

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

únor 2014
číslo 2 • ročník 14



téma čísla

Oční lékařství



- Provádění novorozeneckého laboratorního screeningu a rescreeningu
- Úhrady v roce 2014
- Výroční meeting Evropské akademie pediatriů
- Záchyt a korekce refrakčních vad u dětí
- Hypertenze u pacientů s polycystickými ledvinami
- Schizofrenie – diagnostika, prodromální příznaky a léčba
- Centrální poruchy zraku u dětí
- Infekce HIV a onemocnění AIDS
- Vyhláška č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu





Synflorix

... prověřená vakcína proti
invazivním pneumokokovým
onemocněním (IPO)

Výsledky studie FinIP prokázaly výbornou ochranu proti IPO:^{1*}

- **100%** účinnost (95% CI 83–100) proti IPO způsobeným vakcinačními sérotypy pro schéma 3+1.
- **93%** účinnost (95% CI 75–99) proti IPO bez ohledu na sérotyp.²

Význam studie:

- Největší dosud provedená studie s pneumokokovou konjugovanou vakcínou (PCV) u dětí.
- Jediná klinická studie potvrzující účinnost PCV proti IPO v Evropě.



Synflorix – zkrácená informace o přípravku

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Synflorix injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (adsorbovaná). **Složení:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje pneumococcale polysacharidum serotypus 1 (1 µg), 4 (3 µg), 5 (1 µg), 6B (1 µg), 7F (1 µg), 9V (1 µg), 14 (1 µg) a 23 (1 µg) konjugované na protein D (odvozený z kmenů netyfovateľného *Haemophilus influenzae*) jako proteinový nosič (9 – 16 µg), 18C (3 µg) konjugovaný na tetanický toxoid jako proteinový nosič (5 – 10 µg) a 19F (3 µg) konjugovaný na difteriický toxoid jako proteinový nosič (3 – 6 µg) – adsorbovaná na fosforečnan hliníkový (0,5 mg Al³⁺). **Terapeutické indikace:** Aktivní imunizace proti invazivním onemocněním a akutní otitis media způsobeným *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů až do 5 let. **Dávkování a způsob podání:** Vakcína se podává intramuskulární injekcí, a to přednostně do anterolaterální části stehna u kojenců nebo do deltového svalu ramene u malých dětí. Očkovací schéma musí být v souladu s oficiálními doporučeními. Doporučuje se, aby jedinci, kterým je podána první dávka Synflorixu, dokončili celé očkovací schéma Synflorixem. Synflorix nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně nebo intradermálně, údaje o subkutánním podání nejsou k dispozici. **Kojenci od 6 týdnů do 6 měsíců věku:** Doporučené schéma k zajištění optimální ochrany tvoří 4 dávky – 3 dávky s intervalem min. 1 měsíc mezi dávkami, posilovací dávka s min. 6měsíčním odstupem od 3. dávky. Je-li vakcína podávána jako část rutinního očkovacího kalendáře, může být podána ve schématu tvořeném třemi dávkami – 1. dávka může být podána od věku 2 měsíců, 2. dávka o 2 měsíce později, posilovací dávka s odstupem min. 6 měsíců od 2. dávky. **Dříve neočkovaní starší kojenci a děti ve věku 7 – 11 měsíců:** 2 dávky s intervalem min. 1 měsíc mezi dávkami, 3. dávku se doporučuje podat v 2. roce života s min. 2měsíčním odstupem mezi dávkami. **Dříve neočkované děti ve věku 12 – 23 měsíců:** dvě 0,5 ml dávky s intervalem nejméně 2 měsíce mezi dávkami. **Potřeba posilovací dávky po tomto očkovacím schématu nebyla stanovena. Děti ve věku 2 – 5 let:** očkovací schéma spočívá v podání dvou 0,5 ml dávek s intervalem nejméně 2 měsíce mezi dávkami. **Děti narozené mezi 27. – 36. týdnem těhotenství:** U nedonošených dětí narozených alespoň ve 27. týdnu těhotenství doporučené očkovací schéma tvoří čtyři dávky, každá po 0,5 ml. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na účinné látky nebo na kteroukoli pomocnou látku a nebo na kterýkoli proteinový nosič tohoto přípravku. Aplikace vakcíny musí být odložena u osob trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce, např. nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pro případ vzácně se vyskytující anafylaktické reakce po aplikaci musí být k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Možné riziko apnoe a nutnost monitorování dýchání po dobu 48 – 72 hodin by se měly zvážit při podávání vakcíny těžce nedonošeným dětem (narozené v ≤ 28. týdnu těhotenství). U dětí od 2 let věku se může objevit v průběhu očkování, nebo i před ním synkopa (mdloba) jako psychogenní reakce na injekční stříkačku s jehlou. Je důležité předem zajistit takové podmínky, aby při eventuální mdlobě nemohlo dojít k úrazu. Vakcína se musí podávat opatrně osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace. Je třeba se též řídit oficiálními doporučeními k očkování proti difterii, tetanu a *Haemophilus influenzae* typu b. Ochrana proti pneumokokovým serotypům, které nejsou ve vakcíně obsaženy, nebo proti netyfovateľnému *Haemophilus influenzae* nebyla dostatečně prokázána. Synflorix neposkytuje ochranu proti jiným mikroorganismům. Synflorix nemusí chránit všechny očkované jedince proti invazivnímu pneumokokovému onemocnění nebo otitis media způsobenými serotypy obsaženými v této vakcíně. Ochrana proti otitis media způsobeným pneumokokovými serotypy obsaženými v této vakcíně může být podstatně nižší než ochrana proti invazivním onemocněním. Celková ochrana proti otitis media může být omezena. Děti by měly dostat vakcínu Synflorix podle očkovacího schématu odpovídajícímu věku dítěte v době zahájení očkování. Data o bezpečnosti a imunogenitě nejsou u dětí nad 5 let věku zatím k dispozici. Imunitní odpověď vyvolaná podáním dvou dávek Synflorixu u dětí ve věku 12 – 23 měsíců je srovnatelná s odpovědí vyvolanou podáním tří dávek u kojenců. U dětí se zvýšeným rizikem pneumokokových infekcí a u dětí s nedostatečnou imunitní odpovědí může být odpověď na očkování snižena a očkování nemusí poskytnout optimální ochranu. Údaje o bezpečnosti a imunogenitě u těchto skupin najdete v Souhrnu údajů o přípravku. Profylaktické podání antipyretik před nebo bezprostředně po aplikaci vakcíny může snížit incidenci a intenzitu horečnatých reakcí po očkování, ale také imunitní odpověď na vakcínu. Klinický význam tohoto pozorování, stejně jako vliv jiných antipyretik na imunitní odpověď na Synflorix, není znám. Profylaktické podání antipyretik se doporučuje u všech dětí, kterým je Synflorix podán současně s vakcínami s celobuněčnou pertusovou složkou a u dětí s křečemi nebo s anamnézou febrilních křečí. Antipyretická léčba by měla být zahájena v souladu s místními terapeutickými doporučeními. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Synflorix může být podán současně s některou z následujících monovalentních nebo kombinovaných vakcín: vakcínu proti difterii-tetanu-pertusi s acelulární či celobuněčnou pertusovou složkou, hepatitidě B, dětské obrně, *Haemophilus influenzae* typu b, spalničkám, příušnicím a zárdenkám, planým neštovicím, proti meningokokům serotypu C (CRM₃₅ a TT konjugáty) a rotavirům. Injekce jednotlivých vakcín musí být aplikovány po dosažení pokojivé teploty. **Druh obalu a velikost balení:** 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo typu I) s pistovou zátkou (butylprýž) s jehlami nebo bez jehel. Balení obsahuje 1 nebo 10 předplněných injekčních stříkaček. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/09/508/001-010. **Datum první registrace:** 30. 3. 2009. **Datum revize textu:** 25. 10. 2012. Úplnou informaci o přípravku najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na adresu společnosti GlaxoSmithKline s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4, tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444, www.gsk.cz. Verze SPC platná ke dni vydání materiálu (5. 2. 2013). Případné nežádoucí účinky nám prosím nahláste na cz.safety@gsk.com.

Reference: 1. Palmu AA et al. Lancet 2012. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61854-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61854-6). 2. Synflorix je indikován k prevenci IPO způsobených vakcinačními sérotypy.

* The Finnish Invasive Pneumococcal Disease Vaccine Effectiveness trial

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	6
	Koalice soukromých lékařů	7
	Informace SPLDD	8
	Provádění novorozeneckého laboratorního screeningu a rescreeing	9
	Úhrady v roce 2014	11
	MUDr. Gabriela Kubátová	
	Zpráva ze zahraniční cesty: Výroční meeting Evropské akademie pediátrů (EAP)	14
	Informace OSPDL ČLS JEP	17
	Zápis z jednání Národní imunizační komise	17
	MUDr. Alice Marková	19
	Centrální poruchy zraku u dětí	
	MUDr. Barbora Varadyová	22
	Záchyt a korekce refrakčních vad u dětí	
	Prof. MUDr. Vladimír Tesař, CSc.	25
	Hypertenze u pacientů s polycystickými ledvinami	
	Prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc.	27
	Schizofrenie – diagnostika, prodromální příznaky a léčba	
	Doc. MUDr. Ladislav Machali, Ph.D.	30
	Infekce HIV a onemocnění AIDS	
	Ze světa odborné literatury	34
	Aktuality	35
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Kalciofosfátový metabolismus	38
	Vyhláška č. 391/2013 Sb. ze dne 25. listopadu 2013, o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
MSD
MEDAC
NUTRICIA
SANOFI PASTEUR

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

Nelinka – první dny doma, foto Jiří Prokeš.

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.

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. Jana Sudková, MUDr. Ctirad Kozderka

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
 Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
 U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
 fax: 267 184 050

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



Oko – pouze orgán zraku?

Před mnoha lety se v obci, kde bydlím a pracuji, stal hrozný čin. Staří chlapi si vyřizovali nějaké účty. Zřejmě z hospody. Jeden již důchodce, druhý ještě pracoval na jatkách jako řezník-bourač. Při potyčce řezník vytrhl jedním hmatem chudákovi čerstvému důchodci jedno oko. Tragédie, kterou si nikdo nedovedl představit, prostě zvěrstvo. Jak se asi ten řezník choval k těm nevinným vystresovaným jatečným zvířatům?

Před mnoha lety jsem byl s rodinou na dovolené ve Španělsku. Bylo to hned po sametové revoluci, peset se moc nedostávalo, a tak jsme nakupovali jen poskrovnu, i když obchodníci vehementně nabízeli zboží, o němž se nám tady v Čechách ještě ani nezdálo. Při večerních procházkách sluncem vyhřátými uličkami španělského městečka byl všude ruch a lidé posedávali před hospůdkami a restauracemi přímo na ulici, všude to vonělo smaženými, pečenými či vařenými pochoutkami. Neodolal jsem, vyslyšel žadonění syna (ač byl po hotelové večeři) a koupil mu hranolky s volským okem. Strašně se olizoval.

Oko má tolik významů: masné oko, oko na punčoše, pytlácké oko, horské oko, kuří oko, rybí oko (rozuměj širokoúhlý objektiv), oko hurikánu, boží oko, oko bere (karetní hra jedenadvacet, to jen na vysvětlenou pro neznalé), oko jako název knižní edice (to pamatujeme spíše my starší, zatížení presbyopií), jestřábí oko (nemyslím tím oko dravce, ale elektronický kamerový systém používaný ke sledování míčků v tenise)...

Říká se, že oko je okno do duše. Určitě to pravda je. Znalci řeči těla mají výhodu a mohou nahlédnout do mysli (úmyslů) svého protějšku. Tak může celkem snadno šikovný vyjednávač dosáhnout svého. A je jedno, zda jde o oči hnědé, modré, zelené, velké, malé, šikmé tak či onak, mandlové, kočičí... Při různých vyjednáváních za SPLDD a dohodovacích řízeních je jistě výhodou toto umění ovládat.

Oftalmolog může vyšetřením oka pacienta zjistit dosud nediagnostikované interní choroby. Některá taková odhalení chápu – diabetická retinopatie, arteriální hypertenze, nitrolební hypertenze, tyreopatie, některé teaurismózy s třeshňovou skvrnou na fundu, Marfanův syndrom se subluxací čočky... U jiných závěrů ale někdy váhám. Jak může lékař pacientovi pouhým vyšetřením oka oftalmoskopem sdělit, že má nedostatek vápníku, zinku, selenu či jiné chemické substance včetně již obehnaného molybdenu v slzách? Taková odvážná tvrzení mne uvádějí v úžas doprovázený poklesem čelisti a mydriázou (nikoliv z důvodu požívání koláčů s marihuanou či houbové míchanice z lysohlávek). A nemusí jít jen o zázračné diagnostické závěry učiněné z vyšetření oka. Na druhé straně jsou situace, kdy se vyšetřováním i za pomoci moderních metod dostaneme do slepé uličky a my i pacient čekáme na zázrak, který nepřichází. Ale ono to vyšetřování něco stojí a někdo to musí zaplatit. A když se podíváme na financování zdravotnictví, naše oko vidí bezednou díru, z níž se ty dukáty, zlaťáky, koruny či eura valí do neznáma. Je i na nás všech, zda jsme schopni jednat úsporně a přesto neškodit na nesprávném místě, tedy racionálně. Již bylo hodně napsáno o farmaceutické lobby, o tom, jak léky stejně kauzálně nepomohou, ale hlavně že jsou předepisovány a zaplacený. Hodně totiž zapomínáme na základní opatření při léčbě nemocných – zcela zásadní a přitom nic (či téměř nic) nestojící léčba např. u takových viróz: klid na lůžku, dostatek tekutin, přísun vitaminů nejlépe z přírodních zdrojů, větrání, při horečce ochlazování těla vlažnou vodou – a dostatečně dlouhá rekonvalescence. A především prevence, kterou se snaží některé zdravotní pojišťovny více a více propagovat (letos např. na poli včasného zachytu kolorektálního karcinomu, karcinomu prsu, roky již trvající podpora nepovinného očkování...). A propagace zdravého životního stylu. Bohužel pacient toto nechce slyšet – svět je uspěchaný, pacient chce být, pokud možno na počkání, zase v plné kondici. A abychom se takovému pacientovi zavděčili, předepíšeme či doporučíme medikamentů tolik, že mu v lékárně málem vypadnou oči z důlků. Nejlépe kombinaci antipyretik i na sebemenší vzestup teploty, několikero nosních kapek, které má v pravidelných intervalech střídat, ale které ho stejně nevyлéčí, kombinace antitusik s mukolytiky, no a aby toho nebylo málo, tak to posichujeme „třídenním“ antibiotikem. Nepoučený pacient pak má pocit, že po pozření tří tabletek během tří dnů je zdravý a opět smí podávat plný výkon, může do práce, do školy, do školky, hrát hokej či fotbal. A k tomu se skloníme jen proto, aby pacient nabyl dojmu, že jsme dobří a dovedeme ho rychle vyléčit.

Na druhé straně stále čekáme na to, aby pacient měl nastaveny nějaké mantinely, v nichž se může svobodně pohybovat ve zdravotním systému a kdy při překročení stanovených hranic zaregistrovaném jestřábím okem revizního systému zdravotních





pojišťoven bude nějakým způsobem regulován. Je to věc politického rozhodnutí. Uvidíme, jak si nová vláda v této oblasti povede. Již teď si zřejmě začíná uvědomovat, že úplné zrušení regulačních poplatků není to pravé ořechové. Nedávno mi přišla zpráva z alergologie od jednoho pacienta. Zhluboka jsem se nadechl, zamrkal, srovnal nystagmus a zalovil ve zdravotní dokumentaci. Nevybavil jsem si totiž u tohoto předškoláka, že bych ho na toto finančně náročné vyšetření posílal a že by v ordinaci někdy zazněly indicie směřující k alergickému problému. Nemocen moc nebývá, neviděl jsem ho v ordinaci více než půl roku. Zanedlouho přišla maminka dítěte s žádostí o předoperační vyšetření před adenotomií. Po dotazu, proč byli na alergologii, jsem dostal odpověď, která mne opět utvrdila v tom, že pacient může vše a stále žije v socialismu, protože „je to zadarmo“. Maminka mi vysvětlila, že dítě mělo druhý týden rýmu (v prosinci), a tak jí kamarádka poradila, ať jde na alergologii, „aby to nebyla alergie“. Vyšetřením se alergie nezjistila, lékař odeslal dítě ještě k ORL vyšetření, kde byla shledána sinusitida a hypertrofie adenoidní vegetace a indikováno její odstranění. Když jsem maminku poučil, že registrující praktik je od toho, aby profiltroval své pacienty na ty, které odléčí sám a které bude léčit ve spolupráci se specialisty, a že tedy měla nejprve navštívit ordinaci PLDD, tak mi bezelstně, s úsměvem a omluvou sdělila, že to chtěla jen zkusit, jestli dítě není alergické. O ekonomické náročnosti jí zvolené cesty netušila zhora nic. Určitě se s podobnými případy potýkáme všichni a někdy nám vyvolají mydriázu, jindy míózu, někdy i protruzi bulbů, u plátců (rozuměj zdravotní pojišťovny) určitě vede k zalití očí slzou či krví, protože takový systém není ufinancovatelný. Jen naši politici mají amaurózu (nebo ji jen předstírají?), a tak dosud nevypracovali (či spíše se neodvážili vypracovat a uvést v život) systémové řešení s vyváženou regulací všech článků pomyslného trojúhelníku: spotřebitel = pacient, poskytovatel = lékař, plátce = zdravotní pojišťovna.

Jistě se denně po večerech věnujeme „povinné četbě“ soudobé bible, která se jmenuje nový občanský zákoník. Někdy se nám při četbě v očích zableskne radostí, jindy se nám zrak rozostří slzou. I nás PLDD se tato nová zákonná norma velmi citelně dotýká a bude zřejmě trvat několik let, než i slepá justice najde její ideální interpretaci u mnoha paragrafů. Z pohledu SPLDD již nebudeme občanským sdružením, ale zapsaným spolkem, což ve svých důsledcích povede i ke změnám v interních předpisech Sdružení. Z pohledu PLDD jako poskytovatele zdravotních služeb nelze z nového občanského zákoníku predikovat výši odškodného v případě úspěšných žalob jako dosud. Nově bude také možno odškodňovat psychickou újmu. Nový občanský zákoník rozlišuje odpovědnost smluvní a mimosmluvní. Podívejme se proto kritickým okem i na naše profesní pojistky a zkontrolujme si sjednanou výši ochrany. To proto, aby nám nezůstaly jen oči pro pláč.

Oči zalité slzami máme také často při čtení návrhů zákonů a vyhlášek ministerstva zdravotnictví. Při přečtení prohlášení ministra zdravotnictví, že si na základě úhradové vyhlášky všechny segmenty v roce 2014 polepší, mnohým z nás oko zvlhne a řasy se slepí (dámám více díky barvičkám na řasy). Reálně totiž naše příjmy klesají z řady důvodů (snížení počtu výkonů očkování, lokálně nižší porodnost, roky řešená, ale stále nedořešená kompenzace zrušených regulačních poplatků u PLDD, odebrání některých pravomocí PLDD zákonem). Proto vedení SPLDD hledá další nástroje, jak udržet či zlepšit slušné ohodnocení naší práce, jejíž rozsah se v posledních letech značně rozšířil bez adekvátního navýšení na našich „výplatních páskách“. Bez zlepšení financování našich prací budou čím dál častěji vznikat v síti „oka“ nepokrytá PLDD, protože již nyní se mladí lékaři po zhlédnutí ekonomického rozboru k našemu oboru obracejí zády.

Tak koukáme, a možná ještě uvidíme, co všechno nám nový rok přinese. Snad to boží oko vše vidí a v případě potřeby zasáhne boží rukou.

Váš
Ctirad Kozderka,
místopředseda SPLDD

Společnost pro pojivové tkáně ČLS J. E. Purkyně a Odborná společnost ortopedicko-protetická ČLS J. E. Purkyně
pořádají **8. března 2014 v Lékařském domě v Praze**

19. Kubátův podologický den: poruchy růstu, mezioborový pohled

Přihlášky k aktivní účasti (včetně členěného abstrakta práce v elektronické podobě) **zašlete do 8. února 2014** na adresu organizátora.

Registrace pasivních účastníků bude před zahájením. Registrační poplatek 300 Kč. Program a abstrakta přednášek, uveřejněná v Supplementu časopisu Pohybové ústrojí 1-2/2014, budou předem dostupná v digitální formě na www.pojivo.cz.

Kontaktní adresa organizátora: Doc. MUDr. Ivo Mařík, CSc., Ambulantní centrum pro vady pohybového aparátu s.r.o., Olšanská 7, 130 00 Praha 3, telefon: +420 222 582 214, e-mail: ambul_centrum@volny.cz.



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Zbytek měsíce prosince a začátek ledna se nesl v duchu dalších probíhajících jednání nad úhradovou vyhláškou pro rok 2014. Koncem roku MZ ČR vydalo úhradovou vyhlášku, která pro PLDD neodpovídá dohodě uzavřené v létě 2013, a domníváme se, že k našemu subsegmentu není spravedlivá ani trochu. Tato vyhláška zcela neodůvodněně a překvapivě poníží hodnotu bodu o 0,02 Kč zejména u preventivních prohlídek dětí nad 6 let věku. Podrobnější informace vyplývají z korespondence s ministrem MUDr. Holcátem. Vedení SPLDD pokračovalo v dalších jednáních nad úhradami s jednotlivými ZP a na jejich výsledky si ještě jako obvykle musíme počkat. Nově se od 1. 1. 2014 nebudou platit regulační poplatky za pobyt v lůžkových zařízeních (nemocnice, lázně, léčebny). Tyto poplatky byly zrušeny nálezem Ústavního soudu z července roku 2013. Dobrou zprávou pro PLDD je, že od 1. 1. 2014 byly bodově navýšeny kódy ošetření u dětí do 6 let věku, čímž by mělo dojít k další slibované kompenzaci za zrušené regulační poplatky u dětí do 18 let věku a napravení nepřiznání kódu 09555 v minulém roce PLDD. Jaké finanční dopady na jednotlivé praxe toto pozitivní opatření bude mít, si každý z nás jistě spočítá.

17. 12. 2013 se konalo obvyklé jednání Koalice soukromých lékařů, předmětem jednání byla především úhradová vyhláška pro rok 2014 a zrušení regulačních poplatků v ambulancích v roce 2015. Byl vytvořen otevřený dopis poslancům a médiím, který bude otištěn na dalších stránkách časopisu.

8. 1. 2014 proběhlo jednání zástupců Oborové zdravotní pojišťovny s vedením SPLDD. Jednalo se jednak o komplexním hodnocení nákladovosti praxí PLDD, na jejímž výpočtu závisela možná bonifikace praxe PLDD, o možné změně a nových bonifikacích u této ZP.

10. 1. 2014 jsem se zúčastnila jednání výboru dětské kardiologické společnosti v Poděbradech, kde jsme společně projednávali možné dopady nové vyhlášky č. 391/2013 Sb., upravující posuzování zdravotní způsobilosti ke sportu a tělesné výchově.

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 dovolují pozvat na

8. kongres primární péče s mezinárodní účastí
28. 2.–1. 3. 2014

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

Registrační formulář najdete na internetových stránkách www.splcr.cz, www.detskylekar.cz a www.ahou.cz. Akce je určena pro lékaře a sestry v primární péči a je zařazena do kreditovaného systému celoživotního vzdělávání.



Koalice soukromých lékařů

Poslední jednání Koalice soukromých lékařů v roce 2013 proběhlo 17. prosince. Reagovalo zejména na návrh úhradové vyhlášky vydané ministerstvem zdravotnictví a deklarované samotným ministrem jako prorůstové ve všech segmentech. K diskusi bylo předloženo jednání prezidenta ČLK s VZP o dalším osudu smluvních vztahů mezi PZP a ZP a o bonifikacích pro držitele diplomu celoživotního vzdělávání. Jednání KSL se také dotklo Seznamu zdravotních výkonů. Další projednávanou kapitolou bylo rušení regulačních poplatků. Od 1.1.2014 jsou zrušeny regulační poplatky v nemocnicích (z podnětu rozhodnutí Ústavního soudu). Osud regulačních poplatků v ambulantní sféře se zdá také zpečetěn. Jediným místem se zachováním regulační politiky zřejmě tedy zůstane jen lékařská pohotovostní služba. Je otázkou, jakým způsobem a zda bude nahrazen výpadek v příjmech zdravotnických zařízení po zrušení regulačních poplatků. Ministr v demisi sice dokázal prosadit zvýšení pojistného za státní pojištěnce, ale kandidát na nového ministra již prohlásil, že téměř všechny finance budou směřovat do sanace lůžkové péče.

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů

ze dne 17. prosince 2013
(redakčně upraveno)

1. Úhradová vyhláška na rok 2014

- Návrh úhradové vyhlášky po zaslání připomínek jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče i společného stanoviska Koalice není zatím k dispozici.
- Z dostupných informací je však zřejmé, že v roce 2014 nedojde k navýšení úhrad u žádného ze segmentů s výjimkou lůžkové péče, i když MZ ČR tvrdí opak. Jednotlivé organizace KSL se připravují na individuální jednání s VZP a ostatními zdravotními pojišťovnami.

2. Zrušení regulačních poplatků

- O zrušení regulačních poplatků za návštěvu v ambulancích se uvažuje až v roce 2015. Přesto je třeba reagovat již nyní, protože jde o významnou součást příjmů zdravotnických zařízení a ke změně může dojít kdykoliv při úpravě některého ze zdravotnických zákonů, tedy i dříve, než předpokládá původní záměr.
- Dr. Jojko připraví návrh textu otevřeného dopisu Koalice soukromých lékařů, který bude zaslán poslancům, médiím a novému ministru zdravotnictví (pozn.: otevřený dopis byl po odsouhlasení všemi členy KSL odeslán všem poslancům PSP

ČR a zástupcům sdělovacích prostředků dne 6. 1. 2014).

3. Stížnost na údajné nekolegiální jednání předsedy SAS dr. Jojka

- Tento bod jednání navrhl dr. Šmatlák jako reakci praktických lékařů na článek publikovaný iDnes dne 30. 11. 2013 pod názvem „Pojišťovny budou praktikům proplácet lepší metody měření krevního tlaku“. V článku došlo ke sporu mezi praktickými lékaři a ambulantními specialisty v souvislosti s rozšířením kompetencí praktických lékařů o dva výkony, které jsou od 1. 1. 2014 nově zařazeny v návrhu novely seznamu zdravotních výkonů. Dr. Šmatlák byl pověřen členy SPL vyzvat dr. Jojka k vystoupení SAS z Koalice.
- Zástupci KSL vyslechli argumenty obou stran. SPL i SAS v závěru diskuse vyjádřily vůli dále pokračovat v členství v Koalici s tím, že navážou na předcházející neukončená jednání o kompetencích.
- Dr. Chrz navrhl, aby si témata, která zjevně hrozí konfliktem, jednotlivé organizace prodiskutovaly společně dříve, než se k nim budou veřejně vyjadřovat v médiích.

4. Memorandum o spolupráci při vytváření Národního plánu rozvoje elektronického zdravotnictví

- Dr. Chrz informoval o schůzce s dr. Bekem, který mu tento materiál předložil s žádostí o podporu. Členové KSL se k podpoře nepřipojili, ale shodně konstatovali, že podobné aktivity je třeba monitorovat.

