r.o.

Meningokok séro skupiny C na ústupu?

Praha, 3. října 2012

Ještě ve druhé polovině 90. let stál meningokok séro skupiny C každoročně za 50 až 60 procenty případů invazivního meningokokového onemocnění (IMO) v České republice. V novém tisíciletí však došlo k obratu: už v prvních pěti letech počet onemocnění způsobených touto séro skupinou kolísal mezi 25 až 35 %. V následujícím období pokles séro skupiny C nadále pokračoval, až se čísla statistik zastavila na úrovni kolem 10 %. V roce 2011 to dokonce bylo pouhých 6,2 %. Znamená to, že meningokok C je definitivně na ústupu?

„Dlouhodobé statistiky skutečně dokládají v České republice pokles výskytu onemocnění způsobených meningokokem séro skupiny C,“ potvrzuje **MUDr. Pavla Křížová**, vedoucí Národní referenční laboratoře pro meningokokové nákazy SZÚ v Praze, a vysvětluje možné příčiny: *„Do určité míry může být za snížením výskytu bakterie přirozený vývoj, neboť spektrum séro skupin na určitém území se v průběhu let spontánně mění, bez vlivu vakcinace. Svůj podíl může mít i vzrůstající proočkovanosť populace, jelikož vakcinace proti séro skupině C má v České republice několikaletou historii. Postupně tak narůstá počet osob, které očkováním získaly protilátky. Procento proočkovanosť české populace meningokokovými vakcínami je*



však nízké, takže pokles séro skupiny C je pravděpodobně více způsoben přirozenou změnou zastoupení séro skupin a v případě České republiky návratem do „normální“ situace, tj. převaha séro skupiny B.“

V posledních dvou letech přispívá k rostoucí proočkovanosti také aplikace konjugované tetra vakcíny, která vedle séro skupiny C obsahuje očkovací látku proti třem dalším séro skupinám (A, W-135 a Y).

To potvrzuje i **MUDr. Pavel Slezák** ze Střediska očkování a cestovní medicíny: „Početnou skupinu zájemců o tetra vakcínu představují cestovatelé. Např. v Americe je kromě séro skupiny C ohrožuje také séro skupina Y, Afrika je územím séro skupiny A a v jihovýchodní Asii se zase relativně často vyskytuje séro skupina W-135. Tetra vakcína tedy splňuje více požadavků najednou. Samostatnou vakcínu proti séro skupině C naopak vyhledávají rodiče, kteří

před možnými riziky IMO chtějí chránit své malé děti, neboť na rozdíl od čtyřvalentní vakcíny je možné ji aplikovat již od dvou měsíců věku.“

„Některé další séro skupiny meningokoka, jejichž výskyt byl na našem území ještě před pár lety spíše výjimečný, poslední dobou způsobují invazivní meningokokové onemocnění častěji. To je pro ukázkou případ séro skupiny Y, která může být extrémně nebezpečná zejména pro dospívající chlapce, u nichž způsobuje až 50% smrtelnost,“ přibližuje stávající situaci **MUDr. Pavla Křížová**. Vůbec nejčastější příčinou IMO v České republice je aktuálně meningokok séro skupiny B (60 až 70 procent v posledních 6 letech), proti němuž však v současnosti není dostupná univerzálně účinná vakcína. „Navzdory aktuálně výrazně dominantnímu výskytu séro skupiny B v České republice nelze podceňovat očkování proti ostatním

séro skupinám. Konkrétně u séro skupiny C nadále platí, že je celosvětově významnou příčinou endemického onemocnění i epidemií, kdy mezi jedinci ve vybraných populacích dochází k přenosu bakterie meningokoka častěji, než je běžné,“ doplňuje **MUDr. Pavel Slezák**. V řadě zemí je v posledních letech zaznamenán vzestup séro skupiny Y a z toho důvodu v některých zemích byla konjugovaná tetra vakcína zařazena mezi doporučená očkování.

Kontaktní osoba pro média:
Michaela Matějková
MediaTrust Communications spol. s r.o.
Tel.: +420 234 066 203
Mobil: +420 603 556 406
E-mail: mmatejkova@mediatrust.cz

Nově dohodnutá rozšíření pojistné smlouvy u České podnikatelské pojišťovny

Již jsme vás informovali o možnosti využití rámcové pojistné smlouvy uzavřené mezi Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost a Českou podnikatelskou pojišťovnou. Nyní došlo k rozšíření rámcové smlouvy o novou možnost uzavřít tzv. udržovací pojištění, o které projeví zájem řada našich členů. Toto udržovací pojištění řeší pojištění pro situaci, kdy lékař ukončí provozování lékařské praxe a teprve následně dojde vůči němu k uplatnění nároku na náhradu škody. Ukončením podnikání totiž zaniká pojistná smlouva na odpovědnost a lhůty, ve kterých lze uplatnit případnou pojistnou událost, jsou relativně krátké. Přitom není nikterak výjimečné, že pacient uplatní nárok na náhradu škody třeba i s několikaletým časovým odstupem.

Udržovací pojištění lze doporučit uzavřít při ukončení podnikání (provozování lékařské praxe). Dohodli jsme dvě varianty – první je udržovací pojištění na dobu tří let od ukončení provozování praxe (kratší dobu nepovažujeme za vhodnou) a druhá je udržovací pojištění na dobu šesti let od ukončení praxe (delší dobu považujeme již za neúčelnou). Podmínkou pro uzavření udržovacího pojištění je uzavřená pojistná smlouva dle rámcové smlouvy a doložení ukončení podnikání. Fakticky vlastně jde o prodloužení původní pojistné smlouvy na odpovědnost za škodu o několik let (tři, nebo šest) po ukončení podnikání.

Obdobně bylo také nově umožněno při uzavření pojistné smlouvy zpětně pojistit namísto tří let (obsaženo v základní smlouvě) i let šest. Pokud tedy mění lékař pojišťovnu, umožňuje ČPP pokrýt novou pojistnou smlouvou škodu vzniklou až před šesti lety.

Podrobnější informace, materiály a postup, jak uzavřít pojištění u ČPP, najdete na webu Sdružení. Pokud budete mít nějaké náměty či připomínky týkající se pojištění praxí, rádi je využijeme jako podklad pro jednání o doplnění či rozšíření rámcové pojistné smlouvy s Českou podnikatelskou pojišťovnou.

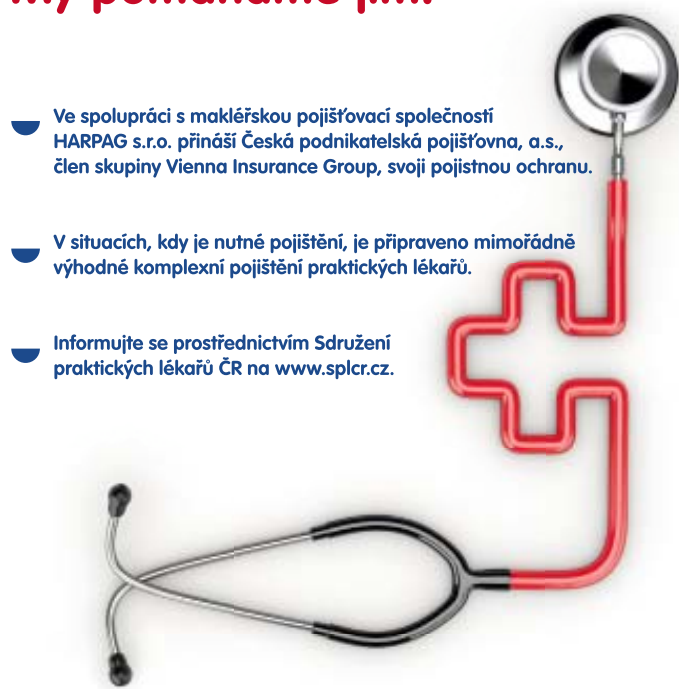
Mgr. Jakub Uher

Nestátní zdravotnická zařízení pomáhají všem. My pomáháme jim.

Ve spolupráci s makléřskou pojišťovací společností **HARPAG s.r.o.** přináší Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., člen skupiny Vienna Insurance Group, svoji pojistnou ochranu.

V situacích, kdy je nutné pojištění, je připraveno mimořádně výhodné komplexní pojištění praktických lékařů.

Informujte se prostřednictvím Sdružení praktických lékařů ČR na www.splcr.cz.



HARPAG
s.r.o.

ČPP
VIENNA INSURANCE GROUP



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Poradna očkování

Výbor České vakcinologické společnosti ČLS JEP inicioval vznik poradny na stránkách www.vakcinace.eu. Každý měsíc je vám k dispozici jeden ze členů výboru a bude vám dle možností odpovídat. V plánu je i zřízení telefonní linky pro okamžitou pomoc, která bude vždy na příslušného odborníka přesměrována. Vaše dotazy z oblasti očkování budou předávány ke zodpovězení na stránkách uvedených výše, **vstup pro odborníky, sekce poradna**.



ČESKÁ VAKCINOLOGICKÁ
SPOLEČNOST ČLS JEP

■ Zápis ze zasedání Komise péče o dítě na MZ ČR ze dne 12. 9. 2012

1. Novela zákona č. 372/2011 Sb., jiných zákonů a příslušných prováděcích právních předpisů (návrh legislativních změn při poskytování zdravotní péče dětem)

V rámci jednání Komise DD byl podán podrobný výklad k poslaneckému návrhu změny zákona č. 372/2011 Sb. se zaměřením na změnu ust. § 35. Členové Komise DD byli dále informováni o legislativním procesu připravovaných změn zákona č. 372/2011 Sb. a dalších právních předpisů. Byl odsouhlasen návrh změny týkající se problematiky utajených porodů (ust. § 37), hospitalizace dětí (ust. § 47) a průvodce hospitalizovaného dítěte (ust. § 47 odst. 1 písm. b/). Problematika dětských center (ust. § 43) bude předmětem samostatného jednání dne 17. 9. 2012.

Podrobněji bylo diskutováno řešení „povinné registrace dětí“ u praktických lékařů

(PLDD, PLD). Zakotvení této povinnosti mezi práva nezletilého pacienta a povinnosti zákonného zástupce nezletilého dítěte se zdá být problematické s ohledem na problémy spojené se zajištěním a vymahatelností této povinnosti v praxi. Nejlepším řešením se zdá být původně navrhovaná nepřímá povinnost registrace u PLDD/PLD a novela zákona č. 359/1999 Sb. Problematika bude řešena s LEG.

Byla diskutována problematika neplacení regulačních poplatků v případě poskytování ambulantní péče dětem. Problematika dosud není uspokojivě řešena. V rámci rozhodovacího řízení a navrhovaného výkonu odbornosti 999 by měla být zohledněna náročnost zdravotní péče poskytované dětem do 6 let. Důvodem pro tuto úpravu je pokles celkové hodnoty klinických vyšetření u některých specializací (sjednocení výkonů). Přijetí tohoto výkonu by alespoň částečně mělo kompenzovat náročnost vyšetření dětí do 6 let, a to i s ohledem na potřebnou edukaci rodičů, která vyplývá z nové legislativy. Výpadek poplatků se ale týká věkové kategorie do 18 let.

Dále byla diskutována problematika týkající se poskytování zdravotní péče žákům a studentům při přípravě na budoucí povolání a posudkové činnosti v praxi PLDD v souvislosti s platností zákona č. 373/2011 Sb. (viz příloha). MUDr. Cabrnchová informovala o stanovisku OSPDL, že u studentů do 19 let provádí posudkovou činnost i PLDD v rámci různých krátkodobých zaměstnání a brigád při studiu. Zákonem o specifických zdravotních službách mu byla tato činnost zakázána, což vyvolalo značné problémy. V praxi tak je nutné vystavovat výpisy ze zdravotní dokumentace a zasílat je závodním lékařům. PLDD je plně kompetentní tuto činnost vykonávat, vzdělávání v tomto oboru zohledňuje i tuto činnost.

V rámci jednání Komise DD byly rovněž diskutovány problémy spojené s prováděním

povinného i nepovinného očkování u dětí v praxi, a to včetně možných nežádoucích účinků očkování a souvisejících soudních sporů. Přibývá rodičů – odmítačů povinného očkování i soudních sporů spojených s očkováním dětí. Je navrhováno, aby zodpovědnost za případné komplikace související s povinným očkováním nesl stát. Problematika bude předmětem setkání s odborníkem z Rakouska.

Členové komise zašlou do 30. 9. 2012 na MZ (truelllova@mzcr.cz) konkrétní návrhy legislativních změn se stručným odůvodněním.

2. Návrh metodiky k propouštění novorozenců do domácí péče (aktualizace metodiky uveřejněné ve Věstníku MZ č. 7/2005)

V úvodu diskuse k návrhu metodiky k propouštění novorozenců do domácí péče (aktualizace metodiky uveřejněné ve Věstníku MZ č. 7/2005) byly shrnuty závěry dosavadních jednání k dané problematice, a to zejména jednání odborníků s panem ministrem. Stávající metodický pokyn uveřejněný ve Věstníku MZ č. 6/2005 je nezbytné urychleně aktualizovat – nejen s ohledem na legislativní změny v systému očkování (proti tbc), ale zejména s ohledem na nutnost sjednocení a bližší specifikace postupu poskytovatelů zdravotních služeb při propouštění novorozenců do domácí péče – včetně postupu v případech, kdy se rodiče domáhají předčasného propuštění novorozence do domácí péče. Bylo by vhodné, aby v rámci metodiky byla rovněž zohledněna navazující péče PLDD o novorozence a postup péče o novorozence v případě porodu mimo zdravotnické zařízení, a to v návaznosti na případné legislativní změny, neboť metodický postup musí plně respektovat platné právní normy.

Má-li být zachována stávající kvalita zdravotní péče o novorozence, je třeba, aby porody byly vedeny ve zdravotnických zařízeních a aby



fyziologičtí novorozenci byli propouštěni do domácí péče nejdříve 72 hodin po porodu. Rodiče musejí být náležitě informováni o případných rizicích spojených s dřívějším propuštěním novorozence a za tato rizika nést plnou odpovědnost.

Členové Komise DD zašlou na MZ konkrétní připomínky k předloženému návrhu metodiky (příloha), která bude předmětem diskuse mimo jiné v návaznosti na jednání k problematice „porodů mimo zdravotnická zařízení“.

3. Péče o děti a mladistvé 0–26 let v praxi PLDD

Již v minulosti (2010–2011) byl diskutován problém s registrací mladistvých od 19 let u praktických lékařů pro dospělé v návaznosti na ukončení jejich registrace u praktických lékařů pro děti a dorost. Tento problém, který přetrvává, se týká zejména mladistvých se zdravotními problémy. Dochází tak k přerušení poskytování primární zdravotní péče, a to včetně preventivních, popř. dispenzárních prohlídek. Tyto informace potvrdily údaje, které byly vyžádány od Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.

Členové Komise DD doporučují zajistit možnost proaktivní (pokračující) registrace mladistvých 19–26 let u praktických lékařů pro děti a dorost v návaznosti na jejich přípravu na povolání a s ohledem na úhradu pojistného státem za tuto věkovou skupinu. Problematika byla již v minulosti diskutována a ZP neměly proti navrhovanému řešení námitek.

Budou provedeny příslušné kroky k případnému zajištění možné proaktivní registrace mladistvých 19–26 let u praktických lékařů pro děti a dorost v návaznosti na jejich přípravu na povolání.

4. Různé

• Metodika NS sluchu

Ve Věstníku MZ č. 7/2012 byl uveřejněn metodický postup k provádění screeningu sluchu u novorozenců (NS sluchu). V rámci novely vyhlášky o věcném a tech-

nickém vybavení by měla být zakotvena povinnost porodnic ohledně vybavení přístrojem pro provádění NS sluchu.

• Výživa dětí 0–5 let

Výbor pro práva dětí OSN vytýká ČR, že klesá počet výlučně kojených dětí do 6 měsíců a že ČR náležitě neřeší implementaci mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka. V rámci mezinárodní spolupráce mezi MZ a WHO/EURO (BCA 2012/2013) bude vytvořena metodika zaměřená na výživu dětí 0–5 let věku se zaměřením na podporu výlučného kojení dětí do 6 měs. a dále bude řešena problematika implementace mezinárodního kodexu marketingu náhrad MM. Tato problematika bude předmětem jednání odborníků (30. 10. 2012 od 9.00 hod., 223K, MZ). Zástupci ČPS ČLS JEP a OSPDL ČLS JEP nominují a vyšlou své zástupce na toto jednání.

• Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého (ZOP) pro rok 2013

Na minulém jednání Komise DD byly diskutovány problémy se zajištěním 18. vydání ZOP pro rok 2012. Není jasné systémové zajištění vydávání ZOP do budoucna, které bylo přislíbeno.

Je třeba urychleně provést případné úpravy ZOP a zjistit, jakým způsobem je zajištěno 19. vydání ZOP v roce 2013 a v dalších letech.

• Dispenzární prohlídky dětí

Ve Sbírce zákonů byla vydána vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči, s účinností této vyhlášky ode dne 1. 4. 2012. V rámci jednání Komise DD byly diskutovány výhrady k úhradám dispenzární péče (dle zákona č. 48/1997 Sb. a příslušných prováděcích právních předpisů). Vyhláška nemůže být realizována, nebude-li zajištěn systém hrazení výkonů dispenzárních prohlídek pro ordinace PLDD. Výkony prošly DŘ, ale nebyly přijaty. Zástupci PLDD požadují jejich zařazení do novely SZV od 1. 1. 2013.

Neověřené lahve zatím nevylévejte, vyzval obchodníky ministr Heger

Ministr zdravotnictví Leoš Heger vyzval prodejce, aby zatím nelikvidovali lahve, které postrádají doklad o původu lihu. Přesné postupy, jak alkohol likvidovat, nejsou stanovené. Ministerstvo dále pracuje na opatřeních týkajících se prodeje alkoholu včetně zákazu prodeje na stáncích a v automatech. Ministerstvo financí a celní správa teprve připravují přesné pokyny, jak se bude neověřený alkohol likvidovat. Stanovují se také pravidla, podle kterých budou obchodníkům kompenzovány ztráty na daních.

„Vyzýváme veřejnost a prodejce, aby lahve s neporušeným korkem, které nemají rodný list, zatím nevylévali,“ uvedl po jednání „metanolového“ krizového štábu ministerstva zdravotnictví Leoš Heger. Podnikatelé by se totiž mohli připravit o kompenzaci daňových odvodů. Krizový štáb v pondělí také projednával legislativní opatření jednotlivých resortů o výrobě a prodeji alkoholu. Ministerstvo zdravotnictví chce zakázat prodej tvrdého alkoholu na stáncích a v automatech. Ve stánku by lidé mohli alkoholické nápoje dostat jen s povolením obce při mimořádných akcích, třeba výročních trzích. Přísnější by měly být postihy za nalévání alkoholu mladistvým. Podnikatelům by mohl hrozit trest i za pouhou přítomnost opilých dětí v jejich provozovně. „Pokud kontrola zjistí, že jsou v podniku opilé děti, provozovatel může tvrdit, že už opilé přišly,“ vysvětlil Heger, proč navrhuje zpřísnění. Sankce by mohly hrozit i za padělání kolků a „rodných listů“ k alkoholu. Při porušování pravidel by podnikatel mohl přijít o živnost. Uvažuje se i o licencích na prodej alkoholu. Ministerstvo financí uvažuje o novele zákona o spotřebních daních. Legislativní opatření připraví komise, kterou určila vláda. Tým se skládá z náměstků jednotlivých ministerstev. Podle Hegera se zdá, že na mnoha změnách panuje shoda. Metanolová aféra, která vypukla před měsícem, je podle Hegera na ústupu a situace se uklidňuje. Přesto však kontroly stále nacházejí závadný alkohol. Metylalkohol připravil o život 28 lidí, osm otrávených zůstává v nemocnicích.

