



- Přeregistrace a Ústavní soud
- Posudková činnost a potřeba ošetřování
- Posudek, nebo donesený formulář?
- Současný pohled na diagnostiku a léčbu hereditární sférocytózy
- Anémie – laboratorní vyšetření v ordinaci PLDD
- Invazivní meningokokové onemocnění u dětí
- Prevence je v souhrnu všech nákladů vždy výhodnější – to platí i u hemofilie
- Doporučený postup Invazivní meningokoková onemocnění



# Priorix-Tetra™

Živá vakcína proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám a planým neštovicím



## Čtyři jednou ranou

Priorix-Tetra™ chrání před čtyřmi dětskými nemocemi včetně planých neštovic, a to bez nutnosti vpichu navíc.<sup>1</sup>

### Doporučené očkovací schéma v ČR<sup>1</sup>

Kojencům a dětem ve věku od 11 měsíců do 12 let by měly být podány 2 dávky (každá po 0,5 ml) vakcíny Priorix-Tetra™.<sup>1</sup> Mezi podáním obou dávek se doporučuje dodržet interval mezi 6 týdny a 3 měsíci. Pokud je první dávka podána ve věku 11 měsíců, druhá dávka by se měla podat do 3 měsíců. Za žádných okolností nesmí být interval mezi dávkami kratší než 4 týdny.<sup>1</sup>

Věk, ve kterém se může kojencům nebo dětem podat vakcína Priorix-Tetra™, by se měl řídit oficiálními doporučeními, které se mohou lišit podle epidemiologické situace těchto onemocnění.<sup>1</sup>

**Stanovisko OSPDL ČLS JEP k očkování proti MMRV (spalničky, zarděnky, příušnice, plané neštovice) kombinovanou očkovací látkou Priorix-Tetra™:**

**Priorix-Tetra™ lze použít jako alternativu k očkovací látce proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím.<sup>2</sup>**

### ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU




**Název přípravku:** Priorix-Tetra™ inj. stříkačka, prášek pro přípravu injekčního roztoku s rozpouštědlem. Vakcína proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám a planým neštovicím (živá). **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Jedna dávka rekonstituované vakcíny (0,5 ml) obsahuje: Virus morbillorum vivum attenuatum<sup>1</sup> (kmen Schwarz) ne méně než 10<sup>10</sup> CCID<sub>50</sub>, Virus parvotidis vivum attenuatum<sup>1</sup> (kmen RIT 4385, odvozený z kmene Jeryl Lynn) ne méně než 10<sup>11</sup> CCID<sub>50</sub>, Virus rubellae vivum attenuatum<sup>1</sup> (kmen Wistar RA 27/3) ne méně než 10<sup>13</sup> CCID<sub>50</sub>, Virus varicellae vivum attenuatum<sup>1</sup> (kmen OKA) ne méně než 10<sup>13</sup> PFU. Pomocná látka: Sorbitol 14 mg/ml. **Indikace:** Vakcína Priorix-Tetra™ je určena k aktivní imunizaci dětí od 11. měsíce života do 12 let včetně proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám a planým neštovicím. **Dávkování a způsob podání:** Kojencům a dětem ve věku od 11 měsíců do 12 let by měly být podány 2 dávky (každá po 0,5 ml) vakcíny Priorix-Tetra™. Věk, ve kterém se může kojencům nebo dětem podat vakcína Priorix-Tetra™, by se měl řídit oficiálními doporučeními, které se mohou lišit podle epidemiologické situace těchto onemocnění. Mezi podáním obou dávek se doporučuje dodržet interval mezi 6 týdny a 3 měsíci. Pokud je první dávka podána ve věku 11 měsíců, druhá dávka by se měla podat do 3 měsíců. Za žádných okolností nesmí být interval mezi dávkami kratší než 4 týdny. Priorix-Tetra™ se podává subkutánně do deltové oblasti horní části paže nebo do horní části anterolaterální oblasti stehna. **Kontraindikace:** Podobně jako u jiných vakcín musí být aplikace vakcíny Priorix-Tetra™ u osob trpících akutním závažným horečnatým onemocněním odložena. **Přecitlivělost na léčivé látky nebo na jakékoli pomocné látky nebo na neomyoin.** **Přecitlivělost po předchozí aplikaci vakcín proti příušnicím, spalničkám, zarděnkám a/nebo planým neštovicím.** Pacienti s primárním nebo sekundárním imunodeficitem. Alergie na vejce. **Těhotenství. Zvláštní upozornění:** Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro vzácný případ rozvoje anafylaktického šoku okamžitě k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Očkováné osoby se musí po dobu 6 týdnů po aplikaci každé dávky vakcíny vyvarovat užívání salicylátů. Pacientům se vzácnými vzroznými poruchami fruktózy intolerance se tato vakcína nemá podávat. Vakcína Priorix-Tetra™ inj. stříkačka nesmí být v žádném případě aplikována intravaskulárně nebo intradennálně. Použití vakcíny Priorix-Tetra™ u osob s asymptomatickými HIV infekcí nebylo studováno. **Horečka související s očkováním** se vyskytuje častěji po podání tetravalentní vakcíny proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám, planým neštovicím (MMRV) než po souběžném podání jednotlivých vakcín (MMR a V). Při podání vakcíny Priorix-Tetra™ osobám s individuální nebo rodinnou anamnézou výskytu křečů nebo poranění mozku je třeba zvláštní opatrnosti. \* Po podání vakcíny Priorix-Tetra™ byl hlášen výskyt febrilních křečů, a to nejčastěji mezi 5-12 dnem po podání první dávky. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Vakcínu Priorix-Tetra™ lze současně aplikovat (ale do různých míst) a jakoukoli z následujících monovalentních nebo kombinovaných vakcín (včetně hexavalentních vakcín (DTPa-HbV-IPV/Hb)) - vakcína proti diftérii, tetanu a pertusii (acelulární komponenta) (DTPa), vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (Hb), inaktivovaná vakcína proti poliomyelitidě (IPV) a vakcína proti hepatitidě B (HBV). Očkování jedinců, kterým byly podány lidské gama globuliny nebo krevní transfuze, by se mělo odložit nejméně o 3 měsíce. **Těhotenství a kojení:** Aplikace vakcíny Priorix-Tetra™ těhotným ženám je kontraindikována a je třeba se vyhnout otěhotnění v období 3 měsíců po očkování. **Nežádoucí účinky:** V klinických studiích dostalo více než 4000 dětí víc jak 6700 dávek vakcíny Priorix-Tetra™. Nežádoucí účinky jsou seřazeny podle frekvence výskytu. Frekvence jsou hlášeny jako: velmi časté (≥ 1/10); bolest a zarudnutí v místě vpichu, horečka (měřeno rektálně: ≥ 38 °C až ≤ 39,5 °C; měřeno axilárně/perorálně: ≥ 37,5 °C až ≤ 39 °C). Časté (≥ 1/100, < 1/10); otok v místě vpichu, horečka (měřeno rektálně: > 39,5 °C; měřeno axilárně/perorálně: > 39 °C), podrážděnost, vyrážka. Méně časté (≥ 1/1000, < 1/100); lymfadenopatie, rinitida, průjem, zvracení, otok příušní žlázy, anorexie, infekce horních cest dýchacích. Vzácné (≥ 1/10000, < 1/1000); febrilní křeče, kašel, bronchitida, otitis media. **Inkompatibilita:** Priorix Tetra™ nesmí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 18 měsíců. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte a přepravujte v chladiči (2 °C - 8 °C) a v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Chraňte před mrazem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline s.r.o., Na Pankráci 17/1685, 140 21 Praha 4, Česká republika. **Registrační číslo (a):** 59/499/07-C. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 8. 8. 2007. **Datum revize textu:** 20. 5. 2011. Přípravek je vácín na lékařský předpis a není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku najdete v Souhrnu informací pro předepisování nebo se obraťte na adresu společnosti GlaxoSmithKline. Verze SPC platná ke dni vydání materiálu 18. 12. 2012. \* Prosím všimněte si změny SPC.

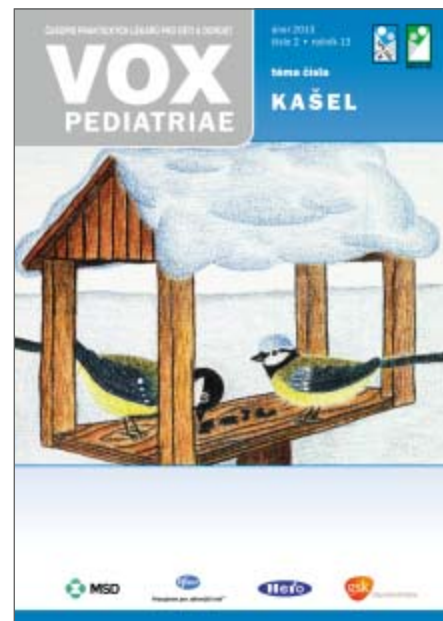
**Reference:** 1. SPC Priorix-Tetra™, 2011. 2. OSPDL ČLS JEP: Čabrnochová Hana. Stanovisko OSPDL ČLS JEP k očkování vakcínou Priorix-Tetra™, 2010, s. 3.

Váš partner  
v očkování



GlaxoSmithKline

	<b>Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období</b>	5
	<b>Koalice soukromých lékařů</b>	6
	<b>Odpověď na připomínky k návrhu ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti</b>	9
	Mgr. Bc. Miloš Máca	11
	<b>Přeregistrace a Ústavní soud</b>	13
	<b>Posudková činnost a potřeba ošetřování</b>	13
	<b>Posudek, nebo donesený formulář?</b>	14
	MUDr. Gabriela Kubátová	15
	<b>Zpráva ze zahraniční cesty – zasedání výkonného výboru a předsednictva ECPCP Budapešť</b>	15
	<b>Informace OSPDL ČLS JEP</b>	17
	Doc. MUDr. Dagmar Pospíšilová, Ph.D.	18
	<b>Současný pohled na diagnostiku a léčbu hereditární sférocytózy</b>	18
	MUDr. Martina Suková	22
	<b>Anémie – laboratorní vyšetření v ordinaci PLDD</b>	22
	<b>Prevence je v souhrnu všech nákladů vždy výhodnější – to platí i u hemofilie</b>	26
	MUDr. Zlatko Marinov	28
	<b>Kojenecká obezita – kazuistika</b>	28
	MUDr. Ctirad Kozderka	30
	<b>Nystagmus</b>	30
	<b>Ze světa odborné literatury</b>	33
	<b>Aktuality</b>	34
	<b>Řádková inzerce</b>	37
	<b>Autodidaktický test, ORL problematika</b>	38
	<b>DOPORUČENÝ POSTUP – Invazivní meningokoková onemocnění – úvodní diagnostika, léčba a převoz pacientů – doporučený postup v intenzivní péči</b>	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**GSK**  
**HERO**  
**MEDAC**  
**MSD**  
**PFIZER**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX**  
**PEDIATRIAE**

[www.detskylekar.cz](http://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](http://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](mailto:veronika.drahovzalova@detskylekar.cz)

Jazykové korektury: Bohumila Weilová  
Grafické zpracování: Michal Semerák

**Úřední hodiny SPLDD ČR**

**Pondělí** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Úterý** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Středa** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Čtvrtek** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Pátek** 10<sup>00</sup> – 13<sup>00</sup> 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](mailto:centrum@detskylekar.cz)

Obrázek na titulní straně namalovala ústy Zdeňka Ježková, převzato z nakladatelství UMÚN, s.r.o., Nad Školou 1285, 463 11 Liberec, tel. 485 161 712, [www.umun.cz](http://www.umun.cz)

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



Vážené kolegyně a kolegové,

pomalou si začínáme zvykat na nové datum, tentokrát s třináctkou na konci. Bude pro nás třináctka šťastná, nebo se naplní pranostiky hovořící o neštěstích, která toto číslo umí přinést? Konec loňského roku s sebou nesl očekávání, jak to dopadne s věštbou starých Mayů. Pohledy na parkoviště před obchodními centry vyvolávaly řadu výkladů. Někteří to hodnotili jako nutné předzásobením se, co kdyby, jiní zase jako běžnou praxi, tedy praxi určitého „obžerství“, které vánoční svátky tradičně přinášejí a do jisté míry se i v tomto období toleruje. Nakonec – nepomůže leckomu ve volení tzv. novoročních předsevzetí?

Co ale můžeme očekávat my, myslím tím praktické dětské lékaře, od roku končícího třináctkou?

Závěr loňského roku byl ve znamení volby reprezentace oboru. Zatímco ve Sdružení se mnoho v personálním zastoupení nezměnilo, ve výboru odborné společnosti nezůstal kámen na kameni. Pokud by snad někdo nyní očekával rozbor toho, proč se tomu tak stalo, zklamal ho. Na hodnocení je příliš brzy a teprve čas ukáže, kam nás cesta, kterou jste si vy, naši volitelé, vybrali, zavede. Každopádně pro nás, členy výboru Sdružení, znamená výsledek velký závazek, neboť ho lze číst i tak, že tým, v jehož čele stojím, má podporu a asi i mnohá očekávání, zatímco v případě výboru naší odborné společnosti je třeba čelit nové výzvě. Volby ukázaly, že voliči chtějí změnu, a vůbec to nemusí znamenat nespokojenost s prací jednotlivých členů výboru, ale... Jaká jsou ta ale, to by asi nejlépe měli vědět ti, kteří se o změnu přičinili. Podaří se naplnit nová očekávání? To ukáže až následující volební období, každopádně věřím, že ze strany Sdružení mohou nově zvolení zástupci počítat s maximální podporou. Ono to nesouvisí jen s tou třináctkou, ale vývoj v našem zdravotnictví rozhodně nevyvolává pocit bezpečí, klidu a pohody.

Pravděpodobně se zbavíme nesmyslného institutu souhlasu obou rodičů a nejasností v otázkách opatrovníckého soudu, nicméně „gró“ administrativy, kterou nám nová legislativa přinesla, zůstává. Nesmyslnost s posudky pro studium a brigády asi z větší části zůstane, z ničeho nic někdo vymyslel, že po letech praxe, která nepřinášela žádné komplikace a problémy, jsme ze dne na den ztratili způsobilost. Nedávná zkušenost s přílepkem zavedení povinnosti elektronického receptu, byť pravděpodobně v horizontu dvou let, v nás vyvolává obavy z legitimitu změn ve zdravotnictví. Vývoj ekonomické situace státu, kdy jsme na jedné straně svědky plýtvání, nepotrestané korupce a rozkrádání, na straně druhé zase nesmyslné restriktive ve formě zvyšující se daňové zátěže, zase vyvolávají obavy, zda nás současná vláda nevede tak trochu stranou. Mnozí z vás si jistě vzpomenou na vtíp v tomto smyslu na bývalý režim, ale asi si budeme muset zvyknout, že se některé věci vracejí až nečekaně brzy.

Je ještě celá řada dalších rizik, která nám v roce s třináctkou na konci mohou zkomplikovat život, ale... Zkusme tu třináctku zdolat optimismem, já se o podobnou praxi snažím již řadu let a občas se mi to i podaří. Zkusme se tedy na chvíli zastavit, usmát se na své blízké a naladit se trochu optimističtěji, než si to „reál“ zaslouží. Třeba budeme překvapení, co bude následovat, třeba taky ne, ale... Alespoň o tom popřemýšlejte.

Na případná setkání v roce s třináctkou se těší

Pavel Neugebauer



## Pozvánka na předkongresové symposium **Management v ordinacích primární péče**

**AKCE SE KONÁ V RÁMCI 7. KONGRESU PRIMÁRNÍ PÉČE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE**  
TOP hotel Praha, Blažimská 1781, Praha 4, **28. února 2013** od 17.00 do 20.00

Pořadatel: SPLDD ČR

Odborný garant: MUDr. Pavel Neugebauer, předseda SPLDD ČR

Akce je zapsána do registru akcí celoživotního vzdělávání praktických lékařů, ohodnocena 3 kredity.



## Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

**MUDr. Pavel Neugebauer**  
předseda SPLDD ČR

**Konec roku s sebou vždy nese bilancování roku předchozího a nastavení podmínek pro rok následující. Pro nás bude jistě zajímavé, jak se bude dále vyvíjet postup největší VZP ve vztahu k úhradám. Přestože již dnes zaznamenáváme prodlužování splatnosti fakturací, kupodivu při jednáních tato zdravotní pojišťovna ukazuje svou vlídnější tvář a připustila jednání o námi vyžadované změně AKORDu na tzv. PedAkord. S ministerstvem zdravotnictví jsme se snažili najít konsensus v řešení problematiky zajištění novorozenců předčasně propuštěných do domácí péče, nicméně výstupem je práce na zabezpečení ochrany praktických dětských lékařů místo systémového řešení situace.**

1. 11.

Na půdě VZP proběhlo jednání o nastavení úhrad v roce 2013. Základní dodatek bude vycházet z dohody z dohodovacího řízení, tedy oproti roku 2012 by nemělo dojít k žádným změnám. Co se týká dodatku AKORD, diskutovali jsme o úpravách směrem k variantě PedAkord, tedy se specifikou pro PLDD. Po dlouhé době jsme odcházeli z jednání s pocitem, že na straně VZP je náš požadavek vnímán vážně a prostor pro změnu nastavení AKORDu se otvírá. Při tomto jednání jsme se nevyhnuli ani diskusi nad zjednodušením modelu vykazování očkování, který byl spuštěn nově od ledna 2012. I tady jsme zaznamenali určitý posun, nicméně ke shodě ještě povede delší cesta.

2. 11.

Předčasné propouštění novorozenců do domácí péče – téma mimořádného jednání Komise péče o dítě. Argumenty na straně

odborníků vycházející z reálných rizik pro novorozence, demagogie menšinových skupin na straně druhé, nerozhodnost ministra jako arbitra. Tak lze charakterizovat proběhlé jednání. Výstupem je tedy skutečnost, že my se zaměříme na definici ochrany PLDD, a to je vše, nějak z toho vypadává novorozenec, o kterého by mělo jít především...

3. 11.

V Průhonících u Prahy proběhla konference Sdružení. O výstupech jsme informovali již v předešlém čísle.

9. 11.

Komise pro metodiku zdravotních pojišťoven se sešla k dokončení úprav především ve vazbě na změněnou legislativu

15. 11.

Konec roku s sebou vždy nese bilancování činnosti, jinak tomu bylo i v případě pro-

jektu výživadětí.cz. Neradostná čísla o vývoji váhy dětí a jejich stravovacích návycích nás nutí se do budoucna zamýšlet, zda budeme schopni tento nepříznivý trend zvrátit.

20. 11.

Koalice soukromých lékařů se sešla ke svému pravidelnému jednání. O výstupech informujeme na jiném místě.

22. 11.

Na půdě VZP jsme se od právníků této pojišťovny dověděli, jaký záměr mají s rámcovými smlouvami. Doporučuji jen upravit terminologii vzhledem ke změně legislativy a svůj návrh zašlou k připomínkám.

## Poděkování

V roce 1992 jsem se rozhodl pro otevření privátní ambulance a od roku 1993 jsem se stal provozovatelem nestátního zdravotnického zařízení. Brzy mi došlo, že provozování privátní praxe s sebou přináší řadu úskalí a je nutné leccos změnit. Tak jsem se postupně zapojil do činnosti Sdružení. Brzy jsem pochopil, že je fůra lidí, kteří jsou ochotni často anonymně vyslovovat své kritické názory k organizaci činností ve své ordinaci, ale ochotou tyto názory prosazovat i za druhé zrovna neoplyvají. Proto jsem si vždy vážil a vážím těch, kteří to dokážou. Nemusejí mít vždy názory shodné s ostatními, ale bez nich bychom dnes neměli samostatný obor, bez nich bychom neměli dnes úhrady takové, jaké máme, bez nich by nebyl náš obor viditelný tak, jak je.

Rád bych tedy těm, kteří pomyslně nesli svou kůži na trh i za své kolegy, poděkoval.

**Děkuji vám, kolegyně Hanko Cabrnocová, Olgo Roškotová a Zdenko Adamová.**

Děkuji i vám, kolegové **Bohouši Procházko, Jirko Marku a Jirko Liško.**

Věřím, že na svou předešlou práci ve výboru naší odborné společnosti nezanevřete a v případě potřeby budete svým nástupcům dobrými pomocníky a rádci.

Za sebe a redakční radu

MUDr. Pavel Neugebauer



## Koalice soukromých lékařů

**Koalice soukromých lékařů řešila především problematiku legislativy a změn, které přinesl balíček tzv. reformních zákonů. Tentokrát vás informujeme o jednom z hodně diskutovaných témat, o přeregistracích. Již v minulém čísle jste si mohli přečíst korespondenci s resortním ministerstvem a dnes vám předkládáme text metodického pokynu, kdy problematika přeregistrace již dostává konkrétní podobu. Začátek roku s sebou samozřejmě nesl i zkušenosti s aplikací tzv. úhradové vyhlášky, Koalice se k tomuto tématu vyjádřila svým tiskovým prohlášením.**

### ■ I. DEKLARACE o společném postupu nemocnic při uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami ze dne 6. 11. 2012

Zástupci nemocnic sdružených v Asociaci českých a moravských nemocnic a v Asociaci krajských nemocnic se na společném zasedání dne 6. listopadu 2012 v Praze shodli na společném postupu při uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami a jeho zásady vyjadřují v této Deklaraci.

#### Společně odmítají

- Zveřejněné návrhy zdravotních pojišťoven na zrušení 30 nemocnic v blízké době a blíže nespecifikovanou redukcí péče poskytované v dalších 101 nemocnicích. Snahu realizovat tyto záměry prostřednictvím nových smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče považují za nepřijatelný nátlak.
- Celoplošnou, neřízenou a neprůhlednou restrukturalizaci nemocniční péče a optimalizaci sítě nemocnic uskutečňovanou bez zveřejnění jednoznačných pravidel a kritérií a bez garance příslušných orgánů veřejné správy.

#### Požadují

- Kontinuitu vývoje smluvních vztahů a na nich založené sítě nemocnic vyjádřenou pro smluvní období let 2013–2017 buď v prodloužení stávajících smluv na dobu následujících pěti let, nebo v uzavření nových smluv vycházejících ve sjednání rozsahu a struktury poskytované péče ze smluv stávajících, a to u akutní i následné péče.

#### Vyzývají

- Všechny nemocnice AČMN a AKN k jednotnému a koordinovanému postupu při uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami.

### Doporučují nemocnicím

- Neuzavírat smlouvy se zdravotními pojišťovnami do té doby, dokud neupustí od svých záměrů plošné redukce péče poskytované nemocnicemi, od vnučené restrikce rozsahu poskytované zdravotní péče v návrzích smluv a dokud nebudou ve svém jednání i vyjadřování respektovat nezpochybnitelný princip rovnosti smluvních stran.
- Jednotný postup všech nemocnic na území příslušných krajů společně s kraji; společný postup nemocnic krajů, nemocnic měst, soukromých i církevních nemocnic při uplatnění principu „žádná smlouva bez všech smluv v kraji, žádné smlouvy v kraji bez smluv v ostatních krajích“.
- Podepsáním plných mocí zmocnit svou asociaci k jednání o nových smlouvách se zdravotními pojišťovnami. Po dobu tohoto jednání se zdravotními pojišťovnami o nových smlouvách samostatně nejednat.
- Nové smlouvy na řádné pětileté období podepsat až po dohodě krajů a asociací nemocnic se zdravotními pojišťovnami o tom, že zdravotní pojišťovny ustoupí od záměru plošné restrikce nemocniční sítě prostřednictvím nově uzavíraných smluv.

### Deklarují

- Ochotu jednat o zefektivnění struktury nemocniční péče při řádně uzavřených smlouvách, v klidu a bez nátlaku za garance příslušných orgánů veřejné správy.

Zástupci shromážděných nemocnic považují tuto Deklaraci za otevřenou a vyzývají další poskytovatele nemocniční a obdobné péče, aby se ke společnému postupu při uzavírání smluv připojili.

Současně se obracejí na kraje, města, další sdružení poskytovatelů zdravotní péče, na další zdravotnické organizace a instituce, na odborové organizace a občanská sdružení a především na občany s žádostí o podporu postupu nemocnic.

Dále se obracejí na poslance a senátory Parlamentu České republiky s žádostí o projednání situace vzniklé postupem Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven na zasedáních obou komor Parlamentu.

JUDr. Jana Popovičová, Dr. Stanislav Fiala

### ■ II. Prohlášení Koalice soukromých lékařů (KSL) k restrukturalizaci lůžkové péče v ČR ze dne 20. 11. 2012

KSL sleduje vývoj v jednáních o restrukturalizaci lůžkové péče v ČR.

KSL považuje za správnou základní myšlenku, tj. že pacienti, jejichž potíže se dají řešit ambulantně, by měli být přesunuti právě do ambulancí a tímto mechanismem vzniklá **zbytečná lůžka, resp. nadbytečná oddělení či celá lůžková zařízení** by měla být bez náhrady zrušena.

Přesun pacientů musí být doprovázen i přesunem financí.

KSL je toho názoru, že v rámci tohoto procesu má docházet ke vzniku nových ambulancí jen tam, kde kapacita stávajících prokazatelně nestačí, přičemž v takovém případě musí jít o otevřený proces, tj. nová ambulance smí dostat smlouvu jen na základě pozitivního výsledku výběrového řízení, do něhož se mohou přihlásit všechna zdravotnická zařízení v regionu.

KSL podporuje myšlenku zveřejnění smluv mezi nemocnicemi a zdravotními pojišťovnami, a to včetně jejich částí týkajících se úhrady v nemocnicích poskytované ambulantní péče.

Za Koalici soukromých lékařů:

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

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory;



MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR;

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR;

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

### III. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 20. 11. 2012

#### 1. Jednání s náměstkem ministra zdravotnictví Ing. Petrem Noskem

- Zástupci Koalice pokračovali s Ing. Noskem v diskusi o současné situaci ve zdravotnictví, zejména o finančních otázkách souvisejících s „úhradovou vyhláškou“ na rok 2013.
- Přes uzavřené dohody je možné, že od 1. 1. 2013 dojde v souvislosti se změnou DPH v dohodnutých úhradách ke změnám. Ing. Nosek znovu potvrdil, že není možné očekávat nárůst finančních prostředků do systému, vláda opět zamítla navýšení plateb za státní pojištěnce, přestože MZ ČR tento požadavek opakovaně předkládá.
- Úhradová vyhláška nově zavádí koeficient přechodu pojištěnců, který má kompenzovat finanční problémy VZP. Bez tohoto opatření hrozí zpoždování plateb. Ing. Nosek informoval o nastavení úhrad pro jednotlivé segmenty poskytovatelů v návrhu obsahu vyhlášky:

- u ambulantních specialistů se přechází z půlročního na roční vyúčtování,
- u gynekologů nepřistoupilo MZ ČR na návrh nákupu péče, ale zvažuje stanovení limitu počtu genetických vyšetření u těhotných,
- zubní lékaři budou muset výhledově řešit rozpor mezi zákonem a vyhláškou u definic některých kódů,
- u praktických lékařů bude MZ ČR respektovat dohodu se zdravotními pojišťovnami,
- v segmentu lůžkové péče bude třeba sladit úhrady u velkých a malých nemocnic (viz materiál deníku Insider „Seznam základních sazeb VZP pro nemocnice“),
- oproti předcházejícímu období narostla výše úhrad pro komplement, zejména pro laboratoře. MZ ČR se bude snažit srovnat jejich finanční požadavky s příjmy v ostatních segmentech a zamezit dalšímu nárůstu.

Do připomínkového řízení bude návrh úhradové vyhlášky zaslán do 23. 11. 2012.

- U Seznamu výkonů došlo k úpravě již 2500 výkonů. K vydání kultivovaného seznamu dojde nejdříve k 1. 7. 2013 po prověření stability systému při ohodnocení bodu 1 korunou. K 1. 1. 2013 bude novela jen s reflexí na legislativní změny, které nastaly od 1. 4. 2012.

- Dr. Jojko požádal o důslednější kontrolu dodržování termínů plateb od zdravotních pojišťoven. Již nyní dochází ke zpoždování u VZP, která o této skutečnosti poskytovatele písemně informovala. Ing. Nosek přislíbil, že bude prosazovat zavedení sankcí za nedodržování platební morálky ZP.
- Zástupci Koalice informovali Ing. Noska o výzvě Asociace českých a moravských nemocnic a společném rozhodnutí KSL výzvu nepodpořit a nepřipojit se k prohlášení, které krizový štáb asociací nemocnic a dalších organizací vydal jako protest proti snižování lůžkových kapacit. Zástupci KSL se obávají nárůstu počtu privátních ambulantních praxí po odchodu lékařů z lůžkových zařízení, zejména rozšiřování ambulantní sféry bez dostatečného personálního a technického zabezpečení. Ing. Nosek se nedomnívá, že by hrozil výrazný nárůst, a řešení vidí ve vypisování výběrových řízení na smlouvu se ZP.
- Dr. Jojko připomenul červnovou schůzku, na které se hovořilo o výrazném nárůstu ZZ ambulantních specialistů, a zajímal se o výsledky šetření, zda u specialistů došlo skutečně ke zvýšení počtu ZZ, nebo jde o nárůst způsobený vyčleněním ambulancí z lůžkové péče. Systém současně zaznamenal růst plateb za péči poskytovanou ambulantními specialisty. Ing. Nosek slíbil, že se bude tímto problémem zabývat po vydání úhradové vyhlášky.