5. VZP – „čistý“ účet a pendleři

- Tento bod jednání není společný pro všechny členy KSL, protože způsob úhrad se u jednotlivých organizací liší.

6. Různé

- Dr. Jojko referoval o dohodách, které pro jejich segment uzavřel dr. Kubek s generálním ředitelem VZP. Jedná se o dobu neurčitou pro smlouvy po roce 2015, bonifikace v úhradách v roce 2014 pro držitele diplomu ČZV ČLK a zmírnění regulací. Žádný z těchto příslibů zatím nemá jasnou písemnou formu, která by již byla promítnuta do smluv nebo jejich dodatků. Rada SAS o bližší specifikaci všech tří otázek jedná sama s vedením VZP.

■
Pro VOX připravil
MUDr. Ctirad Kozderka



Informace SPLDD

■ **Jednání se zdravotními pojišťovnami o úhradách na rok 2014 v segmentu PLDD**

Již koncem roku 2013 byl zahájen proces vyjednávání o konkrétní podobě úhrad v roce 2014. Celkové příjmy ordinací PLDD jsou dánysoučtem KKVP a bonifikací po eventuálních očištění regulacemi. Návrh ministerské úhradové vyhlášky zaznamenal několik chyb. Jednak nezahrnul do spektra odbornosti 002 výkony 02031 a 02032, jednak neakceptoval dohodu o navýšení úhrady výkonů pravidelného očkování o 2 haléře. Na chyby bylo ministerstvo zdravotnictví ihned upozorněno. Na druhou stranu se podařilo do návrhu vyhlášky zakomponovat prodloužení časů u výkonů prováděných u dětí do 6 let o 5 minut (02021, 02022, 02023, 02024), aby se dosáhlo souladu s časovou náročností výkonu 09555, který používají v případech ošetření dětí této věkové kategorie ostatní poskytovatelé zdravotních služeb. Od léta 2013, kdy probíhala dohodovací řízení o úhradách na rok 2014 a došlo v našem segmentu k dohodě, nastalo několik zásadních změn ve financování zdravotního systému (zvýšení pojistného za státní pojištěnce, poskytnutí úvěru VZP, přerozdělování vybraného pojistného mezi zdravotními pojišťovnami, zrušení regulačních poplatků při hospitalizaci), které původní celkem pro náš segment přijatelnou dohodu staví do jiné, nevýhodné pozice.

VZP

Jednání proběhlo dne 13. 11. 2013 a výstupy z něj byly zveřejněny v lednovém čísle VOX.

OZP

Jednání proběhlo dne 8. 1. 2014. Tato pojišťovna má nejsilnější kmen pojištěnců v Praze a Středočeském kraji. OZP již neplánuje úpravy koeficientů v systému KHN, ale vydá se cestou bonifikací. Bonifikace bude vypočítávána za jednicového pojištěnce. Do bonifikací plánuje OZP zařadit naplnění těchto parametrů: prodloužená ordinační doba, racionální preskripce antibiotik s preferencí nepotencované PNC řady, provádění Streptestu, provedení preventiv-

ních prohlídek u více než 40 % pojištěnců OZP ve věkovém období 0–19 let, získání diplomu celoživotního vzdělávání (a to za kredity získané jak od ČLK, tak od SPLDD). OZP vyjádřila předběžný souhlas s možností individuálního nasmalování výkonu 71133 – otoskopování.

Navržené parametry ještě OZP podrobí analýze, některé parametry by mohly být zahrnuty již do úhradového dodatku pro rok 2014. OZP upozorňuje na existenci programu Vitakarta+, který chce uživatelsky zpříjemnit. Za její aktivní využívání bude též přiznána bonifikace.

Zástupci OZP byli dále z naší strany informováni o ekonomických problémech akreditovaných pracovišť s rezidenčními místy, o nenaplnění plné kompenzace za zrušené regulační poplatky v ordinacích PLDD, o reálném snižování úhrad do našeho segmentu, o hrozícím nedostatku PLDD v některých lokalitách. Dále byli požádáni o zaslání seznamů změn registrací pojištěnců u OZP od 1. 1. 2014 jednotlivým PLDD, a to do konce ledna 2014.

ČPZP

Jednání proběhlo dne 16. 1. 2014. O jeho výstupech budeme informovat v příštím čísle.

■ **Krizový štáb nemocnic chce jednat o penězích pro nemocnice**

Krizový štáb nemocnic, odborů a pacientů chce jednat co nejdříve po ustavení nové vlády s novým ministrem zdravotnictví i ostatními členy kabinetu. Uvádí to ve střeďečném prohlášení pro média s varováním, že krize nemocniční péče trvá. Od nové vlády chce garanci, že úhrady nemocnicím od zdravotních pojišťoven budou takové, aby nezkrachovaly. Kvůli situaci nemocnic jsou od loňského října ve stávkové pohotovosti odbory, štáb žádal o pomoc také prezidenta Miloše Zemana.

Ve střeďečném prohlášení krizový štáb uvádí, že po loňském zvýšení odvodů za státní pojištěnce bude požadovat další zvýšení i letos, a to včetně záruk, že peníze doputují do nemocnic. Bude žádat změnu úhradové vyhlášky tak, aby nemocnicím byly kompen-

zovány zrušené nemocniční poplatky. Chce se podílet i na přípravě návrhu Ústavnímu soudu na zrušení letošní úhradové vyhlášky. Mluvčí krizového štábu Petr Fiala a Václav Krása konstatují, že naděje spojované s vládou v demisi se nenaplnily. Vláda Jiřího Rusnoka podle nich pro nemocnice neudělala nic. Navýšení odvodů státu pomohlo prý jen zdravotním pojišťovnám. „Vláda odmítla novelizovat destruktivní úhradovou vyhlášku pro rok 2013, a to i přes doporučení prezidenta republiky. V úhradové vyhlášce pro rok 2014 fakticky ignorovala doporučení Ústavního soudu a řadě nemocnic znovu snížila úhrady pod kritickou mez,“ uvádějí. Nemocnice prý s ohledem na pacienty neomezily péči a poskytovaly ji loni i nad stanovené limity. Snižily platy lékařů a sester a jejich počty omezily na minimum dané vyhláškou. „Naplnit evropskou směrnici požadující od 1. ledna 2014 snížit přesčasy na polovinu by znamenalo již přímo ohrozit životy pacientů,“ varují mluvčí v prohlášení. Připomínají, že o situaci štáb informoval poslance sněmovního zdravotního výboru a prostřednictvím zaměstnavatelských svazů a odborů také tripartitu. Na problémy nemocnic upozornil představitel tří stran vyjednávajících o koaliční vládě a všechny poslance těchto stran.

Zdravotnictví má letos dostat přes 290 miliard korun, z nich hradí zhruba 230 miliard zdravotní pojišťovny, kterým loni na konci roku chybělo osm až deset miliard. Vláda v demisi schválila navýšení odvodů státu, systém tak má letos navíc 4,7 miliardy, a schválila půjčku pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu 1,7 miliardy.

Svatopluk Němeček, se kterým se počítá na post ministra zdravotnictví, chce problémy nemocnic hned po svém nástupu začít řešit. Jako ředitel ostravské fakultní nemocnice zná financování přímo z praxe. ČTK řekl, že jeho prvním krokem bude vyřešit dvoumiliardový výpadek příjmů nemocnic ze zrušených poplatků. S pravděpodobným předsedou vznikající vlády Bohuslavem Sobotkou (ČSSD) už je prý domluven, že o tuto částku se posílí finance pojišťoven a upraví se úhradová vyhláška, aby peníze získaly nemocnice.



Provádění novorozeneckého laboratorního screeningu a rescreeningu

V souvislosti s předpokládaným nárůstem plánovaných domácích porodů a předčasněho propuštění novorozence na žádost rodičů přinášíme po několika letech pokud možno souhrnnou informaci o provádění novorozeneckého laboratorního screeningu. Pravidla pro provádění novorozeneckého laboratorního screeningu a rescreeningu jsou uvedena ve **Věstníku MZ ČR 6/2009** v Metodickém návodu k zajištění celoplošného novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče.

Jejich **nedodržení je považováno za postup non lege artis.**

V rámci novorozeneckého laboratorního screeningu jsou **ze suché kapky krve vyšetřovány** níže uvedená onemocnění:

Endokrinní onemocnění (EO):

- a) kongenitální hypotyreóza (CH)
- b) kongenitální adrenální hyperplazie (CAH)

Dědičné poruchy metabolismu (DMP):

- c) fenyketonurie (PKU) a hyperfenylalaninémie (HPA)
- d) leucinóza (nemoc javorového sirupu, MSUD)
- e) deficit acyl-CoA dehydrogenázy mastných kyselin se středně dlouhým řetězcem (MCAD)
- f) deficit 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenázy mastných kyselin s dlouhým řetězcem (LCHAD)
- g) deficit acyl-CoA dehydrogenázy mastných kyselin s velmi dlouhým řetězcem (VLCAD)
- h) deficit karnitinpalmitoyltransferázy I (CPT I)
- i) deficit karnitinpalmitoyltransferázy II (CPT II)
- j) deficit karnitinacylkarnitintranslokázy (CACT)
- k) glutarová acidurie typ I (GA I)
- l) izovalerová acidurie (IVA)

Jiná onemocnění:

- m) cystická fibróza (CF)

U všech novorozenců se odebere mezi 48–72 hodinami po narození vzorek kapilární krve na oba listy dvojité kartičky (resp. na dvě jednoduché kartičky). Je nutno dodržet správnou metodu odběru kapilární krve. Provedení odběru zaznamená lékař do zdravotnické dokumentace dítěte a do Zprávy o novorozenci.

Za správně provedený odběr krve v předepsaném věku dítěte, za správné a úplné vyplnění údajů na kartičce, za včasné odeslání této kartičky a za indikaci a provedení eventuálního tzv. „rescreeningu“ odpovídají vedoucí lékaři novorozeneckých či jiných oddělení zdravotnických zařízení, v jejichž péči se v době provádění odběru novorozenec nachází. **U novorozence narozeného mimo zdravotnické zařízení odpovídá za tyto úkony registrující praktický lékař pro děti a dorost**, který převzal novorozence do péče.

V případě předčasněho propuštění dítěte z novorozeneckého oddělení dříve než za 48 hodin po narození informuje lékař matku (resp. rodiče) o potřebě zajištění odběru novorozeneckého screeningu. O informaci provede záznam do zdravotnické dokumentace dítěte. Ve Zprávě o novorozenci **uvědomí příslušného (registrujícího) praktického lékaře pro děti a dorost** o nutnosti zajistit v době mezi 48–72 hodinami života odběr kapilární krve na kartičku a její odeslání do příslušných laboratoří. **Kartičku přiloží pouštějící lékař ke Zprávě o novorozenci.**

V případě potřeby opakovaného odběru vzorku kapilární krve pro nejasný výsledek předcházejícího screeningového vyšetření (tzv. „recall“) provede tento odběr lékař, v jehož péči se novorozenec toho času nachází (obvykle **příslušný praktický lékař**

pro děti a dorost), a to na základě výzvy screeningové laboratoře.

U některých novorozenců se provádí tzv. „rescreening“, tj. druhý odběr vzorku kapilární krve na stejný typ screeningové kartičky, a to **mezi 8.–14. dnem po narození**. Na kartičce se uvede, že se jedná o opakovaný odběr – „rescreening“, a jeho důvod.

Rescreening se provádí:

- a) u všech novorozenců s porodní hmotností < 1500 g. U novorozenců, kteří v době odběru rescreeningu nedosáhli hmotnosti 1500 g, se rescreening opakuje až při dosažení této hmotnosti;
- b) u novorozenců, pokud byl matce v posledních 48 hodinách před porodem nebo novorozenci před odběrem screeningu podán přípravek na bázi kortikoidů;
- c) u novorozenců, pokud byla matka v posledním trimestru těhotenství léčena tyreostatiky, léky s obsahem jódu (např. amiodaronem) či jí byly podány jódové kontrastní látky;
- d) u novorozenců léčených před odběrem screeningu dopaminem, léky s obsahem jódu či jim byly podány jódové kontrastní látky;
- e) u novorozenců, kterým byla podána transfuze krevního derivátu nebo byla provedena výměnná transfuze před odběrem screeningu;
- f) u novorozenců, kteří byli před odběrem screeningu na parenterální výživě.

Když je indikován odběr rescreeningu/screeningu, **nabírají se dvě kartičky a posílají se do obou screeningových laboratoří** (laboratoř imunoanalytická a laboratoř tandemové hmotnostní spektrometrie). Důležité je **uvést na kartičku důvod rescreeningu**. K odběru krve pro účely řádného i opakovaného novorozeneckého screeningu slouží **speciální screeningové karty**. V České

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR Praha a Střední Čechy a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP si Vás dovoluji pozvat na cyklus odborných seminářů pořádaných tradičně v Lékařském domě ČLS JEP v Praze, Sokolská 32, Praha 2 vždy první čtvrtek v měsíci v 16.30 hod.

6. 3. 2014

První pomoc

MUDr. Marcela Černá, ÚPMD Praha



OSPDL ČLS JEP



republiky jsou laboratorní vyšetření optimalizována pro použití karet typu Whatmann 903. Tyto karty si lékaři mohou **objednat u firmy Mar-Con, s.r.o., v minimálním množství 10 ks, t.č. za 410 Kč bez DPH.** Pro nákup je nejsnazší využít elektronického objednávkového formuláře na adrese <http://www.mar-con.cz>, případně kontaktovat firmu Mar-Con, s.r.o., na adrese: **Mar-Con, s.r.o., Geologická 995/9, 152 00 Praha 5, telefon: +420 251 815 250, fax: +420 251 815 240.**

Firma Mar-Con, s.r.o., je velkodistributorem a dle jejího ředitele již pro PLDD udělala ústupek ve snížení počtu dodávaných karet ze 100 na 10 ks. Protože pro většinu samostatných ordinací PLDD je i tento počet vysoký, doporučuje firma nákup 10 karet pro více ordinací najednou nebo nákup přes lékárnou po jednotlivých kusech. Vzhledem k potřebě dodržet časový interval odběru je však vhodné mít alespoň jednu sadu stále v ordinaci k dispozici.

Pro **vykazování odběru** slouží **kód 02210** „Odběr pro novorozenecký screening nebo rescreening vrozených vad u novorozence“, který je určen **pro odbornost 002 (PLDD)**, je plně hrazený (98 b.) a je nutno si ho u

zdravotních pojišťoven individuálně nasmlovat. Po odběru laboratorního screeningu/rescreeningu se kartičky posílají **v Čechách** na tyto adresy laboratoří:

**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Ústav dědičných metabolických poruch
Ke Karlovu 2, 128 08 Praha 2**

tel.: 224 967 109, 224 967 710
(Laboratorní vyšetření dědičných poruch metabolismu (DPM) metodou tandemové hmotnostní spektrometrie (MS/MS))

**Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Klinika dětí a dorostu
Laboratoř novorozeneckého screeningu
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10**

tel.: 267 162 509
(Laboratorní vyšetření kongenitální hypotyreózy (CH), kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) a cystické fibrózy (CF) pomocí imunoanalytických metod)

Na Moravě se kartičky odesílají na tato pracoviště:

**Fakultní nemocnice Olomouc
Oddělení klinické biochemie a imunologie**

Laboratoř dědičných metabolických poruch

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
tel.: 588 445 910

(Laboratorní vyšetření dědičných poruch metabolismu (DPM) metodou tandemové hmotnostní spektrometrie (MS/MS))

**Fakultní nemocnice Brno
Pracoviště Dětská nemocnice
Oddělení klinické biochemie
Černopolská 9, 613 00 Brno**

tel.: 532 234 340
(Laboratorní vyšetření kongenitální hypotyreózy (CH), kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) a cystické fibrózy (CF) pomocí imunoanalytických metod)

Podrobné informace naleznete např. na adresách:

<http://www.novorozeneckyscreening.cz>
http://www.mar-con.cz/index.php?action=eshop&kategorie=neonatalni_screening

Pro VOX připravil
MUDr. Ctirad Kozderka

Pracující důchodci – pozor – dobrá zpráva – alespoň jedna

S platností od 1.1.2011 neměl poplatník, tedy i poskytovatel zdravotních služeb, možnost uplatnit osvobození od daně z příjmů z pravidelně vypláceného důchodu v případě, kdy součet příjmů podle § 6 (příjem ze závislé činnosti) a dílčích základů daně podle § 7 (příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti) a § 9 (příjmy z pronájmu) přesáhly ve zdaňovacím období částku 840 000 Kč. Toto ustanovení se dotklo významné části provozovatelů NZZ – fyzických osob, kteří podnikají a zároveň pobírají starobní důchod, což lze dokumentovat na jednoduchých příkladech:

1. MUDr. A měl zdanitelné příjmy z podnikání ve výši 1 410 000 Kč a výdaje uplatňuje paušálem ve výši 40 % z dosažených příjmů, tedy 564 000 Kč. Základ daně činí 846 000 Kč. Došlo k překročení limitu, starobní důchod podléhal dani z příjmů.
2. MUDr. B měl zdanitelné příjmy z podnikání ve výši 1 200 000 Kč a výdaje uplatňuje rovněž paušálem ve výši 40 % z dosažených příjmů, tedy 480 000 Kč. Dílčí základ daně činí 720 000 Kč. Zároveň však pronajímá nemovitost, která s jeho podnikáním nijak nesouvisí. Příjmy dosáhly částky 240 000 Kč, výdaje 96 000 Kč. Dílčí základ daně z pronájmu je 144 000 Kč. Celkový

základ daně 864 000 Kč. Opět došlo k překročení limitu, starobní důchod podléhal dani z příjmů.

Nebyl-li starobní důchod od daně z příjmů osvobozen, zdaňoval se jako tzv. ostatní příjem v § 10 ZDP, sazba daně 15 %. Příjem nepodléhal platbám sociálního a zdravotního pojištění. Za předpokladu, že provozovatel NZZ, který neplnil podmínku pro osvobození, měl měsíční důchod 13 000 Kč, tak dílčí základ daně tak představoval částku 156 000 Kč. Daň z tohoto základu byla 23 400 Kč.

Tento stav platil, jak je výše uvedeno, od 1. 1. 2011 a promítl se do daňových příznání poskytovatelů zdravotních služeb za zdaňovací období kalendářních let 2011 a 2012. Zákon o daních z příjmů ve znění platném k 1. 1. 2013 toto ustanovení rovněž obsahuje.

A nyní ona dobrá zpráva:

Dle zákonného opatření Senátu č. 344/2013 Sb. ze dne 10. října 2013, o změně daňových zákonů v souvislosti s rekodifikací soukromého práva a o změně některých zákonů, se toto ustanovení nepoužije pro zdaňovací období kalendářních let 2013 až 2015.

Ing. František Elis,
daňový poradce



Úhrady v roce 2014

Ministerstvo zdravotnictví k úhradové vyhlášce pro rok 2014 uvádí:

Úhradová vyhláška pro rok 2014 počítá s výdaji na zdravotnictví ve výši 235 miliard korun. Do příjmů je promítnut růst plateb za státní pojištěnce o 4,7 miliardy Kč a také zhruba šestimiliardový růst na straně výběru z pojistného, který je modelován na základě říjnové predikce vývoje ekonomiky Ministerstva financí ČR. „**Ke stabilizaci veřejného zdravotnictví jsme z mého pohledu udělali maximum. Došlo k navýšení plateb za státní pojištěnce poprvé po čtyřech letech. Zajistili jsme, aby toto navýšení platilo již v posledních dvou měsících letošního roku. Jednáme o bezúročné půjčky pro VZP, kde vláda zatím schválila 700 milionů korun. O dalších prostředcích ve výši 1 miliardy budeme ještě jednat. Za současné politické situace tyto kroky v průběhu několika málo měsíců skutečně považují za maximum možného,**“ říká Martin Holcát, ministr zdravotnictví. Podle jeho slov ale ani takové navýšení prostředků do segmentu zdravotnictví nezajistí dostatek financí, které by byly nutné k pokrytí všech požadavků, které vůči ministerstvu jednotlivé segmenty zdravotnictví vnesly. „**Pro uspokojení všech bychom potřebovali dalších víc než 50 miliard korun.**“ Ministr také připomněl, že úhradová vyhláška je používána až v případech, kdy se jednotlivá zařízení či celé segmenty nejsou schopny dohodnout s pojišťovnami přímo. Například letos se s pojišťovnami takto dohodli praktičtí lékaři a gynekologové.

Úhradová vyhláška zohledňuje nález Ústavního soudu

- Ústavní soud nezakázal regulaci, pouze se vymezil proti stávajícímu provedení
- Zdravotní pojišťovna nebude moci uplatnit regulaci, jestliže předem nezveřejní veškeré potřebné parametry
- Hodnota bodu bude vždy nad úrovní nákladů
- Nově bude regulace preskripce léků a vyžádané péče plynulá, poskytovatel nenarazí nad určitou úroveň na pevný strop, se zvyšujícím se počtem pacientů bude regulace navíc proporcionálně růst

- V případě prokazatelného poskytnutí neodkladné péče se regulace neuplatní
- Úhradová vyhláška již nebude řešit vztah pojišťovny s nesmluvním zařízením, jelikož úhradová vyhláška se má z definice zabývat pouze případy, kdy má zařízení smlouvu s pojišťovnou

V našem segmentu tedy došlo v létě 2013 k dohodě. Přesto předložený návrh ministerké úhradové vyhlášky neakceptuje některé body. V příloze 2 čl. 5 (zřejmě omylem) vypadly kódy výkonů 02031 a 02032. V tomtéž článku také neodpovídá výše bodového ohodnocení výkonů očkování s navýšením na 1,12 Kč.

Vedle toho došlo k mírnému navýšení v Seznamu zdravotních výkonů u výkonu přepravy 10 – Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě na 13,30 Kč/km. Také byla zvýšena minutová režijní sazba na 2,96 bodu/1 minutu času výkonu. U výkonů 02021, 02022, 02023 a 02024 došlo k harmonizaci časové náročnosti s kódem 09555, tedy prodloužení o 5 minut.

V systému KKVP a KKVP s dorovnáním kapítace nedošlo k změnám, věková indexace je stejná. V regulačních omezeních se nově objevuje výpočet regulace jak v preskripci, tak v indukované péči, kde kromě limitace celostátním průměrem je též limitace vlastními náklady v r. 2013. Regulační srážky také nově nejsou vypočítávány z celé překročené částky pětadvaceti procenty sumárně, ale po 0,5 %. Tyto nové pasáže jsou v příloze vyznačeny tvarem písma.

■ Vyhláška č. 428/2013 Sb. ze dne 13. prosince 2013, o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014

(redakčně upraveno)

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ... stanoví:

§ 1

... pro rok 2014 hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a dále hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace ... a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb, a regulační omezení pro způsoby úhrady uvedené v § 3 až 15, poskytované těmito smluvními poskytovateli zdravotních služeb...

a) ...

b) poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,

...

§ 2

(1) Referenčním obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 3 až 8 k této vyhlášce rok 2012.

(2) Hodnoceným obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 3 až 8 k této vyhlášce rok 2014.

...

§ 3

V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se stanoví úhrada ve stejné výši jako v případě českých pojištěnců.

§ 4

(týká se lůžkové péče – redakčně vypuštěno)

§ 5

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapítace nebo podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

...



§ 14

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč.

...

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2014.

■ Příloha č. 2 k vyhlášce č. 428/2013 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 5

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. ... Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:

- a) **50 Kč pro** poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a **poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují** hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinální hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
- b) 49 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinální hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud místní podmínky vyžadují odlišné prodloužení ordinálních hodin, dohodne se prodloužení ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem,
- c) 47 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),
- d) **49 Kč pro poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří neposkytují** hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a),

...

3. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 002, podle seznamu výkonů:

č. výkonu	Název
01025	Konzultace praktického lékaře rodinnými příslušníky pacienta
01030	Administrativní úkony praktického lékaře
02023	Cílené vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě do 6 let
02024	Kontrolní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě do 6 let
02033	Cílené vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě nad 6 let
02034	Kontrolní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě nad 6 let
06111	Komplex – vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí
06119	Komplex – odběr biologického materiálu
06121	Komplex – lokální ošetření
06123	Komplex – edukace, reedukace, ošetřovatelská rehabilitace
06125	Komplex – klyzma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů
06127	Komplex – aplikace inhalační a léčebné terapie p.o., S.c., i.m., i.v., UV, event. Další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv
06129	Nácvik a zaučování aplikace inzulínu
09215	Injekce i.m., S.c., i.d.
09216	Injekce do měkkých tkání nebo intradermální pupeny v rámci reflexní léčby
09217	Intravenózní injekce u kojence nebo dítěte do 10 let
09219	Intravenózní injekce u dospělého či dítěte nad 10 let
09220	Kanylace periferní žíly včetně infúze
09221	Infúze u kojence nebo dítěte do 10 let
09233	Injekční okrsková anestézie
09235	Odstranění malých lézí kůže
09237	Ošetření a převaz rány včetně ošetření kožních a podkožních afekcí do 10 cm ²
09253	Uvolnění prepucia, včetně neoperační repozice parafimozy
09507	Psychoterapie podpůrná prováděná lékařem nepsychiatrem
09511	Minimální kontakt lékaře s pacientem
09513	Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem
09523	Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou
09525	Rozhovor lékaře s rodinou
71511	Vyjmutí cizího tělesa ze zvukovodu
71611	Vynětí cizího tělesa z nosu – jednoduché

4. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby a zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za zahraniční pojištěnce, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví **hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.**

5. Pro **výkony 01021, 01022, 02021, 02022 a výkony očkování 02125 a 02130** se stanoví hodnota bodu **ve výši 1,10 Kč.** Hodnota bodu **výkonů pravidelného očkování 02100 a 02105** se stanoví **ve výši 1,10 Kč.**

6. Pro výkony **dopravy v návštěvní službě**, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu **ve výši 0,90 Kč.**

7. **Věkové skupiny a indexy**, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let:

Věková skupina	Index
0–4 roky	3,91
5–9 let	1,70
10–14 let	1,35
15–19 let	1,00

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle části A) bodu 1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v oboru všeobecné



praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců a poskytování takových hrazených služeb je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců.

2. Dorovnání kapítace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto poskytovatelem.

3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 4 až 6 části A) použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč; pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

D) Regulační omezení

1. Pokud průměrná úhrada **za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky** předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2014, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky **a zároveň pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem v roce 2013, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z tohoto překročení.** Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním

lékařem. Pokud poskytovatel doloží, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců, použijí se regulační omezení podle věty první přiměřeně.

2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony CRP (02230) a INR (01443) podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, s výjimkou zdravotních výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2014, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů **a zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem vyžádanou péči a za výkony CRP (02230) a INR (01443) podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, s výjimkou zdravotních výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu, v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů v roce 2013, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z překročení.**

3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 (fyzioterapeut – pozn. redakce), podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2014, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 **a zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem**

vyžádanou péči v odbornosti 902 v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z překročení.

4. **Regulační omezení podle bodu 1 až 3 se nepoužije, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb,** na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 1 až 3.