Zdroj: Z. Trachtová, iDnes.cz, 8. 10. 2012



Nejčastější chyby při poskytování první pomoci dětem

MUDr. Rudolf Zvolánek

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje

Zdravotnická záchranná služba ošetřuje děti denně. Spektrum výjezdů k malým pacientům je opravdu široké. Zejména o prázdninách zaznamenáváme nárůst počtu úrazů, které mají velmi vážné a mnohdy i tragické následky. V poskytování první pomoci je zakořeněno mnoho mýtů, které neustále přetrvávají, a to i u odborné veřejnosti. V tomto článku jsem se pokusil shrnout ty nejdůležitější momenty při poskytování první pomoci dítěti a vyvrátit tak mnoho dogmat.

■ Srdeční a dechová zástava

Srdeční zástavě u dětí zpravidla předchází zástava dechu, proto zahajujeme na rozdíl od dospělých resuscitaci umělým dýcháním. Ale vše popořádku. Nejprve vždy zkontrolujeme stav vědomí. Dítě se srdeční zástavou je vždy v bezvědomí. Tedy nepláče, nehýbe se, obvykle má promodralý obličej i celé tělo. Pokud nereaguje, zprůchodníme dýchací cesty záklonem hlavy a přizvednutím brady. Kontrolujeme, zda dítě normálně dýchá. Pozorujeme pohyby hrudníku, poslechem a citem tváře zjišťujeme přítomnost vydechaného vzduchu. Pokud nedýchá nebo nedýchá normálně, zakloníme hlavu a stiskneme obě nosní dírký. Provedeme 5 úvodních vdechů z úst do úst. Poté zahájíme srdeční masáž pomocí jedné nebo obou rukou. Hrudník stlačujeme v dolní polovině hrudní kosti, frekvencí alespoň 100 za minutu. Po 30 stlačeních provedeme 2 vdechy. V resuscitaci pokračujeme nadále v poměru 30 stlačení hrudníku na 2 umělé vdechy. Snažíme se přivolat někoho dalšího na pomoc. V případě, že je na místě více osob, okamžitě zajistíme přivolání záchranné služby. Je-li zachránce s dítětem sám, nejprve provádí jednu minutu resuscitaci a teprve poté volá záchrannou službu. Poté pokračujeme v resuscitaci v poměru 30 stlačení hrudníku a 2 vdechy až do příjezdu záchranné služby nebo dokud dítě nezačne jevit známky života – probouzí se, otevírá oči, hýbe se a dýchá. Pokud jde o velmi malé dítě (do jednoho roku), je postup stejný, ale musíme myslet na některé odlišnosti. Dýchací cesty uvolníme pouze přizvednutím brady. Nikdy nesmíme hlavu zaklánět, udržujeme ji v neutrální poloze. Anatomické poměry u takto malého dítěte

při záklonu hlavy způsobí obstrukci dýchacích cest. Vdechujeme do nosíku i úst současně a objem musí být malý, pouze obsah dutiny ústní. Stlačování hrudníku provádíme dvěma prsty v dolní polovině hrudní kosti, stejnou frekvencí jako u staršího dítěte.

Nejčastějšími chybami při provádění kardiopulmonální resuscitace u dětí jsou:

- Nerozpoznání „gaspingu“ (lapavého dýchání – předzvěst dechové zástavy, zbytková dechová aktivita), který je hodnocen jako normální dýchání, a nezahájení KPR. Pokud má dítě lapavé dechy, není možné tento stav hodnotit jako fyziologický ve smyslu kvality dýchání a musíme zahájit KPR.
- Příliš rychlá frekvence srdeční masáže není efektivní a srdce se není schopno během uvolnění naplnit krví.
- Masáž srdce na měkké podložce (postel, žíněnka, matrace) je bez efektu. Stlačování hrudníku je možné provádět pouze na tvrdé, nestlačitelné podložce.
- Provádění prudkých vdechů velkého objemu. Je-li vdech prudký a nepřiměřeného objemu, hrozí riziko poškození plicního parenchymu barotraumatem, ale i insuflace vzduchu do žaludku, z čehož rezultuje možné zvracení a aspirace s následným chemickým poškozením plicních sklípků. Není možné přehlížet ani riziko mikrobiálního poškození. Insuflovaný žaludek též zmenšuje ventilační schopnost zevním útlakem plic.
- Podkládání hlavy polštářem u dítěte, které spontánně ventiluje, ale je v bezvědomí, je též vážnou chybou. Z tohoto úkonu může plynout obstrukce DC jazykem, ale i samotnou polohou hlavy s následným dušením.

■ Jiné akutní stavy

- **Poranění páteře:** U těžkých úrazů (pád z výšky, pád z kola, sražený chodec...) je vždy velké riziko poškození páteře. Pokud je ale dítě v bezvědomí, je nutné zajistit základní životní funkce a případně zahájit resuscitaci. K takovému pacientovi je třeba přistupovat nanejvýš opatrně. Zajištění základních životních funkcí má ale vždy přednost.

Hrubou chybou je ponechat dítě po úrazu v bezvědomí bez uvolnění dýchacích cest a dalších následných kroků z důvodu obavy o možné poranění páteře.

- **Silné krvácení:** V případě masivního zevního krvácení hrozí extrémní krevní ztráty. Nezbytné je tedy okamžitě zamezit krevním ztrátám přímým stlačením místa krvácení. Prsty přímo stlačíme zdroj krvácení v ráně. Samozřejmě použijeme ochranné pomůcky (rukavice nebo např. mikrotenové sáčky, oděv atd.). Pokud máme dostupnou lékárníčku, necháme si ji donést a na krvácející místo přiložíme tlakový obvaz. Ten vytvoříme tak, že ránu sterilně překryjeme (např. sterilním čtvercem), na sterilní vrstvu přiložíme smotané obinadlo a pevně zafixujeme obvazem nebo trojčipým šátkem. Škrtidlo lze samozřejmě také použít, ale až jako poslední možnost. Rozhodneme-li se je použít, musí být naloženo správně a dostatečně silně utaženo. O správnosti naložení a funkce se přesvědčíme vymizením arteriální pulsace periferně od místa poranění. Důležité je označit čas naložení škrtidla.



Největší chybou je v panice např. shánění lékárníčky. Mnohdy tato zdržení způsobí velké krevní ztráty.

- **Popáleniny:** Pokud dojde k drobné popálenině, je nutné dané místo dostatečně dlouho chladit studenou vodou. Ideální je použít tekoucí vodu a chladit alespoň 10 minut nebo i déle, do odeznění bolesti. Zásadní je, že chladíme pouze popáleniny, které jsou do rozsahu maximálně 5 % tělesného povrchu! (Jednoduchou metodou určené rozsahu popálení je zhodnocení vycházející z předpokladu, že dlaň postiženého odpovídá jednomu procentu tělesného povrchu). Rozsáhlejší popáleniny nechladíme. Důvodem je riziko celkového podchlazení organismu s možnými lokálními – ischemickými i celkovými – kardiálními důsledky. Postižené místo pouze sterilně překryjeme a vyčkáme příjezdu ZZS.

Chybou je propichování puchýřů a aplikace mastí na popálené plochy.

Jde-li o závažné popáleninové trauma, nejprve zajistíme technickou první pomoc. Je vždy nutné odstranit vodiče tepla, které zhoršují délkou svého působení stupeň popáleniny. Znamená to sundat prstýnky, odstranit hořící oděv. Pozor, v místech, kde je oděv přiškvařen ke tkáni, jej nikdy nestrháváme. Po zajištění bezpečnosti a vyproštění pacienta postupujeme dle obecných zásad. Pokud není při vědomí, nereaguje a po uvolnění dýchacích cest normálně dýchá, sledujeme neustále kvalitu dechu. Pokud ovšem nedýchá nebo nedýchá normálně, zahájíme neprodleně KPR.

- **Úraz elektrickým proudem:** Specifická je technická první pomoc při poranění elektrickým proudem. Zde je důležité nejprve myslet na svoji bezpečnost. Ihned zajistíme vypnutí elektrického proudu, pokud je to možné. Pokud není možné proud odpojit, odstraníme drát pomocí nevodivého předmětu, např. dřevěné tyče, a až potom se věnujeme zraněným. Pokud si nejsme jisti, že je místo bezpečné, nebo jde o vedení vysokého napětí, počkáme

na příjezd profesionální pomoci. Dojde-li k poranění elektrickým proudem, musíme si uvědomit, že proud nezpůsobuje pouze kontaktní popálení, ale může způsobit vážné poruchy srdečního rytmu, křeče celého těla a ochrnutí dýchacích svalů s následným poškozením mozku a další. Proto je vždy po zasažení elektrickým proudem nutné zajistit pacientovi lékařskou péči. I zjevně nezraněný člověk po zásahu elektrickým proudem může být ohrožen na životě.

- **Křečové stavy:** Mezi nejčastější křečové stavy, ke kterým vyjíždějí týmy záchranné služby, patří epilepsie. V průběhu záchvatu odstraníme z blízkosti pacienta předměty, které by mu mohly způsobit poranění, a přidržujeme mu hlavu. Během křečí dochází k výrazným škubavým pohybům hlavy a tím k riziku jejího poranění. Nikdy se nesnažíme během záchvatu otevírat postiženému ústa. Nejenže bychom mu tím mohli způsobit zranění, ale riskovali bychom, že nás postižený pokouše. Během záchvatu nemá význam se pokoušet násilně zabránit křečím, tato snaha nemá efekt a opět se zbytečně zvyšuje riziko dalšího zranění ve smyslu poškození svalového a úponového aparátu. Není vyloučen ani možný výskyt zlomeniny dlouhých kostí. Po záchvatu dotyčného uvolníme dýchací cesty záklonem hlavy a tahem za bradu a zjišťujeme kvalitu dýchání. Ve většině případů postižený po ukončení záchvatu začne dýchat a pomalu nabírá vědomí. Pokud by po uvolnění dýchacích cest nedýchal, musíme zahájit KPR.

U malých dětí je nevyvinutá termoregulace a proto hrozí při vysokých teplotách výskyt febrilních křečí, kdy dítě přechodně ztrácí vědomí a stav je provázen křečemi těla či stuporem. Křeče trvají řádově minutu až dvě, děti při nich převážně dýchají, nemodrají. První pomocí je kontrola životních funkcí, dále snížení TT a podání sedativ (Diazepam per rectum).

- **Obstrukce DC cizím tělesem:** Dochází k nim nejčastěji při hraní s volnými malými součástkami hraček, mnohdy též jídlem

i tekutinami. Průvodní stridor, náhlý kašel může být po delší době provázen cyanózou. Podporujeme dítě v usilovném kašli. Pokud není úspěšný, provedeme 5 úderů do oblasti mezi lopatky. U malých dětí (kojenců) rovněž, ale v poloze na předloktí hlavou mírně dolů. Podobně můžeme i na stehnu dolní končetiny, opět hlavou níže. Při neúspěchu provedeme u větších dětí 5× prudké stlačení nadbříšku – Heimlichův manévř u dětí. Pozor, neprovádíme u malých dětí z důvodu rizika vnitřního krvácení. Pokud i po tomto zásahu dítě nedýchá, zahájíme KPR.

- **Obstrukce DC patologickým procesem:** Mezi nejčastější patří laryngitida a epiglottitida. Prvně jmenovaná je virového původu, druhá bakteriálního. Dítě štěkavě kašle, pláče, je neklidné, u epiglottitidy navíc špatně polyká, vytékají sliny z úst. První pomoc u obou společně je zklidnit dítě, aby neplakalo a pláčem nedocházelo k překrvení sliznice faryngu a tím ke zvětšení otoku. Je nutný přístup k chladnému vzduchu. U laryngitidy podání kortikoidů, u epiglottitidy širokospektrých ATB.

- **Uštknutí hadem:** dochází k němu většinou, pokud se had cítí ohrožen. Tedy šlápnutím na něj, drážděním volně se slunícího hada apod. Adekvátní první pomoc poskytneme, když postiženou končetinu zafixujeme proti pohybu a věnujeme se celkovému stavu pacienta. Otrava se sice může projevit pouze lokální reakcí, ale případné systémové odpovědi mohou být velice rychlé a zraněnému by šlo rychle o život. To znamená, že sledujeme stav vědomí a dýchání.

V poskytování první pomoci u uštknutí hadem je mnoho zažitých omylů. V žádném případě nebudeme ránu nařezávat a vysávat její obsah, chladit okolí rány či používat škrtidlo. Poraněnému nedáváme nic napít a rozhodně voláme záchrannou službu.





Současný konsensus péče o pacienty s aspirovaným cizím tělesem ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

MUDr. Petr Kordač

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LF UK a FN Hradec Králové

V posledních desetiletích probíhá v řadě medicínských oborů výrazný rozvoj flexibilních endoskopických metod, které slouží jak k diagnostickým, tak i k terapeutickým účelům. U pacientů s aspirovaným cizím tělesem, ev. při podezření na aspiraci je stále více diskutovaná otázka vhodnosti využití flexibilní bronchoskopie v porovnání s rigidní bronchoskopií. Problematika ovšem také souvisí i s kompetencí prováděných výkonů a erudicí lékařů jednotlivých odborností (otorinolaryngolog, pneumolog). Uvedené skutečnosti vedly autory sdělení k vytvoření konsensu péče o pacienty s cizím tělesem, ev. s podezřením na aspiraci ve Fakultní nemocnici Hradec Králové a současně prezentování souboru pacientů léčených na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku (dále ORL klinika) s aspirovaným cizím tělesem za 27 let.

Aspirace cizího tělesa není častá, ale jedná se o závažný akutní stav s rizikem dušení. K aspiracím do dolních dýchacích cest dochází převážně u dětí (častěji u chlapců) do 4 let věku, kdy cizí těleso pronikne z dutiny ústní do hrtanu a dále do průdušnice a bronchů při nejrůznějších situacích (např. při smíchu a pláči, hlubokém vdechu, leknutí, mluvení, jídle nebo pádu). Druhou rizikovou skupinu představují senioři (> 65 let). Příznaky jsou závislé na velikosti cizího tělesa a lokalizaci v dýchacích cestách. Může dojít až k asfyxii, a proto znalost první pomoci může být život zachraňující. První pomoc spočívá v úderu mezi lopatky malého dítěte, které držíme bříškem dolů na předloktí jedné ruky s hlavičkou níže než tělo; u adolescenta a dospělého provádíme Heimlichův manévr (prudké stlačení epigastria). Při správně provedené první pomoci může dojít k vypuzení cizího tělesa z dýchacích cest. U malých cizích těles, která při aspiraci volně projdou nejužší oblastí mezi hlasovými vazy přes průdušnici do bronchů (častěji do pravého), není situace tak závažná, ale i zde může

obturacy způsobit atelektázu části plic distálněji od cizího tělesa, ev. (velmi vzácně) může vzniknout nebezpečnější obstrukční (záklpokový) emfyzém. Při nádechu dochází k průniku vzduchu periferně od cizího tělesa a při výdechu dochází k ventilovému uzávěru dýchacích cest, na periferii pak narůstá plicní hyperinflace (ne zcela správně nazývaná emfyzém). Některá aspirovaná cizí tělesa mohou být klinicky němá a projeví se s odstupem času zánětlivými změnami s horečkou a kašlem při rozvoji pneumonie. Nejčastěji dochází k aspiraci organického, vegetabilního cizího tělesa (burský ořech, vlašský ořech, mrkev, hrách, jablko atd.), ale výjimkou nejsou ani neorganická cizí tělesa z umělé hmoty (např. součástky hraček) či kovu a kompozitních materiálů (zubní protézy). Bezprostředně po aspiraci cizího tělesa se většinou objevuje ataka dráždivého kašle, dušnost a distanční nebo poslechové sípání. Jedná se o příznaky, které přivádějí

pacienty k lékaři. Po zhodnocení anamnestických údajů, provedení poslechového vyšetření a zhotovení RTG plic je indikována diagnostická nebo terapeutická endoskopie dýchacích cest. V dřívějších letech se cizí tělesa odstraňovala výhradně rigidní tracheobronchoskopií v celkové anestezii převážně na ORL pracovištích. Její historické počátky sahají až do roku 1847, do praxe byla zavedena G. Killiánem v roce 1897. Flexibilní tracheobronchoskopie, jejíž začátky jsou z 60.–70. let 20. století, se používá v dnešní době na řadě pneumologických pracovištích v ČR k odstranění cizích těles.

■ Soubor pacientů

V letech 1985–2011 bylo na ORL klinice v Hradci Králové hospitalizováno celkem 124 nemocných s aspirovaným cizím tělesem a 105 nemocných s podezřením na aspirované cizí těleso (graf 1). Poměr mužů

Graf 1: Soubor pacientů ORL kliniky Hradec Králové 1985–2011





	do 2 let	3–15 let	16 a více let
Aspirace cizího tělesa	81	31	12
muži/ženy	50/31	22/9	8/4
Suspektní aspirace	43	41	21
muži/ženy	28/15	21/20	10/11
Bronchoskopie	124	72	33
Relativní četnost	54,1 %	31,4 %	14,5 %

Tab. 1: Soubor nemocných dle věku a pohlaví

a žen u aspirovaných cizích těles byl 1,9:1, u podezření na aspirované cizí těleso byl poměr 1,3:1. Ve skupině s aspirovaným cizím tělesem je patrná výrazná převaha dětí do 2 let, kde aspirovalo 81 pacientů (65,3 %). Chlapci byli postiženi skoro dvakrát častěji. Ve věkové skupině od 3 do 15 let bylo 31 nemocných (25 %) s výraznou převahou chlapců. Ve skupině nad 16 let bylo 12 pacientů (9,7 %). Zastoupení mužů a žen v této skupině bylo 2:1.

Počet pacientů hospitalizovaných s podezřením na aspirované cizí těleso byl přibližně stejný jako v prvních dvou věkových kategoriích. I zde byla patrná převaha mužů. U všech pacientů v souboru s aspirovaným cizím tělesem nebo s podezřením na cizí těleso byla na endoskopickém sále ORL kliniky provedena rigidní bronchoskopie v celkové anestezii. Převážná většina výkonů – 196 (85 %) byla provedena ve věkové skupině do 15 let (tab. 1). Ve skupině nemocných s aspirovaným cizím tělesem byl sledován druh aspirovaného tělesa v závislosti na věku (tab. 2). Ve skupině do 2 let věku převažovala vegetabilní cizí tělesa, z nich nejčastěji burský ořech – 25 (30,8 %) následovaný dalšími ořechy (lískový, vlašský) – 17 (20,9 %) a mrkví – 13 (16 %). Neorganických těles spolu s ostatními bylo 19 (23 %). Ve druhé věkové skupině (3–15 let) převažovala organická cizí tělesa – 20 (64,5 %) nad anorganickými – 11 (35,4 %). Ve třetí věkové skupině (16 a více) při malých počtech cizích těles bylo prakticky stejné zastoupení organických, neorganických i ostatních cizích těles.

