

Diabetes mellitus



- Finanční a daňové změny v roce 2015
- Jak správně zaplatit daň finančnímu úřadu
- Režimy léčby inzulinem
- Hypoglykémie jako příčina poruchy vědomí u patnáctileté dívky
- Perzistující plicní hypertenze u dítěte s hyperinzulinismem
- Novinky v dětské nefrologii
- HPV očkování jako skutečná prevence závažných chorob
- Screeningový test k odhalení autismu



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer





Váš partner v očkování

GlaxoSmithKline s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4,
tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gskkompendum.cz

CZ/VAC/0014/14

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Ing. František Elis	6
	Finanční a daňové změny v roce 2015	
	Jak správně zaplatit daň finančnímu úřadu aneb upozornění na dopady zaslání plateb na bankovní účty zrušených FÚ po 1. 1. 2015	8
	ÚZIS – Oznámení o změnách	10
	Švédský stůl za malé peníze neexistuje	12
	MUDr. Gabriela Kubátová	14
	Zpráva ze zahraniční cesty	
	Informace OSPDL ČLS JEP	16
	MUDr. David Neumann, Ph.D.	17
	Režimy léčby inzulinem	
	MUDr. Renata Pomahačová, Ph.D.	21
	Hypoglykémie jako příčina poruchy vědomí u patnáctileté dívky	
	MUDr. Pavla Říská	23
	Perzistující plicní hypertenze u dítěte s hyperinzulinismem	
	MUDr. Jiří Liška, CSc.	25
	Novinky v dětské nefrologii	
	MUDr. Parvine Gricová	27
	HPV očkování jako skutečná prevence závažných chorob	
	Screeningový test k odhalení autismu v batolecím věku CHAT	30
	Doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D.	31
	Jak je to s bílkovinou v náhradní kojenecké mléčné výživě?	
	Ze světa odborné literatury	33
	Aktuality	34
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Imunologie	38
	Obsah čísel, ročník 2014	-
	MUDr. Rusalka Scholleová	



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

Angelini Pharma

GSK

MEDAC

MSD

NESTLÉ

**Olivova dětská
léčebna**

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

Autor obrázku na titulní straně – Natálka Brabcová, 8 let.

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR 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 inzerty
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



Vážené a milé kolegyně, vážení a milí kolegové,

když jsem opět dostala úkol napsat úvodník do našeho časopisu, velmi jsem přemýšlela, o čem psát. Toho, co řešíme, co nás těší či naopak trápí, je totiž velká spousta. A já vůbec nevěděla, odkud začít, co vše zmínit, abych na něco nezapomněla, něco málo nevyzdvihla, něco třeba nepřecenila... Vzhledem k tomu, že na stránkách VOXu informuji každý měsíc o činnosti OSPDL velmi podrobně, dovolím si zde jakousi bilanci toho nejdůležitějšího.

Společně s kolegy z výboru OSPDL pracujeme ve funkcích dva roky. Vytýčili jsme si poměrně dost úkolů, z nichž některé se již splnit podařilo, některé se průběžně plní, některé na realizaci ještě čekají. Jak si stojíme, můžete posoudit.

To, co jsem považovala za snad nejdůležitější, bylo zlepšení spolupráce mezi oběma našimi organizacemi – OSPDL a SPLDD. Jsem přesvědčena, že to se podařilo na sto procent. Velkou část jednání, především náročná jednání ohledně oboru PLDD, absolvujeme společně s kolegyní Hülleovou. Problematiku, která se dotýká nás všech, řešíme ve spolupráci, zástupce OSPDL se účastní výborů či předsednictev SPLDD či se konají společná setkání obou výborů. Ne vždy máme na věc naprosto stejný názor, občas to i zajiskří, ale přesto jsme schopni diskuse a kompromisu, prospěšného pro nás všechny.

Další, co považuji za velmi důležité, je mezioborová spolupráce. Za poslední rok se rozvinula především v oblasti výživy, tedy s Pracovní skupinou dětské gastroenterologie ČPS, Společností pro výživu, pokračuje spolupráce se Společností dorostového lékařství – otázka prevence rizikového chování, s Českou vakcinologickou společností – problematika očkování, navázali jsme užší spolupráci s Českou neonatologickou společností – problematika předčasných propuštění novorozenců, očkování a výživa nedonošenců, rodná čísla atd. Vyústěním mezioborové spolupráce bude 1. mezioborová konference PLDD ve dnech 18.–19. 9. 2015. K účasti pozveme i kolegy ze Slovenska. Uvedeme tak v život myšlenku MUDr. Pavla Neugebauera. Mezi mezioborovou spoluprací patří v podstatě i Páteří vzdělávání OSPDL, kde dle zvolených témat oslovujeme kolegy z odborností důležitých pro naše praxe.

Dále se spolupráce rozvinula i s českou kanceláří WHO, v loňském roce zejména v oblasti očkování. Navázáním spolupráce s Centrem pro prevenci úrazů v dětském věku v Motole jsme získali tiskopisy s informacemi pro splnění náplně preventivních prohlídek – prevence úrazů. Distribuce probíhá prostřednictvím regionálních zástupců. Poměrně úzkou spoluprací jsme navázali se Státním zdravotním ústavem. Především na webu OSPDL jsou postupně umísťovány k vytištění letáky s doporučeními pacientům (rubrika Edukační materiály), u některých je možnost objednat v tištěné podobě. Na většinu materiálů, které jsou na SZÚ tvořeny, se OSPDL podílí revizí tak, aby byly v naší praxi použitelné. Navrhujeme i témata, která jsou pro nás aktuální a potřebná.

Zástupci vedení OSPDL jsou členy různých mezioborových komisí, z nichž některé byly zřízeny pod hlavičkou evropského projektu Zdraví 2020. Pro příklad: Pracovní skupina pro rizikové chování, Provakcinační pracovní skupina, Pracovní skupina pro nerovnosti ve zdraví, Výživa dětí – prevence obezity, školní stravování, Pracovní skupina pro ZOP, Pracovní skupina pro prevenci násilí na dětech...

Hlavním úkolem OSPDL je samozřejmě vzdělávání. Troufám si tvrdit, že systém vzdělávání PLDD je jedním z nejkvalitněji propracovaných. OSPDL, SPLDD či obě organizace ve spolupráci pořádají množství kvalitních seminářů. Právě akce našich společností bychom měli dle mého názoru v účasti preferovat. Připomenu ty největší – Kongres primární péče, Páteří vzdělávání, Managementy praxe, Očkovací semináře – v letošním roce název změněn na Pediatrické akademie, Konference od A do Z, Mezioborová konference PLDD, seriály workshopů – první pomoc, výživa. Navíc aktivní zástupci OSPDL a SPLDD pořádají kvalitní regionální akce. Akce jsou šity na míru našim potřebám a reflektují požadavky vás všech.

Důležité téma je otázka akreditovaných pracovišť (AP) a rezidenčních míst (RM). V loňském roce došlo k navýšení počtu RM, došlo k mírnému navýšení dotace. Přesto jsme nedokázali všechna místa naplnit, což je nám vyčítáno a používáno jako argument v tažení proti našemu oboru. V letošním roce nám MZ přidělilo opět 25 RM, došlo k dalšímu mírnému navýšení dotace. Všechna AP dostala z Centra žádost, aby zažádala o rezidenční místo. Dovoluji si i na tomto místě požádat kolegy, kteří mají akreditaci, aby tuto možnost zvážili. Víím, že vychovávat nástupce v současném režimu rezidenčních míst se rovná prakticky hrdinství, a snažíme se o kultivaci tohoto systému. Velmi si vážím kolegů, kteří rezidenty vychovávají, nicméně obsazení RM je velmi nutné. Uzávěrka žádostí o RM je 16. 3. a na webu OSPDL je umístěna adresa, na které je uveden postup. V případě nejasností jsme připraveni pomoci. Kolegy, kteří požádají o RM, prosím o zaslání informace do Centra.



To nejdůležitější, co jsme v uplynulém období řešili a nadále řešíme, je zachování oboru PLDD. V loňském roce nabylo na významu to, co se šuškal již několik let – snaha o zrušení našeho oboru. Přestože jsme absolvovali velké množství jednání, dosud nám nikdo nedokázal jasně vysvětlit, z jakého důvodu by měl zaniknout základní obor primární péče. A navíc dosud jako jediný, o jiném oboru se nehovoří! O tom, co děláme pro zachování oboru, vás podrobně informuji na stránkách VOXu. Kolegyně Kubátová přivezla z evropského zasedání ECPCP podporu našemu oboru. V Evropě si totiž uvědomují, že je nutné, aby se o budoucnost státu, tedy o děti, staral vzdělaný lékař. Naše vzdělávací curriculum je východiskem pro evropské vzdělávací curriculum primární péče o děti a dorost! Tam, kde je systém rodinných lékařů či GP, vznikají požadavky na alespoň podobný systém, jako je u nás... A u nás? Nikde se nehovoří o významu PLDD a systému péče o dítě a dorost. Kde je koncepce péče o dítě a dorost v ČR? Má někdo vůbec o kvalitní pediatrickou péči u nás zájem? Kde je podpora PLDD při dodržování státem udílené povinnosti očkovat? PLDD jsou těmi, kteří ještě drží vysokou proočkovanost, kteří nesou svou kůži na trh. Kdo si uvědomuje, že na práci PLDD stojí prevence civilizačních nemocí, onkologických onemocnění? Kde je zájem státu o kvalitní a smysluplné rozmístěnou lůžkovou péči? O dostatek dětských specialistů? Ví někdo ze zodpovědných, že jsou kraje, kde lůžková oddělení hledají každého pacienta, a naopak kraje, kde se lůžková oddělení zavírají, protože nemají lékaře, přestože by tam zrovna byli třeba? Chybějí nám dětské alergologové, revmatologové, endokrinologové... Začínají se rušit specializovaná lůžková dětská oddělení a děti jsou hospitalizovány na pokojích v rámci dospělých oddělení! Zná někdo z hlav pomazaných Chartu práv dítěte? Dle těch, kteří o všem rozhodují, vše, včetně nedostatku PLDD, vyřeší zrušení našeho oboru! Nikde se nehovoří o zkvalitnění výuky pediatrie na lékařských fakultách, o podpoře praxí v neatraktivních oblastech, o nutnosti podílu krajských samospráv na řešení tohoto problému, zlepšení systému rezidenčních míst atd.

Chci vás všechny na tomto místě ubezpečit, že se snažíme obhájit naši existenci, seč můžeme. Věřte, že je to mnohdy boj s větrnými mlýny.

Chci poděkovat všem aktivním kolegům, nejen funkcionářům.

Chci všem poděkovat za podporu, a doufám, že i aktivní, pokud to bude potřeba...

Přeji vám všem do nastupujícího roku 2015 vše nejlepší, hodně štěstí, pevné zdraví a rozhodně i nervy! Budeme to všichni potřebovat...

MUDr. Alena Šebková, předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová

Předsedkyně SPLDD ČR

Měsíc prosinec se oproti předchozím létům stal méně hektickým, a tak jsme si mohli více užít čas adventu. Pomohlo tomu zrychlené vyjednání úhradových dodatků s jednotlivými zdravotními pojišťovnami v předchozím období. V příštím roce by mělo dojít k cca 2% navýšení plateb pro náš segment. Nadále pokračovala další jednání o budoucnosti našeho oboru. V kanceláři SPLDD proběhlo zasedání předsednictva SPLDD. Kancelář Sdružení zpracovávala žádosti o přidělení extra kreditů k získání Certifikátu celoživotního vzdělávání.

3. 12. 2014 jsme se sešli na půdě Sněmovny s předsedou zdravotního výboru prof. MUDr. Vyzulou. Uskutěčnilo se společné jednání zástupců MZ ČR, některých poslanců zdravotního výboru a zástupců naší profesní a odborné společnosti. Předmětem jednání byla opět plánovaná novela vzdělá-

vání lékařů a budoucnost našeho oboru. Po téměř dvouhodinovém jednání jsme dospěli k určitému kompromisnímu návrhu, který zástupci MZ ČR přislíbili předložit panu ministru zdravotnictví. Nyní očekáváme, jaký bude další výstup z MZ ČR.

5. 12. 2014 se konalo v kanceláři SPLDD pravidelné jednání předsednictva SPLDD.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR 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.

5. 3. 2015

Nádory dětského věku a novinky v jejich terapii

prof. MUDr. Jan Starý, DrSc.

Klinika dětské hematologie a onkologie FN Motol



OSPDL ČLS JEP



Finanční a daňové změny v roce 2015

Ing. František Elis

■ K poskytování zdravotních služeb formou společnosti s ručením omezeným

Dnem 1. 1. 2015 se opět významně rozrostla skupina poskytovatelů zdravotních služeb, kteří poskytují tyto služby prostřednictvím právnické osoby, tedy zpravidla s.r.o. Dovolují si proto upozornit na jednu z „novinek“ roku 2015, kterou je úprava pravidel pro elektronickou komunikaci s daňovou správou.

1. S účinností od 1. ledna 2015 platí, že má-li daňový subjekt nebo jeho zástupce zpřístupněnu datovou schránku je povinen podání přihlášky k registraci, oznámení o změně registračních údajů, řádného daňového přiznání a dodatečného daňového přiznání, hlášení a vyúčtování učinit pouze elektronicky – datovou zprávou.
2. Pokud tak neučiní a podání provede jinak než elektronicky, pak se sice bude zpravidla na toto podání hledět jako na podání bez vady, avšak za nedodržení povinné elektronické formy uloží správce daně pokutu ve výši 2000 Kč dle § 247a daňového řádu. Kromě pokuty 2000 Kč může správce daně uložit pokutu do 50 000 Kč, pokud daňový subjekt nesplněním povinnosti učinit podání elektronicky závažně ztěžuje správu daní.
3. Výčet těchto podání (nikoliv však nutně vyčerpávající) připadajících v úvahu pro poskytovatele zdravotních služeb – právnické osoby (s.r.o.) je následující:
 - Vyúčtování daně z příjmů fyzických osob ze závislé činnosti
 - Vyúčtování daně vybírané srážkou podle zvláštní sazby daně z příjmů fyzických nebo právnických osob
 - Přiznání k dani z příjmů právnických osob
 - Přiznání k dani silniční
 - Přiznání k dani z nemovitých věcí
 - Přihláška k registraci pro právnické osoby
 - Oznámení o změně registračních údajů
 - Žádost o zrušení registrace

4. Podáním učiněným elektronicky se rozumí podání učiněné datovou zprávou podepsanou uznávaným elektronickým podpisem, datovou zprávou odeslanou prostřednictvím datové schránky nebo datovou zprávou s ověřenou identitou podatele způsobem, kterým se lze přihlásit do jeho datové schránky (viz § 71 odst. 1 písm. a) až c) daňového řádu).

■ Konec osvobození přijatých darů

Dnem 1. 1. 2014 vstoupilo v platnost a účinnost zákonné 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.

Do zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů (ZDP), byl na základě tohoto zákonného opatření vložen § 4a, který řeší osvobození bezúplatných příjmů (darů). Z pohledu poskytovatelů zdravotních služeb je důležité znění písmene i), dle kterého se *od daně z příjmů fyzických osob osvobozuje bezúplatný příjem poplatníka s bydlištěm v členském státě Evropské unie, Norsku nebo Islandu provozujícím zařízení pro péči o toulavá nebo opuštěná zvířata nebo pro péči o jedince ohrožených druhů živočichů, je-li bezúplatný příjem použit k provozu tohoto zařízení.*

Tedy ani zmínka o osvobození pro fyzickou osobu, která je poskytovatelem zdravotních služeb v souladu se zákonem upravujícím zdravotní služby a podmínky jejich poskytování, jak bylo definováno v dnes již zrušeném zákoně o dani dědické, dani darovací a dani z převodu nemovitostí.

Z uvedeného je třeba vyvodit, že počínaje zdaňovacím obdobím kalendářního roku 2014 bude přijatý dar (bezúplatný příjem) součástí zdanitelných příjmů poskytovatele zdravotních služeb. Tento bezúplatný příjem (dar) bude tedy podléhat dani z příjmů fyzických osob ve výši 15 %. Navíc bude tento příjem vstupovat do vyměřovacího základu pro výpočet sociálního a zdravotního pojištění. Z pohledu dárce se zažitý postup nemění. Dle § 15 odst. 1 ZDP lze od základu daně

i nadále odečíst hodnotu bezúplatného plnění poskytnutého právnickým osobám se sídlem na území České republiky na zdravotnické účely a fyzickým osobám s bydlištěm na území České republiky, které jsou poskytovateli zdravotních služeb.

V úhrnu lze odečíst nejvýše 15 % ze základu daně. Poskytnou-li bezúplatné plnění manželé ze společného jmění manželů, může odpočet uplatnit jeden z nich nebo oba poměrnou částí.

■ Před podáním daňového přiznání k dani z příjmů

Protože se sice pomalu, ale nezadržitelně blíží termín pro podání daňového přiznání k dani z příjmů, dovolují si upozornit na jedno z úskalí, které může při jeho zpracování nastat, a to paušální výdaj na dopravu.

Naprostá většina poskytovatelů zdravotních služeb uplatňuje paušální výdaje na dopravu silničním motorovým vozidlem. Je ve vlastním zájmu každého poplatníka, aby si přinejmenším z důvodu předcházení případným komplikacím v budoucnu ověřil, zda splňuje podmínky pro uplatnění tohoto paušálu.

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů ve znění platném k 1. 1. 2014 v § 24 odst. 2 písm. zt) uvádí, že „paušální výdaj na dopravu je možno uplatnit nejvýše na 3 **vlastní** motorová vozidla zahrnutá nebo nezahrnutá do obchodního majetku **nebo v nájmu**“. Další podmínkou je, že poplatník toto silniční motorové vozidlo nepřenechal ani po část příslušného kalendářního měsíce k užívání jiné osobě.

Podmínka pro uplatnění paušálních výdajů na dopravu tak zcela jednoznačně **není** splněna v případě, že zaměstnavatel poskytne zaměstnanci motorové vozidlo k používání pro služební i soukromé účely.

Podmínka vlastnictví nebo nájmu **není** nepochybně rovněž splněna u vozidla, které je pořízeno na úvěr, následně je závazek zajištěn převodem práva na úvěrující společnost a dlužník používá vozidlo na základě smlouvy o výpůjčce. Obdobná situace může nastat i v případě leasingu.



Jak správně zaplatit daň finančnímu úřadu aneb upozornění na dopady zaslání plateb na bankovní účty zrušených finančních úřadů po 1. 1. 2015

Dle zákona č. 456/2011 Sb., o Finanční správě České republiky, ve znění pozdějších předpisů, je výběrem daní pověřeno 14 finančních úřadů (finanční úřad s působností na území hlavního města Prahy a 13 finančních úřadů s územní působností krajů České republiky) a Specializovaný finanční úřad s působností na celém území České republiky.

K datu 31. 12. 2012 v souvislosti se zrušením zákona č. 531/1990 Sb., o územních finančních orgánech, ve znění pozdějších předpisů, **byly v České národní bance ke stejnému datu zrušeny veškeré bankovní účty všech 199 zaniklých finančních úřadů**, na které byly zasílány platby daní. **K datu 1. 1. 2013** byly novým finančním úřadům v České národní bance **otevřeny nové bankovní účty**. Je žádoucí zkontrolovat si při zasílání plateb na bankovní účty finančních úřadů, zda je správně identifikován cílový bankovní účet a nezůstalo-li (např. v IT systému) nastaveno původní směrování. **Od 1. 1. 2015 již všechny platby zaslané na bankovní účty 199 zrušených finančních úřadů budou vráceny zpět na bankovní**

účty příkazců, jelikož k 31. 12. 2014 skončilo dvouleté přechodné období, po které banka platby došlé na zrušené účty automaticky přeměrovala na správné účty. Kdo po 1. lednu 2015 uhradí platbu své daňové povinnosti na zrušený bankovní účet finančního úřadu (nyní územního pracoviště), vystavuje se nebezpečí, že jeho daňová povinnost nebude řádně zaplacená a hrozí i sankce z důvodu prodlení.

Pro bezproblémové placení daní v roce 2015 je nutné znát odpovídající číslo bankovního účtu finančního úřadu a správný postup při poukazování finančních prostředků. Daně se platí příslušnému finančnímu úřadu v české měně. Při každé platbě musí být uvedeno, na kterou daň je platba určena. Správné určení platby a její správné nasměrování v tomto smyslu znamená zaplatit na správný bankovní účet správce daně (finančního úřadu) místně příslušného pro danou daň a daný daňový subjekt. Úplný tvar čísla bankovního účtu pro úhradu určité daně místně příslušnému finančnímu úřadu se sestaví z **předčíslí bankovního účtu, z matrikové části a z kódu banky**. Předčíslí bankovního účtu a matri-

ková část jsou od sebe odděleny pomlčkou, za matrikovou částí bez mezery následuje lomítko a **směrový kód České národní banky (ČNB)**, u níž mají finanční úřady vedeny účty (kód 0710).

Základní části bankovního účtu:

- **Předčíslí bankovního účtu (PBÚ)** v rozsahu dvou až pěti číslic **jednoznačně určuje druh daně**, k jejímuž vybírání je účet zřízen. Pro konkrétní druh daně je předčíslí vždy shodné pro všechny finanční úřady. Seznam předčíslí pro jednotlivé druhy daní je uveden v Příloze č. 2 (pro finanční úřady kromě SFÚ) a v Příloze č. 3 (pro SFÚ).
- **Matriková část (matrika) jednoznačně určuje finanční úřad.** Všechny bankovní účty jednoho finančního úřadu mají vždy stejnou matrikovou část. Jejich seznam je uveden v Příloze č. 1 (pro finanční úřady včetně SFÚ).

Prostřednictvím **variabilního symbolu** daňový subjekt sděluje finančnímu úřadu svou totožnost. Má-li daňový subjekt přiděleno daňové identifikační číslo (DIČ), vepíše do

Bankovní účty finančních úřadů nejčastěji placených daní od 1. 1. 2015

Název finančního úřadu	Daň z přidané hodnoty	Daň z příjmů právnických osob	Daň z příjmů právnických osob vybíraná srážkou dle zvláštní sazby	Daň z příjmů fyzických osob podávajících příznání
Finanční úřad pro hlavní město Prahu	705-77628031/0710	7704-77628031/0710	7712-77628031/0710	721-77628031/0710
Finanční úřad pro Středočeský kraj	705-77628111/0710	7704-77628111/0710	7712-77628111/0710	721-77628111/0710
Finanční úřad pro Jihočeský kraj	705-77627231/0710	7704-77627231/0710	7712-77627231/0710	721-77627231/0710
Finanční úřad pro Plzeňský kraj	705-77627311/0710	7704-77627311/0710	7712-77627311/0710	721-77627311/0710
Finanční úřad pro Karlovarský kraj	705-77629341/0710	7704-77629341/0710	7712-77629341/0710	721-77629341/0710
Finanční úřad pro Ústecký kraj	705-77621411/0710	7704-77621411/0710	7712-77621411/0710	721-77621411/0710
Finanční úřad pro Liberecký kraj	705-77628461/0710	7704-77628461/0710	7712-77628461/0710	721-77628461/0710
Finanční úřad pro Královéhradecký kraj	705-77626511/0710	7704-77626511/0710	7712-77626511/0710	721-77626511/0710
Finanční úřad pro Pardubický kraj	705-77622561/0710	7704-77622561/0710	7712-77622561/0710	721-77622561/0710
Finanční úřad pro Kraj Vysočina	705-67626681/0710	7704-67626681/0710	7712-67626681/0710	721-67626681/0710
Finanční úřad pro Jihomoravský kraj	705-77628621/0710	7704-77628621/0710	7712-77628621/0710	721-77628621/0710
Finanční úřad pro Olomoucký kraj	705-47623811/0710	7704-47623811/0710	7712-47623811/0710	721-47623811/0710
Finanční úřad pro Moravskoslezský kraj	705-77621761/0710	7704-77621761/0710	7712-77621761/0710	721-77621761/0710
Finanční úřad pro Zlínský kraj	705-47620661/0710	7704-47620661/0710	7712-47620661/0710	721-47620661/0710
Specializovaný finanční úřad	705-77620021/0710	7704-77620021/0710	7712-77620021/0710	-



příslušné kolonky pro variabilní symbol kmenovou část DIČ, tj. buď čísla za pomlčkou (pro původní variantu tvaru DIČ), nebo čísla za písmeny CZ (pro stávající variantu tvaru DIČ). Není-li daňový subjekt registrován, to znamená, že nemá přiděleno DIČ, uvede v případě fyzické osoby do kolonky pro variabilní symbol své rodné číslo, a to bez jakýchkoliv mezer, pomlček nebo lomítek, tj. uvede 9 nebo 10 číslic v řadě za sebou, v případě právnické osoby uvede své IČ.

Při bezhotovostním bankovním převodu se používá univerzální **konstantní symbol 1148**, při platbách daní včetně příslušenství daně se při odesílání peněz v hotovosti uvádí univerzální konstantní symbol 1149.

Podání finančnímu úřadu, která je nutné nově činit elektronicky

Od 1. ledna 2015 došlo k rozšíření okruhu podání, která je nutné činit elektronicky – datovou schránkou či přes portál EPO s elektronickou autentizací.

Povinnost elektronického podání nově vzniká, pokud:

- se jedná o tzv. **formulářové podání** = přihlášku k registraci, oznámení o změně registračních údajů, daňové přiznání, hlášení, vyúčtování, dodatečné daňové přiznání, následné hlášení a dodatečné vyúčtování, a **současně**
- podání činí osoba, která **má zpřístupněnu datovou schránku** (popř. ji má zpřístupněnu její zástupce).

Současně se stanoví specifický postup v situaci, kdy povinná elektronická forma podání není dodržena, a to včetně sankce. Nově bude správce daně akceptovat podání, u nichž zákon stanoví povinnou elektronickou formu, i pokud budou podána jinak než elektronicky. Za nesplnění elektronické formy podání novela daňového řádu zavádí pokutu ve výši 2000 Kč.

Z výše uvedeného tedy vyplývá:

- aktualizovat si čísla bankovních účtů u plateb směřovaných finančnímu úřadu (pokud jsme tak již neučinili),
- pokud máme jako daňový subjekt nebo pokud má náš zástupce zpřístupněnu datovou schránku nebo máme zákonem uloženou povinnost mít účetní uzávěrku ověřenou auditorem, pak musíme tzv. formulářová podání (mezi něž patří i daňové přiznání) posílat elektronicky.

