

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

duben 2012
číslo 4 • ročník 12



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

ORTOPEDIE



- Právní rubrika: Výklad části zákona o zdravotních službách
- Metodika k zajištění financování pravidelného očkování za nepojištěné
- Idiopatická skolióza a možnosti konzervativní léčby
- Poruchy pohybového aparátu jako komplikace dětské obezity
- Překážky a komplikace prodlužování končetin dětí s achondroplazií
- Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách



Pracujeme pro zdravější svět™



GlaxoSmithKline

Nové kojenecké mléko s klinicky prokázanými účinky na kojeneckou koliku:

Nutrilon Anti-Colics

79% Nutrilon Anti-Colics snižuje výskyt kolikovitých epizod během 2 týdnů u 79 % kojenců²

70% Nutrilon Anti-Colics snižuje frekvenci kolikovitých záchvatů pláče u kojenců až o 70 % již během 2 týdnů³

Jak často ve své ordinaci řešíte kojeneckou koliku?

Tento problém postihuje 10–40 % kojených i nekojených dětí.¹ Není sice závažnou zdravotní komplikací, pro dítě však představuje trápení a pro rodiče velký stres. Lze ji zmírnit různými způsoby, ale jen některé z nich mají skutečně prokázaný účinek na redukci kojeneckých kolik.

Přichází nové kojenecké mléko, které prokazatelně pomáhá při kojeneckých kolikách:

Nutrilon Anti-Colics jako jediné kojenecké mléko na trhu obsahuje **unikátní trojkombinaci látek** s prokázaným účinkem na redukci kojeneckých kolik:



1. částečně hydrolyzovanou bílkovinu
2. nízký obsah laktózy, a to pouze 37 % ze všech sacharidů (o 60 % méně než Nutrilon 1)
3. unikátní, klinicky testovanou směs oligosacharidů GOS/FOS

Díky této unikátní trojkombinaci výrazně snižuje výskyt kojeneckých kolik a frekvenci záchvatů pláče již za dva týdny.^{2,3}

Klinická studie prokázala redukci výskytu kolikovitých epizod již za dva týdny, a to u 79 % kojenců.²

Sledovaný počet kojenců



Celkové procento kojenců, u kterých došlo během 2 týdnů ke snížení frekvence kojeneckých kolik

2 týdny

Klinické sledování potvrdilo **snížení frekvence záchvatů pláče** spojených s kolikou (trvajících déle než 40 minut) až o 70 % již během 2 týdnů.³

Počet záchvatů pláče/den



1. volba při řešení kojeneckých kolik

Reference: 1. Lucassen PL et al., Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. Archives of Disease in Children (2007); 84(5): 398–403. 2. Savino F et al., „Minor“ feeding problems during the first months of life: effect of a partially hydrolysed milk formula containing fructo- and galacto-oligosaccharides. Acta Paediatrica (2003); Suppl 441: 85–90. 3. Savino F et al., Reduction of crying episodes owing to infantile colic: A randomized controlled study on the efficacy of a new infant formula. Eur J Clin Nutr. 2006; 60 (11): 1304–10.

Důležité upozornění: Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na obalech a webových stránkách. Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely. Materiál pro pracovníky ve zdravotnictví. Termín vytištění 7/2011. BF310438

MÁTE OTÁZKY? VOLEJTE ZDARMA
800-110-000
www.nutrilon.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Právní rubrika: Výklad části zákona o zdravotních službách	8
	Rozhodnutí MZ ČR o narušení celistvosti balení léčivého přípravku ENGERIX-B 10 MCG inj. sus., reg. č. 59/170/87-A/C	11
	MUDr. Viera Šedivá Metodika k zajištění financování pravidelného očkování fyzických osob, které nejsou pojištěnci podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění	12
	Informace OSPDL ČLS JEP	13
	Ing. Pavel Černý Idiopatická skolióza a možnosti konzervativní léčby	17
	Prim. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA, a kolektiv Poruchy pohybového aparátu jako komplikace dětské obezity	21
	Doc. MUDr. Ivo Mařík, CSc. Překážky a komplikace prodlužování končetin dětí s achondroplazií – kazuistiky	24
	Ze světa odborné literatury	31
	Aktuality	32
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test	38
	VYHLÁŠKA č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách (Výpis pro PLDD)	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

GSK
Hero
MSD
Nestlé
Nutricia
Otto Office
Pfizer

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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

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

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



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

nastává nám čas, kdy se budeme muset vypořádat s novou legislativou, s legislativou, která je předkladateli nazývána první částí reformy. Ústavní soud na návrh senátorů, aby byl nový zákon prohlášen za protiústavní, mlčí. Právníci se předhánějí ve výkladech některých ustanovení a často se liší i zásadním způsobem. Mezi vámi narůstá nervozita, že nemáte jasné pokyny. Obávám se, že je asi ani nedostanete, resp. připravili jsme pokyny, které jsou aktuálně nejčastějším výkladem. Pokud bychom je vydávali před měsícem, mohly se v některých částech i diametrálně lišit. Čas ale pokročil a je nutno nějak pracovat.

Přínosem je snad jen to, že zákon o zdravotních službách nahrazuje staříčkový zákon o péči o zdraví lidu z roku 1966. Hlavním negativem tohoto zákona je skutečnost, že řada ustanovení je nejasných, někdy i protichůdných, někdy až

paradoxně vykladatelských. Přitom byl tento zákon do jisté míry v přijatelné a odpovídající podobě připraven za vlády ministra Julínka. Naše výhrady, krom připomínek k řadě sporných bodů, směřují k výraznému a často neodůvodněnému navýšení množství administrativy. Pravděpodobně bude řada věcí zapsána, nicméně na pacienta zbude výrazně méně času.

Typickým příkladem je očkování dětí. Zákon uvádí, že jedná-li se o zdravotní službu, která může podstatným způsobem změnit zdravotní stav pacienta, což nepochybně očkování je, musejí s výkonem vyjádřit souhlas oba rodiče. Vzhledem k vysoké rozvodovosti bude asi dosti komplikované sehnat souhlas druhého rodiče. V případě, že druhý rodič nedá souhlas nebo nebude zastížen, má se lékař do 24 hodin obrátit na soud, který určí opatrovníka. Zákon dále říká, že je třeba zaznamenat názor dítěte. U dítěte staršího 15 let, ale i u dítěte do 15 let, u kterého lékař usoudí, že je rozumově natolik vyspělý, že je schopno posoudit možné dopady poskytované zdravotní služby, které projeví nesouhlas s výkonem, pokud je v rozporu se stanoviskem zákonného zástupce, je třeba tuto skutečnost zaznamenat do dokumentace a též žádat o rozhodnutí opatrovníka. Nejsem si jist, zda má soud k dispozici tolik opatrovníků, aby mohl legitimně probíhat očkování v České republice.

Sporná místa v zákoně se netýkají jen očkování. Rozporné stanovisko mezi dospívajícím dítětem a rodičem může vzniknout například v otázce užívání antikoncepce. I zde bude, třeba v případě 17leté dívky, rozhodovat opatrovník? Další navýšení administrativy bude spojeno s tím, že musíme zaznamenávat do zdravotní dokumentace každé použití omezovacího prostředku. Mezi omezovací prostředky přitom patří i úchop pacienta. To je obzvláště pikantní. Nedovedu si totiž představit vyšetření dětského pacienta, aniž bych ho uchopil. Takže každé vyšetření, které budu provádět v pediatrické ordinaci, budu muset zapisovat: musím mít souhlas rodiče s použitím omezovacího prostředku, zaznamenat čas, kdy jsem začal tento prostředek používat a kdy jsem jeho použití ukončil.

Další, co nás trápí, je zákonem požadovaná přeregistrace zdravotnických zařízení. Řada pediatriů nemá rozhodnutí MZ ČR o získání specializované způsobilosti, protože ji nemuseli dokládat, stačila x-letá praxe v pediatrické ordinaci. Čekáme, jak jednotlivé krajské úřady přistoupí k tomuto problému a jaké doklady budou požadovat. Ministerstvo již vydalo metodický pokyn, který by měl vést ke sjednocení těchto postupů a celou záležitost zjednodušit. Zda ale bude tento metodický pokyn dostatečně „silným“ předpisem, to ukáže čas.

Také otázka udílení pokut zdravotnickým zařízením za neplnění povinností může přinést problémy. Nezvykle vysoká výše pokut může být pro naše ordinace i likvidační. Co vnímám v zákoně o zdravotních službách jako alarmující, je skutečnost, že krajský úřad může, krom pokut, i zrušit registraci, pokud nebudu postupovat v souladu s tímto zákonem. Mezi povinnostmi uvedenými sankcemi postižitelné patří i správné vedení zdravotnické dokumentace. Takže vrátím-li se k předchozímu, teoreticky by mi mohla být zrušena registrace proto, že jsem nezaznamenal do dokumentace úchop dítěte při vyšetření.

Spousta těchto nedostatků nemusela v zákoně být, pokud by se schvaloval obvyklým způsobem: návrh, vypořádání s odbornou veřejností a přijetí připomínek. Velké části zákona byly přijímány tzv. poslaneckou iniciativou bez komunikace s odborníky. Na ministerstvo jsme byli k připomínce sice přizváni, ale vyhrazenou jsme měli asi hodinu. Za tuto dobu jsme se dostali tuším asi tak k paragrafu 5.

Co tedy nejspíše nastane? Běžný provoz ordinace bude možná někde probíhat jako dosud. Problém ale může nastat ve chvíli, kdy se objeví komplikace, třeba reakce po očkování. Pokud rodič podá stížnost, půjde se důsledně po znění zákona a bude se dohledávat, zda vše bylo dodrženo. Upozorňujeme proto lékaře, aby si zkontrolovali pojištění. Navyšuje se výše odškodnění za újmu, byť způsobenou objektivními příčinami, jako jsou definované neovlivnitelné nežádoucí účinky vakcíny. Mnoho lékařů jako OSVČ ručí celým svým majetkem, takže případný rozsudek soudu nemusí vést jen ke zrušení ordinace, ale i k dopadům do osobního života. Nezbyvá než věřit, že nesměřujeme k podobné praxi jako například v USA, kde se lékař bojí cokoliv aplikovat, aby nebyl vystaven trestnímu postihu.

Věnujte tedy, prosím, všichni pozornost doporučením, která jsme pro vás připravili, která vám předkládáme a budeme předkládat prostřednictvím našeho časopisu i webových stránek www.detskylekar.cz. My vám na oplátku můžeme slíbit, že budeme předkládat návrhy na úpravy sporných ustanovení a budeme zajišťovat potřebný právní servis dle našich možností.

S vírou, že lékař zůstane především lékařem, všem přeji pevné nervy, a to nejen na apríla.

Pavel Neugebauer

**Připomínáme, že do 31.3.2012 byl termín pro zaplacení členských příspěvků
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost.**

Info o placení dostupné na webových stránkách www.detskylekar.cz v sekci „Nepřehlédněte“.



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

V únoru se začala formovat pracovní skupina Clearingového centra jako součásti Národního referenčního centra. První kroky nás však nepřesvědčily o funkčnosti zaváděného systému. Nicméně demonstrací síly primární péče byl již 6. kongres věnovaný právě odborné problematice řešené lékaři obou odborností praktických lékařů a jejich zdravotními sestrami. Opačně pak působila některá fakta, která zazněla k problematice ambulantních a domácích porodů při jednání Komise péče o dítě při Ministerstvu zdravotnictví ČR. Má prováděná reforma sledovat jako hlavní cíl zvyšování kvality poskytované zdravotní péče, nebo má uspokojit některé lobbistické skupiny? Zatím to vypadá spíše na variantu B.

3. 2.

První kontakt s ředitelem Národního referenčního centra a zároveň ředitelem Clearingového centra, které by mělo vést evidenci související s pravidelným/povinným očkováním. Podstatou schůzky bylo objasnění funkce Národního referenčního centra a možnosti zapojení zástupců praktických lékařů v něm, včetně Clearingového centra.

9. 2.

Se zástupci zdravotní pojišťovny Revírní bratrská pokladna byly upřesňovány některé detaily úhradového dodatku pro rok 2012. I tento úhradový dodatek byl následně doporučen k podpisu.

14. 2.

Poprvé se sešla pracovní skupina Clearingového centra. Celou jednací dobu byla

projednávána problematika formuláře, který by měli očkující lékaři dvakrát ročně posílat do Clearingového centra s údaji o dodaných a skladovaných zásobách ordinací. Na závěr padlo pár slov ke statutu a metodice centra, nicméně aktuální písemné podklady nebyly distribuovány, proto bylo požádáno o nápravu.

23. 2.

Resortní ministerská pracovní skupina k seznamu výkonů jednala mimo jiné o některých kódech rychlé diagnostiky. Pro nás asi nejdůležitější bylo jednání nad možným snížením úhrad výkonu CRP. Po obsáhlé diskusi byl přijat závěr, že asi nejrozměšnější bude nic neměnit...

24.–25. 2.

V TOP Hotelu Praha proběhl již 6. kongres primární péče, tentokrát konaný pod

záštitou primátora hl. m. Prahy. Tradiční účast bezmála 1500 kongresových účastníků z řad především všeobecných praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost a jejich zdravotních sester přitáhla řada zajímavých přednášek. Podrobněji budeme o Kongresu informovat v příštím čísle našeho časopisu.

29. 2.

Na půdě resortního ministerstva se sešli členové Komise péče o dítě, poradního orgánu ministra, s pozvanými hosty. Spektrum pozvaných odpovídalo hlavnímu tématu – ambulantním porodům a porodům doma. Řada odborníků věnujících se zdravotní péči poskytované novorozencům, kojencům a dětem vyslovila své obavy nad budoucím vývojem tohoto druhu zdravotní péče. Jenže resortní ministr poskytuje více sluchu druhé straně...

Dětská urologie v praxi

kurs praktické péče o dětského urologického pacienta od narození do adolescence

Datum konání: **21. duben 2012** (sobota) 8.00–16.15

Místo konání: **Hotel ILF, Budějovické náměstí, Praha 4**

Určeno pro: **pro praktické lékaře, dětské nefrology a ambulantní urology**

Vedoucí kursu: doc. MUDr. Radim Kočvara, CSc., FEAPU

Cena kursu: 1000 Kč (lékaři, kteří bydlí mimo Prahu, mají kurs zdarma v rámci Projektu ESP)

Přihlášení na kurs: na stránkách www.ipvz.cz

REGIONÁLNÍ SEMINÁŘ

**v severočeském regionu pořádáný OSPDL ČLS JEP
byl přesunut na 12. 5. 2012, místo zůstává stejné.**



Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů v uplynulém období řešila pokračující nezáměrem resortního ministra o diskusi s ambulantním sektorem. Časté schůzky s odboráři a zástupci různých lobbistických skupin plní zprávy vycházející v poslední době z budovy na Palackého náměstí. Koalice se proto rozhodla obrátit se na politiky, předsedy vládnoucích politických stran, s žádostí o schůzky, na kterých by mělo být projednáváno naplnění programového prohlášení vlády, ale také Memoranda podepsaného se zástupci Koalice soukromých lékařů. Nebo ministra názor zástupců téměř dvou tisícovek ambulantních lékařů nezajímá?

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 28. 2. 2012

1. Předání funkce mluvčího KSL

Mluvčím Koalice soukromých lékařů se na dalšího půl roku stal MUDr. Vladimír Dvořák, předseda Sdružení soukromých gynekologů ČR.

2. Úhrady v roce 2012

Zástupci Koalice shodně konstatovali, že úhrady zdravotní péče v letošním roce nominálně stagnují, reálně znamenají dokonce pokles. V současné době organizace KSL dojednávají dodatky ke smlouvám se ZP.

3. Pokračování akce „Děkujeme, odcházíme“

• Ministr zdravotnictví i nadále pokračuje v hledání možností navýšení úhrad zdravotnickým pracovníkům v nemocnicích na úkor ambulantní sféry. Koalice soukromých lékařů považuje požadavky nemocnic za nepřiměřené. Jejich pokračující finanční zvýhodňování může vést k ohrožení péče o pacienty v soukromých zdravotnických zařízeních.

• Členové KSL navrhuji:

- požádat ministra zdravotnictví o svolání Rady poskytovatelů, která se zatím schází pouze účelově,
- obrátit se na předsedy koaličních politických stran, požádat je o setkání a upozornit je na jednostranné finanční zvýhodňování lůžkové péče,
- sejít se se zástupci VZP a Svazu zdravotních pojišťoven ČR, projednat s nimi nesyntetizované řešení úhrad ve zdravotnictví a požadovat rovnoměrné navýšování finančních prostředků ve všech segmentech.

4. Dohodovací řízení na rok 2013, změny jednacího řádu

Zástupci Koalice diskutovali o avizovaných změnách v jednacím řádu DŘ.

5. Přeregistrace ZZ

Dr. Jojko oslovil hejtmany všech krajů, požádal je o vyjádření, jakým způsobem budou při požadované přeregistraci zdravotnických zařízení postupovat. Obdržel odpověď od 10 z nich. Mezitím MZ ČR zpracovalo metodický pokyn k aplikaci přechodných ustanovení § 121 a 122 zákona č. 372/2011 Sb. Dr. Jojko se po vydání metodického pokynu ve Věstníku MZ ČR znovu obrátí na hejtmany a metodický pokyn jim zašle s poděkováním, případně s žádostí o upřesnění s ohledem na metodiku MZ ČR, a u těch, kteří dosud nereagovali, odpověď zaurguje. O výsledku bude ostatní členy KSL informovat.

6. Kultivace Seznamu zdravotních výkonů

Výsledky kultivace jsou zatím nejasné, v současné době se k návrhu úprav jednotlivých kódů vyjadřují odborné společnosti. Podle informací, které jsou k dispozici, se nedá očekávat, že by nový seznam výkonů byl zveřejněn v termínu, který byl pro jeho vydání určen. Přestože je zřejmé, že cílem úprav je úspora financí ve zdravotnictví, není jasné, kam budou tyto úspory směřovány.

7. Aktivity MZ ČR

• V poslední době sílí snahy MZ ČR posilovat kompetence nelékařských profesí. Jde o problém, který se týká všech organizací Koalice. Zástupci KSL nesouhlasí s tím, aby vznikala nová ZZ, ve kterých by samostatně pracovali nelékařští pracovníci a suplovali práci lékařů. Preferují vytváření komplexních zdravotnických zařízení s nelékařskými pracovníky, pracujícími

samostatně pod dohledem (supervizí) lékařů.

• K **otevírání nových praxí** může vést i redukce lůžek v nemocnicích. Zdravotní pojišťovny by měly do konce března zpracovat metodiku řešení této situace.

• Ministr zdravotnictví **odvolal 22. 2. 2012 z funkce ředitele Státního ústavu pro kontrolu léčiv** PharmDr. Martina Beneše. Odvolání odůvodnil dlouhodobými rozdílnými názory na lékovou politiku a neshodami ve stylu práce. Do doby jmenování nového ředitele povede SÚKL náměstek MUDr. Jiří Deml.

8. Vykazování péče u pendlerů

V pohraničních oblastech ČR využívají lékařskou péči pracovníci, kteří pracují střídavě v Česku a v zahraničí. Zdravotní pojišťovny požadují vykazování jejich péče zvláštní dávkou, odděleně od pojištěnců ČR (ZP MV ČR dokonce pouze v papírové podobě). Další problémy vznikají při prokazování příslušnosti těchto pacientů ke ZP. Řešením je zlepšení komunikace se zdravotními pojišťovnami při ověřování, zda jsou pacienti jejich pojištěnci, a neoddělování pojištěnců EU od ostatních pacientů.

II. Dopis Koalice soukromých lékařů ministru zdravotnictví

V Brně dne 5. března 2012

Vážený pane ministře,

Koalice soukromých lékařů postrádá diskusi Ministerstva zdravotnictví s poskytovateli zdravotní péče o současných problémech a směřování zdravotnictví v České republice. Rada poskytovatelů, kde byla za Vašich předchůdců problematika pravidelně probírána,



byla za Vašeho působení ve funkci svolána pouze účelově v době akce „Děkujeme, odcházíme“. Dovolujeme si Vás proto požádat o svolání Rady poskytovatelů v brzkém termínu. V případě, že další činnost Rady nepovažujete za přínosnou, uvítáme, když nám to sdělíte.

S pozdravem

MUDr. Vladimír Dvořák,
mluvčí Koalice soukromých lékařů

■ III. Dopis Koalice soukromých lékařů premiérovi a dalším předsedům koaličních politických stran

V Brně dne 6. 3. 2012

Vážený pane premiére,

členové Koalice soukromých lékařů mne pověřili, abych Vás požádal o schůzku, na

níž bychom hovořili o současné situaci zdravotnictví v České republice a přístupu ministra zdravotnictví k problematice ambulantní sféry. Se znepokojením sledujeme, že ministr Heger po dobu výkonu svojí funkce ambulantní sféru otevřeně ignoruje a ekonomicky jí škodí. Navýšení úhrad z veřejných prostředků směřuje tento rok pouze do lůžkových zařízení, do nichž míří v ČR již nyní největší procento veřejných financí v rámci EU. Rovněž spoluúčastí pacientů zvýšil ministr pouze příjmy lůžkových zařízení. Ambulantní zařízení, včetně primární péče, která měla být dle vládního prohlášení preferována, bude i letos v úhradách péče nominálně stagnovat, reálné úhrady poklesnou. Rada poskytovatelů, která se pravidelně scházela za předchůdců současného ministra, byla za ministra Hegera účelově svolána pouze v době akce „Děkujeme, odcházíme“. Na problémy ambulantního sektoru a ohrožení kvality dostupnosti péče, včetně péče primární, jsme ministra při jednáních opakovaně upozorňovali, vždy bez jakéhokoli

reálného efektu. Pokud je skutečně ve zdravotnictví hlavním cílem současné vlády, která bývá označována jako pravostředová, navýšení platů některých odborářů, měla by to jasně deklarovat.

Vážený pane premiére, situaci považujeme za závažnou, napětí v našich členských základech narůstá a jsme přesvědčeni o tom, že schůzka s Vámi by přispěla k tomu, aby se české zdravotnictví vyvíjelo v souladu s celosvětovým trendem.

Děkuji za odpověď, jsem s pozdravem a těším se na setkání

MUDr. Vladimír Dvořák,
mluvčí Koalice soukromých lékařů

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

Přihlaste se do...



SBÍREJ-TONER.CZ

Pomůžete i bez peněz!

Zbavíte se nepotřebných prázdných tonerů!

Sbíráním prázdných tiskových kazet, určených k renovaci, zajistíte peníze pro ústav mentálně postižených ve Vašem kraji.

Jak se můžete zapojit?

- přihlaste se do projektu – tel.: 800 130 100, fax: 800 140 100, www.sbirej-toner.cz
- sběrný box Vám doručíme zdarma do 24 hodin
- sbírejte prázdné tonery do sběrného boxu
- plné sběrné boxy bezplatně odvezeme
- Vámi posbírané tonery předáme k renovaci
- peníze získané za tonery, které budou vhodné k renovaci, poukážeme na účet vybraného ústavu mentálně postižených ve Vašem kraji

Co získáte navíc?