V rámci diagnostiky cizího tělesa bylo v souboru pacientů provedeno u 85 pacientů (68,5 %) RTG vyšetření plic. U 11 z nich (12,9 %) bylo popisováno kontrastní cizí

těleso, u 42 (49,4 %) byly přítomny nepřímé známky aspirace cizího tělesa (např. obstrukčníemfyzém, atelektáza, přesun mediastina). U 32 (37,6 %) pacientů byl negativní (normální) rentgenologický nález.

Lokalizace cizích těles byla různá. Jen 2 cizí tělesa byla lokalizována v oblasti hrtanu, 8 v průdušnici, 36 v levém hlavním bronchu a 11 v levých segmentových průduškách. Nejvíce cizích těles (48) bylo v pravém hlavním bronchu a 6 v pravých segmentových průduškách.

■ Konsensus péče o nemocné s aspirovaným cizím tělesem ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Většina pacientů s aspirovaným cizím tělesem nebo s podezřením na aspiraci ošetřených na ORL klinice je převážně dětského věku. Příhoda s aspirací cizího tělesa se však nevyhýbá ani dospělým. Na základě mezioborové diskuse za účasti otorinolaryngologů, pneumologů, pediatrů, lékařů urgentního příjmu a KARIM vznikl konsensus péče o pacienty s aspirovaným cizím tělesem nebo podezřením na cizí těleso ve Fakultní nemocnici Hradec Králové.

Dítě, které je po aspirační příhodě s typickou anamnézou bez výrazných dechových obtíží přivezeno sanitou nebo rodiči, je přijato na dětské oddělení ORL kliniky. V případě, že je dušnost výrazná a vyžaduje urgentní řešení, je pacient ihned převezen na sál ORL kliniky, kde je provedena v celkové anestezii rigidní bronchoskopie s odstraněním cizího tělesa. Výkon je plně v kompetenci otorinolaryngologa. U pacientů bez dechových obtíží, ale s podezřením na aspiraci cizího tělesa necháme provést u lůžka nebo ambulantně

Cizí těleso	do 2 let	3–15 let	16 a více let	celkem
Burský ořech	25	4	1	30
Mrkev	13	4	0	17
Vlašský ořech	17	5	0	22
Jablko	6	4	2	12
Kost	5	1	1	7
Umělé předměty	8	5	2	15
Kovové předměty	5	1	2	8
Ostatní	6	3	4	13

Tab. 2: Druh aspirovaného cizího tělesa dle věku

na Dětské klinice pediatrické vyšetření včetně poslechového nálezu a v některých případech i RTG plic v závislosti na typu cizího tělesa, věku a stavu pacienta. Po vyšetřeních, včetně laboratorních, plánujeme ve spolupráci s anesteziologem endoskopické vyšetření pacienta v celkové anestezii na ORL sále. Předem kontaktujeme bronchoskopickou službu Plicní kliniky, která se dostaví do 30 minut (jedná se o příslužbu na telefonu) na stanovený čas na operační sál ORL kliniky. V celkové anestezii zavede otorinolaryngolog rigidní (ventilační) bronchoskop do dolních dýchacích cest a provede diagnostiku a ev. odstranění cizího tělesa. Následně do rigidního bronchoskopu plicní lékař bronchoskopické příslužby zavede flexibilní bronchoskop a prohlédne dolní dýchací cesty a případně odstraní drobné zbytky cizího tělesa v periferii dýchacích cest. Po nekomplikovaném odstranění cizího tělesa je dítě hospitalizováno na ORL klinice. V případě jakýchkoli komplikací souvisejících s výkonem nebo s celkovou anestezí je dítě přeloženo na JIP Dětské kliniky k zajištění pooperační péče (schéma 1).

U dospělých pacientů nad 18 let s aspirovaným cizím tělesem je péče plně v kompetenci pneumologů, kteří indikují komplementární vyšetření (RTG plic atd.) a následné provedení bronchoskopie dolních dýchacích cest flexibilním bronchoskopem. Výkon se provádí v lokální anestezii na sálech Emergency, ev. v lokální či celkové anestezii na Plicní klinice. Na otorinolaryngologa se pneumolog obrací pouze v případě, že flexibilním bronchoskopem nelze cizí těleso odstranit. Následně je nutné provedení rigidní bronchoskopie v celkové anestezii na ORL klinice (schéma 2).



Schéma 1: Postup při aspiraci cizího tělesa u dítěte

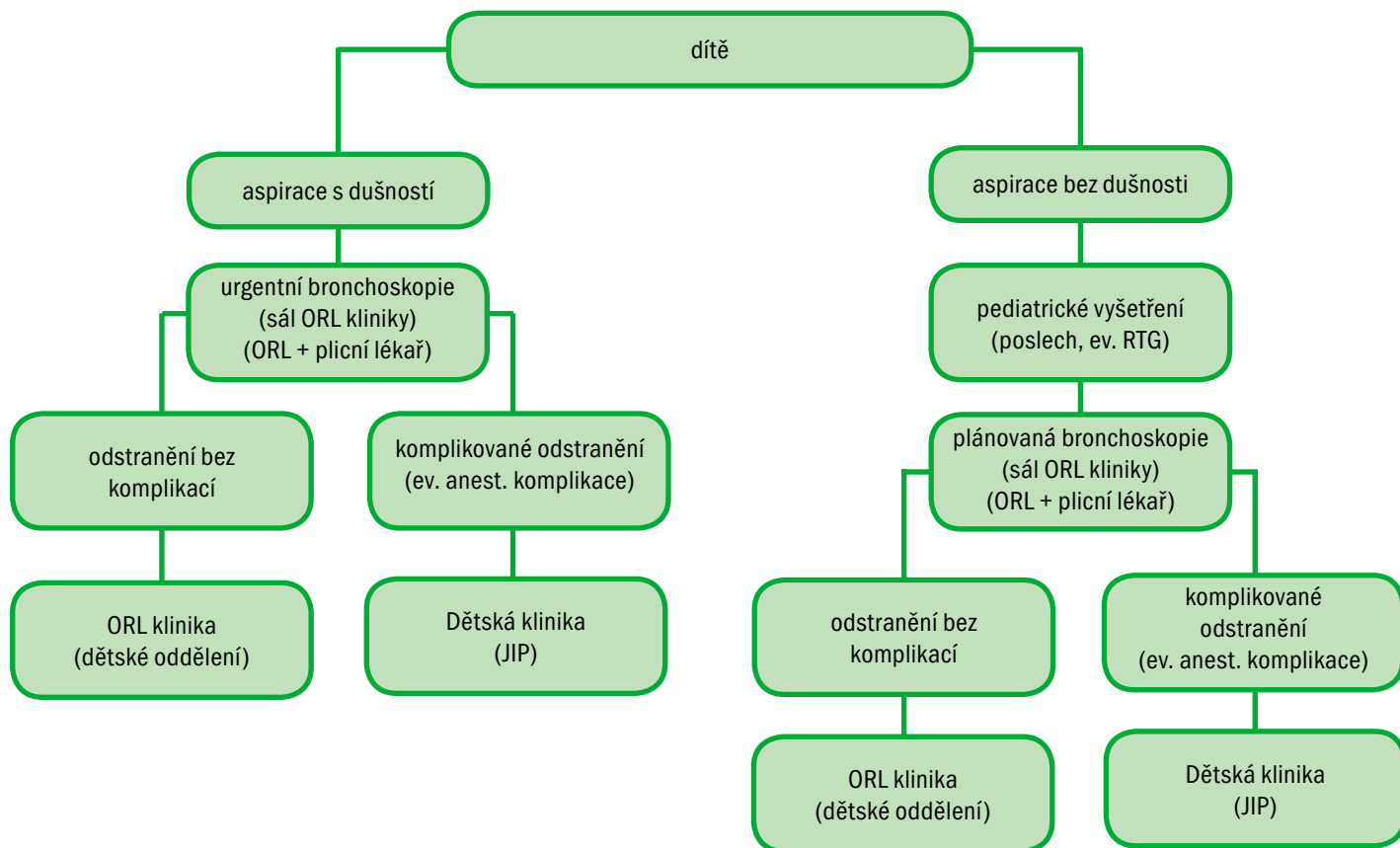
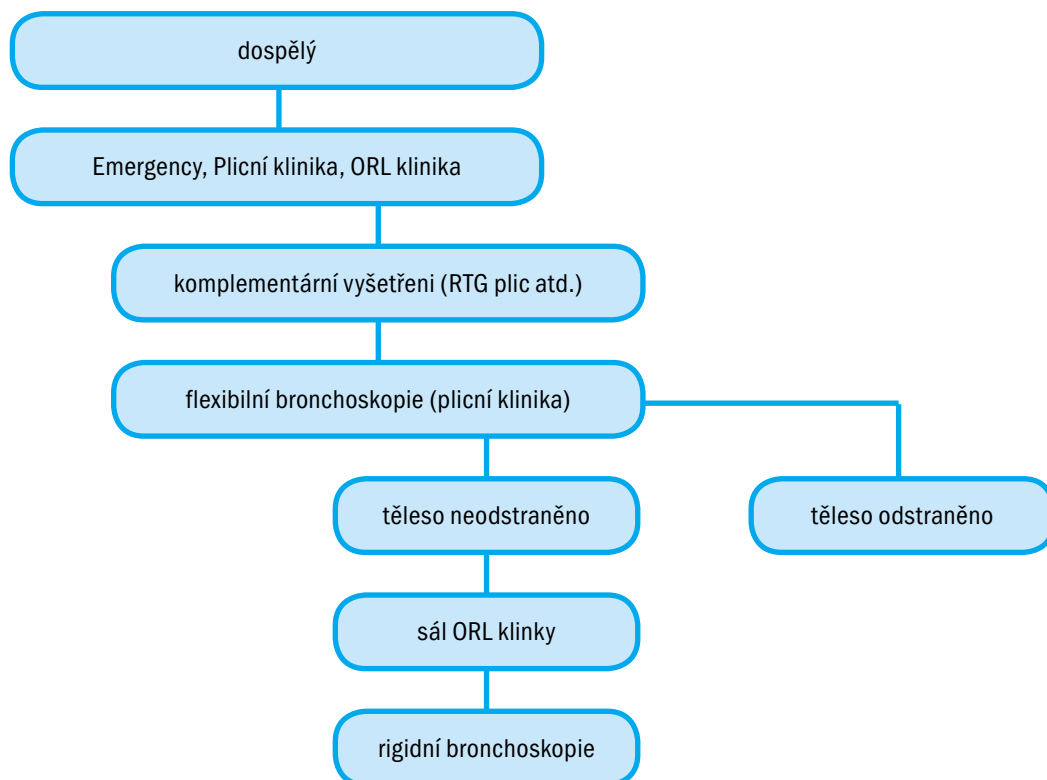


Schéma 2: Postup při aspiraci cizího tělesa u dospělého pacienta



**Diskuse**

Ke stanovení diagnózy aspirovaného cizího tělesa jsou důležité anamnéza, interní (pediatrické) vyšetření, ORL nález a ev. RTG vyšetření. Z anamnestických příznaků bezprostředně po příhodě dominuje kašel, dušnost, ev. stridor. RTG vyšetření plic se neprovádí u každého pacienta. V publikovaných souborech se podíl RTG vyšetření pohybuje mezi 50–70 %. Dále je možno využít hrudní multidetektorové dynamické CT (MDCT) ke zjištění přesného tvaru, umístění, objemu a formy cizího tělesa. Na základě 3D rekonstrukcí lze vytvořit vizuální obrázek dolních dýchacích cest neboli virtuální bronchoskopii, která slouží k operátérově představě o typu, lokalizaci a velikosti cizího tělesa. Výhodou je optimální zvolení instrumentária k odstranění. MDCT, prosté CT (resp. HRCT plic) ani MR se po akutní aspirační příhodě k diagnostice u nás běžně nepoužívají. Nevýhodou CT je vysoká cena, vysoká radiační zátěž a statický obraz. MR není vhodná při podezření na akutní cizí těleso, i když má vysokou rozlišovací schopnost a nevyužívá ionizačního záření, avšak kromě hyperpolarizované varianty MR (v ČR nedostupné) standardní MR neumožňuje řádné zobrazení plicního parenchymu.

Základní otázkou diskuse je, zda odstranit aspirované cizí těleso rigidní bronchoskopií v celkové anestezii, nebo za pomoci flexibilního bronchoskopu v lokální anestezii u dospělých, nebo v celkové anestezii, hlavně u malých dětí. Historicky byla od počátku používána k odstranění cizího tělesa rigidní bronchoskopie, která se postupně vyvíjela z hlediska instrumentária do dnešní podoby (t.č. využívá optický chapák a ventilační rigidní bronchoskop atd.). Výkony se prováděly v celkové anestezii prakticky výhradně na ORL pracovištích. S rozvojem flexibilní bronchoskopie na plicních pracovištích v posledních desetiletích se objevila možnost odstranění cizího tělesa pomocí flexibilního bronchoskopu. Možnost odstranit cizí těleso v lokální anestezii u dospělého a u dítěte v celkové anestezii přes intubační rourku flexibilní metodou mírně favorizovalo před propracovanější a delší dobu užívanou rigidní bronchoskopií. V řadě nemocnic v ČR (např. Ostrava) již plicní lékaři odstraňují veškerá cizí tělesa. Při studiu literatury

posledních let existují zastánci rigidní bronchoskopie, v které vidí bezpečnost a úspěch při odstranění cizího tělesa. Flexibilní bronchoskopie má spíše význam diagnostický při podezření na aspirované cizí těleso a k odstranění drobných malých těles. Existují však i práce, které stavějí obě metody prakticky rovnocenně v managementu odstranění cizího tělesa. Respektive některá cizí tělesa, která jsou diagnostikována flexibilním bronchoskopem, jsou odstraněna na stejném nebo i jiném pracovišti rigidním bronchoskopem v celkové anestezii.

Závěr

Při podezření na cizí těleso v dolních dýchacích cestách je nutné rychlé stanovení diagnózy a odstranění cizího tělesa. V případě ne zcela typické anamnézy a negativního vyšetření nelze vyloučit přítomnost cizího tělesa v dolních dýchacích cestách, v takovém případě je indikována diagnostická bronchoskopie dýchacích cest. Rigidní a flexibilní bronchoskopie by se měly vzájemně doplňovat v závislosti na věku pacienta, celkovém stavu, typu a velikosti cizího tělesa a erudici lékaře. Výhodou je multioborový přístup k nemocným (otorinolaryngolog, pneumolog, pediatr, radiolog a anesteziolog) umožňující zvolit optimální způsob léčby. Jedině tak se může minimalizovat riziko komplikací či selhání léčby.

Autoři

MUDr. Petr Kordač,
prof. MUDr. Viktor Chrobok, CSc., Ph.D.,
MUDr. David Kalfeřt,
Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové,
Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze;
MUDr. Vladimír Koblížek, Ph.D.,
Plicní klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové,
Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze

Náklady pojišťoven stouply

Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči stouply v letech 2007 až 2011 o pětinu až na loňských 220 miliard korun. Celkový nárůst činil 21,2 %.

Nejrychleji rostly náklady na ambulantní péči praktiků – o 50 %, na rehabilitaci o 47,4 % a na péči ambulantních specialistů včetně gynekologů o 36,8 %. Náklady na nemocniční péči stouply o 26,9 %, uvádějí statistici na webu.

Celkové náklady systému na zdravotní péči v roce 2011 dosáhly 219,891 miliardy, to je meziroční nárůst o 1,9 %. Úhrady zdravotního pojištění představovaly 78 % celkových výdajů zdravotnictví.

Zprávu o hospodaření zdravotních pojišťoven v roce 2011 projednala vláda. K informaci, že pojišťovny se loni poprvé dostaly do ztráty celkem přes pět miliard korun a letos čekají podobný vývoj, premiér RNDr. Petr Nečas řekl, že vláda se bude situací zabývat. Jednoznačně však podle něj platí, že vláda nenavýší příspěvek za státní pojištěnce.

Podle informací statistiků příjmy z plateb státního rozpočtu do systému veřejného zdravotního pojištění dosáhly loni 52,960 miliardy korun, což je zatím nejvyšší úhrada státu v historii veřejného zdravotního pojištění. Výše platby za jednoho pojištěnce se sice už několik let nemění, protože ale těchto pojištěnců přibývá, stoupá i celková suma.

V roce 2011 bylo zdravotně pojištěno 10 394 131 lidí, z nich 60,4 % u Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Náklady veřejného zdravotního pojištění na jednoho pojištěnce byly 21 155 korun, což je meziroční nárůst o 1,3 %. Ze základního fondu zdravotní péče vydaly zdravotní pojišťovny 219,146 miliardy korun, z ostatních fondů téměř 745 milionů. Ústavní péče dostala 113,033 miliardy korun, z toho nemocnice 103,956 miliardy, ambulance spotřebovaly 58 miliard korun. Za léky na recept vydaly zdravotní pojišťovny 34,134 miliardy, to je pokles oproti roku předchozímu o 0,3 %.

Za zdravotnické prostředky na poukaz daly pojišťovny loni 6,296 miliardy.

Zdroj: ČTK, 10. 10. 2012



Vyšetření plic a hrudníku u dětí počítačovou tomografií, současné indikace k vyšetření

MUDr. Martin Kynčl

Ordinář dětské části KZM FN v Motole

V posledních letech dochází ke zřetelnému omezení indikací pro vyšetření počítačovou tomografií (CT) plic a hrudníku u dětí. Důvodů je několik, hlavní však je trend obecného snižování radiačních dávek u dětí. I za předpokladů dodržování pokud možno nejmenších dávek radiace během vyšetření systémem ALARA – as low as reasonably achievable – a výběru specifických pediatrických protokolů, které zajišťují snížení celkové dávky, je výsledné ozáření stále relativně vysoké. Hardwarové možnosti snížení dávky radiačního záření již byly vyčerpány, dávky je možné snížit jen softwarově, a to až o 40 %! Snímky jsou i při takovém snížení celkové dávky diagnosticky dostačující. Velkou většinu indikací, které původně směřovaly k CT vyšetření, nyní nahrazuje magnetická rezonance (MR) nebo i prosté nativní snímky plic a hrudníku či ultrazvuk (UZ).

Hlavními současnými indikacemi k CT vyšetření hrudníku a plic u dětí jsou jednoznačně akutní traumata hrudníku a plic a podezření na ložiskové či intersticiální plicní onemocnění různé etiologie. U akutních traumat bývá CT vyšetření hrudníku součástí širších indikací zahrnujících často i potřebu vyloučení traumatického poškození nitrobršních orgánů, páteře a pánve u závažnějších rozsáhlejších traumat. CT vyšetření spolehlivě zjistí i drobnější pneumotorax, rozezná kontuze plic i atelektázy, specifický obraz pak mají aspirace nebo traumatické plicní krvácení. Detailněji než nativní snímek plic CT vyšetření ukáže tekutinu v pohrudniční dutině (fluidotorax) nebo tekutinu v perikardu (fluidoperikard). Spolehlivá je CT diagnostika traumatických změn žeber a skeletu hrudníku, stejně jako skeletu krční a hrudní páteře. Rozlišení měkkých tkání neurostruktur v páteřním kanálu, tedy míchy a jejích kořenů, je limitní, při trvání podezření je zde lépe doplnění magnetické rezonance. CT u akutních traumat se provádí s aplikací kontrastní jodové látky nitrožilně a je tak možné detekovat traumatické změny cév, například traumatickou disekci aorty. V dětském věku méně častá plicní embolie je při správném načasování podání kontrastní látky rovněž spolehlivě rozpoznatelná.