## Kongres primární péče

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

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

## 7. kongres primární péče s mezinárodní účastí

Motto: Lékař první volby

1. až 2. března 2013

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

Registrační formulář najdete na internetových stránkách [www.splcr.cz](http://www.splcr.cz), [www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz) a [www.ahou.cz](http://www.ahou.cz).

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



## Čeští pacienti budou moci nově dostávat orgány od cizinců

Českým pacientům by mohly být už příští rok nově transplantovány orgány také od cizinců, kteří v Česku zemřeli. Změnu má přinést novela transplantčního zákona, kterou Sněmovna poslala do závěrečného schvalování. Poslanci o předložení rozhodnou nejdříve příští týden.

Ministři zdravotnictví Leoši Hegerovi (TOP 09) se nepovedlo schvalování uspíšit tak, aby bylo už tento pátek. Novelou se dál nepřipouští darování orgánů za odměnu. Žijícím dárčům by ale mělo být kompenzováno nepohodlí a omezení kvůli darování a pokryty výdaje a ztráty příjmu. Norma počítá také s příspěvkem pro pozůstalé na vypravení pohřbu dárce. Nová pravidla mají sjednotit transplantční zákon s právem EU, které v ostatních zemích Unie umožňuje darování orgánů cizincům včetně Čechů. Novela stanoví, že když je cizinec držitelem dárcovské karty, znamená to, že s darováním orgánů souhlasí. Pokud cizinec není držitelem této karty, lékaři budou muset zjistit například přes Koordinační středisko transplantací, zda dříve vyslovil nesouhlas s posmrtným odběrem svých orgánů. Nutné bude také navázat kontakt s pozůstalými. Poslanec Pavel Bém (dříve ODS) požadoval, aby se k odběru orgánů mohlo přistoupit v případech, kdy se předpokládá souhlas zemřelého cizince s transplantací nepodaří do 72 hodin ověřit. Novela naopak transplantaci po uplynutí této lhůty zakazuje. Sociální demokrat Miroslav Svoboda navrhl zvýšit na 30 000 korun platbu od zdravotních pojišťoven na transplantaci orgánů od dárce po mozkové smrti, neboť dosavadních 20 000 korun prý náklady nepokryje. Bém doporučil v zákoně zpřesnit vymezení práce Koordinačního střediska transplantací. Podobně jako Svoboda chce stanovit pravidla, aby nebylo možné přednostně přidělit odebraný orgán konkrétnímu nemocnému. Novela uvádí i náklady, které by se zavedením kompenzací a pohřebného měl stát. Při pohřebném 5000 korun by stát ročně vydal za v průměru 250 zemřelých 1,25 miliónu korun. Na náhradu výdajů a ušlého zisku v souvislosti s darováním orgánů při průměrném počtu 40 žijících dárců, průměrném měsíčním příjmu 25 000 korun a pracovní neschopnosti v průměru šest týdnů by státní rozpočet ročně vydal 620 000 korun.

Zdroj: čtk, 12. 12. 2012

Podle dostupných informací stouply náklady na léky o 7 %. Zástupci KSL se domnívají, že problém je na straně lékáren, nikoliv lékařů.

## 2. Věkové omezení při uzavírání smluv se ZP

Zástupci KSL diskutovali o svých zkušenostech s lékaři, kteří pokračují v práci i v důchodovém věku a blokuji tak pracovní místa pro mladé absolventy lékařských fakult. Společně konstatovali, že věkové omezení pro uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou by bylo diskriminující, řešením je hodnocení kvality práce. Dr. Šmatlák seznámil členy KSL s tím, že praktičtí lékaři zakládají agenturu, která by kvalitu poskytované péče hodnotila, a navrhl zjistit, jak tento problém řeší v ostatních evropských státech.

## IV. Stanovisko Koalice soukromých lékařů (KSL) ze dne 12. 12. 2012

**Koalice soukromých lékařů, která zastupuje prakticky všechny segmenty ambulantní péče, zásadně odmítá poslanecký návrh – pozměňovací návrh poslanců Jiřího Skalického, Borise Šťastného a Jiřího Rusnoka – k vládnímu návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech (sněmovní tisk 783), konkrétně navrhovanou úpravu § 80 a 82, dle nichž by měla být zavedena povinnost předepisovat léky povinně prakticky jen elektronicky.**

**Žádáme, aby navrhovatelé vzali tento pozměňovací návrh zpět, případně aby jejich poslanecká sněmovna nepřijala, a aby problematika elektronizace zdravotnictví byla řešena systémově, tj. odborným jednáním pod gescí ministerstva zdravotnictví.**

**Žádáme, aby případné další legislativní návrhy týkající se elektronického zdravotnictví prošly řádnou a podrobnou odbornou diskusí a legislativním procesem a nebyly jen přílepkami jiných zákonů.**

### Zdůvodnění:

Zavedení opatření s tak významným dopadem na několik desítek tisíc poskytovatelů zdravotní péče není možné provádět bez jakéhokoli projednání s odbornou veřejností, bez řádného připomínkového řízení, bez zvážení a prodiskutování všech dopadů a komplikací. Tedy řešení takto závažné

otázky formou pozměňovacího návrhu – přílepku – zásadně odmítáme.

Rovněž odmítáme postup, kdy je bez jasného zhodnocení benefitů, nákladů, technického řešení a náročnosti apod. formou zákona nejprve určité opatření přijato, a to bez promyšlení a prodiskutování dalších návazností, přičemž výhrady se odbudou konstatováním, že vzhledem k odložené účinnosti o dva roky bude dosti času tyto „detaily“ dořešit následně. Tak závažnou otázku, jako je zavedení povinnosti předepisovat léky elektronicky, nelze odbýt dvěma odstavci zákona.

Z odůvodnění návrhu není vůbec zřejmý účel návrhu (kromě povinného elektronického předpisu jako takového) ani očekávaný přínos. Zcela chybí zakalkulování nákladů na straně poskytovatelů, a to jak finančních, tak např. časové náročnosti atd., a to vše v době, kdy příjmy systému zdravotního pojištění jako celku stagnují, reálné příjmy zdravotnických zařízení klesají a Všeobecná zdravotní pojišťovna platí většinu poskytovatelů se zpožděním. Odmítáme takovéto zbrklé prodražování zdravotní péče v ČR.

Po věcné stránce jsme si jisti, že by přijetí tohoto návrhu nebylo přínosem ani pro pacienty, ani pro lékaře (poskytovatele), ani by neznamenal ekonomický přínos pro systém veřejného zdravotního pojištění. Realitou by byl pravý opak. Realitou by bylo místo až úplné zablokování průchodnosti ambulancí s významným prodloužením čekacích dob na vyšetření. Návrh by zcela jistě nebyl ekonomickým přínosem, ale sám o sobě by zavinil zhoršení dostupnosti zdravotní péče pro pacienty.

Za koalici soukromých lékařů:

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

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory;

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR;

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR;

MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR

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





# Odpoř' na připomínky k návrhu ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti



Předseda vlády České republiky

**Petr NEČAS**

V Praze dne 20. listopadu 2012  
Č.j.: 12823/2012-KP V

Vážený pane doktore,

v úvodu své odpovědi bych Vám chtěl poděkovat za Váš dotaz a za příležitost vysvětlit několik skutečností, které ve svém dopise zmiňujete. Zároveň bych Vám rád nabídl argumenty, které, jak pevně věřím, pomohou vyvrátit Vaše obavy týkající se budoucího vývoje systému veřejného zdravotního pojištění.

Cílem navrhovaného ústavního zákona o rozpočtové odpovědnosti je zajistit stabilitu a dlouhodobou udržitelnost veřejných financí v České republice. V současné době v zemích jižního křídla Evropské unie probíhající dluhová krize ukazuje, jak závažný problém může vzniknout bez důrazu na zdravý vývoj veřejných financí. Přestože naše země patří k ekonomikám s nižší mírou veřejného zadlužení, nastolené trendy nejsou příznivé. Navíc před námi stojí výzva v podobě řešení potenciálních závazků souvisejících s budoucím demografickým vývojem, které se projeví jak v důchodovém systému, tak i systému zdravotní péče.

Navrhovaný ústavní zákon obsahuje některé základní principy, které by systém veřejných financí měl do budoucna sledovat. Systému zdravotní péče a veřejného zdravotního pojištění se ústavní zákon dotýká ve dvou oblastech:

- Ustanovení věnovaná zdravotním pojišťovněm jsou zaváděna především v rámci tzv. dluhové brzdy. Jde o systém limitů a na ně navazujících opatření, s jejichž pomocí by měla být zajištěna stabilizace dluhové kvóty. Klíčová je zejména signalizační funkce tohoto nástroje. V žádném případě by nemělo jít o operativní nástroj určující každodenní fungování jednotek zařazených do sektoru veřejných institucí. Spuštění dluhové brzdy by mělo bránit neúměrnému nárůstu finančních rizik

a zároveň také neadekvátnímu přenášení dluhového břemene na budoucí generace. Tento mimořádný nástroj bude aplikován ve chvíli, kdy se výše veřejného dluhu České republiky přiblíží k úrovni 60 % HDP, která funguje jako psychologická hranice a k jejímu dodržení jsme se zavázali při vstupu do Evropské unie.

- Dále je nově pro zdravotní pojišťovny, stejně jako pro všechny další jednotky zařazené do sektoru veřejných institucí (vymezeného dle Evropského systému národních a regionálních účtů – ESA 95), zavedena povinnost sestavovat rozpočet a jeho střednědobý výhled. Veřejné zdravotní pojišťovny tvoří nedílnou součást výše zmíněného sektoru a jejich hospodaření se přímo promítá do výsledků fiskální politiky, které podléhají rozpočtovému dohledu ze strany Evropské unie. Tyto ukazatele jsou zároveň sledovány mezinárodními institucemi, ratingovými agenturami a zejména pak investory. V uvedeném požadavku nicméně není třeba spatřovat žádný zásadní odklon od stávající praxe. Jeho zavedení umožní získat konzistentní datovou základnu o hospodaření veřejného sektoru. Zdravotně-pojistné plány sestavované zdravotními pojišťovnami a schvalované Poslaneckou sněmovnou Parlamentu České republiky navíc již dnes obsahují tzv. bilanci příjmů a výdajů, kterou do budoucna bude možné nahradit zmiňovaným rozpočtem.

Vzhledem k tomu, že regulovanou veličinou v rámci dluhové brzdy je poměr veřejného dluhu vůči hrubému domácímu produktu v běžných cenách, k jejímu nárůstu v zásadě vedou dva hlavní faktory, a to vysoké schodky hospodaření sektoru veřejných institucí, které nebylo možné financovat prodejem aktiv, nebo snížení, resp. stagnace výkonnosti národního hospodářství.

Návrh ústavního zákona konkrétně požaduje, aby zdravotní pojišťovny při úrovni veřejného dluhu v rozmezí mezi 45 až 48 % HDP sestavily rozpočet s výdaji nepřevyšujícími výdaje schválené v předchozím roce. Tento požadavek při výpadku hlavního zdroje financování činnosti zdravotních pojišťoven, kterým jsou příjmy z pojistného na veřejné zdravotní pojištění, umožňuje zapojit rezervy vytvořené v minulých letech či navýšit platbu státu za státní pojištění, a to až do výše výdajů předchozího roku. To umožňuje vyrovnat výkyv způsobený vývojem hospodářského cyklu a zároveň v situaci, kdy nelze vyloučit, že jde o strukturální změnu v hospodářském vývoji, brání nárůstu výdajů systému zdravotní péče. Přestože v obecné rovině podporují a prosazují proticyklický charakter fiskální politiky, při aplikaci dluhové pravidla se tento dostává do rozporu s požadavkem na fiskální konsolidaci. Lze očekávat, že dluhová brzda urychlí a lépe zacílí fiskální konsolidaci, protože tento režim nebude trvat déle než dva či tři roky. Pokud by tomu tak nebylo, dochází v rámci dluhové brzdy k stupňování požadavků, kdy při úrovni podílu veřejného dluhu na HDP vyšším než 48 % je u zdravotních pojišťoven požadováno sestavení vyrovnaných rozpočtů. V takovém případě může vláda rozhodnout o navýšení platby za tzv. státní pojištění a zajistit pro systém veřejného zdravotního pojištění dodatečné finanční zdroje.

Ústavní zákon o rozpočtové odpovědnosti reaguje na exogenní vývoj a zároveň vytváří pojistku upevňující národní fiskální rámec. Ústavní zákon je svou právní silou v rámci právního řádu nadřazen běžným zákonům, je proto logické, že před jeho účinností bude nezbytné novelizovat řadu platných právních předpisů. Toho jsem si plně vědom a tato skutečnost je také jedním z důvodů,



### Na jihu Moravy klesá počet dětských úrazů, zřejmě díky prevenci

Na jižní Moravě klesá počet dětských úrazů. Zásahu na tom má zřejmě program Fakultní nemocnice Brno, která pořádá preventivní akce a shromažďuje údaje o úrazech dětí. Na konci příštího roku všechna data vyhodnotí a pomůže tak například změnit riziková místa, na kterých se děti často zraňují. ČTK o tom informovala mluvčí nemocnice Anna Mrázová. Cílem programu je snížit počet dětských úrazů o jednu třetinu oproti roku 2010.

„Už nyní lze říct, že počet dětských úrazů se na jižní Moravě snížil,“ řekla ČTK Mrázová. V Česku se zraní 450 000 dětí ročně. V roce 2010 následkem úrazu zemřelo 310 dětí, loni 276 dětí, pokles je tedy patrný. Zhruba 40 000 případů si vyžádá hospitalizaci, 450 úrazů bývá závažných.

Cílem lékařů podle mluvčí je, aby se zraněné dítě dostalo do péče jednoho z osmi českých traumacentr, která zaznamenají charakter úrazu a jak se stal. Informace vyhodnotí a dostanou tak seznam nejrizikovějších míst a aktivit, se kterými se bude dále pracovat. Jihomoravské traumacentrum slouží 1,8 miliónu lidí, využívá ho například i část Vysočiny. Při úrazu pod něj spadá zhruba jedna pětina českých dětí.

Za dva roky trvání projektu lékaři zorganizovali několik preventivních programů. „Rozdávají se například letáky nebo pořádáme školení pro praktické lékaře. Ti by potom rodičům měli říct, čím je jejich dítě v tom kterém věku ohroženo nejvíce a na co si mají dát pozor,“ řekl ČTK lékař Ladislav Plánka. Lékaři také kontaktují výrobce rizikového zboží, například trampolín, a radí jim ohledně bezpečnostních prvků. Program prevence dětských úrazů, v němž se propojí všechna traumacentra a společně budou sbírat data, se zkušebně spustí 1. ledna 2013. Centrum dětské úrazové prevence ve Fakultní nemocnici Brno nyní řídí všechny preventivní aktivity v ČR.

Zdroj: ČTK, *zdravi.E15.cz*, 14. 12. 2012

proč u ustanovení týkajících se zdravotních pojišťoven byla do návrhu ústavního zákona zařazena odložená účinnost od 1. ledna 2018. Přípravované právní předpisy plně zohlední nový ústavní zákon o rozpočtové odpovědnosti.

Dluhová brzda je spojena s relativně přísnými sankcemi týkajícími se činnosti vlády, která v okamžiku překročení 50% hranice zadlužení veřejného sektoru musí Poslaneckou sněmovnu Parlamentu České republiky požádat o vyslovení důvěry. Nelze po vládě požadovat splnění takto striktního požadavku, který může vést až k politické destabilizaci země, aniž má při vyšších úrovních veřejného dluhu zajištěnu součinnost dalších subjektů zařazených do sektoru veřejných institucí. U zdravotních pojišťoven může tato skutečnost být o to závažnější, že od roku 2014 vstoupí v účinnost nový statistický standard pro rozpočtový dohled – ESA 2010, který do dluhu řadí i dlouhodobé dodavatelské úvěry.

K omezení stávajícího institutu vyjednávání mezi zdravotními pojišťovnami a zástupci poskytovatelů zdravotní péče v rámci dohodovacího řízení dochází již v současné době. Výdajové nároky systému veřejného zdravotního pojištění vyplývají zejména z vyhlášky o stanovení hodnoty bodu a výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Nedojde-li k dohodě nebo Ministerstvo zdravotnictví shledá, že dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnotu bodu a výši úhrad vyhláškou. Domnívám se, že vyrovnanost systému veřejného zdravotního pojištění lze v mimořádném režimu dluhové brzdy považovat za otázku veřejného zájmu a Ministerstvo zdravotnictví proto může stanovit hodnotu bodu a výši úhrad vyhláškou, čímž zajistí naplnění požadavku definovaného ústavním zákonem.

Vedle návrhu ústavního zákona obsahujícího dluhovou brzdu, na jejíž aplikaci byla nalezena základní politická shoda, je připravován navazující zákon o pravidlech rozpočtové kázně, který by měl obsahovat operativní numerická fiskální pravidla pro hospodaření sektoru veřejných institucí. Samotný návrh ústavního zákona již předpokládá zavedení výdajového pravidla, které koncepčně navazuje na pravidlo střednědobého tempa růstu upravených výdajů, které bylo při nedávné novelizaci zařazeno do přímo aplikovatelného nařízení upravujícího

preventivní část Paktu stability a růstu. Je otázkou dalšího jednání, jaká míra zapojení zdravotních pojišťoven do tohoto pravidla bude možná. Protože pravidlo ve středním horizontu počítá se sladěním tempa růstu upravených výdajů a růstu průměrného potenciálního produktu, lze v zásadě říci, že umožňuje, aby výdaje zdravotních pojišťoven závisely na ekonomické bilanci zdravotních pojišťoven a bilanci systému veřejného zdravotního pojištění, která při stabilním vývoji plateb za státní pojištěnce primárně odráží vývoj inkasa z pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

Na systém veřejného zdravotního pojištění, dle mého názoru, nelze nahlížet jako na standardní formu pojištění, tedy platbu, již se pojištěnec zajišťuje proti negativním důsledkům nahodilosti. V systému veřejného zdravotního pojištění navíc nelze předpokládat fungování principu ekvivalence. Míra solidarity mezi pojištěnci, která zásadním způsobem ovlivňuje hospodaření systému, je otázkou politického rozhodnutí. Pojistné na veřejné zdravotní pojištění má z pohledu daňové teorie obdobné ekonomické dopady jako důchodové daně. Rozdíl lze spatřovat jen v jeho účelovosti.

Poté, co vláda schválí návrh ústavního zákona, lze očekávat politickou diskusi na půdě Poslanecké sněmovny, kterou očekávám zejména v oblasti šíře pásem dluhové brzdy či účinnosti jednotlivých ústavním zákonem navrhovaných opatření.

Na závěr bych Vám chtěl poděkovat za konstruktivní a věcný přístup a nabídnout Vám v případě Vašeho zájmu další diskusi nad připravovanými legislativními změnami v oblasti veřejných zdravotních služeb. Otázku vnímám jako velmi důležitou a plně si uvědomuji, že právní předpis tohoto druhu musí vycházet z co možná nejširší celospolečenské shody.

S pozdravem

Vážený pan  
MUDr. Václav ŠMATLÁK  
předseda Sdružení praktických lékařů ČR  
U Hranic 3221/16, Praha 10



## Přeregistrace a Ústavní soud

**Dovolujeme si vás informovat o výstupech z rozhodnutí Ústavního soudu. Změny vešly v platnost vydáním ve Sbírce zákonů. Celá situace může dostat ještě řady změn, budou ale spíše jen technického charakteru, na základní podstatě rozhodnutí se nic nezmění. Dovolujeme si vám proto nabídnout základní informace tak, jak zazněly na konci loňského roku.**

### ■ I. Informace kanceláře Sdružení a předsedy MUDr. Pavla Neugebauera

1) Dosavadní provozovatelé nestátních zdravotnických zařízení nemusejí žádat o novou registraci. Ústavní soud zrušil v zákonu o zdravotních službách třiletou lhůtu k přeregistraci. Podle nálezu neexistuje pro novou registraci objektivně zjištělý důvod.

Komentář:  
Co víme:

- neplatí povinnost požádat o přeregistraci do 31. 12. 2012
- neplatí lhůta, že podle „staré“ registrace mohou poskytovat zdravotní služby jen 3 roky, mohou tedy do neurčita
- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, změnil některé náležitosti registrace
- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, uložil možnost sankcí, pokud nesplní a nedoplní nové povinnosti v souvislosti s registrací
- ten, kdo si požádal o přeregistraci, je z výše uvedené možné sankce vyviněn, neboť proces doplnění již zahájil

Co nevíme:

- jak se ke změně postaví krajské úřady – snažíme se zjistit
- jak postupovat dále, asi ne cestou přeregistrací, ale doplnění registrace – na postupu pracujeme s právníky
- jak to bude se správním poplatkem, pokud byl již uhrazen, zda mohou požádat o vrácení – na postupu pracujeme s právníky

**Závěr: V horizontu několika dní dáme podrobnější výstup po analýze s právníky, každopádně, kdo nepodal žádost o přeregistraci, tak nechtě v tuto chvíli vyčká dalších pokynů, což se týká i těch, kteří žádost již podali.**

2) Ústavní soud vyškrtl v zákonu o zdravotních službách dva paragrafy věnované Národnímu registru zdravotnických pracovníků. Norma například stanovovala, jaké údaje se v registru objeví, dále popisovala zacházení s daty a jejich poskytování.

Komentář:  
Dobrá zpráva, není co dodat.

3) V záležitosti vysokých pokut sice nedošlo ke zrušení těchto ustanovení, ale Ústavní soud zdůraznil povinnost přiměřenosti sankce, to znamená, že pokuta musí zohlednit závažnost přestupku. Zdravotnická zařízení, včetně soukromých lékařů, přitom mají právo obrátit se na nezávislý soud, včetně Ústavního.

Komentář:  
Platilo i dosud, jen se zvýraznila přiměřenost, takže lepší varianta.

### ■ II. Informace prezidenta ČLK MUDr. Milana Kubka

#### Vítězství České lékařské komory u Ústavního soudu

Vážené kolegyně a kolegové,

Ústavní soud svým rozhodnutím ze dne 27. 11. 2012 zrušil tzv. přeregistraci podle zákona o zdravotních službách. **Všechna stávající zdravotnická zařízení, včetně soukromých lékařů, se tedy automaticky stávají poskytovateli zdravotních služeb, nemusejí tedy absolvovat byrokratický proces přeregistrace a nemusejí žádat o žádná nová oprávnění k poskytování zdravotních služeb.**

Zákon o zdravotních službách v podobě prosazené tandemem Heger – Šnajdr byl prvním krokem k likvidaci části soukromých lékařů. Jsem rád, že se nám alespoň pro tuto chvíli

toto nebezpečí podařilo zažehnat s pomocí skupiny 20 senátorů vedených členkou představenstva ČLK kolegyní Dernerovou, která 6. 1. 2012 podala ústavní stížnost zpracovanou právníky ČLK.

**Ústavní soud dále zrušil také ministrem Hegerem prosazované státní registry zdravotníků. To znamená, že registr lékařů dále povede pouze ČLK,** registr stomatologů Česká stomatologická komora a registr lékárníků Česká lékárnická komora. Díky rozhodnutí Ústavního soudu nebudou zdravotníci muset své citlivé osobní údaje sdělovat státu, který je hodlal shromažďovat za nejasných podmínek a za nejistým účelem.

**V otázce drakonických pokut za často velmi banální pochybení, které do zákona prosadilo ministerstvo zdravotnictví, Ústavní soud sice příslušná ustanovení zákona přímo nezrušil, ale zdůraznil, že sankce udělované správními orgány musejí být nejenom vždy přiměřené závažnosti provinění, ale také to, že lékaři i zdravotnická zařízení mají právo se proti jejich tvrdosti odvolávat k soudu, včetně soudu Ústavního.**

Vážené kolegyně a kolegové, náš spor sice trval dlouho, ale podařilo se nám ho dotáhnout do vítězného konce.

S kolegálním pozdravem  
MUDr. Milan Kubek – prezident ČLK

### ■ III. Stanovisko právního oddělení ČLK

Nález Ústavního soudu po vyškrtnutí příslušných vět formuloval nově přeregistraci nikoliv jako povinnost, nýbrž jen jako možnost. Tudiž pokud lékař nepodal žádost o přeregistraci, nic se neděje a může svou soukromou praxi provozovat dále na základě dosavadní registrace bez časového omezení. Nic víc



pro další provoz praxe dělat nemusí, nově se na základě dosavadní registrace považuje automaticky za poskytovatele podle zákona č. 372/2011 Sb. Pokud by však lékař čistě z formálních důvodů přeregistraci chtěl, nic mu v tom nebrání, ale dělat to opravdu nemusí. Není k tomu potřeba přijetí novely zákona, Ústavní soud tuto povinnost zrušil samotným nálezem, k uveřejnění do Sbírký zákonů má podle § 57 odst. 4 zákona o Ústavním soudu povinnost předseda ÚS zaslat nálezu neprodleně poté, co vypracuje písemné vyhotovení. Toto písemné vyhotovení má být podle zákona hotovo do 30 dnů od ústního vyhlášení, tudíž by do konce roku ještě mělo být zveřejněno ve Sbírce zákonů. Nicméně i pokud by se tak nestalo, rozhodně to neznamená jakoukoliv překážku, neboť ze zákona vypadlo omezení platnosti dosavadních registrací na pouhých 36 měsíců, naopak tuto časovou neomezenost zákon vrátil, bez ohledu na datum zveřejnění a bez

ohledu na to, zda lékař žádost o přeregistraci již podal, nebo tak už nově na základě nálezu učinit nehodlá, protože nemusí.

Pokud už lékař žádost o přeregistraci podal a dosud o ní nebylo rozhodnuto, má dvě možnosti. Buď nechat řízení doběhnout a přeregistraci si nechat vydat (jak bylo výše uvedeno, zákon to jako možnost nevyklučuje), anebo žádost vzít zpět a dále provozovat svou praxi podle dosavadní registrace, která zůstala pouhým podáním žádosti o přeregistraci nedotčena. Jestliže by lékař podanou žádost vzal zpět, ustanovení § 7 odst. 1 písm. a) zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, uvádí, že na žádost osoby správní úřad vrátí zaplacený poplatek v plné výši, nebyl-li proveden požadovaný úkon, vymezený v jednotlivých položkách sazebníku, a nejde-li o poplatek, jehož předmětem je správním úřadem přijatá žádost, návrh, přihláška, podnět, námítka,

ohlášení nebo oznámení. Vzhledem k tomu, že podle sazebníku poplatků v příloze tohoto zákona se správní poplatek váže až k vydání rozhodnutí o oprávnění podle zákona č. 372/2011 Sb., nikoliv jen k pouhému podání žádosti, povinnost, aby krajský úřad vrátil poplatek, zde vzniká. Je tedy třeba, aby v tomto případě k zpětvzetí žádosti lékař připojil i větu, že žádá o vrácení poplatku. Není třeba argumentovat protiústavností, jednak možnost přeregistrace byla i tak zachována, ale hlavně, nárok na vrácení poplatku v tomto případě automaticky vychází ze zákona nezávisle na nálezem Ústavního soudu. V příloze naleznete aktuálně proškrtaný text § 121 zákona č. 372/2011 Sb., v takové podobě zákon zůstává po nálezem Ústavního soudu.

Zdraví a hezký den přeje  
Mgr. Bc. Miloš Máca, právní oddělení ČLK



pro **suchou**, citlivou a **atopickou** pokožku

- základní celotělová péče
- vstřebávání lipidů v průběhu celé koupele
- aktivní obnova kožní bariéry

Úhrada ZP\*!