Příloha č. 1

Čísla matrik bankovních účtů finančních úřadů (FÚ) včetně Specializovaného finančního úřadu (SFÚ)

Název finančního úřadu	Sídlo finančního úřadu	Matrika	Kód banky
Finanční úřad pro hlavní město Prahu	Praha	77628031	0710
Finanční úřad pro Středočeský kraj	Praha	77628111	0710
Finanční úřad pro Jihočeský kraj	České Budějovice	77627231	0710
Finanční úřad pro Plzeňský kraj	Plzeň	77627311	0710
Finanční úřad pro Karlovarský kraj	Karlovy Vary	77629341	0710
Finanční úřad pro Ústecký kraj	Ústí nad Labem	77621411	0710
Finanční úřad pro Liberecký kraj	Liberec	77628461	0710
Finanční úřad pro Královéhradecký kraj	Hradec Králové	77626511	0710
Finanční úřad pro Pardubický kraj	Pardubice	77622561	0710
Finanční úřad pro Kraj Vysočina	Jihlava	67626681	0710
Finanční úřad pro Jihomoravský kraj	Brno	77628621	0710
Finanční úřad pro Olomoucký kraj	Olomouc	47623811	0710
Finanční úřad pro Moravskoslezský kraj	Ostrava	77621761	0710
Finanční úřad pro Zlínský kraj	Zlín	47620661	0710
Specializovaný finanční úřad	Praha	77620021	0710

Příloha č. 2

Předčísloví bankovních účtů finančních úřadů (FÚ) kromě Specializovaného finančního úřadu pro daně a pojistné

Název daně	Předčísloví účtu
Daň darovací dle z. č. 357/1992 Sb. platného do 31. 12. 2013	7747
Daň dědická dle z. č. 357/1992 Sb. platného do 31. 12. 2013	7739
Daň silniční	748
Daň z nabytí nemovitých věcí dle z. o. č. 340/2013 Sb.	7691
Daň z nemovitých věcí dle z. č. 338/1992 Sb. (do 31. 12. 2013 daň z nemovitostí)	7755
Daň z převodu nemovitostí dle z. č. 357/1992 Sb. platného do 31. 12. 2013	7763
Daň z přidané hodnoty	705
Daň z příjmů fyzických osob vybíraná srážkou podle zvláštní sazby	7720
Daň z příjmů fyzických osob podávajících přiznání	721
Daň z příjmů fyzických osob ze závislé činnosti	713
Daň z příjmů obyvatelstva	2700
Daň z příjmů právnických osob	7704
Daň z příjmů právnických osob vybíraná srážkou podle zvláštní sazby	7712
Pojistné na důchodové spoření placené osobou samostatně výdělečně činnou (OSVČ*)	31018
Pojistné na důchodové spoření sražené plátcem pojistného (placené zaměstnavatelem)	41013

Poznámky:

* Osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) a poplatníci, jejichž plátce pojistného za ně pojistné na důchodové spoření nesrazí (např. zahraniční zaměstnavatelé, kteří nejsou v pozici plátce daně ze závislé činnosti a mají povinnost odvádět sociální pojištění do „prvního pilíře“), které jsou přímými účastníky důchodového spoření.

Pro VOX připravil MUDr. Ctirad Kozderka



ÚZIS – změny

■ Oznámení o změnách v resortním statistickém zjišťování za rok 2014 a o zpřístupnění nového Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb

Ústav zdravotnických informací a statistiky
České republiky
Praha 2, Palackého nám. 4
128 01 Praha 2, P.O.BOX 60

ÚZIS-241/2014
Ing. Langhammer/2346
15. 12. 2014

Věc: oznámení o změnách v resortním
statistickém zjišťování za rok 2014 a o zpřís-
tupnění nového Národního registru posky-
tovatelů zdravotních služeb

Vážená paní, vážený pane,
obracím se na Vás s aktuálními informa-
cemi týkajícími se provozu Národní zdra-
votnického informačního systému (NZIS)
a resortního sběru dat za rok 2014. Tato
agenda je pro poskytovatele zdravotních
služeb povinná; rovněž povinné je hlášení
dat elektronickou cestou. Organizací a vali-
dací sběru dat je pověřen Ústav zdravotnic-
kých informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) jako
správce NZIS. Obracím se na Vás jako nový
ředitel ÚZIS ČR; v této funkci jsem od května
2014.

Zajištění resortního statistického zjišťování
jsem přijal jako prioritní úkol. Mimo jiné
proto, že jsem zjistil, že poskytovatelům při
neplnění této povinnosti hrozí sankce, a ne-
chtěl jsem ohrozit nějakou chybou ústředí
pracovníky v terénu či jim jinak zkompliko-
vat splnění této povinnosti. V uplynulých
měsících jsem věnoval mnoho času studiu
obsahu statistických zjišťování, jejich zdů-
vodnění a absolvoval jsem v tomto smyslu
desítky konzultací s vedením odborných
lékařských společností, profesních komor
i zdravotnických zařízení. Plnění dat pro
NZIS se v zásadě skládá ze dvou částí: a)
vlastní program statistických zjišťování (tzv.
výkazy), b) hlášení do resortních registrů
– informačních systémů. V následujících
dvou odstavcích bych si Vám dovolil sdělit
svá zjištění jednak k obsahu těchto hlášení

a dále k jejich informačnímu zabezpečení za
rok 2014.

Obsahová stránka sběru dat pro NZIS

Po detailním studiu jsem dospěl v souladu
s mnoha významnými odbornými grémii
k tomuto poznání:

- Systém tzv. resortních výkazů je redun-
dantní a v mnoha případech obsahově
neodůvodněná sada parametrů, které lze
zejména v tzv. klinické části získat i jinými
cestami než zatěžováním zdravotnického
terénu
- Zejména sada klinických výkazů (= de-
sítky tisíc výkazů emitované každý rok)
neprošla řádnou oponenturou odborné
veřejnosti a nevede ke kvalitní a potřebné
informační službě; lékaři oprávněně vní-
mají tuto agendu jen jako službu pro ÚZIS,
bez zpětné vazby pro ně samotné
- Systém objektivní validace sbíraných dat
je nefunkční, což je další důvod k zásadní
revizi těchto sběrů.

Výše uvedené poznatky se týkají přede-
vším tzv. výkazů řady „A“ – výkazy klinické
–, ovšem postupnou revizí a oponenturou
musejí projít i výkazy ekonomické a další.
Bohužel, nelze všechny potřebné změny pro-
vést ihned, systém zjišťování pro rok 2014 již
byl při mém nástupu do funkce schválen.

**Pro tuto chvíli se podařilo provést zásadní
redukcí obsahu klinických výkazů (u cca
poloviny výkazů řady „A“ byl obsah zredu-
kovan pouze na část týkající se sledování
počtu pracovníků (pro rok 2015 se před-
pokládá jejich úplné zrušení), u všech zbý-
vajících provedena podstatná obsahová
redukcce); tento krok již schválilo vedení
Ministerstva zdravotnictví. Zdravotnický
terén tak bude při sběru za rok 2014 za-
tížen výrazně menším množstvím vymáha-
ných dat. Informace o redukcí sbíraných
dat je komunikována s příslušnými odbor-
ními společnostmi.**

Jedná se pouze o částečný úspěch na
cestě k zásadní redukcí této nesmyslné
administrativní zátěže. V příštím roce takto
podrobíme oponentuře a změnám i výkazy
ekonomické a také hlášení do jednotlivých
registrů. Dovolil bych si Vás v tomto požádat
o trpělivost, změna celého systému hlášení
vyžaduje i adekvátní legislativní změny,

zejména inovací zákona č. 372/2011 Sb.
(hlava NZIS). Novely těchto norem jsme již
s kolegy iniciovali a budou-li úspěšné, zís-
káme mandát k dalšímu výraznému zjedno-
dušení celého systému hlášení dat do ÚZIS
ČR.

Stav Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS) a jeho zpřís- tupnění poskytovatelům zdravotních služeb

Registrace poskytovatele v NRPZS je nutnou
podmínkou získání přístupu k elektronickým
úložištím dat, včetně centrálního datového
úložiště výkazů. V uplynulých letech byl za-
hájěn nový vývoj datových úložišť pro NZIS,
tzv. jednotná technologická platforma,
projekt eREG. Bohužel, vývoj těchto infor-
mačních systémů není kontrolován ze strany
ÚZIS ČR a po svém nástupu do funkce jsem
tak byl odkázán na výsledky vývoje řízeného
jinými organizačními složkami. Faktkem je,
že NRPZS byl ve svém vývoji a uvedení do
provozu velmi podstatně opožděn a ještě na
podzim r. 2014 jsme neměli k dispozici plně
funkční verzi uplatnitelnou v ostrém provozu.
V současnosti je NRPZS již funkční, nicméně
časové zpoždění již nepůjde napravit.

Uvedené zpoždění nevyhnutelně povede
k faktu, že vy jako poskytovatelé zdravot-
ních služeb nemůžete dodržet zákonem
stanovené termíny při hlášení resortních dat
do NZIS. Tento fakt již vzalo na vědomí ve-
dení Ministerstva zdravotnictví a byl rovněž
projednán s příslušnými odbory Českého
statistického úřadu. Prostým výčtem zde
uvádím nové termíny:

- **Registrace poskytovatele do NRPZS** je
možná od okamžiku doručení tohoto do-
pisu, systém je otevřen. Detailní popis re-
gistrace je uveden v příloze tohoto dopisu.
- **Centrální úložiště výkazů** (v již reduko-
vané formě, viz zdůvodnění výše) bude
zpřístupněno 1. 3. 2015; termín pro uza-
věření povinného hlášení resortních dat je
stanoven na 1. 5. 2015.
- **Centrální úložiště dat** (portál pro dávkový
sběr povinných hlášení ve formátu XML dle
Datového standardu MZ) bude zpřístupňo-
váno dle termínů spouštění jednotlivých
registrů. O postupném spouštění registrů
v roce 2015 budou žadatelé informováni
interní poštou.



Dojde-li u zde stanovených termínů k objektivně zdůvodněným změnám, budete o tom neprodleně informováni. Žádný poskytovatel zdravotních služeb nebude sankcionován za nedodržení původních termínů povinných hlášení.

Vážená paní / vážený pane, dovoluji mi zároveň omluvu, pokud jste v druhé polovině r. 2014 neměli dostatečné informace o vývoji této agendy. Bohužel jsem kvůli stavu NRPZS až do poslední chvíle nevěděl, kdy budu schopen odeslat tento dopis a jaký bude vlastně jeho obsah. Chtěl bych vyjádřit přesvědčení, že se nám v následujícím roce podaří celý systém statistických zjišťování výrazně optimalizovat a ještě mnohem více redukovat zátěž poskytovatelů zdravotních služeb. Tedy sbírat jen data opravdu potřebná a nezbytná a vždy nad nimi nabídnout i zpětnou vazbu všem, kteří se na sběru podílejí a investují do něj svou kapacitu a čas. Přeji Vám klidné prožití vánočních svátků a vše nejlepší v osobním i profesním životě po celý příští rok.

S pozdravem
doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., v.r.
ředitel ÚZIS ČR

Příloha 1

■ Registrace poskytovatelů zdravotních služeb do Registru resortu zdravotnictví (eREG)

Vyplnění externí žádosti

Žádost pro získání prvotního přístupu poskytovatele zdravotních služeb (role ŽADATEL) do systému registrů MZ podává a podepisuje (ověřeným podpisem) vždy statutární zástupce organizace, který ale nemusí být zároveň kontaktní osobou. Po získání přístupu bude tento Žadatel žádat o přístupy do registrů a spravovat účty všech zaměstnanců organizace v jednotném prostředí registrů resortu zdravotnictví.

1. Pověřená osoba (Žadatel) je odpovědná za evidenci uživatelů a jejich práv za daného poskytovatele zdravotní péče v systému eREG, tedy za zavádění uživatelů nových, podání žádosti do jednotlivých registrů NZIS, správu práv uživatelů a jejich zneplatnění v případě, že osobě zaniklo právo k jejich užití za daného poskytovatele zdravotní péče.
2. Přidělování rolí v rámci poskytovatele je na plné zodpovědnosti Žadatele a musí být striktně navázáno na personální

agendu poskytovatele. Pracovníkovi, který mění nebo rozvažuje pracovní poměr, musejí být odpovídajícím způsobem upravena i přístupová práva!

3. Přístupy do administrativních registrů NZIS – tedy Centrálního úložiště výkazů (statistická zjišťování), Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb a Národního registru zdravotnických pracovníků vznikají automaticky po podání žádosti pověřenou osobou. Sama pověřená osoba získává tyto přístupy zcela automaticky současně s přístupem do eREG.
4. Přístupy do ostatních registrů NZIS schvaluje správce registru na základě žádosti podané pověřenou osobou.
5. Statutární zástupce bere tyto povinnosti na vědomí.

Z výše uvedeného vyplývá, že roli Žadatel by měla u organizací s větším počtem zaměstnanců vykonávat osoba, která má přehled o pracovních aktivitách zaměstnanců, pro které bude žádat o přidělení nebo odebrání rolí do jednotlivých resortních registrů. Doporučujeme proto osobu z personálního oddělení, která má přehled o fluktuaci zaměstnanců. Upozorňujeme, že pokud zaměstnanec ukončí pracovní poměr a odejde jinam, aniž jsou mu odebrána přístupová práva, může i nadále „vidět“ na data Vaší organizace.

Je-li je Váš právní subjekt složen z více lůžkových zařízení (nemocnic nebo léčeben), je třeba pro každé toto zařízení vytvořit roli Žadatel. Tyto případy lze konzultovat s našimi regionálními pracovišti (viz Kontakty). Pokud by si Žadatel nebyl jist jednoznačným přidělením role na konkrétní pracoviště, je třeba kontaktovat spádově příslušné Regionální pracoviště ÚZIS ČR nebo centrální pracoviště ÚZIS ČR (viz kontakty v Příloze 2).

Externí žádost najdete na adrese:
<http://eregpublic.ksrzis.cz/Jtp/public/ExterniZadost?s=NZIS>

Tam je též k dispozici příručka „Podání externí žádosti: s pokyny pro její vyplnění“.
http://eregpublic.ksrzis.cz/cms/web/Documents/KSRZIS_externi_zadosti.pdf

Aktivace účtu a přihlášení

Po ověření žádosti jsou údaje vloženy do správy uživatelů a je vytvořen uživatelský účet Žadatele. Se založením účtu získá přístup do Jednotné správy uživatelů (JSU), kde lze žádat o přístupy do resortních re-

gistrů a spravovat účty všech zaměstnanců organizace v jednotném prostředí registrů resortu zdravotnictví.

Účet je nutné nejprve aktivovat, na e-mail uvedený v žádosti přijde zpráva pro aktivaci a první přihlášení. Příručku „Aktivace a přihlášení uživatele“ najdete na adrese: http://eregpublic.ksrzis.cz/cms/web/Documents/KSRZIS_aktivace_a_prihlasieni.pdf

Role Žadatel

Náplň role Žadatel je uvedena u žádosti. Podrobné informace pro práci v Jednotné správě uživatelů (jak žádat o přidělení nebo odebrání rolí) jsou uvedeny v příručce „Role žadatel“, kterou najdete na adrese: http://eregpublic.ksrzis.cz/cms/web/Documents/KSRZIS_Role_zadatel.pdf

Upozornění: ihned po zaktivnění role Žadatel je nutno zkontrolovat, zda se v seznamu uživatelů nevyskytují osoby, které mají přiděleny role, které neodpovídají jejich pracovnímu zařazení nebo nejsou s poskytovatelem v žádném smluvním vztahu. Všem neoprávněným uživatelům je třeba přidělené role bezodkladně odebrat. Většinou se může jednat o pracovníky správce a zpracovatele NZIS, kteří prováděli pilotní testování.

Uživatelské role v jednotlivých registrech

Každý resortní registr, který bude spuštěn, bude obsahovat eLearningový kurs a podrobnou uživatelskou příručku.

Pokud budete mít připomínky nebo náměty na upřesnění nebo doplnění výše uvedených příruček nebo příruček k jednotlivým registrům, zašlete nám je na adresu centrálního HelpDesku ÚZIS ČR, viz Kontakty. Adresa na stránky eREG:

<http://eregpublic.ksrzis.cz/>

Plánované termíny spuštění:

Národní onkologický registr již v provozu, přístupný ihned po registraci

Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb přístupný ihned po registraci

Centrální úložiště výkazů přístupný od 1. března 2015

O postupném spouštění registrů v roce 2015 budou žadatelé informováni interní poštou.

Plánované termíny sběru dat

L (MZ) 1-02 – Pololetní výkaz o lůžkovém fondu poskytovatele lůžkové péče a jeho využití

- do 31. 3. 2015



E (MZ) 2-01 – Roční výkaz o zaměstnancích a o složkách platu ve zdravotnických organizacích

- do 17. 4. 2015

E (MZ) 6-02 – Pololetní výkaz o ekonomice poskytovatele zdravotních služeb

- do 17. 4. 2015

Ostatní výkazy

- do 1. 5. 2015

Příloha 2

Technická podpora aplikačního prostředí eREG, registrace externích žadatelů do systému

Zajišťuje: Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy (KSRZIS), helpdesk

Helpdesk KSRZIS, telefon 261 092 462

Pondělí 7.45–17.00

Úterý 7.45–15.45

Středa 7.45–17.00

Čtvrtek 7.45–15.45

Pátek 7.45–15.45

helpdesk.registry@ksrzis.cz více na

www.ksrzis.cz.

Metodická podpora registrů a statistických zjišťování, aktuálně zejména Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb a Centrálního úložiště výkazů

Zajišťuje: Příslušné regionální pracoviště Ústavu zdravotnických informací a statistiky dle níže uvedených kontaktů

RPA / Regionální pracoviště Praha

Regionální pracoviště pro: Hl. m. Praha, Středočeský kraj, Jihočeský kraj, Plzeňský kraj, Karlovarský kraj

Vedoucí pracoviště: Ing. Eva Vlčková

E-mail: Eva.Vlckova@uzis.cz

Telefon: 224 972 273, 224 972 231

RPH / Regionální pracoviště Hradec Králové

Regionální pracoviště pro: Ústecký kraj, Liberecký kraj, Královéhradecký kraj, Pardubický kraj

Vedoucí pracoviště: Ing. Libuše

Drahokoupilová

E-mail: Libuse.Drahokoupilova@uzis.cz

Telefon: 495 058 321, 495 058 328

Fax: 495 058 322

RPB / Regionální pracoviště Brno

Regionální pracoviště pro:

Kraj Vysočina, Jihomoravský kraj, Zlínský kraj

Vedoucí pracoviště: MUDr. Jaroslava Pazourková

E-mail: Jaroslava.Pazourkova@uzis.cz

Telefon: 778 529 201, 778 529 202

RPO / Regionální pracoviště Ostrava

Regionální pracoviště pro: Olomoucký kraj, Moravskoslezský kraj

Vedoucí pracoviště: Blažena Kozlíková

E-mail: Blazena.Kozlikova@uzis.cz

Telefon: 597 374 185

Fax: 597 374 185

V případě potřeby prosím kontaktujte centrální pracoviště ÚZIS ČR na adrese helpdesk@uzis.cz nebo uzis@uzis.cz, telefon 22497 2243.

více na www.uzis.cz.

■ Vydána zdravotnická ročenka 2013

V prosinci 2014 vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky Zdravotnickou ročenku České republiky s údaji za rok 2013. Ročenku připravil Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) z údajů Národního zdravotnického informačního systému a navazujících mimoresortních zdrojů, zejména Českého statistického úřadu, České správy sociálního zabezpečení, Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Podkladem pro mezinárodní srovnání byla databáze Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny, databáze Eurostatu a databáze OECD Health Data.

Zdravotnická ročenka České republiky vychází ve stávající podobě od roku 1994. Uspořádání a vnitřní struktura kapitol se příliš nemění, dochází pouze k drobným změnám a vylepšením. Tato skutečnost umožňuje uživatelům publikace sledovat statistické údaje v časových řadách.

Data jsou publikována souhrnně za zdravotnictví celkem, tj. včetně zdravotnických zařízení ostatních centrálních orgánů. Na celostátní ročenku navazují zdravotnické ročenky jednotlivých krajů, které připravují regionální pracoviště ÚZIS ČR a které poskytují detailnější pohled na zdravotnictví jednotlivých krajů.

Podrobnosti lze vyhledat na <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2013>

Muži se chovají pitoměji než ženy, říká studie v British Medical Journal

Dokazuje to na příkladu poněkud černě laděných tzv. Darwinových cen.

Odborný časopis BMJ (British Medical Journal) zařadil do vánočního čísla studii s provokativním titulem „Darwinovy ceny: rozdíl mezi pohlavími v idiotském chování“. Dokazuje se v ní přímo na číslech, že když jde o provedení opravdu hodně velké a smrtelně nebezpečné pitomosti, muži výrazně vedou nad ženami.

Pomoc evoluci

Už v roce 1985 navrhla Wendy Northcuttová, studentka Kalifornské a později Stanfordovy univerzity, koncept Darwinovy ceny: jde v ní o rádobyocenění lidí, kteří prospěli lidskému genofondu tím, že z něj vlastním přičiněním odstranili svoje „hloupé“ geny.

Nositeli ocenění, které se uděluje dodnes, jsou tedy osoby, které zahynuly v důsledku výjimečně hloupého chování. Typickým příkladem může být muž, který hrál ruskou ruletu s automatickou pistolí a samozřejmě se zastřelil při prvním pokusu (hraní ruské rulety s bubínkovým revolverem, v němž je jen jeden náboj, se považuje za běžnou hloupost, která si ocenění nezaslouží).

Jiným nositelem se stal terorista, který poslal dopis s výbušninou a opatřil jej zpáteční adresou, ale nedostatečným poštovním. Když mu proto pošta dopis vrátila, sám jej otevřel...

Muži těžce vedou

Z 332 zatím udělených Darwinových cen jich 14 společně dostali muži a ženy (zpravidla páry, které provedly smrtelnou pitomost při milostném laškování). Dále získalo ocenění 282 mužů a jen 36 žen. Rozdíl mezi pohlavími při páchaní pitomostí tím byl statisticky významně prokázán. Částečným, ale jen částečným vysvětlením může být fakt, že muži více pijí alkohol a jsou pak pod jeho vlivem.

Zdroj: BMJ, doi: 10.1136/bmj.g7094, 14. 12. 2014



Švédský stůl za malé peníze neexistuje

Před koncem roku byl představen projekt Mederi.cz, který si klade za cíl analyzovat hlavní problémy českého zdravotního systému a vyprovokovat přemýšlení nad tím, jak by mohl fungovat účelněji pro všechny, kdo se ho účastní. Následující komentář v podobě Deseti přání českému zdravotnictví z pohledu ekonoma Miroslava Zámečnicka a bývalého lékaře Pavla Vepřeka, s laskavým svolením autorů nabízíme také čtenářům Medical Tribune.

Středobodem snažení autorského kolektivu pod vedením Ing. Miroslava Zámečnicka nicméně není pouhá kritika všeho, v čem české zdravotnictví zaostává, nýbrž přesná analýza stavu, do něhož české zdravotnictví dospělo. Z této analýzy pak mohou vzejít jednotlivé náměty či ucelené koncepty, kterým směrem se dále ubírat. Na stránkách www.mederi.cz tak mohou čtenáři najít podnětné komentáře i analýzy. Mimo jiné i následující komentář v podobě Deseti přání českému zdravotnictví z pohledu ekonoma Miroslava Zámečnicka a bývalého lékaře Pavla Vepřeka, kterým s laskavým svolením autorů nabízíme také čtenářům Medical Tribune.

Žijeme v době, která kriticky pohlíží na uplynulé čtvrtstoletí. Ve zdravotnictví však paradoxně ani nedokážeme definovat způsob, jakým chceme dosáhnout v příštím čtvrtstoletí toho, co vlastně chceme: dostupnou a kvalitní zdravotní péči. Česká ekonomika přitom poroste pomaleji než v tom předchozím, zatímco populace bude naopak stárnout rychleji. Zajištění dostatečných finančních zdrojů bude stále těžší. Co s tím? Následující desatero je pro české zdravotnictví nezbytností.

1. Uklidit nepořádek v hlavě

Je nesporné, že zajištění dostatečných finančních zdrojů lze dosáhnout jenom dvěma možnými způsoby. Jeden bude počítat s vyšší možností volby, ale i finanční osobní spoluúčastí, zatímco ten druhý recipročně, ale stejně nevyhnutelně musí kombinovat nižší spoluúčast a nižší možnost volby, vyšší soustředění na úspory z rozsahu a vyšší úroveň regulace. Rozdíl bude v komfortu, s nímž se pacient svobodně pohybuje systémem. Jednu věc nelze pominout: Česko si jednu z těchto cest bude muset vybrat, protože nebude mít na „švédský stůl“ za „malé peníze“.

Přejeme si, aby vývoj našeho zdravotnictví byl dlouhodobě předvídatelný.

2. Počítat přínosy

Budeme muset začít nesrovnatelně tvrději hodnotit to, co je přínosem poskytované péče, a podle toho začít platit. Představa, že by snad bylo možné proplácet veškeré zdravotní výkony a služby z veřejného zdravotního

pojištění bez ohledu na jejich „návratnost“, je v budoucnu neobhajitelná. Z ekonomického hlediska se rapidně blížíme bodu, kdy je nutné začít počítat ekonomický přínos získaný od moderní medicíny, která bude stále více individualizovaná i z nákladového hlediska. Civilizačně bychom měli tendovat k téměř jakékoli akceptaci nákladů získaného „člověkoroku kvalitního života“, ale tato možnost nám bude upřena. Budeme muset začít počítat, co je ještě možné zaplatit z veřejného systému a co už možné není. Systém veřejného zdravotního pojištění by měl hradit jen to, co je prokazatelně účinné a nákladově efektivní. O to by se mělo starat hodnocení zdravotnických technologií (HTA) s následným posouzením komisí složenou ze všech „stakeholderů“, která proces obohatí o veřejný zájem. Poskytováním obecně účinné a nákladově efektivní péče ale také dochází k mrhání s veřejnými prostředky, pokud je směřována k nevhodným pacientům, v nevhodnou dobu, na nevhodném místě, nebo je aplikována špatným způsobem.

K tomu, aby se tak nedělo, by měly sloužit léčebné standardy, doporučené postupy, diagnostické a léčebné protokoly, disease a case management a jiné vymyšlenosti. Monitorování výsledků zdravotnického snažení v podobě délky přežití, střední délky života ve zdraví, počtu odvrátitelných úmrtí a podobně je klenákem v klenbě celého procesu a poskytuje zpětnou vazbu pro kultivaci způsobů, jakými pečujeme o naše nemocné. *Přejeme si, aby peníze veřejného zdravotního pojištění přinášely co největší užitek.*

3. Motivovat poskytovatele, platit za výsledek

Česko preferuje nezatěžování pacienta ekonomickými náklady a s touto politikou volbou je nezbytné se nějakým ekonomicky gramotným způsobem vypořádat. Problém spočívá v té ekonomické gramotnosti, neboť jestliže přijmeme nízké zatížení spotřebitele zdravotní péče v momentu, kdy péči obdrží, o to větší dávku ekonomického řízení musejí „obdržet“ její poskytovatelé, jinak se systém ekonomicky zhroutí. Jestliže se společnost – ať již zaměstnavatelé, zaměstnanci, živ-

nostníci nebo stát platící za takzvané státní pojištěnce – shodne na neochotě navyšovat zdravotní rozpočet, k čemuž zcela zřetelně dojde, pak je míč na druhé straně hřiště. A tou je efektivita a produktivita zdravotního systému. Nutně se tedy budeme muset trvale zabývat tím, za co je systém placen a jak je řízen. Shodněme se, že je zatím placen výkonově (jako každý normální producent), avšak dosud málo záleželo na poměru cena/výkon. O tom, že cena/výkon/výsledek jsou relevantní parametry i ve zdravotnictví, snad nikdo nebude polemizovat. Klíčovou otázkou ale je, jak a kdo to bude dělat. Logicky se nabízejí zdravotní pojišťovny, které naše peníze spravují a podle regulí by s nimi měly účelně hospodařit a nakupovat jen kvalitní péči. Pohříchu je systém nastaven tak, že se pojišťovnám toto snažení nevyplácí. Ideálem by bylo odměňovat zdravotníky podle toho, jak jsou ve svém snažení úspěšní. Naše ambice by měla být skromnější: platit jen tu péči, která je v souladu se správnou lékařskou praxí, a platit ji tak, aby lékaře motivovala poskytovat ji efektivně.

Přejeme si, aby veřejný systém uměl správně zaplatit potřebnou péči a neplatil nepotřebnou.