Další indikační skupinou k vyšetření plic u dětí jsou ložisková a intersticiální plicní onemocnění nejrozličnější etiologie. V případě onkologicky nemocných pacientů bývá často potřebná detekce metastáz v plicích, určení jejich velikosti, počtu a stranového rozložení ke zhodnocení generalizace onemocnění

a případnému zvážení chirurgické intervence. Rovněž ne zcela jasný nálezn na rentgenovém snímku u těchto pacientů vede po příslušné rozvaze často k nutnosti indikovat CT vyšetření. Problematické bývá mnohdy rozlišení mykotického onemocnění u imuno-kompromitovaných onkologických pacientů v léčbě proti případnému rozvoji či progresi metastatického onemocnění. V takových případech často rozhodnutí a správnou diagnózu přinese až opakované CT vyšetření. V moderní současné onkologické diagnostice se při zachytu onemocnění, například v případě nefroblastomu, spokojíme s nativním snímkem plic ve dvou projekcích pro detekci případných metastáz. Jen v případě nejasného nálezu na nativním snímku doplníme CT vyšetření plic k přesné verifikaci plicního procesu a metastáz. Obdobná diagnostická úvaha pak platí i v případě mykotických onemocnění, která přicházejí jako komplikace celkové onkologické léčby. K posouzení rozsahu onemocnění, vzniku rozpadových plicních dutin a pleurálního šíření bývá často CT vyšetření nezbytné a je nutným doplněním nativního rentgenového snímku. Často se nad takto provedeným CT vyšetřením rozhoduje na klinickém kolokviu o nezbytné chirurgické intervenci, plicní resekci, drenáži.

Problematické bývají mimo jiné stavy komplikovaných plicních zánětů, broncho-pnemonií, nereagujících na léčbu. Nativní rentgenový snímek může vyjádřit podezření na vznik komplikací typu rozpadových dutin v centru zánětu, CT vyšetření pak toto podezření v indikovaných případech může potvr-

dit anebo vyloučit, na základě takového CT vyšetření je možné naplánovat další, například chirurgickou léčbu či jinou intervenci. K posouzení vývoje plicního zánětlivého procesu většinou postačují opakované rentgenové snímky, případně cílené CT vyšetření jen na oblast zájmu. Takovýto postup citelně snižuje celkovou obdrženou dávku záření.

Pro verifikaci a sledování vývoje intersticiálních plicních onemocnění dětského věku má CT a modifikované CT s vysokým rozlišením (HRCT) nezastupitelnou úlohu. Podezření na intersticiální plicní onemocnění typu plicní fibrózy a různých autoimunitních onemocnění často vyjádří klinické vyšetření doprovázené nativním rentgenovým snímkem, definitivní pro potvrzení či vyloučení byt nespecifického plicního procesu je ale CT (HRCT). CT je rovněž nedílnou součástí diagnostického procesu a procesu sledování vývoje u cystických plicních fibróz.

CT vyšetření plic má také důležitou roli u vrozených onemocnění plic, jako jsou cystická adenomatoidní malformace plicní (CCAM) a plicní sekvestrace, kdy potvrzuje nebo vylučuje přítomnost té které afekce a rovněž bývá součástí diagnostických metod v rozhodnutí o chirurgické intervenci. Podezření na CCAM vznáší prenatální ultrazvukové vyšetření nebo prenatální magnetická rezonance, po porodu se u nekomplikovaných případů provádí nativní rentgenový snímek ve stanoveném odstupu od porodu a součástí diagnostického protokolu je i CT plic k ozřejmění rozsahu patologie a naplánování chirurgické intervence. Obdobně CT vyšetření plic s intravenózním podáním



Obr. 1: Bronchiektazie při cystické fibróze, CT, VRT 3M.



Obr. 2: Rozpadová dutina zánětlivého charakteru, CT, koronální MinIP rekonstrukce.

kontrastní látky detekuje a odhalí změny charakteru sekvestrace plicní například při opakovaných plicních zánětech stejné lokalizace či při potřebě odlišení sekvestrace a CCAM.

Role CT v indikovaných případech zjištěných tenzních plicních anomálií je velmi důležitá a přináší nezbytné informace o povaze stenózy bronchu, anomálním odstupu bronchu, cévní malformaci. Magnetická rezonance hrudníku ani nativní snímek plic v těchto případech nemá dostatečnou výtežnost a často k odhalení anomálie nepřinese potřebné informace.

CT a zvláště CT s postprocessingovou rekonstrukcí je součástí standardního protokolu zobrazení vrozených anomálií stěny hrudní, jako jsou pectus carinatum či excavatum, jeho využití ve specializovaných centrech přinese informace především v předoperačním plánování a rovněž ve zhodnocení pooperačního stavu.

Magnetická rezonance zcela nahradila CT vyšetření u patologických procesů stěny hrudní, jako jsou například sarkomy dětského věku. Rovněž u zánětlivých onemocnění skeletu hrudníku a především při diferenciální diagnostice těchto afekcí je MR již nepostradatelnou modalitou díky vysoké tkáňové rozlišovací schopnosti a absenci ionizujícího záření. CT je v takových případech možné uplatnit pouze cíleně v případě diferenciálnědiagnostických pochybností

a indikaci CT vyšetření musí vždy předcházet komplexní klinická rozvaha.

Jak je naznačeno výše, CT vyšetření hrudníku a plic u dětí je stále velmi platnou součástí diagnostického zobrazování. Nutné je však přesně dodržovat indikace, které jsou v moderní medicíně již velmi omezené. V těchto případech však přináší odpovídající a nedocenitelné informace, které ostatní metody zobrazení, ať už MR, nativní rentgenový snímek, ultrazvukové vyšetření nebo radionuklidové metody, jednoznačně neodhalí. Vždy je třeba mít na paměti, že součástí CT vyšetření je rovněž dávka radiačního záření, které zvláště v dětském věku může být značně škodlivé, a je bezpodmínečně nutné zvážit pro a proti plánovaného CT vyšetření a přísně se držet klinického přínosu metody. Vždy bychom měli zvážit, zda existuje metoda bez aplikace radiace, která by při zobrazení hrudníku a plic u dítěte mohla přinést obdobné nebo srovnatelné diagnostické informace. Velkou výhodou je přesunutí složitějších CT vyšetření plic a hrudníku dětí do komplexních dětských diagnostických center, která se danou problematikou široce zabývají, především proto, aby se předešlo zbytečnému opakování a zdvojení CT vyšetření. V blízké budoucnosti zůstanou pravděpodobně indikace k CT vyšetření u dětí obdobné, i když možnosti MR nebo UZ například při opakovaných kontrolách plicních zánětů a fokálních procesů jsou

nasnadě a povedou tedy k dalšímu ústupu CT diagnostiky některých plicních afekcí a patologií stěny hrudní.

Poděkování:

doc. MUDr. Miloslav Roček, CSc.,
přednosta Kliniky zobrazovacích metod
Fakultní nemocnice v Motole,
MUDr. Marcela Dvořáková,
vedoucí lékař dětského CT oddělení FN
v Motole,
pan Richard Brůna,
vedoucí laborant dětského CT oddělení FN
v Motole





Ultrazvukové vyšetření hrudníku u dětí

MUDr. Lenka Mrázková, doc. MUDr. Miloslav Roček, CSc.

Klinika zobrazovacích metod, 2. LF UK a FN v Motole

Do nedávné doby byly v povědomí lékařské veřejnosti známé a vhodné jako jediné zobrazovací metody k vyšetření patologií hrudníku klasický rentgen (RTG) a počítačová tomografie (CT). Historie klasického RTG spadá až do období předminulého století. CT je metodou téměř o 100 let mladší. Obě tyto metody poskytují specifické informace o jednotlivých hrudních orgánech, nicméně obě metody pracují na principu expozice radiačnímu záření a způsobují tedy relativně vysokou zátěž pro pacienta. Všeobecně je též známo, že tkáň dětského organismu mají mnohonásobně vyšší senzitivitu a tedy i vyšší predispozici k projevům pozdních následků, které jsou způsobeny právě předchozí expozicí radiačnímu záření. Nicméně v druhé polovině minulého století docházelo k vývoji i dalších zobrazovacích metod, ultrasonografie (UZ) a magnetické rezonance (MR). Ultrasonografie se původně vyvíjela převážně jako zobrazovací metoda pro břišní orgány, začala být využívána též v gynekologických oborech. Magnetická rezonance naopak přinesla významnou roli v zobrazování nervové soustavy. Zdálo se tak, že všechny orgánové soustavy mají rozděleny své zobrazovací metody.

■ Technika zobrazení

Ultrazvuková metoda byla postupně rozvíjena k hodnocení parenchymových orgánů, jako jsou játra, slezina, slinivka břišní, ledviny. Je všeobecně známo, že plyn bývá nepřítelem pro ultrazvukové zobrazení. Struktury, které se nacházejí dorzálně za plynem, nelze vizualizovat. To se zpočátku zdálo jako jasná překážka k využití ultrasonografie jako diagnostické metody u onemocnění hrudníku. V současné době je však situace zcela jiná. Rozvoj ultrazvukového zobrazování dokázal z těchto výše uvedených nedostatků vytvořit přednosti. Dnes jsme schopni rozeznávat pomocí ultrazvuku patologické jednotky jako pneumonie, bronchopneumonie, atelektázy, ale i nádorové procesy v rozsahu plic, pleury i hrudní stěny.

Všeobecně dostupné pro ultrazvuk jsou struktury hrudní stěny, skelet, viscerální i parietální pleura, plíce, srdce, mediastinum i bránice. V případě hrudní stěny a parietální pleury, vzhledem k tomu, že se jedná o struktury povrchové, lze v diagnostice využívat ultrazvukové sondy s vyšší frekvencí a tím tedy i s vyšším rozlišením (v praxi využíváme rozmezí frekvencí 10–18 MHz). Jsme takto schopni detailně rozeznávat jednotlivé vrstvy hrudní stěny. Parietální pleura se zobrazuje jako jemná hyperechogenní milimetrová vrstva a za normálních okolností lze pomocí ultrazvuku hodnotit její zhruba 70% periferní podíl. Pleura viscerální se za normálních okolností zobrazuje jako hladká hyperechogenní linie, která se vůči linii parietální pleury pohybuje v závislosti na dýchacích pohybech. Viditelná linie viscerální pleury nás zároveň informuje o tom, že sledovaná plíce je vzdušná a rozvinutá až do periferie. Takto jsme schopni v rozsahu celého hrudníku zjistit stav rozvinutí obou plic, což je využíváno např. při diagnostice pneumotoraxu.

Mediastinum bývá dobře zobrazitelné z jugulárního přístupu, dále i transmediastinálně a paramediastinálně. Mediastinum u novorozenců a batolat ještě není dostatečně osifikováno, proto jsme je schopni zobrazit skrze akustická okna jeho chrupavčitých, neosifikovaných částí.

Principem zobrazení patologií hrudníku jsou dále arteficiální (patologické) struktury,

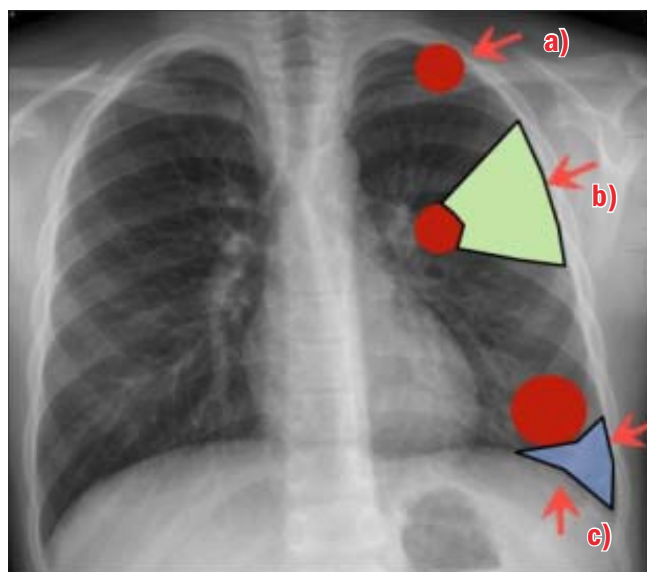
kteří nám vytvářejí též podobná akustická okna. Těmito akustickými okny jsou patologické konsolidace plicní tkáně, tekutina, patologické solidní či komplexní procesy pulmonálního či extrapulmonálního původu. Všeobecně jsou přístupné patologické léze výše uvedeného charakteru, které nasedají na pleuru, dále ty, které jsou v periférii následovány patologickou konsolidací tkáně, nebo ty, které jsou obklopeny tekutinou (obr. 1–2).

Výhodou ultrazvukové metody je dynamický záznam, který dokáže zhodnotit kromě struktury detekovaného patologického procesu také jeho pohyblivost, což napomáhá k určení jeho původu. Obdobně výraznou výpovědní hodnotu má hodnocení pohyblivosti bránice.

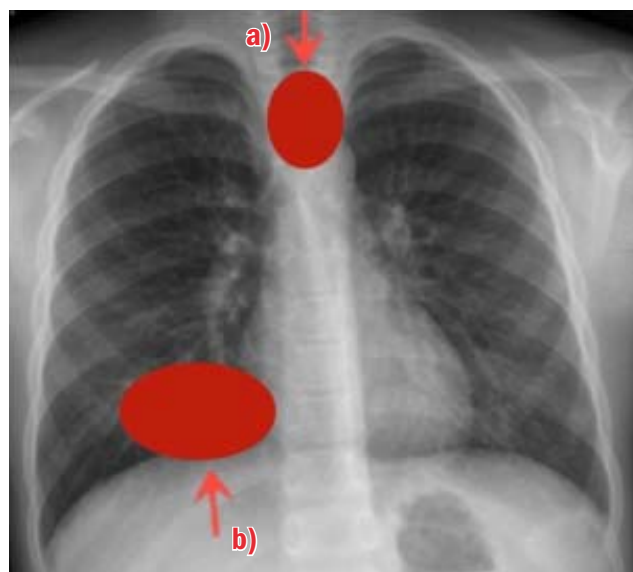
Limitace ultrazvukové metody v hodnocení patologií hrudníku jsou jasně odvoditelné z výše uvedených informací. Pomocí ultrazvuku nelze tedy dobře hodnotit patologické struktury plicního parenchymu, které jsou uloženy centrálně a jsou kryté periferně vzdušnou plicní tkání. Pokud vyšetřovací schéma iniciovalo RTG hrudníku, je ve všech případech volba další vyšetřovací modalita na zvážení radiologa, jež následuje po konzultaci s indikujícím lékařem vyšetření. Jen kvalitní spolupráce dokáže vytvořit takový vyšetřovací protokol, který dětského pacienta ušetří další zbytečně rizikové radiační zátěže.

■ Nejčastější patologie hrudníku u dětí – rozdělení dle věku

	novorozenci	kojenci	školní, předškolní děti, adolescenti
vrozené patologie	brániční hernie sekvestrace chylotorax tumory	brániční hernie sekvestrace lymfangiomy	vzácné
získané patologie	pneumopatie plicní edém RDS zánětlivé procesy	zánětlivé procesy (i v kongenitálně změněném terénu) tumory	zánětlivé procesy tumory trauma



Obr. 1: Schematické zobrazení patologií vhodných pro zobrazení ultrazvukem: a) periferní útvar nasedající na pleuru, b) centrální útvar obklopený konsolidací periferní plicní tkáně (např. atelektáza), c) periferní útvar obklopený tekutinou.



Obr. 2: Možnosti zobrazení mediastinálních a nadbráničních patologií ultrazvukem: a) mediastinální patologie – jugulární přístup, b) nadbrániční patologie – abdominální přístup.

Z hlediska běžné pediatrické praxe se lze podrobněji zmínit o hodnocení zánětlivých změn plicního parenchymu a pleury, dále o ultrazvukovém záchytu patologií mediastinu.

■ Zánětlivé onemocnění plic a pleury v ultrazvukovém obraze

V pediatrické každodenní praxi bývají klinické známky zánětlivého onemocnění plic často indikací k provedení RTG. Pozitivita RTG nálezů více či méně následně ovlivňuje volbu terapie. Dle RTG nálezů jsme schopni odlišit změny charakteru peribronchiální infiltrace, bronchopneumonie či pneumonie. Přídavné nálezy dále dovolují zhodnotit tak-

též ev. pleurální reakci či pleurální výpotek. V praxi provádíme standardně zadopřední snímek u stojících a sedících pacientů, u ležících předozadní. Standardně se již, vzhledem k radiační zátěži, neprovádějí u dětských pacientů boční snímky. Je nutné si uvědomit, že v případech RTG se vždy jedná o sumační zobrazení orgánů i případných patologických změn, což bývá často zdrojem dezinterpretací nálezů. V tomto případě je ultrazvuk jediná možná šetrná metoda, která dokáže přístupnou patologii charakterizovat kvalitativně i kvantitativně. V případě klasické, periferně uložené bronchopneumonie či pneumonie lze v ultrazvukovém obraze detekovat tzv. konsolidaci plicní tkáně. Takto postižená plicní tkáň bývá v B zobrazení ve-

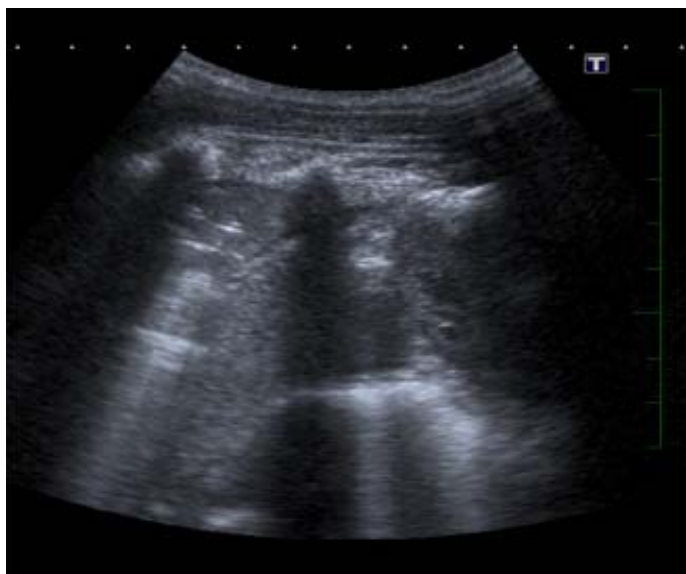
lice podobná tkáni jater. V dopplerovském zobrazení jsme schopni detekovat přítomnost větví pulmonálních arterií s paralelně probíhajícími bronchy, které jsou vyplněny buď plynem (air bronchogram), nebo tekutinou (fluid bronchogram). Všechny tyto složky mají svůj charakteristický obraz a jsou pro zánětlivé postižení plicního parenchymu typické (obr. 3–5).