- poukaz 250 Kč na nákup kancelářských potřeb od OTTO Office

Kde získáte více informací o projektu?

On-line přihlášení, seznam podporovaných ústavů a ostatní informace na www.sbirej-toner.cz.

Hlavní organizátor projektu:



DĚKUJEME!

Partneři:



Mediační partneři:





Právní rubrika:

Výklad části zákona o zdravotních službách

Mgr. Jakub Uher
právník SPLDD ČR

Vzhledem k řadě legislativních změn si dovoluji zveřejnit následující informace. První soubor shrnuje povinnosti, které se týkají PLDD od 1. 4. 2012, a snažil jsem se v něm poněkud podrobněji rozvést, jak se s nimi vypořádat. Jedná se hlavně o označení ordinace, vymezení provozní doby (nový pojem) atd. Druhý soubor reaguje na žádost některých krajů – a dá se čekat, že další se ozvou obdobně. Tam je již podle mne vhodná určitá aktivita zástupců SPLDD – v některých lokalitách určitě. Upozorňuji jen na to, že zásadně nedoporučuji a pokládám za nesouladné se zákonem a rizikové, aby v rámci LPS (LSPP) působili lékaři na základě obchodněprávních smluv, ale rozhodně bych trval na pracovněprávním vztahu (dohody, smlouvy, ale podle zákona práce).

■ I. Povinnosti poskytovatelů v odbornosti praktický lékař pro děti a dorost od 1. 4. 2012

Zákon od 1. 4. 2012 ukládá poskytovatelům zdravotní péče nové povinnosti. Zde je seznam těch, které se týkají zveřejňovaných údajů, označení ordinace apod.

1. Označení ordinace a povinné informace, které musejí být na označení ordinace uvedeny

Nově musí být uvedena provozní a ordinační doba (doposud byla uváděna pouze ordinační doba).

Nově musí označení obsahovat i jméno a příjmení poskytovatele (jde-li o fyzickou osobu) nebo obchodní firmu (jde-li o osobu právnickou) a IČ.

2. Zpracování ceníku – seznamu cen služeb poskytovaných pacientům za přímou úhradu (tedy nehraných ze zdravotního pojištění). Tento ceník musí být přístupný pacientům.

Ceník za pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace musí být umístěn na místě veřejně přístupném pacientům. Zpracování seznamu zdravotních služeb, u kterých bude poskytovatelem vyžadován písemný souhlas.

3. Vést evidenci stížností a způsobu jejich vyřízení

U praktických lékařů pro děti a dorost **nejsou v současné době žádné zdravotní výkony, které by měly ekonomicky náročnější variantu** – povinnost zveřejnit tyto výkony se tedy praktických lékařů v současné době

netýká. Stejně tak interní hodnocení kvality, jehož pravidla zatím nejsou ministerstvem zpracována. Tyto dvě další povinnosti poskytovatelů se nyní praktických lékařů pro děti a dorost netýkají.

Ad 1. Co je provozní doba dle zákona o zdravotních službách a v čem se liší od ordinační doby?

Od 1. 4. 2012 rozlišuje zákon o zdravotních službách ordinační a provozní dobu a na toto rozlišení navazuje určité povinnosti. Tento text se týká praktických lékařů pro děti a dorost a všeobecných praktických lékařů – ohledně jiných poskytovatelů tedy nemusí beze zbytku platit.

Podstatné je ustanovení § 45 odst. 2 písm. c), které ukládá jako jednu z povinností poskytovatele vymezení provozní a ordinační doby a údaj o ní umístit tak, aby tato informace byla přístupná pacientům.

Ordinační dobou se podle mého názoru rozumí doba, kdy je ve zdravotnickém zařízení (pozn. prostory určené pro poskytování zdravotních služeb) přítomen lékař a je umožněn přístup pacientům. Přítom může být podmínkou objednání (a to v části nebo i v celém rozsahu ordinační doby). Ošetření a vyšetření u akutních a neodkladných případů musí být pochopitelně umožněno i bez objednání.

Ordinační doba je nepochybně součástí doby provozní. Provozní doba ovšem může být širší než doba ordinační.

Do provozní doby bude nepochybně patřit i doba, kdy je ve zdravotnickém zařízení poskytována určitá péče. Příkladem může

být například relativně častá praxe, kdy od určité hodiny ve zdravotnickém zařízení provádí sestra odběry a teprve později přichází lékař a začíná běžet ordinační doba.

Dále pak do provozní doby patří dle mého názoru i doba, kdy je ve zdravotnickém zařízení přítomen pracovník, který sice neposkytuje přímo zdravotní péči, ale je možné jej kontaktovat a provést například objednání, předat lékařskou zprávu apod. Zde podle mne nemusí jít o činnost zdravotnického pracovníka – sestry, ale může jít i o administrativního pracovníka (recepční apod.).

Do provozní doby podle mne nespadá doba, kdy jsou vykonávány návštěvy u pacientů. V této době jsou sice poskytovány zdravotní služby, ale pacienti nemají možnost poskytovatele kontaktovat, což je podle mne v provozní době nutné. Naopak mám za to, že je možné do provozní doby zahrnout i dobu, kdy v ordinaci není nikdo přítomen, ale možnost konzultace či výzvy k návštěvě je zajištěna telefonicky.

Tedy provozní doba je dobou, kdy je buď v ordinaci někdo přítomen, nebo je alespoň zajištěna možnost poskytovatele kontaktovat.

Vývěska na ordinaci by mohla vypadat například takto (uvažuji všechny varianty, které podle mne přicházejí v úvahu). Uvažována je modelová situace, kdy v pondělí je od 7.30 přítomna pouze sestra a provádí odběry, následně od 8.00 do 13.00 je přítomen lékař a ordinuje, přičemž sestra je přítomna do 14.00 a je tedy možné provést objednání na nějaký termín či objednání návštěvy.

Od 14.00 již na pracovišti není přítomen žádný pracovník, ale je možné učinit telefonickou konzultaci či výzvu k návštěvě



telefonicky (například mobilní telefon lékaře), a to do 15.00.

Provozní a ordinační doba

Pondělí – provozní doba 7.30–15.30

7.30–8.00 – provádění odběrů zdravotní sestrou

8.00–13.00 – ordinační doba lékaře

14.00–15.00 – telefonické konzultace, objednání návštěv

Možnost objednání vyšetření či návštěvy do 14.00 hod. osobně, nebo telefonicky na tel. 123456, do 15.00 pak telefonicky na tel. 23456

Návštěvní služba je prováděna dle dohody na základě výzvy k návštěvě učiněné v provozní době.

Tučně je uvedeno to, co zákon vyžaduje – tedy pouze provozní a ordinační dobu, normálním písmem pak to, co pokládám za vhodné uvést, aby pacienti měli jasnou informaci, co a v jakou dobu mají k dispozici, a nedocházelo k nejasnostem.

Povinnost označení zdravotnického zařízení od 1. 4. 2012

Dle nového zákona o službách je poskytovatel povinen opatřit zdravotnické zařízení viditelným označením, které musí obsahovat obchodní firmu, název nebo jméno, popřípadě jména a příjmení poskytovatele, a identifikační číslo, bylo-li přiděleno.

V zásadě nejde o žádnou podstatnou novinku, ordinace zpravidla již řádně označeny jsou. Nicméně je vhodné v souvislosti s novým zákonem zkontrolovat, zda označení obsahuje všechny požadované údaje – jedná se o IČ.

Označení by tedy mělo vypadat takto (u fyzické osoby):

MUDr. Jan Nový, *praktický lékař pro děti a dorost*

IČ: 12345678

U právnické osoby pak:

Zdraví, s.r.o.

IČ: 87654321

U právnické osoby by bylo vhodné podle mého názoru rovněž uvedení odborného zástupce, případně lékaře, který v rámci ambulance poskytuje zdravotní péči v pracovněprávním vztahu.

Z praktického hlediska pak lze doporučit, aby byly v rámci jednoho materiálu (jedné vývěsky) uvedeny jak údaje identifikující poskytovatele, tak údaje o ordinační a provozní době.

Ad 2. Seznam cen poskytovaných zdravotních služeb nehrazených a částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění

Další povinností poskytovatele (a opět nikoli novou) je zpracovat seznam cen poskytovaných zdravotních služeb nehrazených a částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a umístit ho tak, aby byl přístupný pacientům.

Jedná se o ceník určitých úkonů, které jsou poskytovány za přímou úhradu – například prohlídky pro řidičské průkazy, potvrzení o zdravotním stavu, očkování nehrazená ze zdravotního pojištění apod.

Podotýkám, že podle mého názoru jde pouze o úkony poskytované pacientům a hrazené pacienty. Tedy tato povinnost není například u výkonů závodní péče, které jsou řešeny smluvně s konkrétním zaměstnavatelem.

Seznam (ceník) musí být přístupný pacientům – to neznámá, že by musel být povinně vyvěšen např. v čekárně, ale s tímto seznamem (ceníkem) musí mít pacient možnost se seznámit před provedením hrazeného výkonu.

Poněkud jiná je situace ohledně povinného ceníku za pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace, který musí být umístěn na místě veřejně přístupném pacientům.

Zde může ceník vypadat například následovně – cena za pořízení kopie dokumentace je 2 Kč za 1 stránku a 250 Kč za půlhodinu času lékaře. Cena za výpis z dokumentace je 300 Kč za výpis.

Vzhledem k tomu, že zde zákon uvádí povinnost umístění na místě veřejně přístupném pacientům, mám za to, že tento ceník musí být umístěn v čekárně. Jako praktické řešení se jeví zpracovat ceník jeden, jak pro přímo hrazené výkony, tak pro výpis či kopii z dokumentace, a ten umístit do čekárny. Existuje tu i možnost zveřejnění na internetových stránkách, ale povinností to není (viz výše).

Ad 3. Vést evidenci stížností a způsob jejich vyřízení

Splnění této povinnosti podle mne spočívá alespoň v založení sešitu, ve kterém budou zaznamenány případné stížnosti a způsob jejich vyřešení.

II. Doporučení k žádostem, resp. výzvám ze strany krajů

Některé kraje již rozasílají žádosti týkající se pohotovostní služby a ohledání. Vzhledem k tomu, že lze očekávat, že tak učiní v nejbližší době i ostatní kraje, posílám stručné stanovisko a doporučení postupu.

První částí dopisu krajů je informace o organizaci lékařské pohotovostní služby (LPS). Informace by měla být v tom smyslu, že v určitých místech budou provozovány ambulance lékařské pohotovostní služby (zatím jde zpravidla o totožná místa, kde byla doposud provozována LSPP, případně dochází k určité redukci).

Oslovení kraje zatím obsahují žádost, aby po oslovení provozovatelem LPS s ním lékař uzavřel pracovněprávní vztah. Tato forma vztahu je doporučena. Důvodů, proč pracovněprávní vztah a nikoli jiný, je několik – v řadě první by jiný vztah mohl být podle nás v rozporu se současným zákonem o zaměstnanosti (který má snahu bránit tzv. švarcsystému a ukládá, aby závislá činnost – o kterou zde podle nás jde – byla vykonávána v rámci pracovněprávních vztahů), v řadě druhé je u pracovněprávního vztahu jasná odpovědnost za případnou škodu způsobenou pacientům apod., která jde jasně za zaměstnavatelem. Konečně dle nového zákona o zdravotních službách je poskytovatel zdravotních služeb oprávněn poskytovat svým jménem zdravotní péči pouze v místě, které má uvedeno v osvědčení (registraci), praktik navíc v místě výkonu návštěvní služby. Tedy stručně řečeno – výkon činnosti v ordinaci LPS na základě jiné než pracovněprávní smlouvy je podle nás od 1. 4. 2012 v rozporu s právními předpisy a navíc je pro lékaře rizikový.

Doplňuji, že pracovněprávním vztahem je nejen pracovní smlouva, ale i dohoda o pracovní činnosti či dohoda o provedení práce. Tedy potud k žádosti kraje nemám po právní stránce žádné výhrady. Navíc zde platí, že nejde o smlouvu mezi poskytovatelem a krajem, ale lékařem – fyzickou osobou a provozovatelem LPS (tedy např. nemocnicí, ZZS apod.). Tato smlouva (dohoda) se pak řídí ustanoveními zákoníku práce a podmínkou jejího uzavření je dohoda mezi oběma stranami – tedy zaměstnavatelem a pracovníkem (zaměstnancem).

V krajích, kde již k oslovení (žádosti) lékařů ze strany kraje, případně ze strany



Zjistíme, zda nemocnice mají na platy lékařů, dohodl se Heger s odbory

Ministerstvo zdravotnictví udělá analýzy pro vybrané krajské nemocnice, jestli mají od pojišťoven peníze na zvýšení platů. Kontrola ukáže, proč mzdy nevyšly, řekl po pátečním jednání ministra Leoše Hegera s šéfem lékařských odborů Martinem Engelem mluvčí resortu Vlastimil Sršeň. „Je potřeba ověřit, zda jsou v krajských nemocnicích prostředky veřejného zdravotního pojištění vynakládány účelně a hospodárně a zda nahlášený nedostatek není jen důsledkem plýtvání,“ řekl Sršeň.

Engel po jednání potvrdil, že se s ministrem dohodl na kontrolách v zařízeních, která o to budou mít zájem. Ministerstvo osloví s nabídkou analýz všechny nemocnice. Odbory společně s ministrem na další schůzce 14. března vyberou patnáct nemocnic, kde analýzy provedou. Vybrané nemocnice dají ministerstvu data o nákupech materiálu, léků, služeb a investicích v předchozích dvou letech a plánované výdaje pro letošní rok. Aktuálně už analýzy probíhají v pěti nemocnicích Ústeckého kraje.

„Ministerstvo žádá odbory, aby pomohly tato relevantní data bezpodmínečně nutná pro analýzu od nemocnic získat,“ řekl mluvčí. Engel uvedl, že s tím odbory problém nemají. Kontrolu hospodaření nemocnic odborářům už minulý týden slíbil premiér Petr Nečas. Lékařské odbory trvají na tom, aby nemocnice dostaly slíbené peníze na zvýšení platů svých zaměstnanců. Krajské nemocnice ale tvrdí, že na to nemají. Přidáno tak dostali jen zaměstnanci fakultních nemocnic. Odbory daly vládě čas na vyřešení situace do 23. dubna. Poté je naplánován mimořádný sjezd LOK, který rozhodne o dalším postupu, tedy i o případných protestech (čtete o ultimátu).

Na zvýšení platů se loni s lékařskými odbory dohodl ministr Heger pod tlakem akce Děkujeme, odcházíme, v níž dala výpověď čtvrtina nemocničních lékařů. Původně se mělo od ledna přidávat o deset procent. Heger koncem roku ale uvedl, že se kvůli nepříznivé ekonomické situaci zvednou příjmy o 6,25 procenta.

Zdroj: iDnes, 2. 3. 2012

konkrétního provozovatele LPS došlo, bych pokládal za rozumné, aby se poněkud angažovali okresní či krajszí zástupci, a to níže uvedeným způsobem.

S krajem v této věci podle mne již není třeba komunikovat – kraj sdělil, že organizovat budou konkrétní provozovatelé (např. nemocnice), nikoli přímo kraj. Partnerem pro jednání se tedy stávají tito provozovatelé.

Okresní zástupce by měl podle mne požádat příslušného provozovatele o zaslání návrhu pracovního vztahu (dohody), který hodlá tento poskytovatel nabízet k uzavření konkrétním lékařům. Tento návrh by měl být zaslán na SPLDD, aby se právníci mohli vyjádřit, zda je po právní stránce v pořádku, a případně zaslat připomínky.

Podle mne není věcí krajských či okresních zástupců dohadovat za jednotlivé lékaře rozsah činnosti (tj. např. počet služeb) a finanční úhradu. Uzavření případné smlouvy či dohody je věcí každého jednotlivého lékaře a okresní či krajský zástupce není oprávněn ji uzavřít za jednotlivé lékaře. Ovšem měli bychom se postarat, aby nebyly uzavírány právně závadné či rizikové smlouvy.

Provozovatelé by pak měli sdělit jimi navrhovanou výši úhrady za činnost a rozsah, který si představují (např. služba ve všední den od 17 do 20 hod apod.).

Okresní či krajský zástupce by pak měl s touto nabídkou seznámit členy – lékaře v dané oblasti s tím, že ti z lékařů, kteří budou mít zájem takovýto vztah s provozovatelem LPS za navržených podmínek uzavřít, by pak měli kontaktovat provozovatele a smlouvu (dohodu) s ním uzavřít.

Shrnu-li tedy – SPLDD by mělo zajistit posouzení smluv po právní stránce, zjistit od provozovatele konkrétní nabízené podmínky a o výstupu informovat své členy s tím, že ti se sami rozhodnou, zda pracovní vztah uzavřou či nikoli.

Obdobně to podle mne platí i u ohledání, kde by měla být nabídnuta smlouva a cenové podmínky, SPLDD posoudí smlouvu po právní stránce a lékaři sami se pak rozhodnou, zda tuto smlouvu za navržených podmínek uzavřou.

Druhou částí žádosti krajů je žádost jednotlivým poskytovatelům (praktickým lékařům) o sdělení provozní a ordinací doby (případně i doby návštěvní – viz níže).

Tento požadavek je zcela legitimní a opírá se o povinnost registrujících lékařů zakotvenou

v ustanovení § 84 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách, které uvádí, že prohlídky těl zemřelých jsou povinni zajišťovat poskytovatelé v oboru všeobecné praktické lékařství a v oboru praktické lékařství pro děti a dorost u svých registrovaných pacientů v rámci provozní doby a v rozsahu provádění návštěvních služeb; provedení prohlídky nesmí vést k narušení poskytování zdravotních služeb.

Co toto ustanovení znamená? Registrující praktický lékař je povinen vymezit nově ordinací a provozní dobu a ty mít umístěny na vývěsce označující ordinaci. Spolu s dalšími povinnostmi od 1. 4. 2012 to podrobně rozvádím v samostatném rozboru, který rovněž přikládám. Ve stručnosti řečeno – ordinací doba je doba, kdy v ordinaci ordinuje lékař, provozní doba je pak doba, kdy je možné poskytovatele kontaktovat – kontaktovat může buď pacient (např. žádost o návštěvu), nebo v daném případě může přijít výzva k ohledání. Provozní doba je tedy samozřejmě doba ordinací plus doba, kdy je buď v ordinaci někdo přítomen (sestra), nebo je možné kontaktovat telefonicky. Obě tyto doby stanovuje poskytovatel (tedy lékař). Po dobu provozní doby musí být zajištěno přijímání výzev k návštěvám, případně k ohledání. Návštěvní doba již vymezena přesně být nemusí (a ani to podle mne nelze) a jejím předmětem bude provádění návštěv, případně ohledání dohodnutých v provozní době.

První věcí je tedy to, aby každé zařízení vymezilo svou ordinací a provozní dobu a tu sdělilo na základě žádosti krajskému úřadu. Vzhledem k dikci povinnosti ohledání pak považuji za nutné uvést:

- Ohledání se týká pouze registrovaného pacienta.
- Není povinnost provést ohledání v ordinací době (dle zákona nesmí ohledání vést k narušení poskytování zdravotních služeb).
- Ohledání by tedy podle mne mělo běžet obdobným způsobem („v rozsahu provádění“) jako návštěvní služba. Rozsahem provádění je podle mne jak časové hledisko, tak i místní (návštěvní služba je prováděna ve vlastním sociálním prostředí, v místě pobytu pacienta).

Tedy povinnost ohledat je podle mne u takového pacienta a v takovém místě a čase, kdy by byl lékař povinen provést na základě výzvy návštěvu, pokud by pacient žil.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



MZDRP01774JG

V Praze dne 10. ledna 2012
Č.j.: 1133/2012/OVZ

ROZHODNUTÍ

Ministerstvo zdravotnictví, jako správní úřad příslušný podle § 11 písm. h) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o léčivech“), rozhodlo o tomto opatření:

V zájmu ochrany veřejného zdraví a za účelem zajištění dostupnosti léčivých přípravků významných pro poskytování zdravotní péče Ministerstvo zdravotnictví v souladu s § 8 odst. 6 zákona o léčivech

povoluje

narušení celistvosti balení léčivého přípravku **ENERGIX-B 10 MCG inj. sus., reg. č. 59/170/87-A/C**, držitele o registraci GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rixensart, Belgie, velikost balení 25 x 0,5 ml, kód SÚKL 0057570 tak, aby do ordinací lékařů byly dodávány jednotlivé injekční lahvičky přípravku, ke kterým bude vždy dodána kopie příbalové informace v českém jazyce.

Při distribuci, výdeji a používání uvedených léčivých přípravků musí být splněny požadavky právních předpisů České republiky. Dodávka léčivého přípravku bude přepravována v souladu se správnou distribuční praxí.

Rozklad proti tomuto rozhodnutí nemá odkladný účinek.

Odůvodnění:

Na žádost Ministerstva zdravotnictví Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen „SÚKL“) vydal pod čj. SÚKLS1227/2012 ze dne 3. 1. 2012 odborné stanovisko, ve kterém doporučil narušení celistvosti balení léčivého přípravku **ENERGIX-B 10 MCG inj. sus., reg. č. 59/170/87-A/C**, velikost balení 25 x 0,5 ml, kód SÚKL 0057570, z důvodu hospodárného využití očkovačích látek, tak, že do ordinací lékařů mohou být dodávány jednotlivé injekční lahvičky přípravku, ke kterým bude vždy dodána kopie příbalové informace v českém jazyce.

Ministerstvo zdravotnictví konstatuje, že pokud by byl uvedený léčivý přípravek distribuován lékařům v celém balení, které nevypotřebují, a nemůže být dále redistribuován, vznikl by nedostatek uvedených očkovačích látek pro ostatní lékaře a tím by mohlo dojít ke vzniku nebezpečí onemocnění, proti nimž vakcína chrání a zároveň může dojít k neplnění povinností, které na úseku očkování vyplývají pro Ministerstvo zdravotnictví ze zákona č. 258/2000 Sb., a vyhlášky č. 537/2006 Sb. Vzhledem k této situaci Ministerstvo zdravotnictví využilo možnosti dané § 8 odst. 6 zákona č. 378/2007 Sb., které umožňuje právě v takových případech mimořádné potřeby přijmout opatření k ochraně veřejného zdraví.

Výrobce léčivého přípravku a zdravotní pracovníci nenesou odpovědnost za důsledky vyplývající z výše uvedeného povolení. Ministerstvo zdravotnictví rozhodlo o vyloučení odkladného účinku rozkladu podaného proti tomuto rozhodnutí. Menší velikost balení je v České republice registrována, ale několik let není dodávána na trh.

Vydané rozhodnutí je výjimečným opatřením vyvolaným nutností zajistit pravidelné očkování touto vakcínou a naplnit tak povinnosti vyplývající pro Ministerstvo zdravotnictví ze zákona č. 258/2000 Sb. a jeho prováděcího předpisu vyhl. č. 537/2006 Sb., kdy nedostupnost této vakcíny by mohla závažným způsobem ohrozit veřejné zdraví. Odkladný účinek rozkladu by byl v rozporu s důvody, které vedou Ministerstvo zdravotnictví k vydání tohoto mimořádného opatření.