5. **Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky nepřevyší předpokládanou výši úhrad na příslušný druh hrazených služeb na rok 2014 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.**

6. **Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2014 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2014 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.**

7. **Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2014 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2014 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.**

8. **Regulační omezení podle bodu 1 až 3 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel v roce 2014 registroval 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.**

9. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodu 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2014.

Pro VOX připravil
MUDr. Ctirad Kozderka



Zpráva ze zahraniční cesty: **Výroční meeting Evropské akademie pediatriů (EAP) Brusel, Belgie**

MUDr. Gabriela Kubátová

předsedkyně zahraniční komise PLDD, delegát EAP za primární pediatrii ČR

Ve dnech 13.–15. 12. 2013 jsem se zúčastnila výročního zasedání Evropské akademie pediatriů, které se konalo v Bruselu. Již před zasedáním probíhala velice intenzivní příprava programu, příspěvků, dotazníků formou e-mailové komunikace.

13. 12. dopoledne se konalo zasedání pracovní skupiny pro adolescentní medicínu. Předsedkyně dr. Raisa Lounamma z Finska nás obeznámila s prohlášením EAP o adolescentní medicíně. AM je součástí pediatrie, která se zabývá péčí o zdraví adolescentů, aby dosáhli plného potenciálu dospělých. Na zasedání se probíraly i kapitoly z adolescentní medicíny, které by mělo obsahovat vzdělávací curriculum v pediatrii. Kapitola je malá, ale důležitá, součástí curricula by měly být nejdůležitější oblasti péče o mladistvé, jako je rizikové chování, sexuální maturace, poruchy příjmu potravy, psychické problémy, integrovaná péče o mladistvé, zakomponování Deklarace práv dítěte do péče o mladistvé. Curriculum pro AM vychází z curricula, které doporučuje GPEC (Globální konsorcium pro vzdělávání v pediatrii). 28.–29. 5. 2014 se bude konat Kurs adolescentní medicíny pořádaný EAP před jarním zasedáním EAP v Rzeszově, který je přístupný všem zájemcům, nejenom delegátům a členům EAP.

Dopoledne se konalo i zasedání EAPRASnet (Evropská akademie pro výzkum v ambulantní pediatrii – součást EAP). Dr. Stefano del Torso (Itálie) a dr. Zach Grossman (Izrael) informovali o výstupech dotazníkové studie o postupech při infekcích močových cest (IMC) u batolat. Bylo vyplněno 65 % dotazníků. Cílem studie je stanovit a harmonizovat doporučené postupy pro léčbu IMC u batolat v Evropě. Tyto postupy musejí být jednoduché, krátké, praktické a lehce zapamatovatelné.

Oba kolegové informovali o zapojení SPA (Strategická aliance pediatriů) do projektu RICHe (Research Into Child Health in Europe). Je to projekt financovaný z EU fondů na průzkum zdraví dětí v Evropě.

Dalším plánovaným průzkumem bude EHR – Electronic health record – elektronická dokumentace a komunikace mezi všemi poskytovateli péče o děti. Na tomto projektu se bude podílet COSI i pracovní skupina v rámci EAP v souvislosti s proběhlým průzkumem na stanovení indikátorů kvality péče v primární pediatrii.

Dalším zasedáním bylo zasedání pracovní skupiny pro očkování. Předsedou je dr. Sedlak, já jsem byla navržena a schválena jako jeho zástupce. Dr. Sedlak měl příspěvek o očkování předčasně narozených dětí. Porodní hmotnost a délka není kritériem pro rozhodování o očkování u klinicky stabilizovaného dítěte kromě hepatitis B. Doporučeny jsou kompletní dávky. Nižší dávky nebo dělení dávek se nedoporučuje. Informoval o rozdílných názorech na očkování batolat proti chřipce. Např. v Izraeli očkují kojence nazální vakcínou. Informoval nás o závěrech dotazníku ohledně aktuálních očkovacích kalendářů v jednotlivých státech a povinných, respektive dobrovolných formách očkování. Odmítání očkování – pro očkovanost v prvním roce věku je uspokojivá. Problémy jsou s očkováním MMR (spalničky, zarděnky, příušnice). V některých státech – UK, Rakousko, Francie, Nizozemsko – se objevily spalničky, v Izraeli měli epidemii polio. V Itálii pro silné antivakcinační aktivity zrušili povinné očkování, zůstalo jenom polio, Di+Te, hepatitis B. Následně stoupl zájem o očkování a proočkovanost nepoklesla.

V pátek odpoledne zasedala pracovní skupina pro společný kmen vzdělávání ve všeobecné pediatrii.

Na přípravě společného kmene se již dlouho pracuje. Přípravy zpomalil odchod dr. Alfa Nicholsona (Irsko) z EAP jako předsedy této pracovní skupiny. Nynějším předsedou je dr. Wilhelm Sedlak (Rakousko). Návrh vychází ze III. kapitoly GPEC, kde je uveden syllabus pro společný kmen. Pracovní skupina provádí rozbor této kapitoly a doporučí požadavky na základní vědomosti a do-

vednosti pro školení v pediatrii v Evropě. Doporučován je tříletý kmen.

V podvečer jsem se zúčastnila přednášky na odborné téma „Quo vadis influenza“. Prof. Ostrehaus (Nizozemsko) měl přednášku o novém viru ptačí chřipky, který se šíří ze Saúdské Arábie. Prof. Adam Finn (UK) měl přednášku na téma očkování malých dětí proti chřipce. Doporučována je živá nazální vakcína pro děti od 2 let. Jsou důkazy o efektivitě očkování širokého okruhu dětí (např. ve škole). V diskusi zmíněna etická stránka této strategie. Vhodné je očkovat jednou za 2–3 roky. Prof. Marc Van Rast (Belgie) měl přednášku o strategii informovanosti veřejnosti o chřipce, očkování a epidemiologických opatřeních ještě před vypuknutím epidemie. Komunikace poskytovatelů zdravotní péče a veřejnosti, otázka odmítačů očkování. Doporučil nikdy nepřijmout veřejnou debatu se zástupci odmítačů očkování v médiích.

V sobotu dopoledne se konalo zasedání EBP – Evropský výbor pro vzdělávání. Novým předsedou byl zvolen J. Ch. Mercier (Francie). Otázka sjednocení diplomů vydávaných v Evropě – „Evropský diplom z pediatrie“. Problematika monitorování pohybu certifikovaných pediatriů v Evropě. Generační problematika.

COSI i pracovní skupina informovaly o závěrečných výběrových hodnoceních jednotlivých ukazatelů kvality péče. Před meetingem proběhlo elektronické hodnocení ne úplně jednoznačných ukazatelů, a to 22 delegátů (mezi nimi i dr. Kubátová).

Dále jsme vyslechli prezentaci zástupkyně „Mladých evropských lékařů“ EJD – European junior doctors. Je to organizace, která obhajuje práva mladých lékařů v Evropě v oblasti pracovních podmínek, dodržování evropské legislativy, v oblasti vzdělávání a možnostech volného pracovního pohybu v Evropě.

V sobotu se dále konalo zasedání pracovní skupiny pro primární a sekundární pediatrii. Dr. P. Altorjai (Maďarsko) informoval o zasedání VV ECPCP v Santiagu de Compostela



v říjnu 2013. Předseda ECPCP dr. L. Santos (Španělsko) zaslal dopis EAP, v kterém navrhuje aktivnější spolupráci v oblasti primární pediatrie. Dr. B. Wattergreen (Švédsko) informoval o pracovní cestě v Číně, kde prezentoval švédskou pediatrickou péči. V Číně neexistuje pediatrická ambulantní péče. Předseda PS pro PP dr. Shimon Barak informoval o průběhu jarního meetingu EAP v Jeruzalémě v květnu 2013 a představil návrh na „Manuál primární pediatrie“.

Další pracovní skupina, a sice PS pro vzácná onemocnění, měla zasedání dopoledne. Vyslechli jsme přednášku dr. A. Oranje (Nizozemsko) o jednom ze vzácných onemocnění s bohatou klinickou symptomatologií – mastocytosis. Dalším příspěvkem byla prezentace dr. Liesbeth Siderius o projektu Rare best Practices, který je financován z EU fondů a participuje na něm i EAP. V rámci tohoto projektu je vytvořena pracovní skupina pro přípravu doporučených postupů pro vzácná onemocnění. V současnosti probíhá sběr již existujících. Následně se budou dělat rešerše v literatuře. Informovala nás

o existenci nového on-line časopisu na adrese www.rarejournal.org.

Dalším příspěvkem byla prezentace dr. Huib Ten Napela na téma „Vzácná onemocnění a WHO ICF klasifikace“. ICF – International Classification of Function Disability and Health je nová klasifikace na hodnocení funkčních poruch ne z pohledu handicapu, ale z pohledu zachovaných funkčních schopností. Práce na této klasifikaci trvala 10 let (2001–2011), šlo o týmovou mezinárodní spolupráci. WHO pracuje i na nové MKN (Mezinárodní klasifikaci nemocí), rozšiřuje se počet kódů pro vzácná onemocnění, která v současnosti nemají klasifikaci a zařazení. Nová MKN by měla vyjít v roce 2017.

V sobotu se konalo téměř celé odpoledne Generální shromáždění, na kterém jsme vyslechli zprávy o činnosti všech členů výkonného výboru, včetně zprávy o hospodaření, a návrh rozpočtu na rok 2014. Rovněž jsme vyslechli zprávy o činnosti všech pracovních skupin.

Proběhly volby: Předsedou EAP se stal dr. Tom Stirs (Norsko), viceprezidentem

dr. Stefano del Torso (Itálie) a předsedou EBP dr. Jean-Christophe Mercier (Francie).

Plánované akce EAP: 28.–31. květen 2014 jarní zasedání EAP spolu s Kursem adolescentní medicíny Rzeszow, Polsko, Educational congress EAP 2014 září – Oslo nebo Ljubljana. Kongres EAPS 17.–21. 10. 2014 Barcelona, výroční meeting prosinec 2014 Brusel.

Kandidáti na jarní meeting 2015 Slovensko, 2016 Turecko.

V neděli 15. 12. 2013 dopoledne ještě zasedala malá pracovní skupina v rámci COSI projektu, které jsem se zúčastnila i já, na níž se prodiskutovaly a opět hodnotily některé diskutabilní ukazatele kvality péče. Tyto ukazatele nebyly v elektronickém hodnocení jednoznačně přijaty za validní a proveditelné v praxi.

Po diskusi se upravila formulace a proběhlo ještě jedno kolo hodnocení účastníky zasedání COSI.

Praha 10. 1. 2014

Dotazník pro delegáty ECPCP (Evropská konfederace primárních pediatriů)

Říjen 2013

■ Otázky

- Jak je u vás organizována pohotovostní služba pro děti?
- Kdo je zřizovatelem? Kdo je zodpovědný za tuto službu?
- Je organizována centrálně, nebo jsou regionální rozdíly?
- Kdo ji provádí? Primární pediatrii, nebo nemocniční pediatrii? Nebo praktičtí lékaři pro dospělé?
- Kde se provádí? V nemocnicích, nebo v mimonemocničních zařízeních?
- Jak dlouho trvá v pracovní den a o víkendu? 24 hodin, nebo od rána do večera?
- Kdo ji financuje? Z veřejného zdravotního pojištění? Se spoluúčastí pacienta? Jenom pacient?
- Je to nadstandardní služba?

- Existuje u vás návštěvní pohotovostní služba?
- S jakými problémy navštěvují pacienti tuto pohotovost? S vážnými problémy, nebo i s banalitami?

■ Odpovědi

Maďarsko: V Maďarsku pohotovostní služba (PS) ve skutečnosti není pohotovostní službou. Je to prodloužená služba primární péče do noci nebo přes víkend. Je organizovaná lokálními vládami (obdobu zastupitelství) ve velkých městech nebo na venkově, kde jsou jenom malé vesnice. Vlády jsou zodpovědné za organizaci LPS, ale poskytovatelé zdravotní péče jsou zodpovědní za kvalitu péče. Je financována z veřejného zdravotního pojištění. Někde je čistě pediatrická, někde smíšená. Všichni primární pediatrii (PCP) a praktičtí lékaři pro dospělé (GP) se mohou

služeb účastnit, povinná je jenom v oblastech, kde je málo lékařů. Je prováděná v ambulancích i v nemocnicích (tam jsou děti častěji odesílány k hospitalizaci). Obvykle trvá od 20 hod. do 8 hod., v pátek od 20 hod. do 8 hod. v pondělí. Není to nadstandardní služba. Většinou rodiče navštěvují PS s banalitami. Kromě PS existuje i skutečná „emergency service“ (záchranná služba).

Španělsko: Ve velkých městech je PS společná pro děti i dospělé. Poskytovateli jsou GP, záchranná služba (112) GP a sestra, PS v nemocnici pediatrii. Provádí se ve velkých městech v nemocnicích, v malých městech a na venkově mimo nemocnice. V nemocnicích trvá 24 hodin, mimo nemocnice od 15 hod. do 8 hod. ráno. (Od 8 do 15 hodin je obvyklá pracovní doba PCP.) V centrech primární péče jsou pediatrii od pondělí do pátku od 9 do 21 hodin.



PS je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Není to nadstandardní služba, jediné v centrech primární péče, kde jsou veřejní pediatři k dispozici. Návštěvní služba – ano.

Slovensko: na Slovensku jsou dva druhy PS: vlastněná jednotlivcem – primárním pediatrem, který ji zprivatizoval, nebo primární pediatři v regionu vytvořili sdružení a PS zprivatizovali společně. Povolení na provoz PS dává vyšší územní celek (VÚC) – obdoba kraje v ČR. Zodpovědný za PS v kraji je VÚC, ale jenom formálně. Vypisuje do služeb lékaře v případě, kde je to jejich povinnost, když je jich málo a neslouží dobrovolně. Je možné si najít za sebe náhradu. PS není centrálně řízená. Financuje ji pojišťovna paušálem dle počtu dětí v regionu plus výkony, které jsou provedeny. Někde se dá vydělat za 12hod. noční službu i 110 eur, někde je placena 3 eura i méně na hodinu. Sdružení pohotovostních pediatrů dělí peníze mezi sloužící lékaře. PS pro děti provádějí jenom primární pediatři. Provádí se v pronajatých prostorách mimo nemocnici, pouze v Bratislavě je specifický stav, kdy povolení k provozu PS získala Dětská fakultní nemocnice, kde se spojilo 5 okresních PS.

Většina VÚC vyžaduje PS jenom do 22 hodin. Problémem jsou kolegové privatizanti PS, kteří „honi“ body za výkony a mají zájem o 12hodinové služby až do rána. PS je hrazena z veřejného zdravotního pojištění s paušálem pro pacienta 4 eura. Existuje i návštěvní služba, je dobře placená, soukromé PS v malých regionech mají k dispozici sanitky. Návštěvnost PS je vysoká i s běžnými akutními stavy. Objevují se názory, že by PCP měli být pacientovi k dispozici po celých 24 hodin.

Rakousko: PS je prováděna částečně v pediatrických ambulancích, na venkově poskytována GP. V noci a o víkendech v nemocnicích. Ve velkých městech jsou víkendové pohotovostní ambulance – telefonní služba a návštěvní služba. Zodpovědnost mají poskytovatelé péče a dle systému organizace. V PS jsou regionální rozdíly. Všechny druhy PS „on call“ pátek odpoledne, víkend 24 hodin. Na venkově částečně v noci GP, ve městech někde pediatři. Hrazena je z veřejného zdravotního pojištění, ve velkých městech částečně hradí město. Existuje i návštěvní služba. Na venkově GP. Ve velkých městech navštěvují pacienti i s banálními problémy.

Izrael: V Izraeli působí jeden z největších systémů zdravotních pojištění – HMOs (Health Maintenance Organizations). HMOs pojišťovny mají své lékaře, sestry, laboratoře atd. Další dva systémy (Preferred Provider Organizations a Health Insurances) nemají svůj vlastní personál, ale platí za služby soukromým poskytovatelům zdravotní péče. Každá HMO má pohotovostní službu do 23 hodin. Potom je služba na telefonu nebo přes internet, kde poskytují konzultace. Služba vyhodnotí stav, ev. doporučí vyšetření v nemocnici. Zřizovatelem této služby je HMOs. Organizace „živé služby“ je regionální, telefonická a internetová služba je řízena centrálně. Tuto službu pro děti provádějí pediatři. Vykonává se mimo nemocnice. Doba od 19 do 23 hod. ve všední den (zbylý čas poskytují služby lékaři HMO), od 8 do 23 hod. o víkendu. Je hrazena z veřejného zdravotního pojištění s malou spoluúčastí pacienta – 8 eur. Návštěvní služba není. Často se řeší i banální případy.

Německo: PS je velice rozdílná v jednotlivých 17 regionech Německa, jednak čistá pediatrická péče, ve velkých městech spolu s dětskými nemocnicemi, nebo samostatně, na venkově i ve spolupráci s GP. Zodpovědnost za PS má organizace ambulantních lékařů, která má zabezpečit péči mimo ordinace hodiny. Je organizována regionálně. Provádějí ji pediatři nebo GP dle místních požadavků. Je v nemocnicích i mimo ně. Doba – ve středu od 15 do 22 hod., sobota a neděle od rána do 22 hod. Je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Není to nadstandardní služba. 90 % jsou banální případy, 10 % vyžaduje hospitalizaci.

Francie: V minulosti byla PS zřizována nemocnicemi samostatně pro děti a dospělé. Z finančních důvodů se transformovala na „recepční“ služby. Takže teď jsou pediatrické pohotovosti v nemocnicích plně ve skutečnosti neurgentních stavů a čekací doba je často i 5–6 hodin.

Paralelně mají GP povinnost permanentní služby v noci, o víkendech a o svátcích. Tato služba je zřízena v každém městě a vesnici v samostatném za tímto účelem zřízeném objektu „Dům zdravotních služeb“ („Maison Médicale de Garde“). Provádí i návštěvy.

Primární pediatři jsou v jiné situaci, nemají povinnost sloužit, ale v mnoha městech (na vesnici a v malých městech ne, tam je velice málo PCP) pediatři zřídili „permanentní péči“ ve všední den od 20 do 24 hod., v so-

botu a neděli od 9 do 24 hod. Je to privátní rozhodnutí, zřizovatelem je lokální asociace primárních pediatrů a je dobrovolná. Obvykle slouží jeden pediatr ve všední den a dva, někdy tři, o víkendu. Provozuje se vždy na stejném místě, kam přichází pediatr, pacienti se nemusejí objednávat. Návštěvy neděláme. Tak jak je ve Francii obvyklé, PP a GP jsou placeni hotově, speciální suma za tuto službu, pacientovi ji proplatí „Sécurité sociale“ (francouzská veřejná zdravotní pojišťovna) nebo privátní pojišťovny. Takže na pohotovosti se podílejí nemocnice a privátní ambulance. Skutečná „emergency“ je zabezpečována v nemocnicích nepřetržitě – pediatrická i dospělá.

Itálie: V Itálii je v každé nemocnici pohotovostní oddělení, je to veřejná služba, zřízená nemocnicí a hrazená z veřejného zdravotního pojištění, v některých regionech je nutné zaplatit lístek, pokud se nejedná o skutečně urgentní stav. Některé regiony se snaží domluvit s pediatry, aby byli k dispozici o víkendu, aby se snížila návštěvnost v nemocnicích. Zřizovatelem PS je Národní zdravotní systém, zodpovědný je vedoucí urgentního („Emergency“) oddělení – pro děti i dospělé. Nemocnice je pod kontrolou regionální vlády. Jsou regionální rozdíly. V současnosti jsou poskytovateli PS nemocniční pediatři, ale pravděpodobně velice brzy (připravuje se zákon) budou lehčí pohotovostní stavy řešit primární pediatři mimo nemocnice. V současnosti se PS provádějí v nemocnicích na pohotovostních odděleních. V malých městech a na vesnicích, kde nejsou dětská oddělení, PS pro děti zabezpečují lékaři pro dospělé. Nemáme ambulance mimo nemocnice. PS je nepřetržitá, protože je prováděna v nemocnici. Je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, v některých regionech s ekonomickými problémy, nebo pokud se nejedná o urgentní návštěvu, pacient platí lístek v ceně 20–40 eur.

Kvalita služeb klesá pro nedostatek peněz. Protože jsou nemocniční pohotovosti zavaleny banálními stavy, čekací doby jsou dlouhé, italská vláda chce pohotovosti pro lehčí stavy vysunout z nemocnic do primární pediatrické péče, pravděpodobně pod supervizi GP.

Zpracovala
MUDr. Gabriela Kubátová,
Zahraniční komise SPLDD



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Důležitá informace pro PLDD, vycházející ze schůzky dr. Šebkové a prof. Šedivá, Ústav imunologie Praha: Očkovací centrum v Motole organizačně náleží pod tento ústav. Vzhledem ke kapacitním možnostem bude řešit pouze závažné problémy s očkováním, např. očkování u dětí s imunodeficity atp. Tzv. běžné dotazy prosí směřovat na poradnu vakcinologické společnosti.

Upozornění pro akreditovaná pracoviště:

Velké části kolegů končí na podzim akreditace. Z pověření dr. Šebkové byl rozeslán ze sekretariátu „balíček“ dokumentů, které jsou třeba k prodloužení akreditace. Doporučuji nenechávat žádost o prodloužení na poslední chvíli. Nejbližší termín zasedání akreditační komise je 12. 2., další předpokládáný v květnu t.r. V případě, že některý kolega s akreditací tento balíček neobdržel, doporučuji obrátit se s žádostí o zaslání na Kancelář SPLDD/OSPDL.

Pro letošní rok bylo pro náš obor přislíbeno navýšení rezidenčních míst na 25 a financování místa by mělo být v celém období školení rezidenta stejné – oproti poklesu ve čtvrtém roce školení v předchozích letech.

Upozornění na změny v očkování v letošním roce:

V letošním roce budou pro pravidelné očkování hexavakcínou k dispozici dvě vakcíny – Infanrix Hexa a Hexacima. Hexacima by měla být k dispozici ve II. čtvrtletí. Informace o postupu při očkování budou umístěny na webu OSPDL. Stejně tak ve druhém čtvrtletí by měla být k dispozici vakcína proti meningokokům B Bexsero.

Další změnou je uvedení dvojdávkového schématu v SPC vakcíny proti lidskému papilomaviru Cervarix. V tuto chvíli řešíme s příslušnými institucemi postup při dobrovolném očkování určeném pro dívky mezi

13. a 14. rokem. Pokyny opět uvedeme na webu OSPDL.

V prosinci loňského roku se zástupci OSPDL a SPLDD – dr. Šebková, dr. Dvořáková, dr. Kozderka – účastnili pracovní skupiny, kde se hovořilo o ev. vhodnosti zavedení očkování proti rotavirovým střevním infekcím, diskutovalo se o důvodech doporučení zavést očkování do kalendáře (počty ošetřených ambulantně, počty hospitalizací), způsobu zakomponování do kalendáře, možnostech hrazení, diskutovaly se odborné aspekty očkování, včetně aplikace u dětí s některými postiženími, atp. Měl by vzniknout materiál, který bude připomínkovan odbornými společnostmi, mezi nimiž je nutnost konsensu. Teprve pak může být doporučeno k projednání NIKO.

Zápis z jednání Národní imunizační komise konaného dne 30. 10. 2013 na Ministerstvu zdravotnictví

1. Informace o vakcíně proti meningokokové meningitidě B „BEXSERO“

Přednesená prezentace zástupce Novartis s.r.o. PharmDr. M. Mirdacze je uvedena v příloze 1, je určena pouze pro členy NIKO. Vakcína pro potřeby ČR bude k dispozici koncem I. Q. 2014. Cena 1 dávky bude cca 2300 Kč s DPH.

2. Aktuální informace o přípravě výběrového řízení na zajištění očkovacích látek pro pravidelná očkování (Mgr. M. Balada – zástupce Svazu pojišťoven ČR)

Svaz zdravotních zdravotních pojišťoven (SZP ČR) a VZP postupují podle z. č. 48/1997 Sb., distributor Avenier a.s. již předložil nabídku, která je nyní předmětem

ekonomického a odborného posouzení ZP. Výsledné rozhodnutí lze očekávat v první dekádě listopadu 2013. Hledá se kompromisní řešení v případě hexavakcíny. NIKO navrhuje ošetřit ve smlouvě mezi SZP ČR, VZP a distributorem garanci plynulých dodávek vakcín a zabránění jejich ev. výpadku.

3. Aktuální informace o proočkovanosti dle dat NRC VZP

Zástupce NRC VZP se na jednání nedostavil. Přítomní byli seznámeni s vyjádřením HH ČR k neproveditelnosti sledování pravidelného očkování, resp. proočkovanosti zdravotními pojišťovnami v případech, kdy je k očkování použita alternativní očkovací látka na základě žádosti pojišťovny nebo jeho zákon-

ného zástupce, který si vakcínu hradí jako samoplátce. MZ nebude u takto očkováných osob vyžadovat údaje o proočkovanosti a v nejbližší novele zákona č. 258/2000 Sb. tuto výjimku zapracuje. Hlavní hygienik pověřil MUDr. H. Cabrnachovou jednáním s NRC ve věci vykazování očkování a o jejím pověření bude písemně informovat ředitele NRC VZP.

4. Návrh dalšího postupu řešení nárůstu antivakcinačních aktivit

V současné době probíhají jednání k nepravdivým a očkování diskreditujícím informacím publikovaným dr. Elekovou mezi právníky MZ a ČLK. ČLK ve svém stanovisku zaslaném MZ označila její postup jako postup „non



lege artis, což v důsledku znamená postup v rozporu s etickým kodexem, zákonem č. 372/2011 Sb. a Úmluvou o lidských právech.

NIKO se shoduje v názoru nereagovat na požadavek JUDr. Ing. Dany Sárové, Ph.D., LL.M., zasláný MZ dne 5. 10. 2013, kterým žádá MZ o otištění svého článku, který hodlá zcela neodborně upozornit veřejnost na vlastní zkušenost s negativními účinky očkování. V případě, že by byla její žádost urgována, doporučí jí MZ obrátit se na jakéhokoliv nakladatele či internetová média.

5. Projednání návrhu na zavedení plošného očkování proti VHA a VHB u příslušníků jednotek sborů dobrovolných hasičů

Vzhledem k dobré epidemiologické situaci ve výskytu VHA a VHB v ČR a nulové nemocnosti této skupiny osob VHA a VHB v posledních deseti letech dle EPIDAT, chybí jakékoliv odborné důvody toto očkování zavést jako povinné. V případě zhoršení epidemiologické situace ve výskytu obou infekcí, zejména při ev. povodních, je možné očkování zahájit jako očkování v ohnisku nákazy. Samozřejmě pokud by obce jako zřizovatelé těchto sborů chtěly jejich příslušníky očkovat, tomuto postupu nic nebrání.

6. Stanovisko NIKO k návrhu České revmatologické společnosti ČLS JEP

K zavedení pravidelného očkování proti pneumokokovým infekcím u dospělých pacientů s autoimunním revmatickým onemocněním NIKO doporučuje vyhovět požadavku Společnosti v rámci novelizace vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem, která je plánována v roce 2014. Jde o cca 500 pacientů, kterým by byla podána konjugovaná vakcína a následně podáno přeočkování polysacharidovou vakcínou. Předpokládané náklady 1 mil. Kč. V této souvislosti bylo připomenuto vypustit z přílohy 1 citované vyhlášky bod 6. – indikaci opakovaných otitid pro podání konjugované pneumokokové vakcíny dětem do 5 let věku.