Výhradní zastoupení pro ČR a SR  
Medac spol. s r.o. | Sirotkova 45 | 616 00 Brno | linola@medac.cz  
www.linolaprodeti.cz

**Linola Fett Ölbad**

**Složení:** 100 g tekutého přípravku obsahuje Paraffinum liquidum 48,0 g, Lipidoacetoesteres mixti 44,0 g, Alcohola c 10-16 cetylhydroxypropylenata 1,0 g, Aloxifolia c 10-16 cetylhydroxyenata 6,0 g  
**Indikace:** K podrážděné kůži suchých nebo lupičích se dermatit, jako např. psoriáza (lupénka) a neurodermatis (endogenní ekzém). Přípravek lze použít u dospělých, dětí i kojenců.  
**Kontraindikace:** Při precitlivlosti na léčivé a pomocné látky. Při akutních formách pustulární psoriázy, poranění kůže. Při horečnatých onemocněních, tuberkulóze, těžkých srdečních vadách a poruchách krevního oběhu, jakž i vysokého tlaku by se nemělo využívat nejen přírodních lázeň, ale ani používat přípravek Linola-Fett-Ölbäd.  
**Dávkování a způsob podání:** Pokud není lékařem předepsáno jinak, použije se takto: Pro první koupel: 30-40 ml přípravku Linola-Fett-Ölbäd Při částečné koupeli: 2 ml přípravku Linola-Fett-Ölbäd. Při sprchování 20 ml přípravku Linola-Fett-Ölbäd. Pěně nebo částečné koupeli používejte po dobu 4 týdnů. Koupel je možno provádět každé 2-3 dny. Délka koupel by neměla přesáhnout 20 minut. U kojenců a malých dětí postačí několikamnitová koupel.  
**Nežádoucí účinky:** Časté: b-1% - x10% vyskyt lokálně omezené kožní reakce, zarudnutí a pění nebo svědění kůže. Držitel rozhodnutí o registraci: Dr. August Wolff GmbH & Co. KG Arzneimittel, Sudbrackstrasse 56, D-33611 Bielefeld. Reg. č.: 46/196/93-C

\* podmínky úhrady - viz. článek VZP nebo na www.suki.cz





## Posudková činnost a potřeba ošetřování

**Začátkem roku pokračuje cyklus seminářů Management lékařské praxe s tématem posudkové činnosti. Krom pozvání na tento seminář otiskujeme jeden z výstupů k problematice vystavování a ukončování Potřeby ošetřování dítěte. Máte-li zájem se s posudkovou činností seznámit blíže, navštivte některý ze seminářů, jejichž nabídku naleznete na stránkách Sdružení – [www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz).**

### ■ I. Stanovisko lékařky Posudkové komise MPSV

Kontaktovala jsem krajskou metodičku nemocenského pojištění stran odpovědi na dotazy přítomných pediatriů a zde jsou její odpovědi.

1. V případě, že zaměstnankyně ošetřuje nemocné dítě a v průběhu potřeby ošetřování bylo přijato do nemocnice a s ním i jeho matka jako průvodce, potom je matka na dobu pobytu v nemocnici uznána práce neschopnou, popř. čerpá dovolenou, a ne náleží jí ošetřovné. Přijetím ošetřovaného do nemocnice se potřeba ošetřování přerušuje.

2. Pokud mají manželé dvě děti a každý rodič ošetřuje jedno dítě, mají oba nárok na ošetřovné po dobu 9 dnů. Pokud matka ošetřuje jedno dítě a po 9 dnech vznikne potřeba ošetřování u druhého dítěte opět na 9 dnů, má nárok na 18 dní OČR.

3. Potřeba ošetřování začíná dnem, v němž ji ošetřující lékař zjistil. Ošetřující lékař může v odůvodněných případech rozhodnout, že potřeba ošetřování vznikla dřívějším dnem než dnem uvedeným ve větě první, nejvýše však 3 kalendářní dny přede dnem, v němž potřebu ošetřování zjistil.

4. Ošetřující lékař rozhodne o ukončení potřeby ošetřování, zjistí-li vyšetřením, že potřeba ošetřování pominula, a to dnem, kdy tuto skutečnost zjistil, nebo nejpozději třetím kalendářním dnem následujícím po dni tohoto vyšetření.

5. Dále jsem zjistila, že dopředu vystavit ošetřovné nelze, tato možnost neexistuje (ošetřující lékař vystaví v den, kdy dítě vidí).

6. Dotaz na invaliditu z mládí, kdy dítě navštěvuje speciální školu při svém zdravotním postižení, které by odůvodňovalo přiznání invalidity 3. stupně:

Po podání žádosti o invalidní důchod bude důchodovým oddělením vyžádáno potvrzení školy, dle kterého se stanoví, o jaký typ školy se jedná a zda se pak jedná o povinnou školní docházku či zda se jedná o přípravu na budoucí povolání, a z toho se rozhodne, zda bude dítě posuzováno jako invalida z mládí, nebo zda půjde o invaliditu obecnou.

MUDr. Jana Maxová  
vedoucí lékařka, Posudková komise MPSV  
v Plzni

### ■ II. Stanovisko právníka Sdružení

**Věc: Stanovisko ohledně postupu při vystavování a ukončování ošetřování dle zák. č. 187/2006 Sb. (zejména jak lze vystavit, případně ukončit zpětně či naopak do budoucna)**

**Mgr. Jakub Uher**

Problematika je řešena v zákoně číslo 187/2006 Sb., konkrétně v ustanovení § 68.

Dle tohoto ustanovení ošetřující lékař rozhodne o vzniku potřeby ošetřování, jestliže vyšetřením zjistí, že:

- dítě mladší 10 let je nemocné nebo utrpělo úraz,
- osoba, která dovršila aspoň 10 let, je nemocná nebo utrpěla úraz a její zdravotní stav vyžaduje nezbytně ošetřování jinou osobou,
- žena, která porodila, vyžaduje z důvodu stavu v době bezprostředně po porodu nezbytně ošetřování jinou osobou,
- fyzická osoba, která jinak pečuje o dítě mladší 10 let, onemocněla, utrpěla úraz, nastaly u ní situace uvedené v § 57 odst. 1 písm. b) nebo c) nebo porodila, a proto nemůže o toto dítě pečovat.

#### **Kdy potřeba ošetřování začíná?**

Potřeba ošetřování začíná dnem, v němž ji ošetřující lékař zjistil. Ošetřující lékař může v odůvodněných případech rozhodnout, že

potřeba ošetřování vznikla dřívějším dnem než dnem uvedeným ve větě první, nejvýše však 3 kalendářní dny přede dnem, v němž potřebu ošetřování zjistil.

#### **Kdy je potřeba ošetřování ukončena?**

Ošetřující lékař rozhodne o ukončení potřeby ošetřování,

- a) zjistí-li vyšetřením, že potřeba ošetřování pominula, a to dnem, kdy tuto skutečnost zjistil, nebo nejpozději třetím kalendářním dnem následujícím po dni tohoto vyšetření,
- b) jestliže se fyzická osoba uvedená nedostaví k ošetření nebo kontrole zdravotního stavu nebo osoba poskytující ošetřování dítěti mladšímu 10 let se nedostaví ke kontrole potřeby ošetřování s tímto dítětem, a to v den, který jí byl určen, aniž by tato osoba prokázala existenci vážných důvodů, pro které se k tomuto ošetření nebo kontrole nemohla dostavit; potřeba ošetřování se ukončí tímto dnem.

#### **Tedy k termínům vzniku a ukončení (vystavení je vždy den vyšetření) lze konstatovat:**

**Vznik** – potřeba ošetřování začíná dnem, v němž ji ošetřující lékař zjistil, a to bez ohledu na to, zda zaměstnanec v tento den směnu odpracoval či nikoliv (podle § 40 odst. 2, věty druhé, však vznikla-li potřeba ošetřování /péče/ dnem, v němž má zaměstnanec směnu již odpracovanou, počíná podpůrní doba následujícím kalendářním dnem); ošetřující lékař tedy nezjišťuje, zda zaměstnanec směnu již odpracoval.

V odůvodněných případech může lékař rozhodnout o tom, že potřeba ošetřování vznikla v minulosti. Pak vystaví zpětně, ale nejdéle tři dny zpětně. Odůvodněným případem je především případ, kdy ošetřující lékař nemohl být navštíven, a to jak z důvodu jeho nedosažitelnosti, tak z důvodu na straně ošetřované osoby (jejího zdravotního stavu). Pro účely ošetřovného nelze potřebu ošetřování (na rozdíl od dočasné pracovní



neschopnosti) uznat zpětně o více než 3 kalendářní dny (ani se souhlasem orgánu nemocenského pojištění).

**Ukončení** – opět zpravidla bude ukončení dnem, kdy je provedeno vyšetření, ale zákon umožňuje ukončit nejdéle tři dny po provedeném vyšetření. Samostatným (administrativním) důvodem k ukončení je skutečnost, že se osoba nedostaví ve stanovený den ke kontrole bez vážného důvodu (vážný důvod by měla osoba oznámit a prokázat předem, jinak by mělo být ukončeno).

**Shrnu-li tedy:**

**Rozhodnutí musí být vydáno a datováno vždy dnem, kdy je provedeno vyšetření.**

Potřeba ošetřování může vzniknout nejdříve tři dny před vyšetřením (vydáním rozhodnutí o vzniku). Potřeba ošetřování nemůže nikdy vzniknout do budoucna.

Tedy mohu ve čtvrtek rozhodnout o tom, že potřeba ošetřování vznikla v pondělí, ale nemohu rozhodnout, že vznikne v pátek. Ukončení může být maximálně tři dny do budoucna, ale nikdy nemůže být zpětně.

Tedy mohu ve čtvrtek rozhodnout o tom, že potřeba ukončování skončí v neděli, ale nemohu rozhodnout o tom, že skončila ve středu.

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

## Posudek, nebo donesený formulář?

**Dotaz:**

Jak má vypadat posudek pro pacienty do školky, na letní tábory? Měl by být ve třech kopiích?

**Odpověď:**

Formuláře jsou pro rodiče k dispozici v kolektivních zařízeních a ta si ho stahují z webových stránek Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Lékař formuláře potvrzuje, nikoliv je vydává rodičům.

MUDr. Milan Kudyn

**Dotaz:**

Ale dotazník, který si rodiče přinesou z MŠ, potvrdíme, ale kromě toho vydáváme „posudek trojmo“, pro nás, pro rodiče, pro MŠ. Je tedy myšleno, že si přinesou dotazník z MŠ ne jedenkrát, jak to nosí dnes, ale trojmo?

**Odpověď:**

Vyjdou-li ze zákona č. 373/2012 Sb., účinnost od 1. 4. 2012, platí:

- vždy, když posuzuji zdravotní způsobilost k čemukoli, musím vydat posudek se všemi náležitostmi dle vyhlášky číslo 98/2012 Sb.,
- stejnopis tohoto posudku mám mít v dokumentaci,
- stejnopis posudku mám vydat pacientovi, případně i další osobě (pokud například žádá zaměstnavatel, dostane také jeden originál).

Pokud si někdo přinese nějaký svůj formulář posudku, klidně ho mohu použít, ale pouze

když splňuje všechny náležitosti (viz výše), což donesené formuláře popravdě velmi často nesplňují. I pokud jej ale použiji, stejně bych ale měl mít jeho stejnopis (kopii) založenou v dokumentaci.

Pokud však náležitosti nesplňuje, pak vystavím svůj posudek se vším všudy a mohu vedle něj potvrdit posudkový závěr i na doneseném formuláři, který však není posudkem.

Minimální náležitosti jsou:

- a) identifikační údaje
  1. posuzované osoby – v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení, datum narození, adresa místa trvalého pobytu posuzované osoby, popřípadě místo pobytu na území České republiky, jde-li o cizince,
  2. poskytovatele, jehož jménem posuzující lékař lékařský posudek vydal, a to identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno, adresa sídla nebo místa podnikání, razítko poskytovatele,
  3. lékaře, který posudek jménem poskytovatele vydal, a to jméno, popřípadě jména, příjmení a podpis lékaře,
  4. pořadové číslo nebo jiné evidenční označení posudku,
- b) účel vydání posudku,
- c) posudkový závěr,
- d) poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání,
- e) datum vydání posudku,
- f) datum ukončení platnosti posudku, pokud je třeba na základě zjištěného

zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti omezit jeho platnost, nebo pokud tak stanoví jiný právní předpis.

Mgr. Jakub Uher

**Dotaz:**

Písmeno d: poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání. Tuto větu musíme vpisovat do formuláře, který přinesou z MŠ? A když se rodič zeptá, kam si to má jít přezkoumat, co odpovíme?

Dále bod 4: pořadové číslo nebo jiné evidenční označení posudku. To znamená, že si budeme muset zavést sešit na zápisy, protože nemůžeme v hlavě držet, kolikáté potvrzení vydáváme? To budou také kontrolovat, zda je evidence čísel?

**Odpověď:**

Poučení musí být na posudku – tedy buď vystavím posudek svůj (ideální), nebo je musí obsahovat (kromě všech ostatních náležitostí) posudek přinesený.

Pokud vystavím posudek svůj, už na donesený materiál, který není posudkem, poučení nevypisuji.

Evidenční číslo by mělo být a s tím podle mne celkem souvisí, že bych si měl vést nějakou evidenci evidenčních čísel.

Mgr. Jakub Uher



## Zpráva ze zahraniční cesty – zasedání výkonného výboru a předsednictva ECPCP Budapešť

**MUDr. Gabriela Kubátová**

Zahraněční komise SPLDD

Ve dnech 10.–11. 11. 2012 jsme se zúčastnili s MUDr. Jilichovou Novou zasedání VV a předsednictva ECPCP (Evropská konfederace primárních pediatrií) v Budapešti.

Základním tématem schůzky bylo „Kam jdeme?“ – nejenom cíle ECPCP, ale kam se ubírá evropská primární pediatrie.

Nové stanovy ECPCP, které umožní členství asociacím ze států, které nejsou členy EU, byly zaregistrovány u Prefektury du Rhone.

V úvodu byli představeni noví členové předsednictva z Kypru, Španělska, Maďarska, Izraele, Švýcarska, Německa a České republiky. Významným personálním posílením je dr. Emanuel Katz, který působil jako prezident IPA – International Paediatric Association, v současnosti je poradcem ministra zdravotnictví v Izraeli a má na starosti reformu vzdělávání v pediatrii.

Prezident ECPCP dr. Luis Sanchéz Santos zdůraznil, že je důležité, aby se ECPCP zviditelnila na národních úrovních. Na té evropské bude mít za úkol obhajování a prosazování primární pediatrické péče na úrovni autorit EU.

Dr. Sanchéz Santos navrhl vypracovat aktualizovaný seznam předsedů národních asociací primární péče a aktualizovaný seznam všech oficiálních delegátů. V rámci úkolů pro delegáty bude 2× ročně vypracování písemné „zprávy o činnosti“ z pohledu, jakým způsobem se dostávají informace o aktivitách ECPCP ke členům národních asociací. Dále budou delegáti informovat ECPCP o zajímavých aktivitách a akcích jednotlivých národních asociací primární péče. Tyto zprávy se rozešlou mailem všem delegátům pro vzájemnou informovanost, spolupráci a inspiraci pro jejich další činnost. Rovněž zdůraznil, že je nutné zatraktivnit webové stránky ECPCP, lepší propojení s národními webovými stránkami. Byla vytvořena pracovní skupina pro web. Zodpovědným je dr. Peter Altorjai z Maďarska, členem této PS je i dr. Kubátová. Zodpovědnost za vědeckou náplň webových stránek budou mít jednotliví delegáti, a to tak, že se budou po 2–3 měsících střídát. Bylo navrženo i založení elektronického časopisu.

SPA – Strategic Paediatric Alliance. Dr. Elke Jaeger Roman, postprezidentka ECPCP, kritizovala SPA za její nečinnost. SPA vznikla před 2 lety iniciativou izraelských a italských primárních pediatrií. Záštitu této aktivitě o rok později poskytly EAP, ECPCP, EPA (European Paediatric Association). SPA má za úkol lobbying za primární pediatrii na úrovni europarlamentu, Rady Evropy a WHO. Zatím se nekonalo žádné vzájemné jednání. Roční příspěvek 5000 eur ECPCP poskytne až po vyžádání zprávy o činnosti za rok 2012 a plánu činnosti pro rok 2013 od dr. Stefana Del Torsa – zástupce vedení SPA.

COSI projekt – dr. Gottfried Huss informoval o průběhu studie EAPRAS.net o hodnocení kvality péče v jednotlivých státech EU ve spolupráci s COSI projektem. Předběžné výstupy z této studie budou zpracovány a prezentovány na meetingu EAP-COSI v Bruselu v prosinci 2012. Současně běží revize ukazatelů, kterých je 43, a rozřazování do jednotlivých okruhů (kurativa v ordinaci, vybavení ambulance, management praxí apod.). V současnosti se řeší i problémy s financováním projektu. Část nákladů je hrazena z EAP. Nutné zjistit, jestli ve fondech EU pro roky 2013–14 není projekt pro primární pediatrickou péči. V lednu 2013 se bude konat workshop COSI v Berlíně. ECPCP projedná, jak bude projekt finančně podporovat. Některé asociace primární péče (Španělsko) mají zájem o závěry pro svá jednání ohledně efektivity péče poskytované PLDD na úrovni ministerstva zdravotnictví. Vznikla nová pracovní skupina pro Curriculum pro pediatrickou primární péči. Iniciátory jsou Španělé, členy této PS jsou státy, které mají vypracované curriculum. Skupina španělských delegátů připravila dotazník ohledně formy vzdělávání v primární péči v jednotlivých členských státech ECPCP. Tato pracovní skupina bude řešit i otázku kompetencí PLDD.

Za Českou republiku je členem dr. Jilichová Nová. Specializace primární pediatrie je jenom ve 3–4 státech ve světě, někde je subspecializace, většinou je jenom specializace pediatrie.

Dr. Emanuel Katz a dr. Yona Amitai informovali o přípravě kongresu ECPCP v červenci 2013 spolu s kongresem izraelských primárních pediatrií. Členem organizačního výboru, vědecké komise je i dr. Jilichová Nová.

Kongresu WONCA, který se bude konat 25.–29. 6. 2013 v Praze, se za ECPCP zúčastní s prezentací dr. Luis Sanchéz Santos. Druhý den zasedání byl věnován jednotlivým pracovním skupinám a připravovaným projektům.

Dr. Yona Amitai informoval o připravované dotazníkové studii o screeningu v novorozeneckém a dětském věku. Dr. Marie Noel Robberecht informovala o projektu T.E.A.CH.E.R. (Training to Educate Asthmatic Children in Europe) – projekt na trénink lékařů.

Další připravované studie jsou: Práva dětí v primární pediatrii (dr. Suszana Kovács, Maďarsko). V Maďarsku běžela studie mezi PLDD, GP a školními lékaři v letech 2008–2009. Výstupy budou prezentovány na kongresu ECPCP v Tel Avivu a poté publikovány. Je připravována nová studie v rámci EU – dotazník pro PLDD a dotazník pro národní asociaci primární péče (dr. Emanuel Katz, Izrael). Prevence úrazu u dětí (dr. Gabriela Páll, Maďarsko). Zatím není v Evropě studie k této problematice. Prevence úmrtí následkem úrazů se řeší v Evropě různými způsoby. Hlavním cílem je otázka, co může PLDD udělat v každodenní praxi pro prevenci. Poslední připravovaná studie – monitoring růstu. Všechny studie budou prováděny formou dotazníku za využití SurveyMonkey Service.

Prezentace uvedené na zasedání v Budapešti a zápis ze zasedání bude k dispozici na webových stránkách ECPCP. Delegáti z jednotlivých států mají přístup ke všem dokumentům formou Dropboxu, kde byla zřízena adresa pro ECPCP.

Krátké zasedání VV a předsednictva ECPCP bude v průběhu kongresu ECPCP v Tel Avivu v červenci 2013, pracovní zasedání opět na podzim 2013.



## Informace OSPDL ČLS JEP

**MUDr. Hana Cabrnchová**  
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

### ■ Stanovisko OSPDL ČLS JEP k závěrům Pracovní skupiny pro porodnictví MZ ČR

Výbor naší odborné společnosti podporuje stanovisko prezentované v „Prohlášení odborných společností“ na zasedání Komise pro porodnictví MZ dne 30. 10. 2012 (zveřejněno v minulém čísle časopisu VOX).

V následujícím textu se postupně vyjadřujeme k jednotlivým otázkám a prezentovaným závěrům:

#### 1. Postavení porodní asistentky a její kompetence

Naše společnost reprezentuje praktické lékaře pro děti a dorost (PLDD), a proto se přednostně budeme vyjadřovat k otázce péče o novorozence a návaznosti na péči neonatologickou v případě porodu ve zdravotnickém zařízení. Porodní asistentky vnímáme jako nezastupitelnou součást celého týmu zdravotníků, kteří pomáhají matce zajistit bezpečný porod a následnou péči o rodičku a novorozence. V oblasti péče o novorozence má pak nezastupitelnou roli vyškolená dětská sestra, která je v primární péči součástí komplexní péče o novorozence; na rozdíl od porodních asistentek jsou dětské sestry pouze zaměstnanci ordinací pediatrií, současně ale mají kompetence pro samostatnou práci v případě návštěvních služeb v domácím prostředí. Mohou tedy poskytovat péči i v domácím prostředí, která je hrazená ze zdravotního pojištění a je zajištěna dětskou sestrou s podstatně vyšší kvalifikací v této oblasti, než jaká je požadována pro porodní asistentky. Jakékoliv rozšiřování kompetencí porodních asistentek do oblasti péče o novorozence a jejich případný zájem o úhradu této péče ze zdravotního pojištění považujeme za zbytečnou duplicitu poskytované zdravotní péče a neuvážené plýtvání prostředky zdravotního pojištění.

#### 2. Vyjádření k porodům v domácnosti

Naše společnost souhlasí se stanoviskem prezentovaným jako společné stanovisko ČLS JEP:

Porod v domácnosti je v současné době v našich podmínkách nezodpovědným hazardem se zdravím a životy (prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., předseda České lékařské společnosti JEP, v dopise ministru zdravotnictví ze dne 11. 6. 2012). Poskytovatelé porodnické péče i laické kruhy by měli ženy od tohoto rozhodnutí vrazovat. Pokud se těhotná přece rozhodne родit v domácím prostředí (porod by choice), jedinou státem zajištěnou pomocí může rodička očekávat od RZP. Při porodu v domácnosti by chance jsou samozřejmě všichni zdravotničtí pracovníci povinni poskytnout rodičům a novorozenci první pomoc a zajistit jejich transport do zdravotnického zařízení.

V praxi se ale také setkáváme s ojedinělými případy, kdy jsme kontaktováni matkou (rodičkou dítěte) po porodu doma s žádostí o převzetí novorozence do naší péče. V žádném případě nechceme tuto péči o novorozence odmítnout, ale s ohledem na ochranu našich kolegů pokračují samostatně na toto téma jednání na MZ ČR v rámci Komise péče o dítě a připravujeme metodický pokyn, který bude řešit nejen otázku poučení matky o rizicích takového postupu, ale i doporučení pro ambulantní kontrolu novorozence v lůžkovém zařízení k vyloučení závažného ohrožení dítěte, které by pak muselo být řešeno hospitalizací i přes nesouhlas rodičů. V případě ambulantní kontroly bude možné provést klinické a případně i laboratorní vyšetření, které závažné ohrožení může pak odhalit. V rámci ambulantní kontroly je možné zajistit, případně naplánovat základní screeningová vyšetření. Po této kontrole je možné převzít novorozence do péče a tato péče pak může být dále plně hrazena ze zdravotního pojištění. Jiné alternativy považujeme za tzv. nadstandard.

Ambulantní kontrola může pomoci řešit i péči o novorozence, jehož rodiče dále nevyhledají pediatra, neboť registrace u dětského lékaře není v ČR povinná. Sama kontrola ale rovnocenně nenahradí 24hodinové monitorování zdravotního stavu dítěte v lůžkovém

zařízení a v tomto smyslu je nutné rodiče také poučit.

#### 3. Vyjádření k porodním domům

Otázku existence tzv. porodních domů považujeme za problematiku, ke které se musejí vyjádřit především kolegové dalších odborností (gynekologové, neonatologové). Z našeho pohledu nás jen překvapuje diskuse o této alternativě za situace, kdy MZ ČR spolu se zdravotními pojišťovnami správně prosazuje rušení některých porodnic, kde je množství porodů natolik nízké, že lze vyjádřit určité pochybnosti o kvalitě zajištění komplexní péče o novorozence i rodičku.

#### 4. Vyjádření k „ambulantním porodům“

Naše společnost se v současnosti podílí v rámci Komise péče o dítě na MZ ČR na novelizaci metodického pokynu k propouštění novorozenců ze zdravotnického zařízení. Dále trváme na požadavku pobytu v porodnici v délce 72 hodin a na tom, že předčasně propuštění i s ambulantní kontrolou rovnocenně nenahradí 24hodinové monitorování zdravotního stavu dítěte v lůžkovém zařízení. V případě předčasně propuštění nesou rodiče za zdravotní stav dítěte plnou odpovědnost.

V souladu s textem uvedeným v bodě 2. připravujeme text poučení o těchto rizicích pro rodiče a doporučení pro oblast péče o novorozence v případě tzv. ambulantního porodu. Naším požadavkem bude obdobně jako v bodě 2., aby tento metodický pokyn obsahoval doporučení ambulantní kontroly novorozence v lůžkovém zařízení na oddělení neonatologie, případně pediatrie do 24 hodin od předčasně propuštění. S výsledky této ambulantní kontroly převeze PLDD novorozence do péče. Jiný postup považujeme za tzv. nadstandard.

#### 5. Zkvalitňování péče

Naše odborná společnost považuje péči o novorozence za oblast, kde ČR dosahuje vynikajících výsledků. Na základě vyhlášky MZ ČR o náplni a provádění preventivních prohlídek je dán interval pro převzetí





novorozence do péče PLDD lhůtou 48 hodin, přičemž slovo „zpravidla“ má řešit otázku, kdy tento interval není naplněn z důvodů délky období pracovního klidu. Má-li být z těchto důvodů tento interval mimořádně delší, je matce nabídnuto zabezpečení péče o novorozence ještě i v rámci novorozeneckého oddělení. S ohledem na klesající porodnost je ale v zájmu PLDD, aby byly dodrženy podmínky dané vyhláškou.

Případy předčasného propuštění z porodnice na žádost matky, případně péči o novorozence porozeného v domácím prostředí, chceme řešit připravovaným metodickým pokynem a dosáhnout tak zkvalitnění péče i v těchto situacích. Je ale třeba mít na mysli, že registrace u PLDD je ze zákona nepovinná.

### ■ Informace k novým doporučením pro provádění vyšetření pětiletých dětí

V prosinci za podpory OSPDL ČLS JEP vychází ve vydavatelství MediMedia Information, spol. s r.o., praktický materiál s názvem ZRALOST 5 – orientační posouzení psychického vývoje pětiletých dětí. Jedná se o test určený k posouzení psychického vývoje dítěte během pětileté preventivní prohlídky. Test připravili dětské psychologové PhDr. Václav Mertin a PhDr. Lenka Krejčová, Ph.D., a byl sestaven tak, aby odpovídal aktuálním poznatkům z oboru dětské psychologie. Skládá se ze dvou základních částí – kresby postavy a popisu obrázku. Lékař dítě ohodnotí pomocí jednoduchého záznamového archu. Podrobný návod na práci s testem je součástí materiálu.

Test ZRALOST 5 bude distribuován ZDARMA praktickým dětským lékařům, a to prostřednictvím reprezentantů společnosti Berlin-Chemie/A.Menarini Ceska republika s.r.o., která vydání tohoto materiálu sponzorovala.

V dalším kole bychom rádi umístili text na [www.detskylekar.cz](http://www.detskylekar.cz), aby byl kdykoliv k dispozici k vytištění pro použití v našich praxích. Firma zatím podpoří jen zdarma distribuci, ostatní by mělo být předmětem dalších jednání.

### ■ Screening sluchu – výsledky mezioborové konference, stanovisko směrem k MZ ČR

Konference proběhla v Praze Na Homolce dne 29. 11. 2012. Po krátké mezioborové diskusi zástupců ORL, neonatologů, naší společnosti a za podpory organizátorů tohoto setkání byla souhlasně domluvena podpora společnému materiálu směrem k MZ ČR, aby v metodice týkající se screeningu sluchu u novorozenců byla povinnost PLDD odeslat dítě na screening vázána jen na případy, kdy dítě je nedonošené a je třeba provést vyšetření později, případně pro provedení rescreeningu.

Primární screening je třeba provést vždy v porodnici, je třeba docílit vyhláškou, aby všechny porodnice měly přístroje na provedení vyšetření OAE, nelze dávat na zodpovědnost PLDD, že to mají zajistit. Vyšetření se má provádět 2.–4. den u dítěte ve spánku na novorozeneckém oddělení!

### ■ Informace o předání diplomu čestného členství MUDr. Kargerovi a MUDr. Halaškové



JEP

Dovoluji si vás informovat, že poslední zasedání výboru naší společnosti v tomto volebním období proběhlo ve velmi milé slavnostní atmosféře, jejíž součástí bylo předání významného ocenění – diplomu čestného členství v naší společnosti za mimořádné zásluhy o obor našim dvěma kolegům – Petru Kargerovi a Helence Halaškové. Byla tak započata tradice ocenění kolegů za mimořádnou práci, kterou vykonali ve prospěch rozvoje našeho oboru a vzdělávání PLDD.

Kolegové, děkujeme vám!

Připravila a loučí se s vámi  
MUDr. Hana Cabrnchová

### ■ Malá diferenciální diagnostika v pediatrii

Dovolte mi v souvislosti s článkem MUDr. M. Sukové upozornit na velmi užitečnou knížku Malá diferenciální diagnostika v pediatrii od hlavních autorů a pořadatelů prof. MUDr. J. Lebla, CSc., doc. MUDr. J. Bronského, Ph.D., a kolektivu (prof. J. Janda, CSc., MUDr. S. Koloušková, CSc., MUDr. J. Mališ, MUDr. Š. Průhová, Ph.D., MUDr. M. Suková a doc. MUDr. M. Šnajderová, CSc.), na kterou ve svém článku paní doktorka odkazuje. V kapitole Bledé dítě najdete podrobněji diferenciální diagnostiku anémií, co vyšetřovat a jak léčit v ordinaci PLDD. Přehledné tabulky pomohou ke snazší orientaci v této problematice.