4. Kdo je organizátor péče pro pacienta?

Na tuto otázku si bude česká polis muset odpovědět v dohledné době, neboť pěstovat si pluralitní zdravotní pojišťovny, aniž by na ně byla důsledně převedena odpovědnost a pravomoc za zajišťování zdravotní péče (anebo aby jim byla naopak odebrána a převedena na vertikálně organizovanou národní zdravotní službu), není možné donekonečna. Češi si budou muset vybrat, zda se chtějí svěřit raději pluralitním pojišťovnám s jasně definovanými právy a povinnostmi, anebo se svěří státu se všemi z toho vyplývajícími důsledky. Současný hybrid není udržitelný. Jedna zdravotní pojišťovna nemá smysl, neboť tím jenom mystifikujeme veřejnost, že existuje autonomní orgán s autonomními financemi, který proplácí zdravotní služby. Jestliže si ovšem vybereme pluralitní systém, pak mu musíme nechat práva, která tomu odpovídají, včetně práva stanovení zastřešujících



„ceny cen“ – pojistky. V této logice musíme zdravotním pojišťovnám přiznat i možnost jejich volby zdravotní sítě, samostatné cenové a smluvní politiky ve vztahu k poskytovatelům. To samozřejmě vyžaduje hlubokou reformu, dokonce i v samotné filosofii nahlížení na roli veřejnoprávních pojišťoven.

Přejeme si, aby organizátor péče měl motivaci i možnosti to dělat co nejlépe.

5. Restrukturalizace, specializace a koordinace

To, co vždycky zajímalo soukromé poskytovatele péče ve zdravotnictví na vstupu do odvětví (a nyní máme na mysli skutečné podnikatele, nikoli živnostníky v podobě samostatných praxí), je ohromná tvorba volného toku hotovosti tím, že v rámci soukromého zdravotnického řetězce využijete veškerý potenciál zvýšení produktivity a efektivnosti ve srovnání s velmi fragmentovanými soukromými poskytovateli a méně efektivními veřejnými nemocnicemi (které mají jinou cílovou funkci). Úspory z rozsahu a z organizačního zvýšení efektivnosti přitahují soukromý kapitál do českého zdravotnictví jako „Cerro Rico“, kopec stříbra v Bolívii, který zásoboval koloniální Španělsko po dvě staletí penězi. Když to otočíte naruby a díváte se na to z pohledu zákazníka a daňového poplatníka, je to ambivalentní pocit. Mohli bychom dostat motivovanější službu? Asi ano.

Na dlouho? Bez regulátora asi ne.

Přejeme si odpovědnou správu majetků ve zdravotnictví.

6. Co stát, co pacient?

Ať ve zdravotnictví fandíme přidělovému systému, nebo regulovanému trhu, bez sebevědomého a funkčního regulátora se neobejdeme. Jen si musíme vybrat, protože zaměření a forma regulací se v obou systémech liší. Pokud se držíme představy o budování funkčního pluralitního systému, těžiště aktivit státu by mělo být v normativní a kontrolní oblasti, nikoli v operativním řízení. Že je tomu zatím spíše naopak, ilustruje každoroční martyrium s úhradovou vyhláškou, křehkost pozic kapitanů zdravotnictví, „odezdikezdisumus“ a všeobjímající nejistota. Měli bychom po státu chtít, aby se pochlapil a pro zdravotnictví nastavil pravidla určující jeho dlouhodobé směřování, která budou upravována pouze parametricky. Je zřejmé, že snahy o posílení postavení pacientů ve zdravotním systému jejich přímým zapojením do alokace zdrojů, a to jakýmkoli způsobem, nebyly přijaty s nadšením. Vyřazení občanů z ekonomické zainteresovanosti na veřejném systému zhoršuje proveditelnost všech

kroků, které směřují ke zvýšení efektivity zdravotnictví. O to lépe musejí být připraveny a komunikovány.

Přejeme si, aby se stát polepšil v kvalitě regulací a aby občané našli větší zálibu ve svobodném rozhodování ve zdravotnictví.

7. Co se stárnutím?

Stárnutí populace je obecně sdílená mantra, kterou se obhájí zvyšování nákladů na zdravotnictví. Žijeme stále déle a naši společnost to v mnoha rovinách mění. Rostoucí počty seniorů ovlivňují podobu služeb, nabídku prodáváného zboží, mění kulturní a politické prostředí. Na rozdíl od dopadů na systém důchodového zabezpečení, které jsou zřejmé a snadno spočitatelné, se jejich vliv na zdravotnictví výrazně nadhodnocuje. Z nákladových řad je zřejmé, že stárnutí populace se podílí na růstu nákladů jen 15%. Zbytek mají na svědomí nové technologie a poskytování stále většího objemu péče stále více poskytovateli. Na důchodcích sice zdravotnictví nevykrvácí, ale jejich rostoucí počty ovlivňují a stále více budou ovlivňovat strukturu i podobu poskytovaných služeb. Křehkým seniorům nenabízí vítězná „high tech medicína“ více užítu než vlídná údržba orientovaná na udržení mobility a tlumení obtíží.

Přejeme si, aby zdravotnictví aktivně přispívalo ke stárnutí zdravé populace a dokázalo se přizpůsobovat změnám potřebám.

8. Propojovat zdravotní a sociální péči

Zdravotní a sociální péče tvoří přirozené kontinuum a jejich podíl na péči o konkrétního pacienta je dán jeho aktuálním zdravotním stavem a životní situací. Obvykle na začátku epizody dominuje složka zdravotní, aby postupně převládla komponenta sociální. V mnoha oblastech se zdravotní a sociální služby prolínají natolik, že by si zasloužily být pojednávány jednotně. Historické pokusy oba systémy sblížit uvízly na oboustranném nezájmu, přesto je více než nasnadě, že právě to by jim prospělo. Pro první přiblížení by stačilo vzájemné sdílení informací o finančních tocích a péči poskytované společným pacientům. Řešením by mohlo být organizační i ekonomické propojení obou systémů v oblasti služeb vázaných na zdravotní stav občana. Jako technické řešení se nabízí přesun správy prostředků na nemocenskou, invalidní důchody a sociální dávky (příspěvky na péči) do správy veřejného zdravotního pojištění. Důchody, dávky státní sociální podpory a dávky v hmotné nouzi by zůstaly v péči úřadů práce a České správy sociálního zabezpečení.

Přejeme si, aby zdravotní a sociální péče byla propojena minimálně v informační oblasti.

9. Začít využívat eHealth

Informační a komunikační technologie mají velký a dosud nedostatečně využívaný potenciál zvýšit kvalitu, efektivitu a transparentnost zdravotnictví. Jejich prokletím je náchylnost k roli fíkového listu pro nekorektní finanční transakce a na straně druhé strach z transparentnosti a účinné kontroly. eHealth se daří všude tam, kde jeho nasazení vychází z reálných potřeb uživatelů. Nemocniční lékař může odkudkoli sledovat aktuální výsledky svých pacientů, sdílení obrazové dokumentace zkvalitnilo její interpretaci a zrychlilo poskytovanou péči stejně jako společný přístup k informacím skupiny odborníků pečujících o společného pacienta. Selháním státu je malý důraz na digitalizaci všech informací, které mají peněžní vyjádření. Odklad zavedení eReceptu a uzákonění povinnosti vystavovat poukaz na zdravotnický prostředek pouze v papírové podobě svědčí o odlišném směřování. Ve věku chytrých telefonů to je nejen ostuda, ale i vědomé brzdění inovací tam, kde by mohly pomoci.

Přejeme si, aby se eHealth stalo dobrým sluhou, a nikoli špatným pánem.

10. Měřit inovace a zveřejňovat výsledky

Medicína se vyvíjí a průběžně nabízí nové alternativy k zavedeným způsobům poznávání a léčení nemocí. Všichni, kteří vymyslí a vyvinou něco nového, mají touhu to také ve zdravotnictví uplatnit. A to se brání. Brání se ti, kterým je nová technologie konkurencí, a brání se správci veřejných rozpočtů, kterým se z principu každá změna protíví. Základním postupem je hra na zdrženou. Novým technologiím se kladou do cesty různé administrativní překážky, takže cíle dosáhnou jen ti nejtrpělivější a nejjobratnější. Nevýhodou tohoto přístupu k inovacím je, že ty užitečné se k pacientům dostávají s výrazným časovým skluzem. Společnost by měla používat sofistikovanější nástroj na oddělování zrna od plev, než je časový test. Tím je hodnocení zdravotnických technologií, které inovaci proklepe ze všech myslitelných stran a poskytne podklady pro komisionální posouzení. Výstupy HTA agentur jsou veřejné a univerzálně dostupné. Jejich spolupráce se v rámci EU odehrává v EUnetHTA čili síti HTA agentur, ale Česká republika zatím jen přihlíží.

Přejeme si, aby skutečně přínosné a nákladově efektivní inovace sloužily pacientům co nejdříve.

Převzato z Medical Tribune 26/2014



Zpráva ze zahraniční cesty

Výroční zasedání Evropské akademie pediatriů

MUDr. Gabriela Kubátová

Zahraniční komise, delegát pro primární pediatrickou péči EAP

Ve dnech 5.–6. 12. 2014 jsem se zúčastnila zasedání EAP v Bruselu. Z finančních důvodů byla pracovní cesta zkrácena na jeden a půl dne, takže jsem se nezúčastnila generálního zasedání, které se konalo v sobotu odpoledne.

V pátek dopoledne proběhlo společné zasedání pracovní skupiny pro etiku a vzácná onemocnění. Dr. Štefan Grosek (Slovinsko) měl zajímavou prezentaci na téma „Human enhancement and ethics“ – „Lidské vylepšování a etika“. Věnoval se tématu vylepšování lidského těla a úpravy genetických informací – předimplantační genetické diagnostice, plastické a estetické chirurgii, tetování, zubní kosmetické chirurgii, laserovým technikám. Věnoval se i tématu sportu a zvyšování výkonnosti – prostředky na zvyšování svalové hmoty, stimulace mentálních schopností, aplikace analgetik, tréninky s nedostatkem kyslíku (např. v Rakousku fotbalisti, v Kanadě hokejisti), TDCS – transcranial direct current stimulation – neinvazivní mozková stimulace. Pozornost byla věnována aplikaci psychotropních a nootropních látek. Je to etické? Jak se těmito zákroky změní podoba lidské společnosti? Zabezpečí společnost každému přístup k těmto novým medicínským technologiím?

Předseda pracovní skupiny prof. dr. David Neubauer (Slovinsko) vyzval účastníky ke komentáři k materiálu o novorozenecké mužské obřízce. Základní etickou otázkou je „Odmítat, nebo ne?“

Předsedkyně pracovní skupiny pro vzácná onemocnění dr. Lisbeth Siderius (Nizozemsko) informovala o běžícím projektu, na kterém participuje i EAP – „Best practices“. Dále informovala o projektu v souvislosti s guidelines pro vzácná onemocnění. Momentálně probíhají řešerše, zatím je jich sesbíraných 44, dalším krokem bude jejich posuzování. Věnovala se i kodifikaci vzácných onemocnění. Připravuje se nová MKN v roce 2017, kde budou kódy i pro

vzácná onemocnění. Do té doby se používají samostatné kódy – Orphan kódy. Pracuje se i na rozčlenění vzácných nemocí do skupin; v EU vznikla expertní komise pro tento účel. EAPRASnet: informace o proběhlých studiích. Řešila se otázka financování z rozpočtu EAP. Dr. Zach Grossman (Izrael) informoval o výsledcích studie o používání elektronické dokumentace. Připravuje se studie o dostupnosti a kvalitě péče o děti legálních i nelegálních imigrantů. Pracovní skupina pro očkování: Před zasedáním EAP byl rozeslán účastníkům dotazník, na jehož přípravě jsem participovala i já, a to s otázkami eliminace zarděnek a spalniček, implementace doporučených vakcín (rotaviry, HPV), dostupnosti nových vakcín, monitoringu proočkovanosti, veřejných fondů pro odškodnění nežádoucích účinků očkování. Na zasedání dr. Dornbush (Rakousko) informoval ve své prezentaci o závěrech dotazníku. Návrhy na témata pro následující zasedání: očkování okrajových sociálních skupin, opakování studie EAPRASnet o odmítání očkování – úprava dotazníku, očkování proti chřipce – děti a dorost, metodologie získávání dat o proočkovanosti. V rámci národních reportů zmíněna existence webových stránek v některých státech s aktuálními informacemi o protivakcinačních aktivitách a doporučeními, jak na ně reagovat.

Odpoledne zasedala pracovní skupina pro společný kmen. Dr. Robert Russel (Velká Británie) za EAP představil hotový návrh na vzdělávání v pediatrii. EAP doporučuje společný kmen tříletý, po skončení závěrečné hodnocení, jeho forma je plně v národní kompetenci. Má obsahovat hodnocení teoretických i praktických vědomostí, absolvování stáží dle logbooku a reference ze strany školitele. Po kmeni další specializace směrem k primární pediatrii, akutní pediatrii a pediatrickým specializacím. Délka tohoto dalšího vzdělávání je opět plně v národní kompetenci včetně závěrečného hodnocení.

Můžeme říci, že model našeho stávajícího vzdělávání je plně kompatibilní s tímto návrhem, s jediným rozdílem, že v ČR máme dvouletý kmen.

Do večera se pak konalo odborné sympozium na téma meningokokových infekcí a jejich prevence.

Na zasedání pracovní skupiny při primární a sekundární pediatrii dr. Elke Jäger-Roman ve své prezentaci představila dokončený a schválený návrh na curriculum pro primární pediatrii, který vypracovala Evropská konfederace pro primární péči (ECPCP). Toto curriculum nabídla EAP pro použití při dalším rozpracování vzdělávání v pediatrii po společném kmeni. Má sloužit jako základ pro vzdělávání pro budoucí lékaře pracující v primární pediatrické péči. Na tvorbě tohoto curricula jsem se za SPLDD/OSPDL podílela i já jako delegát za ČR.

Předseda pracovní skupiny dr. Barak představil návrh na „Manuál primární péče“, postupy, které nejsou jenom pro lékaře, ale pro všechny poskytovatele péče o dítě a dorost. Diskutovala se formulace definice primární a sekundární pediatrické péče. Tato definice se pošle do Rady Evropy z důvodu vytvoření koncepce péče o dítě v Evropě.

V rámci národních reportů jsem informovala pracovní skupinu o problémech, které řeší PLDD v ČR v souvislosti s připravovanou reformou vzdělávání a v souvislosti s ohrožením úrovně kvality péče o dítě v ČR, pokud by k plánovaným změnám došlo. I další evropské státy (Francie, Polsko, Rakousko) mají problémy v oblasti primární péče o dítě. Požádala jsem o oficiální písemnou podporu našich aktivit ze strany Evropské akademie pediatriů a ECPCP. Na závěr zasedání proběhly volby předsedy pracovní skupiny pro primární a sekundární péči.

Dalšího zasedání v sobotu odpoledne jsem se z výše uvedených důvodů již nezúčastnila.

Linola®

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

- krém pro lokální terapii extrémně suchých ložisek
- vysoký obsah lipidů – 60%
- vynikající snášenlivost

Linda Felt Oltorf

[illegible]

Linda Pitt

[illegible]

Podrobnější literatura - viz. část IV. VZP nebo na www.iuuk.cz

**Jediná hrazená
koupelová
přísada***



Výhradní zastoupení pro ČR a SR
| 616 00 Brno | linola@medac.cz
www.linolaprodeti.cz

*bez obsahu
antiseptické složky



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

11. 12. 2014 se konal poslední **výbor OSPDL ČLS JEP**. Tak jako vždy jednou za tři měsíce se ho zúčastnili i regionální zástupci OSPDL, aby bylo možné řešit i eventuální regionální problematiku. Bohužel, stále nedošlo k náhradě odstoupivšího regionálního zástupce Jihočeského regionu, jeho funkci zatím supluje předsedkyně SPLDD tohoto regionu MUDr. Daniela Verdánová. Zkusím využít i této příležitosti a žádám kolegy z jižních Čech, aby někdo našel „odvahu a chuť“ k práci v odborné společnosti.

Vybraná témata – probíraná na výboru + navazující:

17. 12. 2014 se konala **tisková konference na téma onkologické prevence**. Za onkology se konference zúčastnila doc. MUDr. Tesařová, za PLDD MUDr. Šebková. Pro někoho se může zdát spojení těchto dvou oborů podivné, ale jak vyplynulo i z prezentace paní docentky, příčiny onkologických onemocnění je nutné vidět v širším měřítku, patří mezi ně i životní styl, stravování, rizikové návyky. Všude tam je nesporná úloha PLDD. Navíc kromě obecných příčin do primární péče v dětském věku spadá prevence formou očkování, kde již v současnosti má své jasné místo v prevenci onkologických onemocnění očkování proti HPV. To nabývá na významu rozšířením indikací o další diagnózy a mužské pohlaví. Výstupy z konference jsou umístěny na webu OSPDL.

Kromě toho se OSPDL připojila k dalším odborným společnostem podpisem výzvy HPV college, která vyzývá k větší informovanosti veřejnosti o možnosti prevence onkologických onemocnění očkováním proti HPV. Tuto výzvu podpořil i předseda ČLS JEP profesor Blahoš. Na základě kontaktu se zástupkyní onkologů se ale ukázala i další témata spolupráce, kterou vnímám jako pokračování mezioborového setkávání lékařů ve prospěch našich společných klientů.

Nadále hlavním tématem zůstává **obor PLDD**. Na jiném místě VOXu jsou umístěna písemná stanoviska, která postupně přibývají jako reakce na teze MZ k novele zákona

o vzdělávání. Stanovisko obou našich organizací zůstává neměnné – v primární péči musí existovat atestovaný lékař s erudicí získanou na základě dostatečného vzdělávání v praxi PLDD. Vyšel rozhovor MUDr. Hülleové o problému v primární péči v Medical Tribune. Z diskuse, kterou bylo možné následně sledovat, téměř jednoznačně vyplývá podpora zachování stávajícího systému primární péče o děti a dorost v ČR. Zdravotnické noviny 15. 12. otiskly celostránkový článek o oboru PLDD od MUDr. Šebkové. Podpory se nám dostalo i od některých odborných společností (Česká společnost gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP, Společnost pro výživu a.s., Česká společnost infekčního lékařství, Česká společnost dorostového lékařství, Česká vakcinologická společnost). Podporu našemu oboru vyjádřil i prezident Evropské konfederace primárních pediatrií (ECPCP). Podporující dopis vyzdvihuje kvalitu vzdělávání v primární péči pro děti a dorost v ČR, které je vzorem pro ostatní evropské státy.

MUDr. Kubátová se zúčastnila **Konference o sexuálním a reprodukčním zdraví**, kde se mimo jiné řešila i problematika domácích porodů. Ta není zakotvena v českém právním řádu. Používají se separátní právní výklady. Specializovaná způsobilost determinuje rozsah činnosti PLDD. S touto problematikou souvisí i otázka ambulantních porodů, resp. předčasného propouštění novorozenců z porodnice. Na základě podnětu kolegyně z Ostravska je nutné se touto problematikou intenzivně zabývat jak z hlediska legislativního, tak z hlediska obsahového. V plánu je komunikace s neonatologem a dalšími příslušnými odborníky.

17. 12. – MUDr. Šebková se zúčastnila dalšího zasedání pracovní skupiny v rámci programu Zdraví 2020 – **Prevence rizikového chování**. Dochází ke vzniku projektu, který se zabývá zlepšením prevence rizikového chování ve styčných oblastech – školství, zdravotnictví, veřejnost, měl by vzniknout „akční plán“, zahrnující nejrůznější aktivity.

6. 1. 2015 – MUDr. Šebková se zúčastnila dalšího zasedání pracovní skupiny v rámci programu Zdraví 2020 – tentokrát tzv. **Provakcinační skupina**, tj. podskupina v rámci skupiny prevence infekčních nemocí. I zde se vytváří „akční plán“ – k podpoře očkování.

7. 1. – schůzka MUDr. Šebková, MUDr. Kantor, předseda České neonatologické společnosti ČLS JEP – schůzka ukázala velkou vstřícnost a ochotu ke spolupráci PLDD a neonatologů. Uvědomujeme si, že naše obory se bez vzájemné spolupráce neobejdou a že tato spolupráce je potřebná. Je poměrně dost témat, která je potřeba řešit – otázka výživy nedonošenců po propuštění z dlouhodobých hospitalizací, otázka očkování nedonošených dětí, předčasná propuštění novorozenců a s nimi související rizika. MUDr. Hülleová, která se ke schůzce připojila, zmínila panu předsedu problematiku rodných čísel u novorozenců. Setkání bylo velmi přátelské a dle mého je příslibem kvalitní spolupráce mezi našimi společnostmi.

7. 1. – dr. Šebková – účast na NIKO – mimo jiné se probíraly některé nejasnosti kolem novely zákona č. 258/2000 Sb. Na základě e-mailu, který rozesílali zástupci Rozália, obdrželi členové NIKO kopii tiskové zprávy MZ ČR, která uvedla na pravou míru e-mailové informace. Byla opět nastolena otázka „odškodňovacího fondu“. Výstupy z NIKO budou k dispozici.

Dr. Šebková absolvovala schůzky se zástupci firem Nutricia a GSK – domluva spolupráce při vzdělávání PLDD v nastupujícím roce.



Režimy léčby inzulinem

MUDr. David Neumann, Ph.D.

Dětská klinika a dětská část Diabetologického centra FN Hradec Králové

Článek je určen pro dětské lékaře – nespecialisty. Přehledně shrnuje inzulinové režimy léčby dětí s diabetem, se kterými se mohou ve své praxi setkat. Uvádí výhody a nevýhody, okolnosti vedoucí k uspokojivým výsledkům léčby daným režimem, vazby na věk a typ dítěte. Přináší výčet různých typů inzulinů jako nástrojů ke zvládnutí onemocnění. Má přispět k srozumitelnosti problematiky a snadnější orientaci v ní.

■ Úvod

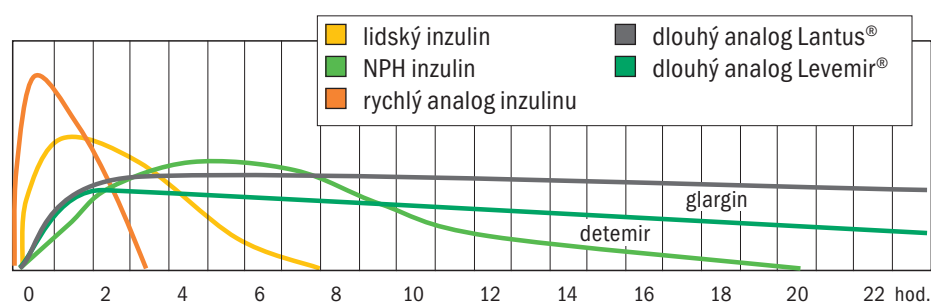
V roce 2015 má dětský diabetolog k dispozici *paletu inzulinů* (obr. 1), ze kterých vybírá vždy kombinaci *bazálního inzulinu* (NPH inzulin nebo dlouhodobý analog) a *inzulinu podávaného k jídlům* (lidský inzulin nebo rychlý analog) podle potřeb dítěte [1]. Přihlíží přitom k věku, tělesné konstituci, aktivitám dítěte a rodiny, jejich životním postojům, stadiu a průběhu léčby diabetu, možnostem rodičů a technickým dovednostem dětí i rodičů.

S *konvenčním inzulinovým režimem* (obr. 2), společným podáním lidského inzulinu a protaminovaného NPH inzulinu v ranní a večerní dávce (2 + 2), se nesetkáváme už ani u nejmenších dětí. Dávno je porušen také tradiční koncept *intenzifikovaného inzulinového režimu* [2] – prandiálně (k jídlům) třikrát denně podávaného humánního inzulinu a NPH inzulinu aplikovaného s druhou večerní před usnutím (3 + 1; viz obr. 3) jako „zlatého standardu léčby diabetu. V současnosti již přestává být nejužívanějším režimem, a proto by neměl být jako referenční režim označován.

■ Fixní a flexibilní inzulinové režimy a léčba inzulinovou pumpou

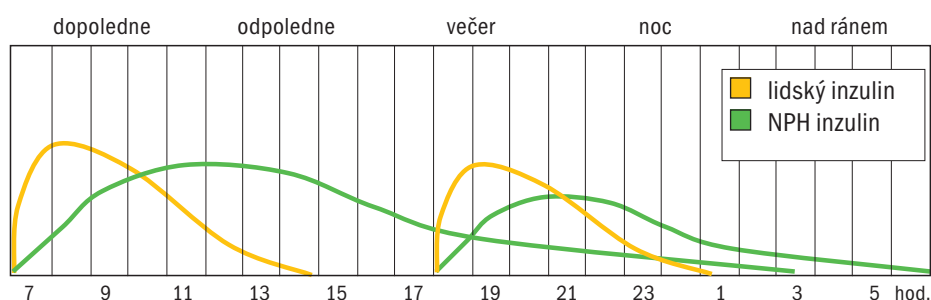
Moderní léčbu je možné rozdělit na *režimy fixní a flexibilní* [3]. Všechny vyžadují od dětí i rodičů určitou míru *zdravotní gramotnosti*, tedy pochopení důvodů, proč má mít dítě léčbu vedoucí nebo se alespoň blíží k ideální glykémii v průběhu celého dne. Pestrost přinesla hlavně nová *inzulinová analogová s velmi rychlým a o něco později velmi dlouhým účinkem*. Analoga umožnila přiblížit se fyziologickému „vzoru“ (obr. 4), oddělit bazální a prandiální

Obr. 1 Spektrum používaných inzulinů, přípravy a doby účinku

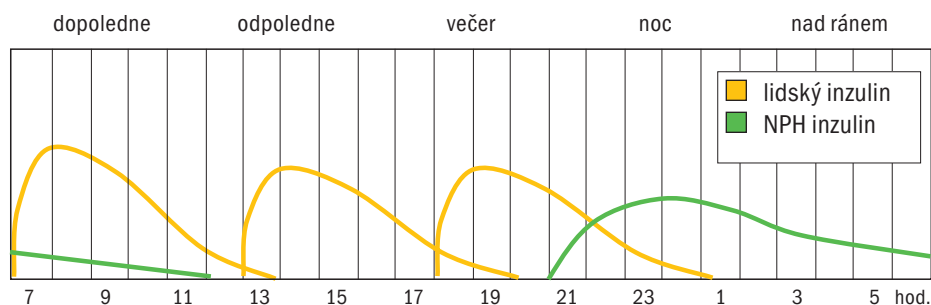


Skupina	přípravky	počátek účinku	max. účinku	efektivní účinek
Lidský (humánní) inzulin	Humulin R, Insuman Rapid, Actrapid	20–40 minut	2–3 hod.	6 (5–8) hod.
Rychle působící analog	Humalog, Apidra, Novorapid	5–15 minut	0,5–1,5 hod.	3 (5) hod.
NPH (protaminovaný) inzulin	Humulin N, Insuman Basal, Insulatard	2–4 hod.	6 (4–10) hod.	12 (10–16) hod.
Dlouhodobě působící analog	Lantus, Levemir	2–4 hod.	bez maxima	20–24 hod.

Obr. 2 Konvenční inzulinová léčba (2 + 2)



Obr. 3 Intenzifikovaný inzulinový režim (3 + 1)





část dávky inzulínu tak, jak to již známe z léčby inzulínovou pumpou (obr. 5).