7. Varianty řešení problému BCG vakcinace u neindikovaných dětí

Členové NIKO byli seznámeni s předběžnými neuspokojivými výsledky kontrol BCG vakcinace u dětí narozených v období od 1. 1. 2012 do 30. 6. 2012. KHS v průběhu října 2013 projednají na krajské úrovni se zastupci PLDD, pneumoftiseology a neonatologů zjištěná data s cílem nápravy nesprávného postupu.

KHS zašlou MZ v termínu do 15. 11. 2013 zápisy z těchto jednání. Konečné výsledky celostátní kontroly BCG vakcinace budou z KHS zaslány do 14. 1. 2014, poté budou za účasti předsedy ČPFS ČLS JEP projednány na nejbližším zasedání NIKO. Vzhledem k aktivitám škol nabádajícím k revakcinaci v 11 letech bude osloven dopisem HH příslušný náměstek MŠMT se žádostí, aby tuto aktivitu ZŠ dále neprováděly a nenabádali tak rodiče k revakcinaci, která je z odborného pohledu v rozporu s doporučením SZO.

V rámci novely vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem (viz bod 6.), je třeba konkretizovat bod 4 přílohy č. 3 této vyhlášky.

8. Různé

- Zařazení vybraných vakcín do pohotovostní zásoby antiinfektiv v TIS VFN – řešení odloženo na příští NIKO vzhledem k nutnosti stanovit, kolik dávek a jaké vakcíny uskladnit do pohotovostní rezervy či zda se touto cestou s ohledem na realnost provedení a využití rezervy vůbec neubírat.

Návrh České pediatrické společnosti ČLS JEP na vznik národního programu kompenzace nežádoucích účinků po očkování – uvedený návrh bude dopisem HH předložen odboru OZS jako podnět k zapracování do nejbližší novely zákona č. 372/2011 Sb., o tomto postupu bude písemně informován prof. Janda.

- OVZ/1 upozorní odbor LEG a DZP na připravovanou změnu schématu podání vakcíny Cervarix, kdy patrně od ledna 2014 bude Evropskou lékovou agenturou (EMA) schváleno dvoudávkové schéma u 9–14 letých, přičemž zákon č. 48/1997 Sb. stanoví třídávkové schéma pro HPV vakcinaci.

Doporučení k očkování vakcínou Bexsero pro privátní trh připraví výbor České vakcínologické společnosti ČLS JEP a předloží ho jako podnět pro projednání na dalším zasedání NIKO. Výhledově je třeba se zabývat stanovením rizikových skupin pro podání této vakcíny.

NIKO vzala na vědomí informaci od fy. Sanofi-Pasteur o tom, že s největší pravděpodobností budou v roce 2014 přerušeny dodávky očkovací látky DT-VAX do ČR. Za 10 měsíců roku 2013 byla spotřeba pro ČR 1115 dávek. Do novely vyhlášky o očkování proti infekčním nemocem je třeba zapracovat do zvláštního očkování také

očkování studentů vyšších zdravotních škol s odborným zaměřením zdravotnický záchranář proti VHB a VHA, neboť podobně jako studenti LF a zdravotních škol chodí na praxi již v rámci studia. Na rozdíl od studentů LF a zdravotních škol jsou ve vyšším riziku onemocnění VHA. VHB je třeba ještě zvážit s ohledem na to, zda nebyla kohorta těchto studentů již v minulosti očkována proti VHB ve 12 letech. Vyjádření k návrhu dopisu ZÚ Ostrava určeného pediatrům k dalšímu postupu v případech prokázané séronegativity v rámci vyšetřování protilátek pro sérologický přehled prováděný v roce 2013. Zjištěná séronegativita protilátek je výsledek vyšetření humorální imunitní odpovědi, nikoli buněčné imunity, a neznamená tak nutně nedostatečnou ochranu před infekčním onemocněním. Vzhledem k tomu, že cílem přehledu je podle jeho výsledků stanovit další strategii očkování v ČR, nikoliv provést u séronegativních dětí další očkování, je navrženo následující znění: „Na základě vyjádření Národní imunizační komise ze dne 30. 10. 2013 Ministerstvo zdravotnictví neuvažuje v současné době o případném přeočkování u osob se séro negativními výsledky protilátek zjištěných v rámci provádění víceúčelového sérologického přehledu protilátek proti spalničkám, VHB, parotitidě a pertusi.“

NIKO vzala na vědomí zprávu firmy GSK o nezávadnosti a bezpečnosti vakcíny Infanrix v souvislosti se zvýšeným výskytem lokálních reakcí po aplikaci páté dávky. Součástí zprávy, kterou obdrželi členové NIKO, jsou výsledky prošetření možných závad vakcíny z výrobního hlediska, výsledky prověření distribučního řetězce, situace v počtu hlášení u vakcín a vyhodnocení hlášení na Infanrix a DTPa vakcíny.

V Praze dne 1. 11. 2013

Zapsala MUDr. Sylvie Kvašová

Verifikoval: Prof. MUDr. R. Chlábek, Ph.D.



Centrální poruchy zraku u dětí

MUDr. Alice Marková

Oční klinika FN Plzeň

Poškození zraku můžeme rozdělit na oční a neurologická. Mezi neurologická poškození zraku patří např. CVI, úplná kortikální slepota, opožděné vizuální zrání. V literatuře se pro zkratku CVI můžeme setkat s termíny *cerebral visual impairment* či *cortical visual impairment*, z nichž přesnější je termín první, jelikož poškození zrakového kortexu je málokdy izolované. Dalšími synonymy jsou vizuální agnozie, centrální vizuální porucha či vizuopercepční porucha, kognitivní vizuální dysfunkce, porucha percepční organizace či vizuoprostorový deficit.

Co vlastně CVI je? Nejde o narušení stavby nebo funkce oka, ale mozku. Zrak je narušen více, než se předpokládá dle výsledků oftalmologického vyšetření, ale neurologický náález již vykazuje odchylky. Příčinou CVI je asfyxie, hypoxie či ischemie, které mohou nastat během porodu, po poranění hlavy, při hydrocefalu, při vrozených vývojových vadách mozku, po iktu, který postihuje okcipitální lalok, po infekcích CNS, po nitroděložních infekcích. CVI je též často spojen s jinými diagnózami, jako je DMO, epilepsie, hydrocefalus, mikrocefalie, mentální postižení či porucha sluchu či paměti.

Zraková dráha je čtyřneuronová. První neuron tvoří fotoreceptory, druhý bipolární buňky, třetí gangliové buňky, jež mají velmi dlouhé axony, které se sbíhají v disku optického nervu a tvoří *nervus opticus*. Po průchodu *canalis opticus* se oba nervy spojují, vytvářejí *chiasma opticum*, kde se část axonů kříží a část probíhá nezkříženě, a vytvářejí *tractus opticus*, který se směrem ke *corpus geniculatum laterale* dělí na čtyři radixy, z nichž nejsilnější je *radix lateralis*. Ten vstupuje přímo do *corpus geniculatum laterale*. Zde před *corpus geniculatum laterale* vznikají také odbočky a spojky pro dráhu pupilárního reflexu, akomodaci, konvergenci či tektální okruh, který umožňuje motorické odpovědi na zrakové podněty. Čtvrté neurony jsou buňky *corpus geniculatum laterale*, jejich axony vytvářejí *radiatio optica* neboli *tractus geniculocorticalis Gratioleti*. Horní svazek *radiatio optica* směřuje přes parietální a dolní svazek přes temporální lalok směrem ke kůře okcipitálního laloku do arey 17, 18 a 19. Zde vzniká korový obraz zevního světa.

Kromě hlavní zrakové dráhy existují i kognitivní zrakové dráhy. Dorzální dráha probíhá mezi okcipitálními laloky, zadními částmi parietálních laloků, motorickými kortexy a frontálními kortexy, ventrální dráha mezi

okcipitálními a temporálními laloky. Jinými slovy se v okcipitálním laloku zpracovávají zraková data a vytváří se korový obraz zevního světa, jak již bylo řečeno. Zadní část parietálního laloku (součást dorzální dráhy) zpracovává vizuální scénu a vybere její část, frontální kortex umožní rychlé natočení hlavy a očí na danou scénu a motorická kůra umožní pohyb, např. ruky, na podkladě této vizuální scény. Temporální lalok je součástí ventrální kognitivní dráhy. Má na starost rozpoznání osob a objektů a poskytuje nám vizuální paměť, která je velmi důležitá pro učení nových věcí. Ventrální dráha pracuje tak, že zraková data z okcipitálního laloku jsou předána do spánkového laloku, kde jsou porovnána, a pokud dojde ke shodě, rozpoznáme obličej jako známý, pokud je neshoda v datech, daného člověka identifikujeme jako neznámého.

Z výše uvedeného je patrné, že zraková dráha je velmi složitá, a tudíž jiný obraz vznikne při postižení hlavní zrakové dráhy a jiný při postižení asociačních oblastí kůry či postižení kombinovaném.

Pokud bude mít dítě postiženo dorzální zrakovou dráhu, může mít obtíže například při nalezení hračky v krabici, kde těchto hraček bude více, či při nalezení předmětu na vzorovaném koberci. Předměty v dálce mohou být pro ně hůře viditelné, jelikož mozek musí dostat více informací pro vidění předmětů v dálce než pro vidění předmětů v blízké vzdálenosti. Tito jedinci budou špatně snášet rušná prostředí a mohou hůře odhadovat hloubku prostoru, a tak pro ně může být těžká například chůze po schodech. Oproti tomu jedinec s porušenou ventrální kognitivní dráhou nemusí poznávat blízké členy rodiny či může mít obtíže při rozpoznávání tvarů.

Mezi časté příznaky patří **kolísání vizu**. Ten se může měnit den ze dne, ale i z minuty na minutu. Zhoršuje se při únavě, v hluku, může

být ovlivněn i léky. Centrální zraková ostrost je velmi často snížena, ale může být i normální. Jedno oko může mít zřetelně horší vizus. Důležitá je **obeznámenost s prostředím**. Vidění je například ve vlastním bytě lepší. Dítě doma pozná svůj vlastní hrnek, ale pokud ho uvidí v jiném kontextu, nemusí jej poznat. Velmi častá je **malá zraková zvládnutost u kojenců**. Zdravý kojenec má snahu zrakem prozkoumávat okolí. Kojenec s centrální poruchou zraku bude hračku sledovat, pokud upoutáme jeho pozornost na předmět zvukem. **Porušení zorného pole** může být velmi různé. Pacient může mít nejlepší vidění v centru, ale častěji je nejlepší vidění v jiném místě, a proto je těžké určit, kam se dotýká osoba dívá. Jednostranné poškození mozku je spojeno s homonymní hemianopsií, která může být úplná i neúplná. Poranění mozku později v gestaci či v postnatálním období vedou většinou k větším ztrátám v zorném poli, zatímco inzulty v prvních dvou trimestrech mohou být modifikovány plasticitou nezralého vizuálního systému a způsobit méně závažné poruchy. U pacientů bývá často zachována **schopnost detekovat a sledovat pohyb**. K vnímání pohybu slouží střední temporální laloky. Tito jedinci zpravidla sledují pohyb lépe než stacionární objekt, ale často nejsou schopni říci, co se pohybuje. Nejsou také schopni pozorovat rychlý pohyb. Raději mají **zjednodušené vidění**. Dávají přednost kratším textům, text drží blízko u očí, aby omezili počet písmen, která sledují. Též nemají rádi prostory s velkým počtem vizuálních podnětů, to znamená supermarkety, bazény, a to proto, že při pozorování skupiny objektů mohou sledovat pouze jeden. Tím, že umístíme objekt na jednoduchý podklad, usnadníme jim jeho rozeznání. Proces **vnímání barev** je hůře poškoditelný, a proto vnímání barev zůstává v mnoha případech zachováno. Často je pro ně dobře viditelná barva žlutá a červená. Problémy mohou mít



Možnosti léčby rakoviny prsu v ČR se od února rozšíří

Možnosti léčby rakoviny prsu se v ČR od února rozšíří. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) začne platit moderní přípravek Perjeta všem pacientkám, které ho podle odborníků některého z 13 českých a moravských komplexních onkologických center potřebují.

Uvedl to mluvčí největší pojišťovny Oldřich Tichý s tím, že VZP nebude lék počítat centřům do limitu. Přípravek je účinný na určitý typ nádoru, který má asi 12 % pacientek. Krok VZP uvítali čeští onkologové.

Přínos léku pro delší přežití i lepší kvalitu života potvrdily studie u léčených pacientek. Lék je v ČR zatím registrován v režimu dočasné úhrady. Po třech letech se vyhodnotí data, posoudí přínos léčby a rozhodne se, jak to bude s úhradou dál, uvedl Tichý.

„Změnu přístupu vítáme, je to jediná správná cesta, která respektuje financování provedené léčby v centru, které si pacientka vybere,“ řekl k postupu VZP předseda České onkologické společnosti profesor Jiří Vorlíček.

Mluvčí druhé největší Zaměstnanecké pojišťovny ministerstva vnitra Hana Kadečková ČTK řekla, že nikdy na jednotlivé léky limity nedávali, problém omezené dostupnosti léků pro centra se jich tedy netýká.

VZP dosud hradila tzv. centrové léky tak, že dala jednotlivým centřům na ně finanční balíčky podle předpokládaného počtu pacientů. Pokud nebyl pacient spokojený v léčbou ve svém regionu a přešel jinam, tak tamnímu centru odčerpával peníze a byl problém s limitem.

„Dosáhli jsme nyní toho, že dva léky, a to Herceptin a Perjeta, budou hrazeny, kdekoli se pacient v centru přihlásí, bez ohledu na bydliště, a peníze půjdou za ním,“ ocenil Vorlíček. Bez limitu hradila VZP léky centřům už v roce 2009 a v části roku 2010, pak od toho ustoupila, protože jí příliš stouply náklady. Nynější změna přístupu je podle Vorlíčka možná proto, že se VZP podařilo uzavřít smlouvu s firmou, která lék vyrábí. „Co bude nad limit, který pojišťovna platí, zaplatí firma,“ uvedl.

Zdroj: čtk, 10. 1. 2014

spíše s **rozpoznáváním tvarů. Některé objekty mohou vidět lépe než jiné**, například obličeje a jejich výrazy mohou vnímat hůře než písmo. K jejich identifikaci potřebují často hlas. Všeobecně je možné říci, že **vizuální procesy vyžadují velké úsilí**. Pro tyto pacienty je například těžké udržovat oční kontakt s jinou osobou nebo sledovat objekt a zároveň na něj dosáhnout. Tento proces zpravidla rozdělí do tří fází: zaměření objektu, odvrácení pohledu, dosažení objektu. U takto postižených dětí jsou běžné **poruchy kontroly očních pohybů**, jako je strabismus, nystagmus, nestabilní fixace, nepřesné rychlé oční pohyby (dysmetrické sakády) či paroxysmální intermitentní deviace očí, při kterých jsou oči stočeny nejčastěji vzhůru. Děti mohou mít jednu, ale i více těchto poruch. Porucha kontroly očních pohybů může být kompenzována pohyby hlavou. Dále se u těchto dětí setkáváme s **poruchou akomodace**. Většina dětí se rodí s hypermetropií, která je během raného dětství korigována akomodací, a tak je dosaženo dobré zrakové ostrosti. Poškození mozku může vést k neúplné akomodaci a tím k přetrvávání hypermetropie. Proto je nutné u těchto dětí předepsat brýlovou korekci i na malou hypermetropii, kterou bychom jinak u zdravého jedince nekorigovali. U některých pacientů též vidíme časté hledění do světla, u jiných naopak pozorujeme světloplachost. **Delší je též adaptace na různé hladiny osvětlení.**

■ Diferenciální diagnostika

Opožděné vizuální zrání (DVM – delayed visual maturation)

Tato diagnóza může být stanovena až retrospektivně, poté co se původně špatné vidění postupně znormalizovalo. DVM se může prezentovat jako izolovaná anomálie nebo může být spojena s perinatálními problémy. Vyšetření VEP je normální a u dítěte je možné vyvolat normální optokinetické pohyby očí.

Refrakční vady

U všech dětí, kde máme podezření na špatné vidění, je nutné provést vyšetření refrakce a případnou vadu včas korigovat, jinak by mohla být příčinou zhoršeného vizuálního vývoje.

Abnormální vývoj sítnice

Při oftalmoskopii může být nález na sítnici zcela normální a až vyšetření ERG může vést k diagnóze. Též špatná nebo chybějící reakce zornic může být vodítkem k určení abnormálního vývoje sítnice.

Hypoplazie zrakového nervu

Na hypoplazii pomýšlíme, pokud je průměr zrakového nervu menší než jedna třetina vzdálenosti mezi středem optického nervu a foveou. Může se vyskytnout samostatně nebo s vrozenou vývojovou vadou mozku. Centrální zraková ostrost může být u těchto dětí výrazně snižena, ale i zcela normální.

Okulomotorická apraxie

Neschopnost sledovat pohyblivé cíle, a to v důsledku absence sakadických pohybů očí. Dochází zde k tonické deviaci očí bez rychlých pohybů. U starších dětí můžeme vidět přerušované rychlé pohyby hlavy, které mohou pomáhat při změně směru pohledu. Okulomotorická apraxie je často spojena s neurologickými nemocemi.

Infantilní spasmusy

Infantilní spasmusy s patologickým EEG a vývojovým opožděním jsou označovány jako Westův syndrom. Pokud jsou dlouhotrvající, vedou k poruše vývoje zraku. Jelikož nemusejí být na první pohled zřejmé, objevují se názory, že EEG by se mělo provádět u všech dětí s opožděným zrakovým zráním.

Poruchy mozku ovlivňující zrakové funkce

Řada mozkových patologií může ovlivňovat zrakové funkce. Důležité je, v jaké fázi vývoje mozku patologie zasáhla. Metodou volby k dokumentaci těchto stavů je MRI.

Malformace CNS

Většina malformací mozku vzniká časně narušením embryonálního vývoje. Pro klinický obraz je důležitý typ a rozsah vady. Například schizencefalie, která postihuje periventrikulární bílou hmotu, může vést k poruše zrakových funkcí, jako jsou defekty v zorném poli, či poruše kognitivních zrakových funkcí. Avšak plasticita mozku může u časných lézí modifikovat konečné zrakové výsledky.

Poškození periventrikulární bílé hmoty

Poškození vyvíjejícího se mozku v období mezi 24.–34. týdnem gestace primárně způsobuje poškození periventrikulární oblasti. Hemoragický infarkt či akutní periventrikulární leukomalacie vedou k trvalému poškození periventrikulární bílé hmoty. Již existují práce, které ukazují na souvislost mezi dobou poškození mozku a vzhledem optického disku. Léze, která zasáhne mezi 24.–28. týdnem gestace, má často za následek malý optický disk, což je způsobeno zpětnou transsynaptickou degenerací. Centrální zraková ostrost je zde zpravidla nižší, ale zorné pole zůstává zachováno. Naproti tomu léze vznikající před 34. týdnem



nem gestace jsou spojeny s optickými disky s velkými exkavacemi. Je zde lepší centrální zraková ostrost, ale zorné pole může být omezené, a to hlavně zdola.

Děti s poškozením periventrikulární bílé hmoty mohou mít klinické projevy různé, od těžké spastické diplegie v kombinaci s mentální retardací a zrakovým poškozením až po samostatný strabismus, který může být někdy ještě spojen s poruchou učení.

Hydrocefalus

Vzniká zmnožením mozkomíšního moku v komorách či subarachnoidálním prostoru vlivem zvýšené sekrece, snížené resorpce moku či obstrukce likvorových cest. Obvykle dochází k útlaku a redukci mozkového parenchymu. Je často spojen s řadou očních příznaků. V akutní fázi můžeme dnes už poměrně vzácně vidět příznak zapadajícího slunce, kdy oči jsou stočeny dolů a mezi okrajem horního víčka a limbem je vidět sklerální proužek. Můžeme se též setkat s nystagmem. Posun mozkového kmene dolů způsobuje natažení *nervus abducens* a následně jeho parézu, která se projevuje stočením očí do konvergentní úchyly a poruchou motility bulbu do abdukce. Tlak na horní část tekta může narušit funkci pupily a akomodaci. Herniace mozkové tkáně přes tektoriální otvor může vést ke špatnému průtoku zadními mozkovými tepnami a způsobit tak jednostranný či oboustranný týlní infarkt a ztrátu vizu. V důsledku zvýšení nitrolebního tlaku může nastat útlak zrakového nervu a následně se vyvinout atrofie papily, která může být spojena s různým poklesem centrální zrakové ostrosti. Při hydrocefalu mohou být narušeny i kognitivní zrakové dráhy s odpovídajícími klinickými projevy. Více než 50 % dětí s dlouhotrvajícím hydrocefalem má významné problémy s porozuměním a interpretací vizuálního světa.

Hypoxicko-ischemická encefalopatie

Má vliv na struktury kortikální, subkortikální a na bílou hmotu mozku. Obávaná je multicystická encefalopatie, která může vést k mozkové obrně, mentální retardaci a k poruše zrakových funkcí.

Meningitida a encefalitida

Pro zrak je nebezpečné zejména poškození týlního laloku těmito nemocemi. Pacientům, kterým se zrak po uzdravení vrátil, mohou ale zůstat kognitivní zrakové problémy a poruchy zrakové paměti.

Uzavřená poranění hlavy

Při nich může být poškozena jakákoli část zrakového systému. Je třeba upozornit na syndrom třeseného dítěte (*shaken baby*

syndrom), který může vést k poškození týlního laloku. V důsledku poranění hlavy mohou vznikat různá poškození zraku, a to od malých poškození zraku až po mozkovou slepotu.

Přidružené poruchy oka a zrakového nervu

Zde je třeba se zmínit o retinopatii nedonošených (ROP), která souvisí i s poškozením periventrikulární bílé hmoty. Hypoplazie zrakového nervu a kolobomy se mohou vyskytovat s řadou mozkových poruch, z nichž mnohé poškozuji zrakové funkce.

Diagnostika centrálních poruch zraku

Oftalmolog provede vyšetření předního a zadního segmentu oka, vyšetří refrakci, oční reflexy dítěte a motilitu očních bulbů. Zejména by si měl u kojenců všimnout, zda aktivně pozorují okolí, a u větších dětí, zda nedochází ke kolísání centrální zrakové ostrosti. Dále indikuje vyšetření MRI či CT (u dětí preference MRI) a ve spolupráci s neurologem VEP a ERG. V poslední době se také ve spojitosti s touto diagnózou zmiňuje vyšetření funkční magnetickou rezonancí. Ve Fakultní nemocnici Plzeň se zatím provádí za účelem diagnostiky mozkových nádorů. Je to zobrazovací metoda, pomocí které se snažíme zobrazit funkční oblasti mozku aktivované při provádění určitého úkolu, dnes hlavně na podkladě změny oxygenace krve. Pokud oftalmolog diagnostikuje CVI, je poté nutná i spolupráce rodiny se střediskem rané péče. Vzhledem k tomu, že v raném věku existuje značná plasticita rozvoje vizuálního systému, je nutná časná implementace vývojového programu pro zrakově postižené děti.

V roce 2004 u nás vznikla nová profese zrakový terapeut. Vyšetřuje zrakové funkce, diagnostikuje a rehabilituje CVI a zajišťuje nácvik kompenzačních technik pro využití zbytků zraku, například navrhuje speciální optické pomůcky či upravuje prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. Zatím tato služba bohužel není hrazena z rozpočtu zdravotních pojišťoven.

Závěrem je třeba říci, že mozkové poškození zraku je těžké rozpoznat zejména tehdy, jestliže centrální zraková ostrost je normální. Vidění těchto osob se může měnit, ale zcela zřídka dochází k úplné nápravě. Diagnostika je velmi obtížná, vyžaduje zhodnocení řady vyšetření a spolupráci oftalmologa, neurologa, zrakového terapeuta a speciálních pedagogů ve střediscích rané péče.

IKEM loni transplantoval 50 srdcí, druhý nejvyšší počet historie

Transplantační centrum Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) loni provedlo 50 transplantací srdce, což je druhý nejvyšší počet v historii Česka. Nejúspěšnější byl rok 1997, kdy bylo transplantováno 65 srdcí. Poslední loňskou transplantaci srdce provedli chirurgové v IKEM v noci na 30. prosince.

Zárok dnes již patří ke standardní léčbě selhání srdce. Jeden rok po transplantaci přežívá více než 90 procent příjemců, 86 procent přežívá více než deset let od operace.

Po úspěšné transplantaci se stav nemocného významným způsobem zlepšuje. To lze podle Velcové pozorovat již v prvních dnech po operaci. Rekonvalescence postupuje velmi rychle a pacienti se záhy vrací k normálnímu životu.

„Od roku 1984, kdy úspěšný program transplantací srdce v IKEM odstartoval, jsme provedli už 935 transplantací. Někteří z prvních pacientů, kterým jsme srdce vyměnili v prvním roce programu, stále žijí a těší se dobrému zdraví. Některé z našich mladších patientek mohly díky transplantaci srdce dokonce založit rodinu, návrat k práci a zálibám je samozřejmostí,“ uvedl přednosta IKEM Jan Pirk.

Vůbec první transplantaci lidského srdce v bývalém Československu provedli lékaři v Bratislavě 9. července 1968. Pacientka ale žila po operaci jen pět hodin, úmrtnost po transplantacích byla tehdy v celém světě vysoká. Zlom přinesla 80. léta, kdy se začaly úspěšně aplikovat léky usnadňující nemocným přijetí cizího orgánu.

První úspěšnou transplantaci srdce v bývalém Československu, i ve východní Evropě, provedl v lednu 1984 právě IKEM. Vedle IKEM nyní v ČR provádí tuto náročnou operaci od roku 1992 kardiologie v Brně.

Zdroj: ČTK, 3. 1. 2014



Záchyt a korekce refrakčních vad u dětí

MUDr. Barbora Varadyová

Dětská oční klinika, FN a LF MU Brno

Zrak je pro člověka jedním z nejdůležitějších smyslů. Oko je vysoce diferencovaným orgánem zraku a zajišťuje až 80 % informací ze zevního prostředí. I sebemenší porucha jeho funkce může vést k velkým obtížím. Nejčastějšími očními vadami jsou vady refrakční. Jejich včasná diagnostika v ordinacích pediatrii, optimální terapie oftalmologa a eventuální ortopticko-pleoptická léčba ortoptistů nám umožňuje zabránit trvalému poškození zraku.

■ Úvod

Lidské vidění vyžaduje precizní spolupráci a propojení struktur od periferního senzoru, tedy oka, až k mozkové kůře. Jednotlivé komponenty se vyvíjejí paralelně a každá jednotlivá součást má dále vliv na vývoj celého zrakového systému. Pro vytvoření funkčního **binokulárního vidění** je potřeba dokonalé vytvoření jeho veškerých struktur anatomicky, morfologicky a v neposlední řadě hlavně funkčně.

Refrakční vady neboli **ametropie** jsou ne- zvykle časté poruchy dioptrického systému oka. Při nich se obraz pozorovaného předmětu nefokusuje do místa nejostřejšího vidění – makuly lutey sítnice, ale před nebo za ni. V dětské populaci jsou refrakční vady velmi frekventované a představují nároky na pravidelnou péči v rámci pravidelné prevence poruch binokulárního vidění, strabismu a amblyopie. Incidenci a základní klasifikaci uvádí tabulka 1.