Knížka je návodem, jak postupovat v situacích různých příznaků a odchylek, s nimiž pacient přichází do ordinace PLDD, jakých vyšetřovacích metod použít, co léčit v ordinaci PLDD, co poslat ke specialistovi. Knížku obdrželi účastníci v rámci 10. Pediatrického kongresu v Liberci a stane se jistě častou pomůckou, po které s důvěrou sáhne.

MUDr. Olga Roškotová  
PLDD Litoměřice  
Akreditované pracoviště



# Současný pohled na diagnostiku a léčbu hereditární sférocytózy (HS)

Doc. MUDr. Dagmar Pospíšilová, Ph.D.

Dětská klinika Lékařské fakulty Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice v Olomouci

## ■ Definice

Hereditární sférocytóza (HS) je nejčastějším typem vrozené hemolytické anémie ve střední a severní Evropě a Severní Americe. Je charakterizována anémií, extravaskulární hemolýzou, ikterem a splenomegalií. Její incidence je udávána v rozmezí 1 : 2000–3000 obyvatel.

## ■ Etiologie a patogeneze

Příčinou HS jsou mutace genů kódujících proteiny membrány erytrocytů:  $\alpha$ - a  $\beta$ -spektrinu, ankyrinu, proteinu 4.2 a pruhu 3. Tyto proteiny jsou součástí složitěho komplexu vnitřní části erytrocytární membrány nazývaného cytoskelet. Podílejí se různým způsobem na udržování deformability erytrocytu a jeho odolnosti při průchodu mikrocirkulací (obr. 1). Jednotlivé proteiny cytoskeletu zajišťují horizontální a vertikální interakce mezi cytoskeletem a zevní lipidovou dvojrůstvou. Při izolované nebo kombinované poruše struktury a funkce uvedených proteinů není

lipidová dvojrůstva dostatečně zakotvena ke spektrinovému síti. Současně se zvyšuje propustnost erytrocytární membrány pro sodík, což zvyšuje energetické nároky na transport sodíku z erytrocytu. Při průchodu slezinnými sinusy se v důsledku těchto změn oddělují části membrány erytrocytu s následnou ztrátou jeho povrchu vzhledem k vnitřnímu objemu, což vede ke změně tvaru erytrocytu z bikonkávního na kulovitý nebo elipsoidní. Vzniká sférický erytrocyt – sférocyt, který je osmoticky fragilní a má sníženou deformabilitu při průchodu mikrocirkulací. Sférocyty proto předčasně zanikají v monocyto-makrofágovém systému sleziny a mají tak zkrácený poločas přežívání.

Dědičnost HS je v 75 % případů autozomálně dominantní, ve zbývajících případech recesivní. U recesivně dědičné HS se většinou jedná o *de-novo* mutace. Nejčastější příčinou HS jsou mutace genů pro ankyrin (30–60 % případů), proteiny pruhu 3 (20–30 % případů), méně často  $\beta$ -spektrin

(15–30 %), vzácně  $\alpha$ -spektrin a protein 4.2 (pod 5 %).

## ■ Klinický obraz

Klasickými klinickými příznaky HS jsou **anémie** s různě vyjádřeným anemickým syndromem, **žloutenka** a **splenomegalie**. Klinická symptomatologie však může být velmi variabilní od těžké anémie s plně rozvinutým anemickým syndromem, výrazným ikterem a splenomegalií k lehkým formám s dobře kompenzovanou chronickou hemolýzou bez anémie, projevující se pouze mírným ikterem. Ke stratifikaci závažnosti anémie je používáno dělení na těžkou, středně těžkou a lehkou formu HS (tabulka 1).

Výrazná hyperbilirubinémie bývá přítomna již v novorozeneckém věku. V některých případech je nutná fototerapie, výjimečně i výměnná transfuze. Frekvence výskytu ikteru vyžadujícího fototerapii je u novorozenců s HS výrazně vyšší než u zdravých novorozenců. V novorozeneckém věku dochází u pacientů s HS v důsledku fyziologického

Tabulka 1: Klasifikace hereditární sférocytózy

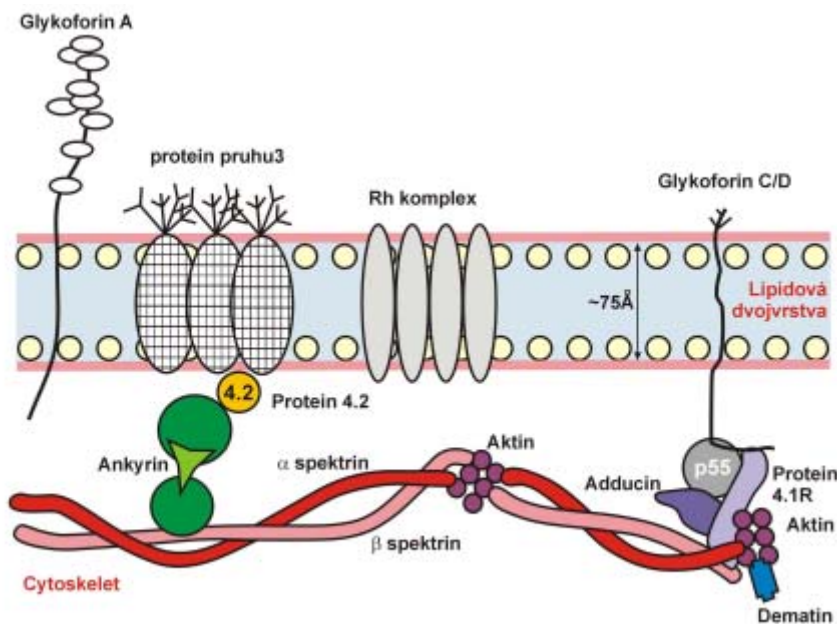
Forma HS	Lehká	Středně těžká	Těžká
Hb (g/l)	110–150	80–110	60–80
Retikulocyty (%)	1,5–6	nad 6	nad 10
Bilirubin ( $\mu$ g/l)	17–34	nad 34	nad 50
Splenektomie	většinou není nutná	ve školním věku, před začátkem puberty	nezbytná, pokud lze, po 6. roce věku

Tabulka 2: Laboratorní testy používané k diagnostice hereditární sférocytózy

Název metody	Cíl měření	Senzitivita, specifita
Glycerolový test	Čas absorbance ery po přidání glycerolu	Pozit. u AIHA, G-6PD a PK deficitu, přetrvávání HbF
Ektacytometrie	Laserová viskozimetrie, měří deformabilitu ery	Pozit. u poruchy erytrocytární membrány, srpkovité anémie
Test kryohemolýzy	% hemolýzy po ochlazení ery z 37 °C na 0 °C	Pozit. u HS, **CDA II, eliptocytozy
EMA (vazba eozin-5-maleimidu)	Snížení fluorescence po značení ery EMA (průt. cytometrie)	Pozit. u HS, *HPP, **CDA II a kryohydrocytozy

\* Hereditární pyropoikilocytóza,

\*\* Kongenitální dyserythropoetická anémie typu II



Obr. 1: Schematické znázornění struktury erytrocytární membrány

útlumu erythropoezy často k výrazné anemii, nejčastěji v průběhu 2. a 3. týdne života. V těchto případech je nutné včas podat transfuzi erytrocytární masy. Novorozencům z rodin s pozitivní anamnézou výskytu HS u rodičů je proto potřeba věnovat zvýšenou pozornost vzhledem k vyššímu riziku rozvoje ikteru a rychlé anemizace.

Infekce, teplota a stres vedou obvykle k urychlení hemolýzy. Proto se intenzita ikteru pravidelně zvyšuje při interkurentních infekcích. U nadpoloviční většiny pacientů se v první dekádě života vyvíjejí žlučnické kameny, které jsou symptomatické pouze u části pacientů.

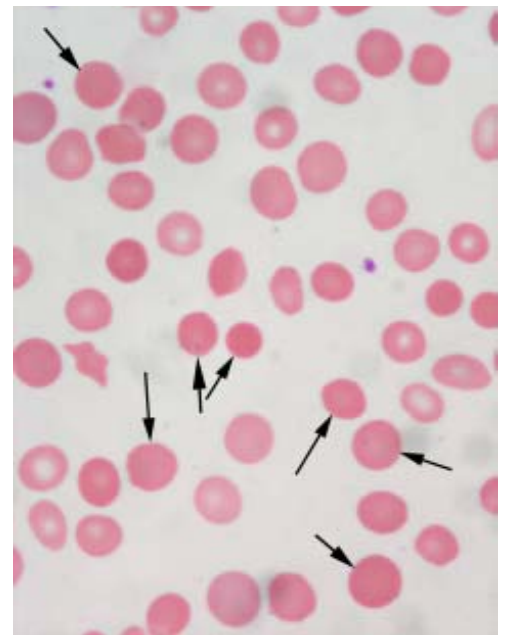
K prudkému poklesu hladiny hemoglobinu dochází u pacientů s HS při primoinfekci parvovirem B19. Rozvíjí se tzv. **tranzientní aplastická krize**, která je způsobena depresí erythropoezy a je charakteristická rychlým poklesem hemoglobinu na extrémně nízké hodnoty.

### ■ Laboratorní nálezy a diagnostika

Pro diagnózu HS svědčí normocytární, méně často mikrocytární anémie, retikulocytóza, zvýšená koncentrace Hb v erytrocytu a anizocytóza. V nátěru periferní krve nacházíme anizocytózu a hyperchromazii erytrocytů s typickými sférocitami (obr. 2), kterým chybí

centrální projasnění, a zvýšený počet retikulocytů. V kostní dřeni je patrná hyperplazie erythropoezy. Při biochemickém vyšetření se nacházejí známky extravaskulární hemolýzy: zvýšení hladiny nekonjugovaného bilirubinu, laktátdehydrogenázy (LDH), nízká hladina haptoglobinu a urobilinogen v moči.

Vyšetření osmotické rezistence erytrocytů prokazuje sníženou odolnost sférocytů vůči hypotonickému prostředí zředěného fyziologického roztoku. Normální krvinky lyzují v 0,32–0,44% roztoku NaCl, sférocit lyzují již v 0,52% NaCl s maximem v 0,44% NaCl. Zvýšena je současně i autohemolýza erytrocytů při inkubaci ve vlastní plazmě (normální hodnoty – do 0,5% za 24 hodin a do 3,5% erytrocytů za 48 hodin). Autohemolýza se upraví k normě po dodání glukózy či ATP. Patologický nález při vyšetření osmotické rezistence však není přísně specifický pouze pro HS a provedení testu vyžaduje poměrně vysoké nároky na množství odebrané krve. K průřezu poruch membrány erytrocytů jsou dnes proto využívány další testy: glycerolový test, ektacytometrie, měření fluorescence po vazbě eozin-5-maleimidu pomocí průtokové cytometrie (EMA) a test kryohemolýzy (tabulka 2). Test kryohemolýzy i EMA test je možno provádět i u novorozenců, u kterých je potřeba vyloučit HS v rámci diferenciální diagnózy ikteru. Srovnání dostupných vyšetřovacích metod je uvedeno v tabulce 2.



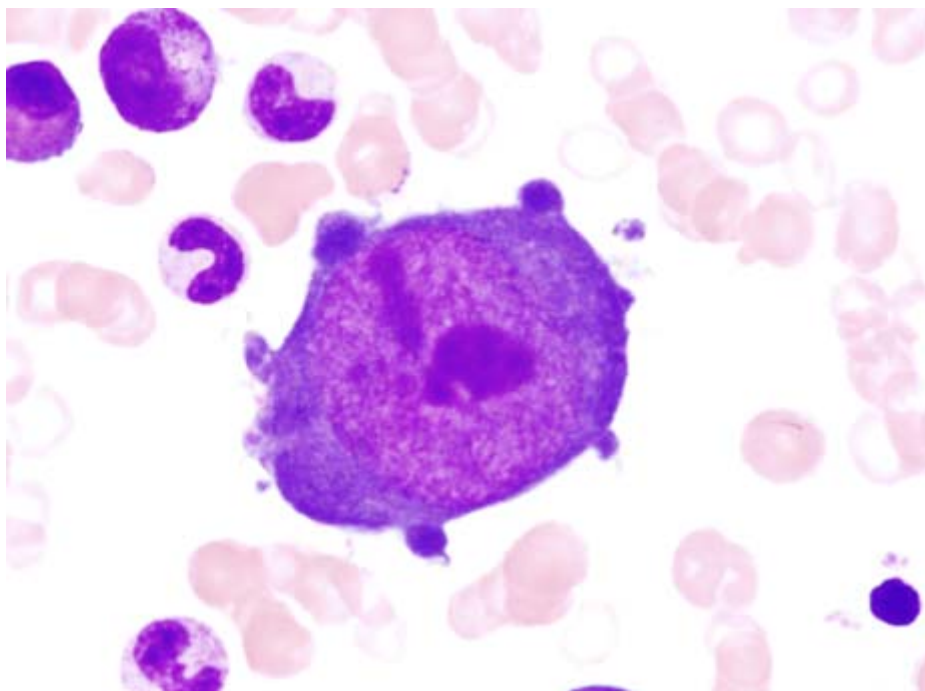
Obr. 2: Sférocit v nátěru periferní krve u dítěte s HS

Pro potvrzení diagnózy jsou dnes nejčastěji používány test kryohemolýzy a EMA.

### ■ Komplikace hereditární sférocytózy

#### Cholecystolitiáza

Cholecystolitiáza je častou komplikací pacientů s HS, incidence významně narůstá po desátém roce života. Ve věku 20–30 let je cholecystolitiáza popisována u více než 40% pacientů. U dětí s HS a současně s Gilbertovým syndromem riziko cholecystolitiázy stoupá 4–5×. Názory na nutnost provedení cholecystektomie při cholecystolitiáze nejsou jednotné. Doporučenou indikací pro provedení cholecystektomie je plánovaná splenektomie a současně prokázaná cholecystolitiáza. Někteří autoři nahrazují cholecystektomii pouze cholecystotomií s odsátím konkrementů, neboť po splenektomii je riziko recidivy litiázy malé. Cholecystektomie je indikována u symptomatické litiázy, nejednotný přístup je u asymptomatických pacientů s prokázanými konkrementy. V posledních letech je možné cholecystolitiázu řešit i cestou ERCP, sfinkterotomií nebo extrakorporální litotripsí. Cholecystolitiáza u pacientů s lehkou formou HS není jednoznačnou indikací ke splenektomii, publikovaná data prezentují jako dostatečné provedení cholecystektomie. Zkušenosti ukazují, že recidiva litiázy není častá a ve



Obr. 3: Obrovský proerytroblast typického vzhledu s výběžky cytoplazmy v kostní dřeni pacienta s infekcí parvovirem B19

většinu případů není v pozdější době nutná splenektomie.

#### Hemolytická krize

Hemolytické krize se objevují převážně v souvislosti s virovými infekcemi a jsou nejčastější u malých dětí do 6 let věku. Jsou provázeny mírným přechodným vzestupem bilirubinu, zvýšením splenomegalie a prohloubením anémie a retikulocytózy. Kromě běžné symptomatické léčby a klidu na lůžku většinou není potřeba žádná léčebná intervence. Závažná hemolytická krize, která může být doprovázena bolestmi břicha, zvracením a výraznou splenomegalií, si může v některých případech vyžádat hospitalizaci, monitorování a podání transfuze erytrocytární masy.

#### Infekce parvovirem B19 u hereditární sférocytózy

Parvovirus B19 (čeleď Parvoviridae, podčeleď Parvovirinae, rod Erythrovirus) patří mezi nejmenší známé DNA viry, které infikují lidské buňky. Je původcem řady onemocnění: páté nemoci (erythema infectiosum) u dětí předškolního věku, horečnaté infekce s polyartralgii u dospělých, syndromu rukavic a ponožek a neimunitního hydrospu plodu. U pacientů s poruchou imunity může být příčinou chronické anémie, vzácně až pancytopenie. Mezi další klinické jednotky,

kteří mohou být vyvolány infekcí parvovirem B19, patří encefalitida, meningitida, myokarditida, dilatativní kardiomyopatie a autoimunitní hepatitida.

Parvovirus B19 vykazuje výrazný tropismus k buňkám kostní dřeni. Jeho receptorem na povrchu buněk je globosid, neutrální glykosfingolipid známý jako *P antigen* krevních skupin. Nachází se na povrchu erytroidních progenitorových a prekursorových buněk (BFU-E, CFU-E), pronormoblastů a normoblastů, ve kterých se parvovirus replikuje. Na buňky exprimující *P antigen* působí virus přímo cytotoxicky, inhibuje jejich růst indukci apoptózy a zástavy buněčného cyklu v G2 fázi. Infekce virem bývá proto vždy provázena anemizací, jejíž stupeň záleží na stavu erytropoézy hostitele.

**Tranzientní aplastická krize (TAC)** je dalším dobře definovaným projevem infekce parvovirem B19, popsaným poprvé Owenem v roce 1948. Rozvíjí se u pacientů s již primárně sníženým počtem erytrocytů, u kterých je současně zvýšený nárok na obrát erytropoézy. Nejčastěji se v našich podmínkách vyskytuje u hemolytických anémií, jako je právě sférocytóza. Parvovirová infekce však může vést k rozvoji TAC s výraznou anémií například i u pacientů s talasémií a srpkovitou anémií. Vzácně byly popsány

i případy rozvoje TAC u anémie z nedostatku železa. Charakteristickým nálezem u pacientů s TAC jsou morfologické změny erytroidní linie v nátěru aspirátu kostní dřeni. V typických případech je počet erytroblastů snížen, převažují patologické obrovské proerytroblasty s typickými výběžky, které bývají označovány jako „psi uši“ (obr. 3).

U pacientů s HS je prudký pokles Hb při parvovirové infekci provázen výraznou bledostí bez prohloubení ikteru, který bývá jinak typický pro hemolytické krize provázející infekce (tabulka 3). Vzniká těžká anémie, která obvykle vyžaduje podání transfuze erytrocytární masy. Náhlý pokles hladiny hemoglobinu může vést až k srdečnímu selhání nebo mozkové příhodě, vzácně byla popsána i úmrtí. Na TAC je třeba myslet vždy v případě náhlé anemizace bez přítomnosti ikteru. Vzhledem k vysoké infekciózitě viru je třeba včas na infekci myslet při výskytu onemocnění v rodině nebo dětském kolektivu. Vzácně může být TAC první manifestací lehké formy HS.

Vzácněji se může u pacientů s HS vyskytnout **megaloblastická krize** při nedostatečné suplementaci kyselinou listovou. Častěji jsou popisovány při zotavování z TAC a u těhotných. K vzácným komplikacím patří srdeční selhání při dlouhotrvající těžké anémii, ruptura sleziny po úrazech u pacientů s výraznější splenomegalií a neurologické příznaky jako psychomotorická retardace, spinocerebelární příznaky a myopatie. Je třeba upozornit na fakt, že při delší době transportu vzorku krve před analýzou ionogramu se může objevit pseudohyperkalémie.

#### Diferenciální diagnóza

U novorozenců se žloutenkou je nutno vyloučit především ABnula inkompatibilitu. U větších dětí a dospělých je nutno odlišit autoimunitní hemolytickou anémii, vrozené hemolytické anémie způsobené poruchou jiných proteinů membrány (hereditární pyropoikilocytózu, eliptocytózu, jihoasijskou ovalocytózu), deficit erytrocytárních enzymů a kongenitální dyserytropoetickou anémii typu II. U lehkých forem s neobvykle výraznou nekonjugovanou hyperbilirubinemií je vhodné vyloučit koincidenci s Gilbertovým syndromem.



Elementy v KO	Aplastická krize	Hemolytická krize
Hemoglobin (g/l)	40-60	60-80
Retikulocyty (%)	< 3 %	≥ 3-10 % (obvykle > 10 %)
Bilirubin (μmol/l)	> 20	10
Laktátdehydrogenáza (μkat/l)	normální	zvýšená

Tabulka 3: Diferenciální diagnostika aplastické a hemolytické krize u pacientů se sférocytární anémií

### ■ Léčba

U novorozenců a kojenců s těžkou formou HS je jedinou možností léčby podání transfuzí erytrocytární masy. Frekvence podávání transfuzí je nejvyšší v novorozeneckém věku a po prvním roce života se obvykle snižuje. U novorozenců a malých kojenců byl popsán příznivý efekt podání erythropoetinu na frekvenci transfuzí. Pacientům s těžkou formou HS s vysokým obratem erythropoezy je rovněž doporučeno substituční podávání kyseliny listové.

Jedinou možností ovlivnění průběhu onemocnění je **splenektomie**. V posledních letech je přístup k indikaci splenektomie zdrženlivější, než tomu bylo v minulosti. S ohledem na známá rizika infekčních komplikací a na prokázané dlouhodobé vyšší riziko tromboembolických a cévních mozkových příhod je splenektomie dnes indikována jednoznačně pouze u pacientů s těžkou formou HS. U pacientů se středně těžkou formou HS je přístup ke splenektomii individuální a v některých případech ji není nutno provádět. U pacientů s lehkou formou HS většinou splenektomie není nutná, definitivní rozhodnutí však záleží na domluvě pacienta s ošetřujícím lékařem.

V současné době je již jednoznačně doporučováno laparoskopické provedení splenektomie, které přináší kratší rekonvalescenci a lepší kosmetický efekt. Tento typ výkonu u dětí by měl být prováděn pouze na pracovištích s dostatečně erudovaným chirurgickým týmem a příslušným vybavením, která mají navíc přímou návaznost na péči dětského hematologa a imunologa.

V některých případech, především u malých dětí s těžkou formou HS, je možno zvážit i provedení parciální splenektomie, jejíž výhodou je zachování imunitní funkce sleziny. Nevýhodou je pravděpodobnost progresse velikosti zbytku sleziny a následně nutnost

provedení totální splenektomie v dalších letech. Variantou výkonu je parciální splenektomie s ponecháním jen velmi malého zbytku tkáně sleziny (cca 10 cm<sup>3</sup>), tzv. „near-total splenectomy“. Některá pracoviště mají zkušenosti rovněž s embolizací lineární arterie s ischemizací přibližně 80% tkáně sleziny. Tento výkon však má svá rizika (ruptura sleziny, infekční komplikace) a není proto běžně doporučován. Před provedením splenektomie je nutno 2 týdny před operací provést očkování proti opouzdřeným bakteriím vyžadujícím pro fagocytózu opsonizaci: *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* a *Haemophilus influenzae*. Infekce těmito bakteriemi může po splenektomii probíhat pod obrazem fulminantní sepse. Vhodné je očkování proti sezónní chřipce jako prevence komplikujících bakteriálních infekcí.

Pacienti jsou po splenektomii zajišťováni preventivně antibiotiky, většinou penicilinem. Přístup k podávání antibiotika se v jednotlivých zemích liší od doporučení celoživotního podávání až po odmítání podávání. Nejčastěji jsou preventivní antibiotika podávána po dobu dvou až tří let po splenektomii, tedy v období, kdy je riziko infekcí nejvyšší. Diskutovanou je rovněž otázka antitrombotické léčby v průběhu a po provedení splenektomie. Podle nejnovějších doporučení není antitrombotická léčba u dětí po splenektomii na rozdíl od dospělých paušálně doporučována. Je však vždy třeba zohlednit závažná vrozená nebo získaná trombofilní rizika.

Pacient po splenektomii by měl obdržet kartu pacienta s příslušnými doporučeními týkajícími se pokynů pro případ zvýšených teplot, pokousání zvířaty a cestování (riziko infekce malárií a babesiózou) a měl by být trvale sledován hematologem a imunologem. ■

### ■ Dříve vyslovené přání u právně nezpůsobilých

„Lze uplatnit institut dříve vysloveného přání v případě osob zbavených způsobilosti k právním úkonům?“ ptá se čtenář.

Na dotaz odpovídá Mgr. Lucie Neubertová Institut dříve vysloveného přání je právem pacienta předem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí – a to pro případ, že by se pacient dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen takový souhlas nebo nesouhlas vyslovit. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen brát dříve vyslovené přání pacienta na zřetel v případě, že: (i) má dříve vyslovené přání pacienta k dispozici; (ii) v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a (iii) pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Je však respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to praktickým lékařem, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem zdravotní služby, s nímž dříve vyslovené přání souvisí. Pacient také může učinit dříve vyslovené přání při přijetí do péče nebo kdykoli v průběhu hospitalizace, a to pro zdravotní služby s ní související. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace pacienta a záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek.

#### Kdy nelze dříve vyslovené přání uplatnit

Dle zákona o zdravotních službách platí, že dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu, musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta a musí obsahovat výše uvedené poučení pacienta. Platnost dříve vysloveného přání je 5 let. Zákon o zdravotních službách dále vymezuje, kdy dříve vyslovené přání nelze nebo není třeba respektovat. Jedná se např. o případy, kdy by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby nebo pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti apod. Podle § 36 odst. 6 zákona o zdravotních službách institut dříve vysloveného přání nelze uplatnit u nezletilých pacientů nebo pacientů zbavených způsobilosti k právním úkonům.

Zdroj: [www.zdravi.e15.cz](http://www.zdravi.e15.cz), 12. 12. 2012



# Anémie – laboratorní vyšetření v ordinaci PLDD

**MUDr. Martina Suková**

2. LF UK a FN Motol, Klinika dětské hematologie a onkologie

Anémie je definována jako pokles hodnoty červeného krevního obrazu pod  $-2SD$  normy pro daný věk a pohlaví (tabulka 1).

**K podezření na anémii pediatra vede:**

1. nápadná bledost dítěte
2. symptomatická anémie: únava, slabost, neprospívání, nevykonnost, cefalgie, eventuálně spojené s vegetativními projevy (sklon ke kolapsům, palpitace)
3. náhodný záchyt při předoperačním/preventivním vyšetření, při vyšetření pro „žloutenku“.

Akutně vznikající anémie je většinou symptomatická, chronický vývoj vede k adaptačním mechanismům, které umožní toleranci i velmi nízkých hodnot červeného krevního obrazu.

**A základním laboratorním testem při podezření na anémii je**

1. vyšetření **kompletního krevního obrazu (KO+dif+ret)** = krevní obraz s diferenciálním počtem leukocytů a hodnotou retikulocytů

Vyšetření provádíme **z žilní krve**. Od laboratoře požadujeme mikroskopické vyhodnocení diferenciálního rozpočtu leukocytů a morfologie erytrocytů.

**Kapilární odběr** je pro diagnostiku anémie nevhodný, je zatížen rizikem sražení a tím zkreslení základních parametrů (zejména hodnoty trombocytů).

Vyšetření **základního krevního obrazu (KO)** má omezenou výpovědní hodnotu. Je vhodné pro monitorování léčby anémie, **ne jako diagnostický test.**

Tabulka 2

**Červený krevní obraz**

- počet erytrocytů, hemoglobin (Hb), hematokrit (HCT)
- MCV – střední objem ery (n: 75–95 fl)
- MCH – střední koncentrace Hb v ery (Hb/HCT) (n: 32–35 %)
- MCHC – střední koncentrace barviva v ery (Hb/ery) (n: 27–34 pg)
- retikulocyty – marker erytropoezy (n: 0,5–2 %)
- RDW – distribuční šíře ery
- morfologie erytrocytů

Při vyhodnocování krevního obrazu posuzujeme

- a. parametry červeného krevního obrazu** – dávají zásadní informaci nejen o hloubce, ale zejména o charakteru anémie,
- b. hodnoty leukocytů a trombocytů a diferenciální rozpočet leukocytů,**
- c. počet retikulocytů** (mladé jaderné erytrocyty vyplavované z kostní dřeně do periferní krve).

Vyhodnocení kompletního krevního obrazu je spolu s klinickým vyšetřením rozhodujícím

parametrem pro diferenciální diagnostiku příčin anémie a tedy pro indikaci dalších vyšetření.

**2. druhým základním vyšetřením u „bledého dítěte“ je stanovení sérové hladiny bilirubinu a jeho konjugované frakce**

Z praktického hlediska lze pak anémii na základě těchto údajů rozdělit na (schéma 1)

1. mikrocytární,
2. normocytární:
  - a) anémie s retikulocytopenií,
  - b) anémie hemolytické a
3. makrocytární.

Diferenciální diagnostika příčin v jednotlivých skupinách anemií je uvedena v kapitole „Bledé dítě“ v Malé diferenciální diagnostice v pediatrii (ev. viz tabulka 3, 4, 5).

Širokou škálu příčin anémie v dětském věku ukazuje přehled kasuistik (schéma 2).