Jednoduché je též zhodnocení přítomnosti či nepřítomnosti reaktivního nitrohruďního výpotku. V případě jeho přítomnosti je možná jeho přesná charakteristika – prostý anechogenní výpotek, hyperechogenní fibrinové nálety či echogenní komplexní výpotek, který je známkou komplikovaného postižení. Ultrazvukové hodnocení kvality i množství (měření ve vhodných rovinách zobrazení) výpotku je pro záchyt i sledování vývoje zánětlivého onemocnění plic a pleury optimálnější než RTG vyšetření, které je jednak zatíženo radiační expozicí a které dále dle poznatků běžné praxe nedokáže jednoznačně zobrazit nitrohruďní výpotky do množství až 100 ml. Hodnocení charakteru a množství výpotku však neslouží pouze ke sledování vývoje onemocnění, ale v případě nutnosti intervenčního řešení jsme schopni pomoci klinikovi informací o tom, zda je výpotek vhodný k prosté drenáži, či zda je již nutná operační revize.

Velkou úlohu v diferenciální diagnostice akutních bolestivých stavů podžebří hraje i ultrazvukové vyšetření podbráničních,

Obr. 3: RTG nález 4letého pacienta s fyzikálním a poslechoým nálezem vlevo bazálně – diferencovali jsme neostře ohraničené zastínění s obliterací zevního kostofrenického úhlu. Dle RTG lze zvažovat přítomnost bronchopneumonie s pleurální reakcí, ovšem přesně kvantifikovat podíl zánětlivých změn plicního parenchymu a tekutiny nelze.





Obr. 4: Na cíleném ultrazvukovém vyšetření jsme zobrazili v B módu konsolidaci laterobazálního segmentu dolního plicního laloku s hyper-echogenními odrazy charakteru air bronchogramu s minimálním podílem anechogenního pleurálního výpotku.



Obr. 5: V dopplerovském zobrazení detekujeme v konsolidované plicní tkáni pravidelné větvení příslušné větve a. pulmonalis.

bráničních a nadbráničních oblastí. To by mělo být rutinní součástí ultrazvukového vyšetření břicha, které bývá standardně v těchto případech indikováno. Při záchytu nitrohruční patologie je doplnění dalšího vyšetření (ultrazvuk hrudníku, RTG hrudníku) opět na zvážení radiologa. Takto lze detekovat nejen primární nitrohruční patologii v nadbrániční oblasti, ale i ev. interpretovat reaktivní nitrohruční změny, jejichž vývoj je možné sledovat též pomocí ultrazvuku.

■ Patologie mediastina v ultrazvukovém obraze

Nejčastější indikací k ultrazvukovému vyšetření mediastina bývají u dětí palpovatelné rezistence v oblasti jugula a nadklíčku, dále při předchozím provedeném RTG zjištělé

atypické rozšíření mediastina. RTG hrudníku bývají v těchto případech často prováděny z indikace dýchacích obtíží nebo při klinických známkách zánětlivého onemocnění plic. Velice častou příčinou rozšíření mediastina v batolecím věku bývá hyperplazie tymu. Není nutno při pozitivním rtg nálezů ihned indikovat CT nebo MR vyšetření, ale lze provést jednoduše ultrasonografické vyšetření mediastina bez nutnosti podstoupení celkové anestezie. Hyperplastický tymus má v ultrasonografickém obraze svůj charakteristický obraz, je hladce ohraničený, je izoechogenní, má lehce zrnitou echostrukturu (obr. 6–7).

Kromě tymu lze hodnotit v oblasti mediastina i ostatní struktury, jako jsou velké cévy, a to včetně jejich průchodnosti. Ultrazvukové vyšetření mediastina lze provést prakticky bez

jakéhokoliv omezení a pomáhá nám takto redukovat často pro rodiče velice stresující situace, které vyvolávají obtížnější interpretovatelné nálezy na RTG snímku.

■ Závěr

Diagnostika onemocnění hrudníku je poměrně komplexní záležitostí. Ultrasonografie získává v tomto procesu stále významnější postavení, obzvláště u dětských pacientů. Důkladná znalost této modality umožňuje využívat jak její přednosti, tak i její relativní nedostatky. Neinvazivita, bezpečnost a v neposledním případě i její cena jsou všeobecně významnými benefity pro moderní diagnostické zobrazování.

Obr. 6: RTG hrudníku 4měsíčního pacienta s nálezem rozšíření horního mediastina.



Obr. 7: UZ mediastina v jugulární oblasti zobrazující hyperplastický tymus.





Dědičné metabolické poruchy, jak je rozpoznat a diagnostikovat?

Prof. MUDr. Viktor Kožich, CSc.

Ústav dědičných metabolických poruch 1. LF UK a VFN

■ Vzácné nemoci a DMP

Vzácné nemoci (VN) jsou velkou skupinou nemocí definovaných frekvencí nižší než 1:2000 osob v dané populaci. V současnosti se odhaduje počet nozologických jednotek v kategorii vzácných nemocí kolem 7000–8000. Dědičné metabolické poruchy (DMP) jsou heterogenní skupinou přibližně 800–900 nemocí a představují tak přibližně desetinu všech známých VN. Charakteristickým rysem DMP je přítomnost biochemických či enzymatických odchylek zjistitelných pouze speciálním vyšetřením.

■ Výskyt

Přesné údaje o výskytu jednotlivých DMP lze zjistit pouze celopopulačním novorozeneckým screeningem. V ČR se v současnosti screenuje z několika stovek DMP 10 vybraných nemocí, které mají souhrnný výskyt přibližně 1:4000. Novorozenecký screening diagnostikuje pouze část pacientů, podstatně vyšší počet nemocných se však zachytí až po objevení klinických příznaků. Velmi konzervativní odhady ze zahraničí hovoří o kumulativní incidenci všech známých DMP nejméně 1:500; lze předpokládat, že každý praktický lékař pro dítě a dorost má ve svém obvodu několik pacientů s DMP.

■ Dědičnost DMP

Dědičné metabolické poruchy jsou onemocnění způsobovaná patogenními mutacemi, které jsou přítomné v DNA zárodečných i somatických buněk pacienta. Dědičnost DMP je typicky autozomálně recesivní, ale může být vázaná též na chromozom X nebo se přenáší v maternální linii mutovanou mitochondriální DNA. Pro klinickou manifestaci DMP u pacienta s autozomálně recesivním typem dědičnosti je nutná přítomnost patogenních mutací na obou rodičovských alelách příslušného genu; heterozygoti jsou u tohoto typu dědičnosti klinicky nepostiženi. V rodinách s gonozomálně recesivním

typem dědičnosti jsou nemocí postiženi hemizygotní chlapci a muži, u heterozygotních dívek a žen je klinická manifestace možná v případě vyšší míry inaktivace zdravého (nepostiženého) chromozomu X.

■ Patogeneze DMP

Většina DMP je způsobena geneticky podmíněným deficitem aktivity enzymů, u některých nemocí je postižena funkce transportérů na membránách, různých pomocných proteinů a dalších genových produktů. Typickým patogenetickým mechanismem u DMP je buď hromadění substrátů enzymové reakce nad blokem, nebo chybění produktů pod blokem, případně kombinace obou těchto mechanismů. U některých nemocí je převládajícím mechanismem hromadění látek (např. hyperamonemické kóma u pacientů s poruchami cyklu močovininy nebo multiorbánové střádání mukopolysacharidů u pacientů s mukopolysacharidózami), zatímco u jiných nemocí vznikají příznaky v důsledku chybějícího produktu (např. hypoglykemické kóma u pacientů s poruchami v beta-oxidaci mastných kyselin nebo encefalomyopatie u pacientů s poruchami respiračního řetězce a sníženou tvorbou ATP).

■ Klinické projevy nemocí malých a komplexních molekul

Dalším faktorem, který ovlivňuje průběh a klinickou manifestaci DMP, je charakter abnormálně metabolizovaných látek – tj. malých molekul nebo komplexních molekul.

Nemoci malých molekul

Nemoci malých molekul jsou typicky způsobeny poruchami metabolismu látek přiváděných exogenně stravou (např. aminokyseliny z bílkovin, sacharidy nebo mastné kyseliny). Často se manifestují akutně již v novorozeneckém období, ale mohou se projevit i později opakovanými atakami metabolického rozvratu.

U hromadění vysoce toxických malých molekul se vyskytují změny chování s rychle progredující poruchou vědomí, prodromy trvají obvykle hodiny až dny. Často lze nalézt vyvolávající moment (zvýšený přívod bílkovin ve výživě nebo ještě častěji zvýšená nabídka aminokyselin při katabolickém stavu vyvolaném horečnatým infektem). DMP s akutními projevy mohou připomínat sepsi, intoxikaci, acetonemické zvracení či meningoencefalitis. Řada DMP malých molekul může probíhat i subakutně až chronicky, zejména pokud je hromaděná látka jen málo toxická; nemocí mohou být postiženy i jiné orgány než pouze CNS.

Mezi nemoci malých molekul patří také poruchy v tvorbě energetických substrátů (např. uvolňování glukózy z glykogenu u jaterních forem glykogenóz či nedostatečná tvorba ketolátů u poruch beta-oxidace mastných kyselin) s rozvojem klinických projevů hypoglykémie po delším hladovění. Klinicky obzvláště nebezpečné jsou situace při zvýšených energetických nárocích organismu, zejména při horečce nebo při zvýšené svalové námaze. Dalším příkladem nemocí ze snížené produkce malé molekuly jsou mitochondriální encefalomyopatie s nedostatečnou produkcí ATP v systému dýchacího řetězce, které se projevují velkou variabilitou klinických příznaků, a to i uvnitř jedné rodiny.

U pacientů s nemocemi malých molekul se většinou nevyskytuje kraniofaciální dysmorfie či jiné strukturální abnormality skeletu, na úrovni ostatních tkání a orgánů se onemocnění projevuje spíše funkčními odchylkami.

Nemoci komplexních molekul

Nemoci komplexních molekul jsou způsobeny abnormálním metabolismem v těle syntetizovaných makromolekul, mezi které patří glykosaminoglykany (mukopolysacharidy), glykoproteiny, složité glykolipidy a další makromolekuly. Tyto nemoci se často projevují abnormalitami buněčných membrán a organel, zejména lysozomů a peroxisomů.



Pacienti s nemocemi komplexních molekul mívají poměrně často strukturální postižení orgánů s kraniofaciální dysmorfii, organomegalii nebo postižení CNS, velmi běžné je multisystémové postižení. Nemoci komplexních molekul typicky probíhají progresivně bez závislosti na exogenních podnětech a nebývají ovlivněny katabolismem či horečnatými stavy.

Při postupném hromadění neodbouraných komplexních molekul je průběh nemoci chronický a choroba se klinicky projeví až po různě dlouhém bezpříznakovém období v trvání měsíců až desítek let. Diferenciálně-diagnosticky může tento typ DMP v některých případech připomínat hematologická onemocnění či jiná nádorová onemocnění, naopak jiní pacienti mohou být sledováni pro neurodegenerativní onemocnění nejasné etiologie.

U nemocí komplexních molekul, kde je naopak narušena tvorba těchto látek a buněčných membrán, se postižení může projevovat již při narození jako vrozené vývojové vady a může imitovat i chromozomální aberace.

■ Jak rozpoznat pacienta s DMP?

Pro celou skupinu osmi stovek DMP neexistují typické příznaky, jednoduchá kritéria ani univerzální laboratorní testy. První klinické příznaky DMP se mohou projevit v jakémkoliv věku až do dospělosti, tyto nemoci mohou postihnout jakýkoliv orgán a jejich různé kombinace a průběh DMP může být od per akutního přes intermitentní až po chronický. Vyslovit podezření na DMP proto bývá často obtížné, v řadě případů se na DMP myslí až po vyloučení jiných nemocí. Níže jsou uvedeny některé okolnosti, které mohou zvýšit podezření klinika na možnost DMP:

- Genetická komponenta – rodinný výskyt nemoci s dědičností autozomálně recesivní, vázanou na X nebo mitochondriální;
- Souvislost příznaků s výživou – s přívozem bílkovin, fruktózy či galaktózy nebo intolerancí hladovění;
- Souvislost příznaků s horečnatým infektem a zvýšeným katabolismem bílkovin;
- Multisystémovost příznaků s postižením řady orgánů;
- Indicie pro hromadění neobvyklého metabolitu (abnormální zápach moči a potu, abnormální zbarvení moči, nerozpustnost látky v moči – krystalurie či urolitiáza, vy-

brané odchylky při běžném laboratorním vyšetření).

■ Některé klinické situace s vyšším rizikem DMP

U některých klinických situací je riziko možnosti DMP vyšší a u pacientů je třeba v diferenciálně-diagnostické rozvaze pomýšlet na tuto skupinu nemocí.

Nemoci malých molekul

Na hromadění malých molekul je třeba myslet u akutně nemocného novorozence (např. poruchy cyklu močovinového a organické acidurie) nebo při opakovaných déletrvajících poruchách vědomí až bezvědomí při zvýšeném přívodu bílkovin či katabolickém stavu nebo při hladovění (např. poruchy cyklu močovinového, organické acidurie). Na sníženou tvorbu malých energetických molekul by se mělo pomýšlet u intolerance hladovění s hypoglykemií (např. poruchy beta-oxidace mastných kyselin a jaterní glykogenózy), intolerance svalové námahy se svalovými křečemi, ev. myoglobinurií (např. některé poruchy beta-oxidace mastných kyselin a svalové glykogenózy) či multisystémového orgánového postižení s hypotonií a dysfunkcí dalších orgánů, zejména CNS, ledvin a jater (např. mitochondriální onemocnění energetického metabolismu).

Nemoci komplexních molekul

Na hromadění komplexních molekul by se mělo myslet u těchto situací: progredující postižení CNS s předcházejícím klinicky němým bezpříznakovým obdobím (např. lysozomální onemocnění typu lipidózy, kraniofaciální dysmorfie (např. gargoylismus u lysozomálních onemocnění typu mukopolysacharidózy), organomegalie: hepatomegalie, splenomegalie, hypertrofická kardiomyopatie (např. lysozomální nemoci a glykogenózy). Na sníženou tvorbu komplexních molekul je třeba myslet u mnohočetných vrozených vývojových vad a u kraniofaciální dysmorfie (např. peroxizomální nemoci a CDG syndromy).

Laboratorní odchylky při běžných vyšetřeních

Kromě základních klinických situací a anamnestických údajů o pacientovi mohou k podezření na DMP malých molekul vést i abnormální výsledky některých běžně dostupných biochemických vyšetření (viz níže). Níže uvedené odchylky se mohou vyskytovat

u řady jiných nemocí a nejsou specifické pouze pro DMP. U nemocí komplexních molekul se obvykle laboratorní odchylky při běžných vyšetřeních nenalézají a klinik může očekávat spíše změny při fyzikálním vyšetření či při vyšetřeních zobrazovacích.

Indicie DMP při vyšetření moči: abnormální zápach může svědčit pro přítomnost malých těkavých molekul; abnormální zbarvení moči nebo plenu: krystalurie; pH moči: zvýšené pH v nepřítomnosti močové infekce; ketolátky: zvýšené vylučování ketolátek při současně metabolické acidóze, absence ketonurie/mírná ketonurie při těžší hypoglykémii; kys. močová: zvýšené vylučování; myoglobin: ponámahová myoglobinurie u poruch beta-oxidace mastných kyselin.

Indicie DMP při vyšetření krve: glykémie: hypoglykémie na lačno nebo při katabolickém stavu, hypoglykémie po požití fruktózy/sacharózy/sorbitolu; amoniak: hyperamonémie; Astrup: metabolická acidóza, respirační alkalóza (hyperventilace při hyperamonémii u poruch cyklu močovinového); aminotransferázy/bilirubin: hepatopatie je nespecifická známka postižení jaterního parenchymu u řady DMP typu nemocí malých molekul; kreatinin: snížená koncentrace se může vyskytovat u poruch biosyntézy kreatinu; cholesterol: snížená koncentrace se může nacházet u Smith-Lemli-Opitzova syndromu, zvýšené koncentrace se nacházejí u řady DMP; triacylglyceroly: pseudotriacylglycerolémie svědčí pro deficit glycerolkinázy, zvýšené koncentrace triacylglycerolů se vyskytují sekundárně u řady DMP; kys. močová: snížená i zvýšená koncentrace; kreatinkináza a myoglobin: zvýšená u glykogenóz, poruch beta-oxidace a mitochondriálních nemocí; alkalická fosfatáza: snížení při hypofosfatázii; laktát: při dodržení podmínek preanalytické fáze a při absenci hypoxie je zvýšená koncentrace laktátu známkou mitochondriálních onemocnění a některých glykogenóz; homocystein: výrazná hyperhomocysteinémie u remetylačních a transsulfuračních forem homocystinurie; krevní obraz: makrocytární anémie (poruchy metabolismu homocysteinu, kys. listové a kobalaminu, orotová acidurie), trombocytopenie (Gaucherova nemoc); hemokoagulace: prodloužený APTT a snížený antitrombin III (poruchy glykosylace – CDG syndromy), těžká hypoprodukční koagulopatie (některé DMP postižující játra).

BEBA Sensitive



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



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

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

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

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



Hlavním hygienikem je V. Valenta

Vláda jmenovala 10. října nového hlavního hygienika ČR, stal se jím k 16. říjnu dosavadní šéf Krajské hygienické stanice v Liberci MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D. Novinářům to sdělil premiér RNDr. Petr Nečas.

Odvolaný MUDr. Michael Vít funkci nevykonával od jara, kdy kvůli policejnímu vyšetřování odešel na dlouhodobou neplacenou dovolenou. V pondělí Vít ministr zdravotnictví doc. MUDr. L. Heger, CSc., odvolal z funkce svého náměstka, výměna na pozici hlavního hygienika ČR podléhá rozhodnutí vlády. Dlouholetého hlavního hygienika Víta policie v březnu obvinila pro podezření ze zneužití pravomocí a porušení povinností při správě cizího majetku manipulováním zakázek na poradenství. Ve druhé polovině září požádala policie žalobce o prodloužení vyšetřování. Pokud se Vítova vina prokáže, hrozí mu až desetileté vězení. Funkci vykonával od 10. 3. 2000. Konec kariéry pro něj znamenalo obvinění, že prý dal zakázku manželovi své podřízené z ministerstva zdravotnictví, bývalému poslanci Otakaru Vychodilovi. Policie začala hygienika prověřovat loni v září, zatím vyčíslila škodu na dva milióny korun. Absenci hlavního hygienika kritizovala opozice během září, kdy MZ koordinovalo opatření proti šíření otrav metanolem. Odbornou práci odcházejícího hygienika L. Heger už v pondělí ocenil a vyjádřil mu za ni dík. „Po 13 letech je ovšem třeba chápání veřejného zdraví posunout o něco dopředu, přičemž doktor Valenta je podle mne tím správným kandidátem. Je plně erudovaný, odborník v oboru a slušný člověk,“ uvedl ministr. Na Valentovi si cení i toho, že je racionální úředník, který bude hygienická pravidla vymáhat tam, kde hrozí opravdové nebezpečí pro občany a jejich majetek. „Svůj praktický přístup a akceschopnost prokázal při zvládnutí ničivých záplav, které postihly Liberecko,“ uvedl ministr. Třiapadesátiletý Valenta řídí krajskou hygienu v Libereckém kraji 11 let. Před tím byl deset let okresním hygienikem a ředitelem okresní hygienické stanice v Liberci. Promoval v roce 1983 na lékařské fakultě hygienické, dnes třetí lékařské fakultě Univerzity Karlovy. V současnosti je členem její vědecké rady. Vyučuje na několika dalších školách.