Poučení o odvolání:

Proti tomuto rozhodnutí lze v souladu s § 152 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů, podat u rozkladové komise ministra zdravotnictví rozklad, a to ve lhůtě 15 dnů ode dne doručení tohoto rozhodnutí. O rozkladu rozhoduje ministr zdravotnictví.

Rozklad nemá odkladný účinek.

MUDr. Michael Vít, Ph.D.
náměstek pro ochranu a podporu
veřejného zdraví a hlavní hygienik ČR



Ministerstvo zdravotnictví ČR
Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2
tel./fax: +420 224 971 111, e-mail: ovz@mzcr.cz, www.mzcr.cz

Upozornění na „zavádějící“ informaci ohledně povinnosti zveřejňování ceníků na internetu

V poslední době se množí dotazy členů vyvolané nabídkami různých společností zabývajících se podnikáním na internetu. Nic proti byznysu, ale považují na nutné upozornit na to, že informace často bývají poněkud nepřesné.

Uvedu příklad (citace) z jedné výhodné nabídky: „Zákon nyní všem lékařům ukládá povinnost zpřístupnit ceník zákroků a služeb, které můžete poskytovat ve Vaší ordinaci formou nadstandardů, tj. ekonomicky náročnější varianty základní léčby. Tedy těch služeb a zákroků, které si pacient hradí z části nebo úplně sám. Zpřístupnění tohoto ceníku musí být dostupné ze vzdáleného místa tak, aby se pacient mohl bez nátlaku rozhodnout. To je v dnešní době poměrně jednoduchá záležitost pomocí webu.“

Takže z tohoto textu získáte dojem, že musíte mít ceník za výkony nehrazené nebo částečně hrazené na internetu. Není tomu tak. Tento ceník musí být dle zákona přístupný pacientům, ovšem nemusí být zajištěno jeho zveřejnění na internetu (tedy je např. v čekárně). Jedná se např. o prohlídky na řidičské průkazy, posudky apod. Ovšem nabídka úplně nepravdivá není, protože u ekonomicky náročnější varianty péče musí skutečně být ceník této péče zveřejněn i na internetu.

Přitom tuto ekonomicky náročnější variantu má pouze několik výkonů, takže pouze minimum ambulancí vůbec tyto výkony může nabízet. Jedná se totiž pouze o výkony v seznamu zdravotních výkonů označené symbolem „E“, kdy existuje výkon plně hrazený z pojištění (např. tuším fixace sádrovou dlahou) a pacient si může vybrat alternativu k tomuto výkonu (fixace ortézou apod.) pak pojišťovna uhradí cenu jako za sádku a pacient doplatí zbytek.

A teprve to zařízení, jehož odbornost by měla takový výkon v seznamu výkonů zařazen, a toto zařízení by se rozhodlo u něj náročnější variantu nabízet (samozřejmě k tomu není povinno), by muselo jeho cenu zveřejnit na internetu.

Tož pozor a nenaletěte na kdejakou „výhodnou“ nabídku.

Mgr. Jakub Uher



Metodika k zajištění financování pravidelného očkování fyzických osob, které nejsou pojištěnci podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění

Metodika k zajištění financování pravidelného očkování u výše uvedených osob v roce 2012 a 2013 (dále jen Metodika) upravuje způsob a postup proplácení pravidelných očkování provedených u fyzických osob, které nejsou pojištěnci podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění (nepojištěné fyzické osoby).

Tato metodika je určena pro poskytovatele (PL a PLDD) (dále očkovací lékař), dodavatele očkovacích látek a Ministerstvo zdravotnictví.

I. Úvod do problematiky

I.1. S účinností od 1. ledna 2012 je Ministerstvo zdravotnictví podle § 49 odst. 2 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, povinno ze státního rozpočtu hradit očkovací látky pro pravidelné očkování fyzických osob, které nejsou pojištěnci podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění.

I.2. Tato metodika řeší postup při proplácení očkovacích látek pro pravidelná očkování ze státního rozpočtu, prováděná u nepojištěných fyzických osob podle vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním

nemocem, ve znění pozdějších předpisů, a to za dále stanovených podmínek.

II. Vymezení procesu zajištění očkovacích látek pro pravidelné očkování u nepojištěných fyzických osob

II.1. Lékař provádějící očkování nepojištěných osob v souladu s touto metodikou použije pro toto očkování vakcíny používané i pro očkování osob pojištěných, není tedy nutné provádět samostatné jednotlivé objednávky, je pouze nutné provedené očkování nepojištěných osob oznámit (viz dále).

II.2. Očkovací lékař neprodleně informuje na adresu ovz@mzcr.cz nebo v listinné podobě na adresu Ministerstvo zdravotnictví, sekce hlavního hygienika ČR, Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2, o druhu očkovacích látek (název a kód SÚKL) s uvedením čísla šarže, počtu dávek a datu aplikované očkovací látky nepojištěným fyzickým osobám a dále identifikační údaje fyzické osoby, tj. jméno, příjmení a datum narození. Údaje vyplní do přiložené tabulky. Vlastní aplikace očkovací látky není hrazena státem, tzn. že výkon je hrazen na základě smluvního pojištění nebo v hotovosti.

II.3. Na základě obdržené informace dle bodu II.2. Ministerstvo zdravotnictví zašle dodavateli očkovacích látek společnosti Avenier a.s. a Clearingovému centru (provzatel Clearingového centra je Národní referenční centrum, zájmové sdružení právnických osob ve smyslu ust. § 20f a násl. zákona č. 40/1964 Sb.) údaje o počtu očkovacích nepojištěných osob (viz souhrn údajů získaných dle čl. II.2.), dvakrát za kalendářní rok, vždy podle stavu ke dni 30. června a 1. prosince daného kalendářního roku, a to nejpozději do 20 dnů po skončení daného pololetí. Po provedení kontroly (zpracuje Clearingové centrum) a odsouhlasení počtu očkovacích nepojištěných osob za příslušné období provede Ministerstvo zdravotnictví úhradu nákladů na očkovací látky přímo dodavateli – a.s. Avenier.

II.4. Doklady uvedené v bodě II.2. archivuje Ministerstvo zdravotnictví po dobu 5 let, počínaje koncem účetního období, kterého se týkají.

V Praze dne 12. března 2012

MUDr. Viera Šedivá
vrchní ředitelka pro ochranu veřejného zdraví a řízení hygienické služby

■ Příloha: tabulka

Přehled aplikovaných očkovacích látek v rámci očkování osob, které nejsou pojištěnci podle zákona upravujícího zdravotní pojištění

Název poskytovatele zdravotních služeb provádějícího očkování:	
IČZ, ev. IČP očkovacího lékaře:	

Název očkovací látky	Kód SÚKL	Číslo šarže	Počet dávek	Datum aplikace	Jméno a příjmení očkované osoby	Datum narození

Datum:

Podpis a razítko:



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnchová
předsedkyně OSPDL ČSL JEP

■ Informace z jednání „Komise MZ pro péči o děti a dorost (Komise DD)“ ze dne 29. 2. 2012

■ Propouštění novorozenců do domácí péče

Členové komise se plně ztotožnili s informací ze dne 3. 2. 2012, která byla k dané problematice předložena panu ministru.

V souladu s platným metodickým pokynem (Věstník MZ č. 6/2005) lze novorozence propustit do domácí péče zpravidla za následujících podmínek:

- věk novorozence je nad 72 dokončené hodiny po porodu (tj. k propuštění dochází nejdříve po uplynutí 72 hodin od narození, tj. 4. den života),
- zdravotní stav novorozence dovoluje jeho propuštění do domácí péče,
- nejsou známy jiné závažné okolnosti, které by bránily propuštění dítěte do domácí péče,
- jsou odebrány krevní vzorky pro screenin-
gová vyšetření.

Období 72 hodin po porodu umožňuje dítěti plnou adaptaci po porodu. V prvních dnech po narození se bedlivě sleduje fungování životních funkcí dítěte a provádí se řada vyšetření.

S případným zkrácením doby pobytu fyziologických novorozenců v porodnici, které by muselo být spojeno se systémovým zajištěním zdravotní péče o tyto novorozence v terénu, by bylo možné očekávat nárůst zdravotních komplikací, včetně nejzávažnějších, ohrožujících zdraví a život dítěte, zvýšení počtu rehospitalizací, snížení včasného zachytu vrozených vývojových vad, pokles počtu kojených dětí apod.

Kupř. ze studií některých zemí (Norsko) vyplývá, že v důsledku zkrácení pobytu v porodnici z 3,5 na 2,7 dne došlo k nárůstu rehospitalizací zejména z důvodů časných dehydratací.

Je třeba zmínit, že dosaženou úroveň kojené úmrtnosti (2,8 promile v roce 2011)

patří ČR mezi země s nejlepšími výsledky na světě. Nízká kojená úmrtnost je dána zvl. nízkou novorozeneckou úmrtností (v prvních 6 dnech života), což svědčí zejména o dobrém systému vysoce kvalitní perinatální péče.

Argumenty zastánců časnějšího propouštění novorozenců z porodnic se opírají kupř. o praxi v USA, kde některé ženy rodí doma, protože porod ve zdravotnickém zařízení je pro ně příliš finančně nákladný. S ohledem na zdraví dítěte a rodičky je proto v USA upřednostňován porod ambulantní před porodem doma. V USA zdravotní pojišťovny v minulosti odmítaly hradit pobyt po porodu delší než 24 hodin. Kongres proto odhlasoval povinnost, aby zdravotní pojišťovny hradily pobyt v porodnici do 48 hodin (v případě vaginálního porodu) a 96 hodin (v případě porodu sekci). Je přesně stanoveno, za jakých podmínek (16 bodů) může být novozrozenec propuštěn ze zdravotnického zařízení do domácí péče dříve. Jednou z podmínek je tzv. „follow-up visit“, která je prováděna doma nebo v lůžkovém zdr. zařízení pediatrem za úhradu. Je třeba zmínit, že USA má na rozdíl od ČR vysokou kojenou úmrtnost (6,6 promile v roce 2011).

Nelze opomíjet práva dětí na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně zdravotního stavu, popř. upřednostňovat práva matek na úkor práv dětí.

Komise doporučuje trvat na stávající praxi a propouštět novorozence (bez perinatálního rizika) nejdříve po uplynutí 72 hodin po porodu. Tato praxe je doporučována i v jiných zemích EU.

Stávající metodický postup bude aktualizován s ohledem na systémové změny v očkování proti tbc (selektivní očkování rizikových novorozenců). Případné doplnění metodiky o další potřebné náležitosti budou předmětem diskuse. Laická veřejnost bude informována o rizicích předčasného propouštění novorozenců z porodnice. Odborníci budou iniciovat případné setkání s panem ministrem k dané problematice.

■ Porody mimo zdravotnická zařízení

Problematika porodů mimo zdravotnická zařízení, které jsou velmi rizikové nejen pro rodičky, ale zejména pro novorozence, bude předmětem samostatného jednání na MZ za účasti odborníků.

■ Povinná registrace dětí u PLDD

Dosud nebyla vyřešena otázka povinné „registrace dětí u praktických lékařů“. Některé děti se tak zcela ocitají mimo systém zdravotní péče, a to zejména péče primární. Ze strany MZ bude snaha tuto problematiku řešit v rámci přípravy novely zákona č. 372/2011 Sb.

■ Legislativní změny při poskytování zdravotní péče dětem

Členové komise byli informováni o legislativních změnách platných ode dne 1. 4. 2012 (s účinností zákona č. 372/2011 Sb.) se zaměřením zejména na poskytování zdravotní péče a zdravotních služeb dětem se souhlasem a bez souhlasu zákonných zástupců.

Nezletilým bude možno i bez souhlasu zákonného zástupce poskytovat zdravotní služby, jde-li o léčbu vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta, jde-li o zdravotní služby nezbytné k záchraně života nebo zamezení vážnému poškození zdraví, nebo pokud je u nezletilého podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.

Souhlas obou rodičů je dle ust. § 35 odst. 2 písm. a) bod 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, nutný pouze k poskytnutí zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života. Nedomníváme se, že poskytování běžné léčebně preventivní péče by bylo takového charakteru, že by mohlo podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu



jeho života. V takovýchto „běžných věcech“ postačí souhlas jednoho z rodičů.

Jde-li navíc o pacienta, který již dovršil 15 let věku, lze mu zdravotní služby poskytované registrujícím poskytovatelem poskytovat bez zjišťování souhlasu zákonného zástupce, pokud zákonný zástupce s takovým postupem vyjádří písemný souhlas, který může podmínit následným informováním o poskytnutých zdravotních službách. Písemný souhlas zákonného zástupce je součástí zdravotnické dokumentace vedené o neletém pacientovi.

Členům komise byla rovněž poskytnuta informace o platné metodice k problematice „reakreditací“ poskytovatelů zdravotních služeb. Členové komise upozornili na některá ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., která v praxi přinesou značné problémy, a to zejména s ohledem na vzrůstající snahy rodičů domáhat se vysokých finančních částek za domnělá pochybení. Členové komise poskytnou MZ opodstatněné a náležitě podložené návrhy změn, které budou případně zohledněny v rámci připravovaných novel příslušných právních předpisů.

Pozn.: Požádali jsme MZČR o výklad způsobu poskytování zdravotní péče v ordinacích PLDD (očkovaní, aplikace injekcí a další výkony), kde z titulu zákona o zdravotních službách není jasný požadavek na informovaný souhlas (případně souhlas obou rodičů). Požadujeme také výklad nutnosti zápisu o poučení dítěte (jak postupovat v případě nesouhlasu), výklad nutnosti zaznamenání situace, kdy je dítě při očkovaní nebo aplikaci injekce (odběrech krve) přidrženo, a dalších problematických ustanovení, která mohou zkomplikovat poskytování zdravotní péče po datu 1. 4. 2012.

■ Transformace kojeneckých ústavů a dětských domovů do 3 let věku (KÚ+DD)

Členové Komise DD byli informováni o dosa-
vadním postupu MZ v procesu transformace KÚ+DD v dětská centra.

MZ plně podporuje postupnou a náležitě připravenou transformaci systému péče o ohrožené děti, jejímž cílem je mimo jiné minimalizace počtu dětí v ústavní péči, a to bez rozdílu věku. MZ však důrazně varuje před unáhlenými kroky, které by mohly jakkoliv ohrozit dostupnost a kvalitu specifické zdravotní péče pro potřebné děti a jejich rodiny. Západoevropské země podporují vznik multidisciplinárních komunitních center v rámci resortu zdravotnictví, která

nabízejí odborné a vysoce specializované služby ohroženým dětem a jejich rodinám. Na základě prvních pozitivních zkušeností (kupř. Dětské centrum Znojmo, Dětské centrum Veská apod.) MZ již v roce 2005 zahájilo proces transformace KÚ+DD v dětská centra, jejichž cílem je poskytování komplexní odborné péče ohroženým dětem a jejich rodinám – s převahou služeb ambulantních a minimalizací služeb lůžkových.

MZ předložilo MPSV k připomínkám návrh společného memoranda k dané problematice a ve spolupráci s odbornou veřejností začalo připravovat právní úpravu dětských center, která nahradí dosavadní dětské domovy pro děti do 3 let věku.

■ Projekt zjištění růstu a hmotnosti dětí v ČR

Česká obezitologická společnost ČLS JEP zaslala na MZ žádost o finanční podporu VII. celostátního antropologického výzkumu dětí a mládeže. Komise považuje tento výzkum za přínosný. Na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví (www.mzcr.cz – oddíl dotace, státní rozpočet, příslušné programy) jsou každým rokem uveřejňovány podmínky předkládání žádostí v rámci dotačních programů Ministerstva zdravotnictví. Na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví jsou rovněž uveřejňovány zadávací podmínky předkládání žádostí v rámci Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví (<http://iga.mzcr.cz/publicWeb>). Nová zadávací dokumentace IGA MZ na léta 2013–2015 bude zveřejněna v sekci VES 2013.

■ Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého

Členům komise byla zaslána závěrečná zpráva a závěrečné vyúčtování 18. vydání ZOP pro rok 2012 a byla podána informace o problémech spojených s vydáním ZOP v roce 2012. Do budoucna by mělo být další vydávání ZOP zajištěno systémově. Případné úpravy věcné náplně a grafiky dalšího vydání ZOP je třeba provést co nejdříve.

■ Návrh metodiky pro praktické lékaře k ADHD

Ve Věstníku MZ č. 2/2012 byl uveřejněn „Postup lékařů primární péče při podezření na hyperkinetickou poruchu u dětí“. Metodický pokyn byl připraven pracovní skupinou složenou ze zástupců OSPDL ČLS JEP, Sekce dětské a dorostové psychiatrie PS ČLS JEP, České neurologické společnosti ČLS JEP

a Českomoravské psychologické společnosti. Metodický pokyn byl vytvořen v souladu s úkoly, které vyplývají z koncepčních materiálů a strategií, které se týkají oblasti podpory mentálního zdraví dětí a dorostu.

■ Návrh metodiky k NS sluchu

Meziresortní a mezioborová pracovní skupina pro vzácná onemocnění odsouhlasila dne 2. 2. 2012 návrh metodiky NS sluchu. Od 1. 1. 2012 byl do odbornosti 702 – audiologie a foniatry zařazen nový výkon pro plošné vyšetření všech novorozenců 73028 – Screening sluchu u novorozenců. Vyšetření se provádí zpravidla na novorozeneckém úseku dětských oddělení či na specializovaných neonatologických odděleních 2.–4. den po porodu přístrojem na záznam otoakustických emisí a zaškoleným personálem. Výkon je oboustranný. V případě negativního výsledku vyšetření je indikován s časovým odstupem rescreeing. Vyšetření se provádí na přístroji pro otoakustické emise, provádí ho vyškolená sestra, ORL lékař vyhodnocuje výsledek a vydává další doporučení. Dosud však nejsou všechny porodnice vybaveny k provádění tohoto screeningu, který je hrazen ze zdravotního pojištění. Členové komise urychleně zašlou na MZ (truellova@mzcr.cz) případné připomínky k předloženému návrhu.

■ Informace z jednání Národní imunizační komise dne 16. 2. 2012 na MZ

1) Dostupnost jednotlivých dávek vakcín pro očkovaní cizinců (nepojištěných osob).

NIKO navrhuje úpravu metodiky tak, aby pro tato očkovaní byly používány vakcíny ze zásob v ordinacích, pouze se musí každé takto provedené očkování hlásit na MZ ČR (viz metodika a tabulka), kopie těchto hlášení zasílá MZ ČR distributorovi a Clearingovému centru. Musí být také řešeno samostatnou smlouvou mezi MZ ČR a distributorem. V řešení je VŘ na zajištění vakcín pro zvláštní a mimořádná očkování, kde vakcíny hradí stát. K další diskusi je, zda nepřesunout tato očkování na zdravotní pojišťovny, nutná novela zákona č. 48/1997 Sb.

2) Definování ekonomicky náročnějších vakcín v rámci nadstandardů pro rok 2013.

Některé kombinované očkovací látky obsahují složky pro povinná i nepovinná očkování. V ZULP se nedá vykázat výkon očkování té složky kombinované vakcíny, jejíž aplikace je povinná. Jedna z cest, jak tento



problém vyřešit, je dát do úhradové vyhlášky povinnost zdravotním pojišťovnám uhradit všechny složky kombinovaných vakcín. NIKO navrhne řešení problému nadstandardů u vakcín s tím, že zde budou i kombinace složek vakcín, které budou hrazeny ze zdravotního pojištění (MMRV, VHA + VHB, dT_p). Návrh bude diskutován na dalším zasedání NIKO a posléze předán ke schválení panu náměstkovi Noskovi.

3) Metodika provádění kontroly proočkovanosti od roku 2012.

Proočkovanost k 31. 12. 2011 bude zkontrolována administrativním způsobem podle doposud fungujícího systému, ve kterém participují krajské hygienické stanice a pediatrii podle kritérií stanovených hlavním hygienikem ČR.

Kontrola proočkovanosti k 31. 12. 2012 bude v souvislosti s letošními změnami v systému financování vakcín pro pravidelné očkování provedena jednak dosavadním způsobem, jednak na základě dat pořizovaných zdravotními pojišťovnami. Praktické aspekty provedení této kontroly budou projednány mezi MZ a zástupci zdravotních pojišťoven, a to na základě návrhu NIKO.

4) Návrh doporučení k provádění kontrol protekce, vyšetřování anti-HBs protilátek a přeočkování proti VHB u zdravotnických pracovníků.

V diskusi projednán návrh materiálu, kde je mimo jiné upravena otázka kontroly hladin protilátek – postvakcinační sérologické vyšetření anti-HBs protilátek za 1–2 měsíce po poslední dávce vakcíny u všech zdravotnických pracovníků a studentů, kteří jsou nebo lze očekávat, že budou ve vysokém riziku perkutánní nebo slizniční expozice krvi či tělním tekutinám. Dále také diskutována otázka aplikace hyperimunního globulinu. Je třeba tuto problematiku zařadit do programu dalšího zasedání NIKO s tím, že příslušné doporučení NIKO bude po ukončení diskusí vydáno. V praxi je doporučení velice potřebné z řady důvodů mj. s ohledem na dopady v oblasti sociálně-právní a posudkové.

5) Návrh doporučení ke sjednocení termínů očkování proti tetanu u dospělých osob podle věkových kohort.

Návrh sleduje informovanost pro laickou veřejnost o potřebě přeočkování v konkrétních věkových kategoriích. Materiál bude nejprve připomínkovan členy NIKO.

6) Návrh doporučení k používání vakcíny Infanrix HIB.

Vzhledem k požadavku některých rodičů s alternativním přístupem k povinnému očkování a dále s ohledem na nejednotný přístup specialistů k využívání této očkovací látky jako varianty náhrady za Infanrix Hexa vypracoval prof. Prymula návrh indikací pro aplikaci této očkovací látky. MUDr. Cabrnachová navrhuje upravit tento materiál i s odkazem na očkování nedonošených dětí (bude připraven Českou vakcinologickou společností – ČVS). Konečný materiál bude znovu projednán a odsouhlasen členy NIKO.

7) Návrh doporučení k očkování proti rotavirovým nákazám.

Doporučení ČVS ze dne 25. 1. 2008 se upravuje a doplňuje s ohledem na zrušení povinné BCG vakcinace a přehledně uvádí aktuální informace týkající se obou produktů. Uvádí možnost aplikace první dávky vakcíny od 6. týdne života a doporučuje pro podání první dávky vakcíny období do 12. týdne života dítěte. Materiál bude po doplnění zveřejněn na stránkách MZČR mezi stanovisky a doporučeními NIKO.