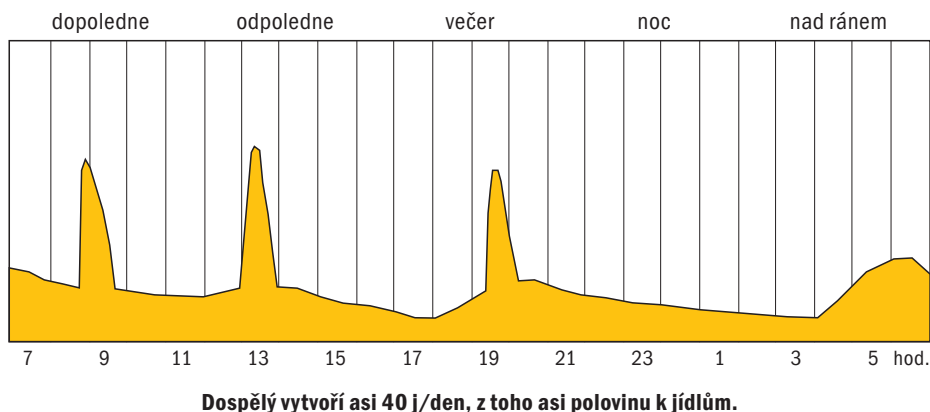
Odráží se to i v *poměrech bazálníhoho (dříve nočního) inzulínu a inzulínů aplikovaných k jídlům*. Zatímco v režimech s NPH inzulínem (dvanáctihodinový, „noční“) tvořil tento „bazální“ obvykle 35 % celkové denní dávky, při použití dlouhodobě působících inzulínových analog je obvyklý poměr 50:50 [4]. Zjednodušila se také *edukace*. Nevýhodou dlouhodobých analog je dlouhá latence po změně jejich dávkování, a tedy malá flexibilita. Mohou se použít s lidským inzulínem a krátkodobě působícími analogy. Jsou základem pro tři typy režimů a jeden režim zvláštní (viz obr. 8–11).

Většina dětí bude nejspíše nadále léčena *režimy fixními*. Používají tradiční představu o *pravidelném denním režimu dítěte s diabetem*. Jídla s předepsaným množstvím sacharidů jsou podávána ve víceméně daných časech a vyvážena předem stanovenou dávkou inzulínu. Děti upravují množství jídla a někdy dávku inzulínu jen ve vztahu k pohybovým aktivitám.

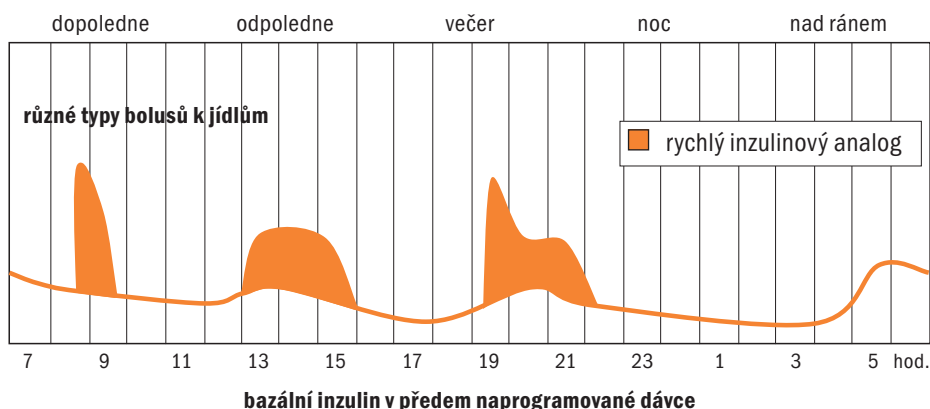
Flexibilní režimy kromě *zdravotní gramotnosti* vyžadují od uživatelů také *gramotnost matematickou*. Rodiče a starší děti se většinou učí koeficientům a matematickým odhadům, které jim umožní jíst různé dávky jídla a stále s velmi dobrým efektem na glykémii přizpůsobit dávku inzulínu tomu, jakou mají právě chuť k jídlu, jaké jídlo vybírají, s přihlédnutím k fyzické aktivitě proběhlé a chystané, k nepravidelnosti v podání jídel apod. Principy jsou odvozeny od léčby *inzulínovou pumpou*. Zajímavé je, že použití flexibilních režimů doporučují hlavně specialisté ze států, kde určitý řád v životě je součástí národní kultury, např. z Německa. Flexibilní režimy mírně zlepšují hodnotu glykovaného hemoglobinu, ale hlavně snižují výskyt hypoglykémie. Jaké výsledky bude mít jejich použití v České republice, uvidíme v nejbližších letech.

Samostatnou kapitolou je léčba *inzulínovou pumpou* (viz obr. 5). *Inzulínová pumpa* používá rychlá inzulínová analoga. Technicky rozděluje inzulín ze stejného zásobníku do *bazálu*, který dává podle předchozího naprogramování každé hodiny, a *bolusů*, které si pacient podává podle vlastního uvážení k jídlům. Bolusy je možné podat naráz, nebo rozložené do času 1–2 hodin, nebo podle

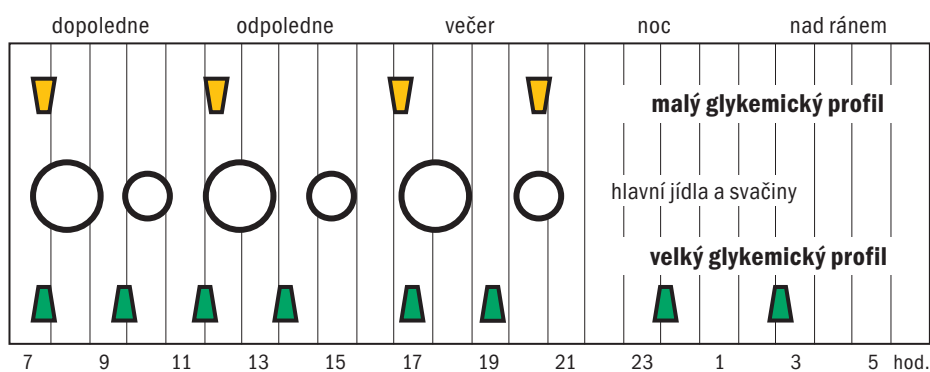
Obr. 4 Přirozená sekrece inzulínu



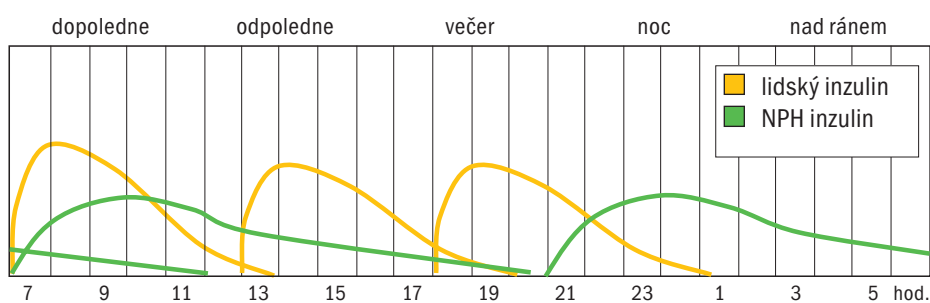
Obr. 5 Léčba inzulínovou pumpou. Bolusy mohou být různé



Obr. 6 Zásady samostatného měření glykemií. Malý a velký glykemický profil

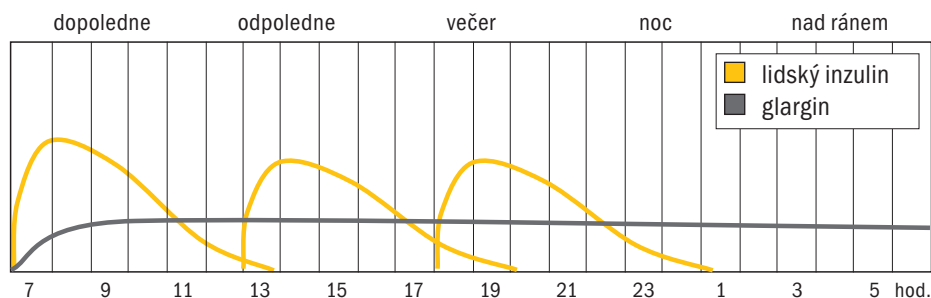


Obr. 7 Intenzifikovaný režim s ranní a večerní dávkou NPH a 3 dávkami lidského inzulínu

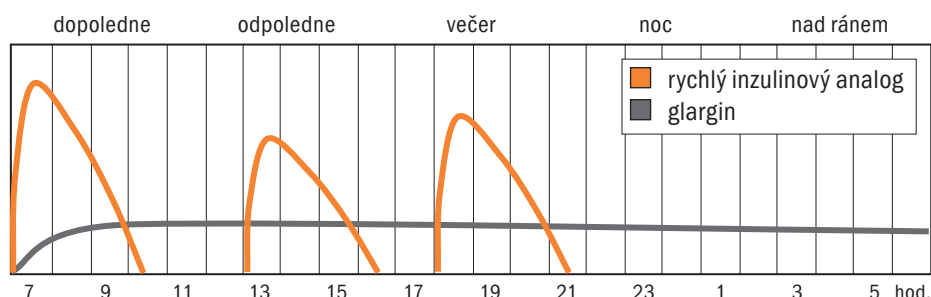




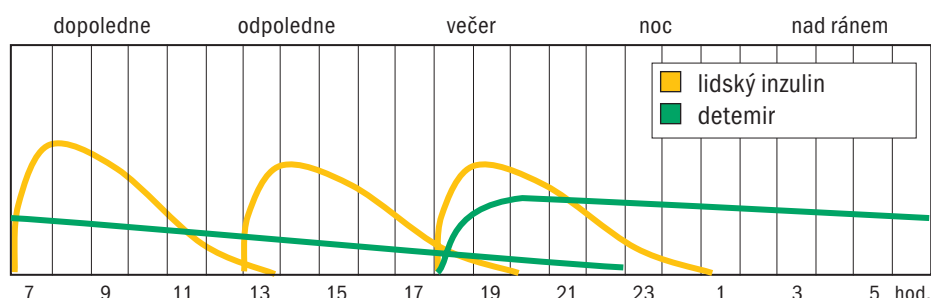
Obr. 8 Režim dlouhodobý analog, glargin a lidský inzulin 1 + 3



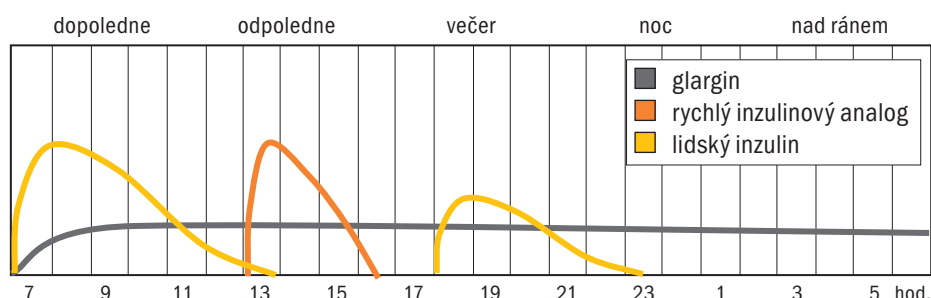
Obr. 9. Režim dlouhodobý analog glargin a rychlý analog 1 + 3



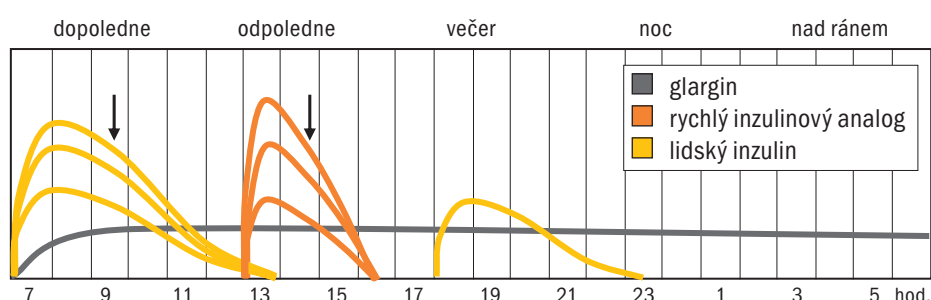
Obr. 10 Režim dlouhodobý analog detemir a lidský inzulin 3 + 1



Obr. 11 Glargin a rychlý analog/lidský inzulin podle typu jídla



Obr. 12 Flexibilní inzulinové režimy, různé dávky v různých dnech podle jídla



typu jídla (například pizza) kombinovat obě možnosti. Není nutné zdůrazňovat, že podobně je tomu fyziologicky. Denně dospělý člověk vytvoří asi 40 jednotek inzulinu, polovinu jako „bazál“, polovinu k jídlům. Léčba inzulinovou pumpou je vhodná i pro kojence a batolata, není věkové omezení jejího použití.

■ Spektrum inzulinů

V současnosti používáme lidský inzulin (Humulin R®, Insuman Rapid®, Actrapid®), NPH inzulin (Humulin N®, Insuman Basal®, Insulatard®), krátkodobě působící inzulinová analoga (Humalog®, Novorapid®, Apidra®) a dlouhodobě působící inzulinová analoga (Lantus®, Levemir®). Zatímco lidské a NPH inzuliny jsou svým složením i klinicky identické a rychlá inzulinová analoga jsou klinicky téměř identická, dlouhodobě působící analoga se složením i klinickým účinkem liší (viz obr. 1). Inzulin glargin (Lantus®) má stabilní účinek přesahující 24 hodin. Mezi jednotlivými dny může jeho účinnost mírně kolísat. Naproti tomu účinek inzulinu detemir (Levemir®) postupně v průběhu 24 hodin klesá. Obě dlouhodobá analoga nemají maximum a tím snižují množství hypoglykemií, zatímco NPH inzuliny jsou maximy typické. Lidský inzulin je jednoznačně nejúčinnější při léčbě *diabetické ketoacidózy*. Na ampulkách nebo lahvičkách je lidský inzulin označen žlutou barvou, NPH inzuliny světle zelenou, analoga pak různě.

■ Selfmonitoring

S inzulinovými režimy se neoddelitelně pojí také *samostatné měření glykémie, selfmonitoring*. Pro většinu režimů vč. léčby inzulinovou pumpou zůstává základ v každodenním vyšetření *malého glykemického profilu*, tedy glykémie před jídly a glykémie před spaním (4 měření denně). To je 1–2× týdně doplněno *velkým glykemickým profilem*, stanovením glykémie před hlavními jídly a 1,5–2 hodiny po nich, glykémie před spaním, o půlnoci a ve 3.00 (8 měření denně; obr 6).

■ Fixní inzulinové režimy

Intenzifikovaný režim s lidským inzulinem před jídly a NPH inzulinem na noc (viz obr. 3) je režim používaný v nejznámější diabetologické studii DCTT [2] jako protiváha *konvenční léčby*. Ukázal, že přizpůsobení léčby



inzulinem potřebám pacientů v jednotlivých částech dne zlepšuje dlouhodobé výsledky a nemocné chrání před chronickými komplikacemi. Zároveň však zvýšil množství hypoglykemií. K selfmonitoringu užívá malých a velkých glykemických profilů. Vzhledem k použití lidského inzulínu musejí děti léčené tímto režimem jíst svačiny, protože šestihodinový účinek v sobě skrývá neoddělený efekt bazálního i prandiálního působení. Za tři hodiny po hlavním jídle je účinek stále ještě tak silný, že bez svačiny by léčení upadali do hypoglykemií. Limitou je také maximum NPH inzulínu v noci, šest hodin po aplikaci. V době kolem třetí hodiny ráno, kdy je fyziologická potřeba inzulínu nejmenší, účinkuje nejvíce. Po zasnání hypoglykémii může vlivem glukagonu, kortizolu, katecholaminů a růstového hormonu dojít k prudkému vzestupu glykémie. Stav je známý jako Somódiho fenomén a nutí snižovat dávku NPH inzulínu s rizikem, že efekt nebude ranní zvýšené potřebě stačit. NPH inzulín podle délky spánku, doby vstávání apod. lze podat spolu s inzulinem k večeři nebo až před spaním.

Intenzifikovaný režim s ranní a večerní dávkou NPH inzulínu a třemi dávkami lidského inzulínu k jídlům (obr. 7) je variantou výše uvedeného režimu. Snaží se oddělit celodenní „bazál“ a inzulín k jídlům. Léčbu i její vysvětlování pacientům, edukaci, komplikuje maximum NPH inzulínu a relativně dlouhý šestihodinový účinek lidského inzulínu, je-li podáván podkožně. Efekty se spojují a překrývají. Malé množství pacientů má v režimu 2 + 3 lepší výsledky ve srovnání s režimem 3 + 1.

Režim glargin (Lantus) a lidský inzulín (obr. 8) je vhodný pro malé a školní děti a štihlé dospívající, kteří chtějí mít svačiny. Glargin lze podávat ráno nebo večer. Porušuje se tak navykýlý koncept aplikace dlouhodobého inzulínu na noc. Některé rodiny koncept 1 + 3 vítají, protože „celodenní“ (bazální) inzulín podají spolu s ranním prandiálním inzulinem, potom následují jen dvě aplikace inzulínu k hlavním jídlům a pak už na léčbu nemusejí pamatovat, pouze je nutné před spaním změnit glykémii. Jiné rodiny dávají přednost aplikaci večer (3 + 1), protože se doma scházejí a mají lepší přehled o tom, že si dítě dlouhodobý inzulín aplikovalo. Vynechání dlouhodobého inzulínu je také největším rizikem, které se ještě zvýrazní v režimu s rychlým analogem nahrazujícím

lidský inzulín. Vzhledem k efektu glarginu doporučujeme při selfmonitoringu zaměřit měření glykémie ve tři hodiny ráno za měření až o páté hodině ráno, protože hypoglykémie se mohou posunout do této doby.

Režim glargin (Lantus) s rychlým inzulínovým analogem (obr. 9) umožňuje vynechat svačiny. Rychlá analoga působí pouze tři hodiny. Jsou zkonstruována tak, aby se po podkožní aplikaci rychle vstřebala a působila v oběhu. Obvykle se aplikují pouze pět minut před jídlem nebo s jídlem, u malých dětí s *disruptivním jídelním chováním* někdy i po jídle, když už rodiče vědí, kolik toho batole snědlo. Dospívajícím umožňuje vynechat svačiny. Pokud svačiny chtějí, je nutné změnit obvyklé doporučení spíše menších rozdílů mezi jednotlivými jídly a udělat velká hlavní jídla a velmi malé svačiny snědené ideálně do 2,5 hodiny po podání rychlého analoga.

Režim detemir (Levemir) a lidský inzulín (obr. 10). Detemir lze použít jako náhradu NPH inzulínu v režimu 3 + 1 na noc. Obvykle je možné ho podat s první večeří. Využívá chybění maxima působení v noci. Chceme-li skutečně použít detemir jako celodenní bazální inzulín a podávat ho spolu s rychlými analogy, musíme ho aplikovat ve dvou denních dávkách, které se velikostí podle potřeb dítěte mohou lišit (2 + 3). V ojedinělých případech, hlavně u malých dětí, je potřeba inzulínu v noci tak malá, že detemir pícháme ráno a v noci využíváme pouze jeho dohasínajícího efektu.

Režim glargin (Lantus) a volitelně k jídlům rychlý analog nebo lidský inzulín (obr. 11) je zvláštním režimem s užitím tří inzulínů. Je komplikovaný pro edukaci, ale přináší další volnost pro dítě s diabetem. Rodiče podle typu jídla a plánované aktivity zvolí typ inzulínu k jídlu, zatímco bazální potřebu pokrývá inzulín glargin. Je časté, že večer a většinou i ráno používají lidský inzulín, v poledne pak rychlý analog. Intuitivně to odpovídá známým fenoménům „svítání“ a „červánků“, kdy se potřeba inzulínu díky fyziologické tvorbě dalších hormonů zvyšuje.

■ Flexibilní inzulínové režimy

Flexibilní inzulínové režimy dovolují dětem přizpůsobit léčbu, konkrétně dávku inzulínu podaného k jídlu, chuti jíst a nebýt omezen stanoveným množstvím jídla. Edukace je

různá, někdy využívá koeficientů a aproximací. Dovolujeme se omezit na terminologii, protože pacienti v případě flexibilních režimů jsou schopni samostatné péče ve velkém rozsahu. *Citlivost k inzulínu* se mění v průběhu dne a je jiná ráno, v poledne a večer. K jejímu výpočtu se používá pravidlo 100. *Poměr sacharidy: inzulín* umožňuje přiblížit se k dávce inzulínu, kterou pokryjeme dané množství jídla. Jedním z možných pravidel pro výpočet je např. pravidlo 500 (obr. 12).

■ Závěr

Každé dítě s diabetem musí mít přístup k inzulínové léčbě. Konvenční režim je v podmínkách České republiky v roce 2015 téměř opuštěn, i přes vysoké náklady (dvojnásobek ve srovnání s NPH inzulinem) se stále více využívají dlouhodobá analoga a také léčba inzulínovou pumpou. Praktický dětský lékař by neměl být zaskočen zvolenou kombinací léčby, ale vždy by se měl zajímat o náležité výsledky. K těm patří očekávaná hodnota glykovaného hemoglobinu do 58 mmol/mol (IFCC), malý výskyt hypoglykemií, stabilní růst a přiměřená hmotnost dítěte, stejně jako jeho adekvátní psychomotorický a sociální vývoj. Vhodný je i náhled na kompetenci rodiny v léčbě a celkovou pohodu dítěte a těch, kteří o ně pečují.

■ Literatura

1. Danne T, Bangstad HJ, Deeb L, Jarosz-Chobot P, Mungaie L, Saboo B, Urakami T, Battelino T, Hanas R. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium Insulin treatment in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*. 2014;15(Suppl. 20):115–134
2. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. DCCT. Effect of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complications in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus: Diabetes Control and Complications Trial. *J Pediatr*. 1994;125:177–188
3. Sämann A, Lehmann T, Kloos C, Braun A, Hunger-Dathe V, Wolf G, Miller UA. Flexible, intensive insulin therapy and dietary freedom in adolescents and young adults with Type 1 diabetes: a prospective implementation study. *Diabet Med*. 2008;25:592–596
4. Neumann D. Léčba diabetu inzulínovou pumpou u dětí krok za krokem. Praha: Mladá fronta, 2011. 138 s. ISBN 978-80-204-2480-8



Hypoglykémie jako příčina poruchy vědomí u patnáctileté dívky

MUDr. Renata Pomahačová, Ph.D., MUDr. Petra Paterová, MUDr. Jana Zamboryová

Dětská klinika FN UK a FN Plzeň

■ Obecné poznatky k problematice

Glukóza je základní substrát pro energetický metabolismus. Má zásadní význam v energetickém zásobení mozku a na rozdíl od jiných tkání není vstup glukózy do mozkových buněk závislý na inzulínu. Koncentrace glukózy v krvi u zdravých jedinců je udržována nalačno v rozmezí od 3,5 do 5,6 mmol/l. Glykémie mezi 2,9 a 3,4 mmol/l jsou v pásmu mírně snížených hodnot a většinou nesignalizují významnější poruchu. Glykémie nižší než 2,9 mmol/l bývají provázeny různou symptomatologií a vyžadují vždy komplexní vyšetření.

Klinické příznaky hypoglykémie vznikají jako důsledek aktivace autonomního nervstva a neuroglykopenie. Pokles glykémie aktivuje nejprve vegetativní nervový systém s produkcí kontraregulačních hormonů, především katecholaminů, které vyvolávají třes, pocení, palpitace, tachykardii, neklid, úzkost. Při poklesu glykémie pod 2,8 mmol/l se snižuje dodávka glukózy do nervových buněk a objevují se neuroglykopenické příznaky jako neschopnost soustředění, únava, bolesti hlavy, porucha zraku, diplopie, porucha řeči, různý stupeň poruchy vědomí (somnolence, sopor až kóma) a křeče. Při opakované hypoglykémii může vegetativní symptomatologie chybět a neuroglykopenické příznaky se rozvíjejí přímo (například u inzulinomu).

Hlavní roli v udržení normoglykémie hrají beta buňky pankreatu, ve kterých enzym glukokináza spouští nebo inhibuje kaskádu dějů s uvolněním inzulínu do krevního oběhu. Důležitou roli v regulaci glykémie mají kontraregulační hormony (glukagon, katecholaminy, kortizol, růstový hormon), které chrání organismus před hypoglykemií produkcí glukózy glykogenolýzou, glukoneogenezí a snížením periferního využití glukózy. Při hrožící hypoglykémii tedy klesá sekrece inzulínu a stoupá sekrece kontraregulačních hormonů. Během dlouhodobého hladovění zajišťuje 80–90 % energetických potřeb člověka tuk. Ketogeneze v játrech vzniká energie potřebná pro činnost mozku.

K hypoglykemiím v dětském věku dochází především v době lačnění. Recidivující a těžké hypoglykémie u kojenců a malých dětí, tedy v době vývoje CNS, mohou způsobit trvalé a ireverzibilní poškození centrálního nervového systému. Dlouhodobými následky hypoglykemií jsou mentální retardace, sekundární epilepsie, trvalé neurologické a intelektové postižení. Těžká hypoglykémie může bezprostředně ohrozit život dítěte.

Příčiny hypoglykémie lze rozdělit do dvou základních skupin:

- Primárně selhává regulace glykémie vlivem hormonální poruchy, kdy organismus má dostatek metabolizovatelných zdrojů glukózy, ale nadbytkem inzulínu nebo nedostatkem kontraregulačních hormonů je znemožněn přísun glukózy do krve a tím její transport do mozku. Do této skupiny patří deficit růstového hormonu, deficit kortizolu při adrenální insuficienci, vzácný je deficit glukagonu. Příčinou hypoglykémie může být také těžká primární hypotyreóza. Hyperinzulinismus je exogenně nebo endogenně podmíněný. K exogenně navozenému hyperinzulinismu vede terapie inzulínem nebo deriváty sulfonylurey. Nesmíme zapomínat na úmyslně navozenou hypoglykémii těmito preparáty – hypoglycaemia factitia. Potvrzení diagnózy spočívá ve stanovení sulfonylurey v séru a moči a ve zjištění vysokých hladin inzulínu a C-peptidu v krvi (ukazatel vlastní produkce inzulínu), protože antidiabetika zvyšují vlastní produkci inzulínu beta buňkou. Mezi další léky, které mohou vyvolat hypoglykémii snížením produkce glukózy, patří např. salicyláty nebo beta-blokátory. Nejčastější příčinou endogenního hyperinzulinismu je inzulinom, nádor vycházející z beta buněk pankreatu. Na inzulinom musíme pomyslet především u dětí nad pět let věku. U těchto pacientů jsou v popředí příznaky plynoucí z neuroglykopenie. U většiny pacientů se příznaky objevují po několikahodinovém lačnění. U dětí je třeba také myslet na vrozený hyperinzuli-

nismus, který se většinou projeví hypoglykemiemi již v prvních dnech života.

- Primárně selhává energetický metabolismus vlivem metabolické poruchy po vyčerpání metabolizovatelných zdrojů glykogenolýzy a glukoneogeneze. Do této skupiny patří porucha syntézy glykogenu, porucha glykogenolýzy, porucha beta-oxidace mastných kyselin, galaktosémie, hereditární intolerance fruktózy a leucinóza.

Destrukce nebo přestavba jaterního parenchymu při jaterních chorobách může vést k hypoglykemiím v důsledku poruchy glykogeneze a glukoneogeneze. K hypoglykemiím dochází hlavně ráno nalačno. Renální nedostatečnost může být také příčinou hypoglykémie.