Tabulka 1 Prevalence refrakčních anomálií v populaci do 15 let (USA, Evropa)

Hypermetropia simplex	13,9 %
Hypermetropia cum astigmatismo	9,1 %
Myopia simplex	16,7 %
Myopia cum astigmatismo	6,4 %
Astigmatismus mixtus	2,9 %
Emetropia	51 %

■ Refrakce u dětí

Refrakce udává poměr lomivosti optických médií (rohovka, čočka) k předozadní délce oka a je jedním z předpokladů normální zrakové ostrosti. Postnatální vývoj refrakce oka je poměrně komplikovaný a při správném

průběhu vyústí do **emetropie** neboli stavu bez dioptrické vady. Jakékoli poruchy (pokud již nejsou prenatální) mají pak za následek široké spektrum refrakčních vad. Při poruše lomivosti optických médií (rohovka, čočka) nebo předozadní délky oka mluvíme o **ametropii**. V šesti měsících věku dosahuje fyziologická refrakce očí **hypermetropie** kolem +3,5 dioptrie (dpt), mezi prvním a třetím rokem dítěte je hodnota až +2,5 dioptrie; pokud dítě nešilhá, není třeba korekce, neboť schopnost akomodace oka dítěte do tří let je velká. U dětí školního věku pak dochází díky dalšímu růstu oka k **myopizaci**. U nekorigované refrakční vady může docházet ke vzniku šilhání (**strabismu**) a tupozrakosti (**amblyopie**). Nejčastěji pak u nekorigované vyšší hypermetropie.

■ Binokulární vidění

Jednoduché binokulární vidění (JBV) vzniká spoluprací obou očí spolu s fúzní činností mozkového zrakového centra. Zajišťuje vytvoření prostorového vjemu a rozdělujeme je na tři stupně: simultánní percepci (SMP) se superpozicí (SPP), fúzi a stereopsi.

SMP a SPP	vnímání pomocí sítnic obou očí současně a spojení obrazů jejich překrytím (superpozicí) do jediného vjemu.
Fúze	schopnost spojit do jediného vjemu stejné obrazy z pravého a z levého oka
Stereopse	vytvoření hloubkového vjemu spojením lehce posunutých obrazů, jež nedopadají na přesně korespondující místa sítnic. Takto vzniká dojem třetího rozměru

■ Anizometropie

Jde o binokulární refrakční vadu s nestejnou refrakcí pravého a levého oka. Může být vrozená či získaná (po operacích, úrazech). Anizometropie malého stupně je velmi častá. Obtíže působí větší anizometropie. Při větším rozdílu refrakce očí vznikají na sítnici pravého a levého oka dva nestejně velké obrazy, takzvaná **anizeikonie**. Ta brání mozku spojit obrazy v jeden vjem. Mozek utlumí jeden obraz a dochází k porušení binokulárního vidění – **anizometropické amblyopii**.

Léčba: korekce obou očí nestejně dioptrické síly. U dětí může být rozdíl korekce pravého a levého oka až –6 dpt u myopie a +5 dpt u hypermetropie. Dospělý člověk snese rozdíl pouze dvou až tří dioptrií.

Amblyopie = tupozrakost – snížené vidění oka při normálním anatomickém nálezu (např. ale i po odstranění katarakty, kdy již oko nemá další patologii)

Anizometropie = rozdíl dioptrické vady mezi oběma očima, kdy nad 5 dioptrií u dětí při korekci brýlemi neumožňuje binokulární vidění. Výskyt: 1,8 % v populaci do 15 let

Anizeikonie = rozdíl velikosti obrazu na sítnici obou očí, nad 5–10 % neumožňuje kvalitní binokulární vidění – stereopsi – prostorový hloubkový vjem

■ Záchyt refrakčních vad v dětské populaci

Pediatr ve 3 letech určí první optotypově verifikovanou zrakovou ostrost pomocí ob- rázků ze vzdálenosti 4 metrů. Optimum pak je vizus 4/8, protože zrakový aparát je stále ještě ve vývinu a zrakovou ostrost 4/4 má



Tabulka 2 Vývoj zrakových funkcí a pohybů

Po narození	Skotopické vidění, pohyb nekontrastního podnětu, stejnosměrné, skenovací pohyby očí (verse)
2. týden	Počátek fotopického vidění
1. měsíc	Počátek monokulární fixace
2. měsíc	Počátek binokulární fixace
3. měsíc	Počátek centrální foveolární fixace, počátek protisměrných, diskonjugovaných pohybů očí (vergence)
4. měsíc	Centrální fixace, plná akomodace
5. měsíc	Trvalá centrální fixace
6. měsíc	Dokončený vývoj makuly, počátek fúze
9.–12. měsíc	Upevnění binokulárních reflexů
3 roky	Dokončení vývoje akomodačně-konvergenčního reflexu
5–6 let	Stabilizace reflexů

dítě až ve věku 4 let. V dalších obdobích pak vyšetřujeme na optotypech s Pflügerovými háky (E symboly). Veškerá vyšetřování zrakových funkcí při čtení z optotypu jsou nutná s pečlivou monokulární okluzí **OKLUZOREM**. Jinak nedojde k zábraně možnosti nezachycení amblyopie či vysoké anizometropie s amblyopií do věku, kdy se ještě dá terapeuticky zasáhnout.

Obtíže plynoucí z nošení vysoké dioptrické korekce v brýlích.

- Omezení zorného pole
- Prizmatický efekt při pohledu mimo středy brýlových skel spolu s distorzí obrazu a s diplopií
- Nemožnost plné korekce při vysoké anizometropii z důvodu větší anizeikonie
- Omezení v některých sportovních aktivitách
- Intolerance brýlové korekce u postižených dětí

Korekce kontaktními čočkami u dětí:

Tabulka 3 Kontaktní čočky – výhody

Anizeikonie menší než s brýlemi (u 10 dpt z 18 % u brýlí na 3 % u k.č.)
Nižší hodnota dioptrií vzhledem k posunu uzlového bodu blíže oku
Menší omezení při sportovních aktivitách

Tabulka 4 Kontaktní čočky – nevýhody a komplikace

Defekty epitelu rohovky – mikroeroze, vakuolizace
Hypoxický edém stromatu rohovky
Limbální povrchová a hluboká neovaskularizace
Alergizace
Bakteriální keratitida
Nemožnost či neschopnost aplikace

■ Proč refrakční chirurgie u dětí

Refrakční chirurgie u malých dětí je často považována za nepraktickou kvůli špatné spolupráci, nutnosti **celkové anestezie** a pooperačního monitorování.

Tabulka 5 Metody refrakční chirurgie

Základy na rohovce	Excimer laser
PRK	Photorefractive keratectomy
LASEK	Laser assisted subepithelial keratectomy
Epi-LASIK	epithelial laser in situ keratomileusis
Základy nitrooční	
Fakické nitrooční čočky	Předně či zadněkomorové
Bioptics	Kombinace fakické IOL + excimer laser
CLE	Extrakce čiré čočky bez či s implantací PC IOL

Bohužel amblyopie z anizometropie je nejlépe léčitelná v počátcích života, kdy zrakový systém na léčbu reaguje nejlépe.

Chirurgické techniky u dětí často vyžadují modifikace z důvodů rozdílných rohovek, sklerární tuhosti, elasticity čočkového pouzdra a vlastností čočky/sklivce.

Při plánování a provádění chirurgických zákroků musíme vzít rovněž v potaz očekávaný budoucí vývoj oka u mladších dětí.

■ Metody refrakční chirurgie na rohovce

Excimer laser

Jedním pulsem laseru (argonfluoridový, 193 nm) je fotoablace (vaporizací) bez poškození okolní tkáně odstraněno 0,25 µm rohovkové tkáně.

Jednotlivé laserové metody se odlišují snížením povrchové vrstvy rohovky, pod níž se pak provede samotná fotoablace.

U **PRK** je to mechanická či chemická abraze. U **LASEK** i **Epi-LASIK** se využije epitelový flap, jakési víčko, jež se po fotoablacii přiklopí zpět a přilíhne se. U metody **LASEK** je flap vytvořen ostrým nástrojem, kdežto u **Epi-LASIK** užíváme tupý břit – v obou případech jsou vloženy do mikrokeratomu. Hojení epitelového defektu trvá 3–4 dny a k ustálení vidění dochází po týdnu až měsíci po operaci.

BIOPTIX je technika spojující výhody laserových metod a implantace fakické čočky.

CLE (clear lens extraction) je metodou u dospělých téměř neužívanou, kdy se odstraní čirá vlastní čočka z oka. Dojde pak ke změně dioptrické hodnoty oka o hodnotu mohutnosti čočky. Ta bývá v průměru 20 dpt. U dětí s vysokou refrakční vadou je tato metoda metodou volby, kdy můžeme dle velikosti vady oka nechat oko bez nitrooční



Tabulka 6 Nitrooční čočky

Metody refrakční chirurgie nitrooční

Fakická čočka	Ponechání čočky vlastní + implantace čočky umělé	
	předněkomorové	Fixace na duhovku
	zadněkomorové	Fixace v komorovém úhlu
Pseudofakie (Artefakie)	Odstranění čočky vlastní, implantace čočky umělé	
	předněkomorové	Fixace na duhovku
	zadněkomorové	Fixace v komorovém úhlu

Indikace k refrakčním zákrokům u dětí

absolutní	relativní
Myopická anizometropie > - 5,0 sf D	Bilaterální vyšší ametropie u dětí neurologickým postižením
Hypermetropická anizometropie > + 4,0 sf D	k eliminaci či redukci jednoho ze zdravotních handicapů
Astigmatická anizometropie > ± 3,0 cyl D	Nemožnost brýlové korekce
Nesnášenlivost plné brýlové korekce (anizeikonie)	Intolerance kontaktních čoček
Intolerance kontaktních čoček	Pečlivé zhodnocení individuálního celkového stavu
Pleoptická léčba	
Nepřítomnost jiného očního onemocnění	
Plně informovaný souhlas rodičů	

umělé čočky a dokorigovat pak oko brýlemi nebo kontaktní čočkou, nebo implantujeme příslušnou hodnotu nitrooční čočky do oka. Implantace může být buď primární, v jednom operačním zákroku spolu s CLE, nebo sekundárně odložena.

Nevýhodou implantace nitroočních čoček je ztráta akomodační schopnosti oka, a to trvale. Možností je pak dokorekce + 3,0 dpt na blízko do brýlí (skla jednoohnisková, nebo E-Line skla – půlená).

Kombinované metody PTK a PRK

PTK (Phototherapeutic keratectomy) je laserový zákrok ke zlepšení zrakové ostrosti odstraněním povrchových opacit a nepravidelností povrchu rohovky a/nebo odstranění sužující bolesti a iritace oka související s povrchovým defektem rohovky + snížení původní dioptrické vady.

Tabulka 7 Rohovkové opacity

Zonulární keratopatie
Syndrom recidivující eroze epitelu
Přední dystrofie rohovky
Centrální jizvy po zánětech
Centrální poúrazové jizvy
Expoziční keratopatie – nesmáčivá léze

Současný standard léčby anizometropie u dětí

- plná brýlová korekce sférické vady i astigmatismu
- okluze dominantního oka min. polodenní
- při binokulární nesnášenlivosti plné brýlové korekce – kontaktní čočka
- při intoleranci kont. čočky – refrakční chirurgie
- pleoptika a ortoptika do 8 i 9 let věku

- spolupráce rodičů
- pravidelné kontroly dlouhodobě

Optimální vyšetřovací schéma

1. pediatr – suspektní refr. vada+ opacity optických médií, katarakta, RA+
2. oftalmolog – odstranění opacity
3. korekce refrakce v důkladné cykloplegii a korekce brýlemi
4. při intoleranci brýlí korekce kontaktními čočkami
5. při intoleranci brýlí i k.č. pak laserový či nitrooční zákrok
6. vždy důsledná pleoptická a ortoptická léčba po korekci vady
7. spolupráce edukovaných rodičů
8. sledování do 7–9 let u oftalmologa
9. pediatrická následná péče – má-li dítě nosit brýle – opakovat rodičům důležitost okluzí, brýlí a kontrol u oftalmologa

Závěr

Pokud dobře funguje spolupráce oftalmologa a pediatra či neonatologa, je zajištěno, že děti s očními patologiemi jsou včas odeslány na oční vyšetření, v porodnici především pro patologie červeného reflexu (vrozená katarakta či zákaly ve sklivci nebo opacity rohovky), rozměr oka samotného nebo jeho částí.

Včasná diagnóza refrakční vady u dítěte a její léčba jsou rozhodujícími faktory v prevenci dalšího, mnohdy nevratného poškození zraku, jakým je amblyopie či strabismus.

Nekorigovaná oční vada u dítěte zhoršuje jeho orientaci v prostředí. Vážné motorika založená na spolupráci „ruka-oko“, „noha-oko“. Dítě může zašilhávat, může mít kompenzační postavení hlavy, nadměrně mrkat, může být světlolaché. To jsou příznaky, které by nejen zdravotníky, ale i rodiče měly varovat a dítě by se mělo dostat do péče oftalmologa.

Refrakční operace (excimer laser, fakická IOL, ev. kombinace) představují v dětském věku účinnou a bezpečnou možnost korekce komplikované ametropie při nemožnosti využití konzervativní léčby. Umožňují zachovat či zlepšit korigovanou zrakovou ostrost a kvalitu binokulárního vidění. Laserová refrakční operace při anizometropické amblyopii je účinnější metoda než korekce kontaktní čočkou při stejně dávkované následné pleoptické léčbě.



Hypertenze u pacientů s polycystickými ledvinami

Prof. MUDr. Vladimír Tesař, CSc.

Klinika nefrologie 1. LF UK a VFN, Praha

■ Abstrakt

Hypertenze je u pacientů s autozomálně dominantními polycystickými ledvinami častá již ve fázi normální renální funkce. Patogeneticky pravděpodobně souvisí s expanzí cyst, renální ischemií a lokální aktivací systému renin-angiotenzin. Hypertenze přispívá i u pacientů s autozomálně dominantními ledvinami k progresi renální insuficience a již jen mírné zvýšení krevního tlaku může být u těchto pacientů spojeno s hypertrofií levé komory srdeční. V současné době není jasné, zda máme u pacientů s autozomálně dominantními polycystickými ledvinami a normální renální funkcí usilovat o nižší cílové hodnoty krevního tlaku než u pacientů s esenciální hypertenzí. Lékem volby jsou u pacientů s autozomálně dominantními polycystickými ledvinami inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu nebo blokátory receptorů pro angiotenzin. Nové léky ovlivňující růst renálních cyst (např. inhibitory V2 receptorů pro vazopresin) ovlivňují u pacientů s polycystickými ledvinami a jen mírně sníženou glomerulární filtrací i progresi renální insuficience. Další studie by měly ukázat, zda mají tyto léky příznivý vliv i v pokročilejších fázích onemocnění a jakým způsobem ovlivňují hypertenzi, která je s růstem cyst a progresí chronické renální insuficience asociována.

■ Úvod

Hypertenze se vyvíjí u většiny chronických nefropatií v souvislosti s progresí chronické renální insuficience. U autozomálně dominantních polycystických ledvin (ADPKD) se ale hypertenze vyskytuje u 50–70 % pacientů již ve fázi, kdy mají ještě normální nebo jen hraničně sníženou renální funkci, nejčastěji ve věku okolo 30 let (Eckert et al., 2001).

Krevní tlak u dětí koreluje s počtem cyst a velikostí ledvin. Expanze cyst vede k intrarenální ischemii, aktivaci systému renin-angiotenzin-aldosteron a vzniku a udržování hypertenze u ADPKD. Zvětšování cyst je u dospělých pacientů s ADPKD spojeno s ak-

tivací cirkulujícího i intrarenálního systému renin-angiotenzin-aldosteron. Angiotenzin přispívá nejen k hypertenzi, ale i k proliferaci a expanzi cyst, zvyšuje sympatickou nervovou aktivitu, aktivitu endotelinu, oxidativní stres a renální fibrózu.

Hypertenze koreluje u ADPKD s velikostí ledvin, proteinurií, kardiovaskulárními komplikacemi a progresí do terminálního selhání ledvin. Průměrný růst velikosti ledvin byl dle měření pomocí MRI ve studii CRISP 63,4 ml/rok. Současné metody jsou tak citlivé, že umožňují zachytit signifikantní nárůst objemu ledvin již v odstupu cca 6 měsíců.

Hypertenze je asociována s přítomností mutace v genu PKD1, mužským pohlavím, sníženým průtokem krve ledvinou, proteinurií a se zvýšeným objemem ledvin a jeho dalším růstem v průběhu času. U pacientů v HALT-PKD studii koreloval objem ledvin korigovaný na výšku pozitivně s albuminurií a negativně s odhadovanou glomerulární filtrací. Větší objem ledvin měli muži a osoby s větším tělesným povrchem (Torres et al., 2011).

Hypertenze je u ADPKD asociována nejen se zvýšeným objemem ledvin, ale také s hypertrofií levé komory. Vzestup indexu hmotnosti levé komory se objevuje u dětí s ADPKD ještě dříve v době, kdy lze zachytit vyšší (ale ještě normální) hodnoty krevního tlaku ve srovnání se stejně starými kontrolními osobami jen pomocí ambulantní monitorace krevního tlaku. Vzestupu indexu hmotnosti levé komory lze předejít léčbou inhibitory ACE.

Existuje těsná korelace mezi tíží hypertenze, hypertrofií LK, poklesem GF a progresivním zvětšováním renálních cyst. Velmi časná léčba „normotenzních“ pacientů s ADPKD by tedy mohla alespoň teoreticky předejít vývoji některých orgánových komplikací a ev. i progresi chronické renální insuficience.

■ Patogeneze hypertenze u pacientů s polycystickými ledvinami

Hypertenze u pacientů s autozomálně dominantními polycystickými ledvinami souvisí s aktivací systému renin-angiotenzin

a časnou expanzí extracelulárního volumu, která předchází vývoji chronické renální insuficience. Předpokládá se, že k uvolňování reninu dochází v důsledku lokalizované renální ischemie, která je vyvolána expanzí renálních cyst. Renin je zřejmě produkován nejen v cévách a intersticiální tkáni v okolí expandujících cyst, ale také přímo epitelovými buňkami tvořícími výstelku cyst, aktivní renin byl prokázán v tekutině uvnitř cyst. Předpokládá se, že lokálně vznikající angiotenzin II může působit jako růstový faktor, který stimuluje hyperplazii epitelu cyst a růst cyst. U pacientů s normální renální funkcí souvisí hypertenze s celkovým objemem cyst, který je větší než u pacientů normotenzních.

Role časně retenční sodíku a vody a expanze extracelulárního volumu v patogenezi hypertenze u ADPKD je méně jasná. Hypertenzní pacienti s ADPKD mají sice vyšší cirkulující aldosteron a vazopresin, ale plazmatický volem hypertenzních a normotenzních pacientů s ADPKD se neliší. Pacienti s ADPKD mají již ve fázi ještě normální glomerulární filtrace nižší průtok plazmy ledvinou, který koreluje s objemem cyst a celkovým objemem ledvin a je důležitým faktorem progresu chronické renální insuficience. Inhibice systému renin-angiotenzin zvyšuje u ADPKD průtok plazmy ledvinou.

U 255 dospělých pacientů s ADPKD byla sledována dlouhodobá progresie renální insuficience (Higashihara et al., 2012). Mladí dospělí hypertenzní pacienti měli ve srovnání s mladými normotenzními pacienty s PKD nižší vstupní GF a větší objem ledvin. V průběhu sledování ale nebylo možno prokázat u hypertenzních a normotenzních pacientů srovnatelného věku rozdíl v růstu objemu ledvin a poklesu glomerulární filtrace. I u 62 dětských pacientů sledovaných v Motole byla zjištěna pozitivní korelace mezi velikostí ledvin, počtem cyst a hodnotami krevního tlaku z 24hodinového monitorování.



■ Léčba hypertenze u pacientů s polycystickými ledvinami

Cílový krevní tlak u pacientů s ADPKD není zcela jasný. Ve studii, ve které byli hypertenzní pacienti s ADPKD a hypertrofií levé komory srdeční randomizováni k cílovému krevnímu tlaku nižšímu než 120/80 mm Hg nebo 135–140/85–90 mm Hg, byla po 7 letech v obou větvích přes významný rozdíl v průměrném krevním tlaku (116/77 mm Hg vs. 133/87 mm Hg) srovnatelná renální funkce, ale u pacientů s nižším cílovým krevním tlakem došlo k výraznější redukci indexu hmotnosti levé komory (Schrier et al., 2002).

Retrospektivní hodnocení britských elektronických databází ukázalo, že podíl pacientů s ADPKD léčených antihypertenzivou narostl v posledních 20 letech z 32 % na 67 %. Data z centra pro ADPKD v Denveru ukázala, že od začátku 90. let u pacientů s ADPKD výrazně narůstá preskripce inhibitorů ACE.

Hypertenze u pacientů s ADPKD obvykle odpovídá velmi dobře na inhibici systému renin-angiotenzin, ať už inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE), nebo antagonisty angiotenzinu. Přínos inhibitorů ACE pro zpomalení progresu chronické renální insuficience u pacientů s ADPKD je ale nejistý, i když metaanalýza 8 randomizovaných studií naznačila, že pacienti s ADPKD mohou v tomto směru z inhibice systému renin-angiotenzin benefitovat. Po střední době sledování 2,3 roku proteinurie u pacientů s ADPKD léčených inhibitory ACE ve srovnání s pacienty na jiné antihypertenzní léčbě mírně klesla (–0,33 g/den vs. +0,19 g/den). Pokles byl výraznější u pacientů s vyšší vstupní proteinurií. Pacienti léčení inhibitory ACE měli nesignifikanční trend k nižší incidenci progresu renální insuficience (29 % vs. 41 %).

V malé studii u 24 hypertenzních pacientů s ADPKD a clearance kreatininu vyšší než 50 ml/min/1,73 m² vedla léčba inhibitorem ACE enalapilem k většímu poklesu proteinurie než léčba kalciovým antagonistou amlodipinem, v obou skupinách ale byla rychlost ztráty glomerulární filtrace srovnatelná (3,4 ml/min/1,73 m²) a výrazně nižší než u historických kontrol s ADPKD s nedostatečnou kontrolou krevního tlaku. V další malé studii byl u hypertenzních pacientů s ADPKD přes srovnatelnou kontrolu krevního tlaku rychlejší pokles glomerulární filtrace u pacientů léčených amlodipinem

než u pacientů léčených candesartanem. V malé randomizované kontrolované studii u 46 hypertenzních pacientů s ADPKD byl srovnáván vliv ramiprilu a metoprololu na hodnoty krevního tlaku získané ambulantní monitorací, kalkulovanou glomerulární filtrací, albuminurií a index hmotnosti levé komory srdeční. V žádném z uvedených parametrů nebyl mezi oběma skupinami významný rozdíl.

Posthoc analýza hodnotící vliv kontroly krevního tlaku ukázala, že pacienti s velmi dobrou kontrolou krevního tlaku měli nižší albuminurií a nedošlo u nich na rozdíl od pacientů se standardní kontrolou krevního tlaku k významnému vzestupu indexu hmotnosti levé komory. Kontrola krevního tlaku se tak dle této studie zdá být důležitější než inhibice systému renin-angiotenzin. Léčba inhibitory ACE může u pacientů s ADPKD (zejména u pacientů s velkými cystami a již přítomnou renální insuficiencí, často se současným krvácením do cysty) poměrně vzácně (asi u 5 % léčených pacientů) vyvolat akutní vzestup sérového kreatininu. Pravidelné kontroly sérového kreatininu a mimořádné kontroly sérového kreatininu při akutních komplikacích jsou tedy u pacientů s ADPKD léčených inhibitory ACE nutné.

Echokardiograficky byla prokázána hypertrofie levé komory srdeční u 41 % pacientů s ADPKD. Pomocí MRI byla hypertrofie levé komory prokázána jen u 4 % pacientů s ADPKD mladších 50 let se vstupně normální odhadovanou glomerulární filtrací (> 60 ml/min/1,73 m²), z nich bylo před měřením 59,5 % léčeno inhibitorem ACE nebo antagonistou angiotenzinu. Časná léčba pacientů s ADPKD tedy pravděpodobně může velmi výrazně snížit riziko hypertrofie levé komory srdeční a snížit kardiovaskulární mortalitu pacientů s ADPKD.

Přínos inhibice systému renin-angiotenzin k zpomalení progresu chronické renální insuficience je zatím stále nejistý. Ve velké studii HALT bylo randomizováno 1018 hypertenzních pacientů s ADPKD stratifikovaných podle odhadnuté glomerulární filtrace (> 60 ml/min/1,73 m² a 25–60 ml/min/1,73 m²) ke kombinaci inhibitoru ACE a antagonisty angiotenzinu nebo monoterapii inhibitorem ACE na dvou úrovních kontroly krevního tlaku s 4–8letou dobou sledování. Primárním sledovaným parametrem jsou změny ve velikosti objemu ledvin sledované pomocí MRI a 50% redukce GF,

terminální selhání ledvin a smrt. Ve studii HALT-PKD je testován vliv blokády systému RAAS a striktní kontroly TK na progresi cyst a renální insuficience u pacientů s ADPKD. Inhibitory ACE jsou tedy pravděpodobně i u hypertenzních pacientů s ADPKD (za monitorace renální funkce, zejména při krvácení do cysty) lékem volby, minimálně z hlediska ovlivnění rizika kardiovaskulárních komplikací, zejména vývoje hypertrofie levé komory. Obtížnější je doporučení, které další antihypertenzivum má být k inhibitorům ACE přidáno, pokud není kontrola krevního tlaku na monoterapii ACEI dostatečná. Vzhledem k nepříznivým hemodynamickým účinkům dihydropyridinových antagonistů kalcia (zvyšují glomerulární tlak) doporučují někteří autoři betablokátory. Diuretika jsou indikována zejména u pacientů se známkami volumové expanze. Je třeba myslet i na to, že ženy s ADPKD mohou otěhotnět. Pokud je u nich zahájena léčba inhibitory ACE či antagonisty angiotenzinu, je třeba je upozornit, že na této medikaci nesmějí otěhotnět.

U dětí by měly být prováděny nefrologické kontroly od raného dětského věku, pravidelně by měl být prováděn 24hodinový monitoring krevního tlaku. Již u dětských pacientů je často možné pozorovat krevní tlak na 95. percentilu věkové skupiny. Krevní tlak koreluje pozitivně s velikostí ledvin a počtem cyst. U části dětských pacientů také již v dětském věku byla zjištěna glomerulární hyperfiltrace, která byla dlouhodobě spojena s časnějším poklesem renální funkce. Proto jsou inhibitory ACE první volbou léčby krevního tlaku u dětských pacientů s ADPKD.

■ Závěry

Klinický průběh ADPKD je velmi variabilní. Optimální kontrolou krevního tlaku lze progresi ADPKD zpomalit, ale nikoli zastavit. Nové terapeutické postupy jsou účinné, ale toxické, je proto třeba identifikovat pacienty ve vysokém riziku progresu. Jsou to pacienti s větším objemem ledvin, hypertenzí, glomerulární hyperfiltrací, mikroalbuminurií, hyperurikémií a pozitivními močovými markery. Další studie by měly ukázat dlouhodobý efekt léků ovlivňujících progresi renálních cyst nejen na progresi renální insuficience, ale i na hypertenzi asociovanou s růstem cyst a její komplikace.