Zdroj: ČTK, 11. 10. 2012

Speciální vyšetření pro diagnostiku DMP

Novorozenecký screening zachytí jen malou část pacientů s DMP. Většina pacientů se všude na světě diagnostikuje až po objevení příznaků v systému tzv. selektivního screeningu; k diagnóze se obvykle dojde postupně v několika etapách specializovanými vyšetřeními metabolitů v krvi a moči, enzymových aktivit v buňkách krve či v kultivovaných fibroblastech nebo vyšetřením mutací v příslušných genech.

Po vyslovení suspekce na DMP na základě klinických příznaků se vlastní laboratorní vyšetření provádí specializovanými metodami, které jsou obvykle nedostupné v rutinních laboratořích. Podrobnosti o pre-analytické fázi poskytují příslušné vyšetřující laboratoře, některé obecné zásady pro selektivní screening jsou uvedeny níže (převzato z publikace Kožich a Zeman, 2010).

Příprava pacienta

- u chronicky probíhajícího onemocnění nebývá potřebná speciální příprava, v případě dostupnosti je vhodná ranní moč nebo alikvoty ze dvou 12hodinových sběrů (koncentrace analytů v moči mohou kolísat), krev je vhodné odbírat nalačno
- u akutních onemocnění s intermitentním průběhem je naprosto zásadní provést odběr materiálu nejen v mezidobí, ale také v době ataky obtíží (v mezidobí mezi atakami nemusí být onemocnění vyšetřením metabolitů prokazatelné)
- u kriticky nemocných pacientů je důležité provést odběr krve před transfuzí, odběr vzorku na vyšetření DMP se nesmí provádět ze žilního katetru používaného pro infuzní léčbu

Odběr materiálu na vyšetření metabolitů

- pro kompletní vyšetření většiny metabolitů postačuje vzorek 1–2 ml séra nebo EDTA plazmy, papírek se 2–3 suchými krevními skvrnami (na odběrovém papírku pro novorozenecký screening) a 10–15 ml moči (nejlépe ranní moč nebo alikvot z dobře promíchaného 12hodinového sběru)
- pro některá krevní vyšetření je potřebný speciální postup, který upřesní vyšetřující laboratoř (např. pro laktát, ketolátky a homocystein)

Skladování a transport materiálu

- suché krevní kapky lze zasílat při pokojové teplotě poštou
- moč a sérum lze zamrazit při -18°C po dobu maximálně měsíce
- moč a sérum lze při době transportu do cca 2 hodin převážet do specializované laboratoře při pokojové teplotě, při delší době transportu je nutné vzorky chladit nebo je transportovat ve zmrazeném stavu

Specifikace vyšetření DMP

- u akutně nemocných novorozenců nebo pacientů se suspektním metabolickým kómatem patří statimové vyšetření omezeného spektra DMP především z okruhu aminoacidopatií (vč. poruch cyklu močovin), organických acidurií, poruch beta-oxidace mastných kyselin k vyšetřením základním a pro diferenciální diagnostiku jsou důležité údaje o glykémii, acidobazické rovnováze a koncentraci amoniaku v krvi
- u chronicky probíhajících nemocí bývá vyšetření DMP prováděno cíleně v pozdějších fázích diagnostického procesu, a to až po zhodnocení anamnézy, klinických a pomocných vyšetření
- lékař, který není specializovaný v problematice DMP, má obvykle možnost požádat vyšetřující laboratoř o diferenciálně-diagnostickou rozvahu a výběr vhodných laboratorních vyšetření; podmínkou pro efektivní dif. dg. rozvahu je dodání podrobné klinické zprávy s uvedením výsledků relevantních pomocných vyšetření

Specializované vyšetření enzymů a analýza mutací

- specializovaná vyšetření aktivity enzymů ve tkáních včetně periferní krve se obvykle provádějí po dohodě s provádějící laboratoří
- analýza mutací se rovněž provádí po předchozí dohodě s vyšetřující laboratoří

Poděkování

Článek vznikl s podporou projektu RVO-VFN64165/2012 VFN v Praze.



Ze světa odborné literatury...

■ Tupé trauma hlavy

Často se popisuje jako baby syndrom s třesem. V mnoha případech se ale jedná o následek traumatu. Americká akademie používá název Hrubé trauma hlavy. Incidence je 14–40 případů na 100 000 obyvatel ve věku pod jeden rok věku. U 15–23 % se jedná o interval hodin nebo dní po incidentu. Studie přeživších dětí ukazují, že přibližně 1/3 dětí je učiněna nezpůsobilými až invalidními, další třetina má problémy malé a poslední třetina žádná. Je třeba jako obvykle upozornit, že u části se problémy CNS projevují až po volném intervalu a tyto děti pak mají IQ pod 10. percentil. Často je nalézán subduralní hematom. Varovným příznakem jsou apnoické pauzy po traumatu. Již Fanconi uváděl, že jen 36 % těchto přeživších dětí má dobrou prognózu. Již tehdy popisoval redukci kognitivních funkcí, motorickou disharmonii. Vyžadovaly různý stupeň rehabilitace.

Eur. J. Pediatr. 2012;171:415–423

■ Asociace mezi epilepsií a diabetes mellitus typu 1 u dětí a adolescentů. Je zvýšené riziko diabetické ketoacidózy?

Smyslem bylo určit prevalenci epilepsie a možného rizikového faktoru u dětí a adolescentů s diabetes mellitus. Tato práce zahrnuje data od 48 000 pacientů s DM, průměrného věku 13 let a doby trvání DM 5,4 roku. Diagnóza byla porovnávána s epilepsií nebo epileptickými paroxysmy a antiepileptickou medikací. Bylo identifikováno 705 pacientů s epilepsií, což odpovídá prevalenci 15,5/1000. Celkem 375 pacientů bylo léčeno antiepileptiky a 330 bylo bez antiepileptické léčby. Pacienti, kteří měli současně epilepsii, byli mladší než pacienti bez epilepsie. Nebyly pozorovány žádné difference při metabolických kontrolách, včetně inzulínové léčby, dávky a autoprotilátek. Frekvence těžkých hypoglykemií byla menší u pacientů s antiepileptickou medikací. Rizika pro diabetickou ketoacidózu ale byla dvojnásobná u pacientů s epilepsií než u pacientů bez EP.

The Journal of Pediatrics
2012;160(4):662–666

■ Primární péče může pomoci prevenci kardiovaskulárních onemocnění u dětí

Studie u dětí, adolescentů a mladých jedinců prezentují časně aterosklerotické, fibrózní nebo tukové pláty, které jsou v relaci se zvýšenými hladinami LDL (líného cholesterolu – pozn. překl.), celkového cholesterolu a nízkými hladinami HDL (hodného cholesterolu). Rozsah aterosklerotických plátů v aortě, koronárních cévách koreluje s lipidy, obezitou, kouřením a hypertenzí již v tomto věku. V dalších studiích jsou abnormální hladiny lipidů spojeny s endoteliální dysfunkcí, se ztlustěním intimy a medie v brachiální arterii. To je považováno za prekursor pokračující aterosklerózy. Ve studii sledovali 3000 dětí ve věku od 5 do 14 let, které byly nadále sledovány. V jiné studii sledovali 4000 dětí ve věku 8–18 let a dále pak mezi 20. a 30. rokem. Do popředí se dostávají rizikové faktory diabetu a hypertenze. Proto závěrem doporučují provádět screening všech dětí na kardiovaskulární rizikové faktory před 11. rokem věku.

The Journal of Pediatrics
2012;160(4):539–540

■ Rozšíření edukace potravinové alergie

Ve světě vidíme dramatické zvýšení prevalence IgE zprostředkované potravinové alergie. Potravinová alergie je nyní diagnostikována u jednoho z 20 dětí. Přesto se autoři nepokoušejí více zdůraznit stoupající frekvenci potravinové alergie. Vývoj potravinové alergie a astmatu jde synchronně. S tím souvisí i vybavování jedinců autoinjektory.

The Journal of Pediatrics
2012;160(4):540–541

■ Které neuroprotektivní lékové skupiny jsou připraveny pro novorozenecko-kojenecký věk

Neonatální encefalopatie je zapříčiněna perinatální hypoxií a ischemií u termínových novorozenců. Připadá na 1–3 z 1000 porodů a vede k vysoké morbiditě a mortalitě. Terapeutická hypotermie je signifikantním

pokrokem, její efekt se projevuje asi u 11 % jedinců. Stále ale nejsou vyjasněny další léčebné možnosti, především lékové. Jsou vedeny snahou prenatálně i postnatálně ovlivnit narušenou mozkovou kůru po fetálním nebo vlastním porodním distresu. Optimální neuroprotektace zahrnuje monitoraci intrapartální asfyxie. Mezi to patří BH 4 jako důležitý kofaktor pro mnoho enzymů, jako hydroxylázy, tyrozin a tryptofan. Dále pak melatonin, který funguje jako antioxidant a má antiapoptotický efekt. Může být podáván intravenózně. Oxid dusný je zase důležitý pro přežívání neuronů. Xenon je bezpečné anestetikum a neuroprotektant. Allopurinol jako inhibitor xantin peroxidázy prochází placentou. Vitamin C, E používaný v antenatální terapii i postnatální léčbě. N. acetylcystein je prekursorem glutationu a může být použit jako antioxidant. Erythropoetin se zvyšuje v odpovědi na hypoxii. Epo-mimetické peptidy mají tkáňovou protektivní funkci. Po zkušenostech jistě doby mohou být tyto lékové formy uváděny do praxe.

The Journal of Pediatrics
2012;160(4):544–552

■ Baroreflexní senzitivita je asociována s dýchacími problémy adolescentů ve spánku

Autoři vyšetřili relace mezi typem dýchání ve spánku a senzitivitou baroreceptorů u adolescentů. Zhodnotili spánkový typ dýchání u 106 adolescentů ve věku 11–14 let. Byl zakalkulován body mass index, krevní tlak a interval R–R na EKG. Adolescenti s většími spánkovými problémy mají nižší baroreflexní senzitivitu. Vyšší body mass index vede k většímu riziku dechových problémů, vyjádřených ve skóre baroreflexní senzitivity.

The Journal of Pediatrics
2012;160(4):610–614

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



Aktuality...

Jaké přístroje si nemocnice koupí a za kolik, rozhodne nový úřad

Ministr zdravotnictví Leoš Heger chce vytvořit nový úřad, který bude hlídat, do čeho budou nemocnice investovat a co je už příliš drahé. Novinka se bude týkat zdravotnických technologií, které budou oproti těm stávajícím o více než sto tisíc korun na pacienta dražší.

Ostravská nemocnice si pořídila magnetickou rezonanci za 21 miliónů korun, zatímco kladenská koupila tentýž přístroj za 42 miliónů. I to je jedním z důvodů, proč chce ministr Heger investice do nových zdravotnických technologií hlídat. Nově by mělo platit, že pokud budou lékařské přístroje, nové léčebné postupy či léky (s výjimkou těch na vzácné choroby) oproti stávajícím o více než sto tisíc korun na pacienta dražší, budou muset povinně projít takzvaným procesem HTA. Tedy zhodnocením, zda se v Česku vůbec vyplatí do novinky investovat. To samé bude platit i v případech, že bude hrozit, že se léčba prodraží zdravotním pojišťovnám o více než dvacet miliónů na rok.

„Zatím se u nás jen subjektivně a neřízeně rozhoduje o tom, co za technologie či léčebné postupy zavedeme a budeme platit,“ říká Oldřich Šubrt, předseda správní rady Academy of health care management, který je autorem pravidel, podle nichž se bude o příchodu nových technologií rozhodovat. Česko má kvůli neřízenému přijímání nových technologií například devět robotů na chirurgické zákroky, zatímco srovnatelné sousední Rakousko jen tři.

Podle ministerstva zdravotnictví je to snaha zavést do českého prostředí proces, který v zahraničí už leckde funguje; například ve Velké Británii či v Rakousku.

„Tam teď podobný institut například zrovna nedoporučil celoplošné očkování dívek proti rakovině, protože ekonomická ztráta plynoucí z toho, že s nimi matky musí jít ke gynekologovi a nepracují, je větší než přínos, že se v budoucnu nebude muset několik žen operovat,“ popisuje Oldřich Šubrt.

Proč další byrokracie?!

Hodnotit přínos nových přístrojů, ale i léků či léčebných postupů má nový úřad. „Ten pak svá zjištění předá komisi ministerstva zdravotnictví s tím, že buď doporučí novinku zavést, nebo ji navrhne zavést jako nadstandard, za nějž pacienti platí, nebo ji odmítne jako příliš drahou,“ popsal Hegerův náměstek Pavel Vepřek.

Doposud však není jasné, jak by měl nový úřad vypadat. Hovoří se jen o tom, že by jeho provoz platily zdravotní pojišťovny. „Teď to otestujeme a konečné rozhodnutí padne v prosinci letošního roku,“ dodal Vepřek.

Zdroj: L. Petrášová, iDnes.cz, 29. 9. 2012

Bezdomovci útočí na zdravotníky i pacienty. Nemocnici hlídá ochranka

Nemocnice v Havlíčkově Brodě si najala bezpečnostní agenturu. S její pomocí chce jako vůbec první v Kraji Vysočina čelit stále častějším útokům agresivních bezdomovců a podnapilých. Ti už

několikrát napadli personál i pacienty. Nemocnice už letos eviduje 19 takových případů.

Mluvčí havlíčkobrodské nemocnice Petra Černo si okamžitě vybaví dva případy útoků na zaměstnance nemocnice. Před lety napadl zdravotní sestru manžel pacientky nožem. Při dalším, který se stal nedávno, byl dokonce zraněn sanitář.

„Opilý bezdomovec nám zablokoval jedny z toalet. Sanitář ho šel vyprovodit z nemocnice. Dostrkal ho do vestibulu, kde se bezdomovec držel lavičky, že pryč nepůjde. Chytl pak našeho zaměstnance za límec a odhodil ho,“ popisuje Černo.

Došlo k potyčce, při níž oba muži shodili a rozbili telefonní automat. Ve finále pak bezdomovec sanitáře prohodil prosklenými vstupními dveřmi. „Bylo tam zranění a měli jsme i finanční újmu,“ říká mluvčí.

Muž okrádal starší lidi, vydával se za příbuzné

Podobných, i když ne tak vážných napadení poslední dobou přibývá. Zatímco za celý loňský rok zaměstnanci nahlásili 14 takových mimořádných událostí, za tři čtvrtiny letošního roku to bylo případů už 19. K tomu se množí krádeže, zejména na odděleních mimo hlavní budovu. Zejména tam, kde pobývají starší lidé. Před několika týdny nemocnice dokonce zažila moment, kdy muž kradl věci přímo z pokojů, kde leželi starší lidé. Využíval toho, že pacienti hůře poznávali i vlastní příbuzné.

To vše nemocnici donutilo k nestandardnímu kroku. Od pondělního dopoledne její budovy začala obcházet hlídka bezpečnostní služby. „Patroly budeme provádět čtyřikrát denně v různých časech včetně nočních hodin. Jako první vždy suterén hlavní budovy, pak namátkou další budovy a oddělení,“ popsal manažer bezpečnostní agentury Vidocq Jaroslav Nohýnek.

Na zavolání hlídka přijede. Problém vyřeší, nebo přivolá policii

Podle Černo je takovýto způsob kontroly ekonomicky nejefektivnější. Nemocnici přijde na mnohem méně než instalace kamerového systému, který může navíc zasahovat do práv pacientů, i než angažování vlastních zaměstnanců, kteří by měli ostrahu zajišťovat 24 hodin denně.

„Ostraha zdravotnického zařízení je pro nás specifická tím, že musíme být vstřícnější a milejší s ohledem na pacienty. Jinak je to zařízení jako každé jiné,“ konstatoval Nohýnek. Agentura v Havlíčkově Brodě před časem zajišťovala například ostrahu vlakového nádraží. Pracovníci agentury nebudou do nemocnice jen docházet, v případě potřeby zajistí i okamžitý výjezd. Podle vážnosti pak situaci buď zvládnou sami, případně přivolají městskou či státní policii. Podle vedení nemocnice by však měli zajistit především prevenci.

Havlíčkobrodská nemocnice je na Vysočině první a dosud jediná, která si ochranku najala. Vážně o tom uvažuje i nemocnice v Jihlavě. „Přiměl nás k tomu nedávný útok na zdravotní sestru na ambulanci,“ řekla mluvčí Monika Pytlíková.

V jiných nemocnicích o ochrance neuvažují. „Jsme malé město, problémy s bezdomovci tu nejsou,“ pravil mluvčí nemocnice v Novém Městě na Moravě Roman Kratochvíl.

Zdroj: M. Vokáč, iDnes.cz, 1. 10. 2012



Do lázní už jen jednou za dva roky. Ozdravné pobyty mají nová pravidla

V pondělí začaly platit největší změny v lázeňské péči za posledních 15 let. Vyhláška ministerstva zdravotnictví zpřisňuje pravidla pro péči hrazenou ze zdravotního pojištění. Pobyt je o týden kratší a do lázní už nejde jet dva roky po sobě. Provozovatelé lázeňských komplexů očekávají, že kvůli tomu přijdou o třetinu klientů.

„Příští rok by do lázní mohlo přijet o 30 až 40 % méně lidí, protože vyhláška omezuje četnost opakování pobytů i jejich délku,“ odhaduje prezident Svazu léčebných lázní Eduard Bláha, ředitel lázní v Jáchymově a Luhačovicích.

„Ve srovnání s rokem 2010 budeme co do počtu pacientů na minus 25 až 30 %. Na příjmech tak přijdeme o milióny korun. Dopad může jít až do desítek miliónů korun,“ domnívá se Martin Plachý, viceprezident lázeňského svazu a ředitel společnosti Royal Spa, pod níž spadají Velké Losiny, Luhačovice, Ostrožská Nová Ves a Mariánské Lázně.

„Zatím to jsou jen odhady, jaká bude realita, se ukáže záhy. Propad kvůli vyhlášce očekáváme z jara, protože přes zimu se v lázních zase tak moc neděje a nápor přichází až po ní,“ připouští Plachý. Nová vyhláška pro lázeňskou péči začala platit od pondělí 1. října. Fakticky tak lékaři musí od pondělí psát lázeňské pobyty podle nových pravidel.

Do lázní jen jednou za dva roky

Pro pacienty to znamená, že v případě pobytů hrazených ze zdravotního pojištění se už nikdo nedostane do lázní se stejnou nemocí dva roky po sobě. Lékař musí přitom zohlednit veškeré lázeňské pobyty, které pacient absolvoval od roku 2009, tedy tři roky zpětně.

Všem dospělým pacientům se také zkrátí pobyty. Pojišťovnamí zcela hrazené, takzvané komplexní, vyhláška zkracuje ze čtyř týdnů na tři. Zachována zůstala možnost čerpat lázně na nemocenskou. Pobyt, u nichž pojišťovna platí jen procedury, vyhláška zkracuje ze tří týdnů na dva. Stejně jako doposud pacienti v takovém případě jedou do lázní o své dovolené. Mění se také podmínky hrazené léčby pro jednotlivé diagnózy. Lidé už nedostanou lázně například po operaci žlučníku. Tedy pokud není zákrok komplikovaný. Do lázní automaticky nepojedou ani kvůli cukrovce. Nově vyhláška stanovuje onemocnění, se kterými se člověk do hrazených lázní podívá pouze jednou za život. Například nyní lidé s artrózou mohli jezdit do lázní na pojišťovnu každý rok na čtyři týdny. Nově mají lidé nárok pouze na 14 dní, a to jen za podmínky, že si uhradí stravování a ubytování.