- V případě patologie ve více krevních řadách (snížení nebo zvýšení leukocytů, snížení trombocytů) nebo atypii v diferenciálním rozpočtu leukocytů (neutropenie, lymfopenie, lymfocytóza, monocytóza) požadujeme **mikroskopické vyhodnocení diferenciálního rozpočtu leukocytů**. Takovéto změny v krevním obraze bývají způsobeny závažnější poruchou krvetvorby (hemoblastóza, útlum kostní dřeně, imunodeficit, autoimunitní onemocnění), jejichž další diagnostika patří do rukou dětského hematologa.
- Posouzení **hodnoty retikulocytů** je důležité v diferenciální diagnostice hypoplastických a hemolytických anemií. Snížení hodnoty  $<1\%$  při významné anémii ukazuje na nedostatečnou funkci erytropoezy. U kojenců tento nálezní podezření na vrozenou hypoplastickou anémii Diamond-Blackfan, u batolat a starších dětí bývá nejčastější příčinou anémie s retikulocytopenií tranzientní erytroblastopenie dětského věku (TEC) nebo aplastická krize komplikující vrozenou anémii (TAC). Zvýšení hodnoty retikulocytů ( $>2\%$ ) signalizuje zvýšený obrat erytropoezy při hemolýze.

Tabulka 1: Fyziologické hodnoty červeného krevního obrazu v dětském věku (Nathan, Oski – Hematology of Infancy nad Childhood, 1998) ( $-2SD$  = hranice anémie podle věku a pohlaví)

věk	ery ( $\times 10^{12}/l$ ) medián	(-2SD)	Hb (g/dl) medián	(-2SD)	MCV (fl) medián	(-2SD)
novorozenec	5,8		18,0	(14,5)	108	(100)
2 týdny	5,1		16,8	(13,0)	96	(90)
3–6 měsíců	3,8	(3,1)	11,5	(9,6)	91	(74)
1–2 roky	4,5	(3,7)	12,0	(10,5)	78	(70)
2–6 let	4,6	(3,9)	12,5	(11,5)	81	(75)
6–12 let	4,6	(4,0)	13,5	(11,5)	86	(77)
12–18 let – chlapci	4,9	(4,5)	14,5	(13,0)	88	(78)
12–18 let – dívky	4,6	(4,1)	14,0	(12,0)	90	(78)
18 let – chlapci	5,2	(4,5)	15,5	(13,5)	90	(80)
18 let – dívky	4,6	(4,0)	14,0	(12,0)	90	(80)



• Posouzení **morfolgie erytrocytů** je důležité při podezření na talasémie nebo korpulární hemolytické anémie. Nálezy terčovitých erytrocytů, bazofilního tečkování, Howell-Jollyho tělísek, významného procenta sférocytů, schistocytů nebo přítomnost normoblastů v nátěru periferní krve jsou specifické pro určité patologické stavy (hereditární sférocytóza, talasémie, mikroangiopatie). Další diagnostika anémií spojených s takovými nálezy patří do rukou dětského hematologa.

Pozn.: Hodnoty **červeného krevního obrazu vždy musíme hodnotit současně s klinickým nálezem**. Pokud klinický stav neodpovídá laboratorním hodnotám (hodnotě hemoglobinu) a pokud nejsou přítomny známky anemického syndromu ani žloutenka, před odesláním dítěte ke specialistovi je třeba krevní obraz opakovat.

**B. Pomocné testy slouží jako screeningové pro odlišení jednotlivých typů/příčin anémie. Jednotlivé testy indikujeme na základě vyhodnocení základních testů**

- **Biochemické vyšetření** (AST, ALT, LDH, kreatinin, moč + sediment, markery zánětu – CRP, TSH) – **panel testů pro posouzení hemolýzy a odlišení anémie jako sekundárního projevu jiného onemocnění**.
- **Stanovení sérové hladiny feritinu** slouží k vyšetření **zásobního železa**, je základním laboratorním testem pro diagnostiku **sideropenie**. Je indikováno při nálezu mikrocytární **hypochromní anémie**. U sideropenie je hladina feritinu snižena, u anémie chronických onemocnění a talasémie je v normě nebo zvýšená. Dle možností laboratoře lze doplnit vyšetřením dalších parametrů metabolismu železa: **hladina**, respektive procento **nasycení transferinu** železem (SatTRF), **volná vazebná kapacita pro železo (VKFe)** nebo **solubilní transferinové receptory (sTFR)**. Hladina transferinu, VKFe a sTFR jsou u sideropenie zvýšené, nasycení transferinu sníženo. Vyšetření **volného železa v séru** nemá pro informaci o sideropenii žádnou výpovědní hodnotu. Sérová hladina volného železa silně kolísá, je ovlivněna aktuální stravou a zátěží.
- **Přímý Coombsův test (PAT)**. Slouží k diagnostice autoimunitní hemolytické anémie (AIHA), je indikován při **anémii s projevem hemolýzy**. Imunohematologické

vyšetření se provádí na transfuzních odděleních a v krevních bankách.

**C. Speciální testy při konkrétním podezření na určitý typ anémie**

- **Hladina vitamínu B12** v séru slouží k diagnostice anémie v důsledku deficitu vitamínu B12. Je indikována u **makrocytární anémie**. U kojenečků dětí je třeba současně provést vyšetření i u matky.
- **Protilátky proti endomysiu (EMA) a proti tkáňové transglutamináze (tTGM)**. Jsou cíleným testem k vyloučení celiakie. Jsou indikovány u normocytární/mikrocytární anémie s projevy malabsorpce nebo poruchou růstu.
- Vyšetření **stolice na okultní krvácení** je screeningovým testem při podezření na anémii z krevních ztrát nebo při malabsorpci, je indikováno u mikrocytární/normocytární anémie s podezřením na ACD před zahájením léčby preparáty železa.
- **Sedimentace erytrocytů (FW)** je u významnější anémie **vždy zvýšena**. Test je vhodný jako pomocný při mírné anémii a při podezření na anémii chronických chorob nebo paraneoplastickou anémii současně s vyšetřením dalších markerů zánětu (CRP).

### ■ **Léčba anémie v ambulanci PLDD**

Léčba **sideropenické anémie** patří do rukou praktického lékaře pro děti a dorost. Podávání p.o. preparátů železa je indikováno v případě nemožnosti doplnění železa z přirozených zdrojů a při významné anémii. Před rozhodnutím o zahájení léčby p.o. preparáty železa je nutné potvrdit, že

1. se jedná skutečně o sideropenii (nález mikrocytární anémie s nízkou hladinou zásobního železa),
2. na základě screeningových testů a podrobné anamnézy lze vyloučit ostatní možné příčiny anémie (anémii chronických chorob, anémii ze ztrát, talasémii, korpulární hemolytickou a hypoplastickou anémii),
3. minimálně na základě anamnestických údajů potvrdit kareční původ sideropenie.

**Doporučená standardní dávka elementárního železa je 6 mg/kg/den**. Primární volba preparátu závisí na individuální toleranci, zkušenosti indikujícího lékaře a potřebě

rychlosti nástupu účinku. Z našich praktických zkušeností vyplývá, že preparáty lépe tolerované z pohledu vedlejších účinků (GIT – střevní dyskomfort, průjemy, zácpy) jsou hůře absorbovatelné, a proto léčebný neúspěch jednoho preparátu nemusí znamenat obecnou refrakternost na perorální formy; prvním krokem by proto měla být změna preparátu. Pro zajištění účinnosti léčby orálními preparáty je zásadní dodržení **zásad podávání** tak, aby byla zajištěna maximální vstřebatelnost, tedy ideálně nalačno, nezapíjet čajem ani mlékem, eventuálně kombinovat s acidum folicum nebo vitamínem C.

**Odpověď na léčbu** má být monitorována v postupných krocích:

1. vzestup hodnoty retikulocytů (retikulární krize – cca do týdne),
2. vzestup hodnoty hemoglobinu (cca do 2–4 týdnů) a
3. normalizace hodnoty feritinu (do 6 měs.).

Cílem léčby sideropenie je **doplnění zásob železa**, což představuje podávání preparátů železa **minimálně po dobu 3–6 měsíců** za monitorace hladiny feritinu během léčby i po jejím ukončení. Nedílnou součástí léčby sideropenie musí úprava stravovacích návyků a jídelníčku s cílem zvýšení příjmu železa z přirozených zdrojů (u výlučně kojenečků dětí zavedení masozeleninových příkrmků a fortifikovaných mléčných formulí, u starších důraz na červené maso, vnitřnosti, listovou zeleninu).

O indikaci k **léčbě u ostatních typů anémií** by měl rozhodovat hematolog na základě specializované diagnostiky.

Tabulka 3: Příčiny mikrocytární anémie (v pořadí četnosti výskytu)

- **sideropenická anémie** (absolutní nebo relativní nedostatek železa pro erythropoezu)
- **anémie chronických chorob (ACD)**
- **talasémie**, hemoglobinopatie – porucha syntézy globinových řetězců, abnormální Hb
- **sideroblastická anémie** – vrozené, X-linked, deficit ALA-S, sideroblasty v kostní dřeni
- **poruchy metabolismu železa** (deficit jednotlivých proteinů a enzymů zasahujících do metabolismu železa)



Tabulka 4: Příčiny normocytární anémie

- anémie hemolytické:** (způsobené zvýšeným rozpadem erytrocytů)
  - získané: **imunní (protilátkou indukované) – AIHA**, TTP, HUS, postinfekční
- anémie hemolytické vrozené – korpuskulární**
  - z poruchy membrány erytrocytů: **hereditární sférocytóza** (eliptocytóza, pyropoikilocytóza)
  - z poruchy enzymatické výbavy erytrocytů: **deficit glukózo-6-fosfát dehydrogenázy**, **deficit pyruvátkinázy**
  - z poruchy syntézy hemoglobinu (nestabilní Hb)
- anémie posthemoragická
- anémie při hypersplenismu
- anémie při infiltraci dřeně
- anémie při chronickém renálním selhání

Tabulka 5: Příčiny makrocytární anémie

- megaloblastická anémie**
  - Deficit vitamínu B12**
  - Deficit kyseliny listové
  - Hereditární orotická acidurie
- Anémie s retikulocytopenií (**hypoplastická**) (způsobená deficitem erytroidních progenitorů)
  - vrozená – **Diamond-Blackfan anémie (DBA)**, **Fanconi anémie**
  - získaná – **tranzientní erytoblastopenie (TEC)**
  - získaná aplastická anémie (SAA)**
  - tranzientní aplastická krize (TAC)**
  - lizovaná aplazie červené řady (PRCA)**
  - hypothyreoidismus
  - jaterní onemocnění
  - anémie dyserythropoetická** (způsobená dysfunkční erythropoézou)
    - vrozená – **CDA**
    - získaná – **MDS**

Schéma 1

## Anémie – logistika dělení podle základních laboratorních testů

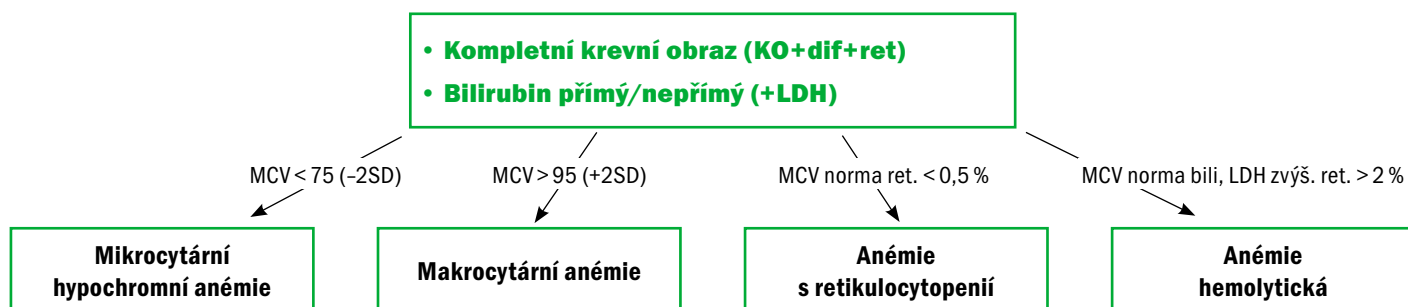


Schéma 2

## Anémie jako symptom – kazuistiky

	F/12 r	F/11 r	M/7r	M/4 r	F/15 r	M/15 r
Leu	4,9	5,0	4,8	8,8	4,2	4,6
ery	2,77	3,11	3,44	4,95	2,24	1,42
Hb (g/dl)	9,0	9,2	8,5	8,3	7,6	5,0
MCV (fl)	99,3	80,1	74,1	54,7	98,7	94,4
MCH	32,5	29,6	24,7	16,8	33,9	35,2
Ret %	9,17	9,8	0,98	1,27	3,08	0,96
Trombo	307	249	179	475	57	219
Bilirubin/př (μmol/l)	105/7	76.5/9,9	5,4/1,9	5,4/1,5	3,9/1,0	34/8
LDH	2,97	4,83	3,29	4,16	2,87	103,7
<b>Specifický test</b>	<b>PAT +++</b>	<b>PAT negat. osm. rez. +</b>	<b>feritin 144* KD: infiltrace</b>	<b>feritin *4,4</b>	<b>sníž. leu, tr KD: aplazie</b>	<b>Feritin 472* mg/l PAT neg, B12 *138 ng/l KD: megaloblast</b>
<b>Diagnóza</b>	<b>AIHA</b>	<b>HS</b>	<b>ALL</b>	<b>sideropenie</b>	<b>SAA</b>	<b>Deficit B12</b>

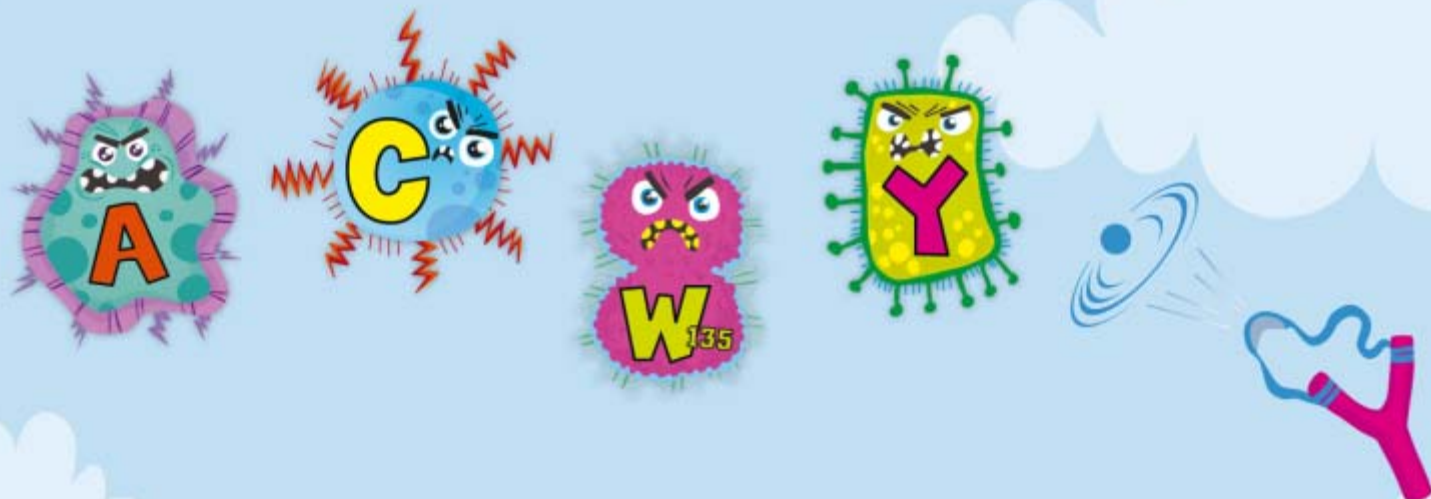
Vysvětlivky: HS – hereditární sférocytóza, ALL – akutní lymfoblastická leukémie, SAA – aplastická anémie, KD – kostní dřeň, PAT – přímý antiglobulinový (Coombs) test





# Nimenrix™

Konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W<sub>135</sub> a Y



## Nabídněte ochranu děti již od 12 měsíců věku proti invazivním meningokokovým onemocněním <sup>1</sup>

Nimenrix™ je jako první a jediná konjugovaná vakcína proti séro skupinám A, C, W<sub>135</sub> a Y schválen v Evropě pro použití již od 12 měsíců věku <sup>1,2</sup>

### Zkrácená informace o léčivém přípravku Nimenrix™

**Nimenrix™** prášek pro přípravu injekčního roztoku s rozpouštědlem v předplněné injekční stříkačce. Konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W-135 a Y. **Složení:** Po rekonstituci 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: *Neisseria meningitidis* A polysacharidum 5 µg, *Neisseria meningitidis* C polysacharidum 5 µg, *Neisseria meningitidis* W-135 polysacharidum 5 µg, *Neisseria meningitidis* Y polysacharidum 5 µg. Antigeny konjugovány na proteiny nosič tetanický toxoid 44 µg. **Terapeutické indikace:** Nimenrix™ je indikován k aktivní imunizaci osob od 12 měsíců věku a starších proti invazivnímu meningokokovému onemocnění způsobenému *Neisseria meningitidis* skupiny A, C, W-135 a Y. **Dávkování a způsob podání:** Nimenrix se má podávat v souladu s dostupnými oficiálními doporučeními. Základní očkování: K imunizaci se používá jedna dávka 0,5 ml rekonstituované vakcíny. **Předočkování:** Nimenrix™ lze podat jako druhou (booster) dávku subjektům, kteří byli dříve očkováni obyčejnou polysacharidovou meningokokovou vakcínou. Nutnost podání druhé dávky u osob primárně očkových vakcínou Nimenrix™ nebyla dosud stanovena. **Bezpečnost a účinnost vakcíny Nimenrix™ u dětí mladších 12 měsíců nebyla dosud stanovena. K dispozici nejsou žádné údaje týkající se osob ve věku > 55 let. Imunizace se provádí pouze intramuskulární injekcí, nejde do deltového ovalu. U dětí ve věku 12 až 23 měsíců lze vakcínu rovněž aplikovat do anterolaterální strany stehna. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoliv pomocnou látku tohoto přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Nimenrix™ se nesmí za žádných okolností podávat intravenózně, intradermálně ani subkutánně. Podle záznam správné klinické praxe předchází očkování zhodnocení anamnézy (zejména s ohledem na předchází očkování a možný výskyt nežádoucích účinků) a klinické vyšetření. Pro případ závažné anafylaktické reakce po podání vakcíny musí být vždy k dispozici příslušná léčebná péče a dohled. Očkování vakcínou Nimenrix™ je třeba odložit u osob trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Lehká infekce, jako je např. nachlazení, by neměla být důvodem k odložení očkování. Během jakéhokoli očkování, nebo dokonce před ním, může dojít zejména u dospívajících v důsledku psychologické reakce na injekční jehlu k synkopě (mdlobě). Je důležitá přítomnost příslušného opatření, aby při mdlobách nedošlo k poranění. Nimenrix™ je třeba podávat s opatrností osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoliv poruchou krvetvorné srážlivosti, protože po intramuskulární aplikaci může dojít u těchto osob ke krvácení. Nimenrix™ poskytuje ochranu pouze proti *Neisseria meningitidis* skupiny A, C, W-135 a Y. Tato vakcína neochrání proti žádným jiným skupinám *Neisseria meningitidis*. K vyvolání protětní imunitní odpovědi nemusí dojít u všech očkových osob. Lze očekávat, že u pacientů léčených imunosupresivy nebo u pacientů s imunodeficiencí nemusí dojít k vyvolání odpovědnější imunitní odpovědi. Ačkoli po očkování vakcínou Nimenrix™ bylo pozorováno zvýšení koncentrace protilátek proti tetanickému toxidu (TT), přípravek Nimenrix™ nenechává očkování proti tetanu. Podávání vakcíny Nimenrix™ společně s vakcínou obsahující TT, nebo jeden měsíc před jejím podáním během druhého roku života nemělo vliv na odpověď na TT ani výjimečně neovlivnilo bezpečnost. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Nimenrix™ lze podávat společně s jakoukoliv z následujících očkových látek: vakcíny proti hepatitidě A (HAV) a hepatitidě B (HBV), vakcína proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR), vakcína proti spalničkám, příušnicím a planým neštovicím (MMRV), desztvalentní pneumokoková konjugovaná vakcína nebo neadjuvovaná vakcína proti sezónní chřipce. Nimenrix™ lze rovněž podávat společně s kombinovanými vakcínami proti záškrtu, tetanu a černému kašli (acelulární pertuse) během druhého roku života, včetně kombinace vakcín DTap s vakcínou proti hepatitidě B, dětské obrně (inaktivovaná vakcína) nebo *Haemophilus influenzae* typu b, jako je vakcína DTap-HBV-IPV/Hib. Kódy jsou to možné, mají se vakcína Nimenrix™ a vakcína obsahující TT, jako je např. vakcína DTap-HBV-IPV/Hib, podávat společně, nebo je třeba přípravek Nimenrix™ podat alespoň jeden měsíc před podáním vakcíny obsahující TT. Pokud se vakcína Nimenrix™ podává spolu s jinou injekční vakcínou, je třeba vakcíny aplikovat do různých míst. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nimenrix™ by se měl v těhotenství a při kojení použít pouze pokud možná převažuje přínos před možným rizikem. Studie se zvířaty nerazují na přímé ani nepřímé škodlivé účinky s ohledem na fertilitu. **Nežádoucí účinky:** Ve všech věkových skupinách byly nejčastěji hlášenými lokálními nežádoucími účinky po očkování bolest, zarudnutí a otok. Ve věkových skupinách 12 - 23 měsíců a 2 - 5 let byly nejčastěji hlášené celkové nežádoucí účinky po očkování podrážděnost, spavost, ztráta chuti k jídlu a horečka. Ve věkových skupinách 6 - 10, 11 - 17 a ≥ 18 let byly nejčastěji hlášené celkové nežádoucí účinky po očkování bolest hlavy, únava, gastrointestinální příznaky a horečka. Dalšími hlášenými nežádoucími účinky byly nespavost, pláč, hypotenze, závrať, svědění, vyrážka, myalgie, bolest končetin, malátnost, hematom v místě vpichu injekce, reakce v místě vpichu injekce (včetně edému, svědění, ztupění a nečitlivosti). **Doba použitelnosti:** 3 roky. Po rekonstituci musí být vakcína použita okamžitě. Chemická a fyzikální stabilita byla nicméně po rekonstituci prokázána po dobu 24 hodin při teplotě do 30 °C. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Držte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Druh obalu a velikost balení:** Prášek v injekční lahvičce (sklo typu I) se zátkou (butylová pryž) a rozpouštědlo v předplněné injekční stříkačce se zátkou (butylová pryž). Velikost balení 1 a 10, s jehlou nebo bez jehly. Na trhu nemusí být k dispozici všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals S.A., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **Registrační číslo(a):** EU/1/12/757/001-004. **Datum první registrace:** 20. 4. 2012. **Datum revize textu:** 20. 4. 2012. Verze SPC platná ke dni 13. 9. 2012. Přípravek je vložán na lékařský předpis a není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na adresu společnosti: GlaxoSmithKline s.r.o., Praha 4, www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky nahláste na [cs.safety@gsk.com](mailto:cs.safety@gsk.com).**



Reference: 1. SPC Nimerix™, duben 2012.  
2. EMA, [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu).

CZ/NIM/0004a/12

NOVINKA





## Prevence je v souhrnu všech nákladů vždy výhodnější – to platí i u hemofilie

**Hemofilie je X-vázané recesivně dědičné onemocnění. V 80–85% je způsobeno deficitem plazmatického koagulačního faktoru (F) VIII nebo jeho defektním fungováním – v tom případě se jedná o hemofilii A. Hemofilie B se vyskytuje u 15–20% hemofiliků jako výsledek nedostatečné nebo snížení funkční aktivity koagulačního faktoru IX. Důsledkem je nedostatečná koagulační aktivita ústí v hemoragie různého stupně.**

Pacienti s těžkou formou onemocnění – v případě hemofilie A s plazmatickou koncentrací FVIII < 1% pod normálem – jsou vystaveni riziku spontánního nitrokloubního a nitrosvalového krvácení či krvácení do vnitřních orgánů stejně jako krvácení v důsledku úrazu či chirurgického výkonu. Opakované nitrokloubní krvácení, které může dosáhnout frekvence až 20 či 30 událostí ročně, a jím způsobená arthropatie je hlavní příčinou morbidity a invalidizace hemofiliků.

Připomenutím těchto základních faktů byla v Praze 25. října zahájena třídní výroční konference Evropského hemofilického konsorcia (European Haemophilia Consortium, EHC), které sdružuje národní členské organizace hemofiliků 43 evropských zemí v Evropě, včetně všech členských a kandidátských států EU. Jejím posláním je zlepšovat kvalitu života lidí s hemofilií, napomáhat diskusi a šíření informací o klíčových otázkách týkajících se krvácivých onemocnění a přispívat k hledání cest, jak snížit zátěž, kterou toto onemocnění představuje jak pro samotného nemocného a jeho rodinu, tak pro celou společnost.

### ■ Profylaxe byla v každém režimu účinnější než léčba on-demand

Otázce, jak minimalizovat počet krvácivých příhod u pacientů s hemofilií A, bylo věnováno úvodní sympozium pražské konference EHC. Jeho hlavní přednášející, Dr. Leonard A. Valentino z Rush University Medical Center v americkém Chicagu, úvodem připomněl, že vyléčit příčinu onemocnění medicína dosud neumí. Krvácení je však možno účinně kontrolovat podáváním chybějícího koagulačního faktoru VIII, buď získaného z krevní plazmy dárce, nebo rekombinantního, vyrobeného pomocí metod biotechnologického inženýrství. Režimy léčby jsou dvojí – buď se akutně léčí již vzniklé krvácení (tzv. léčba na vyžádání neboli on-demand),

nebo je chybějící, resp. defektní faktor podáván profylakticky. Limitem úspěšnosti terapie je tvorba inhibitorů jako imunitní reakce organismu na substituční léčbu.

„Profylaxe prostřednictvím podávání faktoru VIII je v současnosti považována za optimální způsob managementu pacientů s hemofilií A bez vyvinutého inhibitoru,“ konstatoval Dr. Valentino. „Toto poznání je založeno jak na observačních datech, tak na dřívějších klinických studiích, které u dětí prokázaly vliv profylaktického podávání FVIII na oddálení rozvoje arthropatie v důsledku snížení počtu nitrokloubních krvácení. Navíc se ukázalo, že časně zahájení profylaxe může bránit i rozvoji inhibitoru.“

Dr. Valentino v Praze představil výsledky mezinárodní, multicentrické, otevřené, prospektivní, randomizované klinické studie fáze IV s rekombinantním faktorem VIII třetí generace, tedy s úplnou strukturou a bez plazmatických bílkovin, oktokog alfa (Advate, Baxter). Porovnávala účinnost dvou jeho profylaktických režimů – standardního a podávaného podle farmakokinetiky –, a to jak mezi sebou navzájem, tak oproti režimu on-demand.

Primárním ukazatelem byl rozdíl míry závažných krvácivých příhod dosažené se standardní profylaxí rFVIII 20–40 IU/kg každých 48 hodin oproti profylaxi podávané podle farmakokinetiky 20–80 IU/kg každých 72 hodin, individuálně upravované tak, aby koncentrace FVIII byla udržována na úrovni > 1%. „Čas k dosažení onoho 1% a více nad normálem je závislý na poločasu přípravku, který zase úzce souvisí mj. s věkem pacienta. Čím je starší, tím je poločas delší,“ připomněl Dr. Valentino.

Do studie bylo zařazeno 66 pacientů ve věku 7–59 let s těžkou nebo středně těžkou hemofilií A (s koncentrací FVIII < 2 IU/dl), léčených dosud on-demand. Všichni měli ve své historii minimálně 8 nitrokloubních krvácení během 12 měsíců bezprostředně před-

cházejících zařazení do studie. Účastníci, ze kterých studií dokončilo 53, nejprve obdrželi bolusovou dávku rFVIII 50 ± 5 IU/kg a z opakovaného odběru vzorků krve byly vypočítány jejich individuální hodnoty poločasu přípravku. Po dobu 6 měsíců byli všichni léčeni terapií on-demand, jejíž dávkování bylo závislé na závažnosti a typu krvácení. Poté byli randomizováni k 12měsíčnímu podávání buď standardní profylaxe (n = 30), nebo profylaxe řízené podle farmakokinetiky (n = 23). Při randomizaci byli pacienti stratifikováni podle počtu postižených tzv. cílových kloubů definovaných ≥ 4 krváceními v rozmezí 6 měsíců nebo > 20 krváceními během života.

Dávkování rFVIII v režimu standardní profylaxe činilo 20–40 IU/kg každých 48 ± 6 hodin k udržení aktivity FVIII > 1% nad normálem mezi jednotlivými dávkami. Dávkování v režimu profylaxe podle farmakokinetiky činilo 20–80 IU/kg každých 72 ± 6 hodin, přičemž dávka byla personalizována podle individuálně zjištěného poločasu přípravku u konkrétního pacienta tak, aby byla udržena aktivita FVIII > 1% nad normálem mezi jednotlivými dávkami.