Schizofrenie – diagnostika, prodromální příznaky a léčba

Prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha

■ Základní charakteristika schizofrenního onemocnění

Schizofrenie je závažná psychická porucha, která postihuje 1 % populace rovnoměrně ve všech regionech. Onemocnění je zastoupeno ve stejné míře ve všech sociálních skupinách obyvatel. Schizofrenie se může klinicky manifestovat kdykoliv ve věku 4–50 let. Výskyt onemocnění v jednotlivých věkových obdobích se výrazně liší. Nejčastější začátek onemocnění je mezi 17–23 lety, spadá tedy do období adolescence a časně dospělosti. Farmakoterapie zásadním způsobem zlepšuje prognózu pacienta a jeho sociální začlenění. Procento vyléčených pacientů při dlouhodobém sledování kolísá mezi 22–27 %, k sociální úpravě došlo u 39–69 % nemocných. Ostatní pacienti se vyznačovali chronickými příznaky schizofrenního onemocnění (Libiger, 2001, in Raboch et al., 2001).

Pro léčbu s psychofarmaky má zásadní význam dělení příznaků na pozitivní a negativní. K pozitivním příznakům patří bludy, halucinace (pacient je pronásledován, slyší hlas, jsou mu vkládány nebo odebírány myšlenky). K negativním příznakům patří emoční oploštění, tzn. nepatrná nebo žádná emoční odpověď i na výrazný podnět, autismus, uzavírání se do sebe, nereagování na cizí otázky, zabývání se vlastními, často patologickými myšlenkovými obsahy. Negativní schizofrenní příznaky jsou obtížně farmakologicky ovlivnitelné.

■ Výzkumné přístupy k etiologii onemocnění a vývojové aspekty schizofrenní poruchy

Po desetiletích bádání v oblasti schizofrenie se nyní objevují nové naděje, spočívající především v molekulární biologii, genetice a v odkrývání skrytého průběhu raných fází schizofrenie. V etiologii poruchy jsou uváděny jak genetické, tak i nedědičné faktory. Sacchetti (1992) zjistil, že schizofrenici se podstatně častěji rodí v zimních měsících.

Moderní genetika se snaží lokalizovat gen pro schizofrenii prostřednictvím studia vazby mezi geneticky podmíněným markerem a schizofrenním onemocněním. Genetickým markerem může být fragment DNA, mikrosatelit, resp. polymorfismus opakujících se frekvencí DNA. Výsledky zatím nejsou jednoznačné, také vzhledem k tomu, že onemocnění je velmi pravděpodobně polygenně podmíněné (dědičná je patrně „vloha“ ke schizofrennímu onemocnění). Empirická rizika opakování schizofrenie jsou pro potomky 13 %, pro sourozence 9 %, pro rodiče 6 % a pro vnuky 5 % (Zvolský, 2001, in Raboch et al., 2001).

Na úrovni molekulární biologie je uváděno několik možných mechanismů při vysvětlení dopaminergní hyperaktivity: zvýšená produkce neurotransmiterů, zvýšené uvolňování, deficit reuptaku presynaptických neuronů (Neale a Oltmanns, 1980). Dále se uvažuje o zvýšené senzitivitě postsynaptických receptorů a o zvýšení počtu dopaminergních receptorů. Léky patřící mezi D2 antagonisty (klasická neuroleptika typu chlorpromazinu a haloperidolu) jsou účinné při redukci pozitivních symptomů, ale jen částečně při redukci negativní symptomatiky. V mozku schizofreniků byla zjištěna zvýšená senzitivita dopaminergních receptorů (Owen et al., 1978) a zvýšení počtu dopaminergních receptorů u pacientů, kteří nebyli nikdy léčeni antipsychotiky (užíván také starší název neuroleptika). Ve hře jsou však i další receptorové systémy. Swerdlow a Koob (1987) vyslovují hypotézu komplexního vícetransmitterového modelu (Beart, 1987, Carlsson a Carlsson, 1990a, 1990b). Významný je patrně i glutamátový a serotoninový systém. Například často užívaný lék Clozapin vykazuje serotoninové a muskarinové účinky a je účinný rovněž u pacientů s negativní schizofrenní symptomatikou. Výrazně pozitivní výsledky byly například zaznamenány u pacientů s negativními symptomy u adolescenci (Remschmidt a kol., 1994).

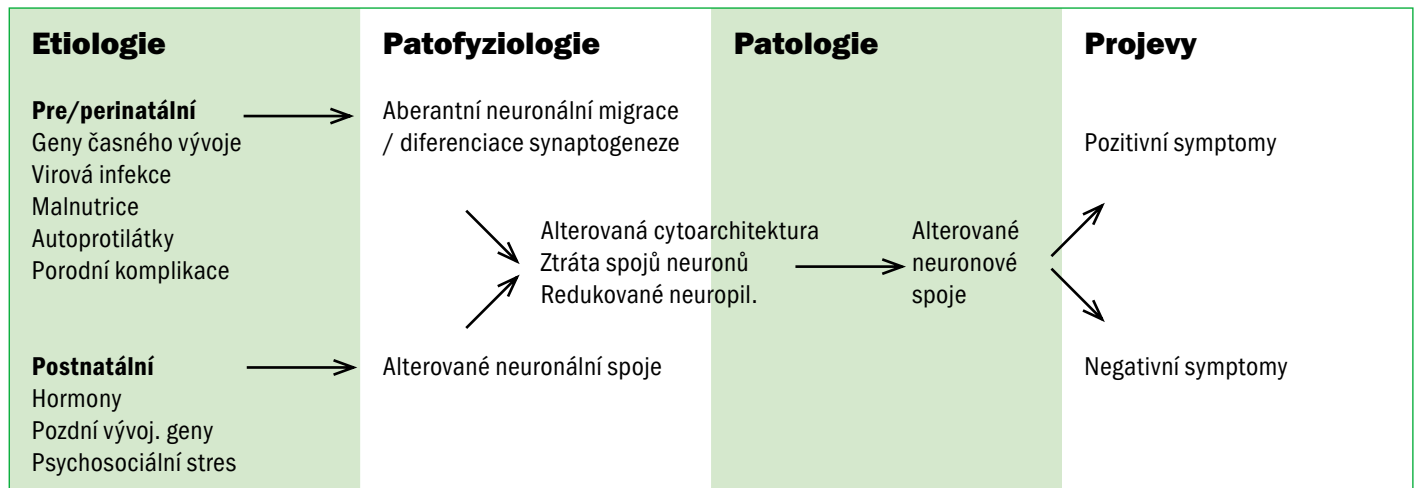
K etiologickým faktorům patří pravděpodobně také virové infekce v graviditě, které mohou navodit neurotoxické a neurodegenerativní procesy během časného vývoje mozku. Aktivace imunitního systému v tomto období souvisí s uvolňováním neurotoxických produktů (včetně kyseliny cholinové – QUIN). Neurotoxická QUIN je spojována s aktivací N-methyl-D-aspartátového receptoru – NMDA-R (Šťastný a kol., 2003). Mimořádnou důležitost má neurovývojový model schizofrenie, který vychází z epidemiologických dat, výzkumů z oblasti neonatologie, z dat získaných pomocí zobrazovacích metod a integruje také starší a novější klinická pozorování. Weinberger (1987) předpokládá, že schizofrenní porucha vzniká intrauterinně přerušením aferentace k dorzolaterálnímu a prefrontálnímu kortexu. Přerušení vede k sekundární dezinhibici dopaminergních aferentací k limbickým strukturám. Přerušení aferentace by vedlo k poruchám biologických funkcí a k rozvoji negativní symptomatiky v časných vývojových stádiích. Zrání mezolimbického dopaminergního systému ve 2. decenniu by mohlo být v souvislosti s obdobím, kdy se klinicky manifestuje většina schizofrenních psychóz.

Vývojově nejdůležitějším postnatálním obdobím je období od narození do 3 let věku (srov. graf 1 a tab. 1). Před narozením dochází k aktivním vývojovým změnám v CNS ve 2. trimestru (Huttenlocher, 1994) a ve 3. trimestru těhotenství (Huttenlocher, 1979). Synaptická denzita od narození do dospělosti klesá (mezi 2. a 10. rokem věku) o 50 %, a to prostřednictvím mechanismu neuronální axonové retrakce. Retrakce axonů je však spojena s postupem myelinizace (pruning); porucha pruningu, která trvá až do 12–15 let, je spojována v uvedených teoriích s rozvojem schizofrenního onemocnění (teorie senzitivních period – srovnej Crow, 1986; Crow a kol., 1989, graf 1). Na grafu 1 (Keshavan, 1997) vidíme základní etiopatogenetické představy vývojové teorie schizofrenie.



Graf 1 Vývojové aspekty schizofrenního onemocnění

Vývojové aspekty schizofrenního onemocnění



■ Prodromální stadia schizofrenie, první příznaky onemocnění

V 75 % všech případů schizofrenního onemocnění se objevuje nejprve víceméně skrytá prodromální fáze s méně vyjádřenými negativními příznaky a nespecifickými symptomy (depresivní ladění, paranoidita, vznětlivost), jež trvá v průměru několik let. Její začátek nelze většinou přesně určit. V prodromálních stadiích dětské schizofrenie se často objevuje úzkostnost a agresivita, a to jak vůči ostatním dětem, tak vůči dospělým. Tyto děti se často projevují neočekávaným a iracionálním způsobem. Tyto difference oproti zdravé populaci jsou ve věku kolem 7 let výraznější u chlapců (Watkins a kol., 1988).

Deficity ve školních, sociálních a emočních reakcích u dětí, u nichž se později objevila schizofrenie, byly již mnohokrát popsány. Britská prospektivní studie vývoje dítěte (British Child Development Study) prokázala u schizofreniků ve věku 7, 11 a 16 let výrazné zhoršení prospěchu a školní adaptace oproti běžné populaci dětí. Zhoršení akademické výkonnosti (včetně potíží s řečí a se čtením) ve věku 7, 11 a 16 let je v prodromálním stadiu schizofrenie vážnější než u jiných duševních poruch dětského věku. U těchto dětí se pomaleji rozvíjí sebeovládání. Ve věku 7 let mívají nepřesnou pohybovou koordinaci a také sníženou představivost a ve věku 16 let bývají hodnoceni jako nápadně neohraňovaní.

Výrazné rozdíly se zjišťují mezi chlapci a děvčaty. Chlapci již v 7 letech, častěji však až v 11 letech vykazují „hyperreaktivní“ chování s hostilitou vůči dospělým i dětem, připomínající poruchy chování, a zároveň vyjadřují výraznou úzkost ohledně přijetí své osoby dětmi i dospělými, což u dětí s poruchami chování nevidíme. Často se objevuje rovněž iracionální chování a snížená potřeba odpočinku. Chlapci jsou sociálně „negativnější“ oproti adaptovanějším dívkám.

Na druhé straně jedenáctileté dívky jsou hyporeaktivní, nepřístupné, sociálně odtažité, trpící depresí a opomíjející dospělé.

Poruchy chování jsou obecně častější u chlapců, citové poruchy a depresivní rozlady zase u dívek. U většiny dospělých pacientů, kteří byli přijati na oddělení s první schizofrenní epizodou ve věku přes 20 let, začala prodromální fáze již před tímto věkem a u 11 % z nich se v tomto období objevily první psychotické příznaky. U mladších pacientů, zvláště u mladých mužů, bývají nejčastější neurotické symptomy, emoční poruchy a poruchy chování s agresivitou. Horší průběh této nemoci u mužů oproti ženám lze také vztahovat k ranějšímu věku začátku choroby a ke zhoršení či aspoň stagnaci sociálního vzestupu v ranějším stadiu sociálního a kognitivního rozvoje. Nápadná může být změna vývoje osobnosti, samotářství a také obsedantně-kompulsivní projevy (Malá, 2007).

U mladších pacientů je rovněž větší míra sociálního postižení (Paclt, 2003). Největší potíže mívají tito pacienti se sociálními kon-

takty. Časté jsou sebevraždy mladistvých schizofreniků.

Podíl raných schizofrenií (začínajícím před 21. rokem věku) v celkovém výskytu této choroby je odhadován na 47 % a podíl dětských schizofrenií, začínajících před 15. rokem, na 4 %, před 10. rokem věku na 1 %. Schizofrenie s plně vyjádřenými příznaky je u dětí vzácná. Prognóza takového onemocnění je častěji nepříznivá. Chlapci bývají poprvé přijati na léčení o 4–5 let dříve než dívky. Dívky a mladé ženy mezi 11–28 lety bývají často poprvé přijaty na psychiatrii s diagnózou jiné duševní nemoci.

Podle Remschmidta (1993) není schizofrenie v dětském a adolescentním věku vždy podchycena. Poměr chlapců k dívkám je v mladším věku 2:1, v adolescenci 1:1 (zejména pokud se týká kritérií pro pozitivní symptomy a poruchy myšlení), neboť obsah všech příznaků je výrazně modifikován vývojem. Russel a kol. (1989) tvrdí, že jen 40 % jejich dětských pacientů ve věku 4,7–13,1 let vykazovalo poruchy myšlení. Jiní autoři však právě tyto poruchy naopak zdůrazňují (Malá, 2004). Při podrobnějším hodnocení symptomatiky dětských schizofrenních pacientů bývají zdůrazňovány drobné neurologické příznaky (soft signs), nespecifické EEG příznaky, ale i poruchy sociální adaptace, které mohou předbít objevení paranoidně-halucinatorního syndromu. Ve srovnání s dospělými jsou bludy méně často systemizovány (Russel a kol., 1989). Většina autorů dovozuje, že schizofrenie dětského věku je závažnou formou schizofrenie dospělých.



Dětské schizofrenie se vyznačují často špatnou prognózou. V naší studii se u poloviny pacientů projevila chronický průběh onemocnění, časté rehospitalizace a špatná sociální, školní a pracovní adaptace (Paclt, 1993). Podobné výsledky (i když část jeho pacientů trpěla infantilním autismem) publikoval Watkins a kol. (1988).

U schizofrenních dětí pozorujeme vývojové opoždění a zhoršení jemné motoriky. Ukazuje se, že schizofrenici trpí deficitem v rozmístění zdrojů pozornosti, nezbytných pro přesné a účinné diskriminační procesní zpracování nových informací. Velká většina těchto dětí mívá navíc potíže v rychlém osvojování si nových výrazů v řeči. Homburgerova učebnice z roku 1926 popisuje základní charakteristiku schizofrenie dětského věku: „Typická je premorbidní izolovanost těchto dětí, jejich bizarní chování. Halucinace a bludy jsou v období před adolescencí vzácné. K uvedeným charakteristikám přistupuje syndrom obsedantní, fobický, anxiózní, vždy v individuálně rozdílné míře. Poměrně častý je i deficit intelektu. I v dětství existují dva základní průběhy onemocnění, což je zvláště patrné zejména v adolescenci, a to akutní a chronický. Při akutní atace se po 12. roce objevují halucinatorní a katatonní syndromy. V adolescenci se objevují také katatonní a hebefrenní obrazy. Po 13. roce věku se často objevují i depresivní syndromy.“ (Paclt, 1993). Výrazný je podíl negativní symptomatiky. Často se vyskytuje afektivní oploštění, chudost řeči, stereo-

typní myšlení, paralogické myšlení, poruchy sociální adaptace: 1. Narušení vztahů a personální identity; 2. Rezistence vůči změnám; 3. Výrazná úzkost; 4. Percepční poruchy; 5. Komunikační defekty; 6. Bizarní pohyby; 7. Extrémní roztržitost; 8. Diferenciálnědiagnosticky je nutno odlišit infantilní autismus, organický psychosyndrom a posoudit komorbiditu mentální retardace.

Následující schéma představuje základní psychofarmakologické přístupy k schizofrenii dětského a dorostového věku. V průběhu

léčby je nutné monitorovat dávkování, nežádoucí příznaky a účinnost podávaného léku a srovnávat se současným klinickým stavem (pozitivní a negativní příznaky). Podrobný rozbor přesahuje zaměření článku, které je informativní a směřované k identifikaci prodromálních a počínajících schizofrenních příznaků, které umožní včasné předání pacienta do odborné péče.

Prodromální příznaky

Pozitivní příznaky, negativní příznaky, dezorganizované chování

Diferenciální diagnóza:

schizoafektivní psychóza, schizotypní porucha, depresivní a bipolární porucha, pervazivní poruchy, posttraumatické stresové poruchy obsedantně-kompulsivní poruchy.

Příslušná monoterapie, případně kombinovaná terapie.

* 1) V případě farmakorezistence lze užít také haloperidol. 2) O možnosti kombinovat jednotlivá antipsychotika chybějí relevantní údaje.

SCh s časným začátkem

(délka terap. pokusu 4–6 týdnů)

Monoterapie atypickým antipsychotikem – účinnost a snášenlivost*, léky
I. volby – aripiprazol, risperidon, quetiapin
II. volby – risperidon, ziprasidon
III. volby – olanzapin
Farmakorezistentní pacienti
1) klozapin,
2) klozapin + aripiprazol.

Dětské klimatické pobyty o.p.s.

ve spolupráci s Výborem dobré vůle – Nadací Olgy Havlové, ÚMO Plzeň 3 a Plzeňským krajem pořádají

16. ročník léčebných klimatických pobyků pro rodiče s dětmi

Léčebné pobyty se týkají dětí s recidivami onemocnění dýchacích cest, astmatem a ekzémy.

- **Chorvatsko, ostrov Krk** (spojeno mostem s pevninou) **27. 6.–6. 7. 2014**
- **Slovenská republika, 15.–28. 8. 2013**, Penzion Limba – Liptovský Ján, termální koupaliště, výstupy v Nízkých a Vysokých Tatrách, jeskyně, sportovní aktivity

Nadační příspěvek předpokládáme stejný jako v minulých letech, tj. 3500 Kč.

Příhlášky do konce měsíce dubna 2014.

Kontaktní adresy:

MUDr. Jiří Liška, CSc., tel.: 377677190 a 191; e-mail: mudr.jiri.liska@seznam.cz

Privamed – Mulačova nemocnice, Dvořákova 17, 301 00 Plzeň

MUDr. Radana Pečenková, privátní dětský lékař, Městská poliklinika, Francouzská tř., 326 00 Plzeň, tel.: 378 014 251



Infekce HIV a onemocnění AIDS

Doc. MUDr. Ladislav Machalí, Ph.D.

HIV Centrum, Praha

■ Historie a etiologie

Onemocnění AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*) bylo poprvé popsáno v USA v roce 1981 a od té doby se stalo jedním z nejvýraznějších fenoménů medicíny posledních desetiletí. Původci jsou viry lidské imunodeficiency (*human immunodeficiency virus* – HIV) nazývané HIV-1 a HIV-2, patří do čeledi *Retroviridae*.

■ Epidemiologie

Pro způsob přenosu viru HIV je určující jeho přítomnost v krvi a sekretech pohlavního ústrojí (sperma a vaginální sekret) nakažených osob. V ostatních tělesných tekutinách, jako jsou slzy, sliny, pot, moč, se za normálních okolností (bez příměsi krve) virus vyskytuje v minimálním množství a tento biologický materiál nemá v přenosu HIV infekce praktický význam.

Sexuální přenos HIV představuje v současné době hlavní cestu šíření této infekce. Sliznice pohlavního ústrojí nepředstavují na rozdíl od neporušené kůže účinnou bariéru proti vstupu HIV do organismu a vzhledem k vyšší vnímavosti sliznice v konečníku je nejrizikovější sexuální praktikou receptivní anální pohlavní styk. Riziko přenosu HIV významně zvyšuje současná přítomnost jiných sexuálně přenosných infekcí (*herpes genitalis*, kapavka, *lues*).

Nozokomiální přenos HIV (podávání kontaminované krve a krevních derivátů, popř. používání nesterilních nástrojů) je v současné době vzhledem k povinnému vyšetřování krve od dárců a nutnosti důsledného dodržování zásad dezinfekce a sterilizace prakticky eliminován. Významnou roli však stále má parenterální přenos HIV mezi injekčními toxikomany.

V průběhu těhotenství a především během porodu existuje významné riziko vertikálního přenosu HIV infekce. Za přirozených podmínek se riziko pohybuje kolem 20 %, jisté nebezpečí přenosu infekce existuje i při ko-

jení. Při využití všech současně dostupných možností farmakologické (antiretrovirotika) i nefarmakologické (porod císařským řezem) profylaxe lze toto riziko snížit na hodnoty kolem 2 %.

Tabulka 1 Odhadované riziko přenosu HIV infekce při různých typech expozice

Typ expozice	Riziko
transfuze HIV pozitivní krve	> 95 %
i.v. expozice, injekční aplikace drog	0,67 %
perkutánní poranění	0,3 %
receptivní anální sex	0,5 %
inzertivní anální sex	0,065 %
receptivní vaginální sex	0,1 %
inzertivní vaginální sex	0,05 %

Odhaduje se, že v současné době (konec roku 2013) žije na světě kolem 35 miliónů osob s HIV infekcí. Nejvíce postiženou oblastí světa je subsaharská Afrika a jihovýchodní Asie, kde žije více než 60 % všech osob s HIV infekcí. V Evropě je dlouhodobě nejhorší situace v zemích bývalého Sovětského svazu (Rusko, Ukrajina, pobaltské státy). V západní Evropě a Severní Americe je nárůst nových případů v poslední době poměrně mírný a situace se zdá být stabilizovanou.

Naprostou většinu všech případů HIV/AIDS představuje ve světě infekce virem HIV-1, podíl viru HIV-2 lze odhadnout na zlomek celkového počtu případů infekce HIV.

V České republice byl první případ HIV infekce diagnostikován v roce 1985 a do konce listopadu 2013 dosáhl celkový kumulativní počet hlášených případů HIV infekce 2106 (občané ČR a osoby s trvalým pobytem na území státu); kromě toho bylo diagnostikováno také 378 případů HIV pozitivitu u cizinců, kteří pobývali na území ČR

jen dočasně. Nejčastější způsob přenosu je u nás s více než 61 % homosexuální kontakt, heterosexuální přenos představuje 26 % a podíl injekčních toxikomanů zůstává s 2 % zatím poměrně nízký.

■ Patogeneze, klinický obraz a průběh HIV infekce

V průběhu HIV infekce dochází postupně k rozvoji poruchy buněčné i humorální imunity. Od okamžiku infekce neustále probíhá replikace HIV v cílových buňkách (CD4+ T lymfocyty, makrofágy, monocyt). Po jistou dobu se během asymptomatického stadia daří udržovat rovnováhu mezi zanikajícími a nově tvořenými CD4+ T lymfocyty, postupně ale se jejich funkční rezerva vyčerpává, počet CD4+ T lymfocytů začne klesat a vznikne buněčný imunodeficit charakterizovaný jak absolutním, tak i relativním poklesem počtu těchto buněk. Tento snížený počet CD4+ T lymfocytů je základní podmínkou uplatnění oportunních infekcí a vzniku nádorů, jejichž výskyt charakterizuje pokročilé stadium HIV infekce.

Počet CD4+ T lymfocytů (normální hodnoty jsou 600–1400 buněk/μl, resp. 45 % z celkového počtu lymfocytů) je tak nejvýznamnějším klinickým markerem monitorovaným v průběhu HIV infekce.

Druhým významným markerem průběhu HIV infekce informujícím o stavu virové replikace je tzv. virová nálož (*viral load* – VL) hodnocená počtem molekul (kopií) HIV RNA v 1 ml periferní krve. K měření VL se používá metoda polymerázové řetězové reakce PCR. Progrese HIV infekce je pak obvykle spojena jak s poklesem počtu CD4+ T lymfocytů, tak i s vzestupem virové nálože v periferní krvi. Průběh HIV infekce je ovlivněn mnoha faktory, především přímou interakcí mezi virem (virulence) a hostitelem (stav imunity, léčba).

Obvyklá délka inkubační doby od okamžiku nákazy do propuknutí akutní HIV infekce činí 4–6 týdnů, pak nastupuje mnohaleté bezpří-



Tabulka 2 Klasifikace klinického průběhu HIV infekce

klinická kategorie/diagnóza
A asymptomatické stadium
• akutní HIV infekce • asymptomatická HIV infekce • perzistující generalizovaná lymfadenopatie (PGL)
B symptomatické stadium
• orofaryngeální kandidóza • kandidová vulvovaginitida (recidivující) • orální leukoplakie • bacilární angiomatóza • lymfoidní intersticiální pneumonie • herpes zoster (recidivující nebo na více dermatomech) • horečka nebo průjem trvající déle než 1 měsíc • trombocytopenická purpura • listerióza (meningitida) • cervikální dysplazie nebo karcinom <i>in situ</i> • recidivující adnexitidy • periferní neuropatie
C stadium AIDS
• mozková toxoplazmóza • pneumocystová pneumonie • ezofageální (plicní) kandidóza • generalizovaná CMV infekce a retinitida • generalizovaná (mukokutánní) infekce herpes simplex • recidivující pneumonie (více než 2× za rok) • recidivující salmonelové sepsy • TBC (i mimoplicní) • diseminovaná infekce oportunními mykobakteriemi • extrapulmonální kryptokokóza (meningitida) • chronická kryptosporidióza • diseminovaná histoplazmóza • diseminovaná kokcidiodomykóza • chronická izosporóza • Kaposiho sarkom • maligní lymfom či primární lymfom mozku • invazivní cervikální karcinom • progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML) • HIV encefalopatie (AIDS demence) • wasting syndrom (<i>slim disease</i>)

znakové období, první příznaky imunodeficitu se objevují v průměru za 10 let po infekci.

Z hlediska časového lze tento mnohaletý průběh HIV infekce rozdělit do tří stadií, která se nazývají klinické kategorie A, B, C podle klasifikace Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) – viz tab. 2. Do odpovídající klinické kategorie je pacient zařazen na základě prvního výskytu některého z příslušných indikativních onemocnění, návrat zpět do předchozí kategorie není možný, i když se indikativní onemocnění podaří vyléčit.

Klinická kategorie A odpovídá asymptomatickému stadiu, v jehož průběhu s výjimkou samotného začátku nemá pacient žádné klinické příznaky, které by svědčily pro přítomnost HIV infekce. Toto období je zahájeno akutní HIV infekcí, která postihuje asi 85 % lidí recentně infikovaných HIV. Vzhledem k necharakteristickým příznakům (horečka, faryngitida, lymfadenopatie, exantém) a obvykle krátkému trvání (1–2 týdny) je správné stanovení diagnózy obtížné a mnohdy je proto na akutní HIV infekci pomýšleno až dodatečně. V malém procentu případů může mít akutní HIV infekce protražovaný průběh, někdy ve formě aseptické meningoencefalitidy. Je-li tato závažnější forma akutní HIV diagnostikována recentně, představuje jednu z indikací k zahájení antiretrovirové terapie. Akutní HIV infekce však obvykle odezní i bez léčby a přechází pak do asymptomatického stadia A. Rovněž v laboratorním nálezu (hematologie, imunologie, biochemie) bývají hodnoty většinou normální. V průběhu asymptomatického stadia nejsou přítomny příznaky imunodeficitu a hodnoty VL v periferní krvi jsou obvykle nízké, v rozmezí 10^2 – 10^3 HIV RNA kopií/ml. Blížící se konec asymptomatického stadia je obvykle signalizován tzv. perzistující generalizovanou lymfadenopatií (PGL), kdy dochází ke zvětšení dvou nebo více sousedních skupin lymfatických uzlin na velikost více než 1 cm po dobu delší než 3 měsíce. Počet CD4+ T lymfocytů již obvykle nepřesahuje 500/μl a propukne-li některé z onemocnění charakteristických pro následující kategorie, přechází infekce do dalšího stadia.