OSPDL ČLS JEP připravuje

celorepublikový cyklus vzdělávacích seminářů pro praktické lékaře pro děti a dorost pro rok 2012 na téma Očkování

Termíny a místa konání seminářů

3. 5. 2012 16:30–20:30 Brno • **26. 5. 2012** 9:00–13:00 České Budějovice • **9. 6. 2012** 9:00–13:00 Praha

Odborný program

Témata přednášek:

• Praktické informace k očkování v roce 2012

MUDr. Hana Cabrnachová, předsedkyně OSPDL ČLS JEP

• Antibiotická rezistence – mýty a realita

MUDr. Helena Žemličková, Ph.D., SZÚ Praha

• Aktuální informace k očkovacím látkám; Odborná doporučení a jejich význam

Prof. MUDr. Roman Chlábek, Ph.D., Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, Hradec Králové

• Právní problematika v ordinaci PLDD – vybrané kapitoly

Mgr. Jiří Slaviček, Advokátní kancelář Nipl, Žák, Slaviček & spol., Praha

• Otázky a odpovědi z praxe pediatra

– interaktivní přednáška s hlasovacím zařízením

MUDr. Pavel Kosina, Ph.D., Očkovací centrum

při Infekční klinice FN Hradec Králové;

MUDr. Jan Smetana, Ph.D., Fakulta vojenského

zdravotnictví Univerzity obrany, Hradec Králové;

MUDr. Hana Cabrnachová, předsedkyně OSPDL ČLS JEP

V nejbližší době bude pozvánka na cyklus seminářů rozeslána dětským lékařům s pokyny k registraci.



OSPDL ČLS JEP

Kancelář OSPDL ČLS JEP

U Hranic 16–18, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050

e-mail: centrum@detskylekar.cz

OČKOVÁNÍ

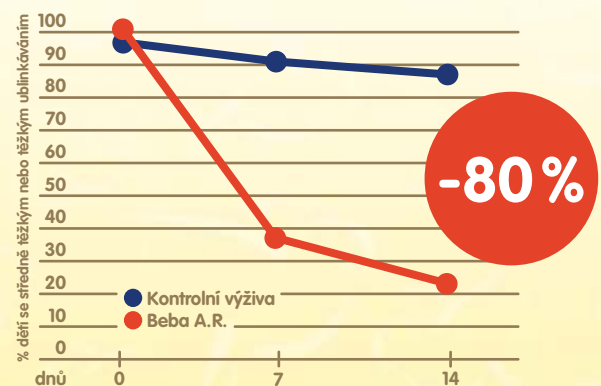


BEBA A.R.

Trojnásobná ochrana proti ublinkávání díky unikátní kombinaci Opti Pro^{HA}, škrobu a Lactobacillus reuteri



Beba A.R. snižuje ublinkávání u kojenců o 80 %¹



- ✓ Snižuje ublinkávání až o 80 %¹
- ✓ Snižuje objem ublinkávání až o 48 %²
- ✓ Snižuje epizody ublinkávání až o 75 %³
- ✓ Vhodná i pro děti ohrožené rizikem vzniku alergických onemocnění

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

1. Valverde A et al. [Estudio del tratamiento dietético de las regurgitaciones mediante una leche para lactantes de consistencia modificada. Ensayo clínico NIDINA A.R.]. in NIDINA A.R. ensayos clínicos. Pulso ediciones, Nestlé España S.A. 1998: 14-28.
 2. Mozin MJ. Efficacy of dietary measures during regurgitation episodes observed in 578 infants aged 1 to 18 weeks. Multicentric study. [Efficacité de mesures diététiques prises lors d'épisodes de régurgitations observés chez 578 nourrissons âgés de 1 à 18 semaines]. Post marketing survey - Internal Communication 1998.
 3. Indrio F, Riezzo G, Raimondi F, Bisceglia M, Filannino A, Cavallo L, Francavilla R. Lactobacillus reuteri accelerates gastric emptying and improves regurgitation in infants. Eur J Clin Invest 2011;41(4):417-22.



Idiopatická skolióza a možnosti konzervativní léčby

Ing. Pavel Černý

Ortotik-protetik, ORTOTIKA, s.r.o., FN Motol

V článku je zmíněna problematika idiopatických skolióz a možnost konzervativní léčby tohoto onemocnění. Jsou popsány požadavky na technické provedení a účinnost trupových ortéz. Jsou zde také zmíněny některé zajímavé výsledky korzetoterapie.

Klíčová slova: skolióza, páteř, korzetoterapie, korzet, trupová ortéza, korekce páteře.

■ Úvod

Na mnoha odborných akcích se deformity páteře často diskutují. Většinou se konstatuje, že tak zajímavá a obsáhlá problematika by si zasloužila samostatné sympozium, samostatnou akci. Ovšem takových monotematických a multidisciplinárních seminářů či kongresů lze najít v programech jednotlivých společností velmi málo. Proto jsem se snažil co nejstručněji shrnout obecné i své poznatky o konzervativním léčení tohoto onemocnění pomocí korekčních trupových ortéz tak, aby nezazněla jen všeobecně známá fakta, která bez obměn známe již desítky let.

Dalším impulsem k napsání tohoto článku je očekávaný nárůst počtu dospívajících dětí narozených po roce 2000, tudíž předpokládám, že téma bude brzy opět velmi aktuální. K největším dlouhodobým problémům, s kterými se v praxi setkáváme, je pozdní objevení choroby. Nezřídka řešíme případy, kdy prvozáchyt skoliózy prokazuje křivky, které se blíží či přesahují hranici pro indikaci operačního řešení. Je evidentní, že se v takových případech musely příznaky onemocnění projevovat již delší dobu, ale nebyly zachyceny. Na druhé straně se setkáváme s výpověďmi pacientů, které popisují dosavadní neradikální přístup jejich ošetřujících lékařů k rychlému řešení zdravotního problému, nebo i jeho podcenění. Pravdou bohužel je, že takový přístup bývá vyvozen z individuálních předchozích špatných praktických zkušeností s konzervativní léčbou onemocnění. Velkou měrou je to vlivem nestejné kvalitativní úrovně ortotických pracovišť. Obecně vznikají pomůcky od těch správně zhotovených a maximálně účinných až po ty naprosto neúčinné, které pak navozují pocit zbytečnosti choroby pomocí korzetů jakkoliv léčit. Taková situace ale

není jen v naší republice, je obdobná všude ve vyspělém světě. Nezáleží totiž na lokaci pracoviště, ale na odbornosti, umu a nadání konkrétních ortotiků-protetiků, kteří pomůcky manuálně zhotovují.

Pro připomenutí jsou stručně ukázány a popsány všeobecně známé příznaky onemocnění. Dále pak zmiňuji některá fakta a kritéria, která mají podstatný význam při léčbě onemocnění pomocí korekčních korzetů.

■ Projevy idiopatické skoliózy

Je obecně známo a publikováno, že skolióza je většinou třídimenzionální deformita páteře, což se projevuje zakřivením ve frontální rovině, nefyziologickými křivkami v sagitální rovině a osovými rotacemi jednotlivých úseků páteře v rovině transversální. Existují ale i deformity, které některý typický dimenzionální prvek postrádají. Z praxe se ukazuje,

že mírně rotovaná páteř bez skoliotických křivek postupně vlivem následného tělesného vývoje přejde do skoliózy. To se často potvrdzovalo při opakovaných lázeňských pobytech. Takové případy bych označil jako podnětné k tomu, aby dítě již bylo vedeno jako skolioticky rizikové a byly mu plánovány častější kontroly oproti obvyklým. V době růstového spurtu by doba mezi kontrolami neměla přesáhnout 6 měsíců, je lepší kontrolovat častěji, i v poloviční periodě. Skolióza se obvykle projevuje vybočením spinálních výběžků z přímé linie. U rotované páteře je toto vybočení někdy zcela nepatrné, výběžky dorzálních spinálních výběžků se stáčí mediálně. Stranové vybočení a rotaci páteře lze v podezřelých etážích jednoduše a rychle prověřit v hlubokém předklonu, obr. 1a. Na obr. 1b je patrná nesymetrie a je indikováno rehabilitační cvičení. Linii spinálních vý-



Obr. 1a – fyziologická linie spinálních výběžků



Obr. 1b – nesymetrie lopatek a již pozorovatelné zakřivení páteře ve frontální rovině, zatím bez rotace

běžků lze kontrolovat vizuálně a palpačně, rotaci měřit pomocí pravítka či dvou, obr. 1c, nebo i skoliometrem. Rotace se typicky projeví hrudní paravertebrální prominencí, obr. 1c, ale i prominencí transversálních výběžků v oblasti bederní se zevním projevem svalové nesymetrie podél bederní páteře, obr. 1c. Prominence se téměř vždy projevuje na straně konvexity stávající nebo vznikající křivky.

Dalším podnětem pro častější kontrolu by měla být nestejná délka dolních končetin (dále DK) či nesymetrie pánve, konkrétně v případech, kdy osa kosti křížové není vertikální. Obvykle se délka končetin měří metrem vsedě či vleže na lůžku. Na našem pracovišti pozorujeme a hmatem kontrolujeme při stožení horizontální linii trochanterů, obr. 2a, a lopat pánevních, obr. 2b. U malých pacientů si je postavíme na stupátko či stůl, abychom dostali jejich pánev do úrovně našich očí. Takto většinou jednoduše i zjistíme, jestli jde o zkrat dolní končetiny, o nesymetrii pánve či o obojí.

Jakmile je zjištěno vadné držení těla nebo první příznaky skoliotického zakřivení páteře, obvykle nastupuje odborně vedená fyzioterapie, která hraje významnou roli právě v této vývojové fázi onemocnění. Ve chvíli, kdy křivky přesáhnou určité hodnoty,



Obr. 1c – měření paravertebrálního a bederního valu pomocí dvou pravítek u těžší skoliózy



možnosti fyzioterapie se snižují a otevírá se prostor pro účinnou léčbu korzetoterapií.

■ Konzervativní léčba skoliózy, trupové ortézy

Vzhledem k mé odbornosti se zde nezabývám fyzioterapeutickou léčbou, protože ji u skoliotika automaticky předpokládám. Cílené cvičení se často stává jejich celoživotní součástí. Nezmiňuji ani léčbu operační, ta přísluší spondylochirurgům.

V této kapitole bych rád popsal, jak se pokusit nejlépe předejít progresi a plnému propuknutí onemocnění při zjištění výše popsaných indicií a problémů pomocí ortotických

pomůcek. Dovolím si tvrdit, že možnosti korzetoterapie jsou ve společnosti obecně podceňovány. Je jen málo cest, kterými se podaří výsledky konzervativní léčby skolióz prezentovat. Fyzioterapeuti se na svých odborných akcích zabývají především svou odborností, ortopedi či spondylochirurgové nejčastěji řeší problematiku operačního řešení. Dosud neexistuje multidisciplinární platforma pro všechny odbornosti, které se skoliózami zabývají. Existuje však naděje, že se v blízké době podaří rozběhnout v současnosti zakládanou „Skoliotickou společnost“, která by tímto chybějícím meziklankem mohla a měla být. V současnosti nelze získávat informace jinak než z dlouhodobých výsledků léčby onemocnění u vlastních pacientů.

Na tomto místě bych zmínil problémy dospívajících s dolními končetinami a pánví, které se mohou podílet na etiologii či rychlosti progresu skoliózy. V případě nestejných délek dolních končetin, následně pak šikmo postavené kosti křížové, obr. 3a, bývá vhodné celý zkrat nebo jeho část (50–100 %) výškově kompenzovat podpatěnkou nebo párem jednoduchých vložek, přičemž jedna bude zvýšená. Ohledně prospěšnosti podložení předem vyzkoušet a klinicky zkontrolovat postavení a držení celého těla, obr. 3b. Ne vždy se může jevit vyrovnání jako optimální.

Velký význam pro vznik onemocnění mohou mít kontraktury v kyčlích či nesymetrický rozsah pohybů v kloubech a typický návyk stání s dominantním zatížením jedné končetiny (u obvyklých křivek je to typicky pravá). Doporučuje se fyzioterapeuticky tuto nesymetrii rozcvíčit a postupně poopravit návyky postoje.

Základní léčebnou ortopedickou pomůckou pro účinnou korekci skoliotických křivek je



Obr. 2a – sledování vodorovné linie trochanterů



Obr. 2b – sledování vodorovné linie pánve





Obr. 3a – vadné držení těla při rozvíjející se skolióze při zkratu pravé DK



Obr. 3b – zmírnění vadného držení těla vyrovnáním délky obou DK pomocí podložení (např. podpatníkem)

individuálně zhotovovaná korekční trupová ortéza v podobě vhodné tvarované plastové skořepiny s potřebným zapínáním. Svým tvarováním a vhodně umístěnými pelotami působí nejen proti zakřivení ve frontální rovině, ale i proti skolioticky rotované páteři. Při pohledu do skořepiny se účinná pomůcka jeví jako silně nesymetrická, obr. 4a, oproti pomůcce nefunkční, špatné, obr. 4b, což lze označit jako jednoduše zjistitelný příznak, vypovídající o léčebné kvalitě pomůcky – její funkčnosti.

S léčebnou kvalitou pomůcky, tedy se stupněm dosažené korekce, úzce souvisí možný výsledek korzetoterapie. Obecně platí pravidlo „čím vyšší korekce, tím lépe“. Další zásadní podmínkou úspěšné konzervativní léčby skoliózy je její používání podle předpisu. Jako dobrou korekci považujeme snížení křivky o 50 % a více. To závisí nejen na správně zhotoveném kvalitním korzetu, ale i na výskytu případných negativních faktorů, pro jejichž zmínku zde není dostatek prostoru a které snižují reálnou možnost velikosti výsledné korekce. Dále platí pravidlo, že je potřeba korzet dostatečně zapínat. Povolný korzet méně koriguje, má nižší léčebný účinek. Dostatečné tlaky pelot se projeví mírným zarudnutím pokožky v místech působení, které většinou po několika minutách mizí. Při úspěšné léčbě dochází k narovnávání páteře, což se projevuje postupným zmenšováním či vymizením korekčních tlaků pod pelotami. Proto je nezbytné v průběhu léčby peloty doplňovat, čímž se dále zvyšuje stupeň korekce, který má na léčbu vedle správného udržování doby aplikace zásadní vliv.

Velmi důležitou otázkou je včasná indikace trupových ortéz. Vymezený prostor pro použití korekčních trupových ortéz byl u nás definován poměrně dávno a přetrvává dodnes bez akceptování technického rozvoje individuální ortotiky. Tabulkový rozsah svou spodní hranicí 20° dle Cobba podstatně omezuje prostor pro tu nejúčinnější léčbu, pro prevenci rozvinutí deformity. V poslední době jsou popisovány výhody postupu, kdy je třeba začít s léčbou korzetem včas, obvykle ještě pod tabulkovou hodnotou, a jen nočním režimem. Podle vlastních i německých průzkumů je tento postup preferován jak samotnými pacienty, tak jejich rodiči. Noční režim pacienta prakticky neomezuje a při malém zakřivení lze často pozorovat jeho postupné zmenšování, obr. 5a, b, c, d. Podmínkou ale je získání a používání účinné ortézy.

Vyčkávaní na tabulkový stav zakřivení paradoxně následně uvězní pacienta do korzetu i přes den, na delší období, léčba vyžaduje i opakované zhotovování pomůcek a je pak tedy i nákladnější. S podobnými zkušenostmi se setkávají i v zahraničí. Současně nastupuje u řady pacientů psychický problém s nošením ortézy v průběhu



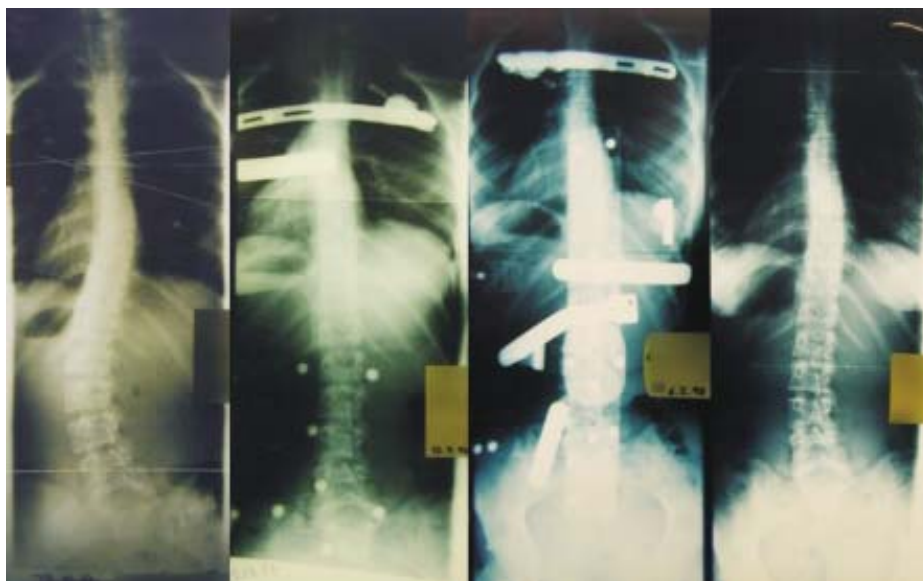
Obr. 4a – příklad správného prostorového tvarování korekční trupové ortézy



Obr. 4b – příklad nesprávného tvarování skořepiny s neúčinnou pelotou (skořepina bez korekčního tvarování); taková ortéza nekorigovala křivku páteře vůbec

dne. Protože dosud nemáme jinou možnost sledování skutečné dlouhodobé aplikace pomůcek, získáváme informace o léčbě zpětně jen z útst pacientů a jejich rodičů. Tyto údaje jsou řekněme velmi subjektivní a obecně vyplývá, že denní korzetoterapie nebývá dodržována podle předpisu. Doba aplikace bývá často variabilní, nižší, proto neexistují jednoznačné plošné výsledky terapie. Tento fakt následně hraje významnou negativní roli v obecně rozpáčeném vnímání objektivních možností korzetoterapie. Lze však jednoznačně prohlásit, že dodržování léčebného režimu s funkčním korzetem má při rozvinuté skolióze ten nejpodstatnější vliv na dlouhodobý trvalý výsledek léčby. **Jediným kritériem, které vypovídá o kvalitě trupové ortézy, je její korekce, prokazatelná na RTG snímku, a také správně lokalizované otlaky od korekčních pelot.** Pokud není dosaženo významné korekce, stává se korzet jen plastovou skořepinou bez léčebného efektu, obr. 4b. Je potřebné maximální korekci u léčebných korzetů požadovat, korzety postupně modifikovat a upravovat.

Diskutabilní bývá omezování tělesných aktivit pacientů. Na tomto místě bych zmínil skutečnost, že korzet je pomůcka pasivní, která má za úkol držet



Obr. 5a, b, c, d – výsledek téměř čtyřleté korzetoterapie u „spolehlivé“ pacientky korzety Cheneau a dynamického typu Černý. Obr. 5d – stav v sedmnácti letech věku pacientky

korigované postavení páteře v době denní tělesné pasivity. Přibližně od roku 1995 byly u řady pacientů povoleny a doporučeny veškeré sportovní a tělesné aktivity, a to samozřejmě bez ortézy. Doposud se tento postup neprojevil škodlivě, nemáme zmapovaný jediný problematický případ, kdy byla ortéza nošena podle předpisu, kdy bylo aktivně sportováno a kdy by současně došlo k progresi zakřivení. Pokud si totiž spočítáme dobu denní a noční aplikace korzetu, tedy i držení páteře v korigovaném stavu, a dobu několika aktivních sportovních tréninků v průběhu jednoho týdne, pak se jeví doba sportovního zatížení téměř zanedbatelně oproti době korigovaného držení páteře korzetem. Fyzioterapeuti tento postup také vítají.

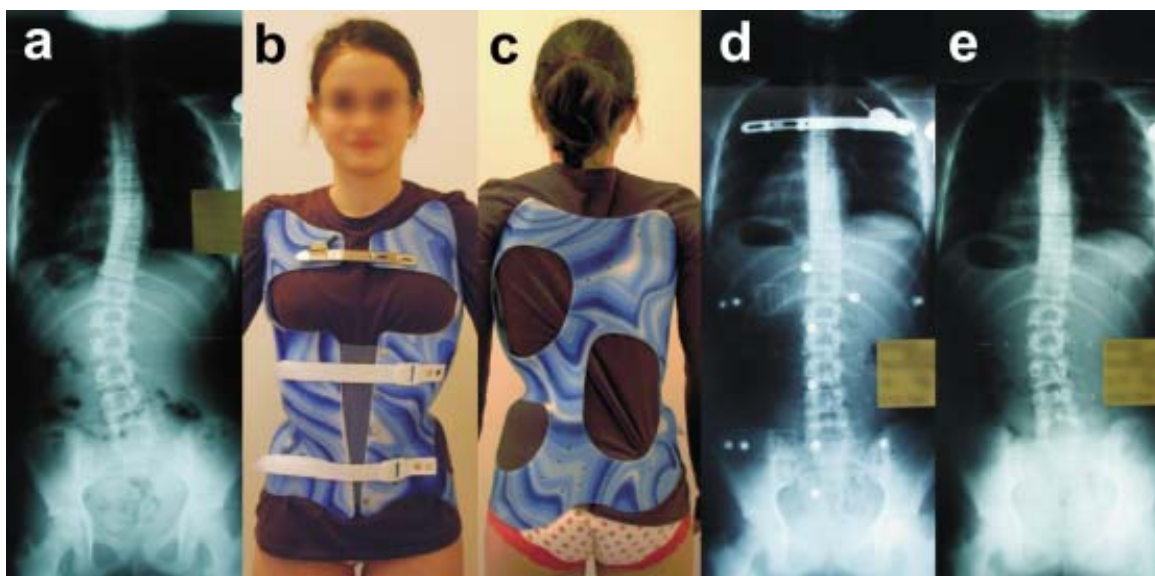
Velmi důležitá je spolupráce a porozumění všech zúčastněných stran – pacient, ortopedie, fyzioterapie, ortotika, pediatrie, případně další odbornosti.

■ Závěr

V článku jsem se snažil ukázat možnosti korzetoterapie, které jsou ovšem podmíněny řadou zmiňovaných předpokladů a technických detailů. Naše poznatky vycházejí z úspěšné dlouholeté praxe, z objektivních i subjektivních poznatků v oblasti konzervativní léčby deformit páteře pomocí korekčních trupových ortéz. Právě těch hmatatelných výsledků se podařilo dosáhnout u pacientů, kterým se páteř korzetem velmi dobře korigovala, byli na sebe přísní,

o stav korzetu se sami zajímali, v průběhu léčby docházelo k nezbytným úpravám a především dodržovali předepsaný léčebný režim. Používání korzetů bylo v minulosti zjišťováno dotazníky po dobu několika let. Získané údaje o aplikaci u „spolehlivých“ pacientů korelovaly s dosaženými výsledky i s vizuálním opotřebením korzetů. Navíc jsme se o aplikaci pomůcek u některých pacientů dozvěděli náhodně od jejich známých a dokonce jedna dosud velmi úspěšně léčená pacientka je moje příbuzná, obr. 6a, b, c, d, e.