Ketotická hypoglykémie patří mezi nejčastější příčiny hypoglykémie nalačno mezi druhým a pátým rokem života v průběhu interkurentního onemocnění v důsledku snížených zásob jaterního glykogenu při sníženém příjmu stravy. K projevům hypoglykémie dochází ráno nalačno. V krvi je ketonémie, laktát je nízký. Tito pacienti nesmějí hladovět, dodržují antihypoglykemický režim s pravidelnou stravou během dne a druhou večeří ve formě pomalých cukrů.

Z uvedeného vyplývá, že diferenciální diagnóza hypoglykemických stavů je velmi široká. Kompletní hormonální odběry (kortizol, růstový hormon, inzulín, C-peptid), ABR, laktát, amoniak, krev a moč k metabolickému vyšetření by měly být provedeny v okamžiku hypoglykémie (tzv. „kritický vzorek“), jinak je diagnostika její příčiny velmi obtížná. Hladiny inzulínu a C-peptidu jsou fyziologicky při hypoglykémii vždy suprimované.

■ Kazuistika

Prezentujeme patnáctiletou dívku s negativní perinatální anamnézou, která dosud vážněji nestonala. V osobní anamnéze se v pubertálním období v suicidálním pokusu intoxikovala benzodiazepíny. V rodinné



anamnéze se matka dívky léčí inzulinovou pumpou pro *diabetes mellitus* 1. typu. Sestra pacientky je sledována psychiatrem pro depresi. Otec nežije s rodinou.

V den přijetí na dětské oddělení pociťovala dívka ráno nevolnost. Podle sdělení starší sestry se nasnídala, vzala si Ibuprofen a šla si lehnout. V odpoledních hodinách našla matka dceru s poruchou vědomí, opocenou, bledou a chrčivě dýchající. RZP při příjezdu zjistila **těžkou hypoglykémii 1,7 mmol/l**. Po intravenózním podání bolusu glukózy se pacientka probudila k plnému vědomí.

Po přijetí na spádové dětské oddělení byla pacientka zajištěna infuzní terapií glukózy s minerály. Vstupně byla znovu zachycena těžká hypoglykémie 0,63 mmol/l a v nočních hodinách přes infuzní terapii hypoglykémie 2,5 mmol/l. V dalším průběhu hospitalizace již k hypoglykémii nedošlo. Na spádovém dětském oddělení byla vyloučena adrenální insuficience, porucha funkce štítné žlázy, porucha funkce jater a ledvin. Ze vzorku krve v době hypoglykémie nebylo provedeno vyšetření inzulinu a C-peptidu. Vzhledem k neobjasněné příčině těžké hypoglykémie byla pacientka přeložena na klinické pracoviště k dovyšetření.

Znovu byl vyloučen hypokortikalismus, růst dítěte a hodnota humorálního faktoru IGF-1 (inzulinu podobný růstový faktor 1) nesvědčily pro deficit růstového hormonu. Pro nemožnost vyloučit organický hyperinzulinismus jsme provedli test lačněním. V průběhu 36 hodin lačnění ale nedošlo k rozvoji hypoglykémie, což není pro endogenní hyperinzulinismus typické.

Při hospitalizaci se ozřejmuje psychická labilita celé rodiny. Vzhledem k léčbě diabetu u matky pacientky jsme pomýšeli na možnost navození takto těžké a opakované hypoglykémie podáním inzulinu. K průkazu jsme ale potřebovali vyšetřit vzorek séra z akutního stavu hypoglykémie. Tento vzorek se nakonec podařilo zajistit a dovysvětlit hladinu inzulinu a C-peptidu. **Vysoká hladina inzulinu (3000 mIU/l) při správně suprimované hladině C-peptidu (0,031 nmol/l při normě 0,28–1,32) svědčily pro exogenně podaný inzulin. Diagnóza byla uzavřena jako hypoglycaemia factitia.**

Matka i pacientka zpočátku vylučovaly možnost podání inzulinu, ale při následující hospitalizaci na psychiatrické klinice dívka aplikaci inzulinu (rychlý inzulinový analog) přiznává. Již několik měsíců před událostí si matčin inzulin schovávala. Psychologickým vyšetřením byla zjištěna přítomnost sluchových

halucinací a indikována antipsychotická terapie. Po dimisi si pacientka léky vysadila. Následovala rehospitalizace na psychiatrické klinice po skoku z okna v suicidalním pokusu. V průběhu této hospitalizace byla dívka **diagnostikována schizofrenie**.

■ Diskuse

Kazuistika poukazuje na **nutnost komplexních odběrů k hormonálnímu a metabolickému vyšetření v okamžiku hypoglykémie. Pro odlišení exogenního a endogenního hyperinzulinismu je třeba vždy společně s hladinou inzulinu vyšetřit také hladinu C-peptidu, jinak je odlišení těchto dvou klinických jednotek velmi obtížné.**

Nejčastější příčinou endogenního hyperinzulinismu je inzulinom, nádor vycházející z beta buněk Langerhansových ostrůvků. Inzulinom je většinou lokalizován v pankreatu, ektopická lokalizace je vzácná. Bývá většinou solitární, vícečetný inzulinom se vyskytuje častěji u pacientů s mnohočetnou endokrinní neoplazií (MEN I). Hypoglykémie s neuroglykopenickými příznaky se objevuje především ráno, po několikahodinovém nočním lačnění. Postprandiální hypoglykémie ale diagnózu inzulinomu nevylučují.

Na našem pracovišti jsme v minulosti řešili **dvě pacientky s endogenním hyperinzulinismem**. První pacientkou byla jedenáctiletá dívka, anamnesticky s opakovanými ranními stavy poruchy vědomí a s úpravou vždy po podání stravy. V den přijetí k hospitalizaci došlo znovu k poruše vědomí s křečemi. V akutním stavu byla zjištěna hypoglykémie 2,1 mmol/l. Stav vědomí se upravil po intravenózním podání glukózy. V době hypoglykémie jsme provedli komplexní hormonální odběry, které vyloučily hypokortikalismus (hladina kortizolu v době hypoglykémie 912 nmol/l) a deficit růstového hormonu (hladina růstového hormonu v době hypoglykémie 38,67 mIU/l). Vysoká hladina inzulinu a C-peptidu potvrdily hyperinzulinismus (hladina IRI v době hypoglykémie 25,5 mIU/l, hladina C-peptidu 1,5 nmol/l). Správně měly být hladiny inzulinu a C-peptidu při hypoglykémii suprimované. U pacientky byl diagnostikován **inzulinom hlavy pankreatu** s provedením úspěšné enukleace tumoru.

Druhou pacientkou byla desetiletá dívka, která byla vyšetřována na neurologické klinice po stavu poruchy vědomí s křečemi. Během hospitalizace byly zachyceny opakované ranní hypoglykémie bez klinické

symptomatologie. Při testu lačněním došlo v průběhu několika hodin k poklesu glykémie na hodnotu 1,2 mmol/l bez klinické symptomatologie. Vysoká hladina inzulinu v době hypoglykémie (26,6 mIU/l) potvrdila hyperinzulinismus. Endoskopickou ultrasonografií byl prokázán **inzulinom v oblasti kaudy pankreatu** s úspěšným odstraněním tumoru.

V naší prezentované kazuistice se jednalo o exogenní hyperinzulinismus. U pacientky z důvodu podání inzulinu došlo k těžké hypoglykémii s poruchou vědomí. Po odeznění účinku inzulinu již hypoglykémie nebyla zachycena. Podaná dávka rychlého inzulinového analogu musela být velmi vysoká. Diagnóza exogenního hyperinzulinismu byla stanovena až vyšetřením vzorku séra nabraného v době hypoglykémie. Vysoká hladina inzulinu (3000 mIU/l) a správně suprimovaná hladina C-peptidu v době hypoglykémie jednoznačně ukazovaly na exogenně podaný inzulin. U našich pacientek s inzulinomem byly při hypoglykémii hladiny inzulinu svědčící pro endogenní hyperinzulinismus podstatně nižší a hladina C-peptidu nebyla suprimovaná.

■ Závěrečná doporučení pro praxi

- Opakované hypoglykémie v dětském věku ireverzibilně poškozují centrální nervový systém, proto je nutná jejich včasná diagnostika a následná léčba podle etiologie.
- U dítěte s klinickými příznaky epilepsie by měla být vždy vyloučena hypoglykémie jako příčina akutního stavu před zavedením infuze glukózy.
- V době hypoglykémie je důležitý odběr „kritického vzorku krve“ ke stanovení její etiologie, tzn. hormonální a metabolické vyšetření – inzulin, C-peptid, kortizol, růstový hormon, ABR, laktát, amoniak, krev a moč k vyšetření metabolické poruchy. Následné vyšetřování je pak velmi obtížné a ohrožuje dítě opětovným rozvojem závažné, život ohrožující hypoglykémie.
- Děti s anamnézou hypoglykemií jakékoli etiologie musejí být zajištěny infuzí glukózy při každém interkurentním infektu, je-li současně snížený příjem potravy.



Kazuistika

Perzistující plicní hypertenze u dítěte s hyperinzulinismem

MUDr. Pavla Říská, MUDr. Hana Tobrmanová, doc. MUDr. Jiří Dort, Ph.D.

Neonatologické oddělení FN Plzeň

■ Perzistující plicní hypertenze u novorozence (PPHN)

Jde stav, který vzniká na podkladě přetrvávající vysoké plicní cévní rezistence postnatálně provázené existencí extrapulmonálních pravolevých zkratů. Incidence je uváděna 0,4–6,8 případu na 1000 živě narozených novorozenců. PPHN může být součástí některých chorob, jako je např. masivní aspirace mekonia, syndrom respirační tísně, sepse, asfyxie, nebo může být idiopatická. Hlavním příznakem je hypoxémie, cyanóza, tachypnoe a dyspnoe. Diagnostika je založena na echokardiografickém vyšetření, při kterém je patrné zvětšení pravostranných srdečních oddílů, vyklenutí interventrikulárního septa směrem doleva a známky trikuspidální insuficience. Nespecifickým laboratorním parametrem je zvýšení hladiny brain natriuretic peptidu (BNP). V léčbě je kromě oxygenoterapie a umělé plicní ventilace používáno inhalační podávání oxidu dusnatého (iNO), následované v případě potřeby perorálním podáváním sildenafilu.

■ Hyperinzulinismus

V novorozeneckém věku způsobuje závažné hypoglykémie, které se až u poloviny neléčených pacientů manifestují křečemi. Koncentrace glukózy v prvních hodinách života bývá často extrémně nízká (pod 1 mmol/l), objevuje se nalačno i po jídle a bývá obtížně terapeuticky zvládnutelná. Pokud se nepodaří glykémii upravit při vysokém parenterálním přívodu glukózy, je nutno přistoupit ke kontinuálnímu podávání glukagonu.

■ Kazuistika

V kazuistice popisujeme případ hraničně zralého novorozence, u kterého se manifestovala obě výše uvedená onemocnění. Šlo o dítě z 5. gravidity prekonceptčně zdravé matky. První tři těhotenství probíhala zcela bez problémů, předcházející gravidita byla komplikována gestačním *diabetem mellitem* léčeným inzulinem, dítě ale po narození nemělo známky diabetické fetopatie, glykémie byly v normě. Všichni čtyři sourozenci jsou v současné době zdraví. V tomto těhotenství byla z věkové indikace matky (38 let) provedena amniocentéza s normálním chromozomálním nálezem u plodu mužského pohlaví, echokardiografické vyšetření matka nepodstoupila. Opět byl zjištěn gestační *diabetes mellitus* vyžadující inzulinoterapii. Pro infekci *Ureaplasma urealyticum* byla matka přeléčena azitromycinem.

Těhotenství bylo ukončeno v týdnu 37+0 císařským řezem pro patologický CTG záznam zjištěný při plánované kontrole v rizikové poradně. Po vybavení byly přítomny známky porodní asfyxie s apnoí a bradykardií. Po prodýchání vakem přes masku postupně nastoupila pravidelná spontánní dechová aktivita a akce srdeční se upravila, pro hyposaturaci byl podáván kyslík inhalačně. Apgarové skóre hodnoceno 5-7-7 bodů v 1., 5. a 10. minutě, pupečnickové pH bylo 7,31. Dítě vážilo 2670 g, měřilo 47 cm, fenotypové známky diabetické fetopatie nebyly přítomny.

Postabilizaci bylo dítě převezeno na jednotku intenzivní a resuscitační péče (JIRP), kde byla zahájena distenční dechová podpora s rychle narůstající potřebou oxygenoterapie. Na RTG plic byla patrna kardiomegalie

a chudší plicní cévní kresba bez ložiskových změn v parenchymu. Echokardiografickým vyšetřením byla zjištěna perzistující plicní hypertenze II. stupně (v.s. postasfyktická) s dilatací pravostranných srdečních oddílů, trikuspidální insuficience II. stupně, mitrální insuficience I.–II. stupně a *foramen ovale apertum* s malým bidirekčním zkratem, perzistující *ductus arteriosus* nebyl přítomen. Vysoká hladina BNP také svědčila pro významnou plicní hypertenzi. Byla zahájena umělá plicní ventilace a současně inhalační léčba oxidem dusnatým ve vstupní dávce 20 ppm s velmi dobrým efektem. Frakci iNO bylo možno rychle snižovat, ve stáří 16 hodin bylo podávání NO ukončeno a následně byla ukončena i umělá plicní ventilace. Do stáří dvou dnů aplikována distenční dechová podpora a následně inhalační oxygenoterapie přes nostrily do stáří devíti dnů. Po ukončení léčby iNO byl po dobu sedmi dnů podáván perorálně sildenafil v postupně klesající dávce. V dalším průběhu již bylo dítě zcela bez dechových obtíží, oběhově plně stabilní.

Po přijetí na JIRP byla u dítěte zjištěna neměřitelná glykémie, ačkoli nemělo fenotypové známky diabetické fetopatie. Kompenzace diabetu u matky byla velmi dobrá (matka zdravotní sestra, otec lékař), pro suspektní počínající růstovou retardaci u plodu a nižší ranní glykémie bylo v posledních třech týdnech matce naopak doporučeno rozvolnění dietního režimu. Hypoglykémie u dítěte se jen zvolna upravovala při parenterálním příjmu s vysokým obratem glukózy. Aplikace hydrokortizonu byla bez efektu, proto bylo přistoupeno ke kontinuálnímu podávání glukagonu i.v., při kterém se podařilo hladiny glykémie normalizovat. V séru byla čtvrtý den zjištěna výrazně zvýšená hodnota RIA



inzulinu (9,4 mU/l, norma je do 0,3 mU/l) při nejvyšší naměřené hladině glukózy 6,2 mmol/l a při parenterálním příjmu s ob-
ratem 9,7 mg/kg/min. Postupně byl zaváděn enterální příjem s frekvencí krmení po dvou
hodinách, mateřské mléko bylo fortifikováno malodextrinem (24 g/den). V léčbě gluka-
gonem bylo nutno pokračovat do stáří čtyř
dnů, při snaze o časnější ukončení léčby ne-
byla kompenzace hypoglykemií uspokojivá.
Doplňující parenterální přívod glukózy mohl
být ukončen až ve věku deseti dnů. V dalším
průběhu hospitalizace byly postupně sni-
žovány dávky maltodextrinu a prodlouženy
intervaly krmení na tři hodiny. Hladina RIA
inzulinu postupně klesla k normě.

V prvních hodinách života se u dítěte ob-
jevily krátkodobé klonické křeče horních
končetin, které ustaly po podání fenobarbi-
talu a normalizaci glykémie. Lehčí centrální
hypotonický syndrom se v průběhu hospi-
talizace upravil, před propuštěním byl orien-
tační neurologický nálezný v mezích normy.

Při kontrolním kardiologickém vyšetření
před dimisí byla zjištěna odeznívající plicní
hypertenze, hypertrofická kardiomyopatie
v rámci diabetické fetopatie, koronární
fistula malé významnosti a *foramen ovale*
apertum s malým levoprávním zkratem. Dítě
bylo propuštěno domů ve stáří 18 dnů plně
kojené s přidavkem maltodextrinu v dávce
8 g/den, maminka byla zacvičena v měření
glykemií domácím glukometrem.

Pacient je dále ambulantně sledován
v Centru vývojové péče Neonatologického
oddělení FN Plzeň. Při kontrole ve stáří čtyř
týdnů bylo dítě prospívající, hodnoty gly-
kémie měřené doma byly uspokojivé, bylo
možno ukončit podávání maltodextrinu.
Neurologický nálezný a psychomotorický vývoj
byl hodnocen jako normální. Dle echokar-
diografického vyšetření došlo k vymizení
plicní hypertenze a regresi hypertrofické
kardiomyopatie. Při kontrole ve stáří dvou
měsíců již nebyla kardiomyopatie přítomna.

■ Závěr

Perzistující plicní hypertenze je závažné one-
mocnění s uváděnou mortalitou mezi deseti
a padesáti procenty. Až u dvaceti procent
přeživších novorozenců se mohou vysky-
tovat následky, mezi které patří chronické
plicní postižení, poruchy sluchu a poruchy
psychomotorického vývoje. Také závažná
a dlouhodobá hypoglykémie může nepří-
znivě ovlivnit další vývoj dítěte z důvodu
vzniklého poškození šedé hmoty mozku.
Nepříznivou prognózu mají zejména hypo-
glykémie provázené křečemi, prolongované
hypoglykémie, které trvají déle než 24 ho-
din, a hypoglykémie pod 1 mmol/l trvající
déle než jednu hodinu. I když stav našeho
pacienta byl zpočátku velmi závažný, jeho
další vývoj je zatím příznivý, nadále bude
sledován v Centru vývojové péče při
Neonatologickém oddělení.



Olivovna
OLIVOVA DĚTSKÁ LÉČEBNA O. P. S.

Unikátní zařízení v Říčanech u Prahy poskytující již od roku 1896 zdravotní služby
dětem od 1 do 18 let věku. V současnosti nabízíme péči o děti s onemocněním **dýchacích cest,**
pohybového ústrojí, dětem trpícím **obezitou, refluxní chorobou jícnu.** Nabízíme také samoplátecké
pobyty. V Olivovně se konají též odborné lékařské semináře, kulturní a společenské akce.

Gastroesofageální reflux (GER)

Používáme novou metodu **rehabilitace bránice** vycházející z konceptu Dynamické neuromuskulární
stabilizace (DNS) Prof. Koláře. Pomocí této nové, zcela neinvazivní metody rehabilitujeme bránici s cílem
zlepšení její „antirefluxní“ funkce. Cílem je využít vztahy mezi respiračním (bránicí), pohybovým
systémem a orgány horní části zažívacího traktu. RHB bránice vede k léčbě GER,
ale i obtíží respiračního traktu (tzv. extraesofageální reflux).

Atopická dermatitis

Nově zahajujeme péči o děti s atopickou dermatitis (atopickým ekzémem). Postupujeme
podle doporučení prim. Čapkové, FN Motol, která je garantem této péče v Olivovně.

Více informací o nabízených programech naleznete na **www.olivovna.cz**

Primář MUDr. Jan Šulc, CSc. FCCP

Tel.: 323 619 104, 602 135 250, primar@olivovna.cz





Novinky v dětské nefrologii

V jedné z prezentovaných prací jsou uváděny děti po **hemolyticko-uremickém syndromu (HUS)**, což je **multiorgánové postižení** charakterizované hemolytickou anémií, trombocytopenií a akutním renálním selháním. Může progredovat v dlouhodobé renální selhání i extrarenální postižení. Autoři popisují narušení neuromotorického vývoje v závislosti na stupni postižení v akutním stadiu HUS. Vyšetřováno bylo 47 dětí v průběhu deseti let po HUS. Posuzovali jejich intelektuální a neuromotorický vývoj ve čtyřstupňové škále. Neurologické symptomy popisovali ve 34 % v akutním stadiu onemocnění. To se ovšem nevztahovalo přímo k vážnosti průběhu onemocnění. Z hlediska kognitivních funkcí CNS ale nebylo patrné narušení vlastního duševního vývoje, naopak další průběh hodnocen i vzhledem k závažnosti celého onemocnění jako příznivý. Zdůrazňují včasnou detekci motorického deficitu a brzkou terapeutickou intervenci. Neurologické kontroly by měly být pravidlem.

V další prezentované práci o **Henochově-Schönleinově purpře** a následné IgA nefropatii s přítomností IgA depozit je patrný rozdílný klinický obraz. Není známo, proč dochází k postižení různých stupňů imunitního systému. Většinou dochází k aktivaci Toll-like receptorů (TLR), které aktivují patologickou cestu interferonu s vyžráváním dendritických buněk a k přeměně proteazomu v imunoproteazom. Byla vyšetřena TLR exprese a uvedený switch

(přepnutí). Zvýšení imunoproteazomového switchu koreluje s TLR aktivací a může podmínit imunitní patologickou cestu se zvláštní vaskulární prezentací. Tito pacienti vyžadují zvýšené sledování i u praktiků vzhledem ke své modifikaci imunitního systému a jeho možným rozdílným cestám.

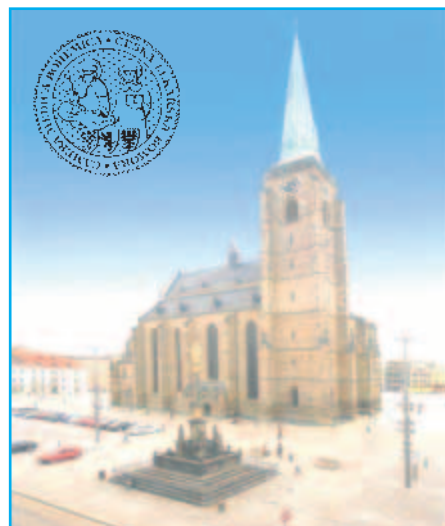
Použití biologické léčby rituximabem u steroid-dependentní formy idiopatického nefrotického syndromu (INS) bylo předmětem dalšího zajímavého sdělení. Pro osvětlení – rituximab je monoklonální protilátka proti CD20. Je po ní popisována rekonstituce celé B buněčné subpopulace u pacientů léčených pro INS. Rekonstituce B řady byla ohodnocena průtokovou cytometrií u 29 pacientů během následných 37 měsíců. Šestnáct pacientů bylo v udržované dlouhodobé remisi po rituximabu (déle než 20 měsíců), třináct pacientů mělo relapsy. Dva pacienti navzdory zastavení léčby neměli žádné známky rekonstituce v oblasti B buněk. Vyšetřen práh pro každou subpopulaci B buněk. Zotavení se B buněk by mohlo být bráno jako prediktor předpovědi relapsů INS. Vzpomínáme, že tento pohled je i v souladu s našimi dřívějšími pracemi o INS pro Československou pediatrii.

V dalším sdělení ohledně vyšetřování pacientů s polycystickými formami renálních onemocnění se zdůrazňuje vyšetřování zvýšeného množství genů v určitých rodinách. Na tom je založena prenatální diagnostika i následné ošetřování.

Zajímalo nás sdělení o vzbouzení ze spánku u **monosymptomatické noční enurézy**. Účastní se na něm mozková kůra a limbický systém. Zahrnuli 30 dětí starších 6 let s provedením noční polysomnografie, klinickou intervencí a neuropsychologickými testy. V testech se zobrazila nižší kvalita života těchto dětí. Je patrná korelace mezi chováním dětí a rodičů a mezi limbickým systémem a pozorností. Možnost kortikálního ovlivnění spánku má vztah k exekutivním funkcím i k učení ve smyslu variant nižšího životního duševního standardu.

Objevila se první zpráva o nálezech hypofosfatémie u pacientů s autozomálně dominantními **polycystickými ledvinami**. Jejich krevní a močové vzorky byly průběžně kontrolovány na kostní minerální metabolismus. Vyšetřeno celkem 69 pacientů s normálními hodnotami clearance. Hypofosfatémie a ztráty fosfátů byly popisovány u 10–22 % těchto pacientů, což je ve vazbě k fibroblastovému růstovému faktoru a jeho abnormálnímu metabolismu. To potvrzuje předchozí data u dospělých. Parametry vitamínu D a PTH byly u dětí v normě.

V dalším sdělení jsou uváděna opakovaná sdělení o pozitivním **vlivu vitamínu D** na zpomalení progresu renálního selhávání a o jeho antiproteinurickém efektu. V práci na 167 pacientech zdůrazňují evidentní renoprotektivní efekt vitamínu D. Prodloužení doby je uváděno po pěti letech zvýšené u dalších 25 % pacientů.



Kongresové centrum a hotel Primavera
Lékařská fakulta UK Plzeň
OSPDL a SPLDD
Dětská klinika Fakultní nemocnice Plzeň
Česká asociace sester

pořádají

XXVII. PLZEŇSKÉ PEDIATRICKÉ DNY

20.–21. 3. 2015

V kongresovém centru hotelu Primavera
Nepomucká tř. 128, Plzeň

Témata kongresu:

- Bolesti břicha a poruchy výživy
- Hepatologie
- Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost
- Varia

Organizační zajištění

Zuzana Příbylová, Renata Kejzlarová
Sekretariát přednosta Dětské kliniky
FN Plzeň a LF UK Plzeň
Tel: 377 104 692, 377 104 693,
fax: 377 104 694
e-mail: pribylovaz@fnplzen.cz
kejzlarovar@fnplzen.cz



Dále byly prezentovány práce o přeživších **extrémně nezralých novorozencích** narozených kolem 28. týdne gestace a jejich renálních funkcích v šesti letech věku. Celkem se jednalo o 25 novorozenců, kteří v šesti letech měli patologickou mikroalbuminurii, ve 23 % narušenou glomerulární filtraci a ve 24 % abnormální krevní tlak.

Z jiné části spektra, ohledně nefrotického syndromu, se prokázal přímý vliv dexametazonu na podocytovou motilitu v bazálních membránách glomerulů.

Zajímavé bylo sdělení, jaké **hodnoty postnatální sonografie** (anteroposterior pelvis diameter – APD) jsou předpokladem obstruktivní uropatie a jejího budoucího možného vývoje. Docházejí k hodnotám více než 20 mm a prediktivně 15 mm. Výsledky byly získávány od třetího do třicátého dne postnatálního věku. Celkem 27 % pacientů se dočkalo chirurgického řešení.

V další práci porovnávali hodnoty prokalcitoninu a DMSA z hlediska **diagnostických markerů pro akutní pyelonefritidu**. Senzitivita pro prokalcitonin byla 74 % a pro DMSA 94 %, specifita byla stejná. Doporučují nezátěžový prokalcitonin jako velmi užitečný biomarker.

Obezita a metabolický syndrom jsou rizikové faktory hypertenze. Společným symptomem byly bolesti hlavy – ve 30 %. Dále 63 % obézních mělo hypertenzi, 13 % metabolický syndrom, 6 % renovaskulární hypertenzi, renální postižení pak v 5 %. U adolescentů byl vyšší BMI než u preadolescentů. Jiní autoři nacházejí hypertenzní retinopatii, hypertro-

fii levé komory a proteinurii. Léčba byla u 60 pacientů (z 230) vedena kalciovými blokátory, u 22 pacientů ACE inhibitory, u 19 beta-blokátory a u ostatních kombinovanou terapií. Celkově byla velká část prezentací věnována všem hypertenzím, a dokonce převážně hypertenzím esenciálním. Autoři jsou si vědomi následků hypertenzí pro renální parenchym.

V dalších sděleních používali levamisol k léčbě steroid-dependentních nefrotických syndromů. Bylo léčeno 17 pacientů, levamisol přidáván ke kortikoterapii. U dvou pacientů byla léčba pro neutropenii ukončena. Levamisol přispěl k redukci relapsů a k prodloužení remisí. V minulosti jsme zaznamenali stejné zkušenosti.