Lázně přijdou za rok až o 250 miliónů korun

Ministerstvo zdravotnictví a pojišťovny změny hájí tím, že vyhláška po 15 letech zohlednila medicínský pokrok. Například laparoskopické operace žlučníku. Navíc přinese úsporu až tři čtvrtě miliardy korun ročně a peníze se budou moci přesunout na jiný typ péče. Chybí třeba při léčbě roztroušené sklerózy. Do lázeňství podle ministerstva nyní tečou tři miliardy korun ročně. Podle lázní se však tato částka už druhým rokem snižuje, protože pojišťovny častěji zamítají návrhy na komplexní lázeňskou péči. Podle lázní je už nyní třímiliardová suma fakticky nejméně o půl miliardy nižší. Proto lázně tvrdí, že s propadem příjmů umocněným vyhláškou se nedokážou samy vyrovnat a budou muset zkracovat sezonu, propouštět zaměstnance a rušit část lůžek. Ministerstvo i pojišťovny oponují, lázně podle nich situaci zvládnou. Pomoci jim mají i lidé, kteří si dopřejí lázeňský pobyt za své. Lázně však upozorňují, že za každého pojištěnce, kterého jim stát vezme, potřebují pět takzvaných samoplátců. Jenže

to nepůjde hned. „Zpětinasobnit počet samoplátců trvalo v České republice deset let,“ tvrdí Plachý.

„Počty odléčených pacientů půjdou dolů, ale tak divoké to není. České lázeňství nezaniká. Lázně se na změnu už rok připravují a dělají nové wellness programy, víkendové pobyty a další nabídky,“ tvrdí Jaromír Gajdáček, který stojí v čele sdružení zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a je ředitelem pojišťovny ministerstva vnitra. Ta podle něj snížila za první půlrok letošního roku počet lázeňských pacientů o dvě procenta.

Stejně číslo, jiná diagnóza. Lékaři musí listovat a pečlivě číst

Vyhláška rovněž přečíslovala diagnózy, přičemž podle lázní i lékařů původní čísla zůstávají. Nově k nim však vyhláška přiřazuje jiné diagnózy. „Například číslo, které měla v minulosti gonartróza (artróza kolenního kloubu, pozn. red.), má nyní artritida (zánět kloubu, pozn. red.),“ upozornil Bláha.

To může zejména zpočátku způsobovat zmatky. „Problém může být na straně lékařů, protože pokud návrh na lázeňskou péči nebude správně vyplněn, zdravotní pojišťovna jej může vrátit k dopracování,“ míní Bláha.

„Toho, že revizní lékaři to budou vracet kvůli administrativním chybám, se obáváme. Ale jedna věc je úřední šiml a druhá pochopení smyslu toho, proč pacienta do lázní posíláme. A o to se revizní lékaři musí snažit,“ míní Lubor Kinšt z předsednictva Sdružení praktických lékařů ČR. Na vyplňování lejster podle nových pravidel má Kinšt, který předepisuje za rok desítky lázeňských pobytů, jednoduchou metodu: „Zpaměti se to naučit nejde, takže vyhlášku mám před sebou a listuju v ní.“

„Pokud budu mluvit za zaměstnanecké pojišťovny, tak my si na nějaké vracení hrát nebudeme. Na žádosti je vždy telefonní číslo nebo adresa lékaře, který ji napsal, takže se to dá snadno opravit,“ odmítá obavy Gajdáček.

Zdroj: H. Válková, iDnes.cz, 2. 10. 2012

VZP se zbavuje svých sídel. Za pakatel

Luxusní vila za hubičku. Neuvěřitelné. Takto reagovalo na cenovou nabídku v rámci rozprodeje nemovitostí VZP několik makléřů, které oslovily Lidové noviny. Pojišťovna své budovy prý nabízí až třikrát levněji, než je v regionech zvykem. Lepší výhodně pronajmout než špatně prodat. Také takovou radou v posledních dnech častuje vládu šestice rebelů ODS, která brojí proti přijetí daňového balíčku.

Polovina z nich přitom sedí ve správní či dozorčí radě Všeobecné zdravotní pojišťovny, která se chová přesně naopak. Tady je konkrétní příklad, který to dokládá: Ioni prosadil jeden z rebelů a současně šéf správní rady VZP Marek Šnajdr v parlamentu změnu zákona, která dovolila rušení či slučování poboček. „Jednou z možných cest, jak na provoz pojišťovny ušetřit, je právě optimalizace krajských poboček,“ vysvětlil tehdy poslanec Šnajdr. Část budov „na odpis“ se nyní objevila v nabídce agentury eCentre, která má jejich prodej zprostředkovat. Prodává je v elektronické aukci. Dražba ovšem nezačíná na obvyklých cenách. Pojišťovna své budovy nabízí až třikrát levněji, než je v regionech zvykem. Rebelové z ODS se ale proti nařčení z vlastní neohospodárnosti brání. „Nic o tom nevím,“ tvrdí Marek Šnajdr.



Luxusní vila za hubičku. VZP „šetří“

Neuvěřitelné. Takto reagovalo na zjištění, že je slavná neobarokní rezidence podle projektu vídeňských bratří Mayrederů k mání za deset miliónů, několik oslovených makléřů. Před lety, když si VZP vilu kupovala, za ni přitom dala téměř dvojnásobek – 19,5 miliónu.

Dnes si ale každý metr čtvereční nemovitosti cení vedení pojišťovny jen na 8000 korun. Průměrná cena obyčejného bytu na běžném trhu je v okolí podle Institutu regionálních informací téměř třikrát vyšší. Pohybuje se kolem 21 tisíc korun.

Nevýhodné škrtý

Podobně levně se ovšem největší pojišťovna v zemi zbavuje i dalších filiálék. Všechny stojí v atraktivních centrech měst a pojišťovna do nich v posledních deseti letech nalila několik miliónů v rámci oprav. Průměrná cena všech nabízených budov přesto nepřesáhne 10 300 korun za metr čtvereční.

„Rezervy jsou vyčerpány, pojišťovna hledá úspory v provozu,“ vysvětlila masové prodeje majetku mluvčí pojišťovny Anna Veverková. Právě provozní fond, ze kterého šly peníze na správu budov a administrativu, totiž v posledních letech nekontrolovatelně bobtnal. Jen v loňském roce z něj pojišťovna vysázela 4,1 miliardy korun.

Důvod, proč filiálky nabízí za tak nízké ceny, je podle Veverkové jednoduchý: snaha nalákat do aukce co nejvíce lidí. „Předpokládanou tržní cenu snižujeme zhruba o dvacet procent, aby bylo možné do aukce přilákat co nejvíce zájemců,“ říká přímo.

Jenomže recept pojišťovny evidentně nefunguje. Naopak. Když se dražila budova česko-budějovické pobočky, pojišťovna za ni utržila jen 18,65 miliónu korun. Tedy jen o 1,65 miliónu víc, než kolik činila cena počáteční. „O dražbách totiž nikdo neví, pojišťovna prodeje takřka tají. Třeba na webu VZP o tom nenajdete ani čárku,“ nabízí vysvětlení zdroj z pojišťovny.

Ceny, za které VZP prodává svůj majetek, ostatně překvapují i samotné členy její správní rady. „Hrozné. VZP je v takové situaci, že si nemůže dovolit někomu něco darovat,“ reagoval třeba radní za ČSSD Jiří Koskuba. O podobném jednání pojišťovny prý vůbec nic nevěděl, management podle něj radní o takovém plánu neinformoval. „Pokud by to udělal, určitě by to vyvolalo nevoli značné části správní rady,“ domnívá se. Boris Šťastný z ODS údajně bude žádat vedení pojišťovny o pořádné vysvětlení.

Zdroj: V. Rodriguez, Lidové noviny, 11. 10. 2012

Chřipka zabije každý rok 2000 Čechů, přenašejí ji hlavně děti

Nejúčinnější prevencí chřipky je podle ministra zdravotnictví Leoše Hegera očkování. Se začátkem podzimu se blíží i chřipková sezóna, ideální doba na očkování je proto právě teď. Toto nejčastější infekční onemocnění přitom není banální – každý rok kvůli němu a jeho komplikacím jenom v Česku zemřou až dva tisíce lidí.

Heger proto usiluje o to, aby podíl lidí očkovaných proti chřipce stoupl. „V Česku je očkováno zhruba pět procent obyvatel. Kdyby stoupla proočkovanost na doporučených 15 procent, zaplatily by sice zdravotní pojišťovny za vakcíny o 300 miliónů korun víc, ale podstatně by klesly náklady, které ročně přesahují miliardu,“ uvedl ministr. Zdravotní pojišťovny hradí očkování lidem z rizikových kategorií. Do těch spadají senioři starší 65 let a lidé s chronickým onemocněním plic, srdce, cév, ledvin a diabetem. Očkování je vhodné

též pro zdravotníky. Podle Jiřího Berana z královéhradeckého Centra očkování a cestovní medicíny pak do rizikových skupin spadá až 50 % Čechů. Hlavními přenašeči infekce jsou nicméně děti. Ty tvoří velký podíl nemocných zejména během epidemie. Odborníci tedy doporučují očkovat i půlroční kojence až předškoláky. Očkování podle předsedy České vakcinologické společnosti Romana Prymuly ochrání až 90 % zdravých dospělých, u seniorů pak až o 70 % sníží počty hospitalizací pro zápal plic a riziko úmrtí sníží až o 80 %.

Podle distributorů vakcín je v Česku očkováno v průběhu let mezi čtyřmi až sedmi procenty obyvatel. V západní Evropě v průměru 17 %, v Kanadě kolem 33 %, z toho u rizikové skupiny, jako jsou senioři nad 65 let a lidé s vážným chronickým onemocněním, až 80 %. V Česku je v rizikové skupině očkováno 10 až 20 % lidí.

Ministr zároveň připomněl, že proti chřipce lze bojovat i zdravým stylem života, který zahrnuje otužování a aktivní sportování. „Ale očkování proti chřipce zejména u ohrožené populace je klíčové,“ zdůraznil Heger.

Průzkum: Češi se neradi očkují

Světová zdravotnická organizace doporučuje očkovat alespoň 30 % obyvatel a v rizikových skupinách alespoň 75 procent.

Podle průzkumu agentury STEM/MARK si třetina lidí v České republice myslí, že očkování je zbytečné, téměř třetina soudí, že jim očkování nepomůže. Každý druhý Čech se domnívá, že nebezpečí chřipky spočívá v tom, že oslabuje organismus, jen 41 procent připouští, že je nebezpečná i kvůli možnému úmrtí. Odborníci v Česku zatím letos na podzim i přes nevlídné počasí posledních dní chřipku nezaznamenali. Podle vedoucí Národní referenční laboratoře pro chřipku Martiny Havlíčkové jdou současná onemocnění na vrub nechřipkovým respiračním virům. Pro mnoho lidí je totiž chřipka totéž co nachlazení nebo angína, uvádí server Chřipka.cz. Je to obecně rozšířený omyl. Jako nachlazení se označují běžně se vyskytující příznaky, jako je rýma, škrábání v krku a zvýšená teplota. I když je také způsobeno virem, od chřipky se výrazně liší. Angína, nebo přesněji zánět mandlí, je způsobena bakteriální infekcí. Je tedy zřejmé, že lidový výraz „mám chřipku“ je zavádějící, i když asi každý pochopí, co máte na mysli, poznamenává server.

Zdroj: iDnes.cz, 11. 10. 2012

Vedení VZP je podle Hegera vnitřně rozloženo, nedoplatila nemocnicím

Vedení Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) je podle ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) vnitřně rozloženo, VZP podle něj nefunguje, jak má – nedoplatila nemocnicím péči za loňský rok a má nefunkční výpočetní systém.

Ministr to řekl novinářům v reakci na vyjádření ředitele VZP Pavla Horáka, že příčinou problémů je ministerstvo, které neprovedlo potřebné legislativní změny. Horákova slova dnes zopakoval i šéf správní rady VZP Marek Šnajdr.

Podle Horáka bude mít VZP letos propad tři miliardy korun, do konce příštího roku může dosáhnout až devíti miliard, pokud Heger navýší úhradovou vyhláškou platby za zdravotní péči. VZP ve zdravotně pojistném plánu na rok 2013 počítá s poklesem úhrad o čtyři procenta. Tím by dosáhla v daném roce vyrovnaného hospodaření.

„Proti VZP a pro to, že plác a strkání problému na ministerstvo jsou účelové, je fakt, že vnitřně je vedení VZP značně rozloženo. Svědčí pro



to nefunkčnost jejich výpočetního systému a fakt, že tři čtvrtě roku po konci roku 2011 není loňský rok lůžkovým zařízením dosud vypořádán. Myslím si, že ve VZP nefungují věci, jak mají," řekl ministr.

Šnajdr se proti jeho tvrzením ale zásadně ohradil. Hlavní příčinou propadu zdravotního pojištění je podle něj to, že ministerstvo vedené Hegerem neuskutečnilo téměř žádný z kroků, ke kterým se zavázalo v koaliční smlouvě a programovém prohlášení, a to jak na straně úspor v systému, tak i stabilizace jeho příjmů.

„Slova Leoše Hegera jsou jenom snahou alibisticky se zbavit zodpovědnosti za nedobrou a velmi rizikovou stav českého zdravotnictví a to, že se i letos prohlubuje a v příštím roce, pokud se rychle nezačne pracovat na potřebných změnách, může již nabýt rozsahu, že bude ohrožovat schopnost financovat péči v ČR v potřebném rozsahu," řekl ČTK Šnajdr. Očekával by prý od Hegera spíše to, že začne hledat změny, zákony, vyhlášky a kroky, které nedobrou situaci vylepší. Hospodařením zdravotních pojišťoven a jejich loňským více než pětimiliardovým propadem se ve středu zabývala vláda. Odmítla ale přidat peníze navýšením platby státu. Heger má do konce měsíce podat zprávu o výběru pojistného za první pololetí, kabinet pak bude hledat řešení. Podle Hegera je nyní VZP na hranici problémů. V pololetí měla na účtech jen asi tři čtvrtě miliardy, byla tedy ještě v mírném plusu. Úhrady se začaly zpožďovat asi o tři dny, což zatím je minimum proti krizovým dobám, kdy zpoždění dosahovalo i půl roku. Malé zpoždění je ale signálem, že se hospodaření horší, řekl ministr. Deficit, který loni měly ostatní pojišťovny, byl minimální, vykryly ho ze svých přebytků. Na péči loni daly všechny pojišťovny 220 miliard korun. Zaměstnanecké pojišťovny musely loni dát část přebytků do přerozdělení, většinu, zhruba tři miliardy, letos dostala VZP. Má nejvíc vážně nemocných a přerozdělením plyne více peněz právě na ně. VZP se podle Hegera už nemůže vymlouvat na to, že ji přerozdělení znevýhodňuje.

„My máme jasná data, že VZP platí výrazně více nad úroveň úhradové vyhlášky, než platí pojišťovny menší. Takže je to také otázka smluvní politiky VZP, která dlouhá léta je nekultivovaná," dodal ministr.

Zdroj: ČTK, 12. 10. 2012

Jakub Šiška: Zdravotní pojišťovny opět ve ztrátě

Téma, které měla vláda projednávat minulý týden, zřejmě nebylo vlivem jiných událostí aktuální, přesto jsou však dostupné informace alarmující: jak napsaly Hospodářské noviny, zůstatky na běžných účtech zdravotních pojišťoven klesly k poslednímu dni loňského roku meziročně z 24,5 miliardy korun na necelých 15 a podle expertů vystačí na tři až čtyři dny.

Nejhůře je na tom tradičně Všeobecná zdravotní pojišťovna, které se ztenčily peníze na účtech o dvě třetiny a v rezervním fondu má pouhých 300 tisíc korun. Je tedy prakticky jisté, že nám politici přichystají další hádku na téma, kdo za to může a co s tím. Některá prohlášení znějí až komicky, například když náměstek ministra zdravotnictví Marek Ženíšek tvrdí, že na vině je ODS tým, že blokuje obměnu správní rady VZP. Rebelové z ODS zase prohlašují, že TOP ministr Heger nedělá žádné pořádné reformy. O jaké reformy má jít, to se můžeme samozřejmě jen dohadovat.

Mnozí ovšem upozorňují na to, že nynější systém zdravotnictví má finanční kolapsy zabudovány už v samotných základech. Trh, který

měl zdravotnictví regulovat svou dokonalou neviditelnou rukou, se stal jeho hlavním problémem.

Lékaři, pojišťovny, nemocnice, lékárny a farmaceutické firmy přijali roli komerčních subjektů, jejichž cílem je vytváření zisku. Případy, kdy firmy platí lékařům kongresy u moře a zavazují si je tak k tomu, aby pacientům předepisovali právě jejich léky, je jen špičkou obrovské pyramidy. V jejich základech je profit z nemocného člověka.

Ten je pro zdravotnictví zajímavý, toho je třeba se držet, předepisovat mu drahá vyšetření a léky, vykazovat za to body a kasírovat peníze. Nemocný je ve zdravotnictví vítán s otevřenou náručí – ale nikoli proto, aby byl uzdraven, ale proto, že je zdrojem příjmu. Zdravý člověk je nezajímavý, protože z něj nic nekápně. Zní to cynicky, ale je to tak. Bohužel na tuto logiku nevědomky přistoupili i mnozí pacienti. Uvěřili politikům, že zdraví je zboží, které se prodává u lékaře, a tak k němu přicházejí jako klienti s žádostí, aby je uzdravil. Pokud možno tady a hned, vždyť si přece platí zdravotní pojištění. Že své zdraví ovlivňuje především člověk sám svou životosprávou, psychikou a vůbec způsobem života, to zní v tržním zdravotnictví jako staromódní pověra.

Je samozřejmě pravda, že medicína dnes dokáže zázraky dříve nevídané, a za to jí patří velký obdiv. Její úspěch je ale zároveň i jejím prokletím. Podle některých studií má až 40 % nemocí, s nimiž dnes pacienti přicházejí do ordinací, původ v naší psychice.

Jak říká známý psychosomatický lékař Jan Hnízdl, základem zdravotnictví tedy nemají být drahé specializované kliniky, ale rodinní lékaři, kteří znají své pacienty, mají na ně čas a dokáží hledat příčinu nemoci bez drahých přístrojů a vyšetření.

K tomu musí mít ovšem podmínky a náležitou finanční motivaci. Přestane-li se tedy zdravotnictví orientovat na vykazování bodů a předepisování léků, bude dost peněz právě na ty nákladné operace, budou-li nezbytné. Pokud někdo z politiků chce zdravotnictví skutečně reformovat, má zde jedinečnou příležitost.

Zdroj: J. Šiška, ČRo 6, 12. 10. 2012

IT firmy kritizují veřejnou soutěž na elektronické zdravotnictví

Firmy z oboru informačních technologií a elektronických komunikací napadly dnes veřejnou soutěž na návrh elektronického zdravotnictví pro Česko, kterou téměř před měsícem vypsal ministerstvo zdravotnictví.