Kvalita korzetů, tedy jejich korekční schopnost, nejen u nás, ale i v zahraničí velmi kolísá. Závisí samozřejmě nejen na formální kvalifikovanosti jednotlivých pracovníků – ortotiků, ale podstatným způsobem i na jejich nadání, citu, prostorovém vidění, manuální zručnosti a zájmu o práci. Takoví pracovníci jsou vzácní všude ve světě. Záleží proto, který ortotik pracuje na jakém pracovišti, a od toho se pak odvíjí i průměrná úspěšnost korzetoterapie u pacientů konkrétního pracoviště. Díky současné snadné dostupnosti informací lze především na internetu získat potřebné informace, podle kterých se lze pak zařídit. Závěrem si troufám zmínit, že i v popisované problematice platí několik obecně platných faktů. Funguje rčení o „zdravém selském rozumu“, dále pak „kdo hledá, najde“, ale i „kdo přebírá, přebere“. Rozumným, starostlivým a pečlivým přístupem k zjištění chorobě u dospívajících dětí lze v mnoha případech dosáhnout přinejmenším zabránění progresi onemocnění, často s účinnou pomůckou i výrazného trvalého zlepšení chorobného zakřivení páteře.



Obr. 6a – stav páteře ($22^{\circ}/28^{\circ}$) při zachytu skoliózy v třinácti letech věku „spolehlivé“ pacientky

Obr. 6b, c – pacientka v korzetu Cheneau

Obr. 6d – výrazná korekce v korzetu ($4^{\circ}/6^{\circ}$)

Obr. 6e – dosažený výsledek trvalé korekce po jednom roce korzetoterapie ($5^{\circ}/11^{\circ}$)



Poruchy pohybového aparátu jako komplikace dětské obezity

Prim. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA¹, Bc. Marie Sovová², Mgr. Radka Filipčíková, Ph.D.³

¹ Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace FN a LF UP v Olomouci;

² Pedagogická fakulta UP v Olomouci; ³ Ústav normální anatomie LF UP v Olomouci

■ **Obezita** patří k nejzávažnějším zdravotním problémům konce 20. století a začátku 21. století. V dětském věku se jedná nejčastěji o alimentární obezitu vzniklou na základě energetické dysbalance mezi nadměrným energetickým přísunem a nedostatečným energetickým výdejem. Prevalence obezity v České republice stále narůstá nejen u dospělé populace, ale i v dětském věku. Dětská obezita v 70–80 % přestupuje i do dospělosti, kdy se tito jedinci budou řadit k chronicky obézním dospělým se závažnými zdravotními a psychosociálními komplikacemi, které se plně rozvinou již v produktivním věku.

Obezita je již v dětském věku významným rizikovým faktorem, vedoucím nejen k rozvoji závažných metabolických, kardiovaskulárních, respiračních a psychických komplikací, ale také funkčních poruch pohybového aparátu vznikajících v souvislosti s porušenou posturální stabilitou.

Nadměrná hmotnost vede k výraznému přetížení pohybového aparátu, a to v obou základních složkách, tj. **přetížení kosterního a svalového systému**, tím dochází k rozvoji funkčních poruch pohybového aparátu.

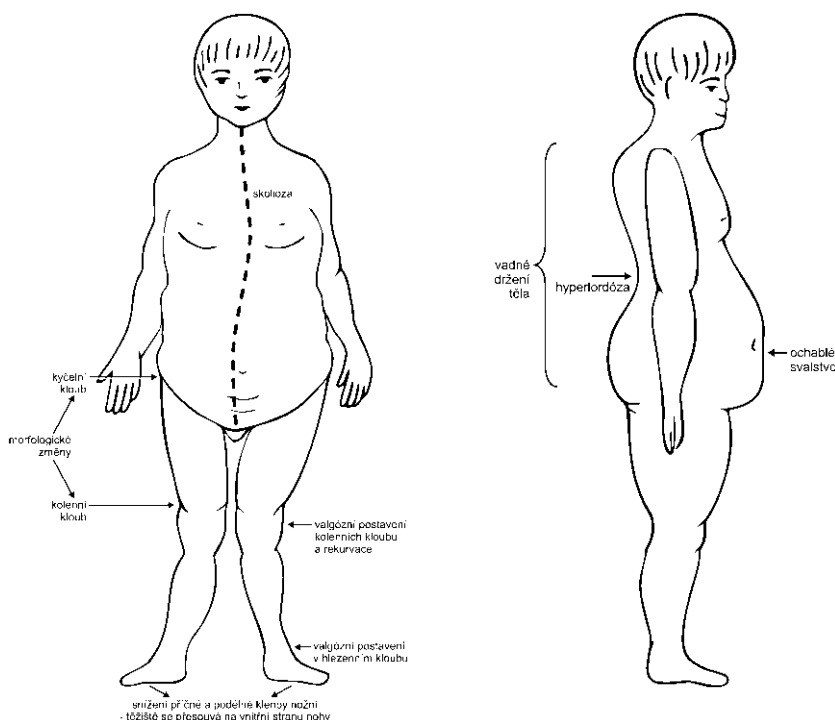
U obézních dětí nacházíme vadné držení těla (předsun hlavy, protrakce ramen, oslabená břišní stěna, anteverze pánve, vnitřní rotace kyčlí), skoliózu, změnu těžiště a rozvoj svalových dysbalancí – nejvíce ochablé svalstvo bývá v oblasti břišní, hýžďové a mezi lopatkami. Ochabnutí břišního a hlubokého zádového svalstva pak vede k postupně se rozvíjejícímu skoliotickému držení těla až skolióze (obr. 1 a 2).

Svalové dysbalance, nejsou-li včas odstraněny, způsobují morfologické změny především na velkých kloubech dolních končetin, které mohou vést v pozdějším životě ke vzniku předčasných artrotických změn. Obézní dítě často stojí rozkročené na široké bázi, tato změna základního postoje bývá

příčinou valgózního postavení kolenních kloubů a rekurvace, valgózního postavení v hlezenním kloubu a rovněž snížení příčné, u některých i podélné klenby nožní, která je tak přetížena, dochází k poklesu hlavice kosti hlezenní plantárně a mediálně, kost patní se staví do valgosity a její přední část se stáčí spolu s celým přednožím zevně. Těžiště se tím přesouvá na vnitřní stranu nohy, kde se projeví bolesti na vnitřní straně nohy a snadno se unaví. Je-li již vyvinuta kontraktura m. triceps surae, objevují se po zátěži bolesti lýtků. Proto má velký význam protahování kontrahovaného lýtkového svalstva pasivním stretchingem.

U obézních dětí právě změna antropometrických parametrů bývá příčinou narušení posturální stability. Posturální stabilita je proces udržování rovnováhy, polohy těla a jeho částí ve stále se měnícím prostředí. Je to pohybový regulační mechanismus těla, předchází pohyb a po provedení pohybu se tento systém snaží dosaženou polohu udržet. Pro zajištění posturální rovnováhy mají základní význam především osová struktura těla, svalový systém, nezastupitelnou roli má i centrální a periferní nervový systém jedince. Podle Koláře při zapojení svalů do posturálních funkcí reaguje fázický a tonický systém jako funkční celek a oba systémy jsou reflexně propojeny. Celý pohybový projev je vysoce organizovaná funkce, ať již zajišťuje vzpřímenou polohu nebo umožňuje jednoduchý či složitý pohyb (změnu místa, získávání potravy, práce), a je úzce spjat s psychickou činností a sdělováním informací (řeč, písmo, gestikulace, grimasy). Kosterní systém, kosterní svalstvo a jeho součinnost jsou vždy řízeny jako jeden celek, jako jedna funkční jednotka pomocí somatických složek mozku a míchy.

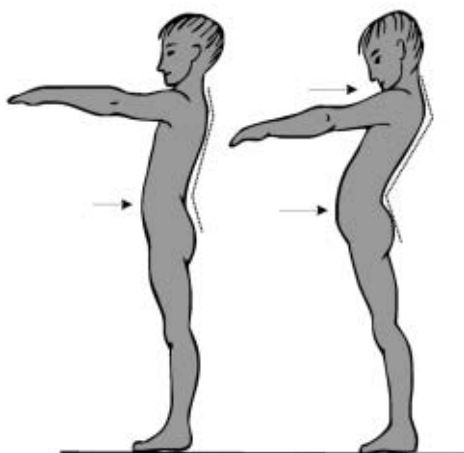
Přibližuje-li se průmět těžiště více okrajům opěrné báze, tak jak tomu bývá u obézních dětí, je udržení stability vzpřímeného stoje náročnější a jedinec je nucen využít současně více balančních mechanismů či kombinovat strategie. Poloha těžiště plně rozhoduje o stabilitě a umožňuje studovat průběh pohybu



Obr. 1 a 2. Nejčastější změny pohybového aparátu u dětí s obezitou (Archiv autora)



Obr. 3. Testování držení těla podle Matthiase (Pastucha et al. Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity, Grada)



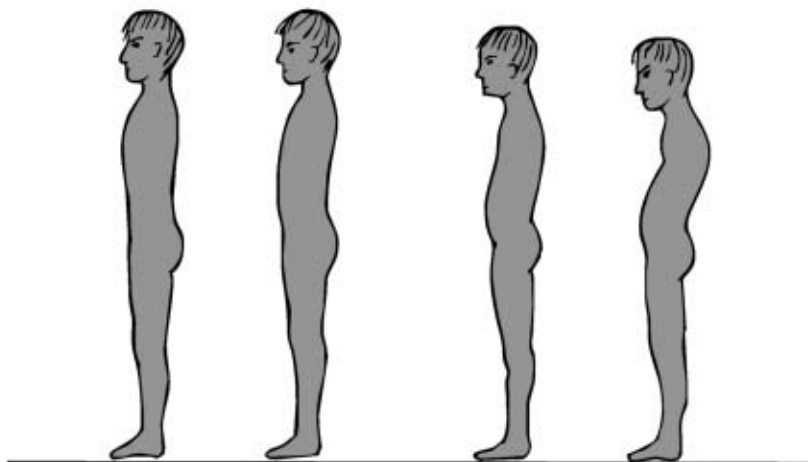
Obr. 4. Vadné držení těla dle Kleina a Thomase

A – výborné

B – dobré

C – chabé

D – špatné



a podmínky postury těla. Změna polohy těla nebo projevy instability jsou dle zákona akce a reakce vyrovnávány silovou korekcí svalů. Při špatném zapojení kompenzačních svalů nebo při poruše svalové funkce musíme cvičením obnovit správnou stabilitu těla a tím i zpětně ovlivnit jeho těžiště.

Současně s rozvojem funkčních poruch pohybového aparátu zhoršují fyzickou zdatnost obézních dětí také časté respirační komplikace, např. povrchní dýchání a nevyužívání celkového obsahu plic při dýchání nebo asthma bronchiale, proto doporučujeme zahájit i nácvik správného dýchání a dechovou rehabilitaci, zaměřenou na prohloubené dýchání. Naopak i dechová rehabilitace může být využita ke korekci postury obézního dítěte.

■ Funkční vyšetření pohybového aparátu:

Za fyziologické situace mají děti přirozené správné držení těla a instinktivně se pohybují způsobem, který jejich tělo minimálně zatěžuje, jde o individuálně specifický způsob řešení klasické úlohy, jak se vyrovnat s gravitací, jak udržet tělo v rovnováze. Při takovém postoji jsou jednotlivé sektory posturálního systému harmonicky vyvážené a potřebují nejmenší svalovou práci k udržení nejlepší stability.

Kritériem pro zhodnocení je nejen vzhled stojícího dítěte, ale také zhodnocení vzájemné spolupráce posturálních svalů, ev. rozvoj svalových dysbalancí.

Základem klinického vyšetření pohybového aparátu je vyšetření a hodnocení stoje. Zaměřujeme se na strukturální a funkční poruchy pohybového aparátu. Dítě vyšetřujeme svlečené ve spodním prádle, naboso. Vyšetření postavy se provádí ze tří stran

– zepředu, zezadu a z boku. Postavu vyšetřujeme v klidu a v pohybu (předklon, záklon), dbáme na rovný postoj, obě dolní končetiny ve stejné rovině, mírně od sebe.

• **test držení těla podle Matthiase:** Vyzveme na počátku dítě ke vzpřímenému postoji s aktivací svalstva. Dítě vestoje předpaží do 90 stupňů a ponecháme je takto 30 sekund. Hodnotíme vstupní a konečný postoj, eventuálně aktivaci svalů a relativní neklid. Pokud se postoj změní, jde o posturální oslabení, kdy je možno zaujmout aktivní držení těla jen po omezenou dobu (tzv. *chabé držení těla*). Jestliže se hlava sklání dopředu a horní část hrudníku zaklání, ramena jdou dopředu, břicho je vystrčené, jde o vadné držení (obr. 3). U výrazně vadného držení těla však dítě není schopno správný vstupní postoj vůbec zaujmout. Test lze provádět u dětí od 4 let.

• **pohledem zepředu hodnotíme:** Držení hlavy, u správného držení je hlava vzpřímená, štěrbina oční a horní úpon ušního boltce leží ve vodorovné rovině. Sledujeme poměr mezi kývačem (m. sternocleidomastoideus) a hlubokými ohybači šíje (které nejsou viditelné). Na nepoměr mezi nimi usuzujeme tehdy, jestliže šíje je nápadně štíhlá, ale s výrazně viditelnými kývači. Hlava je často držena v lehce anteverzním postavení se zvýšenou cervikální lordózou a nepatrnou extenzí v cervikokraniálním přechodu. Na reliéfu krku hodnotíme postavení klíčků a stejnou výši ramen, zda jsou ramena uvolněná. Tzv. „knoflíková ramena“ (elevace, předsun a vnitřní rotace) jsou indikátorem zkráceného musculus pectoralis maior at minor proti oslabení mezilopatkových svalů a dolní části trapézového svalu. Lépe vyjádřený reliéf horního trapézu (jednostranně nebo

oboustranně) svědčí pro větší hypertrofii tohoto svalu a může být indikátorem jeho zkrácení. Jednostranná asymetrie může být důsledkem např. většího zatížení horní končetiny, což může mít význam pro dynamiku v oblasti krční páteře a z toho vyplývajících patologických syndromů. Důležitý je také tvar a symetrie hrudníku (sternum, žebra, prsní bradavky) a tvar a velikost torakobrachiálních trojúhelníků na obou stranách.

V oblasti pánve sledujeme souměrnost, symetrické postavení spina iliace anterior superior. Horní končetiny – reliéf, osa, konfigurace. Na DKK hodnotíme osové postavení kolení kloubů (genua valga = kolena vbočená do „X“, genua vara = kolena vybočená do „O“). Tvar podélné a příčné klenby nohy.

• **pohledem z boku hodnotíme:** Držení a osové postavení hlavy, zda nedochází k předsunutí hlavy s mírným záklonem v horní části krční páteře (zda je štěrbina oční a horní úpon ušního boltce ve vodorovné rovině), postavení ramen a lopatek, není-li posun ramen dopředu a nahoru nebo odstávající lopatky a tvar hrudní páteře.

Spustíme-li ze záhlaví, tj. z hrbolu kosti týlní kolmici, musí se tato kolmice dotknout hrudní kýfózy, projít mezi hýžďovou rýhou a skončit ve středu přímky, která spojuje konce pat. Zvýšená hrudní kýfóza je jednou z nejčastějších poruch u dětí. Může se vyskytovat buď primárně (součást M. Scheuermann), nebo sekundárně jako kompenzace krční a zejména bederní hyperlordózy. Je způsobena oslabením mezilopatkových svalů a dolních fixátorů lopatek, případně v kombinaci se zkrácením velkých prsních svalů a horního trapézu.

Nedostatečné zakřivení (tzv. *plochá záda*) bývá často spojeno s omezenou pohyblivostí



vostí páteře, může zde častěji docházet ke skoliotickému držení nebo skolióze.

Dále hodnotíme tvar břicha (správně břicho nevystupuje = neprominuje), tvar bederní páteře a velikost bederní lordózy, postavení pánve – při překlopení pánve dopředu se jedná o antevertzi (spojnice předních a zadních spin odkloněná více než 30° od horizontály).

Antevertze pánve (sklopení pánve vpřed) je jednou z nejčastějších odchylek dětském věku a u dětí s obezitou zvláště. Je způsobena zkrácením paravertebrálního svalstva v oblasti beder, oslabením břišního svalstva, zkrácením flexorů kyčelního kloubu a oslabením gluteálních svalů. Je spojena s hyperlordózou. Trvá-li dlouho, je provázána kompenzační kyfózou hrudní páteře a ev. krční hyperlordózou. Na DKK sledujeme, je-li správná osa, kdy jsou středy kloubů kyčelních, kolenních a hlezenních ve svislici.

Hodnocení určitých typů držení těla je možno provést pomocí siluetogramů dle Kleina a Thomase (obr. 4). Tyto siluetogramy jsou vytvořeny zvlášť pro každé pohlaví. Dle tohoto testu rozlišujeme tři konstituční typy a čtyři základní typy držení těla, pro které je používána stupnice výborné, dobré, chabé, špatné držení těla.

• **pohledem zezadu hodnotíme:** Reliéf krku a ramen, symetrii, konfiguraci trapézového svalu. Sledujeme konturu horní části svalu trapézového (m. trapezius). Za normálních okolností tvoří hladkou křivku. Při asymetrickém přetížení nebo zkrácení svalu je patrná konvexita a může dojít k napřimění celé kontury (tzv. „gotická ramena“), často s výraznou palpační bolestivostí. Pozornost věnujeme porovnání postavení lopatek, symetrii vnitřního okraje nebo dolního úhlu.

Odstávající lopatky svědčí pro insuficienci (nedostatečnou funkci) adduktorových skupin a převahu prsních svalů (m. pectoralis major et minor). I lehké odstávání dolního úhlu lopatky svědčí pro insuficienci celého komplexu dolních fixátorů lopatky. Do této skupiny fixátorů lopatky řadíme přední pilovitý sval (m. serratus anterior), střední a hlavně dolní vlákna svalu trapézového (m. trapezius), sval rombický (m. rhomboideus major et minor) a do jisté míry i široký sval zádočný (m. latissimus dorsi).

Důležitá je oblast mezi mediální hranou lopatky a páteří, její lehké propadnutí svědčí pro hypotonii a hypotrofii mezilopatkového svalstva. Tento příznak je jedním z citlivých indikátorů porušení svalové rovnováhy v krční a hrudní oblasti. Pozornost věnujeme vychýlení páteře (obratlových trnů u střední čáry) a souměrnosti torakobrachiálních trojúhelníků. Při jejich asymetrii je na straně zkrácení čtyřhranného svalu bederního (m. quadratus lumborum) tento trojúhelník výraznější (hlubší). Tato asymetrie může vzniknout při jakémkoli vybočení páteře. Při vyšetření v oblasti pánve sledujeme výšku zadních trnů (spina iliaca posterior superior), symetrii gluteálních rýh a intergluteální rýhy.

Šikmé postavení pánve je způsobeno v dětském věku nejčastěji asymetrickou délkou DK, a to jak funkční, tak anatomickou. Příčinou jsou vrozené lehké asymetrie a jiné morfologické změny, porušená anatomická osa DKK, asymetricky ploché nohy, stranové rozdíly v délce stehenních adduktorů atd. Na DKK hodnotíme osu končetin (genua valga, vara), podkolenní rýhy, klenbu příčnou a podélnou.

• **vyšetření pohledem v pohybu (předklon):** Zezadu pozorujeme rozvíjení páteře při postupném uvolněním předklonu, hodnotíme

symetrii paravertebrálních valů a hrudníku. Při skolióze je v předklonu patrná prominence paravertebrálního valu na straně skoliózy (informace o rotaci obratlů). Z boku – při postupném uvolněním předklonu má páteř tvořit plynulý oblouk.

Správný postup při vyšetření páteře při podezření na skoliózu zahrnuje všechny předešlé kroky, nejdůležitější je paravertebrální prominence v předklonu (informace o rotaci obratlů), postavení a symetrie lopatek, výška ramen a postavení zadních a předních spin. Při zjištění jakékoli odchylky na páteři ve frontální rovině je vždy vhodné dítě poslat k odbornému vyšetření (pediatr, ortopedické vyšetření a RTG snímek).

Při vyšetřování a popisu postupujeme systematicky směrem kaudálním nebo kraniálním. Na toto vyšetření by měly navázat další testy, např. testy svalového zkrácení a síly a rozsah kloubní pohyblivosti.

• **vyšetření pohledem v pohybu (záklon):** Sledujeme, dochází-li ke zmenšení kompenzační hrudní kyfózy (u M. Scheuermann přetrvává hyperkyfóza i při hyperextenzi).

Pro závěrečné zhodnocení držení těla může posloužit metoda hodnocení držení těla dle Jaroše a Lomíčka, kteří hodnotí držení hlavy, hrudníku, břicha a sklonu pánve, křivky zad v sagitální rovině a postavení DKK (tab. 1).

Hodnocení:

- A. Dokonalé držení těla 5 bodů
- B. Dobré držení těla 6–10 bodů
- C. Vadné držení těla 11–15 bodů
- D. Velmi špatné držení těla 16–20 bodů

	A výborné (1 bod)	B dobré (2 body)	C vadné (3 body)	D špatné (4 body)
hlava	vzpřímená, brada zatažená	lehce předsunutá	předsunutá	značně předsunutá
hrudník	vypjat, sternum tvoří nejvíce prominující část těla	lehce oploštělý	plochý	vpadlý
břicho	zatažené a oploštěné	dolní část zatažena, ale ne plochá	chabé a tvoří nejvíce prominující část těla	zcela ochablé a prominuje dopředu
zakřivení páteře	v normálních hranicích	lehce zvětšena nebo oploštěna	zvětšena nebo oploštěna	značně zvětšena
pohled zezadu	boky, taile a trojúhelníky torakobrachiální souměrné, lopatky neodstávají, obrys ramen ve stejné výši	lopátky lehce odstávají nebo souměrnost obrysu ramen lehce porušena	lopátky odstávají, nestejná výše ramen, lehká boční úchylka páteře, bok mírně vystupuje, trojúhelníky torakobrachiální mírně asymetrické	lopátky značně odstávají, ramena zřetelně nestejně vysoko, značná boční úchylka páteře, bok zřetelně vystupuje, trojúhelníky torakobrachiální zřetelně asymetrické

Tab. 1. Hodnocení držení těla dle Jaroše a Lomíčka



Překážky a komplikace prodlužování končetin dětí s achondroplazií Kazuistiky

Doc. MUDr. Ivo Mařík, CSc.

Ambulantní centrum pro vady pohybového aparátu s.r.o.

■ Spoluautoři: MUDr. Radek Myslivec (ortoped), RNDr. Daniela Zemková, CSc. (antropolog), Mgr. Šárka Petrášová (antropolog), MUDr. Alena Maříková (pediatr), MUDr. Olga Hudáková, Ph.D. (pediatr)

Ambulantní centrum pro vady pohybového aparátu s.r.o., Olšanská 7, 130 00 Praha 3
Poznámka: Obrazová dokumentace je publikována se souhlasem redakční rady časopisu Pohybové ústrojí – pokroky ve výzkumu, diagnostice a terapii, Olšanská 7, 130 00 Praha 3.