Klinická kategorie B je charakterizována výskytem tzv. „malých“ oportunních infekcí (k propuknutí není třeba hlubokého imunodeficitu) nebo imunopatologických stavů,

jako např. trombocytopenická purpura či periferní neuropatie (viz tab. 2). Počet CD4+ T lymfocytů bývá v rozmezí 300–500/μl; toto stadium je jednoznačnou indikací k zahájení antiretrovirové terapie. Hodnoty virové nálože bývají obvykle v rozmezí 10^4 – 10^5 kopií/ml. Není-li léčba zahájena, imunodeficit se dále prohlubuje a vznikají podmínky pro uplatnění tzv. „velkých“ (indikativních či také AIDS definujících) oportunních infekcí a nádorů.

Klinická kategorie C je podmíněna přítomností hlubokého imunodeficitu a charakterizována výskytem závažných oportunních infekcí a nádorů indikujících zařazení do stadia AIDS. Kritickým mezníkem je pokles počtu CD4+ T lymfocytů pod 200/μl, hodnoty VL se obvykle pohybují v řádu 10^5 a nezářídka dokonce 10^6 kopií/ml. Antiretrovirová terapie je v tomto stadiu jednoznačně indikována, i když naděje na rekonstrukci imunitních funkcí je nižší než při zahájení ve stadiu B. V případě, že se nedaří antiretrovirovou terapií zlepšit stav imunity, je nutné zahájit chemoprophylaxi nejčastějších a nejzávažnějších oportunních infekcí (pneumocystová pneumonie, toxoplazmóza, tuberkulóza apod.).

■ Diagnostika

Diagnostika HIV infekce je založena na nepřímém i přímém průkazu přítomnosti HIV v organismu. Základní screeningovou metodou je průkaz sérových protilátek buď třídy IgM, nebo IgG pomocí metody ELISA kombinovaný s detekcí antigenu p24 (duální metoda). K nástupu sérových protilátek dochází 4–6 týdnů po infekci, antigen p24 je možno v séru detekovat již po 2 týdnech. Protilátky proti HIV lze zjišťovat také v jiných tělesných tekutinách, např. slinách, tyto metody jsou využívány hlavně ke screeningu cílenému na některé těžko dosažitelné skupiny, jako jsou například toxikomani (street-working). V případě, kdy je nutné urychleně zjistit HIV sérostatus, lze použít některou z rychlých diagnostických metod, které umožňují s poměrně vysokou senzitivitou (98 %) zjistit přítomnost anti-HIV protilátek. Při vyšetřování rychlými metodami je však vždy třeba zároveň či alespoň dodatečně odebrat materiál na řádné laboratorní vyšetření.



Češi jsou se zdravotnictvím spokojeni nejvíce od roku 2002

V České republice za rok přibýlo lidí spokojených se zdravotním systémem, v prosinci jich bylo 39 procent. Ve stejném měsíci roku 2012 to bylo 32 procent.

Podíl nespokojených klesl na 28 procent z předloňských 33 procent. Třetina lidí jako odpověď v průzkumu Centra pro výzkum veřejného mínění (CVVM) uvedla, že není ani spokojena, ani nespokojena.

Míra spokojenosti se zdravotnictvím je podle CVVM nejvyšší od roku 2002, tehdy bylo ale o devět procentních bodů méně nespokojených.

„Podíl obyvatel spokojených se zdravotním systémem v ČR začíná v letošním roce oproti předcházejícím letům převyšovat nad nespokojenými,“ uvedli autoři výzkumu. I přesto je ale podle nich nespokojenost projevována o něco silněji – rozhodně nespokojena je téměř desetina populace (osm procent), zatímco pouze čtyři procenta respondentů uvádějí, že jsou rozhodně spokojeni.

Za nejzávažnější problém tuzemského zdravotnictví lidé považují jeho financování, dohromady 78 procent lidí ho označilo za „velmi velký“ nebo „velký“. V pořadí závažnosti problémů následují podle dotázaných fungování zdravotních pojišťoven a hospodaření s léky. Naopak vztah mezi lékaři a pacienty považuje za vážný problém jen 25 procent dotázaných. Malým nebo žádným problémem je v očích nadpoloviční části veřejnosti rovněž dostupnost a kvalita péče.

V průměru spokojenější jsou podle CVVM se zdravotnictvím lidé mladší, bohatší, zdravější a pravicově orientovaní.

Průzkumu se od 2. do 9. prosince zúčastnila zhruba tisícovka respondentů starších 15 let.

Zdroj: čtk, 10. 1. 2014

Provádět screeningová vyšetření mohou pouze autorizované laboratoře. Je-li screeningové vyšetření pozitivní, musí být vzorek odeslán na konfirmační vyšetření, které je v ČR prováděno centrálně v Národní referenční laboratoři pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze. Ke konfirmaci se používá metody Western blott, která kromě vysoké senzitivity je také vysoce specifická. Přímý průkaz HIV infekce je kromě detekce virových antigenů (p24) prováděn především průkazem genetického materiálu HIV (DNA, RNA) pomocí metody PCR. Hlavní význam tohoto vyšetření je v kvantitativním sledování průběhu HIV infekce pomocí měření VL. Hodnoty VL v průběhu HIV infekce kolísají jak v závislosti na stadiu onemocnění, tak i vlivem řady ostatních faktorů. Velmi vysoké hladiny, dosahující běžně hodnot 10^5 – 10^6 kopií/ml, jsou přítomny během akutní HIV infekce, pak obvykle následuje v průběhu asymptomatického stadia dlouhodobý pokles, hodnoty VL znovu stoupají od počátku symptomatického stadia.

■ Terapie

Základním cílem terapie osob s HIV infekcí je snaha o prodloužení života a zlepšení nebo alespoň udržení jeho kvality. Druhým cílem antiretrovirové léčby je tlumení šíření HIV infekce, neboť správně léčený pacient je výrazně méně infekční. Na tomto místě je však třeba zdůraznit, že ani optimálně léčený pacient není neinfekční!

I osoby s dlouhodobě nulovou virovou náloží zůstávají potenciálním zdrojem infekce!

Protože naprostá většina příznaků a chorobných stavů spojených s HIV infekcí souvisí s poklesem CD4+ T lymfocytů způsobeným replikací HIV, je základním pilířem terapie snaha o zábranu replikace HIV pomocí antiretrovirových chemoterapeutik.

K dispozici jsou antiretrovirotika z několika skupin, která zasahují na různých místech replikačního cyklu. Jsou to jednak nukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NRTI), které jsou sice nejstarší, ale stále jednou z nejdůležitějších skupiny antiretrovirotik. Dále jsou k dispozici inhibitory HIV proteázy (PI), nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NNRTI), inhibitory integrázy

(INSTI), inhibitory fúze (FI) a inhibitory vstupu HIV do cílové buňky (EI).

Základem léčby je v současné době jednoznačně podávání kombinací antiretrovirotik, obvykle tří přípravků ze dvou různých skupin, v rámci tzv. cART (*combination antiretroviral therapy*, synonymem je název HAART – *highly active antiretroviral therapy*). Režim cART se obvykle skládá ze dvou NRTI, třetím přípravkem do kombinace je buď PI, NNRTI nebo INSTI.

Správná indikace k zahájení cART je založena kromě zhodnocení objektivních parametrů (klinický stavu pacienta, počet CD4+ T lymfocytů a VL) také na posouzení ochoty a vůle pacienta k léčbě. Rozhodnutí o zahájení léčby vždy představuje vážný zásah do psychické integrity pacienta, a proto musí být pacientem plně akceptováno. Psychologická příprava pacienta má z hlediska prevence vzniku rezistence zásadní význam, protože jen psychicky kompenzovaný pacient je schopen dodržovat řádnou adherenci k léčbě, zvláště je-li třeba překonávat závažné nežádoucí účinky. Ošetřující lékař musí správně odhadnout očekávání pacienta a připravit jej na případné obtíže spojené s cART; u psychicky labilních pacientů je vždy výhodné spolupracovat s psychologem.

Hlavními problémy současné antiretrovirové léčby limitujícími její úspěšnost jsou na jedné straně stále poměrně značná toxicita antiretrovirotik vedoucí ke vzniku četných nežádoucích účinků léčby a na druhé straně rozvoj rezistence HIV, jejíž vznik je podmíněn především nedostatečnou adherencí pacientů k léčbě.

Indikace k zahájení antiretrovirové terapie:

- **Chronická HIV infekce** je nejčastější indikací k zahájení terapie antiretroviroty. Léčba je jednoznačně indikována u symptomatických pacientů (kategorie B a C). U asymptomatických pacientů je doporučována při poklesu CD4+ T lymfocytů pod 500/μl a vzestupu VL > 10^5 kopií/ml. Léky jsou podávány v základním režimu cART.

- **Profylaxe přenosu HIV infekce v graviditě** redukuje riziko vertikálního přenosu z hodnot kolem 20 % za přirozených podmínek na hodnoty kolem 2–3 % při řádném využití všech současných možností



intervence. Je-li léčba u dosud neléčené těhotné indikována pouze za účelem profylaxe vertikálního přenosu, zahajuje se ve 12. týdnu gravidity a často není podávána kompletní kombinace cART, ale lze užít pouze kombinace dvou NRTI (zidovudin + lamivudin). Dle našich zkušeností je optimální provést porod plánovaným císařským řezem ve 38. týdnu. Novorozenec není kojen a zidovudin s lamivudinem užívá po porodu po dobu 6 týdnů.

- **Postexpoziční profylaxe** je indikována u exponovaných osob ve vysokém riziku (perkutánní poranění kontaminovaným předmětem nebo pohlavní styk). Léky se podávají po dobu 4 týdnů a podle míry rizika přenosu infekce se volí buď kombinace dvou NRTI, nebo při vysokém riziku kompletní cART (2 NRTI + 1 PI). Postexpoziční profylaxi je třeba zahájit co nejdříve (maximálně do 72 hodin), při včasné zahájení lze redukovat riziko infekce až o 90 %.

- **Akutní HIV infekce:** indikační kritéria k zahájení antiretrovirové léčby v tomto stadiu onemocnění nejsou dosud jednoznačně stanovena, zdá se však, že léčba může, alespoň u některých pacientů, výrazně zpomalit pozdější progresi onemocnění. Vždy by měla být antiretrovirová podána pacientům s těžkým a protrahovaným průběhem akutní infekce.

Profylaxe oportunních infekcí

Nedílnou součástí komplexní péče o pacienty s hlubokým imunodeficiem je profylaxe oportunních infekcí. Nepodaří-li se pomocí antiretrovirové terapie zabránit progresi imunodeficitu, hrozí od určitého momentu riziko propuknutí oportunních infekcí a nádorů. Za kritickou mez je považován počet CD4+ T lymfocytů pod 200/μl, některá oportunní onemocnění se však mohou objevit i nad touto hranicí. Proto je v pokročilých stádiích infekce HIV indikováno zahájení profylaktického podávání chemoterapeutik (tzv. primární profylaxe), které zabrání propuknutí některých oportunních infekcí. Tato primární profylaxe je zaměřena především proti mozkové toxoplazmóze (*Toxoplasma gondii*), pneumocystové pneumonii (*Pneumocystis jirovecii*), tuberkulóze (*Mycobacterium tuberculosis*) a diseminovaným mykobakte-

riózám (zvl. *Mycobacterium avium* complex). Sekundární profylaxe se nasazuje po prodělané oportunní infekci, aby nedošlo k recidivě po prodělaném onemocnění, a kromě výše uvedených infekcí se dále týká také infekcí herpetickými viry (CMV, HSV, VZV), kryptokokové meningitidy (*Cryptococcus neoformans*), histoplazmózy a kokcidiodomykózy (*Histoplasma capsulatum* a *Coccidioides immitis*) – viz tabulku 2.

■ Systém péče o osoby s HIV infekcí v České republice

Každý praktický lékař má být schopen provést odběr a zaslání krve na HIV test nebo musí být alespoň schopen svému pacientovi doporučit vhodné testovací místo. Odběr materiálu na diagnostiku HIV infekce má být podle metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví prováděn výhradně se souhlasem vyšetřované osoby (princip informovaného souhlasu); výjimky z této zásady jsou možné u osob, které nejsou schopné tento souhlas poskytnout (bezvědomí apod.), zvláště hrozí-li nebezpečí z prodlení. Součástí odběru materiálu má být vždy také HIV poradenství, které poskytne testované osobě alespoň základní informace o způsobu přenosu HIV infekce a možnostech ochrany.

Pro poskytování komplexní zdravotní péče osobám s HIV infekcí je v ČR ustanoven systém regionálních AIDS center zřízených při infekčních klinikách krajských nemocnic (Nemocnice Na Bulovce v Praze, Infekční oddělení Ústí nad Labem, Hradec Králové, Ostrava, Brno, České Budějovice a Plzeň). Jako superkonziliární zařízení slouží AIDS centrum Nemocnice Na Bulovce, toto pracoviště také plní úlohu řídicího metodického centra pro poskytování zdravotní péče osobám s HIV infekcí v ČR.

Osoby s HIV infekcí jsou podle zákona č. 258/2000 Sb. povinny registrovat se v příslušných AIDS centrech dle místa bydliště; vyhledají-li zdravotní péči na jiných pracovištích, jsou povinny ošetřující personál o své HIV pozitivitě informovat. Tato povinnost informování o HIV pozitivitě platí také v případech, kdy hrozí nakažení jiné osoby (sexuální partneři, ostatní osoby v těsném kontaktu např. při krvavém poranění apod.).

Dispenzární péče o osobu s HIV infekcí a indikování antiretrovirové terapie patří zásadně do rukou speciality v příslušném AIDS centru. Frekvence klinických i laboratorních kontrol se řídí především celkovým stavem pacienta, v praxi je vhodné v rámci pravidelného monitorování pacientů s HIV infekcí kontrolovat klinický stav, hlavní markery průběhu onemocnění (virová nálož a CD4+ T lymfocyty) i většinu ostatních laboratorních hodnot přibližně jednou za 3 měsíce, častější kontroly jsou nutnější především u pacientů nových či u pacientů, u kterých byla recentně zahájena antiretrovirová terapie nebo došlo ke zhoršení celkového stavu. Do standardní sestavy laboratorních kontrol patří kompletní krevní obraz, jaterní enzymy a bilirubin, glykémie, urea a kreatinin, albumin a celková bílkovina, C-reaktivní protein, laktát, krevní lipidy. Klinická vyšetření mají zahrnovat zjištění hmotnosti pacienta, celkové vyšetření těla se zaměřením na stav výživy a případnou lipodystrofii, vyšetření kůže, prohlédnutí dutiny ústní, kontrolu mizních uzlin, poslechové vyšetření srdce a plic včetně měření krevního tlaku, palpce jater a sleziny a orientační neurologické vyšetření. Vzhledem k nebezpečí tuberkulózy je nutné kontrolovat jednou za rok snímek plic. U HIV pozitivních žen je vhodné provádět gynekologické kontroly zaměřené na onkologickou prevenci jednou za půl roku, minimálně ale jednou za rok. U pacientů s hlubokým imunodeficiem je doporučeno provádět pravidelné oftalmologické kontroly včetně vyšetření očního pozadí. Nesmírně důležitou součástí komplexní péče o HIV pozitivní pacienty je také poskytování adekvátní psychické podpory, ať již ošetřujícím lékařem, či specialistou psychologem nebo psychiatrem.

Při vyšetřování a ošetřování HIV+ pacientů přenos HIV infekce při důsledném dodržování zásad bezpečnosti práce nehrozí. Dojde-li při provádění invazivních zákroků k poranění kontaminovaným předmětem (jehla, skalpel apod.) nebo k zasažení sliznice infekčním materiálem, je třeba zahájit postexpoziční profylaxi. Tato profylaxe spočívá jednak v řádném ošetření poranění, jednak v podávání antiretrovirových léků, které jsou k dispozici v regionálních AIDS centrech.



Ze světa odborné literatury...

■ Willebrandův faktor a faktor XIII u dětí s Henoch-Schönleinovou purpurou

Existují stále nejasnosti kolem HS purpury. Hemokoagulační testy vykazují normální hodnoty. Během akutní fáze však jsou popisovány změny koncentrace faktoru XIII a Willebrandova faktoru. Tyto koncentrace byly u poloviny pacientů zvýšené a u poloviny sniženy. U všech nalezeno zvýšení sérového IgA, což je všeobecně známé. Hodnoty C3 a C4 byly v normě.

U dvou třetin pacientů došlo ke zvýšení cirkulujících imunokomplexů. Koncentrace Willebrandova faktoru byla většinou v relaci s cirkulujícími imunokomplexy. Zřejmě se jedná o imunologicky zprostředkované poškození buněk endotelu.

Pediatr. Nephrol. 1995;9:603–605

■ The SCORAD Index-skóre atopické dermatitidy (schválená klasifikace AD)

Autoři z celé EU připravili SCORAD Index atopické dermatitidy (AD). Stále se kombinují nejruznější diagnózy. Velká část lékařů prezentovaných AD vůbec AD nejsou. Dle erudovaných kožních lékařů převážně o tranzitorní kontaktní dermatitidy. K ulehčení a vyjasnění pro diagnózu AD zpracovali lékaři uvedený index.

Práce se vedla na deseti klinikách. Nakonec byla velmi důsledně porovnána necelá stovka závažných pacientů. Byla podrobena perfektnímu statistickému zpracování.

Pro 8bodový popis nálezů byla studováno prosakování, erytém, edém a papulky, krusty a prosakování, excoriace, lichenifikace a suchost kůže. Zvláště edém je považován za velmi signifikantní v rámci kvalifikace. 88 nejzávažnějších pacientů bylo rozděleno podle vyjádřenosti jednotlivých složek do dvou skupin. V první (33 %) byly variace interpretovány jako závažné komponenty, ve druhé (18 %) jako profilové komponenty. V uváděné druhé skupině bylo patrná velká lichenifikace a minimální subjektivní potíže. Práce je doplněna množstvím fotografií znázorňujících erytém, zčervenání, edémy, výsev papulek, excoriace, lichenifikace.

AD byla původně určována na dg. kritériích Hafinena a Rajka z doby kolem roku 1980.

Od té doby se standardizace i interpretace velmi změnily. Varianty skórovacího systému navrženy také pro psoriázu a publikovány v roce 1991. Členové Evropské komise pro AD se setkali v roce 1990, následně připravili atlas a doporučení pro rutinní posuzování. Intenzita byla klasifikována od 0–18 a subjektivní symptomy 0–30. Dospěli ke konsensu v doporučení podle stupně AD.

Každá položka byla odstupňována na čtyřech, střední, umírněnou a závažnou ve vztahu k referencím na fotografiích, v případě neúplného skóre nebylo doporučováno zařazení pacienta. Oblasti pro výběr ložisek musely být reprezentativní, posuzováno z pohledu průměru. Ještě přístupováno z hlediska vlivu šatstva na kožní léze a v neposlední řadě posuzovány i spánkové poruchy. Dále brány v úvahu aplikace steroidů a počet vzplanutí AD v předcházejících měsících, ale do konečného skóre to klasifikováno nebylo. Graficky ve sloupcových grafech znázorněn v % rozsah nálezů, který je u největšího počtu sledovaných dětí v poměrně malém rozšíření. Dále pak rozsah subjektivních symptomů zůstává od nejmenších potíží po největší procentuálně rovnoměrně rozložen. Závažná intenzita projevů se nejvíce projevila v nejpočetnější složce pacientů. Také ohodnocení kvality života je důležité.

Přínos práce je především v uváděných fotografických přílohách a celkovém statistickém zpracování. V posuzování prakticky 8 věcí uváděných v této práci je závažných pro klasifikaci AD, nikoli to co mnohdy vidíme a slyšíme v problematice tzv. AD.

Dermatology. 1993;186:23–31

■ Směs prebiotických oligosacharidů redukuje incidenci atopické dermatitidy během prvních 6 měsíců života

Oligosacharidy mají vliv na vývoj imunitního systému přes gastrointestinální bakteriální flóru.

Do studie bylo zařazeno 259 kojenců s rizikem atopie. Z těch, kteří studii dokončili, celkem 102 dostávalo prebiotika ve formě galaktosacharidů a fruktooligosacharidů a 104 kojenců bylo zařazeno do placebo skupiny. Všechny děti byly klinicky vyšetřeny k posouzení atopické dermatitidy (AD). Dále

byla analyzována fekální flóra. 10 % dětí intervenované skupiny a 23 % dětí kontrolní skupiny mělo AD. Závažnost dermatitidy nebyla ovlivněna dietou. Ve skupině dostávající prebiotika byl patrný vyšší počet fekálních bifidobakterií ve vzorcích stolice ve srovnání s kontrolní skupinou. Z hlediska počtu laktobacilů nebylo rozdílu. Je velmi pravděpodobné, že také oligosacharidy modulují postnatální imunitní vývoj, a je možné, že i hrají roli při primární prevenci alergie. Ve studii byli novorozenci standardního gestačního stáří, kteří oligosacharidovou formuli dostávali od začátku 3. týdne života. Do dg. AD byli zařazeni kojenci, kteří měli svědění, postižení obličeje, zvláště čela, i afekce na extenzorových partiích na končetinách. Žádné vedlejší negativní efekty nebyly pozorovány. Pro porovnání se v pokusech na zvířatech objevilo množství aktivovaných buněk v Peyerových plátech včetně produkce IL-10 a počtu killer buněk, zvýšená koncentrace IgA v ileu a céku a zvýšená produkce cytokinů ze sleziny. Další studie budou pokračovat.

Arch. Dis. Child. 2006;91(10):814–819

■ Bifidogenní efekt oligosacharidů

Bifidogenní efekt oligosacharidů byl sledován u skupiny 90 kojenců. V kontrolní skupině byly jako placebo používány maltodextriny. Ve sledované skupině dostávaly oligosacharidy 0,4 a 0,8 g/dl. Na konci 28. dne v obou skupinách dostávajících oligosacharidy byl zvýšený počet bifidobakterií. Efekt byl závislý na dávce spíše nepřímo. Také počet laktobacilů se zvýšil ve sledované skupině oproti skupině kontrolní. Oligosacharidy mají stimulační efekt na růst uvedených fyziologických mikrobů. Je doprovázeno větší frekvencí stolice. Je tedy popisován bifidogenní efekt, není zaznamenán negativní efekt.

J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2002;34(3):291–295.

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



Aktuality...

VZP bude prostřednictvím KOC hradit genový test pro zpřesnění léčby po rakovině prsu

Od prosince letošního roku začne pojišťovna postupně hradit test Oncotype DX, který významnou měrou přispívá ke stanovení míry rizika návratu nemoci. Onkologové z komplexních onkologických center (KOC) se díky němu mohou snáze rozhodnout, zda pacientce doporučí při zajišťovací léčbě chemoterapii.

Náměstek ředitele VZP Petr Honěk uvedl, že se tak pojišťovna rozhodla jako první a v Česku zatím coby jediná. Genový test má pomoci lékařům v diagnostice. Pacientky s nízkým rizikem návratu onemocnění se díky testu mohou vyhnout chemoterapii a jejím náročným vedlejším účinkům, ať už jde o ztrátu vlasů nebo poškození srdce, které je s desetiletým odstupem diagnostikováno u 10 až 15 % patientek.

Náklady na akutní chemoterapii činí 120 tisíc korun, nejsou v nich však započítány pozdní komplikace (léčba srdce) a náklady na pracovní neschopnost. Test pro jednu pacientku vyjde na 98 tisíc korun a indikovat ho budou moci lékaři z komplexních onkologických center. Test byl v ČR dostupný i doposud, ale případné zájemkyně si jej musely hradit samy. „Je vhodný řádově pro stovky patientek. Pokud se lze v některých případech vyhnout chemoterapii, systému to nepřinese významné úspory, ale s ohledem na kvalitu života patientek, které jí budou ušetřeny, pojišťovna tento test považuje za jednoznačně efektivní,“ uvedl náměstek Honěk. VZP bude postupně uzavírat smlouvy na úhradu testů ve všech komplexních onkologických centrech.

Ze 13 patientek jen 1 na chemoterapii

„Oncotype je vhodný pro pacientky, u nichž zvažujeme, zda podáme pouze hormonální terapii, nebo kombinovanou léčbu hormonální a chemoterapeutickou. U některých patientek ze „šedé zóny“ si na základě standardních histopatologických znaků nejsme jistí, zda pro ně bude chemoterapie přínosná. Tento test nás posouvá dál a přesně zapadá do konceptu personalizované medicíny. Hodnotí riziko návratu onemocnění ze vzorku nádoru konkrétní pacientky,“ uvedla zástupkyně přednosta Kliniky komplexní onkologické péče Masarykova onkologického ústavu Brno Katarína Petráková s tím, že nejde o náhradu standardního histopatologického vyšetření, ze kterého lékař vždy vychází, ale spíše o další fázi stanovení léčby.

„V rámci pilotního programu jsme test využili u 13 patientek. Jen u jedné z nich bylo pomocí Oncotype DX zjištěno vysoké riziko návratu, takže jí byla indikována chemoterapie, ostatních 12 bylo léčeno pouze hormonální léčbou. Pokud bychom test neměli, všem patientkám by byla chemoterapie doporučena, abychom co nejvíce zvýšili pravděpodobnost, že se nádor nevrátí,“ vyzdvihla přínos testu primářka Petráková.

Testováno 21 genů

Vzorek nádorové tkáně, kterou lékař ženě při zákroku vyjme, se odešle na jediné centrální pracoviště na světě, do soukromé laboratoře v USA. Výsledky testu jsou známy v rozmezí 7–10 dnů. Test sledující 21 genů přiřadí pacientce tzv. skóre recidivy od 0 do 100.

Nižší hodnota (do 18 bodů) indikuje nižší pravděpodobnost recidivy a slabší účinek chemoterapie, vyšší čísla (nad 35) naopak ukazují na zvýšené riziko opětovného výskytu nádoru a také na vyšší pozitivní účinek chemoterapie.

„Test je určen pro pacientky, které nemají metastázy v podpažních uzlinách, tedy M0, a zatím jsme definovali střední zralost nádoru, tedy grade 2, s dalším rizikovým faktorem, jakým může být množení nádoru, angioinvaze, roli hraje i velikost nádoru,“ upřesnila indikační skupinu žen Katarína Petráková.

Jak nedávno uvedl ředitel VZP Zdeněk Kabátek, pojišťovna v oblasti primární prevence chystá strategii, která se bude věnovat nádorovým onemocněním, kde vidí velký potenciál zvýšení možnosti včasného zachytu onemocnění klientů, ale také významného snížení nákladů na zdravotní péči. V Česku je ročně diagnostikováno více než 6 tisíc nových případů rakoviny prsu, přibližně 2 tisíce žen nemoci podlehnou.