„Během 6 měsíců podávání rFVIII on-demand došlo mezi 53 per-protokol pacienty celkem k 1351 krvácivým příhodám. Žádný z nich neprošel touto fází studie bez krvácení,“ konstatoval Dr. Valentino. „V následném rameni se standardním režimem profylaxe došlo u 17 z 30 zařazených subjektů celkem k 77 krvácivým událostem, tzn. zbývajících 13 pacientů nepostihlo během doby sledování od randomizace žádné krvácení. V rameni s režimem profylaxe podle farmakokinetiky byly výsledky obdobné – u 14 z 23 zařazených subjektů došlo celkem k 75 krvácením, tzn. u 9 pacientů nedošlo k žádnému krvácení.“

Účinnost byla hodnocena pomocí anulizovaného stupně krvácení (ABR). Protože pacienti byli léčeni nejdříve on-demand a poté



profylakticky, bylo pro účely statistiky užito párové srovnání. U obou režimů profylaxe byl ABR srovnatelný a vždy statisticky významně lepší ( $p < 0,0001$ ) oproti režimu on-demand: medián ABR/interkvartilní rozmezí pro režim on-demand byl 43,9/21,9, pro standardní profylaxi 1,0/3,5, pro profylaxi podle farmakokinetiky 2,0/6,9 a pro jakoukoli profylaxi 1,1/4,9.

„U 22 pacientů, tedy 33,3 %, se při profylaktické léčbě nevyskytla žádná krvácivá epizoda, zatímco při režimu léčby on-demand bylo krvácení zaznamenáno u všech pacientů. Mezi oběma režimy profylaxe nebyl zaznamenán rozdíl ve spotřebě rFVIII ani v počtu nežádoucích příhod. U žádného z pacientů nedošlo ani k rozvoji inhibitoru. Studie tedy prokázala srovnatelnou bezpečnost a efektivitu dvou profylaktických režimů i to, že profylaxe významně redukuje krvácení ve srovnání s léčbou on-demand. Profylaxe dávkovaná dle farmakokinetické studie nabízí alternativu ke standardní profylaxi v prevenci krvácení u pacientů s hemofilii A,“ shrnul výsledky Dr. Valentino.

### ■ Jak obejít inhibitor?

V další části své prezentace se Dr. Valentino věnoval otázce profylaktického režimu pacientů s již rozvinutým vysokým titrem inhibitorů. Připomněl, jak vyvinutý inhibitor nepříznivě ovlivňuje zdravotní stav i kvalitu života pacientů.

#### **INHIBITOR A MORBIDITA, RESP. MORTALITA**

Studie ESOS (European Study on Orthopaedic Status of Haemophilia Patients with Inhibitors) jako první detailně popsala zdravotní stav hemofiliků s inhibitorem z pohledu ortopedie. V porovnání s hemofilickou populací bez rozvinutého inhibitoru měli vyšší výskyt artopatií, byli častěji hospitalizováni z důvodů ortopedických a muskuloskeletálních komplikací a jejich běžná denní aktivita byla více limitována bolestí a diskomfortem.

Vysoké titry inhibitorů jsou podle jiné publikace silně asociovány s rizikem často fatálního intrakraniálního krvácení (HR 2,52 oproti hemofilické populaci bez inhibitoru).

#### **INHIBITOR A NÁKLADNOST LÉČBY**

Dr. Valentino s odkazem na své předchozí publikace mj. uvedl, že celkové roční výdaje na léčbu pacientů s inhibitorem jsou 4–14násobně vyšší.

Např. medián nákladů na chirurgický výkon u pacientů s hemofilii bez inhibitoru v USA

činí 68 379 USD vs. 286 609 USD u pacientů s inhibitorem.

#### **INHIBITOR A KVALITA ŽIVOTA**

Vyhodnocení standardizovaných dotazníků celkového fyzického zdraví PCS (Physical Component Summary) vyplňovaných samotnými pacienty prokazuje nižší skóre u nemocných s vyšší frekvencí krvácení v uplynulých 12 měsících a těch, kteří dostávali terapii on-demand.

Obejít u pacienta s hemofilii A a s rozvinutým inhibitorem jeden krok v koagulační kaskádě, který je závislý na faktoru VIII, a podpořit hemostázu spuštěním tvorby trombinu umožňuje tzv. bypassing agent – antiinhibiční komplex koagulačních faktorů (AICC). Dr. Valentino představil studii s přípravkem Feiba (Baxter), který obsahuje především koagulační faktor II (protrombin), Xa a dále koagulační faktory IX a aktivovaný koagulační faktor VII.

„Otázka zní, zda AICC podávaný profylakticky zredukuje počet všech hemoragií, nitrokloubních krvácení i krvácení do cílových kloubů v porovnání s on-demand terapií,“ představil Dr. Valentino zadání studie pro-FEIBA, do níž bylo na počátku zařazeno 34 pacientů s těžkou hemofilii A starších 2 let, s  $\geq 6$  krvácivými příhodami vyžadujícími léčbu v posledních 6 měsících, kteří byli aktuálně léčeni antiinhibiční terapií. Tito pacienti byli randomizováni v poměru 1:1 k 6měsíčnímu užívání AICC buď na vyžádání, nebo profylakticky. Během následujícího 3měsíčního „wash-out“ období byl režim podávání AICC mezi oběma rameny prohozen a pokračoval dalších 6 měsíců. Obě fáze studie dokončilo 26 pacientů s následujícími výsledky:

\* 62% snížení počtu všech krvácivých příhod (primární cíl) během studijního období – z 13,1 na 5,  $p < 0,001$ . U dobrých responderů došlo k 84% snížení počtu všech krvácivých příhod – z 13,3 na 2,1,  $p < 0,001$ . Šest z 16 pacientů označených jako dobří responderi nezaznamenalo během profylaxe žádnou krvácivou příhodu.

\* 61% snížení počtu krvácení do kloubů (sekundární cíl) během studijního období – z 10,8 na 4,2,  $p < 0,001$ .

\* 72% snížení počtu krvácení do cílových kloubů (definovaných počtem  $\geq 3$  krvácení během 6 měsíců – sekundární cíl) – z 226 na 64,  $p < 0,001$ .

Jak zdůraznil Dr. Valentino závěrem, důležité bylo jak potvrzení účinnosti, tak i zjištění, že terapie byla pacienty všeobecně dobře snášena.

### ■ Právým expertem je sám pacient a musí být vyslyšen

Péče o pacienta s hemofilii má komplexní charakter a jednu z hlavních rolí v ní sehraává pacient sám, připomněl v další části symposia Brian O'Mahony, výkonný ředitel Irské hemofilické společnosti a úřadující prezident EHC. „Národní členské organizace hemofiliků mají ve 13 evropských zemích formální roli v rozhodování o systému poskytování zdravotní péče, podílejí se na tvorbě národních doporučených postupů a léčebných protokolů či na vedení národních registrů, které zatím existují jen v 18 zemích, byť mají klíčovou úlohu pro plánování optimální péče.“

Národní členské organizace sdružují podle slov B. O'Mahonyho „opravdové experty, tedy ty, kdo s nemocí denně opravdu žijí. S lékaři spolupracují na evidence-based datech, ale mohou je propojovat i s informacemi získanými zkušeností a efektivně je využívat.“

Z projektů, na kterých se EHC podílelo a které jeho prezident v Praze představil, vyjímáme závěrem dvě baterie dat, které dobře ilustrují jak nutnost jejich sběru, tak následné využitelnosti např. v jednáních s plátcí zdravotní péče. „Od naší německé členské organizace pochází velmi zajímavé srovnání pacientů, kteří byli v roce 2008 léčeni v režimu on-demand a v roce 2009 profylakticky. Spotřeba FVIII tím sice stoupla o 16 %, ale výsledkem byl 86% pokles výskytu všech krvácení ročně a 84% snížení počtu dnů pracovní neschopnosti,“ citoval B. O'Mahony.

Další zajímavá data pocházela z průzkumu mezi mladými evropskými hemofiliky ve věku 20–35 let. Ti, kteří žijí ve Švédsku, kde je profylaktická léčba standardně podávána všem pacientům s hemofilii, zaznamenali průměrně 3,2 krvácivé epizody ročně a byli v pracovní neschopnosti v souvislosti se svým onemocněním pouze 0,5 dne v roce. V zemích s jiným přístupem k profylaxi v dospělém věku a s upřednostňovanou léčbou on-demand byly výsledky výrazně odlišné. Např. u hemofiliků ve Velké Británii průměrně 17,5 krvácení a 6,6 dne pracovní neschopnosti ročně, ve Francii dokonce 21 krvácení a 15 dnů pracovní neschopnosti ročně.

*jak  
Vyšlo ve Zdravotnických novinách 46/2012,  
příloha Kongresový list*



# Kojenecká obezita – kazuistika

**MUDr. Zlatko Marinov**

Dětské obezitologické centrum, Pediatrická klinika FN Motol a 2. LF UK Praha

**Úvod:** V 21. století o budoucím zdraví nejen jednotlivce, ale i celé společnosti rozhoduje zejména prevence civilizačních onemocnění, mezi kterými má výsadní postavení obezita. V prevenci a léčbě dětské nadváhy jsou funkční jednoduché principy, které přestože na první pohled mohou působit banálně, mají překvapivý dlouhodobý výsledek, pokud se aplikují včas. Naplnění katastrofické vize následků nadváhy a obezity je velkou výzvou, protože záleží bez nadsázky na všech, jestli se podaří zvrátit současné negativní trendy.

Na prezentovaném případě si dovoluujeme upozornit na problematiku kojenecké obezity. Prezentace zazněla 12. 10. 2012 na konferenci Praktická dětská obezitologie v Poděbradech, na které zazněla aktuální poselství:

**Hlavní preventabilní období dětské obezity jsou v kojeneckém a předškolním věku.**

**Nejúspěšnější léčba dětské obezity je včasná léčba v předškolním věku.**

**Alarmující data výskytu nadváhy a obezity v adolescentním věku.**

## ■ Kazuistika batolete ženského pohlaví

**Osobní anamnéza:** Z prvního rizikového těhotenství z asistované reprodukce. Porod v 38. týdnu plánovanou sekcí cesarea z indikace matky pro úraz pánve v dětství. Porodní hmotnost 2600 g, porodní délka 47 cm. Plně kojena 3 měsíce. Špatně sála, příkrmy odstříkaným mlékem ze stříkačky. Převedená na Nutrilon 1 a od 5. měsíce přídavky. Psychomotorický vývoj přiměřený, očkování dle očkovacího kalendáře.

Rodinná anamnéza: otec 43 let, výška 169 cm, hmotnost 74 kg, BMI (body mass index) 25,9, výrazná muskulatura, bez tukové vrstvy, bez zdravotních obtíží. Mladší bratr otce 170 cm, 130 kg.

Matka 24 let, výška 166 cm, hmotnost 55 kg, BMI 20,8, asthma bronchiale.

Prarodiče bez pozoruhodností.

Sociální anamnéza: nesezdaný pár, vyšší střední třída, artikulují upřednostňování zdravého životního stylu.

**Průběh nadváhy:** Od 5. měsíce vyšší váhové přírůstky. Od 10. měsíce na doporučení PLDD snížená koncentrace Beba 2 HA s dávkou 4× denně 150–200 ml, na noc 250 ml + voda/čaj 100 ml. V 11 měsících vyšetřena v endokrinologické ambulanci ve Svitavách. V somatickém nálezu byla bez pozoruhodností. Mírné urychlení psychomotorického vývoje. V laboratorních vyšetřeních bez metabolických pozoruhodností. V endokrinologických náběrech známky subklinické hypothyreózy, pro kterou byla ordinována substituce. Realizované ultrazvukové vyšetření štítné žlázy v normě. Do naší obezitologické ambulance odeslána ve 14 měsících.

**Status praesens:** V antropologickém vyšetření známky makrozomie s 85 cm na 1,3 směrodatné odchylky (SD) délky, s 49 cm na 2 SD obvodu hlavy a s 4. stupněm monstrózní obezity 4,6 SD BMI při 18,3 kg na 4,6 SD hmotnosti a 60,5 cm 3,7 SD obvodu břicha. V laboratorních náběrech hraniční hyperkalcémie (2,6 mmol/l), dyslipidémie (HDL 2,6 mmol/l, LDL 2,55 mmol/l) a 25-hydroxyvitamin D (42,9 nmol/l). Základní genetické vyšetření vyloučilo Prader Will a DiGeorge syndrom. Vstupní jídelníček na úrovni 76 % energie, 71 % bílkovin, 61 % tuků a 85 % sacharidů doporučené denní dávky dle VDD 1989 ČR (DDD) pro daný věk.

**Průběh léčby:** Ve 14 měsících batolete vstoupila celá rodinná jednotka do standardního protokolu Dětského obezitologického centra FN Motol. Stěžejní metodou léčby protokolu v předškolním věku je model ověřování a sledování režimových dietologických, režimových a pohybových opatření na rodičích, na kterých se dokumentují hmotnostní změny. U předškolních dětí je protokol sestaven na zafixování hmotnosti bez její redukce, aby při ambulantním sledování nedošlo k nekontrolovanému omezení růstového potenciálu dítěte.

Po 1 měsíci léčby při 2. terapeutické návštěvě batole bez hmotnostní změny. Otec si stěžoval na přírůstek 1 kg hmotnosti v oblasti břicha. Byl lehce nespokojen, že musel vynechat proteinové doplňky a ne

vždy stihne posilovnu, protože musí večer jíst s rodinou za prostřeným stolem. V rámci rodinné terapie jsme partnerce vysvětlili nevýhodu atraktivnosti břišní muskulatury pro dlouhodobý kvalitní partnerský vztah a oba vysvětlení pozitivně akceptovali. V týdenním jídelníčku batolete byla protokolem vyvážená a pestrá strava. V účtenkách bylo výraznější zastoupení smetanových krémů a bylo doporučeno jejich omezení.

Po 2 měsících při 3. terapeutické návštěvě bez hmotnostní změny. V doprovodu pouze matky, ale otec bez stížností. V rámci protokolu byla matka zaučena cvikům s batoletem k posílení oporného vertebrogenního systému. V jídelníčku 47 % energie, 71 % bílkovin, 52 % tuků a 41 % sacharidů DDD.

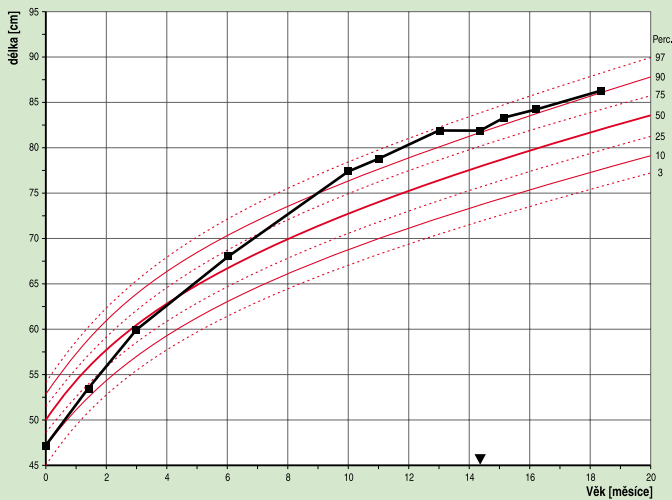
Po 3 měsících při 4. terapeutické návštěvě bez hmotnostní změny. Matka si stěžovala na přírůstek 2 kg hmotnosti, ale partner přiznal, že má vyšší sex-appeal. Pro hmotnost batolete matka nezvládla techniku cvičení, zaučen otec. Vzhledem k nízké hodnotě sacharidů v DDD batolete uvádějí na cílený dotaz, že je unavenější odpoledne. V jídelníčku odmítala ve snídaních sladké cereálie a i pro nízký obsah sacharidů v DDD byly cereálie zaměněny za bílé pečivo. Během léčby došlo k udržení růstového tempa při stagnaci hmotnosti (obr. 1 – graf tělesné délky, obr. 2 – graf hmotnosti), které bylo ilustrováno stagnací hmotnostně-výškového poměru (obr. 3). Úspěšnost léčby je dokumentována na průběhu BMI, kdy došlo za 4 měsíce k poklesu o –0,7 SD BMI (obr. 4 – graf BMI).

Při zhodnocení léčby byla artikulována vzájemná spokojenost a léčebný režim protokolu ambulance byl převeden na kontrolní.

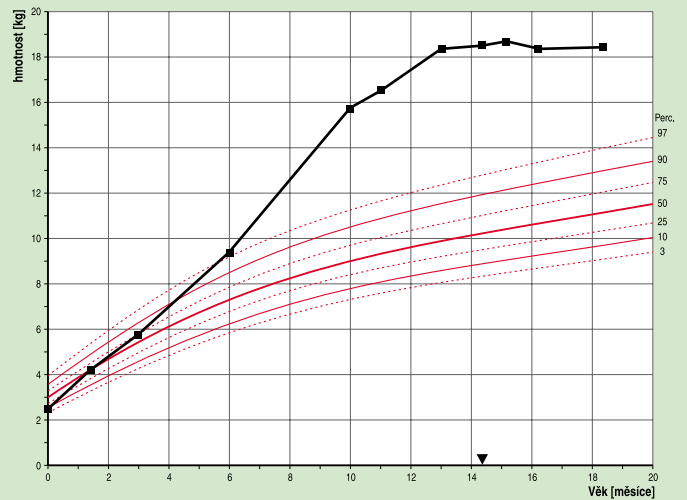
**Diskuse:** V současné době jsme zasaženi globální pandemií obezity. Dětská obezita tvoří v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost po alergických onemocněních druhou největší skupinu pacientů s chronickým onemocněním. Skupina dětí s nadváhou převyšuje závažností následků zbytek ostatních dětských chronických onemocnění především v důsledku dlouhodobých metabolických změn. 95–99 % obézních dětí trpí



Tělesná délka, dívky



Hmotnost, dívky



Obr. 1: Graf tělesné délky

Obr. 2: Graf hmotnosti

běžnou obezitou, která je charakterizována pozvolným nástupem. K jejímu rozvoji musí být splněna podmínka proobezitogenního genomu a podmínka zvýšeného příjmu potravy neadekvátně k energetickému výdeji v rámci obezitogenního prostředí. Podle přísných standardů Světové zdravotnické organizace při celostátním antropologickém průzkumu v ČR v roce 2001 vstupovalo do kojeneckého věku 9,8% dětí s nadváhou, v jednom roce věku ji mělo 29% a ve věku 2–5 let 21,7%. U chronicky obézních dětí nastupuje nadváha ve čtvrtině případů do 5. měsíce a v polovině případů do dvou let věku.

Na konkrétním příkladu dokumentujeme, že k posouzení nadváhy v kojeneckém věku, tak jako v ostatních věkových skupinách,

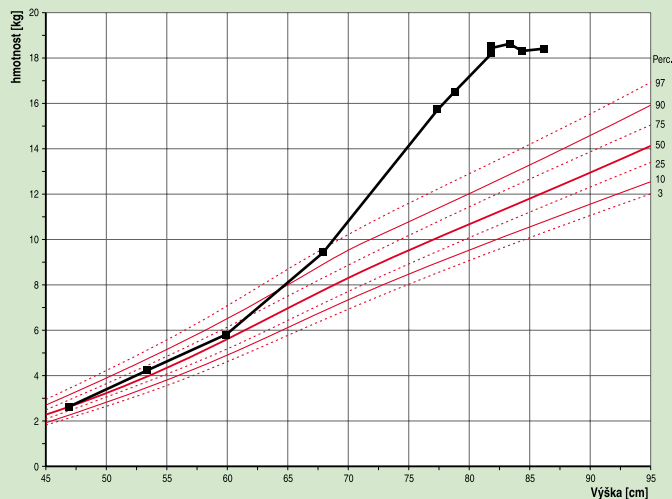
mají největší výtěžnost grafy BMI. V případě prezentované kazuistiky zůstává otevřená otázka, zda se podaří detekovat u batolete monogenní typ obezity, nebo zda se na rozvoji kojenecké nadváhy rozvíjelo především rodinné zázemí, které jeví známky Adonisova syndromu – typu poruchy příjmu potravy. Dětská obezitologie je efektivní i v nejnižších věkových kategoriích bez ohledu na etiologii nadváhy. Přestože kojení je základním prvkem prevence pozdější dětské nadváhy, není schopno zajistit prevenci nadváhy v kojeneckém věku. Pro dětskou obezitologii platí zásada, že ani v kojeneckém věku není třeba vyčkávat s efektivním zásahem.



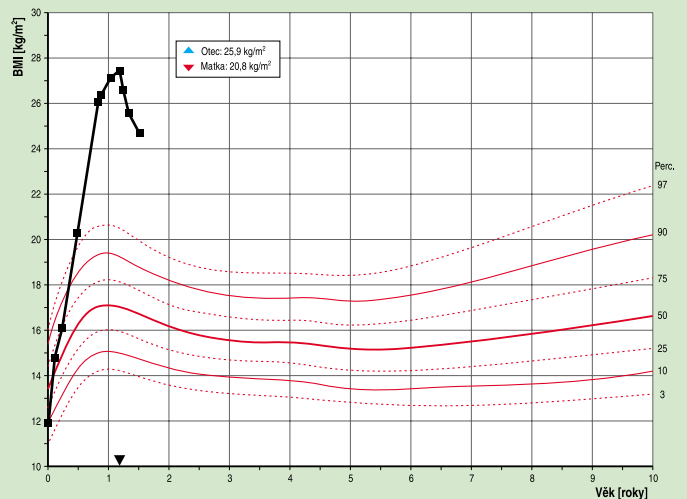
Obr. 3: Graf hmotnostně-výškového poměru

Obr. 4: Graf Body mass indexu

Hmotnost/TV, dívky



BMI, dívky





# Nystagmus

**MUDr. Ctirad Kozderka**  
PLDD Kralovice

Správný pohyb oka je zajištěn perfektní souhrou několika složek. Jedná se o složku **senzorineurální** (periferní receptory = oko, statokinetický aparát, proprioreceptory svalů) a složku **motorickou** (okohybné svaly, posturální svalstvo). Obě složky jsou propojeny nervovými strukturami (nervové dráhy, mozkový kmen+ cerebellum, korová centra).

Impulsy z oka jsou vedeny optickým nervem (n. II), kterým začíná **zraková dráha**, jednak do korového zrakového centra v okcipitálním laloku, jednak do mesencefalu k jádrům okohybných nervů (n. III, n. IV, n. VI). **Stabilitu a pohyb očního bulbu zajišťuje šest okohybných svalů.**

**Vestibulární systém** je představován labyrintem ve vnitřním uchu a centrální složkou v rombencefalu, kde jsou umístěna čtyři jádra n. vestibularis. Jeho vlákna spojují periferní vestibulární systém s cerebellem, jádry okohybných nervů a míšními a cervikálními motoneurony.

**Souhra okohybného, vestibulárního, cerebelárního a spinálního systému je podmínkou správného pohybu očí a stabilizace obrazu. Porucha koordinace nebo poškození jednotlivých struktur může generovat nystagmus.**

Název „nystagmus“ pochází z řeckého νυσταγμός = ospalost, zdřímnutí. V 10. MKN je nystagmus označen kódem H55.

Nystagmus je **definován** jako mimovolní, rytmické pohyby očí, kdy **se střídá pomalá složka** jedním směrem **s rychlou složkou** opačným směrem. Směr je určen rychlou složkou. Pro praxi je nutné si uvědomit, že **nystagmus je symptom!**

U nystagmu popisujeme čtyři základní kvality: **trajektorii** (horizontální, vertikální, diagonální, rotační), **stupeň (1. stupeň** – rychlá složka je ve směru pohledu, **2. stupeň** – nystagmus zachytíme při přímém pohledu, **3. stupeň** – nejméně častý, rychlá složka bije proti směru pohledu), **frekvenci** (rychlá, pomalá) a **amplitudu** (jemná, hrubá).

Od nystagmu musíme **odlišit** opsoclonus a oční flutter. **Opsoclonus** jsou nekontrolované rychlé pohyby očí různými směry o vysoké amplitudě. Nalézáme ho u dětí

s retrobulbárně metastazujícím neuroblastomem („dancing eye syndrom“ s často doprovázejícím brýlovým hematodem), u encefalitidy, u karcinomu prsu, plic a ovarií, u RS, u některých drog a léků. **Oční flutter** je charakterizován rychlými pohyby o malé amplitudě. Obě tyto jednotky se skládají pouze z rychlých pohybů na rozdíl od nystagmu, který má pomalou a rychlou složku. V literatuře existuje více než 40 kritérií klasifikace nystagmu. Pro praxi je důležité odlišit nystagmus fyziologický od patologického.

**Fyziologický nystagmus** může být optokinetický, kalorický a postrotační a dále fixační.

**Fyziologický optokinetický nystagmus** vzniká sledováním pohybujícího se bodu zájmu (pohybující se předmět nebo naopak pozorovatel). Oko pomalou složkou fixuje sledovaný bod, rychlou složkou se vrací k sledovanému bodu tak, aby jeho obraz dopadal na makulu a byl tak ostrý. Protože rychlá složka nystagmu má úhlovou rychlost větší než  $> 5^\circ/s$ , je obraz neostrý. Příkladem je sledování krajiny z dopravního prostředku (horizontální nystagmus s rychlou složkou ve směru jízdy)

**Fyziologický vestibulární nystagmus** můžeme vyvolat termicky či rotací. **Nystagmus kalorický** je vyvolán jednostrannou irigací zvukovodu studenou ( $30^\circ C$ ) nebo teplou ( $42^\circ C$ ) vodou, což vyvolá pohyb endolymfy ve vnitřním uchu. Teplá voda vyvolá nystagmus k této straně, studená naopak („nystagmus miluje teplo“). Nystagmus může být horizontální, diagonální nebo rotační, a to dle pozice hlavy. Fyziologicky trvá 2–2,5 min. **Nystagmus postrotační** je vyvolán úhlovým zrychlením. Vyšetřovaného otáčíme kolem osy během 20 sekund  $10\times$ . Rychlá složka nystagmu trvá fyziologicky 20–30 vteřin proti směru otáčení.

**Patologický nystagmus** se vyskytuje poměrně často – 1:5000 až 10 000 osob. Byl zjištěn rozdílný mezirasový výskyt – vyšší výskyt je pozorován u bílých Evropanů než u Asiatů.

**Patofyziologie: Během rychlé složky nystagmu je vizuální vnímání oslabené ze dvou důvodů:** pro nedostatečnou zrakovou ostrost (bod zájmu není umístěn na makule)

a potlačením vnímání neostrého obrazu mozkem. Pacient s nystagmem se snaží najít pozici očí a hlavy, při níž **získá nejvyšší možnou zrakovou ostrost** (neutrální zóna). To vede např. k **torticolis** či atypickým pohybům hlavy (**dyskinezi**).

U **patologického nystagmu** zvažujeme, zda jde o kongenitální či získaný a kde je jeho možná příčina. Dle doby trvání rozlišujeme nystagmus kontinuální či intermitentní, dle způsobu vyvolání spontánní či vyvolaný známou příčinou a konečně dle laterality binokulární nebo monokulární.

**Kongenitální nystagmus** může být **geneticky podmíněný** nebo **sekundární** ve vazbě na jiné vrozené abnormality, např. oční albinismus, barvoslepost, aniridia cong., Pelizaeus-Merzbacherova leukodystrofie, Noonanové sy., Downův sy. S frekvencí 1:1500 novorozenců se příčinu nepodaří nalézt, pak jde o kongenitální nystagmus **idiopatický**.

Kongenitální nystagmy – geneticky podmíněné: **X-vázaný kongenitální nystagmus** (mutace genu FRMD 7 na dlouhém raménku X chromozomu /Xq26.2/, dosud známo 35 mutací. Gen determinuje produkci proteinu, který má vliv na vývoj nervové buňky mesencefala, cerebella a sítnice), **úplná vrozená stacionární šeroslepost (CSNB)** (mutace genu NYX – nyctalopin, na X chromozomu) a **neúplná vrozená stacionární šeroslepost (iCSNB nebo CSNB-2)** (mutace genu CACNA1F na X chromozomu, který blokuje transport Ca iontů přes Ca kanál). V dnešní době tak lze v rodinách s kongenitálním nystagmem využít prekoncepční a prenatalní genetické poradenství.

**Kongenitální nystagmus idiopatický – spasmus nutans.** Vyskytuje se v prvním roce života, do dvou let spontánně mizí. Příčiny nejsou známy. Kompenzačním mechanismem je přikývování hlavou (lat. nutus – přikývnutí, svolení), ale frekvence je mnohem nižší než vlastního nystagmu. Kvalita nystagmu bývá odlišná na pravém a levém oku.

Nystagmus bývá také doprovodným symptomem u řady **dědičných poruch metabolismu**. Společně s retinitis pigmentosa se



vyskytuje u abetalipoproteinémie, ceroidlipofuscinozy 1, 2, 3, 4, deficitu LCHAD, mitochondriálních cytopatií, peroxizomálních poruch či u Sjogren-Larssonova sy. Nystagmus **s kataraktu** bývá u Fabryho choroby, homocystinurie, Loweho sy., mukopolysacharidózy, Wilsonovy choroby. Další skupina chorob s nystagmem je kombinována **s atrofií n. opticus** – choroba Canavanové, ceroidlipofuscinozy 3, 4, Krabbeho choroba, Leberova choroba při delecii mitochondriální DNA, Leighův sy., metachromatická leukodystrofie, mitochondriální cytopatie, neuroaxonální dystrofie – Schindlerova choroba, Pelizaeus-Merzbacherův typ leukodystrofie, poruchy peroxizomální biogeneze, deficit pyruvátdehydrogenázy, deficit ribóza-5-fosfát izomerázy, deficit sulfitoxidázy, X-ALD, 3-metaglutakonová acidurie.