■ Úvod

Autoři na dvou prezentovaných kazuistikách upozorňují na překážky a komplikace, které provázejí prodlužování končetin u dětí s achondroplazií.

Prodlužování dlouhých kostí – metoda distrakce kostních fragmentů zevním fixátorem (ZF) má v klinické praxi více než stoletou historii. První úspěšná prodloužení deformovaných končetin byla shrnuta A. Codivillou v roce 1905. Originální minimálně invazivní chirurgickou metodu místní kostní regenerace (tzv. fyziologické kalotaxe) rozvinul koncem první poloviny 20. století G. A. Ilizarov v Kurganu (na Sibiři v Rusku). Ilizarovova kompresně-distrakční metoda využívá ke stabilizaci a distrakci kostních fragmentů po kortikotomii transoseálně zavedené dráty napnuté na kruhy.

Ilizarov se svými spolupracovníky na základě experimentálních prací formuloval následující základní biomechanické podmínky pro neoosteogenezi:

- maximálně šetrné zachování zásobení kostních fragmentů extraoseálními (periostálními) a medulárními cévami,
- stabilní vnější fixace segmentů/fragmentů dlouhé kosti,
- dostatečný časový interval před zahájením distrakce (perioda latence),
- rychlost distrakce 1 mm/den (jednorázově, rozděleně nebo semi-kontinuálně),

- dostatečné dlouhé období stabilní neutrální fixace po skončení prodlužování,
- fyziologické zatěžování prodlužované končetiny od začátku léčení.

Patogeneze kostního regenerátu

Při vývoji svalu mezi vzdalujícími se fragmenty kosti i během jeho konsolidace a modelace po ukončení prolongace se významným způsobem uplatňují faktory biologické a mechanické.

Při prodlužování stejně jako u většiny zlomenin dochází k tzv. sekundárnímu kostnímu hojení, které vyžaduje kombinaci intramembranózní a enchondrální osifikace. Oba druhy osifikace přispívají k obnově kostní tkáně v organizovaném sledu čtyř nebo pěti fází kostního hojení. Hematom a zánět předchází angiogenezi a chondroogenezi. Chrupavka je odklizená a osteoprogenitorní buňky indukují kostní formaci a remodelaci v souladu s osteoklastogenezí.

Na základě výzkumů odborníků zabývajících se kostní fyziologií (např. H. Frost /1964/, J. Heřt /1990, 1994/, G. Marotti /1996/ aj.) se ukazuje, že mechanické faktory sehrávají významnou a nezastupitelnou roli při kontrole biologických mechanismů (např. hormony, enzymy, vitamin D, růstové faktory, cytokiny, genetické vlivy, pohlaví aj.). Tyto biologické mechanismy mohou podporovat vlivy mechanických faktorů působících na osteoblasty, osteocyty a osteoklasty nebo jim naopak zabraňovat, ale nemohou je nahradit.

Nerovnováhou v těchto biomechanických procesech vzniká řada překážek a komplikací při prolongaci dlouhých kostí – např. algoneurodystrofický syndrom, tromboembolie, selhání osteosyntézy, lokální infekční komplikace, prodloužení doby hojení a remodelace kostního regenerátu (např. nedostatečné zatěžování prodlužované končetiny, vliv stínění rigidním fixátorem), vznik pakloubu (nedostatečná fixace a pohyblivost fragmentů vyvolávající smyková napětí) aj.

Během prolongace končetin zevním fixátorem, v době sejmutí a následném období lze hodnotit kvalitu nově vytvořeného svalu na RTG snímcích měřením geometrie svalu ve dvou projekcích jako tzv. callus diameter ratio (CDR). CDR je poměr mezi minimální naměřenou šířkou svalu a šířkou osteotomie v proximální části kosti, udávaný v procentech. Vypočtenou hodnotu (%) lze využít k určení doby, kdy se rozhodnout pro sejmutí fixátoru, k indikaci zátěže po extrakci ZF, ale i ke sledování modelace svalu. Při hodnotě CDR 85 % a méně v jedné projekci dochází zpravidla k infrakci či fraktuře kostního regenerátu.

Achondroplazie (ACH) je nejčastěji se vyskytující kostní dysplazie s převážně metafyzárním postižením dlouhých kostí, dorzolumbální kýfózou a stenózou páteřního kanálu (lumbosakrální krajina), makrocefalií. Vyznačuje se krátkou disproportionální postavou, relativně dlouhým trupem a biomechanicky významným zkratem dolních a horních končetin.

Části koster s achondroplazií staré více než 5000 let a dokumentace postižených v starodávném sochařství a malířství jsou důkazem existence této nejčastěji se vyskytující kostní dysplazie během vývoje lidstva. Epidemiologické studie uvádějí incidenci achondroplazie 3 : 100 000 živě narozených dětí (1 : 26 000 až 1 : 15 000). Odhaduje se, že achondroplazie tvoří přibližně 80 % z celkového počtu vzácně se vyskytujících kostních dysplazií.

Etiopatogeneze. Dědičnost je autozomálně dominantní. Typický fenotyp ACH v 80–90 % je způsoben spontánní novou bodovou mutací (vyšší věk otců nad 37 let) na krátkém raménku 4. chromozomu (v oblasti 4p16.3). Více než 99 % případů vzniká bodovými mutacemi (G-A nebo G-C) v nukleotidu 1138 v transmembránové doméně genu pro receptor 3 fibroblastů vážící růstový faktor FGFR-3 (fibroblast growth factor receptor 3). Výsledkem obou těchto mutací je substituce glycinu argininem v codonu 380. FGFR-3



Obr. 1 A. RTG L ruky v AP projekci, 4 roky, zobrazen příznak trojzubce



Obr. 1 B. Lebka v AP projekci, 3 roky, makrocefalie, rozšíření postranních komor



Obr. 1 C. Lebka v boční projekci, 3 roky. Baze lební je krátká, do parietookcipitální krajiny se promítá ventil ventrikuloperitoneální drenáže



Obr. 1 D. RTG snímek celého těla 1měsíčního kojence

se uplatňuje při vývoji chrupavky a v CNS. Usuzuje se, že normální funkce receptoru obsahuje negativní regulaci enchondrálního růstu. Proto by mutace typu „gain-of-function“ mohly vést k restrikci růstu. Detekce běžných mutací 1138G-A nebo 1138G-C jsou přímé a snadno proveditelné. Bodové mutace ve FGFR-3 jsou příčinou i dalších kostních dysplazií s disproportionální krátkou postavou (např. tanatoforická dysplazie, hypochondroplazie aj.), ale i kraniosynostózou (např. kraniosynostóza typ Muenke, kraniosynostóza s acanthosis nigricans). Název achondroplazie, který použil poprvé Parrot v roce 1978, je chybný, protože chrupavka se vytváří správně. Histologickým vyšetřením růstových chrupavek bylo zjištěno kvantitativní snížení enchondrální osifikace, krátké sloupce chondrocytů se širokými septy. Bodové mutace FGFR-3 se na skeletu manifestují porušením enchondrálního růstu, což vede k retardaci růstu dlouhých i krátkých kostí, těl a oblouků obratlů a zpomalení enchondrálního růstu baze lební i centrálních struktur lebky.

Klinická symptomatologie na skeletu je projevem závažnosti poruchy enchondrálního růstu. Pro achondroplazii je typická celá škála příznaků. Například facies se sedlovitým kořenem nosu, makrocefalie s prominujícím čelem a brachycefalickou lebkou. Porodní délka bývá kolem 47 cm, porodní hmotnost se neliší od průměru. Opožděný motorický vývoj v kojeneckém věku, jehož následkem je začátek chůze mezi 24. a 36. měsícem. Hrudník je plochý s malým objemem, torakolumbální kyfóza. Typické je disproportionální rizomelické zkrácení horních a dolních končetin. Byly vypracovány standardní růstové křivky pro výšku, rychlost růstu, poměr horního a dolního segmentu těla a obvod hlavy, které poskytují podklad

pro predikci růstu dětí s achondroplazií, sledování makrocefalie, zhodnocení účinnosti prolongačních operací, ale i při diferenciálnědiagnostických úvahách u jiných poruch růstu. Průměrná rychlost růstu se jeví v prvním roce života normální, následně rychle klesá k 3. P., kde setrvává do konce kosterního růstu. Výška dospělých je v rozmezí 106–142 cm (muži dosahují průměrné výšky 130 cm, ženy 123 cm). S růstem často progreduje varozita bérků – závažněji je porušen růst tibí než fibul (většinou se nesprávně hovoří o „přerůstu“ fibul). Průměrný tibiofemorální úhel hodnocený fotografickou metodou ve skupině 13 pacientů (22 měření) s achondroplazií byl $-1,8^\circ$. Trup roste na dolní hranici normy, zkrat dolních končetin bývá v dospělosti v rozmezí 25–40 cm. Průměrná hmotnost dospělých mužů je 55 kg, dospělých žen 46 kg, se sklonem k obezitě. Inteligence nebývá porušena.

Rentgenologické příznaky. Na RTG snímcích jsou typické příznaky krátkých širokých a konických falang (zvláště proximálních

a středních), ruka tvaru trojzubce, distální konce radia a ulny jsou nálevkovitě rozšířeny (obr. 1 A). Lebka makrocefalická, postranní komory rozšířené, baze lební bývá krátká (obr. 1 B, C), foramen magnum zúžené. Lopaty kyčelních kostí jsou malé, čtverhranné („uši slona“), acetabula jsou horizontální plochá, sakroischadické zářezy jsou krátké a úzké. U kojenců se prokazuje oválné projasnění v proximálních metafýzách femurů (obr. 1 D, E) a humerů. Dlouhé kosti jsou zkrácené, masivní, prominují svalové úpony. Epifyzární osifikace je opožděná. Růstové epifýzy kolenních kloubů mají zářezy ve tvaru „V“, metafýzy jsou rozšířené, nepravidelně ohraničené, krčky femurů jsou krátké (obr. 1 F). Obratlová těla jsou krátká a plochá, obratle L1 a L2 mívají klínovitý tvar (obr. 1 G), v krajině bederní páteře se kaudálním směrem zmenšuje interpedikulární vzdálenost, pedikly jsou krátké, kanál páteřní úzký – vzniká tzv. stenóza kanálu páteřního (obr. 1 H). Žebra jsou krátká s konkávními ventrálními konci.



Obr. 1 E. Kyčle a pánev – 16 měs., oválné projasnění v proximálních metafýzách femurů, lopaty kyčelních kostí jsou malé, čtverhranné („uši slona“), acetabula jsou horizontální plochá, sakroischadické zářezy jsou krátké a úzké



Obr. 1 F. RTG DK v AP projekci, 6 let, dlouhé kosti jsou zkrácené, masivní, prominují svalové úpony. Epifyzární osifikace je opožděná. Růstové epifýzy kolenních kloubů mají zářezy ve tvaru „V“, metafýzy jsou rozšířené, nepravidelně ohraničené, krčky femurů jsou krátké



Obr. 1 G. Páteř v bočné projekci, 5 let, obratlová těla jsou krátká a plochá, obratle L1 a L2 mají klínovitý tvar (dorzolumbální kyfóza)



Obr. 1 H. Páteř v předozadní (AP) projekci, 6 let, v bederní krajině se kaudálním směrem interpedikulární vzdálenost zužuje, pedikly jsou krátké, kanál páteřní úzký

Symptomatické léčení. V kojeneckém a batolecím věku se diagnostikují časté infekce horních cest dýchacích, záněty středního ucha a nedoslýchavost převodního typu. Častá je makrocefalie a komunikující hydrocefalus, jenž je důsledkem zvýšeného intrakraniálního venózního tlaku. Nekomunikující hydrocefalus vzniká při stenóze aquaeductus mesencephali. V těchto případech je nutné včasné neurochirurgické léčení – ventrikuloperitoneální drenáž (obr. 1 C). Logičtější je chirurgický výkon uvolňující venózní tlak. Cervikomedulární komprese v oblasti malého foramen magnum způsobuje bolesti hlavy, ataxii, inkontinenci, hypopnoe a zástavu dýchání. Jindy se vyvíjí progresivní kvadruparéza způsobená vaskulární lézí nebo kompresí míchy a komprese nervových kořenů (končetinové neurologické příznaky). Obtížné je rozhodnutí o indikaci a timingu k venózní dekompresi a operaci cervikomedulární komprese, která se může i spontánně vyřešit. U dospělých se někdy rozvíjí syndrom kaudy equiny jako následek vrozené stenózy páteřního kanálu.

Léčení ortopedicko-ortotické (trupové a končetinové ortézy v dětství) a ortopedic-

ko-chirurgické (korekce varozity bérců, pro-longace končetin, operace páteře – dekomprese, přední a zadní fúze aj.) je indikováno individuálně.

■ Kazuistika 1

Kazuistické sdělení prezentuje chlapce s achondroplazií, který podstoupil prolongační léčení obou dolních končetin. Na fotografiích a RTG snímcích jsou dokumentovány typické charakteristiky achondroplazie a etapy léčení pacienta. Léčení bylo monitorováno opakovaným antropologickým měřením, vedlo ke zvýšení predikované výšky v dospělosti o 18,5 cm a současně ke korekci varozity kolen a bérců a vnitřní torze bérců. Rizika fraktury či axiální deformity kostního regenerátu po sundání zevního fixátoru byla retrospektivně zhodnocena na RTG snímcích pomocí geometrie svalku hodnocené ve dvou projekcích jako tzv. callus diameter ratio (CDR).

Chlapec byl poprvé vyšetřen v ambulanci pro kostní dysplazie ortopedické kliniky FN v Motole (as. MUDr. Ivo Mařík, CSc.) v 1 měsíci věku, kdy byla potvrzena diagnóza na

základě klinicko-radiologického vyšetření. Další sledování v předškolním věku a léčení bylo vedeno v Ambulantním centru pro vady pohybového aparátu v Praze 3. V jedné etapě byly postupně prodlouženy oba bérce. Postupné prodloužení femurů bylo provedeno ve dvou etapách v pořadí pravý a později levý femur.

Dítě pocházelo z 1. fyziologického těhotenství zdravé matky (věk 24 let), spontánní porod v termínu, poloha hlavičkou, nebyl kříščen, p.h. 3500 g, p.d. 48 cm. Otec byl zdravý (věk 28 let), rodokmenové vyšetření bez podstatných změn, geneticky šlo o čerstvou (de novo) mutaci. V rodokmenu nebyla prokázána dědičná vada. Mladší bratr není postižen.

RTG snímek skeletu dítěte v 1 měsíci a 16 měsících věku ukázal charakteristické změny na pánvi, bederní páteři a na dlouhých kostech DK (obr. 1 D, E). V batolecím věku se rozvinul typický fenotyp achondroplazie (obr. 2 A), a to kranio-faciální dysmorfie – obličej se sedlovitým kořenem nosu, makrocefalie (obvod hlavy na 90. P) s prominujícím čelem, dále disproportionální rizomelické zkrácení DK a HK, prsty rukou tvaru trojzubce, v loketních kloubech 10° flekční kontraktury. Akcentace lumbosakrální lordózy, ventrodorzálně oploštělý hrudník. Opakované antropologické vyšetření zaměřené na růstovou dynamiku odpovídalo růstové křivce pro achondroplazii, predikce výšky v dospělosti byla 130 cm, predikce zkratu dolních končetin byla 43 cm, v 6 letech nižší – přibližně 36 cm. Biomechanicky významný zkrat DK byl indikací k operačnímu prodloužení obou DK.

Klinicko-antropologicko-rentgenologické vyšetření v 6 letech a 4 měsících prokázalo rozvinutou symptomatologii achondroplazie. RTG dolních končetin v AP ve stoje: robustní skelet, rizomelické zkrácení, prostorná acetabula, krátké široké valgózní krčky, v oblasti kolen rozšířené metafýzy s nápadně konkávními vnitřními a zevními okraji, krátké relativně široké diafýzy dlouhých kostí, varozita v oblasti L kolenního kloubu (projev rychleji rostoucí fibuly – obr. 1F).

V 6 letech a 5 měsících byla provedena aplikace kruhových zevních fixátorů (ZF) na oba bérce, oboustranně provedena osteotomie (OT) tibie v proximální metafýze tibie a OT fibuly v proximální třetině diafýzy. Po 7 dnech zahájena postupná prolougace o 1 mm denně. V 6 letech a 8 měsících reoperace P bérce z důvodu posunutí fragmentů a desaxace. Byla provedena OT pravé

Obr. 2 A. Proband, 3letý chlapec, postava vestoje, pohled zprava



Obr. 2 B. 6,5letý pacient, prodlužování bérců ZF: vlevo kruhový ZF – Ilizarov, vpravo jednorovinný ZF – Wagner



Obr. 2 C. RTG obou bérců
v AP projekci – kostní
regeneráty 75 mm, ukončení
prolongace

Obr. 2 D. Pacient zatěžoval
obě DK chůzí



fibuly, extrakce kruhového ZF, aplikace jednorovinnového ZF Wagner a korekce postavení fragmentů (obr. 2 B). Prodlužování bylo ukončeno v 6 letech a 8 měsících, kdy na RTG snímku obou bérců ve dvou projekcích byly zobrazeny osifikující regeneráty v délce 75 mm (obr. 2 C), vlevo došlo k mírnému ventrálnímu prohnutí regenerátu, vpravo k mírnému mediálnímu prohnutí. Za 6 měsíců po aplikaci ZF na oba bérce provedena destabilizace ZF povolením šroubovic. Pacient bez omezení zatěžoval obě DK (obr. 2 D). Po 1 měsíci byla provedena extrakce ZF v místním znecitlivění. Díky prodloužení bérců začal lyžovat, protože si mohl obout lyžařské boty.

V 9,5 letech bylo zavedeno ortotické léčení pro varozitu proximálního bérce vlevo a valgozitu proximálního bérce vpravo ortézami s ohybovým předpětím v nočním režimu (obr. 2 E, F). Ortézy užíval 1 rok.

V 10 letech a 6 měsících podstoupil prolongační operaci P femuru pomocí ZF Wagner. Prodlužování zahájeno za 10 dnů po operaci o 1 mm denně. I přes plné zatěžování PDK se vytvořila 40° flekční kontraktura v P kyčel-

ním a kolenním kloubu. Za 3 měsíce byla v celkové anestezii (CA) provedena úprava ZF, aby bylo možné více prodloužit P femur, současně provedeno protažení kontraktury kolenního a kyčelního kloubu. Celkem byl P femur prodloužen o 11 cm. Za 7 měsíců po aplikaci byla provedena destabilizace ZF, který byl odstraněn za 8 měsíců po operaci. Během dalších 3 měsíců pacient rozcvičil reziduální flekční kontraktury v kyčelním a kolenním kloubu. Nestejná délka DK během prodlužování byla řešena zvyšováním podešve L boty o 3, 6 a 10 cm.

V 11 letech a 6 měsících aplikace ZF Wagner a prolongační OT v proximální 1/4 diafýzy L femuru. Analogický postup prolongace rychlostí 1 mm/den, za 3 měsíce úprava ZF, prodlužování skončeno po 4 měsících při prodloužení diafýzy femuru o 11 cm. Každodenní rehabilitace s cílem zabránit progredující flekční kontraktuře L kyčelního kloubu. Extrakce ZF byla provedena v celkové anestezii za 8,5 měsíce po aplikaci. Druhý den po sundání došlo při chůzi doma k infrakci uprostřed diafýzy levého femuru s angulací 15°. Byla zhotovena jednoduchá

sádrová spika levé DK a vyklínování s cílem repozice anterolaterální angulace. Spika byla po 1 měsíci nahrazena individuálně zhotovenou stehenní ortézou. Za další 2 měsíce nastoupil chlapec na komplexní RHB léčení.

V 15,5 letech byl na RTG snímku DK v předozadní projekci vestoje tibiofemorální úhel vpravo +3° (v normě), vlevo -4° (varozita) (obr. 2 G). Na základě hodnocení kostního věku a sexuální maturity byla provedena predikce zbytkového růstu v oblasti kolenních kloubů. Byl predikován růst z distálního femuru a proximální tibie přibližně 1 cm, a proto byla provedena částečná laterální epifyzeodéza v oblasti L kolenního kloubu s dobrým efektem.

Při kontrolním vyšetření v 16 letech a 9 měsících na RTG snímku DK vestoje byl prokázán zkrat levé DK o 10 mm, tibiofemorální úhel vlevo 0° (mírná varozita), vpravo +5° (v normě). Vestoje i vleže byla interkondylární vzdálenost 1,5 cm.

Klinicko-antropologický náález ve 21 letech a 5 měsících (obr. 2 H). Tělesná výška 148,5 cm, výška vsedě 88 cm, hmotnost 59 kg, rozpětí HK 125 cm, obvod hlavy 59 cm, obvod hrudníku 90 cm, robustní skelet. Částečně fixovaná lumbosakrální hyperlordóza, extenze páteře je plynulá, normální rozsah pohybu v kyčelních kloubech, kolenních a hlezenních, zevní torze bérců je správná. Normální stereotyp chůze, ve stoje velmi mírná varozita L kolenního kloubu, velmi mírná valgózita P kolenního kloubu, valgózita paty oboustranně 5°. K přesnému vyrovnání délek DK a postavení pánve je třeba zvýšení pod L nohou o 1 cm.

Růstová křivka pacienta a ovlivnění finální výšky prodloužením obou bérců a femurů jsou vyobrazeny na grafu (graf 1).



Obr. 2 E. 9,5letý pacient po prolongaci
bérců, valgózita P kolena, varozita L
kolena

Obr. 2 F. Korekce osy kolenních kloubů
ortézami s ohybovým předpětím

Obr. 2 G. RTG snímek DK v předozadní
projekci vestoje v 15,5 letech:
tibiofemorální úhel vpravo +3°
(v normě), vlevo -4° (varozita)

Obr. 2 H. Pacient ve věku 21 let, zepředu

Závěr

Pacient dosáhl výšky v dospělosti 148,5 cm. Prolongační léčení vedlo ke zvýšení postavy o 18,5 cm, k zlepšení proporcionality postavy i k zlepšení držení těla a stereotypu chůze.

Prodlužovací terapie se neobešla bez překážek a komplikací, které provázejí ve vysokém procentu každé prodlužovací léčení.

Retrospektivně naměřené hodnoty callus diameter ratio (CDR) na RTG snímcích bérců ve dvou projekcích byly vyšší než 100 %, což potvrdilo velmi dobrou konsolidaci a mechanickou pevnost svalku po sejmutí ZF. Naměřené hodnoty CDR pravého femuru v době sejmutí fixátoru byly více než 100 % v AP projekci a 100 % v bočné projekci. Hodnoty naměřené u levého femuru v době sejmutí fixátoru byly v AP projekci téměř 100 %, ale v bočné projekci jen 81 %, což vedlo při zátěži k infrakci diafýzy femuru s angulací. CDR 85 % je hraniční hodnota ukazující na kvalitu kostního regenerátu.