Zdroj: P. Klusáková, 16. 12. 2013

Léčba v lázních na pojišťovnu se má prodloužit

Lázně na pojišťovnu by se měly prodloužit na čtyři týdny. Obnovit by se měla i možnost pobyt prodloužit. Shodla se na tom pracovní skupina na ministerstvu zdravotnictví. Indikační seznam lázeňské péče se tak bude novelizovat.

Léčení v lázních na pojišťovnu by se mělo prodloužit na čtyři týdny a opakovaný pobyt by lékař mohl napsat dřív než za rok. Obnovit by se měla i možnost pobyt prodloužit, hlavně u dětí. Shodla se na tom pracovní skupina na ministerstvu zdravotnictví, která uchystala podklady pro novelu indikačního seznamu lázeňské péče.

ČTK to řekl její člen za odbory Martin Vacek. Nyní smejí lékaři psát poukazy jen na tři týdny a opakovaný pobyt až po roce.

Mluvčí ministerstva Viktorie Plířová řekla, že pokud bude legislativní proces probíhat „hladce“, mohla by novela být účinná už ve druhém čtvrtletí letošního roku, tedy od jara.

„Pro lázně je to dobrá zpráva, navrátí se čtyřtýdenní pobyty u dospělých klientů a u dětí u většiny diagnóz, kde to má opodstatnění, se při opakovaných pobytech vrátí možnost prodloužování,“ shrnul Vacek a připomněl, že změna vychází z memoranda Sdružení lázeňských míst a Svazu léčebných lázní, jež Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče podpořil.

Legislativní odbor ministerstva nyní řeší, zda se změna provede novelou vyhlášky, která obsahuje indikační seznam, nebo novou vyhláškou. Materiál už nestihne ministr v demisi Martin Holcát dotáhnout do konce, předá ho svému nástupci, kterým by měl být Svatopluk Němeček (ČSSD). Ten už dřív ČTK potvrdil, že s úpravou indikačního seznamu počítá, záchranu lázeňství považuje za jednu ze svých priorit.

Zpřísněný indikační seznam lázeňské péče, který vydal v roce 2012 tehdejší ministr Leoš Heger (TOP 09), způsobil takový propad v předepisování lázeňských poukazů, že Heger pak lékaře vyzval, aby



poukazy psali víc. Zdravotní pojišťovny garantovaly, že léčení uhradí. Ukázalo se totiž, že počty lázeňských poukazů klesly v takové míře, že pojišťovny zdaleka nevyčerpaly částku vyčleněnou na lázeňskou léčbu.

Po změně indikačního seznamu budou moci lázně znovu plně čerpat peníze podle zdravotně pojistných plánů pojišťoven. Všeobecná zdravotní pojišťovna oznámila, že na lázeňskou péči dá letos o devět procent víc než loni.

Lázně dostávají víc už od ledna, pojišťovny jim o sto korun navýšily denní platbu za každého pacienta. Kompenzují jim tak výpadek regulačních poplatků, které z rozhodnutí Ústavního soudu přestali pacienti vyslaní pojišťovnou v lázních platit.

Lázně spotřebují ročně z 290 miliard korun zdravotního pojištění dvě miliardy, loni jim příjmy klesly na polovinu. „Stát ušetří miliardu, ale z hlediska daňového inkasa, sociálních dávek a podpory v nezaměstnanosti stát vyplatí víc, než zdravotnictví ušetří,“ varoval Němeček.

Zdroj: N. Myslivcová, ČTK, 21. 1. 2014

Zdravotnictví v krizi. Chyběly mu miliardy

České zdravotnictví se v roce 2013 potýkalo se dvěma základními problémy – nedostatkem peněz a rozhodnutím Ústavního soudu. Chybějící finance ho dokonce paralyzovaly natolik, že nemocnice hrozily omezováním péče.

Jejich situace totiž nebyla podle analýzy ministerstva zdravotnictví nejrůžovější. Například závazky po lhůtě splatnosti jim podle materiálu za první pololetí loňského roku vzrostly o 28,6 procenta na 5,2 miliardy korun. Ke konci roku podle odhadů ministerstva měly dosahovat až 6,4 miliardy. Co se týče hospodaření, byly na konci prvního pololetí všechny nemocnice ve ztrátě 1,46 miliardy korun. Výsledky z druhého pololetí nejsou známy.

Na situaci nemocnic se podepsalo několik faktorů. Kromě daně z přidané hodnoty to bylo i zvyšování mezd či snížení úhrad od zdravotních pojišťoven. „Může tak docházet k situacím, kdy bude ovlivněna kvalita poskytované péče. Jednak nemožností pořídit modernější přístroje, sekundárně pak nutností výrazně omezit prostředky vynaložené na opravy a udržování zdravotnických objektů,“ konstatovalo ministerstvo.

Nemocnice nebyly samy, kdo se ve zdravotnictví potýkal s nedostatkem peněz. Podobně na tom byla i Všeobecná zdravotní pojišťovna, jež dokonce musela požádat vládu o dvě a půl miliardy korun. Vláda jí nakonec schválila půjčku 700 milionů.

V krizi se ocitlo i české lázeňství. Krizový štáb lázní proto uvedl, že jeho likvidací je ohroženo až čtyřicet tisíc pracovních míst a také kondice zejména chronicky nemocných osob i péče o zdravotně postižené děti. Přímo v lázeňství pracuje dvanáct tisíc lidí, na každého pak jsou navázáni zhruba tři další, kteří pracují v ubytovacích službách, stravování a podobně. Lázně spotřebují ročně z 290 miliard korun zdravotního pojištění dvě miliardy, podle odhadů se loni propadly v příjmech na polovinu.

Velcí hráči? DPH a Ústavní soud

Do situace ve zdravotnictví přitom loni zasáhly kromě již zmiňovaného snížení úhrad nemocnicím, tedy úhradové vyhlášky, především dvě věci. Jednou z nich bylo zvýšení spodní sazby daně z přidané hodnoty ze 14 na 15 procent, které podle odhadů ministerstva

znamenal pro české zdravotnictví ztrátu 3,8 miliardy korun; jiné odhady mluví až o šestimiliardovém propadu.

Druhou z nich byla rozhodnutí Ústavního soudu. Jedno se týkalo právě úhradové vyhlášky, kterou soud prohlásil za protiústavní. Vyhláška stanovovala hodnoty bodu, výši úhrad a regulační omezení pro rok 2013. Na základě předpisu pojišťovny platí nemocnicím a lékařům, pokud se jim nepodaří dohodnout jinak. Nerovnost vyhlášky viděli senátoři například v tom, že při překročení nasmílovaného množství péče zaplatí pojišťovny lékařům jen část peněz. Podle ústavních soudců to skutečně není vhodné řešení, protože vyhláška v tomto případě nerozlišuje, zda je překročení objemu péče důsledkem plýtvání, anebo má reálné příčiny.

„Poskytovatelé totiž nemohou předvídat celkový rozsah zdravotních služeb, které budou nuceni v průběhu roku poskytnout, a již vůbec nemohou ovlivnit, zda nedojde k jejich výraznému zvýšení v důsledku mimořádných událostí, například hromadných nehod, epidemií a tak dále,“ uvedl generální sekretář soudu Ivo Pospíšil. Vyhláška podle soudců nutila poskytovatele zdravotní péče, aby například odkládali plánované operace a zákroky na další rok. Ministerstvo proto připravilo novou úhradovou vyhlášku, ale ani ta nemocnice a lékaře příliš neuspokojila.

Druhé rozhodnutí Ústavního soudu přišlo na počátku července, kdy soudci zrušili nadstandary ve zdravotnictví, tedy příplatky pacientů za kvalitnější péči, zvýšení poplatků za pobyt v nemocnici z 60 na 100 korun za den i pokuty za nevybíráni regulačních poplatků. Šlo přitom o klíčové části zdravotnické reformy. Soud tak učinil na návrh ČSSD. Při stokrátovém poplatku nemocnice přitom ročně vyberou asi 2,1 miliardy korun.

O tuto částku se vši pravděpodobností přijdou. Od ledna se totiž díky rozhodnutí Ústavního soudu nebudou tyto poplatky hradit – a ani budoucí vládní koalice jim příliš nepřeje. Z regulačních poplatků chce zachovat pouze devadesátikorunovou platbu za pohotovost. Ostatní, včetně třicetikorunového poplatku za návštěvu ordinace či za recept, chce zrušit.

Zdroj: čtk, 2. 1. 2014

Zdravotnictví: koalice nechá jen poplatky za pohotovost

Z regulačních poplatků zachovat jen poplatek 90 korun na pohotovosti, zajistit srovnatelnou dostupnost zdravotní péče včetně lékárenských služeb v odlehlých oblastech a zavést bonusové programy za preventivní prohlídky slibuje rodící se vládní koalice ČSSD, ANO 2011 a KDU-ČSL.

Ve finální verzi koaliční dohody je i tradiční slib růstu platů zdravotníků a po letech stagnace i zvýšení odvodů státu a jejich pravidelná valorizace.

Pro pacienty počítá chystaná koaliční smlouva s elektronickým přístupem k jejich individuálním účtům a s možností, aby poskytli vybraná data lékařům. Vzniknout má také srozumitelný systém informací o léčích, zdravotnických výkonech a preventivních programech hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o kvalitě a bezpečí zdravotních služeb.

Budoucí koalice plánuje příliv peněz do zdravotnictví i jejich efektivnější využití. Chce dát jasná pravidla pro utváření sítě zdravotnických zařízení a vytvořit předvídatelný systém úhrad pro všechny typy zdravotní péče. Pojišťovny mají platit za stejné výkony stejně,



což teď není. V současném systému se lékaři a nemocnice dozvědí zpětně, že jim pojišťovna nezaplatí, protože překročili limit, který předem neznali.

Během dvou až tří let se má změnit koncepce úhradové vyhlášky a seznamu výkonů tak, aby lépe postihly náklady na obnovu zdravotnické techniky a nemovitého majetku. Upravit se má indikační seznam lůžkové péče, aby se zlepšila dostupnost lůžek „na pojišťovnu“ a stabilizovalo ohrožené české lůžkovství.

Budoucí vládní koalice chce také revidovat lékovou politiku a cenotvorbu, aby v každé lékové skupině byl dostupný lék bez doplatku, což nyní není. Zlepšit se má dostupnost nejmodernějších léků a léčebných metod. Z pojištění se už nemají hradit léčivé přípravky a pomůcky, které nemají jednoznačně prokázaný léčebný efekt.

Zdravotní pojišťovny by podle koaličních záměrů měly zveřejňovat všechny smlouvy jako prevenci předražených nákupů. Vzniknout mají transparentní pravidla, podle nichž budou uzavírat pojišťovny smlouvy se zdravotnickými zařízeními. V plánu je i snížení počtu zdravotních pojišťoven, ale jen se souhlasem koaličních stran.

Politici se v chystané koaliční smlouvě vrátili k dřívějšímu konceptu zákona o veřejných neziskových nemocnicích, které mají tvořit páteřní síť nemocnic. Na řízení fakultních nemocnic se mají podílet univerzity. V neziskových nemocnicích zůstanou tarifní platy, předchozí vládní koalice chtěla ve fakultních nemocnicích tarify zrušit, což odmítaly odbory.

Zdroj: čtk, 13. 12. 2013

Měli by alkoholici či kuřáci platit vyšší pojistné?

Veřejnost je rozpolcena v názoru, zda má doplácet na lidi s evidentně rizikovým chováním.

Zajímavou otázku zařazuje do svých výzkumů už několik let Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) Sociologického ústavu Akademie věd ČR. Ptá se, zda si lidé myslí, že by například kuřáci, alkoholici či osoby s vysokou nadváhou měli platit vyšší zdravotní pojištění.

Osobní odpovědnost

Pomíjme teď fakt, že v praxi by bylo pro pojišťovnu obtížné rozpoznávat alkoholiky, kuřáky či narkomany.

Na výzkumu je zajímavější něco jiného – role osobní odpovědnosti lidí za jejich životní styl. Dává veřejnost přednost tomu, aby ten, kdo svému zdraví vědomě škodí, platil vyšší zdravotní pojištění? Nebo zůstává u rovnostářského přístupu, bez ohledu na rizikové chování?

Nevyhraněný názor – už několik let

Výzkumy CVVM ukazují, že názor veřejnosti není vyhraněný a v průběhu let jen mírně kolísá.

Zhruba polovina dotazovaných si myslí, že by lidé s rizikovým chováním měli platit víc. Ostatní buď nesouhlasí, nebo názor nemají. Podrobněji to ukazuje tabulka níže. (Poslední výzkum proběhl začátkem prosince na skupině 987 lidí starších 15 let.)

Otázka: Mělo by se rizikovým skupinám (kuřákům, alkoholikům, lidem s výraznou nadváhou) zvýšit zdravotní pojištění?

Rok	Souhlasí (%)	Nesouhlasí (%)
2013	48	44
2012	50	43
2011	46	46
2010	46	46
2006	57	34

Poznámka: Dopočet do 100 % jsou lidé, kteří nevědí.

Zdroj: doktorvlach.cz, 28. 1. 2014

INZERCE

290 11-13

Koupím praxi PLDD v Praze, telefon 774 206 791, volejte po 19. hodině.

291 11-13

V roce 2014 **přenechám** zavedený **obvod** praktického pediatra. Jedná se o venkovský obvod **v blízkosti Opavy**. Telefon 736 768 994.

292 11-13

Přijmu lékaře do ordinace PLDD **v okrese Kladno**. Ev. praxi prodám, 1000 dětí. Tel. 774 407 530.

293 11-13

Hledám lékaře pro převzetí pediatrické **praxe** v okrese **Brno-venkov**. Tel. 544 228 359.

294 12-13

Akreditovaná ordinace PLDD **v Brandýse n/L. přijme** na malý úvazek **lékaře**. Kontakt: telefon 326 902 310, 739 202 858, e-mail: pediatrie.brandys@gmail.com.

295 12-13

Přenechám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Brně**. Tel. 607 950 602.

296 1-14

Prodám dobře prosperující **ordinaci** PLDD **v Uherském Hradišti**. Nemovitost ve vlastnictví. Tel.: 728 977 219.

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

Autodidaktický test 2/2014

Kalciofosfátový metabolismus

- 1. Vitamin D se významnou měrou podílí na regulaci metabolismu kalcia a fosforu. Nedostatek vitaminu D se v pediatrické praxi u rostoucích dětí projeví rachitidou. Lidské tělo je schopno si vytvořit 90 % vitaminu D z derivátu cholesterolu (7-dehydrocholesterolu).**
 - a) z 7-dehydrocholesterolu vzniká hydroxylací v ledvinách přímo aktivní forma vitaminu D (kalcitriol = 1,25-dihydroxycholecalciferol)
 - b) z 7-dehydrocholesterolu vzniká v kůži po ozáření UV paprsky o vlnové délce 290–315 nm aktivní forma vitaminu D (kalcitriol = 1,25-dihydroxycholecalciferol)
 - c) z 7-dehydrocholesterolu vzniká v kůži po ozáření UV paprsky o vlnové délce 290–315 nm provitamin D3 (kalcidiol = 25-hydroxycholecalciferol)
 - d) hydroxylací 25-hydroxycholecalciferolu vzniká po ozáření UV paprsky o vlnové délce 290–315 nm aktivní forma vitaminu D (kalcitriol = 1,25-dihydroxycholecalciferol)
 - e) hydroxylací 25-hydroxycholecalciferolu vzniká v ledvinách aktivní forma vitaminu D (kalcitriol = 1,25-dihydroxycholecalciferol)
- 2. Již během gravidity plod získává zejména ve 3. trimestru z matčiných zdrojů denně 120 mg kalcia a 75 mg fosfátu na kilogram své hmotnosti. Plod získává vitamin D transplacentárním přestupem:**
 - a) 7-dehydrocholesterolu, který hydroxylací metabolizuje na provitamin D3
 - b) kalcidiolu, který hydroxyluje v ledvinách na aktivní formu vitaminu D
 - c) kalcitriolu, který dehydrogenázou v játrech mění na aktivní formu vitaminu D
 - d) kalcitriolu, který je přímo k využití
- 3. Pseudohypoparatyreóza je:**
 - a) časté dědičné onemocnění doprovázené vysokou hladinou parathormonu
 - b) doprovázena hyperkalcémií s vysokou hodnotou parathormonu
 - c) doprovázena nízkou hladinou parathormonu a fosfátů
 - d) doprovázena vysokou hodnotou parathormonu, hypofosfatémií a hypokalcémií
 - e) onemocnění podmíněné necitlivostí receptoru pro parathormon
- 4. Do ordinace přichází matka s předškolním dítětem pro alopecia areata. Občas si dítě stěžuje na bolesti dolních končetin při vycházkách. Dle matky prodělalo dítě údajně již několikrát laryngitidu, ale vždy s afebrilním průběhem. Klinickým vyšetřením nacházíme astenické dítě, xerózu kůže, ohraňovaná ložiska alopecie, lámavé vlasy, kariezní chrup, hraniční bradykardii bez extrasystol, dýchání volné, čisté, klouby bez otoků, při měření krevního tlaku na pravé horní končetině si stěžuje na parestezie, TK 60/40. Biochemické vyšetření moče (hexa) je negat. V diferenciální diagnostice budeme jako na nejpravděpodobnější příčinu potíží pomýšlet na:**
 - a) atopický ekzém s intermitentním *asthma bronchiale*
 - b) hypotyreózu
 - c) chronickou infekci dentálního původu
 - d) diabetes mellitus
 - e) malabsorpční syndrom
 - f) hypomagnezémii
 - g) hypokalcémii
- 5. Při podezření na rachitis by měl PLDD krom fyzikálního vyšetření provést jako základní prvotní pomocná vyšetření:**
 - a) ALP, GMT, kalcémii, fosfatémii, AST, ALT, s-ureu, s-kreatinin, odpad Ca a P močí/24 hod. a RTG levého zápěstí
 - b) kostní izoenzym ALP, AST, ALT, kalcémii, s-parathormon, s-kalcitonin
 - c) kalcémii, celkovou ALP a kostní izoenzym a jejich poměr, ALP, TSH, fT4, RTG hrudníku
 - d) kalcémii, fosfatémii, magnezémii, ALP, 25-hydroxyvitamin D, parathormon, plazmatické železo, moč chem. + sed.
- 6. Při závažné rachitidě nalézáme v laboratorním vyšetření:**
 - a) hypokalcémii, hypofosfatémii, zvýšení ALP, zvýšení parathormonu
 - b) hypokalcémii, hyperfosfatémii, snížení ALP, snížení parathormonu
 - c) hypokalcémii, hyperfosfaturii, zvýšení ALP, zvýšení parathormonu
 - d) hypokalcémii, hypofosfatémii, snížení ALP, snížení parathormonu



Linola®

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

Linola Fett Ölbad

- základní celotělová péče
- vstřebávání lipidů v průběhu celé koupele
- nejprodávanější olejová přísada v ČR



Linola Fett

- intenzivní péče o pokožku
- vysoký obsah lipidů – 60%
- vynikající snášenlivost

Linola Fett Ölbad

Složení: 100 g tekutého přípravku obsahuje tekutý parafin 48g, Hexadecyltetradeceyl-2-ethylhexanoat-hoprylenylat (Ph. Eur.363:1) 44,00g, α-Dodecyltetradeceyl-α-hydroxypropylcetyl-5-1g, α-Dodecyl-α-hydroxypropylcetyl-2-6g. **Léková forma:** Přísada do koupele. **Indikace:** K podpoře léčby suchých nebo šupinatých dermatit, jako například atopická a neurodermatitida (seborrheická ekzém). **Kontraindikace:** Při přecitlivělosti na léčivé a pomocné látky. Při akutních formách pustulární psoriázy, poranění kůže. Při horečnatých onemocněních, tuberkulóze, těžkých střevních vadách a poruchách krevního oběhu, jakož i vysokého tlaku by se nemělo vyvolat nejen plný lázeň, ale ani používat přípravek Linola-Fett-Ölbad. **Dávkování a způsob podání:** Pokud není lékařem předepsáno jinak, používá se takto: Pro plnou koupel 30-40ml přípravku Linola-Fett-Ölbad. Při částečné koupeli 2 ml přípravku Linola-Fett-Ölbad. Při sprchování: 20 ml přípravku Linola-Fett-Ölbad. Před nebo částečně koupeli použijeme po dobu 4 týdnů. Koupele je možno provádět každé 2-3 dny. Odláka koupele by neměla přesáhnout 20 minut. U kojenců a malých dětí postačí několikam minutová koupel. Při sprchování se nejprve namočí Linola-Fett-Ölbad přímo na vlhkou kůži a potom ošprchuje. Teplota lázně by neměla překročit 38°C, lázeň by měla být teplá, se silným efektem zvlhčování. Jestliže se objeví svědění, snižte teplotu lázně na 37°C nebo snižte, pokud se při pacientovi vyskytne. Po koupeli pokožku lehce osušte ručníkem. Silné osušení a tření pokožky neprospívá. **Nežádoucí účinky:** Časté: (>1% - <10%) výskyt lokální (stomatitida, kožní reakce, svědění) nebo svědění kůže. Nádorové: (>0,01% - <1%) výskyt kožní reakce ve formě kontaktního ekzému, svědění a svědění kůže. Vzácné: (>0,01% - <0,1%) výskyt alergické reakce a svědění kůže. **Doba použitelnosti:** 3 roky, po prvním otevření - 12 měsíců. **Datum revize textu:** 28.4.2010. **Reg.č.:** 4510E/193-C.

Linola Fett

Složení: 100 g krému obsahuje 0,815 g nenasycených mastných kyselin (C 18:2 - mastné kyseliny). **Léková forma:** Krém. **Indikace:** Pomocná léčba v případech mírné až středně těžké formy atopického ekzému (neurodermatitida) v subakutním až chronickém stádiu. **Kontraindikace:** Linola - Fett není byt používána při přecitlivělosti (alergii) na nenasycené mastné kyseliny, podzemní (anatólie) nebo soju, cetylstearylalkohol, tuk z ovčí vlny, butylhydroxytoluen (BHT), je z tuků z ovčí vlny nebo jrou pomocnou látku. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklé dávkování: nanášejte se několikrát denně volně na suchou kůži, použijte 2x denně je dostatečné. Způsob podání: Linola - Fett se rovnoměrně nanáší na suchou kůži. **Nežádoucí účinky:** Časté: (>1% - <10%) výskyt lokálních kožních reakcí (např. kožní dermatitida), se zarudnutím a pálením nebo svědění kůže. Vzácné: (>0,01% - <0,1%) může podzemní olej vyvolat těžkou alergickou reakci. **Doba použitelnosti:** neověřena - 3 roky, po prvním otevření 12 měsíců. **Datum revize textu:** 16.1.2003. **Reg.č.:** 46/112/95-C. Přípravky lze vyřadit i bez lékařského předpisu.

Podmínky úhrady - viz. Obalník VZP nebo na www.sukl.cz

**LINOLA
SLAVÍ 75 LET**



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

Ochrana proti invazivním meningokokovým onemocněním (IMO)

- ✓ co nejčasnější...
- ✓ co nejširší...
- ✓ co nejdelší...

A C O W Y ?

Jaká je prevence IMO ve Vaší ambulanci?

Nimenrix™

Konjugovaná vakcína proti séro skupinám A, C, W₁₃₅, Y s indikací pro děti **od 12 měsíců věku.**¹

Nejčastěji očekávanými nežádoucími účinky mohou být reakce v místě vpichu, horečka, únava, ztráta chuti k jídlu.¹

K vyvolání protektivní imunitní odpovědi nemusí dojít u všech očkovaných osob.¹

Informujte prosím všechny rodiče Vašich malých pacientů o možnosti očkování vakcínou Nimenrix™ během 12měsíční preventivní prohlídky.

Reference: 1. SPC Nimenrix. 24. 10. 2013.

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se prosím seznáme s úplnou informací o přípravku. Kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gsk.compendium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2a, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com.

CZ/NIM/0001/14

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU Nimenrix™

NÁZEV PŘÍPRAVKU – 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 proteinový 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. Přeočkování: Nimenrix™ lze podat jako druhou (booster) dávku subjektům, kteří byly dříve očkováni obyčejnou polysacharidovou meningokokovou vakcínou. Nutnost podání druhé dávky u osob primárně očkovaných vakcínou Nimenrix™ nebyla dosud stanovena. Bezpečnost a účinnost vakcíny Nimenrix™ u dětí mladších 12 měsíců nebyla dosud stanovena. Imunizace se provádí pouze intramuskulární injekcí, nejlépe do deltového svazu. U dětí ve věku 12 až 23 měsíců lze vakcínu rovněž aplikovat do anterolaterální strany stehna. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku.

Zvláštní upozornění a opatření pro použití: Nimenrix™ se nesmí za žádných okolností podávat intravaskulárně, intradermálně ani subkutánně. Podle zásad správné klinické praxe předcházejí očkování zhodnocení anamnézy (zejména s ohledem na předchozí očkování a možný výskyt nežádoucích účinků) a klinické vyšetření. Pro případ vzácné anafylaktické reakce po podání vakcíny musí být vždy k dispozici příslušná lékařská péče a dohled. Očkování vakcínou Nimenrix™ je třeba odložit u osob trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Lehká infekce, jako je například nachlazení, by neměla být důvodem k odložení očkování. Během jakéhokoli očkování, nebo dokonce před ním, může dojít zejména u dospívajících v důsledku psychogenní reakce na injekční jehlu k synkopě (mdlobě). Je důležité přiměřeně opatření, aby při mdlobách nedošlo k poranění. Nimenrix™ je třeba podávat s opatrností osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou krvetvorby, 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 nechrání proti žádným jiným skupinám *Neisseria meningitidis*. K vyvolání protektivní imunitní odpovědi nemusí dojít u všech očkovaných osob. Lze očekávat, že u pacientů léčených imunosupresy nebo u pacientů s imunodeficiencí nemusí dojít k vyvolání odpovídající imunitní odpovědi. Ačkoli po očkování vakcínou Nimenrix™ bylo pozorováno zvýšení koncentrace protilátek proti tetanickému toxoidu (TT), přípravek Nimenrix™ nenahrazuje 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 jakoukoli z následujících očkovacích látek: vakcína proti hepatitidě A (HAV) a hepatitidě B (HBV), vakcína proti spalničkám, příušnicím a záškrtu (MMR), vakcína proti spalničkám, příušnicím, záškrtu a planým neštovicím (MMRV), desetiletí pneumokoková konjugovaná vakcína nebo neadjuvovaná vakcína proti sezónní chřipce. Nimenrix™ lze rovněž podávat společně s kombinovanými vakcínami proti záškrtu, tetanu a břišnímu 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. Křížkem je to možné, mají se vakcíny Nimenrix™ a vakcína obsahující TT, jako je například 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 převažují přínosy nad rizika. Studie se zvířaty nenaznačují 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 nevolnost, průjem, hyperestazie, závrat, svědění, vyrážka, myalgie, bolest kňbát, malátnost, hematom v místě vpichu injekce, reakce v místě vpichu injekce (včetně indurace, svědění, zčernání a necitlivosti). **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 uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chrňte 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 jehlami nebo bez jehel. 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/1/12/767/001-004. **Datum první registrace:** 20. 4. 2012. **Datum revize textu:** 24. 10. 2013. Verze SPC platná ke dni 17. 1. 2014.