Velké množství prací bylo věnováno transplantacím a dialýzám, což není v primárním okruhu zájmů praktických pediatriů.

Účelem další studie bylo definovat prediktivní faktory pro odpověď organismu na desmopressin. Do šestiměsíční **studie noční enurézy** bylo zahrnuto 471 dětí. Země, rodinná historie ani pohlaví nejsou prediktivními hodnotami. Důležité jsou tři faktory: věk, 24hodinový sběr moče a počet enuréz. Více než 80 % pacientů nemělo noční polyurii a ani malý měchýř pro věk.

V další práci věnované monosymptomatické noční enuréze chtěli zjistit psychologické problémy dětí s EN, vysvětlit, zda tyto problémy jsou v relaci k přívodu tekutin, kapacitě měchýře, počtu enuréz a počtu nocí s noční polyurií. Do studie bylo zahrnuto 30 dětí od šesti do šestnácti let. Ukázalo se,

že svou roli hrají také denní přívod tekutin, velikost měchýře a mnohdy také syndrom hyperaktivity, sociální problematika a anxiózně-depresivní problematika.

V další práci uvádějí autoři, že desmopressin-melt zlepšuje spánek a psychologické funkce u EN. Užívali standardizované polysomnografické metody. Děti při terapii desmopressinem udávaly méně budících reakcí, méně narušeného spánku, vyšší kvalitu života i paměť. Desmopressin nezlepšoval jen noční enurézu, ale měl pozitivní vliv i na kvalitu spánku a následný vyučovací den dětí.

V dalším sdělení bylo sledováno 30 dětí s MNE ve stáří 10 let. Byl měřen spánkový i probouzecký index. Nebyla nalezena žádná korelace mezi pohlavími a věkem. Uroflow a reziduální volem měřeno při sonografii. V noci probíhala videopolysomnografická studie. Nebyla zjištěna korelace mezi spánkem a enuretickými parametry. Děti s refrakterní noční enurézou se liší v rozdílech ve spánkovém indexu a v probouzeckém indexu. Spánkový index a kortikální probouzení ve spánku jsou u dětí s EN zvýšené. Autoři se domnívají, že svoji roli hrají autonomní systém, větve sympatiku a dopaminergní systém.

Přeložil a zpracoval MUDr. J. Liška, CSc.
Pediatr Nephrol. 2014;29(9):1649–1867;
kongres Porto 18.–24. 9. 2014

■ Polovina lékařů jsou padesátníci a starší

Rychlý pohled do právě zveřejněné Zdravotnické ročenky ČR.

Zdravotnickou ročenku České republiky vydal nyní Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR; data se však týkají ještě roku 2013. Vybíráme pár zajímavých přehledných čísel, z nichž mj. vyplývá, že téměř polovina lékařů a více než polovina zubních lékařů je ve věku nad 50 let.

Počet lékařů: 40 619 (z toho 1 843 přechodně neaktivních, např. na rodičovské dovolené)

Průměrný věk: 48,4 roku

Podíl lékařů ve věku do 39 let: 28,2 %

Podíl lékařů ve věkové skupině 40 až 49 let: 23,8 %

Podíl lékařů ve věkové skupině 50 až 59 let: 25,3 %

Podíl lékařů ve věku 60 a více let: 22,7 %

Počet zubních lékařů: 7568 (z toho 142 přechodně neaktivních)

Průměrný věk: 50,3 roku

Podíl zubních lékařů ve věku do 39 let: 26,6 %

Podíl zubních lékařů ve věkové skupině 40 až 49 let: 15,3 %

Podíl zubních lékařů ve věkové skupině 50 až 59 let: 26,9 %

Podíl zubních lékařů ve věku 60 a více let: 31,2 %

Noví **absolventi**-lékaři: 883

Noví **absolventi**-zubní lékaři: 262

Stárnutí lékařů nejdramatičtěji popisuje podíl zubních lékařů ve věku 60 a více let: v roce 2013 představoval 31 %, o rok dříve 26 % a ještě o rok dříve, v roce 2011, „jenom“ 23 %.

Zdravotnickou **ročenku můžete najít** na webu Ústavu zdravotnických informací a statistiky: <http://uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2013>

Zdroj: doktorvlach.cz, 17. 1. 2015



HPV očkování jako skutečná prevence závažných chorob

MUDr. Parvine Gricová

praktický lékař pro děti a dorost

Společenský dopad plošného očkování můžeme pozorovat už více než osmdesát let. Právě plošná vakcinace snížila riziko mnoha infekčních chorob, což se projevilo také eliminovanou nemocností i úmrtností na ně. Prvním, ale ne posledním obrovským hmatatelným úspěchem se stala eradikace pravých neštovic – varioly v 80. letech minulého století. V blízké budoucnosti se dočkáme dalšího milníku moderního očkování, vymýcení dětské přenosné obrny, které je plánováno na rok 2018.

Je tomu už 219 let, kdy bylo započato novodobé očkování. Byl to anglický lékař Edward Jenner, který v roce 1796 provedl první očkování proti variole tak, jak je známe dodnes. Právě nezvratný úspěch masivního plošného očkování proti pravým neštovicím prováděného po celém světě se stal modelem i pro pozdější očkování. A tak se od poloviny minulého století civilizovaný svět rozhodl využít tento nástroj k efektivnímu boji s infekčními chorobami. Většina preventivních programů je zaměřena na ochranu právě těch nejmenších, pro něž infekce představují největší hrozbu.

Počátek nového tisíciletí přinesl další očkování ve znamení prevence nádorových onemocnění, tentokrát způsobených lidskými papilomaviry. Jde v pořadí o již druhé očkování (prvním se stalo očkování proti hepatitidě typu B), které může snížit výskyt některých nádorových onemocnění.

Lidské papilomaviry (HPV) jsou malé DNA viry z čeledi *Papilloma viridae*. Dnes je známo více než sto typů HPV viru, z nichž některé se mohou chovat mimořádně agresivně. Protože člověk je jediným rezervoárem těchto virů, plošné a masivní očkování celosvětové populace nezávisle na pohlaví by mohlo v budoucnu vést k eliminaci až k eradikaci této infekce.

HPV stejně jako jiné viry pronikají do hostitelských buněk, kde se zabudují do DNA hostitelské buňky. Právě tato genetická změna se stává pro původně zdravou hostitelskou buňku osudnou. Takto pozměněná buňka se dělí a její klony se s každou další generací geneticky stále více poškozuji. Tím se dělení stává nekontrolovatelným, což ve

svém důsledku vede ke vzniku transformovaných až nádorových buněk. Během tohoto procesu dochází mimo jiné i k rekonstrukci HPV viru, který tak přežívá a může infikovat další buňky.

Nejvnímavějšími buňkami jsou ty v oblasti přechodu dlaždicového a cylindrického epitelu (hrdlo děložní, anus, hrtan), kde viry infikují bazální buňky, ke kterým pronikají přes mikroskopická poranění.

V roce 1983 byl HPV virus identifikován německým lékařem Haralodem zur Hausenem, vyznamenaným v roce 2008 Nobelovu cenu za fyziologii a lékařství.

HPV infekce je odpovědná za vznik minimálně 6 % všech nádorů zaznamenaných na celém světě.

Nízkorizikové HPV, jako jsou typy 6, 11, vyvolávají karcinom jen v omezené míře, zejména v oblasti hlavy a krku (až 15 % HPV karcinomů v této oblasti), ovšem jsou zodpovědné za vznik:

- **Genitálních bradavic – Condylomata accuminata** (90 % HPV etiologie)
- **Rekurentních respiračních papilomatóz** (u dětí pravděpodobně v důsledku přenosu během porodu, možná i v důsledku transplacentárního přenosu)
- **Některých méně závažných přednádorových stavů** děložního hrdla, pochvy a zevních rodidel (i úspěšný zákrok však může mít své následky v podobě snížené fertility, předčasných porodů nebo dokonce i potratů)

Vysokorizikové HPV, jako jsou typy 16, 18, vyvolávají zpravidla prekancerózy a karcinomy:

- **U žen karcinom děložního hrdla, vulvy a vagíny**
- **U mužů karcinom penisu**
- **U obou pohlaví karcinom konečníku** (75 % HPV etiologie), **hlavy a krku** (40 % HPV etiologie)

Lidský papilomavirus způsobuje téměř 100 % karcinomu děložního hrdla, 75 % rakovin análního otvoru, 40 % orofaryngeálních karcinomů, 70 % vaginálních karcinomů, 40 % vulvárních a 30 % penilních karcinomů.

K vaginální, anální nebo orální infekci dochází nejčastěji pohlavním stykem. Ovšem přenos je možný také kontaktem, tj. dotykem nebo třením, vzácněji pak při porodu nebo kontaminovanými předměty (např. ručníky). Infekčnost HPV viru je ale podmíněna vnímavostí jedince. Ti, kdo mají slabou zpravidla slizniční imunitu nebo jsou imunokompromitováni, jsou k HPV viru nejcitlivější, jsou tedy vůči němu nejzranitelnější.

Incubační doba od infekce k manifestnímu onemocnění je velmi variabilní a pohybuje se mezi několika týdny až několika lety. Zatímco po expozici genitální bradavice vznikají kolem tří měsíců, intraepiteliální léze se objevují mnohem později, do jednoho až dvou let.

Hlavním rizikovým faktorem je pohlavní styk s nakaženou osobou. Díky tomu riziko roste s vyšším počtem sexuálních partnerů stejně jako s nízkým věkem koitarche. Určité riziko tohoto onemocnění stoupá s oslabenou imunitou, jak slizniční, tak systémovou, což potvrzuje častější výskyt onemocnění u imunokompromitovaných osob, jako jsou HIV pozitivní, SLE pacienti apod.

Nejvyšší výskyt onemocnění se objevuje ve věkové skupině 20–30 let. Nicméně to neznamená, že by starší dospělí osoby byly této nákazy ušetřeny. Nově se ukazuje, že stoupá výskyt také po 40. roku, pravděpodobně v době relativně častých rozvodů, což s sebou přináší následně častější střídání sexuálních partnerů. Čili očkování neplní svůj význam jen u těch nejmladších před zahájením sexuálního života, ale také u starších dospělých, kteří si nově hledají svého sexuálního partnera.

I přes zavedené screeningové programy bývá často karcinom děložního hrdla diagnostikován pozdě. Česká republika patří mezi země s jednou z nejvyšších incidencí tohoto karcinomu, která dosahuje 19–22/100 000 žen, tj. ročně asi 1200 nových onemocnění a 400 úmrtí.

Nárůst výskytu HPV asociovaných onemocnění je alarmující, proto **Světová zdravotnická organizace považuje HPV onemocnění z epidemiologického hlediska za závažnější než epidemie HIV/AIDS.**



Čtvrtina z 200 nákupů nemocnic byla předražena

Audit čerpání evropských dotací v českých nemocnicích, který loni na podzim kritizovali šéfové nemocnic a ministr zdravotnictví Němeček (ČSSD), podle ČT prokázal, že čtvrtina ze dvou set nákupů byla předražena. Celkově dosáhlo předražení 112 milionů korun, uvedl pondělní pořad Reportéři ČT s tím, že nejdražší přístroje nakoupily nemocnice v Hradci Králové a Ostravě. Mluvčí Útvaru odhalování korupce a finanční kriminality Jaroslav Ibehej řekl, že věc je ve fázi prověřování, ale bližší informace neuvedl. Výsledky auditu, který zadalo ministerstvo financí vicepremiéra A. Babiše (ANO), poslali úředníci do Bruselu počátkem ledna. Na konci února by podle ČT měla Evropská komise rozhodnout o dalším postupu. Komise požádala o audit kvůli pochybnostem o zadávání veřejných zakázek v nemocnicích. S ministerstvem financí předem projednala výběr kontrolovaných nemocnic i způsob prověrky. Audity se konaly loni v červnu a červenci. Týkají se čerpání peněz z EU z let 2008 až 2013, a to na nákup přístrojů a vybavení onkologických a traumatologických center. Padly už sankce v řádu desítek milionů korun. Hrozí, že by nemocnice měly část výdajů hradit ze svého, ne z evropských peněz.

Dva dodavatelé měli sladovat nabídky

Podle zjištění auditů byla u části předražených nákupů údajně na vině systémová chyba na straně ministerstva zdravotnictví, které na nákupy přes prostřednické firmy tlačilo. Zakázky za 250 milionů byly diskriminační, neodpovídaly zákonu o veřejných zakázkách. Zprostředkovatelé podle pořadu ČT vykazovali provize 20 až 300 %, zisky přitom odcházely „neznámo kam“. Dvěma dodavateli přístrojového vybavení nemocnic, firmám Hospimed a PURO-KLIMA, už Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) uložil pokutu 63,3 milionu korun. Podle antimonopolního úřadu se dopouštěly protisoutěžního jednání. V letech 2008 až 2010 sladily své nabídky a koordinovaly jednání při účasti ve veřejných zakázkách, uvedl počátkem ledna předseda ÚOHS P. Rafaj. Rozhodnutí není dosud pravomocné, obě firmy podaly rozklad. Zatímco Hospimed dostala pokutu 35,6 milionu, Puro-klima o osm milionů nižší. ÚOHS tvrdí, že jednání koordinovaly v zakázkách na modernizaci a obnovu přístrojového vybavení kardiologického centra v ostravské fakultní nemocnici, na totéž v liberecké nemocnici a při dodávce zdravotní technologie pro první lékařskou fakultu Univerzity Karlovy.

Zdroj: ČTK, 19. 1. 2015

Očkování je jedinou možnou a účinnou primární prevencí HPV infekce nejen u žen, ale také u mužů. Imunita indukovaná HPV očkováním je schopna vysoce spolehlivě chránit před infekcí i onemocněním.

Zatímco přirozená infekce nezajistí úplnou ochranu před případnou recidivou tohoto onemocnění nebo jeho reinfekcí, HPV očkování umí tuto nedostatečnost do značné míry kompenzovat. Proto má význam i pro ty jedince, kteří se v minulosti HPV nakazili nebo dokonce onemocněli. HPV vakcíny jsou konstruovány jako tzv. mrtvé neboli neživé vakcíny. Účinnou složkou se stávají proteinové partikule podobné HPV viru, ovšem bez obsahu virové DNA, tj. genetické informace. Díky tomu jsou HPV vakcíny vysoce bezpečné. Jsou indikovány k prevenci HPV onemocnění, nikoli však k jejich terapii.

Letos je to už osm let, co máme k dispozici komerční HPV vakcíny. Od konce roku 2014 byla nově registrována 9valentní HPV vakcína, která na rozdíl od stávající 4valentní obsahuje navíc účinné složky vůči HPV 31, 33, 45, 52 a 58. Nicméně v Evropě jsou zatím k dispozici dvě původní komerční vakcíny.

Cervarix: Bivalentní vakcína obsahující účinné složky vůči HPV 16 a 18 snižuje výskyt karcinomu děložního hrdla minimálně o 70 %. Je určena pro dívky a ženy od 9 let.

Silgard: Kvadrivalentní vakcína obsahuje účinné složky nejen vůči HPV 16 a 18 (ve shodě s komerční vakcínou Cervarix), ale také vůči nízkorizikovým HPV 6 a 11. Je určena k očkování nejen žen a dívek od věku 9 let, ale také chlapců a mladých mužů do 26 let. Očkování snižuje výskyt nejen karcinomu děložního hrdla o minimálně 70 %, ale také vulvárního, vaginálního, análního a penilního karcinomu. Mimořádně vysokou prevenci poskytuje vůči genitálním bradavicím, jejichž výskyt snižuje až o 90 %. Je vysoce pravděpodobné, že může snížit také výskyt respirační papilomatózy.

Kromě cílené protekce dané složením komerční vakcíny byla pozorována také limitovaná zkřížená ochrana vůči jiným nevakcinačním HPV genotypům, která se může stát dodatečným přínosem pro očkování jedince.

Stávající výsledky klinických studií a terénních pozorování naznačují velmi dobrou a setrvalou ochranu získanou

kompletním očkováním, přetrvávající minimálně po dobu deseti let.

Tolerance a bezpečnost HPV očkování byla hodnocena v rámci klinických studií jako velmi dobrá, což potvrdily i výsledky celosvětové surveillance nežádoucích příhod hlášených po tomto očkování.

Stejně jako jakékoli jiné očkování má i toto svou kontraindikaci v podobě přecitlivělosti na některou ze složek komerční vakcíny. Dočasnou kontraindikaci představuje akutní onemocnění. Podle dostupných údajů není těhotenství očkováním ohroženo, nicméně stávající doporučení neindikuje toto očkování těhotným ženám. Kojení není kontraindikací pro HPV očkování.

Očkování se provádí buď dvěma, nebo třemi dávkami v závislosti na věku, u dětí mladších 15 let lze očkovat nejen ve třídávkovém schématu, ale také ve dvoudávkovém. Naopak starší se vždy očkují celkem třemi dávkami, podanými obvykle v 0-1-6 nebo 0-2-6 měsících. Pokud se očkuje ve dvoudávkovém schématu, pak se musí dodržet delší interval mezi oběma dávkami, tj. 6 měsíců.

Zpočátku se předpokládalo, že HPV očkování má hlavní význam jen u žen, nicméně s postupem let se ukázalo, že z něj mohou velmi dobře profitovat i muži. Proto se v posledních letech mnoho zemí (Rakousko, Itálie, Austrálie, Kanada a USA) rozhodlo pro plošné očkování nejen věkové kohorty dívek, ale také chlapců v souladu s doporučením ECDC (The European Centre for Disease Prevention and Control) a CDC (Centres for Disease Control and Prevention).

Strategie očkování proti HPV nezávisle na pohlaví poskytuje vyšší a rychlejší snížení výskytu onemocnění způsobených HPV. Tomu nahrává také absence screeningových programů pro karcinomy způsobené HPV s výjimkou karcinomu děložního hrdla. Proto plošné očkování nejen dívek, ale i chlapců může celospolečensky přispět k eliminaci těchto závažných onemocnění.

Svá pozitivní stanoviska očkovat obě pohlaví ve shodě vydaly mimo jiné také české odborné společnosti ČLS JEP (ČOS, ČVS, ORL, ČGPS). Navíc historie očkování nás poučila, že není důležitá jen individuální ochrana zajištěná očkováním každého jedince. Ta totiž může časem vymizet, ať už spontánně, nebo následkem potlačení imunity. Je-li však vysoce proočkováná



populace, pak tato individuální ztráta v ochraně jedince nepředstavuje žádné riziko. Navíc vždy budou jedinci, které nebude možné očkovat. Ti ale díky této kolektivní ochraně mohou být před HPV infekcí uchráněni.

Nejvhodnější je očkovat ty nejmladší ještě před zahájením pohlavního života. Nejenže mohou být mnohem spolehlivěji chráněni vůči HPV než ti, kdo již měli sexuální partnery, ale také imunitní odpověď u nich bývá o poznání vyšší než u dospělých. Jejich imunitní systém je připraven přijmout informaci a díky očkování se tak velmi dobře naučí chránit jedince před touto infekcí. Přičteme-li k této prevenci i screening, dosáhneme téměř dokonalé ochrany jedince.

■ Závěr

HPV je částečně zodpovědný za mnohá onemocnění – počínaje benigními onemocněními sliznic a kůže a konče řadou maligních nádorových onemocnění, z nichž možná nejčastějším se stává karcinom hrdla děložního. Daleko méně známý je ale fakt, že v posledních letech extrémně rychle narůstá počet nádorových onemocnění v oblasti hlavy a krku stejně jako konečníku, jejichž příčinou mohou být rovněž perzistující infekce některými z typů HPV. Údaje z pravidelného hlášení nebo výsledky posledních průzkumů jednoznačně prokazují minimálně čtyřnásobný nárůst incidence genitálních bradavic za posledních 20–30 let, a to nejen ve světě, ale také v České republice. Nárůst výskytu HPV asociovaných onemocnění se tak stává v posledním desetiletí více než alarmujícím.

Jediným možným a správným nástrojem se stalo bezpečné a dobře tolerované HPV očkování, které je schopno vysoce efektivně nejen zpomalit stávající trend, ale dokonce snížit či eliminovat některá onemocnění zapříčiněná vakcinačními HPV typy. To ostatně potvrdila řada epidemiologických sledování, která hodnotila dopad HPV očkování v proočkované populaci v posledních osmi letech.

Nově se HPV očkování nepovažuje jen za doménu očkování žen, jako tomu bylo na počátku historie tohoto očkování, a muži tak přestávají být diskriminováni v této prevenci. Vždyť i oni si nesou své zdravotní stigma způsobené právě těmito viry. Chceme-li dosáhnout skutečného celo-

společenského prospěchu, pak z kohortového očkování nelze chlapce vyřadit. Příkladem nám může být Rakousko, které zahájilo plošné očkování chlapců od roku 2013.

Osobní důvěryhodnost a existence vztahů založených na důvěře staví nás, pediatriy do jedinečné pozice těch, kteří napomáhají rodičům porozumět významu očkování pro zdraví jejich dětí i ostatních. Je tedy i nadále naším úkolem informovat rodiče našich dětských pacientů o významu očkování při ochraně jejich dětí před závažnými chorobami.

■ Dnešní výzvy týkající se očkování

Připomeňme nový občanský zákoník, platný od ledna 2014. Podle něj jsme totiž my, lékaři, přímo povinni podat pacientovi takové vysvětlení, o kterém lze předpokládat, že ošetřovaný pochopí svůj zdravotní stav, způsob, účel a nezbytnost péče o zdraví včetně očekávaných následků i možných nebezpečí pro své zdraví (§ 2639 o. z.).

Možnost ochrany jedince proti řadě maligních nádorů působených papilomaviry je jistě něčím, co se týká každého z nás (§ 2950 občanského zákoníku: Škoda způsobená informací nebo radou: Kdo se hlásí jako příslušník určitého stavu nebo povolání k odbornému výkonu, nebo jinak vystupuje jako odborník, nahradí škodu, způsobí-li ji neúplnou nebo nesprávnou informací nebo škodlivou radou.).

Lidé si musejí být plně vědomi toho, že očkováním chrání své děti a komunity, v nichž žijí, před závažnými a potenciálně smrtícími nemocemi.

Očkování snižuje utrpení a zachraňuje životy.

■ Použitá literatura

RNDr. Marek Petráš – Články o očkování
v odborném tisku na webových stránkách autora

Prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.
– Minisymposium HPV infekce

Kolektiv autorů HPV college
Odborné medicínské časopisy
HPV internetové stránky

Němeček: Zdravotnictví je finančně stabilizované, loni jím proteklo 230 miliard

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD) míní, že tuzemské zdravotnictví je finančně stabilizované. Zdravotní pojišťovny skončily podle něj s přebytky a rovněž nemocnice hospodařily s vyrovnanými rozpočty. Ministr v úterý dodal, že rozpočet přes pojišťovny loni proteklo 230 miliard korun. „Většina klíčových nemocnic skončila rok 2014 s kladným nebo vyrovnaným hospodářským výsledkem, a to fakultní i většina krajských. Velmi pozitivně hodnotím i to, že se dařilo zdravotním pojišťovnám udržovat vyrovnané hospodaření. Považuji to za velmi dobrý výsledek, který tady několik let nebyl,“ řekl ministr, který ocenil zlepšení zejména VZP dosažené za situace, kdy vracela část půjčky od státu. „Za ocenění stojí i činnost lékového ústavu, který revizí cen léků ušetřil zdravotnímu pojištění přes dvě miliardy korun,“ dodal.

Na zvýšení platů zdravotníků peníze jsou

Právě tyto dobré výsledky podle ministra umožnily od 1. ledna zvýšit tarifní platy zdravotníků i ostatních pracovníků v nemocnicích o pět procent. Navýšení je zajištěno úhradovou vyhláškou pro všechny nemocnice.

„Rozkvět nebyl tak obrovský, ale zklidnila se atmosféra slibem, že se přilijou peníze,“ řekl exministr zdravotnictví a místopředseda sněmovního zdravotního výboru Leoš Heger (TOP 09). Uvedl, že zdravotnické finance se zlepšily už v roce 2013, loňský rok tak zčásti běžel setrvačností z minulých let. Také prezident České lékařské komory Milan Kubek ministrův optimismus mírní. Vláda podle něj stále nevyřešila prohlubující se nedostatek lékařů. Zákon o specializačním vzdělávání dosud nepředložila. „Ani pětiprocentní zvýšení platů není řešením, lékaře v nemocnicích neudrží, pokud nebudou mít jistotu, že platy budou dál zvyšovány,“ řekl Kubek.

Odbory brzdí nadšení

Podle předsedkyně zdravotnických odborů Dagmar Žitníkové není situace v nemocnicích až tak optimistická, jak uvádí ministr. Stále tam prý cítí dopad předchozích omezujících opatření. Vítá ale, že resort je finančně stabilizovaný. „Je vidět, že predikce výběru zdravotního pojištění vychází, i v souvislosti s tím znovu otevřeme jednání o plattech a počtech zaměstnanců i jejich pracovní zátěži,“ řekla. Němeček novinářům potvrdil, že pokud se bude ekonomika vyvíjet jako dosud, je připraven v druhé půli roku začít jednání o dalším růstu platů.

Zdroj: Novinky, ČTK, 13. 1. 2015



Screeningový test k odhalení autismu v batolecím věku – CHAT

CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) – screeningová metoda podle anglického neuropsychiatra Simona Baron-Cohena, který se zaměřuje na diagnostiku autismu v raném dětském věku. CHAT je poměrně velmi specifický a dobře odlišuje děti s autismem od dětí s prostou mentální retardací. Nezachytí všechny děti. Unikají většinou děti s vyšší úrovní fungování a menší závažností autismu.

A. Otázky rodičům:

A1	Má Vaše dítě rádo, když je houpete na kolenou?	Ano	Ne
A2	Zajímá se o druhé děti?	Ano	Ne
A3	Leze nebo šplhá rádo po věcech (např. schodech, nábytku)?	Ano	Ne
A4	Hraje si rádo na schovávanou („kuku-kuk“)?	Ano	Ne
A5	Hraje si někdy na něco „jakoby“ (předstírá nějakou činnost) – např. „vaří“ čaj v dětském nádobíčku nebo podobně?	Ano	Ne
A6	Ukazuje Vaše dítě prstem, aby dalo najevo, že něco chce?	Ano	Ne
A7	Ukazuje prstem, aby dalo najevo zájem o nějakou věc?	Ano	Ne
A8	Umí si hrát správně s malými hračkami (např. s autíčky nebo kostkami), aniž by je jen dávalo do pusy, ohmatávalo nebo odhazovalo?	Ano	Ne
A9	Nosí Vám Vaše dítě někdy nějaké věci, aby Vám něco ukázalo?	Ano	Ne

B. Pozorování lékaře

B1	Navázalo s Vámi dítě v průběhu celého vyšetření oční kontakt?	Ano	Ne
B2	Upoutejte pozornost dítěte, pak ukažte přes místnost na nějaký zajímavý předmět a řekněte: „Podívej se. Tam je (název hračky)“ Pozorujte obličej dítěte. Podívalo se na to, co jste mu ukazovali?	Ano (Pro odpověď ANO se ujistěte, že se dítě nedívá jen na Vaši ruku, ale skutečně na ten předmět, na který ukazujete)	Ne
B3	Upoutejte pozornost dítěte, pak mu dejte miniaturizovaný šálek a konvičku a řekněte: „Dáš si šálek čaje?“ Předstírá dítě, jako by si nalévalo čaj, pilo ho apod?	Ano	Ne (Pokud můžete u dítěte vyvolat jiný příklad symbolické hry, skórujte tuto položku ANO)
B4	Řekněte dítěti: „Kde je světýlko?“ nebo „Ukaž mi světýlko.“ Ukazuje dítě svým ukazováčkem na světlo?	Ano	Ne (Opakujte otázku s medvídkem nebo jiným předmětem mimo dosah dítěte, pokud dítě nerozumí slovu „světýlko“)
B5	Umí dítě postavit věž z kostek? (Pokud ano, z kolika? Počet kostek...)	Ano	Ne

Vyhodnocení: pět „klíčových položek“

A7 a B4 = protodeklarativní chování

B2 = monitorování pohledu

A5 a B3 = symbolická hra

Chybění všech pěti klíčových položek = vysoké riziko autismu

Pokud dítě neplní položky A7 a B4, ale plní alespoň jednu ze zbylých tří = střední riziko

Zdroj: <http://www.zasklem.com/pro-pediatrics-chat-checklist-for-autism-in-toddlers/>



Jak je to s bílkovinou v náhradní kojenecké mléčné výživě?

Doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D.

Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

■ Úvod

Složení náhradní kojenecké mléčné výživy (dále jen „kojenecká formule, KF“) je přísně regulováno Evropskou komisí (EC) a již řadu let se tato doporučení neměnila. V nedávné době bylo publikováno nové stanovisko EFSA (European Food Safety Authority), které na základě nedávno publikovaných důkazů navrhuje některé změny v současné legislativě, zejména **snížení doporučeného obsahu bílkovin** v KF.

■ Požadavky na kojenecké formule

Požadavky na KF jsou v Evropské unii stanoveny na základě direktiv EC (1,2). Vzhledem k některým novým skutečnostem na poli výzkumu optimálního složení KF bylo na základě požadavku EC v roce 2014 vydáno **nové stanovisko EFSA**, které předkládá současný pohled na optimální složení KF (počátečních i pokračovacích) (3). Toto stanovisko by mohlo v následujících několika měsících vést ke změně direktivy EC.

Ve stanovisku je definován minimální a maximální obsah jednotlivých složek (nutrientů), přičemž **minimální obsah** je zvolen tak, aby pokryl nutriční potřeby teoreticky všech zdravých donošených kojenců, a **maximální obsah** je definován jako množství, které je ještě pokládáno za bezpečné. Je zdůrazňován princip, že KF by se svým složením měly blížit raději minimálnímu obsahu, neboť jakýkoliv nadměrný příjem nutrientů, který není využit pro růst a vývoj dítěte, může zatěžovat kojenecký organismus nutností metabolického zpracování a exkrece nevyužitých složek stravy. Stanovisko se netýká výživy nedonošených dětí ani dětí s (velmi) nízkou porodní hmotností či dětí se speciálními výživovými nároky (např. ABKM apod.). **Zlatý standard je považováno mateřské mléko (MM)**, které svým složením poskytuje optimální zdroj živin v prvních měsících života kojence (s výjimkou vitamínu K a vita-

minu D) a má proti výživě KF řadu zdravotních výhod pro dítě (např. snížená incidence gastroenteritid, respiračních infekcí, zánětů středouší, nadváhy a obezity).

■ Adekvátní příjem energie a nutriční programování

Za adekvátní příjem energie pro zdravé donošené kojence se považuje v rozmezí od **109 kcal/kg/den** u novorozenců až po **77 kcal/kg/den** u dětí ve věku 12 měsíců (resp. 329–742 kcal/den) (4). U chlapců je potřeba mírně vyšší než u dívek. Dle výzkumů se reálný energetický příjem kojenců v prvních šesti měsících věku pohybuje v rozmezí 550–700 kcal/den (u dětí převážně živých KF) a 590–620 kcal/den (u dětí výlučně kojených). V druhé polovině kojeneckého období je to přibližně 650–980 kcal/den.

Direktiva EC z roku 2006 stanovuje pro KF minimální obsah energie **60 kcal/100 ml** a maximální **70 kcal/100 ml**. Tyto hodnoty jsou podpořeny také současným stanoviskem EFSA, nicméně je zdůrazňováno, že **výrobci KF by měli cílit energetickou densitu svých produktů k dolní hranici tohoto doporučení**. Energetická densita MM je přibližně 65±11 kcal/100 ml s tím, že zadní mléko je energeticky bohatší. Některé studie prokázaly, že **děti živěné KF rostou v prvním roce života rychleji** než děti kojené (5,6). Tato skutečnost je přisuzována **zvýšenému příjmu energie a proteinů** u dětí živých KF. Navíc některé studie poukazují na asociaci urychleného růstu v kojeneckém věku a následného zvýšeného výskytu civilizačních onemocnění (hypotéza nutričního programování).

■ Proteiny v MM, KF a časná proteinová hypotéza

Za vhodný zdroj proteinů pro KF je v současné době považována bílkovina kravského či kozího mléka a izolovaná bílkovina ze sóji, případně nespecifikované proteinové

hydrolyzáty. Požadavky EC (2006) na obsah **proteinů v počátečních KF** se pohybují mezi **1,8–3 g/100 kcal (v pokračovacích až 3,5 g/100 kcal)**. V MM obsah proteinů v průběhu laktace klesá z 3,8 (2,2–10) g/100 kcal (kolostrum) až po **2 (1,2–3,2) g/100 kcal** (zralé mléko) = **7 E %**. Poměr kaseinu k syrovátce v kolostru je cca 1:9, zatímco ve zralém mléce 5:5.

Optimální potřeba bílkovin u kojenců je velmi obtížně stanovitelná. Odhaduje se, že se pohybuje od **1,77 g/kg** tělesné hmotnosti (do dvou měsíců věku) až po **1,14 g/kg** (v roce věku), což odpovídá v průběhu prvního roku života cca **7–11 g/den**. U většiny kojenců v Evropě živých KF se energie z proteinů podílí na celkovém % energetického příjmu z **9–10 E %** (do 6 měsíců věku) až po **10–15 E %** (6–12 měsíců).

Na základě nově publikovaných dat (7,8) se zdá, že počáteční i pokračovací KF s obsahem intaktní bílkoviny kravského mléka na dolní hranici doporučeného rozmezí (1,8 g/100 kcal) jsou dostatečné pro zajištění adekvátního růstu a vývoje dítěte. Pro sójové KF je tato hranice 2,25 g/100 kcal. U hydrolyzáty musí být tato hranice ještě stanovena na základě klinických studií.

Předpokládá se, že zvýšený příjem proteinů (více než 20 E %) může poškodit rovnováhu vnitřního prostředí (hydratace), zvýšit sekreci inzulinu, IGF-1, IGFBP-1 a vést k rychlejšímu růstu a vyššímu BMI později v dětství (tzv. časná proteinová hypotéza). Přímý vztah mezi proteiny a těmito následky je však nutno ještě potvrdit dalšími studiemi.

Na základě výše uvedených skutečností je v nedávném prohlášení EFSA navrženo změnit doporučené rozmezí pro obsah proteinu v KF (jak počátečních, tak pokračovacích) na **1,8–2,5 g/100 kcal (pro kravskou a kozí bílkovinu)** a na **2,25–2,80 g/100 kcal** pro izolovanou bílkovinu



sóji. Pro hydrolyzáty je navržena horní mez shodná jako pro sójovou bílkovinu. Nově navrhovaná horní mez je tedy o 0,5–1 g/100 kcal nižší než v původní direktivě EC z roku 2006.

Literatura

1. Directive 2009/39/EC of the European Parliament and of the Council of 6 May 2009 on foodstuffs intended for particular nutritional uses, OJ L 124, 20. 5. 2009, p. 21
2. Commission Directive 2006/141/EC of 22 December 2006 on infant formulae and follow-on formulae and amending Directive 1999/21/EC, OJ L 401, 30. 12. 2006, p. 1
3. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific Opinion on the essential composition of infant and follow-on formulae. *EFSA Journal*. 2014;12(7):3760.
4. EFSA NDA Panel (EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies), 2013a. Scientific Opinion on nutrient requirements and dietary intakes of infants and young children in the European Union. *EFSA Journal*. 2013;11(10):3408, 103 pp. doi:10.2903/j.efsa.2013.3408
5. Koletzko B, von Kries R, Closa R, Escobedo J, Scaglioni S, Giovannini M, Beyer J, Demmelmair H, Anton B, Gruszfeld D, Dobrzanska A, Sengier A, Langhendries JP, Rolland Cachera MF, Can infant feeding choices modulate later obesity risk? *Am J Clin Nutr*. 2009;89(5):1502–S1508.
6. Hörnell A, Lagström H, Lande B, Thorsdottir I. Protein intake from 0 to 18 years of age and its relation to health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr Res*. 2013 May 23:57.
7. Koletzko B, von Kries R, Closa R, Escobedo J, Scaglioni S, Giovannini M, Beyer J, Demmelmair H, Gruszfeld D, Dobrzanska A, Sengier A, Langhendries JP, Rolland Cachera MF, Grote V. European Childhood Obesity Trial Study G. Lower protein in infant formula is associated with lower weight up to age 2 y: a randomized clinical trial. *Am J Clin Nutr*. 2009;89(6):1836–1845.
8. Trabulsi J, Capeding R, Lebumfacil J, Ramanujam K, Feng P, McSweeney S, Harris B and DeRusso P. Effect of an alpha-lactalbumin-enriched infant formula with lower protein on growth. *Eur J Clin Nutr*. 2011;65(2):167–174.

Po snížení DPH některé léky dokonce zdražily

Řada lidí se domnívala, že snížení DPH z 15 na 10 procent od nového roku by mohlo znamenat, že léky o pět procent zlevní. Ve skutečnosti tomu tak ale není. Snížení ceny je mnohem menší, někdy je pacienti ani nepoznají, dokonce u některých léků může být cena i vyšší, protože výrobci zdražili.

„Na konci listopadu jsem kupoval balení léku Concor 2,5 mg na vysoký krevní tlak a zaplatil jsem 60 korun. Pátého ledna mě stejné balení přišlo na 71 korun. To je navýšení o 18 procent,“ neskrýval pro Právo rozhořčení při návratu z lékárny v Nové Pace na Jičínsku sedmdesátiletý Zdeněk Ouzký.

„Snížení DPH se promítlo v cenách regulovaných léčivých přípravků snížením ceny o rozdíl v DPH. To znamená, že se snížil doplatek pacienta i úhrada zdravotní pojišťovny. Na každých 100 korun je to zhruba 4,30 až 4,40 Kč,“ sdělil Právu mluvčí České lékárnické komory lékárník Aleš Krebs.

Otazník nad cenou volně prodejných léčiv

Připustil, že u některých léků se mohla snížit úhrada zdravotní pojišťovny, a pak pacient doplatí víc než dosud. V drtivé většině pacient ale nyní u léků na předpis bude platit méně, byť jen o koruny.

Například u velmi rozšířeného léku na vysoký krevní tlak Prestarium Neo 90 × 5 mg tbl. byl před změnou DPH doplatek pacienta 149 korun, nyní je 142 korun. U dalšího přípravku na tlak Micardis Plus 28 × 80/12,5 mg tbl. byl doplatek 111 korun a nyní je 106 korun. U antibiotika Klacid SR 7 × 500 mg tbl. byl doplatek 67 korun, nyní je 64 korun.

Pojišťovny ušetří

U volně prodejných přípravků, které pacient nemá na předpis a hradí je v plné výši, se dopad snížení DPH podle viceprezidenta České lékárnické komory Michala Hojného ukáže do konce ledna, až lékárnám dojdou zásoby nakoupené za původní DPH.

I tady mohou výrobci ceny zvednout a přípravky mohou být pro pacienty dražší než loni. Doplnky stravy a léčebná kosmetika, stejně jako nikotinové náplasti a další prostředky pro odvykání kouření, zůstaly v patnáctiprocentní sazbě.

Rozdílné sazby jsou u některých přípravků na stejnou obtíž, třeba na syndrom suchého oka jsou kapky se sazbou 10, 15 i 21 procent. Komora lékárníků proto jedná s výrobci o sjednocení sazeb.

Snížená DPH za léky znamená, že uspoří i zdravotní pojišťovny. „Očekávaná úspora by mohla představovat pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP) až 1,3 miliardy korun za rok. Peníze budou použity na zdravotní péči,“ sdělil Právu mluvčí VZP Oldřich Tichý.

Boj lékáren o klienty

Už se rozvinul i boj lékáren o zákazníky. V lékárenské síti Dr. Max od začátku ledna platí u léků na předpis jen 50 procent doplatku. Snížený doplatek se vztahuje na děti do 15 let a seniory od 60 let a na léky hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Počítá se vůči maximálnímu regulovanému doplatku. Výhody nabízí i pacientům od 15 do 60 let, a to formou akčních cen na vybraná léčiva a další produkty. Postup lékárenského řetězce ale napadla lékárnická komora. Její prezident Lubomír Chudoba Právu sdělil, že „vzhledem ke konstrukci slevy se již ne zcela překvapivě setkáváme s případy, kdy je lék pro pacienta i po 50procentní slevě na doplatek dražší než v jiné lékárně bez jakékoli slevy“.

V lékárnách nejméně do konce ledna, než si ceny léků „sednou“, tedy mohou být problémy.

Česká lékárnická komora pacientům doporučuje, aby se u lékárníků zajímali o to, zda není jejich přípravek možné zaměnit za jiný s totožným složením a účinkem, ovšem s nižším nebo nulovým doplatkem. Je to cesta bezpečná nejen ze zdravotního hlediska, ale může být šetrnější i k peněžence pacienta.

Zdroj: V. Pergl, Právo, 14. 1. 2015



Ze světa odborné literatury...

■ Omalizumab v léčbě eozinofilní ezofagitidy a potravinové alergie

Omalizumab (anti-IgE protilátka) je užíván u těžkého astmatu a postupně u dalších alergických onemocnění. Autoři uvádějí kazuistiku dvou pacientů s mnohočetnou potravinovou alergií a eozinofilní ezofagitidou. Vysazení předpokládaných alergenů z potravy nepřineslo žádoucí efekt. Proto využili danou monoklonální protilátku. První pacientkou bylo 18leté děvče s těžkou atopickou dermatitidou, astmatem a mnohostrannou potravinovou alergií. Byla mj. léčena antihistaminiky a antileukotrieny. Začala dostávat Omalizumab 300 mg injekčně každý týden. Mimo dysfagii došlo ke zlepšení všech symptomů. Endoskopie a histologie neukázaly žádné zlepšení. Druhým pacientem byl 9letý chlapec, který mimo Hirsprungovu chorobu měl rozsáhlou potravinovou alergií. Také se při stejné léčbě klinicky velmi zlepšil, histologie zůstala nezměněná. Obviňují z celkového stavu pacientů cytokiny – IL-4 a IL-5 uvolňované z Th2 lymfocytů. Další zkušenosti se sbírají.

Eur. J. Pediatr. 2011;170:1471–1474

■ Pediatrické nealkoholické ztukovatění jater

Nealkoholická jaterní steatóza je multifaktoriální stav širokého spektra jaterních abnormalit od prosté jaterní steatózy ke steatohepatitidě, která by mohla být asociovaná s fibrózou a s progresem k cirhóze a jaternímu selhání. Většinou má společnou příčinu u dětí i u adolescentů. Obezita reprezentuje genetický základ i vývojové faktory. Jaterní biopsie zůstává zlatým standardem diagnostiky, stejně jako vyšetření jaterních transamináz a sonografie jater.

Jaterní chronické poškození při obezitě je společnou příčinou v západní Evropě a v USA. Svou roli hrají obezita, sedavý způsob života a hyperkalorická strava. Chronické ztukovatění jater je charakterizováno manifestací metabolického syndromu, inzulinovou rezistencí, viscerální obezitou, dyslipidemií a abnormalitami glukózového zátěžového testu. K tomu přistupuje hypertenze. U pediatrických pacientů k tomu přistupuje vyšší hladina inzulinu, celkového cholesterolu, triglyceridů

a LDL cholesterolu. Toto onemocnění postihuje až 10 % pediatrických pacientů s poměrem chlapců k děvčatům 2:1. Nejčastější věková prevalence je mezi 11.–13. rokem, kdy je patrné zvýšení sérového inzulinu a tuková akumulace v játrech. Hispánské děti mají větší prevalenci než černoši.

V globálu je zde zvýšená lipogeneze a narušený tukový metabolismus v hepatocytech. Inzulinová rezistence interferuje s inzulinovou fosforylací. To je doplněno oxidativním stresem, mitochondriální dysfunkcí, dysbalancí prozánětlivých cytokinů vedoucí k fibróze. Dochází k alteraci střevní mikrobioty. Adipocytokiny a TNF faktor infiltrují adipózní tkáň. To vše vede k nekrotickému zánětu a k fibróze. Je úzká korelace mezi steatózou na sonografii a v jaterní biopsii. Sonografie však nemůže vyloučit steatohepatitidu nebo fibrózu. CT není pro radiační dopad na jaterní tkáň doporučována. Ještě je používána tzv. tranzientní elastografie pro identifikaci stupně fibrózy. Při dalším vyšetření jaterní biopsií je nutné počítat s krvácením. Jako vlastní steatózu označujeme stav, kdy je postiženo více než 5 % hepatocytů. Steatóza je většinou makrovakuolární. Z hlediska léčby stojí v první řadě změna životního stylu, redukce váhy, zvýšení fyzické aktivity. Zásadní význam má snížení inzulinové rezistence. Bariatrické chirurgické metody vykazují příznivé ovlivnění. K léčbě patří vitamin E, antidiabetikum metformin, ursodeoxycholová kyselina 10 mg/kg/den. Probiotika jsou dnes součástí léčby – zlepšují střevní bariérovou epitelální funkci. Součástí léčby jsou i kyseliny jako omega-3 a omega-6. Pentoxifylin, fosfodiesterázový inhibitor, antagonizuje patologickou TNF cestu.

Eur J Pediatr. 2014;173:131–139

■ Patologické fraktury u dětských pacientů se zánětlivým střevním onemocněním

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida mají společný špatný stav skeletu jako přímý vliv chronického zánětu, léčby glukokortikoidy, špatné výživy, zpožděné puberty a nižší svalové masy. Je popisována nižší kostní hustota, ačkoliv není zvýšeno množství kostních fraktur. Přesto je uváděn větší počet fraktur

v oblasti páteře. U těchto pacientů stále přetrvává nedostatek vitamínu D, nedostatek fyzické aktivity a již uváděná zpožděná pubertální progres. Některé fraktury mohou mít subklinický průběh. V pubertě, kdy tyto děti nejčastěji onemocní, se vytváří kostní banka pro život, zvyšuje se trabekulární mineralizace pod vlivem sexuálních hormonů. Kortikální a trabekulární kvalita je u těchto dětí zhoršena. Hrají zde roli také prozánětlivé cytokiny. Také chronický zánět může zvyšovat renální fosfátovou exkreci a inhibovat vitamin D3. Užívání biologické léčby zlepšuje hodnoty alkalické fosfatázy. Je nutné užívat velké dávky vitamínu D2 a D3 – 1000 mg kalcia a 50 000 j vitamínu D měsíčně perorálně podle hladiny vitamínu. Je zde role nekvalitní svalové tkáně, zvýšená exprese myostatínu a zvýšená proteinová degradace.

Eur J Pediatr. 2014;173:141–151

■ Efekt probiotik u eradikační terapie *Helicobacter pylori*

Tento efekt zatím zůstává kontroverzní. V práci se jedná o redukcii terapie klasického rozsahu a následného efektu. Celkem bylo srovnáváno devět studií s 508 pacienty. Vlastní infekce *Helicobacter pylori* zahrnuje zdravotní problém až u 50 % populace. Získání infekce *H. pylori* je většinou příčinou duodenální krize u dětí a jako kofaktor při vzniku duodenálního vředu. Eradikační terapie je při jeho eliminaci nutností. Klasickou léčbou jsou inhibitory protonové pumpy plus dvě antibiotika (amoxycilin nebo metronidazol a claritromycin). Jeho efekt však není výrazný. V posledních letech se provádějí metaanalýzy k posouzení výše uvedeného možného efektu probiotik. Kontroly byly prováděny dechovým testem nebo testem přítomnosti antigenu ve stolici nebo histologií nebo urea testem 4 týdny po eradikační léčbě. Z uvedeného počtu pacientů bylo 256 zahrnuto do skupiny probiotik a 252 do kontrolní skupiny. Suplementace probiotiky redukovala incidenci diarey. Incidence nauzey nebo obstrukce nevykazovala žádnou diferenci mezi skupinami. Celkově se probiotika jeví jako přínosná.

Eur J Pediatr. 2014;173:153–161

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



Aktuality...

■ **Interrupce jsou stejně bezpečné jako kolonoskopie, říká americká studie**

Zpracovala data o 50 tisících zákrokech.

Do stále probíhající americké debaty o oprávněnosti interrupcí i jejich bezpečnosti pro ženu přispěli výzkumníci z Kalifornské univerzity v San Francisku.

Zpracovali údaje o 50 tisících žen, které v letech 2009 a 2010 podstoupily umělé přerušení těhotenství, a sledovali případné komplikace po dobu 6 týdnů od zákroku. Ukázalo se, že podstatné komplikace (vyžadující hospitalizaci, chirurgický zákrok nebo podání krevní transfuze) byly velice vzácné, v podstatě nedosáhly ani čtvrtiny procenta. Menší komplikace se objevily u méně než 2 % žen. Výzkumníci to na webu své univerzity přirovnali ke komplikacím souvisejícím s kolonoskopií.

Naprostá většina ambulantně

97 % sledovaných interrupcí se uskutečnilo mimo nemocnice, jen na poliklinikách a v ordinacích lékařů. Zákroky i následná péče byly ve všech sledovaných případech placeny ze zdravotního programu Medicaid, který je určen pro chudé lidi.

Zdroj: Obstetrics & Gynecology, doi: 10.1097/AOG.0000000000000603, 11. 12. 2014

■ **Vědci varují před energetickými nápoji u dětí**

Již několik let vydávají experti stále častější varování před popíjením energetických nápojů, jako je například Red Bull, píše francouzský deník *Le Figaro*. Nemají se míchat s alkoholem a nemají je pít těhotné či kojící ženy. Citlivě na ně reagují děti, pro něž představují skutečné riziko, varují američtí vědci.

Podle pediatra z dětské nemocnice v Detroitu ve státě Michigan Stevena Lipshultze se více než 40 procent telefonátů do toxikologických informačních středisek, které souvisely s energetickými nápoji, týkalo dětí mladších šesti let. V období 2010 až 2013 to činilo v celých Spojených státech asi 3100 případů. To je v poměru k počtu obyvatel (316 miliónů) sice málo, ale i tak jde o varovný signál. Čtvrtina těchto dětí měla mírné až vážné srdeční a neurologické obtíže, upřesnil pediatr.

Přemíra kofeinu má na organismus známý dráždivý účinek. „Tato substance urychluje srdeční tep, a to může vést k tachykardii (zvýšené tepové frekvenci), narušení srdečního rytmu a ve výjimečných případech až k zástavě srdce. Pokud jde o mozek, nadměrné podráždění neuronů může vést ke křečím,“ říká pediatr Luigi Titomanlio z nemocnice Roberta Debrého v Paříži.

Některé plechovky Red Bullu mohou obsahovat až 400 miligramů kofeinu, zatímco šálek kávy představuje 130 miligramů. Otrava může nastat při různých dávkách v závislosti na věku: u dospělého jedince to je více než 400 miligramů za den, u mladistvého přes 100 miligramů a u dítěte mladšího dvanácti let to je 2,5 miligramu na kilogram tělesné váhy. „Děti mladší šesti let kofein vůbec nesmějí,“ zdůrazňuje doktor Titomanlio. „U dětí od sedmi do devíti let je přijatelná maximální dávka rovnající se půl šálku kávy,“ dodává.

Ve Francii, kde je prodej energetických nápojů povolen teprve od roku 2008, je intoxikace kofeinem zřejmě mnohem méně častá než ve Spojených státech. U dětí mladších pěti let jde hlavně o náhodné vypití takového nápoje, uvádí doktor Jérôme Langrand z pařížského toxikologického informačního střediska.

Franck Foures z francouzského Národního střediska pro sanitární bezpečnost však varuje, že pravidelná konzumace energetických nápojů dětmi není tak zanedbatelná. „Byli jsme překvapeni, že ze studie vedené loni v 16 evropských zemích vyplynulo, že tři procenta dětí pijí Red Bull nebo jiný podobný nápoj čtyřikrát až pětkrát týdně. U dospívající mládeže to je osm procent,“ uvádí.

Nadměrné množství kofeinu může mít méně výrazné účinky, než o jakých se zmiňuje americká studie, tyto účinky jsou nicméně pro vývoj dítěte velmi škodlivé.

„Nadměrná konzumace kofeinu může vést k syndromu závislosti, která narušuje spánek dítěte. Dítě je přes den ospalé, takže se znovu uchyluje k energetickému nápoji, aby bylo svěží. Je to bludný kruh,“ vysvětluje Franck Foures.

Kromě toho je kofein stimulant, který přispívá ke vzniku příštích závislostí na alkoholu, drogách či tabáku u dětí a mládeže, jejichž neokortex (nejmladší část mozkové kůry) není ještě zcela vyvinutý.

Zdroj: ČTK/Le Figaro, 9. 12. 2014

■ **Preskripce antibiotik u dětí s faryngitidou je v 80 % zbytečná – v USA**

I v éře očkování proti pneumokokům jsou v USA antibiotika předepisována dvojnásobnému počtu dětí s respirační infekcí, než u jakého je odhadována bakteriální etiologie.

Autoři této studie se pokusili porovnat podíl případů respiračních infekcí bakteriální etiologie u dětí a podíl těchto onemocnění, u kterých jsou předepsána antibiotika, v USA. Hodnotili pět respiračních infekcí: akutní *otitis media*, sinusitidu, bronchitidu, faryngitidu a infekce horních cest dýchacích. Prevalenci těchto infekcí vyvolaných bakteriemi stanovili na základě metaanalýzy pediatrických studií publikovaných v letech 2000 až 2011 v anglickém jazyce v databázích Medline, Embase a Cochrane Library. Dále provedli retrospektivní kohortovou analýzu, ve které zjišťovali podíl respiračních infekcí u dětí do 18 let, u nichž byla předepsána antibiotika. Použili data u průzkumu National Ambulatory Medical Care Survey, provedeného v ambulantní sféře v USA.

Výsledky byly publikovány v říjnu 2014. Ukázaly, že podíl infekcí dýchacích cest, které jsou vyvolány bakteriemi, dosahuje 64,7 % u akutní *otitis media* a 78 % u sinusitid. Podíl faryngitid vyvolaných *Streptococcus pyogenes* činil 20,2 %. Zařazovací kritéria nesplňovala žádná studie týkající se bronchitid a infekcí horních dýchacích cest. Na základě zjištěných hodnot byl podíl uvedených respiračních infekcí u dětí vyžadujících antibiotickou léčbu odhadnut na 27,4 %. Podíl dětí, kterým byla z důvodu těchto infekcí předepsána antibiotika, ovšem dosáhl 56,9 %. Jak autoři vypočítali, v USA to znamená odhadem 11,4 miliónu potenciálně zbytečných preskripcí antibiotik u dětí ročně.



Jak sami uzavírají, skutečnost, že i v období po zavedení očkování proti pneumokokům konjugovanou vakcínou jsou antibiotika předepisována téměř dvojnásobnému počtu dětí s respiračním infektem, než by bylo nutné, ukazuje, že se jedná o významný cíl programů racionalizace podávání antibiotik.