Rozsah pohybu v kloubech DK nebyl prodlužováním zmenšen. Mírná varozita L kolenního kloubu byla přítomna již před prolongačním léčením. K vyrovnání zkratu levé DK pacient užívá individuální vložku do boty se zvýšením pod patou o 1 cm. S výsledkem prolongačního léčení je mladý muž spokojen, studuje VŠ.

Kazuistika 2

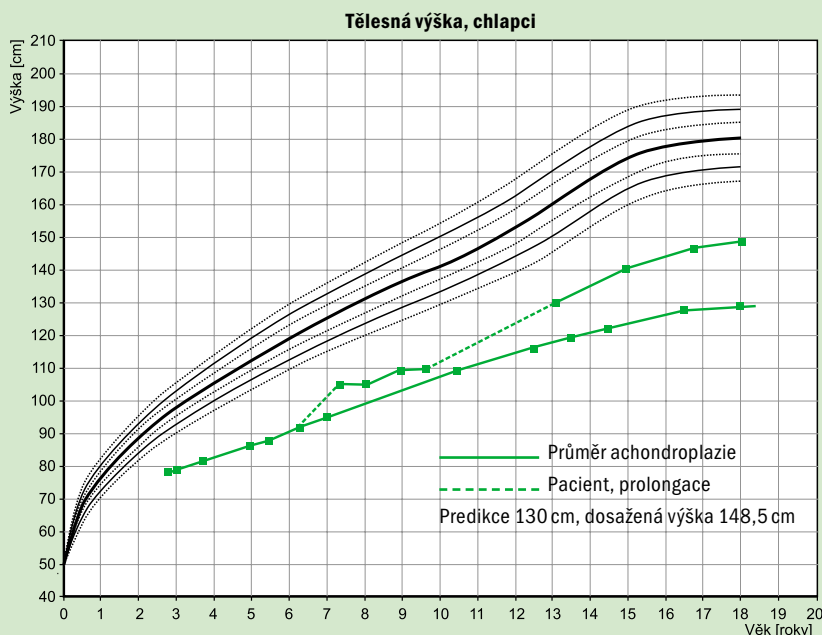
Druhé sdělení prezentuje případ dívky s achondroplazií potvrzenou klinicky, rentgenologicky i molekulárněgenetickým vyšetřením, která podstoupila prodlužovací operace obou dolních končetin a obou pažních kostí. Na obrázcích je dokumentován fenotyp a proporcionalita probandky po prodlužovacích operacích. Vyrovnání délky dolních končetin po skončení růstu bylo dosaženo jednodobou prolongací levého femuru.

Pacientka je sledována a léčena v Ambulantním centru pro vady pohybového aparátu s.r.o. v Praze 3 od 5 let věku.

Dítě pochází ze 4. rizikového těhotenství (2× UPT pro malformace) zdravé matky (věk 26 let). Porod sekci v 38. týdnu pro alterace ozev, poporodní adaptace v normě, p.h. 2300 g, p.d. 44 cm. Starší otec (věk 38 let) byl zdravý. Starší sestra je zdravá. V rodokmenu nebyly zjištěny VVV. Geneticky šlo o čerstvou mutaci.

V 8 letech byly prolongovány oba bérce pomocí ZF Ilizarov, kdy tibie byly prodlouženy

Graf 1. Graf růstové křivky pacienta s vyznačením prodloužení bérců a femurů na konečnou výšku

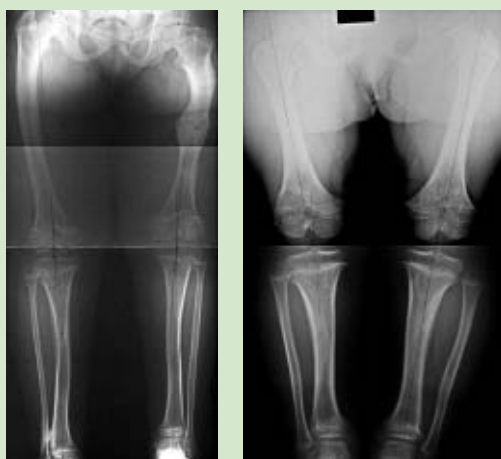


o 93 mm. RTG obou DK před prodlužováním ukazuje obr. 3 A. V průběhu prolongace byla léčena pro hypertenzi. Po extrakci ZF začala hned chodit. Přibližně 2 měsíce trpěla na otoky nohou a bérců. Vzhledem k začínajícímu Sudeckovu algoneurodystrofickému syndromu byla 3 měsíce léčena syntetickým lososím kalcitoninem s dobrým účinkem.

V 9 letech následovala prolongace P femuru – ZF Wagner střední, se ziskem 110 mm. Prodlužování bylo provázeno flekční a addukční kontrakturou v P kyčelním kloubu a komplikováno infekcí kolem pinů ZF, opakovaně byla léčena ATB (Oxacilin). Opět byla zavedena léčba kalcitoninem, kontraktury byly léčeny postizometrickou relaxací na RHB oddělení.

V necelých 10 letech byla zahájena prolongace L femuru – ZF Wagner střední. Komplikace charakteru předčasněho srůstu

kostního regenerátu při prodloužení o 27 mm (další prolongace prováděná matkou nebyla možná) byla indikací k osteotomii regenerátu s okamžitou jednorázovou prolongací o 1 cm. V dalších dnech bylo pokračováno v distrakci o 1 mm denně další 2 měsíce, kdy na RTG byla prokázána prolongace 85 mm. Opakovaný infekční v okolí šroubovic byl léčen ATB, kvůli bolestem málo zatěžovala prodlužovanou DK. Po 8 měsících od operace byla na RTG zjištěna atrofie v centru kostního regenerátu, poróza z inaktivity celého femuru i kolena. Proto byla zahájena léčba Sudeckova algoneurodystrofického syndromu bisfosfonáty a byla provedena spongioplastika kortikospongiózními štěpy odebranými z lopaty kosti kyčelní. Dva měsíce po spongioplastice na RTG snímcích byl zjištěn široký svalek charakteru hypertrofické pseudoartrózy. Vzhledem k chro-



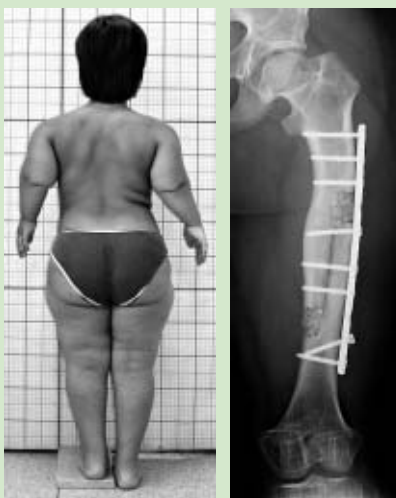
Obr. 3 A. RTG dolních končetin (DK) vestoje před prodlužováním ve věku 8 let

Obr. 3 B. RTG DK vestoje v 11 letech ukazuje výsledek prolongace obou bérců a femurů, zkrat LDK 24 mm



Obr. 3 C. Proporcionalita pacientky ve 13 letech před prolongací humerů a před jednorázovým prodloužením levého femuru. Vyrovnání délky DK při podložení LDK o 24 mm.

Obr. 3 D. RTG L femuru v AP projekci 2 měsíce po operaci. Fixace L femuru po jednodobé prolongaci diafýzy laterální dlahou. Distrakční mezera 23 mm proximálně a distálně je vyplněna granulemi hydroxiapatitu s křemíkovými ionty (Actifuse)



nickému infektu kolem šroubovic ZF, jejich uvolnění, nezbytnému trvalému podávání ATB a psychickému stavu byl zevní fixátor sejmут a zhotovena pelvifemorální ortéza sec. Sarmiento. Dívce a rodičům bylo doporučeno plně zatěžovat prodlouženou LDK. Současně byla vedena rehabilitace pro kontraktury v oblasti L kyčelního a kolenního kloubu.

V 11 letech – 14 měsíců od primární operace levého femuru – byla zjištěna pokročilá remodelace pseudoartrózy na RTG snímcích (obr. 3 B). Dívce bylo doporučeno zatěžovat obě DK bez omezení, pokračovat v rehabilitaci a léčbě bisfosfonáty. Za dalších 12 měsíců byla rentgenologicky prokázána dostatečná remodelace kostního regenerátu.

Ve 13 letech byla provedena prolongace P humeru pomocí ZF Wagner malý s přechodnou parézou n. radialis, humerus prodloužen o 70 mm.

V 14 letech byl prodloužen levý humerus ZF Wagner malý se ziskem 65 mm.

Ve 13 a opakovaně v 15 letech byl antropologickým vyšetřením verifikován zkrat levého femuru 25 mm (obr. 3 C). Zkrat byl korigován upravenou standardní obuví. V té době trpěla recidivujícími vertebrogenními bolestmi dolní bederní páteře s iritací do obou dolních končetin. Neurologické vyšetření (včetně vyšetření evokovaných potenciálů) vyloučilo syndrom cauda equinae při vrozené stenóze páteřního kanálu v dolní bederní krajině. Vzhledem k recidivujícím neurologickým obtížím (na kterých se pravděpodobně podílel biomechanicky významný zkrat LDK) a na přání pacientky i jejích rodičů bylo indikováno jednorázové prodloužení levého femuru s cílem vyrovnat zkrat LDK a tím nepřímo ovlivnit vertebrogenní symptomatologii.

■ Jednodobá prolongace diafýzy levého femuru

V 15 letech a 4 měsících byla provedena zetovitá prolongace levého femuru o 22 až 24 mm a fixace 10děrovou monoúhlovou dlahou. Do distrakční mezery byly vloženy po promíchání s krví pacientky granule umělé kosti Actifuse v objemu 10 ml – viz RTG L femuru (obr. 3 D).

Při klinicko-antropologickém vyšetření v 15 letech a 6 měsících (obr. 3 E) byla výška vestoje 132,4 cm, což při srovnání s predikovanou výškou v dospělosti 124 cm (bez prolongace DK) odpovídá zisku tělesné výšky pouze 8,4 cm. Prodlužovací operace obou DK a obou humerů vedly ke zlepšení proporcionality a zvýšení finální výšky. Dosažená konečná výška je však výrazně menší, než by odpovídalo provedeným operacím (bérce byly operačně prodlouženy o 9 cm, femury o 10–11 cm).

Na celkové růstové retardaci se pravděpodobně uplatnil stres během prodlužování (dítě bylo velmi anxiózní), recidivující infekce v okolí šroubovic (opakované léčení

ATB podle zjištěné citlivosti) a urychlené kostní zrání verifikované na RTG ruky.

■ Závěr

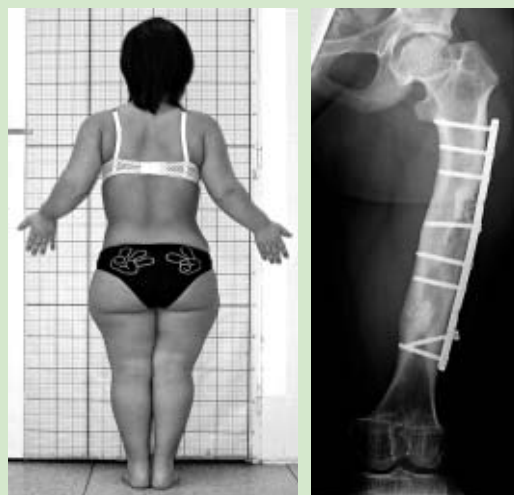
Prolongace dolních a horních končetin vedla k významnému zlepšení proporcionality. Zvýšení finální výšky oproti predikované výšce v dospělosti pouze o 8,4 cm bylo výrazně nižší, než by odpovídalo provedeným prolongačním operacím (bérce byly prodlouženy o 9 cm, femury o 10–11 cm).

Můžeme uvažovat o sporném vlivu růstového hormonu (GH) na růstové epifýzy, kdy došlo k jejich předčasnému uzavření. Až po skončení prodlužovacích operací se nám rodiče svěřili, že jejich dcera byla na doporučení endokrinologa léčena GH (na extramurálním pracovišti) s cílem zlepšit remodelaci kostních regenerátů při prodlužování.

Osteotomie provedená v oblasti kostního regenerátu a další prolongace vede k vzniku hypotrofičského kostního regenerátu s možností vzniku pakloubu nebo k výrazně prodloužené remodelaci regenerátu.

Jednodobou prolongaci femuru o 2–2,5 cm lze považovat za metodu volby pro vyrovnání délky dolních končetin, zvláště pak u pacientů s disproporcionální krátkou postavou a zkratem dolních končetin. V těchto případech není pro pacienta žádoucí vyrovnání nestejných délek DK epifyzeodézou v oblasti kolenního kloubu delší DK (provedenou ke konci růstového období) nebo abreviační osteotomií (po skončení růstu). Jednodobá prolongace kratší dolní končetiny po skončení růstu se indikuje pouze zřídka vzhledem k riziku poškození končetinových nervů (n. ischiadicus) a riziku opožděného hojení nebo vzniku pakloubu.

K velmi dobré remodelaci a osteointegraci granulí hydroxiapatitu s křemíkovými ionty došlo za 10 měsíců od operace (obr. 3 F).



Obr. 3 E. Proporcionalita postavy po skončení prodlužování DK a HK, věk 15 let, výsledek léčení

Obr. 3 F. RTG snímek L femuru v AP projekci za 10 měsíců po jednodobé prolongaci. Osteointegrace – remodelace granulí hydroxiapatitu s křemíkovými ionty v kortikalis diafýzy



■ Závěry

Vhodné případy dětí s achondroplazií (bez neurologických komplikací) jsou na přání rodičů dětí indikovány k prolungačnímu léčení dolních (výjimečně i horních) končetin.

U souboru 16 prolongovaných dětí s ACH jsme pouze u jedné dívky prodlužovali horní končetiny. Ostatní pacienti neprojevovali o další prolungační léčení zájem. Při prolungační léčbě byla současně korigována častá varozita a vnitřní torze. Prolongační léčení bérců a femurů je přínosem zejména pro chlapce, pro dívky je ziskem hlavně korekce varozity a torze bérců (na dosažené výšce tolik nezáleží). Ukázalo se, že prolungační léčba je vhodnější provádět u dětí kolem 10 let, v jedné etapě prodlužujeme oba bérce přibližně o 7–8 cm. Prolungační femuru indikujeme až po prodloužení bérců (a vyřešení možných překážek a komplikací), operujeme každý femur zvlášť. Prodloužení femurů o 10 cm

v jedné etapě je reálné. Z pohledu klinické (ortopedické) antropologie je indikací k prolungační končetin disproporcionalita.

Hodnocení poměru CDR na RTG snímku v AP a boční projekci je jednoduchá geometrická charakteristika kvality kostního svalku, která má vysokou výpovědní hodnotu pro riziko vzniku fraktury nebo desaxace v oblasti kostního regenerátu.

Z pohledu biomechaniky je indikací k prolungační zpravidla trojrozměrná deformita dolních končetin (porušená frontální, sagitální a axiální osa), kterou považujeme za preartrotický stav (nosné klouby DK). Prolongační léčení a současná korekce osy bérců a femurů je přínosem zejména pro chlapce, pro dívky je ziskem hlavně korekce varozity a torze bérců, na dosažené výšce tolik nezáleží. Estetický aspekt – krátká postava není indikací k prolungačnímu léčení. Na tělesném postižení dětí a dospělých s achondroplazií (a ostatními KD) se kromě

krátké postavy nepříznivě uplatňuje disproporcionalita postavy, která různě závažně porušuje držení těla, což se projevuje hyperkyfózou a hyperlordózou páteře částečně či zcela fixovanou. Klinicko-antropologicko-radiologický obraz s růstem vyústí v různé závažné deformity dlouhých kostí a páteře, v dospělosti předčasně vznikají degenerativní změny (osteoartróza nosných kloubů končetin a spondylartróza páteře), později osteoporóza z lokalizované inaktivity.

Práce je úvodem do celospolečensky velmi závažné problematiky vrozených poruch růstu skeletu a lidí s krátkou postavou. Většina postižených dětí se neobejde bez dlouhodobého komplexního léčení a péče, jež zahrnuje somatickou, psychickou a sociální rehabilitaci postiženého pacienta. Tato péče se týká i jeho rodiny a je zajišťována společností, ve které žije.

■ ČSSD kývla na poplatky v nemocnici. Za třicet dnů a ve výši 60 korun

Jedno ze svých velkých tabu zbořila sociální demokracie. Její vedení kývlo definitivně na to, že souhlasí s placením v nemocnici, oficiálně „za stravu“. Ale jen po dobu třiceti dnů a ve výši 60 korun. I to považují absolutní odpůrci poplatků v ČSSD v čele s místopředsedou Zdeňkem Škromachem za prohru.

„Podle mě od programu neustupujeme. Příspěvek za stravu je běžný všude ve světě. Jde jen o to, abychom tomu vytvořili určité limity. Udělali jsme si i průzkum mezi pacienty a 60 procent z nich s tím souhlasí,“ řekl iDNES.cz stínový ministr zdravotnictví a středočeský hejtman David Rath. Strana se podle něj inspirovala v Německu a v Rakousku v tom, že poplatky mají být časově omezené. Přímé platby v nemocnici, při návštěvě lékaře, na pohotovosti i za recept byly zavedeny za vlády Mirka Topolánka. V nemocnici začali pacienti platit 60 korun za den. Současná vláda Petra Nečase prosadila zvýšení poplatku na stovku za den, ale bez časového omezení.

„Navrhujeme, aby se poplatek zase snížil na 60 korun. V sociální demokracii proběhla několikaměsíční debata a náš názor ovlivňuje i situace krajských nemocnic. Naším zájmem je stabilizace regionálních nemocnic a pro tento poplatek mají občané určité pochopení,“ řekl předseda ČSSD Bohuslav Sobotka. V minulosti přitom jeho strana neuspěla se snahou veškeré poplatky zcela zrušit – jak v parlamentu, tak u Ústavního soudu. Mezi odpůrce jakékoli změny programu ČSSD ohledně poplatků ve zdravotnictví dlouhodobě patří místopředseda strany a senátor Zdeněk Škromach. Na jednání vedení ČSSD marně bojoval za to, aby strana placení v nemocnici do svého programu v žádné podobě nepustila. „Osobně to považuji za velký ústup od programu sociální demokracie,“ řekl iDNES.cz Škromach, když zklamaný odcházel z jednání.

Tvrdou kritiku také sociální demokracie sklidila od svého bývalého předsedy Jiřího Paroubka. Když ještě stranu řídil, proti změně ná-

zoru na poplatky za stravu v nemocnici, kterou už tehdy navrhoval Rath, vystoupil a jeho nápad mu tehdy zatrh. „ČSSD definitivně překročila Rubikon, když se rozhodla pro přijetí principu poplatků ve zdravotnictví, i když ve velmi omezené míře. Jde o krok špatným směrem a především proti programu, za který byli politici sociální demokracie zvoleni,“ reagoval Paroubek, který po odchodu z ČSSD vede vlastní stranu Národní socialisté – levice 21. století.

Špičky ČSSD potvrdily plán pokusit se shodit Nečasovu vládu

Sociální demokraté také v sobotu při jednání svého ústředního výkonného výboru potvrdili to, co již dříve avizovali, a to že vyvolají hlasování o nedůvěře vládě. „Je třeba dát jasně najevo, že s politikou vlády nesouhlasíme,“ řekl Sobotka. Pokusí se o to již při březnové schůzi Sněmovny. Ale ani s podporou komunistů nemá ČSSD pro pád vlády dost hlasů. Vládu by musela chtít potopit některá ze tří stran koalice, kterou tvoří ODS, TOP 09 a Věci veřejné.

Důvodem pro hlasování o nedůvěře vládě jsou podle ČSSD jednak škrty, které vláda chystá (zejména omezení valorizace důchodů a další růst DPH), a také naprostá ztráta kreditu Věcí veřejných, kterou podle nich prokázal proces s Vítěm Bártoou obžalovaným z podplácení. Po jednání předsednictva sociální demokracie dokonce Sobotka mluvil o tom, že je třeba oddělit od vlády takřka „mafiánskou strukturu Věcí veřejné“.

„Není možné, aby se předseda vlády Petr Nečas tvářil, že se nic neděje,“ prohlásil Sobotka. Není podle něj z hlediska politické kultury možné, aby o klíčových záležitostech v zemi při koaličních jednáních rozhodovaly Věci veřejné. „Vyzývám také představitele ODS a TOP 09, abychom začali jednat o možnosti předčasných voleb ještě na podzim tohoto roku,“ uvedl Sobotka.

Zdroj: iDnes, 10. 3. 2012



Ze světa odborné literatury...

■ Akutní hemoragický edém u malých dětí

Jedná se o málo známé a podceňované onemocnění. Jde o kožní cytoklastickou vaskulitidu. Je histologicky charakterizována infiltráty skládajícími se z velkých neutrofilů s fragmentacemi jader, fibrinoidní nekrózou a také depozity imunoglobulinu A. Klinicky lze hodnotit jako vyvýšenou purpuru. Léze mohou být i terčovitého vzhledu či charakteru erythema multiforme. Existuje i anulární varianta této vaskulitidy. Pacienti nemají toxický vzhled, jen v 50 % případů jsou teploty, většinou nízké. Kožní léze se ale vyvíjejí rychle během 24 hodin. Výsev se objevuje na obličeji, kolem očí, na končetinách a méně na trupu. Není patrný edém. Krevní obraz je normální, může být leukocytóza a trombocytóza. CRP a SE bývá většinou normální. Komplement, autoprotilátky cytoplasmatické a antinukleární prakticky nejsou nalézány. Jaterní testy mohou být minimálně zvýšené a vyšetření moče je v normě. Často nalézány indurativní, bolestivé edémy. U chlapců je patrné časté postižení skrota. Spontánní úprava se objevuje během 6–21 dnů. Diferenciálnědiagnosticky připadá v úvahu erytéma a urticaria multiforme, urtikariální vaskulitida, kožní léze při septikémiích a atypická HS purpura. Někdy pruritus. Léčebně paracetamol a brufenové preparáty. Podávají se i antihistaminika, ale zbytečně.