Ve stanovisku zaslaném ČTK uvedly, že v zadání veřejné soutěže je značné množství nejasností. Firmy s kritikou vystoupily krátce před vypršením termínu pro podání návrhu, který je 17. října. Ministerstvo kritiku odmítlo.

Ministerstvo zdravotnictví chce v soutěži získat model, který umožní sdílet lékařům, zdravotním pojišťovnám i pacientům údaje o léčbě. Cílem je zlepšit péči, ale také ušetřit. Úřad vybere nejlepší návrh, ale počítá i s využitím ostatních. Do konce roku vypíše tendr na nový systém, na jehož pořízení chce dát do 400 milionů korun, které by mohly být z evropských fondů. K budování elektronického zdravotnictví přistoupilo ministerstvo poté, co Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) vypověděla smlouvu na elektronické zdravotní knížky a další služby společnosti IZIP. Při vzniku IZIP se přitom plánovalo, že se systém rozšíří pro všechny zdravotní pojišťovny.



Podle firem obsahuje zadání veřejné soutěže značné množství nejasností, chyb, skrytých rizik a zavádějících požadavků. Mimo jiné prý není jasné, zda se zavedení elektronického zdravotnictví bude opírat o solidní manažerské a odborné zázemí bez politických tlaků. Na společném stanovisku firem se podílely ICT Unie a České národní fórum pro eHealth, podpořily je i přední osobnosti české medicíny Jan Pirk, Štěpán Svačina a Tomáš Zima.

Postoj firem označil mluvčí ministerstva Vlastimil Sršeň za překvapivý, rozhodně však nekonstruktivní. „Chápeme, že mohou podléhat obavám, protože výběrové řízení nezakládá nárok pro vítěze na to, že v budoucnu bude dodavatelem dalších konkrétních součástí tohoto řešení,“ řekl Sršeň ČTK. Na dodavatele jednotlivých součástí systému budou vypisována dílčí otevřená výběrová řízení, přihlásit se může kdokoli. Firmy kritizují i to, že má být vytvořen elektronický převodní můstek, který bude vyměňované informace převádět do systému užívaného příjemcem. Ministerstvo totiž chce využít existující systémy a nalézt možnost, jak dosud odlišná technická řešení propojit. Tím by bylo možno využít dat, která už v systému jsou, a nebudovat nové centrální úložiště.

Součástí návrhu soutěže je i licenční smlouva, kterou uchazeč převádí na ministerstvo veškerá práva na svá řešení. Ministerstvo tak chce zajistit, aby nemohly nastat spory o vlastnictví projektu jako v případě VZP a IZIP.

Zdroj: ČTK, 12. 10. 2012

Jak přivést lékaře do ordinací?

Ministerstvo vymýšlí, jak dostat mladé lékaře do ordinací. Byly by peníze na školitele i platy, ale místa nechce nikdo uvolňovat. Staří lékaři ordinují až do smrti. Nabízí se řešení: věkový limit. Jenže kdo by lékaře nahradil např. v nepříliš atraktivním Ústeckém kraji? Jak dostat mladé praktické lékaře do ordinací? Ministerstvo je láká na dotace, příspěvky, finanční podporu. Od roku 2009 na to investovalo bezmála půl miliardy korun, přiliš to ale nepomáhá.

Ministerstvo například vytvořilo takzvaná rezidenční místa. Na jedno vyplácí příspěvek 26 tisíc korun měsíčně, maximálně 936 tisíc korun, díky němuž mohou lékaři snadněji získat atestaci praktického lékaře. V praxi to totiž chodí tak, že kvůli atestaci musí lékař absolvovat kolečko po nemocničních odděleních, což trvá tři roky.

Jenže nemocnice obvykle nechtějí nezkušené absolventy lékařských fakult brát, nebo žádají za školení platby. Z částky 26 tisíc korun se proto část dává nemocnicím, část si nechává praktický lékař, jenž dohlíží na atestaci svého „svěřence“, platí sociální a zdravotní pojištění, a zbytek činí plat školeného lékaře.

Jenže pro praktické lékaře to znamená další administrativní zátěž, a navíc neexistuje žádná povinnost, aby nový lékař skutečně vykonával praxi tam, kde měl svého „dohlížitele“.

V Ústeckém kraji se proto za poslední tři roky podařilo nahradit lékaře starší 65 let novými lékaři jen ve 30 % rezidenčních míst. Je to nejnižší číslo v celém Česku, celorepublikový průměr je 55 %.

„Bohužel, nejnižší procento vykazují kraje s nejvyšším počtem všeobecných praktických lékařů v důchodovém věku - mezi nimi domínuje Ústecký kraj. Zde je situace o to více alarmující, že v roce 2011 se zde nenašel ani jeden lékař ochotný za stávajících podmínek školit, tedy nebylo zde žádné rezidenční místo,“ uvádí autoři analýzy.

Věkový limit

Ministerstvo zdravotnictví láká lékaře na další finanční podpory. Marně. Podle představitelů resortu je problém jinde. „Nespočívá v nedostatku lékařů s kvalifikací, ale spíše v neochotě starší generace všeobecných praktických lékařů uvolnit své ordinace mladším lékařům a v absenci finančních prostředků mladých lékařů při nástupu do ambulantní péče při přebírání soukromých ordinací,“ míní ředitel tiskového odboru Vlastimil Sršeň.

„To určitě ano, je to také jeden z důvodů, starší lékař pracuje než zemře, a to je problém,“ přisvědčuje šéf praktických lékařů na Mostecku Roman Houska. „A otevřít novou, nezavedenou praxi? Kdo by toho lékaře živil první rok, dva, tři, než si najde pacienty?“ dodává. Řada praktiků anonymně nabízí jediné řešení: věkový limit pro lékaře. Jenže kdo by je v ne příliš atraktivním Ústeckém kraji nahradil?

Zdroj: A. Janoušek, MfDnes, 12. 10. 2012

Je to tu. Špičkovou zdravotní péči už každý nedostane

Tak jsme se to dozvěděli: Česko patří mezi rozvojové země, reaguje komentátorka MfD na zprávu, že nově se standardními nitroočními čočkami stávají zřejmě ty nejlevnější na světě. A spekuluje, zda by se dalo ušetřit na transplantacích, které přijdou na miliardy.

Oči Jany Blažkové, reportérky MF DNES

Tak jsme se to dozvěděli: Česko patří mezi rozvojové země. Oči nám otevřeli pracovníci Všeobecné zdravotní pojišťovny. Ta, jak píšeme v tomto listě, v nejnovějším sazebníku zdravotnických materiálů počítá s tím, že odtud už bude svým klientům – pacientům s šedým zákalem oka – proplácet jen tu nejlevnější náhradní čočku.

Pojišťováci po ní pátrali věru pečlivě. Čočka, kterou pro své klienty vybrali, je indické provenience a používá se jen v Indii a pak ještě v rámci charitativních zásahů v nejhudších zemích světa. Je čtyřikrát levnější než všechny ostatní umělé čočky na světě. Ve vyspělých zemích na předních klinikách ji zatím nikdo nikomu implantovat nezkusil. Nedívám se, že se oční lékaři bouří a odmítají svým pacientům nevyzkoušený implantát do očí vkládat. Upozorňují přitom, že léčba případných komplikací by pojišťovnu paradoxně vyšla mnohem draž, než kolik se tímto počinem ušetří. To by si ostatně měla vybavit sama VZP. Není to tak dlouho, co právě jí vybrané, laciné, a proto hrazené prsní implantáty začaly ženám po operaci rakoviny v těle praskat, protože byly vadné. Teď pojišťovna postiženým pacientkám hradí celé operace znovu.

Vím, všechno to souvisí s tím, že si pacienti už půl roku mohou za nitrooční čočku připlatit. A cena tři tisíce korun – tolik stojí čočky, které jsou kvalitní a za něž se teď má doplácet – asi většinu lidí nezruinuje. Tímto se nám však dostává na trh nevyzkoušený šunt, který dostanou ti nejhudší. A právě tohle je ten hlavní problém. Že to nikdo z těch, kdo o tom rozhodují, neměl odvahu jasně říci: doby, kdy kvalitní zdravotní péči dostávali všichni, jsou prostě pryč. Kdo si nepřiplatí, má smůlu. Na pokusu zavést placený nadstandard u levnějších položek, které si mohou lidé dovolit, už pohořela řada ministrů, takže není divu, že je teď v jejich obhajobě a zavádění šéf resortu Leoš Heger tak opatrný. Dosáhnout toho, aby toto lidé pochopili, nebude snadné ještě z jednoho důvodu: škrtý, které nyní provádí vláda, VZP a ostatní pojišťovny, působí zmateně a bezhlavě, jako by neměly žádnou koncepci. Kdyby totiž taková koncepce exis-



tovala, tak by se například nemohlo stát, že se v Česku provádějí stovkám pacientů transplantace nejrůznějších orgánů za miliardy korun, a zároveň se tímž lidem berou invalidní důchody. Tito pacienti se přitom do kolektivu, a tedy do práce, prostě nemohou vrátit. Jednak proto, že užívají tak vysoké dávky léků oslabujících imunitu, že je i nachlazení může zabít, a pak pro ten prostý fakt, že je nikdo nezaměstná. Reforma sociálních dávek uvrhla tuto skupinu lidí do neřešitelné situace.

Je-li situace s rozpočtem opravdu tak zoufalá, že si ty důchody nemůžeme dovolit (čemuž se mi ani nechce věřit), nebylo by čestnější říci: Na péči o lidi po transplantacích nemáme, tak je tedy dělat nebudeme?

Zdroj: J. Blažková, MF Dnes, 12. 10. 2012

Využitelnost guidelines v běžné praxi je předmětem diskuse

Doporučené postupy by měly být jen doporučením, nikoliv závaznou normou. V rozporu s tím se o ně v současné době začínají opírat i právníci, když potřebují doložit pochybení lékaře. To je zásadní chyba a kliničtí lékaři s tím nesouhlasí. Na 2. kongresu České odborné společnosti klinické farmacie to 5. října řekl MUDr. Luboš Kotík, CSc., primář I. interní kliniky pražské Thomayerovy nemocnice.

„Guidelines jsou založeny na evidence based medicine. Všechno máme doloženo důkazy, ale podívejme se, jak tyto důkazy vypadají,“ prohlásil L. Kotík. Farmakologické studie připravují specialisté z oboru, pro který je ten který lék zkoušen, a jsou určeny opět pro specialisty. Přitom ze studií se prakticky automaticky vylučují polymorbidní pacienti, u kterých by mohlo docházet k četnějším vedlejšími účinkům nebo komplikacím, které nesouvisejí se studovanou problematikou.

Vyloučení bývají i velmi staří a imobilní pacienti, u nichž není možné počítat s patřičnou mírou spolupráce například v podobě docházení na kontroly. Ze stejných důvodů nejsou do studií zařazováni ani demenční pacienti. Studie zavadějí kumulované sledované faktory, aby takzvaně „vyšly“, a pokud se tak nestane, hledají se podskupiny, které poskytnou více vyhovujících výsledků. „Takže medicína založená na důkazech je pro velkou část populace fikcí, protože nezahrnuje staré a polymorbidní nemocné. Přesto se v klinické praxi řekne, že výsledky platí pro všechny, což vůbec není pravda,“ řekl L. Kotík.

Problémy s interpretací

Klinické studie rozeznávají relativní a absolutní riziko. Jestliže z pacientů intervenovaných zkoumaným léčivým přípravkem onemocní jedno procento a z pacientů na placebo dvě procenta, bude to interpretováno jako padesátiprocentní pokles relativního rizika. „Je to sice 50 procent, ale absolutní riziko je jedno procento, čili musíme po celou dobu trvání studie léčit 100 pacientů, abychom zabránili nežádoucí příhodě, která má být dotýčným lékem ovlivněna – jde o zkreslený údaj. Naopak se setkáváme se studiemi, které udávají příznivé výsledky v procentech relativního rizika a nepříznivé v procentech rizika absolutního. Pak nám vychází, že komplikace stoupily o jedno procento, ale u relativního rizika se jedná o nárůst padesátiprocentní,“ pokračoval L. Kotík.

Častý je konflikt zájmů

„Řekněme si otevřeně, že naše doporučené postupy jsou většinou opsány z amerických nebo evropských guidelines,“ uvedl L. Kotík další blok problémů a citoval zprávy z webu www.ecardiologynews.

com z roku 2006. Podle nich se Americká společnost pro hypertenzi (American Society of Hypertension – ASH) otřásá konfliktem zájmů. V roce 2006 byla formulována teorie hypertenze a snížily se cílové hodnoty krevního tlaku, takže více než 50 miliónů lidí se stalo kandidáty farmakologické léčby. Tehdejší prezident-elekt ASH Jean Sealey navrhla, aby její členové, kteří vytvářejí guidelines o hypertenzi, omezili své příjmy od farmaceutických firem na 10 000 dolarů ročně, aby tak demonstrovali svou nezávislost.

Zdroj: ZN, 12. 10. 2012

INZERCE

241 6-12

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

242 6-12

Lékařka **přijme** do velmi dobře zavedené praxe **na Praze 10** PLDD lékaře/ku **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**. Tel.: 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. číslo 721 136 314.

246 9-12

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost **v Praze 6**. Informace na tel. 602 626 959.

247 10-12

Lékařka českého původu **hledá nástupce** do pediatrické praxe ve středním **Německu** v malém městě **mezi Koblenz a Bonnem**. Nízké odstupné, zajištěn dobrý příjem a velmi nízké provozní výdaje. Kontakt: marcelahiller@web.de.

248 10-12

Medicon a. s. přijme pediatra na plný úvazek (event. i částečný) pro ordinaci **v Praze 4**, Poliklinika Budějovická. Práce v dobře vybaveném zdravotnickém zařízení, dobré platové podmínky, benefity, zavedená praxe. **Nástup od 1. 3. 2013**; kontakt: alena.petrakova@mediconas.cz, tel.: 261 006 476.

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

Autodidaktický test 9/2012

Vývojová neurologie

1. Znalost vývojové neurologie je podkladem včasného odhalení poruch psychomotorického vývoje. Ontogenetický vývoj je určen geneticky a ovlivněn prostředím. Vývojový gradient má své zákonitosti:

- a) vývoj vzpřimování probíhá směrem kraniokaudálním
- b) vývoj svalového tonu probíhá směrem kraniokaudálním
- c) vývoj úchopu probíhá směrem radioulnárním
- d) vývoj vzpřimování probíhá směrem kaudokraniálním
- e) vývoj svalového tonu probíhá směrem kaudokraniálním
- f) vývoj úchopu probíhá směrem ulnoradiálním

2. Observace u klidného kojence tvoří až 80 % vyšetření psychomotorického vývoje. Posuzujeme topický neurologický nález. U novorozeneckých (primitivních) reflexů hodnotíme dynamiku jejich vývoje. K tomu je třeba znát výbavnost jednotlivých primitivních reflexů a jejich zánik dle věku kojence. Dle Vlacha zaniká:

- a) sací reflex ve věku 3–4 měsíců
- b) sací reflex ve věku 4–6 měsíců
- c) sací reflex ve věku 10–12 měsíců
- d) chůzový reflex ve věku 2–3 měsíců
- e) chůzový reflex ve věku 4–5 měsíců
- f) chůzový reflex ve věku 5–6 měsíců

3. Klinický nález nedonošeného novorozence s novorozencem narozeným v termínu není totožný v době narození. Posturální ontogeneze a s tím spojená lokomoce se vyvíjí v čase, a to jak v kvantitě, tak i v kvalitě. U nedonošených novorozenců přepočítáváme věk kalendářní na věk korigovaný, a to:

- a) přičtením počtu týdnů, o které se dítě narodilo dříve, a to až do věku 2 let
- b) přičtením počtu týdnů, o které se dítě narodilo dříve, a to až do věku 1 roku
- c) odečtením počtu týdnů, o které se dítě narodilo dříve, a to až do věku 2 let
- d) odečtením počtu týdnů, o které se dítě narodilo dříve, a to až do věku 1 roku

4. Máme v ordinaci kojence z fyziologické gravidity, narozeného v termínu, bez perinatální komplikace, plně kojeného. Při hodnocení psychomotorického vývoje zjišťujeme: v poloze na zádech se o podložku opírá od lopatek po pánev, dolní končetiny drží nad podložkou flektované ve středním postavení (úhel kloubů v kyčlích, kolenou a kotnících je kolem 90°), hýbe očima nezávisle na pohybu hlavy a těla v rozsahu cca 30°. Ruce má uvolněné, v klidu nezatíná do pěstiček. V poloze na břišku se opírá o předloktí a symfýzu, má napřímenou krční a kraniální polovinu hrudní páteře. Nepláží se. Neslabikuje. Reaguje na zvuk. Dle popsaného nálezu dítě odpovídá věku:

- a) 6 týdnů
- b) 2 měsíců
- c) 3 měsíců
- d) 6 měsíců
- e) 8 měsíců

5. V termínu porodu se liší neurologický status nedonošeného novorozence (do 37. gestačního týdne) a donošeného novorozence (po 38. gestačním týdnem). Srovnáním nacházíme:

- a) nedonošený novorozenec má flekční hypertonii, donošený novorozenec má normotonii
- b) nedonošený novorozenec má normotonii, donošený novorozenec má flekční hypertonii
- c) nedonošený novorozenec má přítomny všechny novorozenecské reflexy, donošený novorozenec má přítomny všechny novorozenecské reflexy
- d) nedonošený novorozenec nemá přítomny všechny novorozenecské reflexy (chybí nejčastěji chůzový automatismus), donošený novorozenec má přítomny všechny novorozenecské reflexy
- e) nedonošený novorozenec provádí pohyby o malé amplitudě vlivem flekční hypertonie, donošený novorozenec provádí pohyby o velké amplitudě
- f) nedonošený novorozenec provádí pohyby o velké amplitudě, donošený novorozenec provádí pohyby o malé amplitudě vlivem flekční hypertonie

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.



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 pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 8 týdnů do 5 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších. **Děkování:** 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. **Děti a neochráněná kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců:** Kojenci ve věku 7–11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávka se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12–23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti ve věku 2–5 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Očkovací schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí 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 12–59 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 imunity odpovídající 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 použit 13valentní pneumokokový polysacharidový vakcínový povahován za vhodný. Prevenar 13 by měl být podán jako první. **Způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo dolní část paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na některý z důležitých složek. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečným 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 chraňuje 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 svého 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, zvracení, neklidnost, zvýšená slzavost a/nebo nespavost. U dospělých osob artralgie, myalgie, bolest hlavy, průjem, vyrážka, zimnice, nevolnost, zardnutí v místě aplikace, indurace/otok v místě aplikace, bolest/přecitlivělost místa aplikace, omezená 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). Chraňte před mrazem. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce s plastovou zátkou a ochranným krytem hrotu. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NL, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-8. **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 Synrix. 3. SPC Prevenar. 4. Motová J, Beneš Č, Kozlová J, Klíždová P. Invazivní pneumokoková onemocnění v České republice v roce 2011. Zprávy ČEM (SZÚ, Praha) 2012; 21 (2): 51–58.

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

www.prevenar13.cz



Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína

www.pfizer.cz

PRV-2012.01.115