I když jde o data z USA, situace v České republice jistě nebude růžovější. Největší podíl zbytečných preskripcí antibiotik byl zjištěn u faryngitid. To ukazuje na význam využívání stanovení CRP (C-reaktivního proteinu) a rychlých diagnostických testů pro stanovení *S. pyogenes* při rozhodování o nasazení antibiotické léčby u dětí s faryngitidou. Možností je také kultivační vyšetření, které dokáže vyloučit přítomnost *S. pyogenes* do 24 hodin, což je jistě doba, o kterou lze, po zvážení klinického obrazu dítěte, nasazení antibiotik odložit.

Zdroj: Kronman MP, Zhou C, Mangione-Smith R, et al. *Bacterial prevalence and antimicrobial prescribing trends for acute respiratory tract infections. Pediatrics. 2014 Oct;134(4):e956–65. Epub 2014 Sep 15.*

Nejstarší členka lékařské komory má 101 let

Život MUDr. Natálie Šonské i její rodiny je spojen s pražskou Nemocnicí Na Bulovce.

Natálie Šonská (za svobodna Mičochová) se narodila v roce 1913 na Moravě. Po maturitě nastoupila ke studiu na lékařské fakultě v Praze, kde promovala jako jedna z posledních před uzavřením vysokých škol v roce 1939.

Na podzim téhož roku nastoupila jako neplacená elévka v Nemocnici Na Bulovce v Praze, a to na oddělení ORL u primáře Víta Horníčka, který jí pomohl stát se schopnou otolaryngoložkou.

Do důchodu v roce 1983

Z oddělení později vybudoval profesor Bláha klinickou základnu ILF (IPVZ) a MUDr. Šonská až do odchodu do důchodu v roce 1983 byla jeho zástupkyní pro léčebně-preventivní záležitosti.

Manžel i syn ve stejné nemocnici

V roce 1943 se vdala za gynekologa MUDr. Šonského, který také pracoval v Nemocnici Na Bulovce. Má s ním syna Evžena, rovněž lékaře, který stále pracuje na chirurgické klinice Nemocnice Na Bulovce. Její vnuci jsou urolog a veterinář.

Zdroj: www.doktorvlach.cz, 16. 12. 2014

Pojišťovny budou zveřejňovat všechny smlouvy se zdravotníky, rozhodla vláda

Všechny zdravotní pojišťovny budou muset nově zveřejňovat veškeré smlouvy uzavřené s poskytovateli zdravotní péče. Novelu zákona ve středu schválila vláda, k posouzení ji dostanou poslanci.

Kromě zveřejňování smluv na internetu novela počítá také s tím, že pojišťovny budou muset zastavit nábor pojištěnců přes jiné firmy. Premiér Bohuslav Sobotka (ČSSD) novelu označil za revoluci v transparentnosti zdravotní péče.

„Legislativa, kterou dnes schválila vláda, poprvé po 25 letech ukládá všem zdravotním pojišťovnám zveřejňovat smlouvy, které se ve zdravotnictví uzavírají ve věci financování zdravotní péče,“ řekl na tiskové konferenci. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD) prohlásil, že novela „v nebyvalé míře zvyšuje průhlednost celého systému a zvyšuje možnost veřejné kontroly“.

Kvůli zvýšení transparentnosti resortu zdravotnictví na Němečka dlouhodobě tlačil ministr financí Andrej Babiš.

Zdroj: V. Lang, Novinky, 7. 1. 2015

Za hubnoucí pilulky platí Češi ročně miliardy, přitom většinou nefungují

Mnoho nadšených jedlíků, kteří si dopřávali o svátcích, se s příchodem nového roku vrhlo do hubnutí. Problém je v tom, že většina chce rychlý výsledek a bez práce. A klidně si připlatí. V českých lékárnách ročně nechají za potravinové doplňky až pět miliard korun.

Všechny rychlé pokusy zhubnout končí nešťastně. U potravinových terapeutů, dietologů nebo rovnou na klinikách. „Nejvíce pacientů ke mně chodí v první čtvrtině roku. Většinou jsou to lidé, kteří už nějaké diety vyzkoušeli. Bohužel často spojené s potravinovými doplňky a poté, co se u nich projeví jo-jo efekt. Chtějí mít rychlé a efektivní výsledky za co nejméně práce. A jsou ochotni za to dát i nemalý finanční obnos,“ řekla Právu nutriční terapeutka Klára Kadlecová s tím, že i když to pacientům stále dokola opakují, jsou nepoučitelní.

„O tom svědčí i to, že obrát trhu s potravinovými doplňky se dlouhodobě pohybuje na předních příčkách, někde za IT technikou,“ dodává Kadlecová.

Češi za potravinové doplňky utratí ročně pět miliard

To potvrzuje i ředitel České asociace pro speciální potraviny Bohumil Hlavatý. „V posledních letech tvoří prodeje všech doplňků stravy jen v samotných lékárnách více než pět miliard korun ročně. Užívání doplňků stravy je vždy lepší konzultovat se svým lékařem nebo lékárníkem. Samotné užívání doplňků stravy bez změny životního stylu a fyzické aktivity razantní úbytek na váze nepřinese,“ zdůraznil Hlavatý. Asociace také upozorňuje na to, že podle odhadů celých dvacet procent pětimiliardového obrátu mohou tvořit produkty pochybné kvality.

Nikdo potravinové doplňky netestuje

To bohužel nemůže vyvrátit ani ministerstvo zdravotnictví, protože výrobci těchto doplňků mají povinnost pouze ministerstvu tento výrobek oznámit. Předkládají k němu jen základní informace ve formě zaslání označení výrobku. A to je vše. Hodnocení účinnosti doplňků stravy se neprovádí.

Už v roce 2009, kdy na sebe trh s potravinovými doplňky upozornil 4,5miliardovým obrátem, se spekulovalo, že ho významně podpořilo zavedení poplatků za návštěvu lékaře a recepty. Na doplňky totiž není třeba. Že by se to nyní změnilo, si však odborníci nemyslí.

„Lidé chtějí věřit. Bohužel však neexistuje žádný zázračný recept nebo pilulky. Stále platí strava pětkrát denně, ale vyvážená. V tom je to zásadní. Ne podhodnocená, čehož se často dopouštějí ženy. Pracují s lidmi, kteří sportují i nesportují. Důležité je přísun potravin přizpůsobovat výdeji energie, kdy se buď hýbeme či ne. Nicméně vždy jde o celoživotní proces a přístup,“ upozorňuje nutriční terapeutka. Nejmenším zlem jsou podle ní krabičkové diety. „Nemohu tvrdit, že to nefunguje. Nicméně i toto je krátkozraké. Člověk se ta jídla nenaučí vařit, nepochopí pořádně princip, a dřív nebo později se vrátí na svou váhu. Ale najdou se tací, kteří si z toho leccos odnesou,“ myslí si terapeutka.

Krabičková dieta je to nejmenší zlo

Větší škody podle ní napáchají v poslední době oblíbená Atkinsonova dieta, jejíž podstata je v nekonzumování sacharidů, nebo Dukanova



dieta. Jejím autorem je Francouz, jehož kniha se stala světovým bestsellerem. „Jeho dieta rovněž radikálně omezuje potraviny s vysokým obsahem cukru a preferuje bílkovinné potraviny. Ale pokud si dobře vzpomínám, tento pán dokonce čelil trestnímu obvinění z ublížení na zdraví,“ uvádí pro příklad Kadlecová.

Že držení různých diet je hazardováním se životem, potvrzují i odborníci, kteří se pak chronickým dietářům snaží zdraví a život zachránit. „Jakákoli dieta je riziková. Nelze říci, že by některá konkrétní přiváděla pacienty v horších stavech, prostě žádná dieta není zdravá, kromě těch lékařsky nařízených například u diabetiků nebo nemocných celiakií. U zdravých lidí je omezení příjmu určitých potravin nebezpečné, ať už jde o cukry, pečivo, ovoce nebo mléčné výrobky,“ upozorňuje psychiatrická oddělení poruch příjmu potravy Všeobecné fakultní nemocnice Katarína Kvítkovská.

Zdroj: S. Sedřová, Právo, 19. 1. 2015

V Hradci vyvinuli nový lék na alzheimera

S novým lékem na léčbu Alzheimerovy choroby přišli hradečtí výzkumníci. Podáním žádosti o patent pomyslně končí jeden z projektů královéhradecké fakulty vojenského zdravotnictví a Centra biomedicínského výzkumu Fakultní nemocnice Hradec Králové.

Od roku 2008 na projektu pracovala skupina zhruba dvaceti odborníků a studentů pod vedením 31letého Jana Korábečného. Závěry jejich bádání již byly publikovány v prestižních vědeckých časopisech, takže se s nimi seznámila i světová odborná veřejnost.

„Jde o méně toxický derivát látky takrinu, prvně vyvinutého léčiva pro tuto nemoc. Bohužel dosud neumíme chorobu vyléčit, pouze mírníme projevy, jako je zapomínání, ztráta schopnosti se učit, časová i prostorová dezorientace. Ale náš objev má méně vedlejších účinků, zejména pro játra, a postihuje víc patologických mechanismů nemoci než stávající léčiva,“ nastínil Korábečný.

Výzkumníci vlastně dospěli ke dvěma objevům. „Publikovali jsme spojení takrinových derivátů s kumarinovými deriváty, přírodními látkami s protizánětlivými účinky, působícími také jako silné antioxidanty,“ popsal první z nich.

Druhý objev, jenž je z pohledu vědců zajímavější a komplexnější, je postaven na látkách spojujících takrin s naftochinony. „Ty brání poškození neuronů v mozku. Jsou také schopny vázat těžké kovy jako měď, železo, zinek, které se v průběhu choroby ukládají v těle pacientů. Mám-li to zjednodušit, námi vynalezené látky dokážou proniknout přímo do mozku a tam míří na více cílů,“ dodal vědec.

Čeká se na farmaceutickou firmu

S takrinem začal pracovat Korábečný zhruba před šesti lety; navázal na výsledky bádání předchůdců na svém pracovišti.

Už od 70. let se na katedře toxikologie pracovalo s nervově paralytickými látkami jako sarin, soman, k nimž se hledaly protilátky. „Ale rozhodl jsem se rozšířit svou práci i dalším směrem a pokusil jsem se zužitkovat vojenské znalosti v civilní sféře,“ řekl Korábečný.

Získáním patentu však cesta léčiva za pacienty nekončí. Spíš naopak. „Bude záležet, zda náš objev osloví některou z farmaceutických firem, která by léčivo na trh uvedla. Od syntézy, tedy přípravy léčiva, až po zavedení na trh to může trvat 12 až 15 let. A celý proces přijde na miliardu amerických dolarů,“ upozornil Korábečný. Přiznal také, že syntéze takrinových derivátů se věnují i další vědecké kolektivy ve světě.

„Díky spolupráci s Centrem biomedicínského výzkumu ale máme výhodu. Většina vědeckých týmů ve světě totiž něco připraví, otestuje,

opublikuje, a tím to pro ně končí. My se snažíme nové látky posunout blíž klinickému testování a využití v praxi,“ dodal.

Zdroj: L. Žlábková, Právo, 20. 12. 2014

NSS vyhověl stížnosti ve sporu o právní analýzu domácích porodů

Ministerstvo zdravotnictví zřejmě chybovalo, když nevydalo žadatelce o informace právní analýzu trestní zodpovědnosti rodičů za újmu způsobenou dítěti při plánovaném domácím porodu. Nejvyšší správní soud (NSS) vyhověl kasační stížnosti a nařídil Městskému soudu v Praze, aby žalobu žadatelky proti ministerstvu znovu projednal. NSS ale zatím nezveřejnil plné odůvodnění, není tedy zřejmé, v čem konkrétně spatřuje chybu. Žadatelkou je právnička Ligy lidských práv Zuzana Candigliota. Verdikt NSS přivítala. Není podle ní možné, aby stát za veřejné peníze zadával právní analýzy a pak je utajoval. „Zvlášť když si za ně advokátní kancelář bývalého ministra spravedlnosti Pavla Němce naúčtovala 50 tisíc korun. A zvlášť když se jedná o tak citlivou otázku, jako je případná trestní odpovědnost rodiček za domácí porod,“ řekla Candigliota. Je podle ní zarážející, k čemu vůbec ministerstvo analýzu potřebovalo.

Candigliota o dokument požádala v roce 2010 na základě zákona o svobodném přístupu k informacím. Ministerstvo odmítlo s vysvětlením, že nejde o dokument, který vznikl na úřadě. Vypracovala jej totiž externí kancelář. Navíc se analýza s ohledem na svou trestněprávní tematiku nemůže stát podkladem pro úřední rozhodnutí ministerstva zdravotnictví. Proto prý na ni nedopadá zákon o svobodném přístupu k informacím.

Městský soud žalobu zamítl

Městský soud v Praze žalobu žadatelky letos v únoru zamítl. Zdůraznil, že analýza vznikla jako výsledek duševní činnosti soukromého subjektu. „Ze samotné skutečnosti, že objednatel je správní orgán, nelze dovodit, že musí takový dokument poskytnout žadateli o informaci,“ stálo v rozhodnutí. Candigliota následně podala kasační stížnost. Poukázala v ní například na to, že kdyby úřady dotáhly výklad ministerstva zdravotnictví a městského soudu ad absurdum, mohly by se přenesením svých činností na externí subjekty zcela vyhnout povinnosti poskytovat informace. Městský soud musí po zásahu NSS žalobu znovu projednat a vynést nové rozhodnutí.

Plánované domácí porody představují v Česku ožehavé téma. Část matek si je přeje jako alternativu k porodnicím, lékařská obec je většinově odmítá jako nebezpečný hazard. Evropský soud pro lidská práva ve čtvrtek rozhodl, že v případě dvou Češek nebylo porušeno jejich právo na respektování soukromého a rodinného života. Ženy si stěžovaly na to, že Česko neumožňuje při domácích porodech zdravotní péči zajišťovanou porodními asistentkami.

Podle Richarda Hořejšího, právního zástupce jedné z žen, však dal štrasburský soud stěžovatelkám v mnohém za pravdu. Uznal prý nedostatečné možnosti volby rodiček v ČR, stejně jako nedostatečnou činnost ministerstva zdravotnictví na úseku porodnictví. Porody se zřejmě bude zabývat ještě velký senát štrasburského soudu.

Zdroj: ČTK, 12. 12. 2014



Zájem teenagerů o elektronické cigarety prudce stoupá

Data z USA ukazují, že elektronické cigarety zvyšují prevalenci nikotinismu mezi mládeží.

Nová data získaná průzkumem mezi 1900 studenty amerických středních škol vypovídají o tom, že 29 % z nich někdy zkusilo elektronickou cigaretu. To svědčí o velkém nárůstu zájmu o ni, protože údaje z roku 2011 hovořily pouze o 4,7 % středoškoláků užívajících elektronické cigarety, zatímco v roce 2012 už to bylo 10 %.

Inhalují i ti, kdo by se kouřili jinak vyhnuli

Celkové výsledky ukazují, že 17 % dotazovaných studentů užívalo pouze elektronické cigarety, 12 % kouřilo opravdové i elektronické

cigarety, a 3 % jen opravdové cigarety. To ovšem naznačuje, že elektronické cigarety získávají pro užívání nikotinu docela velkou část mladých lidí, kteří by se jinak nikotinismu zcela vyhnuli.

Zdravé prostě nejsou

Tzv. elektronické cigarety obsahují propylenglykol nebo glycerol, aromatické přísady a nikotin. Tato tekutá náplň se v trubičce odpařuje a kuřák ji vdechuje. Kouř neobtěžuje okolí a neobsahuje zplodiny ze spalování cigaretového papíru. Nicméně poznatky o nich naznačují, že „zdravé“ prostě nejsou a ještě k tomu získávají pro neblahý návyk novou generaci.

Zdroj: Pediatrics, doi: 10.1542/peds.2014-0760, 17. 12. 2014

INZERCE

326 8-14

Od 4/2015 **přenechám** (prodám nebo lékaře na plný úvazek zaměstnám) zavedenou **ordinaci PLDD (s.r.o.) ve Staré Boleslavi**. Tel.: 606 416 548.

344 10-14

Prodám dobře zavedenou, perspektivní, malou **praxi PLDD v Milovicích nad Labem**. Jedná se o moderní ordinaci, zvláště vhodnou pro mladého začínajícího kolegu. Milovice jsou rostoucím, mladým městem 40 km od Prahy, s dobrým dopravním spojením a infrastrukturou. Telefon: 723 432 281, e-mail matasova@tiscali.cz

345 11-14

Přenechám ordinaci PLDD v blízkosti Brna. Kontakt 728 030 056.

346 11-14

Prodám ordinaci PLDD ve Zlíně. Tel. večer 733 505 383.

349 11-14

Prodám ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost **v Praze 10**. Ev. zaměstnám lékaře na libovolný úvazek dle dohody. Tel.: 731 781 134, e-mail: martikaktus@seznam.cz

350 11-14

Hledám lékaře pro převzetí pediatrické praxe **v okrese Brno-venkov** s nástupem jaro-léto 2015. Tel. 544 228 359, 722 162 590.

351 12-14

Pro zavedenou pediatrickou praxi **v Praze hledáme lékaře** s atestací PLDD na plný úvazek. Nástup začátek roku 2015 či dle dohody. Odpovědi emailem sim.h.consulting@gmail.com

352 12-14

Hledám nástupce pro převzetí dobře zavedené pediatrické praxe **v okrese Havlíčkův Brod**. Zapracovaná sestra k dispozici. Mohu vypomoci s případným zástupem. Tel.: 777 252 593.

353 12-14

Prodám ihned ordinaci PLDD s.r.o. na Barrandově, Praha 5, tel. večer 608 304 429, dr. J. Kotková.

354 12-14

Hledám zástup pro ordinaci **v Půhonicích** (cca 6 hodin denně, ev. po domluvě i méně) v době od 8. 1. cca do poloviny února, případně na jakkoliv dlouhou dobu v tomto období. Sestra je zkušená, obvod menší, klidný. Kontakt: martina.kalinova@email.cz, telefon: 737 529 702.

355 12-14

Hledám lékaře na výpomoc do zavedené ordinace PLDD **v Soběslavi** – 1× odpoledne 4 hodiny, zvýšení úvazku po dohodě možné. Zajímavé finanční ohodnocení. Kontakt: 603 434 044, dr. J. Zrubková.

356 1-15

Hledám lékaře se specializací PLDD **na občasný zástup**. Soukromá ordinace, **Praha 9**, poliklinika **Prosek**. Telefon 776 650 369, dr. M. Haaseová.

357 1-15

Dětská léčebna respiračních nemocí se speleoterapií **ve Zlatých Horách přijme 2 sekundární lékaře nebo absolventy LF**. Požadavky: atestace z pediatrie I. nebo II., z FBLR nebo dermatovenerologie, nebo v přípravě na tyto atestace, znalost AJ nebo NJ, práce na PC. Nabízíme smluvní plat, ubytování. Vhodné pro manželský pár/rodinu. Stručný životopis zasílejte k rukám ředitele na adresu: SANATORIUM EDEL s.r.o., Lázeňská 491, 793 76 Zlaté Hory, edel@speleoterapie.cz

358 1-15

Prodám praxi PLDD na Znojensku. Obecní byt 3+1 v budově zdravot. střediska k dispozici, nástup 1. 7. 2015. Blížší informace na tel. č. 603 779 519.

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

Autodidaktický test 2/2015

Imunologie

- 1. Imunodeficiency jsou způsobeny poruchou struktury nebo funkce imunitního systému. Dělíme je na primární (vrozené) nebo sekundární (získané v průběhu života). Varovnými příznaky primární imunodeficiency, která se projevuje zejména u dětí raného věku, jsou:**
 - a) alespoň dvě infekce středního ucha za rok
 - b) jedna ataka zápalu plic za rok
 - c) neprospívání kojence (zástava růstu, hmotnostní stagnace)
 - d) plísňová infekce úst nebo kůže u starších jednoho roku
- 2. Nevýzrálost imunitního systému dítěte zatěžovaného zevními vlivy (kolektivní zařízení, stres, životní prostředí) je doprovázena zvýšenou nemocností. Běžná respirační onemocnění jsou de facto fyziologickým projevem. Existuje několik studií, které stanovují hranici mezi fyziologickým promořováním dětí a mezi stavy, kdy jde o vyšší nemocnost a je třeba pátrat po patologii imunitního systému. Pro stanovení nefyziologické míry nemocnosti se nejčastěji používá definice italské pediatrické společnosti. Z ní vyplývá, že:**
 - a) za fyziologickou nemocnost je považován výskyt infekcí dolních cest dýchacích s frekvencí 3–6/rok
 - b) za fyziologickou nemocnost je považován výskyt infekcí dolních cest dýchacích s frekvencí méně než 2/rok
 - c) za fyziologickou nemocnost je považován výskyt respiračních infekcí v měsících říjen–únor s frekvencí 1 a více/měsíc
 - d) za fyziologickou nemocnost je považován výskyt respiračních infekcí v měsících říjen–únor s frekvencí méně než 1/měsíc
- 3. Imunodeficiency jsou vzhledem ke své frekvenci výskytu většinou řazeny mezi tzv. vzácná onemocnění, která jsou charakterizována frekvencí <1:2000 narozených dětí.**
 - a) nejčastěji vyskytující se imunodeficiency je deficit IgA
 - b) nejčastěji vyskytující se imunodeficiency je deficit IgE
 - c) nejzávažnější formou imunodeficiency je deficit C1 inhibitoru s frekvencí 1:50 000 až 1:1 500 000
 - d) nejzávažnější formou imunodeficiency je SCID
- 4. Rodiče zejména předškolních dětí často požadují prostředky na povzbuzení jejich imunitního systému. Bohužel přitom zanedbávají základní hygienická opatření (větrání, mytí rukou), správnou životosprávu (pobyt na čerstvém vzduchu, otužování, dostatečnou fyzickou aktivitu, racionální jídelníček) a dostatečnou rekonvalescenci po prodělaném onemocnění. K imunomodulačním přípravkům, u nichž je znám mechanismus účinku a mají vysokou bezpečnost, patří beta-glukany ve formě imunoglukanu. Mechanismus jeho účinku spočívá v:**
 - a) snižování intracelulární koncentrace volných kyslíkových radikálů v makrofázích a fagocytech
 - b) regulaci subpopulací Th lymfocytů s vybalancováním Th1 a Th2 lymfocytů
 - c) vysoké proteolytické aktivitě, která vede k rychlejšímu štěpení buněčné hmoty a jejímu odbourávání
 - d) kompetitivní stimulaci nejstarších nespecifických složek imunity pro podobnou terciární strukturu beta-glukanů s nejčastějšími patogeny



NAČECHREJ
SVĚ PLICE...



Utiší váš kašel...

LEVOPRONT®

sirup, kapky

Levodropropizin

Periferní antitusikum

stejně účinné a lépe tolerované
než centrální antitusika¹

Bez ovlivnění respiračních funkcí
a mukociliární clearance¹

ERDOMED®

erdosteín

Antibakteriální mukoregulátor s antiflogistickým a antioxidačním účinkem

Erdomed je hrazen zdravotními pojišťovnami pouze na základě preskripce pneumologů v rámci fenotypové léčby CHOPN. **Lékaři jiných odborností předepisují Erdomed v rámci schválených indikací bez úhrady zdravotními pojišťovnami. Recept je nutno označit symbolem „P“ a slovy „hradí pacient“.**

Zkrácená informace Levopront sirup, kapky: **S:** Levodropropizinum 60 mg v 1 ml roztoku, Levodropropizinum 60 mg v 10 ml sirupu. **I:** Bronchopulmonální afekce doprovázené dráždivým suchým kašlem. Je vhodný před bronchoskopickým vyšetřením. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Nemocní s bronchiální hypersekrecí nebo sníženou mukociliární funkcí. Výrazné snížení funkce jater. **ZU:** Používat pouze po důkladném zvážení rizika u pacientů s těžkou insuficiencí ledvin a u dětí mladších 24 měsíců. Sirup obsahuje sacharózu, kapky alkohol. **NÚ:** Zřídka nauzea, zvracení, pálení žáhy, průjem; mdloba, závrať; palpitace. Velmi vzácně alergické reakce. **IT:** Používat s opatrností při podávání benzodiazepinů. **TL:** Přípravek je v době těhotenství a kojení kontraindikován. **D:** Dospělí a děti od 12 let 1 ml (20 kapek) roztoku nebo 10 ml sirupu až 3x denně. Děti 2-12 let 1 mg levodropropizinu/kg až 3x denně. **B:** Kapky 15 ml, sirup 120 ml. Držitel registračního rozhodnutí: Dompé Farmaceutici S.p.A., Itálie. Datum poslední revize textu SPC: kapky 21. 3. 2012, sirup 29. 8. 2014. Přípravky nejsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC). Literatura: 1. Aktuální SPC přípravku.

Zkrácená informace Erdomed: **S:** Erdosteínium 300 mg v 1 tvrdé tobolce, Erdosteínium 175 mg v 5 ml suspenze, Erdosteínium 225 mg v 1 sáčku prášku pro přípravu perorálního roztoku. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbace chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiale, k adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbace s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy a renální insuficience těžšího stupně, homocysteinurie. Děti s tělesnou hmotností nižší než 15 kg; fenyketonurie - netýká se tobolek. **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. **NÚ:** Zřídka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea; výjimečně průjem. Ojedinelé byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteín potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxycilinu, klarithromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D:** Dospělí obvykle 1 tobolka 2x-3x denně nebo 1 sáček prášku pro přípravu perorálního roztoku 2x-3x denně. Suspenze u dětí 15-20 kg 2,5 ml 2x denně, 21-30 kg 5 ml 2x denně, nad 30 kg 5 ml 3x denně. **B:** 100 ml suspenze, tobolky 10, 20, 60 x 300 mg, sáčky 20 x 225 mg. Po naředění je suspenze použitelná 14 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2-8°C. Datum poslední revize textu SPC: Suspenze a sáčky 12. 9. 2012, tobolky 9. 1. 2013. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE, P: Erdosteín je hrazen u pacientů s prokázanou CHOPN od stadia II, která má mukopurulentní fenotyp a více jak 2 exacerbace za posledních 12 měsíců. U pacientů, u nichž nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN za 3 měsíce, má být léčba erdosteíнем přerušena. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Když jeho bříško trápí *zažívací potíže (koliky, zácpa, nadýmání)*



Dosud kojíte, takže víte, že vaše mléko je přirozeným ochráncem vašeho miminka. Jestliže nevíte, jaké pokračovací mléko zvolit a vaše miminko je mimořádně citlivé, zvolte mléko BEBA SENSITIVE 2, které jsme vyvinuli především pro miminka náchylná na zažívací potíže (koliky, zácpa, nadýmání) a které obsahuje:

- Prebiotická vláknina GOS / FOS
- *L. reuteri* – bakterie mléčného kvašení
- OPTIPRO H.A.TM – hydrolyzovaná bílkovina s vysokou kvalitou

Na základě nejnovějších vědeckých poznatků je pro kojeneckou výživu klíčová kvalita a množství bílkoviny*, která podporuje optimální růst a vývoj dítěte. Proto jsme vyvinuli OPTIPROTM, nejlepší bílkovinu na našem trhu.

* Prof. Koletzko B. The role of protein for long-term healthy growth. NNI meeting, květen 2014

Důležité upozornění: Kojení je pro vaše miminko to nejlepší. Pokud již nechcete nebo nemůžete kojit, vyberte náhradní kojeneckou výživu po poradě s vaším pediatrem.