**Získaný nystagmus** bývá často doprovázen závratěmi, nauzeou, bolestí hlavy, podrážděností, posturální instabilitou, palpitacemi, pocením (z dráždění vegetativních center v mozgovém kmeni) apod. Původ získaného nystagmu může být optogenní, vestibulární, neurogenní či metabolický včetně intoxikací. **Získaný nystagmus optogenní** zachycujeme u poruch refrakce (< 2–3/10), traumat oka, infekce oka, nádorů oka (retinoblastom) a v průběhu zrakové dráhy, metastazujícího neuroblastomu a dalších. **Získaný nystagmus vestibulární periferní** (při postižení labyrintu a n. vestibularis) mívá typicky akutní nástup – hučení v uších, závratě, nevolnost. Možnými příčinami může být labyrinthitis, neuritis, Ménièreův sy., vasikulární ischemie, trauma, intoxikace, tumor (schwannom n. VIII.), benigní paroxysmální polohové vertigo. **Získaný nystagmus vestibulární centrální** (zejm. léze na úrovni cerebella a mozkového kmene) má typicky horizontální nystagmus s konstantní lineární rychlostí pomalé fáze, která se vyznačuje zastávkami v pravidelných intervalech cca 4 minut. Získaný **nystagmus neurogenní** doprovází např. RS, nádory mozku, trauma CNS, infekce CNS (toxoplazmóza, Mycobacterium leprae), cévní mozkovou příhodu, encefalopatie (Wernicke-Korsakovův sy.), degenerativní onemocnění CNS (leukodystrofie, ...)

Jak již bylo výše uvedeno, **nystagmus** může být **vyvolán** některými **léky, toxiny či metabolity**: salicyláty, lithiem, barbituráty, fenytoinem, benzodiazepiny, selektivními inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), ketaminem, LSD (diethylamid kyseliny lysergové), psylocybinem (lysohlávka),

extázi (metylendioxymetamfetamin), PCP (fencyklidin – „andělský prach“), při deficitu thiaminu, při abúzu alkoholu (Wernicke-Korsakovův sy.).

Úkolem PLDD je včas zjistit nystagmus, pokusit se určit jeho příčinu a dle možností se účastnit i na zavedení terapie.

Z výše uvedených mechanismů vzniku nystagmu lze sestavit vyšetřovací algoritmus:

- I. Nystagmus fyziologický × patologický?
- II. Porucha organická
  - a) zrakového orgánu
  - b) vestibulárního orgánu
  - c) neurologická (zraková dráha, vestibulární dráha, cerebellum, mozkový kmen, nadřazená centra včetně mozkové kůry)
- III. Porucha neorganická
  - a) dědičné metabolické vady
  - b) intoxikace, abúzus, léky
- IV. Součást syndromů
- V. Porucha idiopatická (kongenitální)

**Co může provést** v ordinaci **PLDD**? Určitě **odebrat RA** (výskyt nystagmu či syndromů) a **OA** (cefalea, vertigo, nauzea, časová sou slednost, ...), **posoudit celkový stav a chování** pacienta, posoudit **držení hlavy** a pohyby hlavy (deklinace a dyskineze) a provést **fyzikální vyšetření** včetně změření TK. Zaměřit se na **zrakový orgán** (anatomie oka a okolí, postavení a hybnost bulbů, orientační posouzení vizuálních schopností, průhlednost očních médií), **vestibulární orgán** (anatomie zevního ucha a okolí, otoskopie, orientační vyšetření sluchu). Součástí vyšetření by mělo být orientační posouzení **nervového systému** (svalový tonus, základní reflexy, taxe, stoj, chůze, posouzení psychomotorického vývoje). Z **laboratorních metod** je možno provést zákl. biochemické vyšetření včetně parametrů zánětu, metanefrin a normetanefrin při susp. neuroblastomu, screening či rescreening DPM, drogový screening, alkohol, sérologie adnatních infekcí. Z **grafických vyšetření** je většinou dostupné sonografické a RTG vyšetření. Komplementární vyšetření indikujeme vždy na základě dif.dg. rozvahy. Nesmíme ani opomenout **možnost souběhu více příčin nystagmu**. Do vyšetřování pravděpodobně zapojíme i specialisty (oftalmolog, ORL, neurolog, ev. genetik).

**Terapeutické možnosti** se odvíjejí od zjištěné příčiny. Mnohdy ale neexistuje léčba **kauzální**, pak se uchylujeme k léčbě **symptomatičké**. Vrozený nystagmus je dosud nevléčitelný. K léčebným opatřením jistě

patří korekce refrakční poruchy, korekce strabismu, tenotomie vybraných okohybných svalů ke snížení amplitudy a blokaci oka na místo nejostřejšího vidění na sítnici, rehabilitace, odstranění vyvolávajících noxy (alkohol, drogy, metabolit, léky), ev. onkologická léčba. Lze využít i **terapii medikamentózní (baklofen** = centrální myorelaxans, **gabapentin** = antikonvulzivum se zlepšením zhruba u poloviny pacientů s nystagmem, levetiracetam – **Kepra** = antiepileptikum, u něhož mechanismus účinku není znám, memantin – **Ebixa** – snižuje patologicky zvýšenou hladinu glutamátu na synapsích, **4-amidopyridin** – blokuje uvolňování acetylcholinu z nervového zakončení a konečně **acetazolamid** – inhibitor karboanhydrázy, snižuje nitrooční tlak, diuretikum).

Na péči o postižené se mohou dle potřeby podílet i další **specialisté** (psycholog, psychiatr pro často depresivní stavy pacienta i rodičů, speciální pedagog, RHC, ortoped). Pacientům lze nabídnout i služby Tyfloservisu.

Dle stupně postižení bychom neměli opomenout ani **posudkovou činnost** a upozornit rodiče či pacienta na možnosti sociálně-ekonomické kompenzace (statut integrovaného dítěte, ZPS, invalidita, ...) a někdy se i vyjádřit k omezení životních aktivit (studium, schopnost řízení vozidel, provozování sportu apod.).

### ■ Kazuistika č. 1

- Ondra V., 24. 9. 2009
- **RA**: matka 1979 zdráva, **otec** 1977 **amblyopie**
- **OA**: prenatálně i perinatálně bez pozoruhodností. Z neonatologie propuštěn jako fyziologický novorozenec, **screening na kataraktu negat.**
- **NO**: V **6 týdnech** zastižen poprvé **horizontální nystagmus bilat. doprava**. Současně tendence stáčet oční bulvy doleva a **deklinace hlavičky** doprava s mírným záklonem.
- **Oční vyš.** nenalezlo jinou patologii oka.
- **ORL vyš.** OAE vyloučilo poruchu sluchu.
- **Neurolog** konstatuje **centrální hypotonický syndrom** s poruchou vzpřimovacích reakcí, zahájena RHC.
- **sono mozku** s norm. nálezem. **Labor. vyš.** v zákl. biochemismu norm., adnatní infekce neg.
- **Ve věku 17 měsíců**: prohlíží si obrázky, deklinace hlavičky, občas s dyskinezi, chůze o širší bázi, stoj bez titubace



- **Genetické vyš.:** neprokázán syndrom, molekulárnegenet. vyš. nedostupné.
- **Závěr:** zatím nejasný původ, zřejmě půjde o kongenitální idiopatický nystagmus.

#### ■ Kazuistika č. 2

- Štefan K., 23. 2. 1983
- RA: matka zdráva, otec st. p. FR v dětství, bratr zdráv.
- OA: v průběhu I. a II. trimestru gravidity 2× viróza se subfebriliemi, jinak bez komplikací. Perinatálně bez pozoruhodností.
- NO: Od narození sekrece ze spojivek, ve 2 měsících průplach slzných cest bilat. Ve 3 měsících zjištěn obraz trvalé mydriázy, horizontální nystagmus, světlo sleduje, ale fixace není makulární, stanovena dg. aniridia cong. V dalším období polární katarakta bilat.
- Neurol. vyš.: lehká tonusová porucha, dyskineze hlavy v.s. související s oční vadou.
- Laborať: zákl. biochemismus, metabol. screening, adnatní infekce – vše v normě.
- CT mozku a břicha: n. n.
- Celoživotní sonografické sledování uropoetického systému.
- Genetické vyšetření (1985) neprokázalo chromozomální abnormality. Vazba Wilmsova tumoru + aniridia congenita je podmíněna mutací genu PAX 6 na 11. chromozomu, kde sousedí lokus AN2 pro aniridii a lokus WT1 pro Wilmsův tumor. Mutace je AD či vzniká de novo.
- Visus bilat. 1/60 nat. i s korekcí. NT 6/5,5 (norm.) Perimetr: OP zúžení ZP na 30°. OL zúžení ZP prakticky až na 10°. Zrakové funkce jsou v pásmu těžké slabozrakosti. Korekce refrakce bez efektu. Používal zvětšovací kamerový systém a turmon, později PC.
- Dg. aniridia cong. oc. I. utq., cataracta cong. oc. I. utq. corticonuclearis, degeneratio vitreoretinalis. oc. I. utq. Funkčně v úrovni těžké slabozrakosti až praktické slepoty. Horizont. nystagmus II. st.
- Závěr: nystagmus kongenitální sekundární při VVV oka.

#### ■ Kazuistika č. 3

- Jan B., 14. 7. 2006
- RA: matka oligofrenní, otec simplexní
- OA: Z I. gr., pro atypický triple test (riziko trizomie 18) AMC s norm. chromozom. nálezem včetně G pruhování. UZ kont-

roly s norm. obrazem. Porod v termínu. Perinatálně bez pozoruhodností.

- NO: Ve 4 týdnech zjištěn strabismus converg., hydrokéla bilat. Ve 2,5 měs. svalová hypotonie, stagnace PMV, plagiocefalie s atypickým stáčením hlavičky dorzálně a doprava. Působí dojmem amaurozy. Zachycen horizontální nystagmus.
- Oční: esotropia oc. sin. s odchylkou 30–35°, amblyopia oc. bilat. v.s. praecip. oc. sin., nystagmus horizont. bilat., hypermetropia bilat., astigmatismus oc. sin. Indikován k operaci strabismu vlevo, dosud neuskutečněna. Zatím brýlová korekce a okluzor.
- Neurologie: svalová hypotonie, hemisyndrom vpravo s asymetrií vývojových reflexů, degener. stigmatizace.
- 2,5 roku: první epileptický záchvat – epilepsie parciální s generalizací, th. Depakine. Dlouhodobě se nedaří kompenzovat, proto od 4,5 roku Depakine + Topamax.
- V péči logopedie pro opožděný vývoj řeči (jen náhodné slabiky).
- Psychologie (mentální defekt).
- Labor. vyš.: hypolGA, adnatní infekce negat.
- EKG: IRBB.
- MR mozku: levostranná hemiatrofie periventrikulárně i na konvexitě s méně vystupňovaným postižením i pravé hemisféry mozku.
- DPM a klin. genetické vyš.: profil AMK a β-oxidace MK bez patologie, organické kyseliny: středně významné vylučování akonitátu močí 200 mg/g (norma do 100 mg/g). Ostatní org. kyseliny v normě.
- Závěr: etiologie nystagmu nejednoznačná – neurogení, metabolická, oftalmologická, kongenitální?

#### ■ Kazuistika č. 4

- Tomáš J., 15. 3. 1997
- RA: bez udané heredity
- OA: v 6. měsíci gr. varicella. Perinatálně bez pozoruhodností.
- NO: V 1. měsíci – stridor laryngis cong., tremor, neklid, těžká centrální tonusová porucha s rozvojem centrální spastické kvadruparézy, rotační nystagmus.
- MRI mozku: nedokončená myelinizace, jinak bez patologie.
- Oční: susp. aplazie papil n. opticus bilat. Evokované potenciály zrakové patologické. Rotační nystagmus.

- Evokované potenciály sluchové patologické.
- Metabol. screening: patologie nezjištěna.
- Adnatní infekce včetně VZV IgM: neg.
- Neurologie: Centrální kvadruspasticitata. Atetoidní pohyby HK, manuální neobratnost.
- Psychologie: Mentální defekt těžkého stupně.
- Antropologie: dystrofizace – výška, hmotnost, BMI, obvod hlavy – vše pod 1. percentilem.
- Genetika: karyotyp 46 XY, prokázána mutace PLP1 genu na Xp22 vedoucí k poruše syntézy proteolipidového proteinu jako zákl. kamene myelinu. Verifikována dg.: Leukodystrofie Pelizaeus-Merzbachera typu.
- Závěr: rotační nystagmus při geneticky podmíněném dysmyelinizačním onemocnění.

#### ■ Kazuistika č. 5

- Jaroslav V., 7. 12. 1992
- RA: polovlastní bratr neurofibromatosis I. typu (m. Recklinghausen).
- matka vertebrogenní sy.
- OA: Pro partus imminens cerclage v 7. měsíci. Porod v 38. týdnu, p. s.C. pro hypoxii plodu. Po vybavení těžká asfyxie, oxynoterapie, masáž 5 min, pak již spont. dechová aktivita. Apgar 1 (akce) – 5 (vše po 1 bodu) – 8 (akce, dech, barva po 2, tonus a reflexy po 1 b.). Hmotnost 3200 g/pd 49 cm. Ikterus bez th.
- K nám přistěhován v 11 letech, zjištěn horizont. nystagmus.
- oční – nystagmus horizont. cong. I. sin. gr. II. Emetropie. Kompenzační postavení hlavy. NT OP 22 mm Hg, OL 24 mm Hg.
- ORL opakovaně pro otitis med. a sinusitis, otogenní etiologie nystagmu neprokázána.
- Psycholog: Intelekt podprůměrný.
- Neurologické vyš. odmítli.
- Závěr: v.s. kongenitální nystagmus (diskutabilní je též perinatální trauma-asfyxia intra partum?)





## Ze světa odborné literatury...

### ■ Deficit 6-fosfát dehydrogenázy i její hraniční deficiencie. Asociace s neonatální hyperbilirubiněmí

Je zde sledován výskyt deficiencie glukózo-6-fosfát dehydrogenázy u 2656 novorozenců v rámci univerzálního screeningového programu. Střední hodnota aktivity uvedeného enzymu byla  $14,2 \pm 3,3$  U/g Hb. Z uvedeného počtu bylo 2,71 % novorozenců deficientních a 1,77 % mělo hraniční aktivitu tohoto enzymu. Prevalence byla patrná pro některé národnostní skupiny. Děti s deficiencí měly vyšší hladinu bilirubinu při propuštění. Děti s nízkou nebo hraniční aktivitou enzymu častěji vyžadovaly fototerapii (22 % proti 7 % bez deficiencie). Také u nich žloutenka častěji zrecidivovala. Střední aktivita enzymu byla nižší u nezralých dětí mezi 27.–34. týdnem gestace ve srovnání s dětmi, které se narodily později.

*J. Pediatr. 2012;161:197-200*

### ■ Osudné astma u dětí – kritická perspektiva

V práci sledován klinický průběh, terapie a aspekty u dětí s osudným astmatem, které byly přijaty na JIP v Los Angeles. Jednalo se o děti mezi 1. a 18. rokem věku, přijaté mezi roky 2005–2008, které vyžadovaly ventilaci nebo zemřely. Z 261 dětí přicházejících v úvahu 33 (13 %) nemělo žádnou předešlou historii astmatu, 218 (84 %) přeživalo bez známých závažných komplikací a 32 (12 %) mělo komplikace. 11 dětí (4 %) zemřelo. 10 z nich prodělalo kardiální zástavu před přijetím. Pacienti ventilovaní již mimo JIP měli kratší interval trvání ventilace – 25 hodin oproti 84 hod. u ventilovaných po přijetí. U skupiny Afroameričanů bylo trvání intubace časově kratší. U 15 dětí, tj. 6 %, bylo před přijetím již pozorované barotrauma. Farmakologická terapie během ventilace byla vysoce variabilní. Zahrnovala intermitentní nebo kontinuální inhalaci albuterolu, kortikosteroidy intravenózně nebo perorálně, inhalace ipratropia. Dále pak terbutalin i.v., s.c., i.m., inhalačně. Všechny tyto preparáty podávány velmi často. Aminophyllin nebo theophyllin patřily mezi preparáty s průměrnou frekvencí podávání. Zcela výjimečně podáván isoproterenol. Poměrně redukován byl podáván epinefrin, a to i.v., s.c., i.m. nebo inhalačně. Také atropin podáván poměrně výjimečně.

Magnesium sulfát, neuromuskulární blokáda a ketamin aplikovány poměrně často. Inhalace mukolytik a oxidu dusného byla spíše výjimkou.

Nejčastěji byly během ventilace podávány kortikoidy, a to v 98 %, kolem 60 % pacientů dostávalo beta-2 agonisty. Největší množství pacientů bylo extubováno mezi 3. a 4. dnem. Většina dětí, které zemřely, měla kardiální zástavu již před přijetím.

*J. Pediatr. 2012;161:214-221*

### ■ Včasná parenterální výživa může redukovat cholestázu u dětí s velmi nízkou porodní hmotností?

Ukazatelem je hodnota přímého bilirubinu vyšší než 2 mg/dl.

V práci posuzovali cholestázu u novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností, kteří dostávali cyklickou nebo kontinuální parenterální výživu. Prolongovaná parenterální výživa je většinou společnou příčinou hyperbilirubinémie nezralých dětí. Enterální výživa podávána v cyklech nebo kontinuálně. Jaterní testy provedeny na začátku a během sledování.

Novorozenci s kongenitálními anomáliemi, kongenitální hepatitidou nebo virovou infekcí byli vyloučeni. Incidence cholestázy byla velmi podobná v obou skupinách. Stejně tak bilirubin a transaminázy. Gestáčnický věk, porodní váha a Apgar skóre byly signifikantně nižší.

Klinické riziko bylo vyšší pro děti s cholestázou. Ukázalo se, že oba faktory výživy nebyly asociovány s výší cholestázy. Časový interval plné stravy je signifikantním prediktorem pro cholestázu. Děti s bronchopulmonální dysplazií mají častěji cholestázu.

*J. Pediatr. 2012;161:229-233*

### ■ Vestibulární postižení po bakteriální meningitidě vede k narušení posturomotoriky

Bakteriální meningitida je nebezpečnější než virová, byť je méně častá (20 %). Kolem 2–16 % dětí umírá a část má těžká neurologická postižení. Mikrobiální bakteriální spektrum zahrnuje *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus B* a *Haemophilus influenzae*. Známými komplikacemi jsou subdurální abscesy, ventriculitis, hydrocephalus nebo ztráta sluchu. Ale senzoreiurální komplikace jsou diagnostikovány poměrně pozdě, až po odeznění akutní fáze.

Vyšetřeny zde nálezy a vliv postmeningitické vestibulární dysfunkce na včasnou posturomotoriku. Meningitida u dětí je často asociována s posturální instabilitou, která je častým atributem nedefinovaného neurologického postižení. Příčinou může být vestibulární poškození. Byly sledovány skupiny s vestibulární ztrátou

před samostatnou chůzí vs. po ní. Bylo sledováno 37 dětí (18 děvčat, 19 chlapců), střední věk 2,3 roku. Tyto děti byly hospitalizovány pro bakteriální meningitidu s následným vlivem na posturální instabilitu. Bylo provedeno kompletní ohodnocení vestibulárního aparátu včetně 3 testů pro funkci semicirkulárního kanálu, pro funkci otolitickou, sluchovou a další. 29 dětí (10,5 %) z 276 hospitalizovaných pro bakteriální meningitidu mělo vestibulární poruchu. Vestibulární ztráta byla kompletně bilaterální u 16 ze 32 a parciální u 13 ze 37. Celkem 8 dětí mělo normální odpověď. Neurologicky normální děti, které měly dříve meningitidu nezávisle (samostatně) a měly kompletní vestibulární ztrátu, chodily signifikantně později a jejich posturální instabilita zůstávala déle než u dětí druhé skupiny.

Stupeň poklesu vestibulárního narušení koreloval s trváním posturální instability a se stupněm ztráty sluchu. Důležité je, zda pacient meningitidu prodělával již před schopností samostatné chůze. Důležité také je zjištění, zda posturální instabilita přetrvává 8 dní po ukončení léčby. To je pak indikací pro vyšetření vestibulárního aparátu.

Při ztrátách sluchu se používají kochleární implantáty. Také je nutné myslet na fibrózu a osifikace labyrintu po meningitidě, zvláště při infekci pneumokokem. Proto je nutné myslet na postižení vestibulárního aparátu.

*J. Pediatr. 2012;161:246-251*

### ■ Efekt endotracheální intubace a surfaktantu na novorozenecký elektroencefalogram

V práci je ohodnocen efekt podávání surfaktantu na vývoj novorozeneckého CNS.

Zařazeno 30 novorozenců, kde EEG snímáno v 10. minutě medikace, během premedikace pro endotracheální intubaci, při podávání surfaktantu a v 10., 20., 30. minutě po podání.

Byla monitorována saturace kyslíku a srdeční akce, krevní tlak i  $pCO_2$ .

18 z 29 dětí vykazovalo supresi mozkových vln na EEG po aplikaci surfaktantu. 4 děti z 18 nedostaly premedikaci. 9 dětí vykazovalo EEG supresi během endotracheální intubace, všechny ale dostávaly premedikaci před intubací. 5 dětí mělo EEG supresi během endotracheálního odsávání. Intubace i podávání surfaktantu vedou ke změně mozkových funkcí u novorozenců.

*J. Pediatr. 2012;161:252-257*

Ve spolupráci s firmou Pfizer připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.



## Aktuality...

### S miliardovou dírou si zdravotnictví musí poradit samo, říká ministerstvo

V systému veřejného zdravotního pojištění loni chybělo pět miliard. Letos to budou podle výhledu ministerstva zdravotnictví tři miliardy. Jak si s tím zdravotnictví poradí? Zatím počítáme s variantou, že systémem si poradí sám, protože se zvýší výběr pojistného, míní náměstek ministra Hegera Petr Nosek.

„Systém musí dokázat uspořít a vyrovnat se s tím stavem, který je. Nikoliv že bychom navrhovali zvýšení výběru stávajícího pojistného či navýšení regulačních poplatků,“ řekl iDNES.cz Petr Nosek, náměstek pro zdravotní pojištění ministra Leoše Hegera.

Ministerstvo zdravotnictví příští týden předloží vládě materiál, ve kterém analyzuje stav veřejného zdravotního pojištění za první pololetí letošního roku. Podle Noska v něm vyčísluje odhad, že letos v něm budou chybět zhruba tři miliardy korun. Ministru zdravotnictví vypracování materiálu uložila vláda poté, co vyšlo najevo, že loni v systému chybělo pět miliard korun. Současný plán ministerstva, aby si systém se situací poradil, aniž by do něj lidé či stát nalívali další peníze, ale platí jen pro případ, že se ekonomika v recesi dokáže odrazit ode dna. „Bude-li se situace nacházet v lepších projekcích mírného růstu, z něj vyplývá i mírný růst zdravotního pojištění. Systém se pak bude muset vyrovnat ve výdajích s tím, jaké tu budou příjmy,“ vysvětlil Nosek. Pokud by taková situace nenastala, existují podle Noska dvě možnosti. Buď se zvýší přísun prostředků do zdravotnictví, tedy je tam příliž stát či pacienti ze svého, nebo stát přehodnotí to, na jakou péči má pacient právo ze zdravotního pojištění, tedy pacient bude mít nárok na hrazení méně péče nebo v jiné kvalitě. „Nárok na zdravotní péči by pak byl nějakým způsobem omezen,“ potvrdil Nosek. Například zubaři už delší dobu požadují, aby si lidé platili i nejlépejší amalgámové plomby. Nyní je hradí pojišťovny.

#### Zvýšení poplatků nepřipadá v úvahu, vzkázal ministři premiér

Ministr zdravotnictví také už dříve připustil, že by se u lékařů mohly platit vyšší regulační poplatky. Například za návštěvu praktika by se platilo místo třicetikoruny padesát korun. U specialisty bez předchozí návštěvy praktika by lidé zaplatili 200 korun. Alespoň takto o plánu hovořil Leoš Heger v dubnu. Premiér Petr Nečas ve středu uvedl, že s něčím takovým před něj dosud ministr zdravotnictví nepředstoupil a zdůraznil, že i kdyby se tak stalo, vládou by návrh na navyšování poplatků či zvyšování pojistného neprošel. „Kdyby náhodou pan ministr takovou věc předložil, tak by to neprošlo,“ odvětil premiér na otázku iDNES.cz, zda se o něčem takovém jedná. Už dříve Nečas vyloučil i možnost zvyšování plateb za státní pojištěnce.

Podle ministra Hegera je Nečasův postoj pochopitelný. „V ODS je problém s rebely. Těch je nyní sedm a zajímavé je, že čtyři z nich jsou v radách Všeobecné zdravotní pojišťovny. To ukazuje, že je to skupina lidí, kteří mají velký zájem o zdravotnictví, VZP, IZIP a pro pana premiéra je to z pohledu ODS obtížné,“ řekl České televizi Heger.

Heger nyní zvažuje, že by systém umožnil vybírat pojistné v různé výši, podle toho, u jaké pojišťovny je pacient zaregistrován. VZP má totiž oproti ostatním pojišťovnám vyšší náklady na péči o klienta. Vysvětluje to tím, že se stará o nejvíce starých lidí a těch,

kteří trpí závažnými chorobami a jejich léčba je tudíž nákladnější. Ministerstvo zdravotnictví ústy Petra Noska ve středu zopakovalo, že fatální zpoždění plateb nyní registruje pouze u jedné pojišťovny, a tou je právě VZP. „VZP je v deficitu, to znamená, že nějaké řešení je nezbytné. Zda bude stačit z úrovně ministerstva zdravotnictví nebo z úrovně vlády, je věcí materiálu pana ministra zdravotnictví. Řešit deficit ve VZP ale ještě automaticky neznamená, že se tam budou zvyšovat příjmy, musí se prostě změnit bilance,“ uvedl po jednání kabinetu ministr financí a Hegerův stranický kolega Miroslav Kalousek. Všeobecná zdravotní pojišťovna však tvrdí, že ona už miliardy spořit nedokáže. Podle ředitele Pavla Horáka se musí změnit systém. Například cenovou revizí léků ze strany Státního ústavu pro kontrolu léčiv, navýšením platby za státní pojištěnce nebo vyšší sazbou zdravotního pojištění pro živnostníky. Pojišťovny nyní také vyjednávají o nových smlouvách s nemocnicemi. VZP je připravena prostřednictvím jednání do tří let snížit počty lůžek v Česku o 10 tisíc. Jen loni jich ubylo 1973. Přes deficit a úsporná opatření ministr ovšem ujišťuje, že hospodářská situace v celém systému není katastrofická. Podle Noska systémem ročně proteče 222 miliard korun, schodek ve výši několika miliard proto nemůže vést ke kolapsu systému zdravotního pojištění.

Zdroj: H. Válková, iDnes.cz, 17. 10. 2012

### Ministerstvo pozměnilo pravidla pro testování neplodných párů

Dosud musely páry, které se rozhodly pro umělé oplodnění, podstupovat při každém pokusu o otěhotnění testy na pohlavní nemoci. Nyní stačí test jeden i při několika pokusech o početí. Umožnila to změna ve vyhlášce ministerstva zdravotnictví. Vyšetření na pohlavní nemoci bylo dosud prováděno u neplodných párů i několikrát ročně. Nová pravidla umožňují, aby proběhl pouze jeden test za 24 měsíců. A to je doba, kdy páry mohou absolvovat umělé oplodnění opakovaně. Nyní zdravotní pojišťovny hradí až čtyři pokusy.

„Vyšetření na pohlavní nemoci se provádí, abychom věděli, že odebrané vzorky nejsou infekční. Pokud by byly, vztahovaly by se na ně jiné pracovní postupy,“ vysvětlil důvody testů Aleš Sobek, porodník a majitel olomouckého Centra léčby neplodnosti. Testy, jež jsou součástí komplexního vyšetření, mají ochránit také zdraví plánovaného dítěte. „Například spermie muže, který je pozitivní na HIV, jdou teoreticky promýt tak dokonale, že se jimi už tento virus dále nepřenáší,“ doplnil Sobek. Lékaři v reprodukčních centrech se za posledních 20 let nesetkali s párem, v němž by alespoň jeden z partnerů byl HIV pozitivní. I proto navrhli, aby páry podstupovaly méně testů na tři typy žlutou, syfilis nebo právě zmiňovaný virus HIV.

#### Návrh za 120 miliónů korun ročně

Nová podoba vyhlášky platí od 17. října a týká se zhruba 10 tisíc párů ročně. Ministerstvo ji změnilo na podnět lékařů. „Chtěli jsme párům i lékařům zjednodušit situaci,“ vysvětlil náměstek ministra zdravotnictví Ferdinand Polák. Kromě toho systém veřejného zdravotního pojištění ušetří ročně 120 miliónů korun, protože za jedno zmiňované vyšetření platí zdravotní pojišťovny dva tisíce korun. „České zdravotnictví tím nezachráníme, ale každá koruna dobrá,“ míní Polák. Peníze



ušetří i páry v péči lékařů. Podle lékaře se stávalo, že ověření výsledků testů nedorazilo k lékařům včas a na pacienty se tedy muselo pohlížet jako na potenciální nosiče infekce. To v praxi znamenalo, že vajíčko i spermie musely projít kultivací odděleně. Zákrok byl poté dražší a páry za něj musely dopláct 15 tisíc korun. Ročně takto lidé vydali za nadstandardně provedenou vyšetření osm milionů korun. Aktuálně platná vyhláška ale nedostatky v lhůtách odstranila.

#### **Změny pravidel se dotknou i anonymních dárců**

Ministerstvo nyní zvažuje, že sníží četnost testů i pro anonymní dárcy spermií a vajíček. I oni procházejí kontrolami před každým odběrem. Pravidla pro anonymní dárcy jsou ale přísnější i v dalších věcech. Například spermie se kvůli hlídání zdravotního stavu dárcy mohou použít až půl roku po odběru. Do té doby je lékaři uchovávají zamrazené. Diskutuje se o tom, že anonymní dárci by mohli podstoupit test na pohlavní choroby jen jednou za půl roku. Polák i Sobek zároveň odmítli snahu poslanců, který by prakticky zlikvidoval anonymní dárcovství buněk. Pokud by návrh prošel, matriky by musely vést evidenci dětí, které se narodily díky umělému oplodnění. Včetně toho, kdo byl dárcem a jaká je jeho adresa. „Vedl by k velkému omezení systému asistované reprodukce v České republice,“ míní Polák. „Žádný dárcy nám nepřijde darovat buňky s rizikem, že mu za dvacet let zaklepe na dveře mladý člověk s tím, že je jeho dítě,“ doplnil Sobek. Lékař tvrdí, že když začal podobný zákon platit ve Švédsku, ženy kvůli umělému oplodnění cestovaly do sousedního Dánska. „V Anglii docházelo k masivnímu vycestování do Španělska. Létala tam celá letadla,“ doplnil Sobek.

*Zdroj: H. Válková, iDnes.cz, 28. 11. 2012*

#### **A to mám chodit na ryby? 365 dní v roce?**

V rámci projektu Česká hlava se každoročně uděluje i cena Patrie. Ta je určena občanu ČR nebo osobě, která má nebo měla českou či československou státní příslušnost. Laureát by měl působit v zahraničí a svým mimořádným počinem v oblasti základního nebo aplikovaného výzkumu přispívat k dobrému jménu České republiky. Letos cenu získal prof. MUDr. Ervín Adam, MD, Ph.D., infektolog a epidemiolog, který dnes působí na Baylor University v texaském Houstonu. Mimo jiné se velmi zasloužil o to, že Československo se stalo první zemí, které se podařilo na svém území eradikovat dětskou obrnu.

**Spolu s vaší ženou jste byl na přelomu padesátých a šedesátých let organizátorem úspěšného programu očkování proti poliomyelitidě, který se stal vzorem pro preventivní strategie po celém světě. Jak se to stalo, že tehdejší Československo získalo takový náskok?**

Albert Sabin tehdy se svou orální živou vakcínou objížděl svět, protože v Americe neměla povolení pro plošné očkování. Tady v Česku jsme v poradní skupině usoudili, že vše nasvědčuje tomu, že jde o účinnou a bezpečnou očkovací látku, a rozhodli jsme se, že do toho půjdeme. V roce 1959 jsme začali a brzy bylo proočkováno 250 000 dětí. Američané začali tuto vakcínu používat až tři roky po nás.

**Pamatujete si, kdo byl první očkováný v tomto programu?**

Velmi dobře, protože to byly mé dcery, jedné bylo v té době jedenáct let, druhé čtrnáct. Ostatně jsme se hned naočkovali i my sami.

**Nevyčetly vám to dcery později?**

Nikdy, a to určitě jsou schopné to posoudit. Jedna je dnes profesorkou gynekologie a druhá právničkou. Vnučka teď v září začala stu-

dovat medicínu v Praze, na 1. lékařské fakultě. Podle mého názoru tu dostane lepší přípravu v teoretických oborech, v klinických už asi ne, ty už bude studovat v Americe. Jinak já sám mám vztah i k 2. lékařské fakultě, než mě z její infekční kliniky vyhodili.

#### **Jak to tehdy probíhalo?**

Dostal jsem dopis, že moje politická výchova studentů je nedostatečná a že musím odejít. Když jsem se zeptal děkana, jak mám vyučovat infekci podle Lenina a Stalina, tak mi řekl, soudruhu, touto otázkou jsi potvrdil, že na fakultu nepatříš. Tak jsem šel. Několik let jsem byl v tehdejší Výzkumném ústavu imunologickém, kde jsem založil klinicko-epidemiologické oddělení. Tam jsem působil až do roku 1968, když nás přišli naši „přátelé“ osvobodit. Tak jsem si pomyslel, že se potřebuji osvobodit taky. Měl jsem strach, že se dcery nedostanou na školu, řekl jsem si tedy, jistota je jistota, a emigroval jsem. Nejlepší nabídky jsem měl z Německa. Myslel jsem si ale, že bude dobré, když mě od Rusů bude oddělovat nějaká voda, a nakonec jsem zakotvil za mořem.

#### **Bylo těžké se prosadit?**

Lehké to nebylo. Neznám ale žádného českého lékaře, který v Americe neuspěl. Naše vzdělání nebylo a není špatné. Bylo mi 47 let a musel jsem znovu udělat všechny zkoušky, včetně anatomie a histologie. Od roku 1990 k nám jezdili do Houstonu vždy dva stážisté. A my jsme je povzbuzovali. Říkali jsme jim – z čeho máte mindráky? Kvůli tomu, že je tady víc přístrojů? To ještě neznamená, že medicína je tady jiná. To je otázka pouze peněz, a ne vědomostí. Medical Center v Houstonu je největší v USA, pracuje tam 58 000 lidí, má samozřejmě jiné možnosti než česká nemocnice. Ostatně v USA ani v nemocnici, která slouží spíše nemajetné komunitě někde na venkově, nejsou větší pokoje než dvoulůžkové. To ale s kvalitou personálu nesouvisí.

#### **Je vám devadesát let a stále pracujete. Co vás u práce drží?**

A co bych měl dělat? Hrát tenis? Chytat ryby? Celých 365 dní v roce? To ne...

#### **Jaká otázka vás nyní zajímá nejvíc?**

Zabývám se vztahem mezi cytomegalovirovými infekcemi a rozvojem aterosklerózy. To je podle mého názoru neprávem opomíjené téma.

*Zdroj: Ion, Medical Tribune 24/2012, 6. 12. 2012*

#### **Ohrožuje vaše pacienty antibiotická rezistence?**

**Žádná jiná léková skupina není tak ohrožena šířící se rezistencí jako antibiotika – postupně ztrácíme celou řadu přípravků pro účinné a bezpečné klinické použití. Upozornit na toto nebezpečí je cílem Evropského antibiotického dne, ke kterému se připojuje i Česká republika. Proto se tentokrát v pravidelném diskusním fóru ptáme: Představuje antibiotická rezistence reálný problém ve vaší klinické praxi? Pokud ano, kde konkrétně? Jaké strategie by podle vás mohly účinně vést k zastavení nebo poklesu tohoto fenoménu?**

#### **MUDr. Jan Galský, Ph.D., MBA**

*vědecký sekretář Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP*

Objev antibiotik společně s očkováním proti některým infekčním nemocem byl přelomový v medicíně druhé poloviny 20. století a výrazně ovlivnil spektrum nemocí, které společnost ohrožovaly na zdraví, invaliditě a především úmrtnosti. Díky tomuto úspěchu se antibiotika stala v myslích odborné i laické veřejnosti jakoby samospasitelná



a masivně se používala, často i zneužívala. Přízpusobením bakterií tomuto trendu s rychlým rozvojem rezistence se nebezpečně blíží konec nadšení, jistoty a klidu v léčbě infekcí spojených se zdravotní péčí, ale také komunitních infekcí. V každodenní praxi se setkáváme s multirezistentními bakteriemi, proti nimž již nemáme účinná antibiotika. U dalších rezistentních bakterií je nutné volit antibiotika s nižší bezpečností, s vedlejšími účinky a nákladově méně efektivní. Problém je tedy medicínský i ekonomický. Do procesu záchrany účinnosti antibiotik se musí zapojit celá společnost. Musí se omezit spotřeba, zpřísnit indikace v humánní i veterinární medicíně. Je nutná úzká spolupráce lékaře a nemocného, dodržování správných režimů, dávkování, intervalů, doby užívání, podávání s jinými léky, s potravinami. Správná cesta není restriktce, ale dokonalá informovanost. Náklady na výzkum, vývoj a uvedení na trh nových léků jsou enormní a návratnost vložených prostředků je u antibiotik limitována. Většinou jsou určena pro krátkodobou terapii na rozdíl od léků na chronické nemoci, jež jsou užívány dlouhodobě, někdy celoživotně. Proto je také důležitá podpora výzkumu, hledání nových molekul. Zde je nutné zapojení stakeholderů, politiků a sponzorů v jednotlivých státech.

#### **Doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.**

*člen výboru České neonatologické společnosti ČLS JEP*

Nárůst rezistence ATB je v oblasti neonatální intenzivní péče alarmující. V současné době jsou nozokomiální infekce způsobené koaguláza negativními kmeny stafylokoků (CoNS) dominantním problémem péče o kriticky nemocné novorozence. Incidence CoNS sepsí se udává u novorozenců extrémně nízké porodní hmotnosti 10 až 60 procent. Mortalita novorozenců v důsledku CoNS sepsí je doposud velmi nízká, ale s ohledem na nárůst rezistence kmenů na vankomycin a teikoplanin lze předpokládat, při pokračování současného trendu, výrazné zhoršení mortality a dlouhodobé morbidit u extrémně vulnerabilní populace. Aplikace ATB u novorozenců je velmi často profylaktická, preventivní a iracionální. Doporučená délka terapie ATB u novorozenců je empirická, podle hesla: déle je lépe a více bezpečně pro pacienta. Validní data z robustních a metodicky dobře postavených studií chybějí. Dlouhodobé dopady na vývoj rezistence bakteriální flóry nejsou při řešení jednotlivých případů zohledněny.

Účinná strategie prevence vzniku rezistencí na ATB by měla být zaměřena do několika oblastí:

- Podpora vývoje a výzkumu nových přípravků, podpora studií bezpečnosti a účinnosti.
- Zavádění jednoznačně projektivních opatření ve specifické skupině pacientů (u nezralých novorozenců minimalizace invazivních výkonů, snížení délky pobytu na JIP, včasný priming – podávání mateřského mléka a kolostra, minimální manipulace, dodržování hygienicko-epidemiologického režimu oddělení, optimalizace provozu oddělení ve vztahu k problematice infekcí).
- Jednoznačně definovat indikace pro podávání ATB a minimalizovat délku podávání ATB.
- Jednoznačně dodržovat principy racionální ATB terapie (zvl. cílené podávání ATB podle výsledků mikrobiálního vyšetření).

#### **MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.**

*primářka Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce, Praha*

Antibiotická rezistence představuje skutečně závažný celosvětový problém. Zatímco v začátku používání antibiotik, tedy v první polovině 20. století, byla rezistence na antibiotika téměř neznámým

jevem, dnes naopak jsou již druhy bakterií odolných i na antibiotika s tzv. širokým spektrem působení. Racionální antibiotická politika znamená použití správného antibiotika ve správnou dobu po správný čas. Neexistuje nejlepší antibiotikum, které by měl lékař podat náhodně. Vždy je potřeba zvolit antibiotikum, které je účelné, a jeho spektrum by mělo být co nejužší, zaměřené právě na vyvolavatele nemoci. Jen tak se dá zabránit nebo spíše zbrzdit negativní trend v nárůstu rezistence.

#### **MUDr. Pavla Paterová**

*vedoucí ATB střediska Ústavu klinické mikrobiologie FN Hradec Králové*

Antibiotická rezistence v klinické praxi představuje zcela reálný problém. Nárůst infekcí způsobených rezistentními bakteriemi byl zvláště ve zdravotnických zařízeních enormní a zcela změnil základní pravidla antibiotické léčby. Některá antibiotika, u nichž se blíží rezistence ke 30 %, byla vyřazena z léků první volby pro vysoké nebezpečí selhání. Stále častěji musejí být používány léky rezervní, více toxické, dražší. Druhou stranou mince jsou infekce pacientů nehospitalizovaných, přicházejících s infekcí z domu. Bohužel i u těchto komunitních infekcí se rezistentní původci objevují stále častěji. Pro některé infekce je proto již nemožné vybrat perorální lékové formy a je nutné pacienta k antibiotické terapii hospitalizovat. Nejdůležitějším článkem boje proti zvyšování bakteriální rezistence je snížení celkové spotřeby antibiotik při léčbě a předcházení onemocněním nejen lidským, ale i nemocem zvířat a rostlin. Toho je možné dosáhnout striktním používáním antibiotik pouze na infekce způsobené bakteriemi. Virové infekce (zvláště respirační) jsou v terénní lékařské praxi nejčastějším neúčelným použitím antibiotik. Neméně důležitý je racionální výběr vhodného antibiotika předepisujícím lékařem na základě doporučení odborných společností. Trend vývoje bakteriální rezistence pravděpodobně nikdy nezastavíme, ale podle mého názoru bychom ho přijetím nezbytných opatření mohli výrazně ovlivnit.

#### **Doc. MUDr. Martina Vašáková, Ph.D.**

*primářka Pneumologické kliniky 1. LF UK a FTNSP, Praha*

Rezistence patogenů a podmíněných patogenů na antibiotika představuje v pneumologii velký problém. Týká se totiž nejen bakteriálních pneumonií a bakteriálních bronchitid, často opakovaných, které se vyskytují hlavně u nemocných s preexistujícím onemocněním plic (chronická obstrukční plicní nemoc a bronchiektazie), ale i u nemocných s tuberkulózou, kde rezistence na antimikrobiální léky vede až k takzvané multirezistentní tuberkulóze, pro jejíž léčbu jen obtížně nacházíme léčebné kombinace. Zvláštní kapitolou pak jsou plicní infekce u imunokompromitovaných nemocných způsobené často vysoce rezistentními patogenními i podmíněně patogenními bakteriemi. Zásadní strategií vedoucí k minimalizaci bakteriální rezistence je v případě infekcí respiračního traktu racionální léčba, kdy primárně nezneužíváme antibiotika pro léčbu virových infekcí, a pokud již léčíme bakteriální zánět, tak používáme primárně antibiotika dle doporučených léčebných postupů pro pneumonie a orientujeme se i dle aktuální epidemiologické situace. U bakteriálních infekcí chronických (bronchiektazie) a recidivujících, zvláště u nemocných s predisponujícím plicním onemocněním či s defektem imunity, pak volíme optimálně léčbu dle citlivosti, zvláště byla-li primárně nasazená léčba bez klinického efektu. V případě tuberkulózy pak dbáme na řádnou léčbu, přímo kontrolovanou a řádně ukončenou, a to především u nemocných se sníženou adherencí k léčbě, abychom



zabránili selekci kmenů mykobakterií rezistentních na většinu základních antituberkulotik.

**Prof. RNDr. Jiří Viček, CSc.**

*katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové; oddělení klinické farmacie, nemocniční lékárna FN Hradec Králové*

Vidím několik problémů ve využívání antibiotik: Nedostatečné informace o spotřebě těchto léků na určitou diagnózu a nedostatek dostupných databází. Snažíme se spolupracovat s VZP a s Ústavem pro zdravotnickou informatiku a spolupracujeme i s ECDC. Informační systémy nemocnic a ambulantních praxí nemají možnost spojit ATB s diagnózou tak, aby to nebylo časově náročné. Cestou je tedy zlepšení těchto databázových systémů, aby indikátory používání protinfekčních léčiv bylo možno používat k diskusi s lékaři a lékárníky. Vysoká spotřeba antibiotik v profylaxi – často i neracionální. Stále hodně protinfekčních léčiv se užívá u nachlazení. Rozšiřuje se předepisování antibiotik pro jiné účely než prevence a léčba infekčních nemocí – např. azitromycin a podpora imunity.

Cenová politika firem a výběrová řízení v nemocnicích, při nichž se do nemocnic dostávají preferenčně levnější léky, např. více širokospektrá antibiotika mají někdy nižší náklady než protinfekční léčiva užšího spektra. Je to jedna z příčin preference potencovaných penicilinů v nemocnici před samotným ampicilemem. Z našich výsledků vyplývá, že potencované peniciliny jsou někdy používány i na eradikaci *Helicobacter pylori*.

Samoléčení antibiotiky dané tím, že nemocným zůstává doma více antibiotik a jsou ochotni se jimi léčit sami anebo léčit své děti – to vidíme jako trend hlavně u mladší generace.

Celosvětově široká dostupnost léků k samoléčení – ukazují na to i naše výsledky ze Spojených arabských emirátů a nyní rozjždíme širší studii v Jemenu, Indonésii, Egyptě a dalších zemích. Lidé často užívají tato léčiva symptomaticky. Domnívám se, že tento problém se celosvětově neřeší. Používání protinfekčních léčiv ve veterinární praxi a malá kontrola reziduí v potravinách. To však nemám ověřeno, k této obavě ale vede současné nastavení regulace trhu.

Nedostatečný důraz na kvalitu malodistribuce a lékárenskou péči, a tím riziko rozšíření falešných léčiv.

*Zdroj: Medical Tribune 24/2012, 6. 12. 2012*

**Zákon o úrazovém pojištění opět odložen**

**Nový zákon o úrazovém pojištění, podle něhož se měli lidé v Česku začít řídit od ledna příštího roku, se o dva roky odkládá.**

**Odklad účinnosti na 1. ledna 2015 podepsal 11. prosince prezident prof. Ing. Václav Klaus, CSc. ČTK to sdělil Klausův mluvčí Mgr. Radim Ochvat.**

Účinnost sporné normy, která mění odškodňování za pracovní úrazy a nemoci z povolání, se odkládala už dvakrát. Vláda a sněmovna byly původně pro zrušení zákona. Poslanci ale nakonec vyhověli senátu a souhlasili s odložením. Podle kontroverzní normy měla pojištění od dvou komerčních pojišťoven převzít Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ). Pojistné měla vybírat jako odvody ze mzdy. Lidem po pracovním úrazu či s nemocí z povolání měla pak hradit rentu. Dosud se pojišťují zaměstnavatelé, odškodnění se platí z tohoto pojištění. Odboráři i zaměstnavatelé zákon kritizovali a žádali jeho zrušení. Také podle ministryně práce Ing. Ludmily Müllerové ho

nelze používat a ani opravit. Senát ale léta schválený zákon odmítl zrušit do doby, než normu nahradí nová úprava. Navrhl proto na podnět ČSSD další dvouletý odklad. Sněmovna s tím souhlasila. Při přípravě nové normy bude vláda vycházet ze současného principu komerčního pojištění. Systém by se měl upravit a otevřít i ostatním pojišťovnám. Zavést by se měly také bonusy a malusy. Opozici to ale kritizuje. Označuje to za privatizaci veřejné služby a nový systém podle ní bude i dražší.

*Zdroj: čtk, 12. 12. 2012*

## INZERCE

246 9-12

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

248 10-12

**Medicon a.s. přijme pediatra** na plný úvazek (ev. 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;  
telefon: 261 006 476.

249 10-12

**Prodám zavedenou praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **ve Velkých Karlovicích** (Zlínský kraj – okres Vsetín). Obvod je volný od 1. 1. 2013. Telefon: 739 039 381.

250 10-12

**Pronajmu** zařízení **ordinaci v centru Brna** ve velmi hezkém prostředí. Možnost okamžitého zahájení praxe.  
E-mail: remunda@centrum.cz.

251 1-13

**Nabízím práci na 0,5 úvazku** (či více, dle dohody) v plně vybavené ordinaci PLDD, s.r.o. **na Praze 9**. Dobré platové podmínky. Kontakt: jarmilakav@gmail.com.

252 1-13

**Prodám** velmi dobře prosperující **praxi PLDD na severu Prahy**.  
Tel. po 19. hod. 737 113 456.

253 1-13

**Prodám zavedenou praxi PLDD v blízkosti Prahy a Kladna**, dobrá dopravní dostupnost. Zkušená sestra, větší počet pacientů. Kontakt: 728 476 310.

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

# Autodidaktický test 1/2013

## ORL problematika

### 1. Orbitocelulitida je nejčastěji komplikací rinosinuitidy. Mezi klinické příznaky patří:

- a) Otok kořene nosu
- b) Chemóza spojivek
- c) Meningitida
- d) Brýlový hematom
- e) Protruze očního bulbu

### 2. Orbitocelulitida je definována jako:

- a) Zánět frontálního sinu současně se zánětem měkkých tkání očnice
- b) Zánět kůže s projevy celulitidy v oblasti orbity
- c) Zánět v obl. antrum Highmori současně se zánětem spojivek
- d) Zánět etmoidálních sklípků současně se zánětem měkkých tkání očnice
- e) Zánět přední oční komory

### 3. Při otoku a zarudnutí v mediálním očním koutku, febriliích a rýmě nutno pomýšlet na:

- a) Rinosinuitidu
- b) Orbitocelulitidu
- c) Nefrotický syndrom
- d) Chalazion

### 4. V ČR je od r. 1993 u dětí s nedoslýchavostí používán BAHA systém – sluchadlo zakotvené do kosti v retroaurikulární oblasti. Tento typ sluchadla je s výhodou využitelný u:

- a) Jednostranné těžké percepční nedoslýchavosti/hluchoty
- b) Jednostranné těžké převodní nedoslýchavosti/hluchoty
- c) Oboustranné těžké percepční nedoslýchavosti/hluchoty
- d) Oboustranné těžké převodní nedoslýchavosti/hluchoty

### 5. PFAPA syndrom je charakterizován periodickými horečkami, krční lymfadenopatií, (tonzilo)faryngitidou a aftózní stomatitidou.

- a) Etiologickým agens je recidivující infekce beta-hemolytickým streptokokem A, proto dobře zabírá penicilin, ev. profylakticky možno aplikovat depotní penicilinový preparát
- b) Laboratorním vyšetřením prokážeme vysoké hodnoty CRP (60–150 mg/l), což nás opravňuje podávat širokospektrá antibiotika
- c) Laboratorním vyšetřením prokážeme nízké hodnoty CRP (do 30 mg/l), protože toto onemocnění je vyvoláno nejčastěji některým virem (adenoviry, CMV, EBV, enteroviry, ...)
- d) U tohoto onemocnění jsou v době ataky vysoké horečky, faryngotonzilitida s negativním kultivačním nálezem a vysokou hodnotou CRP, přesto nejde o bakteriální onemocnění, ale o onemocnění na podkladě poruchy imunity (ze skupiny autoinflamatorních chorob)
- e) Příčinou PFAPA syndromu je infekce Mykoplasma pneumoniae rezistentní na většinu makrolidových antibiotik, proto je nutná terapeutická kombinace klindamycinu s metronidazolem

Nyní  
ještě blíže  
mateřskému  
mléku

Sunar  
**nutra  
defense**

Prebiotika/Prebiotika  
DHA & ARA  
Nukleotidy

### Prebiotická vláknina GOS

Podporuje růst střevní mikroflóry<sup>1,2</sup>  
Pouze prebiotická vláknina GOS je přirozenou součástí  
mateřského mléka.

### Nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA

Přispívají ke zdravému růstu a vývoji kojenců  
Organismus si je nedokáže sám vytvořit, proto je nutné je v dostatečném  
množství přijímat stravou.

### Nukleotidy

Významně podporují imunitní systém dítěte<sup>3,4,5</sup>  
Mateřské mléko obsahuje významné  
množství nukleotidů, v průběhu  
kojení a s postupem věku  
dítěte jejich množství  
klesá.

Mateřské mléko je naší inspirací.

Jeho ochranná funkce nás přirozeně inspirovala k vytvoření  
kojenecké mléčné výživy Nutradefense s unikátní směsí látek,  
které jsou přirozeně přítomny v mateřském mléku.

Nové vyvážené složení Nutradefense obsahuje kromě bílkovin,  
sacharidů, tuků, vitamínů a minerálních látek také  
tři další významné složky:

- ◆ PREBIOTICKÁ VLÁKNINA GOS
- ◆ NENASYCENÉ MASTNÉ KYSELINY DHA a ARA
- ◆ NUKLEOTIDY

WHO (Světová zdravotnická organizace) doporučuje pít kojení během prvních 6 měsíců věku dítěte, poté se  
doporučuje ke kojení začít s postupným zaváděním nemléčných přírodních přírodních. Kojení je nejlepší způsob výživy dítěte.  
Pokrvení pro zvláštní výživu. Tento materiál je určen speciálně pro odbornou veřejnost.

Důležité na odlišnou literaturu: 1. Ben HM, Zhou XY, Zhao WH, Yu WL, Pan W, Zhang WL, et al. Supplementation of milk  
formula with galacto-oligosaccharides improves intestinal micro-flora and fermentation in term infants. Chin Med J 2004;  
117:327-31. 2. Fanoro S, Mariani B, Bogna M, Vigi V, Fabris C, Pano-Quintana L, et al. Galacto-oligosaccharides are bifidogenic  
and safe at weaning: a double-blind randomized multicenter study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(1): 82-8. 3. Buck RH,  
Thomas DL, Winship TR, Cordle CT, Kuchan MJ, Bagge GE, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status.  
Part 2: Immune cell development. Pediatr Res 2004 Dec; 56(5): 890-900. 4. Schaller JP, Kuchan MJ, Thomas DL, Cordle CT, Winship TR,  
Buck RH, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: Humoral responses. Pediatr Res 2004 Dec; 56(5): 883-89.  
5. Gutiérrez-Castrellón P, Mora-Magaña L, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez C, Ramírez-Mejías J and Salomon-Santibáñez GA. Immune  
response to nucleotide-supplemented infant formulas: systematic review and meta-analysis. British Journal of Nutrition 2007; 98 (Suppl.1):S54-7.



NOVINKA  
NA DOBRU  
NOC

800 201 102

www.nutradefense.cz

# INVAZIVNÍ PNEUMOKOKOVÁ ONEMOCNĚNÍ (IPO)

V roce 2011<sup>4</sup>

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

Distribuce sérotypů *S. pneumoniae*, které způsobily IPO u dětí do 5 let věku v ČR v roce 2011<sup>4</sup>

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



Graf adaptován dle publikovaných dat SZÚ, 2012.<sup>4</sup>

Sérotypy 3, 6A a 19A pokrývá z konjugovaných vakcín pouze **Prevenar 13**.<sup>1,2,3</sup>

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



**Prevenar 13**  
nejširší pokrytí sérotypů  
ze všech pneumokokových  
konjugovaných vakcín<sup>1,2,3</sup>



# 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 CRM<sub>197</sub> 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. **Dávkování:** Imunizační schémata přípravku Prevenar 13 by měla být založena na oficiálních doporučeních. **Kojenci ve věku 6 týdnů - 6 měsíců:** Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců:** Kojenci ve věku 7 - 11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávka se doporučuje podat ve druhém roce života. **Děti ve věku 12-23 měsíců:** Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. **Děti ve věku 2 - 5 let:** Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Učkovácí schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dříve neočkovaných 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, která byla kompletně imunizovaná přípravkem Prevenar (7valentní), by měla dostat jednu dávku po 0,5 ml přípravku Prevenar 13, pro navození imunity odpovídající vůči 6 dalším sérotypům. Tato dávka přípravku Prevenar 13 by měla být podána nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar (7valentní). **Dospělí ve věku 50 let a starší:** Jedna samostatná dávka. **Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13** nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použito 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považované za vhodné, 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 delový sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na dišenzky toxoid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddělení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. 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 převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánet 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 (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa očkování. **Těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokového 13valentního konjugátu u těhotných žen. Není známo, zda je pneumokokový 13valentní konjugát vylučován do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patří raskce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechuť, zvýšená spavost a/nebo nespavost. U dospělých osob artralgie, myalgie, bolesti hlavy, příjem, vyrážka, zimnice, nevolnost, zarudnutí v místě aplikace, indisence/otok v místě aplikace, bolest/parezita v místě aplikace, omezení pohyblivosti paže, sružení citlivosti k jídlu. **Předvakcinace:** Předvakcinace přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobně 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 plovoucí 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/1/09/590/001-6. **Datum poslední revize textu:** 3.7.2012. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. **Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti aplikující podmínky dané zákonem č. 48/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznáňte s úplnou informací o přípravku.**

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

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

www.prevenar13.cz



Pacujeme společně pro zdravější svět™

www.pfizer.cz

PRV-2012.01.116