Eur. J. Pediatr. 2011;170(12):1507-1511

■ Choledochální cysta u kojenců a malých dětí

Kongenitální choledochální cysta je jednotka charakterizovaná různými stupni dilatace intra- nebo extrahepatických cest. Incidence je 1 na 100 000 porodů, v Asii častější. Existuje 5 podtypů na základě anatomických nálezů. Nejčastějším je typ 1, který je charakterizován dilatací společného žlučového ductu, což bývá až v 80 % případů. Jestliže tato VVV není léčena, může zapříčinit i smrt z rekurentní cholangitidy, pankreatitidy, sepse, jaterních abscesů a cholangiokarcinomu. Obsáhlé vyšetřování včetně sono, cholangiografie. Chirurgické řešení pak zahrnuje kompletní excizi cysty a hepaticoenterostomii. Klinicko-patologický obraz se různí podle věku. Děti mívají bolesti břicha, žloutenku a hmatnou abdominální rezistenci. Dospívající mají často biliární nebo infekční komplikace a tendenci k vývoji choledocholithiasis, maligním transformacím a pooperačním komplikacím. Skupina 8 dětí do jednoho roku a 17 dětí od 1–18 let. Většina pacientů (82 %) v pediatrické skupině se prezentovala s bolestmi břicha, zatímco v kojenecké skupině žádný. Žloutenka a typická acholická stolice byla u všech kojenců, ale jen u 35 % v pediatrické

skupině. Autoři využívají zkušenosti se souborem pacientů, který nashromáždili za 20 let. Hodnota amylázy byla výrazně zvýšena v pediatrické skupině, ale ne v kojeneckém souboru. Diferenciálnědiagnosticky je u kojenců nutné odlišit od biliární atřezie, hepatální fibrózy a cirhózy. Frekvence 1. typu je stejně častá v obou věkových skupinách. Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie při celkové anestezii a cholangiopankreatografie při magnetické rezonanci (MRCP) jsou doporučovány. Laparoskopická RY hepatojejunostomie je bezpečným výkonem u obou skupin dětí. Za zmínku stojí, že zvýšené amylázy mohou odlišit biliární atřezii s cystickou dilatací od choledochální cysty u kojenců.

Eur. J. Pediatr. 2011;170(9):1179-1185

■ Apnoe u nezralých novorozenců: od příčiny k léčbě

Apnoe při nezralosti je problémem nezralých novorozenců, pravděpodobně mnohdy i novorozenců zralých s onemocněními novorozeneckého věku. To vše poruchou ventilační funkce vede k hypoxii, hyperkapnií, alteraci spánkového stavu, zatímco role gastroezofageálního refluxu a anémie je kontroverzní. Standardní klinické ošetřování obstrukčního subtypu včetně polohování, kontinuálního pozitivního tlaku (CPAP) nebo nazální intermitentní pozitivní tlakové ventilace (NIPPV) vede k prevenci faryngeálního kolapsu a alveolárních atelektáz. K vlastní definici se apnoe při nezralosti rozumí stav trvající déle než 15–20 s nebo doprovázený kyslíkovou desaturací s poklesem saturace pod 80 % trvající déle než 4 s a bradykardií déle než 4 s u novorozence pod 37. týdnem gestace. Nicméně nezralé plicní reflexy a odpověď na hypoxii a hyperkapnií přispívají k obtížnému pochopení patogeneze. Při opakování tyto stavy mohou narušovat cerebrální hemodynamiku i vývoj.

V odpovědi na hyperkapnií totiž nezralé děti zvyšují ventilaci prodloužením periody expirace, ale ne zvýšenou dechovou frekvencí nebo volem. Tato špatná hyperkapnická ventilační odpověď je právě více vyjádřena u nezralých dětí s apnoemi. Také laryngeální chemoreflex ovlivňuje u nezralých ventilaci. Zvýšení senzitivity k inhibitorům neurotransmiterů (GABA), serotoninu, prostaglandinů, hraje také roli v CNS. Také je znám vliv teploty. Termoregulace nepochybně hraje roli. Expozice chladu snižuje frekvenci apnoických příhod a opak vede ke zvýšenému výskytu. Z toho je zřejmá vazba k metabolickému stavu. Také další, jako glykémie, elektrolytová dysbalance, DAP, narkotická analgezie, se spoluúčastní. Též anémie ovlivňující kyslíkovou kapacitu hraje svoji roli. Podávání transfuzí však nevedlo k redukcii příhod. Většina epizod gastroezofageálního refluxu

se nejví v přímé vazbě k apnoím, sdělení si však stále odporují. Na druhé straně apnoe může vést ke zvýšení frekvence refluxu. Všeobecně nízký ezofageální sfinkterový tlak bývá pokleslý během apnoických epizod. Také polohování dítěte, které může zlepšovat thorakoabdominální synchronizaci, vede údajně k jen malé redukci příhod. Methylxantinová komponenta léčby, jako kofein, theofyllin a aminofyllin, vede k poklesu frekvence apnoe. Silně stimulují CNS. Jsou to neselektivní antagonisté adenosinových receptorů, kteří zvyšují minutovou ventilaci, senzitivitu k hladině oxidu uhličitého, zlepšují diafragmatickou kontrakci a respirační svalovou funkci. Kofein také redukuje bronchopulmonální dysplazii.

Užívání Doxapramu jako respiračního stimulans je spojováno s množstvím vedlejších účinků.

Závěrem práce autoři konstatují, že prolongovaná apnoe vede k desaturaci, bradykardii, k poklesu tlaku a cerebrální hypoperfuzi. Může se pak objevovat větší počet centrálních příhod i postižení zraku a sluchu. Není jasné, zda apnoe u nezralých vedou ke zvýšenému počtu syndromů náhlého úmrtí, které je u nezralých 3× frekventnější.

Eur. J. Pediatr. 2011;170:1097-1105

■ Infekční endokarditida u vrozených srdečních vad

Vrozené srdeční vady jsou rizikovým faktorem pro pediatrickou infekční endokarditidu. Ta je častější po předchozím poklesu revmatických srdečních onemocnění. Pokroky v katetrizační a chirurgické intervenci činí většinu typů VCC přístupnými ke kompletní korekci nebo paliativní operaci. Implantovaný materiál ale připravuje cestu pro možnost uchycení infekce. Streptokoky a stafylokoky jsou predominantní patogeny. Transezofageální echokardiografie je doporučována pro vizualizaci vegetací. Dobrá dentální a kožní hygiena pacientů je základem. To bývá problémem u dospívajících. Incidence IE se pohybuje kolem 4/100 000 obyvatel. Postižení kolísá mezi chlopňovým a nástěnným endokardem. Může se vyvíjet nebakteriální trombotická endokarditida, následovaná fibrinovými a destičkovými depozity, mikrobiální adherence vede k mikrobiální kolonizaci trombů a embolizace oblasti vede k mikrobiální trombotické endokarditidě. Většina případů IE je zapříčiněna *Streptococcus* spp. vč. *Streptococcus viridans*, *Enterococcus* spp. a *Staph. spp.* vč. *Staph. aureus*. Např. ampicilinová profylaxe u zubního ošetření redukuje bakteriémií z 84 % na 33 %. Dále upozorňují na piercing, akné, abúzus drog jako zdroje bakteriémie.

Eur. J. Pediatr. 2011;170:1111-1127

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



Aktuality...

Co by se s novým vedením SÚKL mělo změnit v lékové politice?

Personální změna ve vedení Státního ústavu pro kontrolu léčiv je příležitostí pro přesnější vymezení úkolů a směřování této instituce. Proto se redakce Medical Tribune v diskusním fóru zainteresovaných odborníků ptá: Co by mělo být nyní prioritou lékové politiky v ČR a jaké konkrétní kroky by podle vás měly v nejbližší době proběhnout?

Personální změna ve vedení Státního ústavu pro kontrolu léčiv, jakkoli neočekávaná, je příležitostí pro přesnější vymezení úkolů a směřování této instituce. Proto se tentokrát v diskusním fóru zainteresovaných odborníků ptáme: Co by mělo být nyní prioritou lékové politiky v České republice a jaké konkrétní kroky by podle vás měly v nejbližší době proběhnout?

Prof. PharmDr. Alexandr Hrabálek, CSc.,

děkan Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové

Nevím, nakolik konkrétní lékovou politiku dělá samotný SÚKL, resp. jeho ředitel. Spíše se mi zdá, že občas pracuje na objednávku, a to i politickou. Osobně se domnívám, že by velmi prospělo, kdyby se prosadila jednotná cena léku, zkrátka že by ve všech lékárnách byl jednotný doplatek. Lékárníci by pak museli o pacienta soutěžit svými znalostmi a dovednostmi, přístupem k pacientovi a přísunem nemocných do lékáren by tak nezajišťovaly pouze předem naprogramované pokladny, které „odpouštějí“ různě vysoké částky (aby je nakonec stejně někde jinde připočetly). Léková politika by měla být zkrátka průhledná i pro pacienta. Víím, že požadavek jednotných cen je pro pravicového politika věcí nepřijatelnou, ale jako pacient (a volič) bych tuto změnu rozhodně přivítal. A také by se měl do lékové politiky vrátit rozum a prozíravost. Snaha mít „nejlevnější léky v Evropě“ se ukázala velmi krátkozrakou a neprozíravou. Víím, že český člověk si poradí se vším, a tak netrvalo dlouho a díky požadavku na přepočítání cen léků se událo to, že jsme se stali evropskými překupníky. Samozřejmě na úkor našich pacientů. Ale, jen pro pořádek – myslím si, že jméno toho, kdo za tímto zadáním stojí, by mělo být známé, ne? Takže bych velmi přivítal, kdyby léková politika nebyla jediným zdrojem úspor ve zdravotnictví. Jako představitel instituce, která připravuje lékárníky na jejich budoucí povolání, bych také přivítal, kdyby farmaceut v našem zdravotnictví získal aktivní roli. Jeho vzdělání je natolik komplexní, že se domnívám, že jeho kompetence by měly jednoznačně narůstat. Jednou z věcí, kterou by naši farmaceuti zcela jistě zvládli, je např. generická preskripce.

Ing. Petr Nosek,

náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní pojištění

Úkolem nového ředitele SÚKL bude především stabilizovat tento ústav personálně a po stránce agendy. V posledních letech ústavu přibyla řada nových úkolů, jež musí plnit. Byl plně vytižen tým, aby se s novou agendou vypořádal způsobem, jak právní předpisy vyžadují. Neměl však dostatek času na plné začlenění těchto agend do smysluplného rámce, tedy organizačně je uspořádat a personálně zajistit. To je výzvou pro nejbližší budoucnost. Je třeba otevřít smysluplný dialog a spolupráci se subjekty, které by měly ústavu být partnerem, Českou lékárnickou komorou počínaje a zdravotními pojišťovnami

konče. Je nutné také zlepšit koordinaci s ministerstvem zdravotnictví, experty na lékovou politiku a zajistit, aby činnosti byly prováděny co nejefektivněji. Společným úkolem pak je pečlivé komunikování všech kroků, které se v lékové politice realizují, s odbornou i laickou veřejností. Těmi v následujícím období budou především priority jako e-preskripce, zajišťování dostupnosti léčiv pro české pacienty, další koncepce cenové a úhradové regulace či regulace reklamy. Ovšem hlavní prioritou je péče o to, aby se na našem trhu vyskytovaly bezpečné a účinné léky, což je hlavním posláním ústavu.

PharmDr. Lubomír Chudoba,

prezident ČLnK

Prioritou zůstává zajištění kvalitních léků v potřebném množství a za přiměřené peníze s důrazem na účelné užívání léčiv. Tuto problematiku je možné v obecné rovině vidět z různých úhlů. Jedním z nich je stále masivnější reexport léčiv do zahraničí a s ním související výpadky dodávek na českém trhu. Z jiného pohledu je možné vidět v důsledku zvyšující se DPH stále horší poměr mezi částkou vybranou ze zdravotního pojištění a částkou skutečně vloženou do zajištění léků pro pacienty. Je samozřejmě i úkolem SÚKL, aby začal v této oblasti prosazovat v součinnosti s komorou reálná řešení. Vzhledem k tuzemské realitě považuji dále za nutné přizvat odbornou veřejnost včetně lékárníků k práci na zajištění koncepčního rozvoje a financování eHealth. Jeho jednotlivé nástroje z lékové oblasti (elektronický recept, úložiště, sdílení dat...) musejí umožnit zvýšení kvality a bezpečnosti farmakoterapie a zajistit průběžné vyhodnocování trendů ve spotřebě léčiv při současně rozumné aplikovatelnosti jednotlivých částí pro poskytovatele zdravotní péče. Není možné vymýšlet nadále různé systémy tak, aby náklady na jejich tvorbu více či méně skrytě na svých bedrech nesli zdravotníci. Stejně tak by lékárníci z praxe měli být pozváni k posouzení převodu léčiv z kategorie vázaných na lékařský předpis do volně prodejných. Každá taková změna vyžaduje širší odborné posouzení, nikoli jen strohý úřednický postup. Za nutné považuji také změnit legislativu v oblasti cenových soutěží u léčiv a důrazně eliminovat nezákonné praktiky výdeje léčiv, tzv. baťužkaření do ordinace lékaře. V těchto dvou bodech očekávám od nového vedení SÚKL aktivnější přístup, i co se týká spolupráce s naší komorou. Tyto nezákonné praktiky poškozují jak zdravotníky a pacienty, tak i zdravotní pojišťovny, přesto je dosud SÚKL jako kontrolní orgán dosud neřešil příliš důsledně.

Přehodnoceno by mělo být také nové a velmi neotřelé řešení cenových kontrol SÚKL. A zážející je komerční obchodování SÚKL s daty o spotřebách léčiv, která mu byla poskytnuta povinnými subjekty obligatorně a především bezplatně. Tyto údaje by měly být používány především pro tvorbu a hodnocení lékové politiky, nikoli jako nástroj dalších těžko kontrolovatelných příjmů ústavu.

Mgr. Jakub Dvořáček,

výkonný ředitel AIFP

Priority AIFP v oblasti lékové politiky zůstávají i pro nadcházející období stejné. Klíčové je pro nás především zajistit včasný přístup českých pacientů k inovativním lékům a zároveň udržet ceny léčivých přípravků na obdobné úrovni jako v evropských zemích se stejným HDP na obyvatele, jako má Česká republika. S tím souvisí i zamezení rozvoji paralelního obchodu, na který dlouhodobě upozorňujeme. Systém české lékové politiky by měl být především předvídatelný



a transparentní. Měly by být dodržovány zákonné lhůty, které se vztahují k registraci léčivých přípravků na českém trhu či stanovení cen a úhrad. Zároveň je třeba pokračovat v etické kultivaci a zvyšování transparentnosti v českém zdravotnictví. Je důležité, aby pro všechny farmaceutické společnosti působící v České republice platila jednotná pravidla. V současné době je připravována řada legislativních norem, k nimž jsme poskytli své připomínky. Jedná se např. o novelu zákona o reklamě či nový zákon o léčivech. Věříme, že AIFP bude nadále respektovaným partnerem, který se bude účastnit diskuse o zásadních oblastech týkajících se lékové politiky i oblasti etické interakce.

Dr. Emil Zörner,

výkonný ředitel České asociace farmaceutických firem
Česká republika lékovou politiku nemá přesně definovanou, lékovou politikou nazývá zejména ekonomické regulace lékového trhu. Hlavní prioritou pro odborníky, výrobce, lékaře, lékárníky, pacienty a politiky je ji nadefinovat jako nepolitický, strategický a řadu let platný dokument, k jehož naplnění by pak směřovaly všechny právní normy. Je třeba objektivně zpracovat analýzu, tvorbu, realizaci a implementaci skutečné lékové politiky – za předpokladu široké dostupnosti léčby a trvalé udržitelnosti systému. V souladu s programem WHO by měl systém vycházet z etických hodnot, jako jsou základní lidské právo přístupu ke zdravotní péči; ve zdravotní politice, výzkumu a při poskytování služeb by měly být uplatněny etické přístupy, měly by být implementovány politiky a strategie orientované na ekvitu, zdůrazňující solidaritu, a do zdravotních politik a strategií by mělo být zahrnuto také genderové hledisko. Komise expertů WHO pro národní lékové politiky vypracovala pro členské státy publikaci Guidelines for developing national drug policies, která si v tomto programu stanovuje čtyři cíle:

formulaci lékové politiky – zajistit zainteresovanost všech aktérů v národní lékové politice, v koordinaci implementace a monitoringu dopadů politiky; přístup – zajistit dostupnost léčiv s důrazem na nemoci chudoby; kvalitu a bezpečnost – zajistit kvalitu, bezpečnost a účinnost všech léčiv posilováním a zaváděním do praxe standardů zajišťujících kvalitu; racionální užívání – zajistit terapeuticky osvědčené a cost-effectiveness (nákladově účinné) užívání léčiv. Nejčastějším selháním politik je zaměňování cílů za prostředky. Jaký je cíl lékové, potažmo zdravotní politiky v ČR? Ze všech stran slyšíme – reforma, úspory, zefektivnění, snížení nákladů, optimalizace. Nikoli. Cílem zdravotní politiky je vždy zvyšování kvality veřejného zdraví.

V oblasti lékové politiky ČAFF vidí jako zásadní následující prostředky k dosažení tohoto cíle: podporovat prevenci – zdravý životní styl, preventivní prohlídky, preventivní farmakoterapie, investovat do budoucích úspor – včasná léčba civilizačních onemocnění, zajistit široký přístup pacientů k moderní léčbě, podporovat konkurenci na trhu – rychlý vstup generik a volná soutěž, motivovat lékaře, lékárníky a pacienty k úsporám, zavést a budovat předvídatelný a stabilní systém stanovování cen a úhrad, pravidelně analyzovat a vyhodnocovat efektivitu a funkčnost regulačního systému.

Mgr. Michala Filipová,

předsedkyně Platformy zdravotních pojištěnců ČR, o.s.
Martin Beneš zastával svou funkci v čele SÚKL poměrně dlouho. Za Platformu zdravotních pojištěnců ČR, o.s., mohu vyzdvihnout úroveň spolupráce a četnost komunikace se zástupci občanské společnosti, což bohužel v současném systému zdravotnictví nelze brát jako samozřejmost. Zdravotní pojištěnec je vyloučen z možnosti stát se účastníkem správních řízení SÚKL o stanovování maximál-

ních cen a výše a podmínek úhrady, a je tak pouhým pozorovatelem a občas trpěným přispěvatelem svých připomínek. Dalším řízením, kde se veřejnosti upře hlas, je výběrové řízení na nového ředitele SÚKL. Můžeme tedy pouze doufat, že se komise složená ze zástupců zdravotních pojišťoven, lékárnické komory, odborné společnosti a akademické obce oprostí od svých vlastních zájmů, politického a komerčního tlaku a vybere za Martina Beneše adekvátní náhradu. Termín řízení, jména adeptů ani kritéria výběru zatím známe nejsou. Dle vyjádření pana ministra lze však očekávat důraz na odbornost a schopnost komunikace se zástupci zájmových skupin ve zdravotnictví, veřejnost z toho doufejme nevyjímá. Post ředitele SÚKL je vcelku opodstatněně vnímán jako jedna z klíčových rolí ve zdravotnictví. Výměna tváří bude mít smysl pouze tehdy, pokud povede k efektivnějšímu řízení a prosazování smysluplných dlouhodobě orientovaných změn. Věřme tedy, že vyladění názorů na lékovou politiku s ministerstvem zdravotnictví přinese zrychlení a zkvalitnění práce SÚKL při registraci léčiv a důsledné prosazování transparentnosti a elektronizace v lékové politice, minimálně na poli eReceptů a Centrálního úložiště elektronických receptů.

Zdroj: Medical Tribune 4/2012, 6. 3. 2012

**Internet nepotřebujeme, dupli si doktoři
a v ordinacích ho mít nemusejí**

Ministerstvu zdravotnictví se nepodařilo v nové vyhlášce prosadit povinné zavedení internetu do ordinací. Lékaři namítali, že počítače s připojením nejsou pro poskytování péče potřeba, a ustanovení proto vypadlo. S elektronizací přitom Evropská unie počítá už od příštího roku. Vyhláška upravující minimální vybavení zdravotnických zařízení a pracovišť domácí péče by měla začít platit od dubna. Kromě stanovení minimální velikosti ordinace nebo čekárny požaduje také určité vybavení technikou. Samozřejmostí je telefon, nově měli lékaři mít povinně také počítač s připojením k internetu.

„Důvodů, proč jsme to chtěli zavést, je několik. Žijeme ve 21. století, něco takového je prostě normální, usnadnila by se také komunikace například s pojišťovnami, data by byla dostupnější a zvýšila by se i bezpečnost,“ vysvětlil iDNES.cz mluvčí ministerstva zdravotnictví Vlastimil Sršeň.

Vliv na návrh měla i Evropská unie, která už od příštího roku počítá s elektronickými recepty a dokumentací. „Souvisí to s volným pohybem a nárokem na přeshraniční péči. Sdílený přístup do zdravotnické dokumentace bude od října 2013 vynutitelná povinnost,“ vysvětlil právník Ondřej Dostál z Platformy zdravotních pojištěnců Hospodářským novinám, které o výjimce informovaly.

Nařízení se ale nelíbilo odborným společnostem a sdružením. Připomínky vnesla zejména Sdružení ambulantních specialistů a Sdružení všeobecných praktických lékařů. Uvedla, že „se nejedná o minimální požadavek nutný k poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče a řada lékařů by počítače nepoužívala.“

Ministerstvo: Do budoucna jsou počítače nevyhnutelné

I když si lékaři vymohli, že nemusejí mít počítač přímo u sebe, nevyhnou se povinností, které jim plynou z některých předpisů. Například jde o hlášení do registru poskytovatelů a registru zdravotnických pracovníků. „Takový úkon však lze provést i z počítače umístěného jinde, než je vlastní ordinace lékaře nebo pracoviště jiného zdravotnického pracovníka,“ stojí ve vysvětlení ministerstva, proč lékařům ustoupilo.



„Výjimka z povinnosti vybavení PC a internetem je zcela nepochopitelná a brání širšímu rozvoji e-health,“ bouří se ale nyní Unie zaměstnavatelských svazů ČR. Ministerstvo zdravotnictví ale uznává, že plošné používání počítačů je do budoucna nevyhnutelné.

„Budeme to dále prosazovat, zavedení souvisí i s elektronizací státní správy,“ dodal Sršeň.

Zdroj: iDnes, 8. 3. 2012

Domácí porody jsou v rozporu s vědeckými poznatky, tvrdí lékařská komora

Česká lékařská komora (ČLK) se ve čtvrtek vyslovila proti plánovaným domácím porodům. Její vědecká rada konstatovala, že případné komplikace, které mohou během porodu nastat, nelze v domácím prostředí vyřešit. Zdravotníci rovněž tvrdí, že domácí porody jdou proti nejnovějším vědeckým poznatkům.

„ČLK udělá vše pro to, aby práce celé generace porodníků a neonatologů nepřišla vniveč kvůli ideologické zaslepenosti některých fanatiků,“ řekl prezident ČLK Milan Kubek.

Porodníci odmítají porody doma jako neúměrné riziko pro matku i dítě. Podle dřívějších odhadů se k porodu doma rozhodne ročně asi stovka žen. Část porodů započatých doma končí kvůli komplikacím v porodnici, objevují se i tragické případy.

Rizika jsou i v nemocnici, oponují zastánci

Určité riziko je ale podle příznivců domácích porodů i u porodů v nemocnici. Čeští porodníci podle nich neumějí rozdělit porody podle míry rizika, ke všem proto preventivně přistupují jako k vysoce rizikovým.

Ředitel Ústavu pro péči o matku a dítě Jaroslav Feyereisl řekl, že ho mrzí, že lékaři jsou stavěni do pozice nelidů, kteří jen proto, že rádi operují, vystavují pacientky zbytečným zákrokům. Uvedl, že lékaři vše dělají poté, co dostanou od ženy svobodný a informovaný souhlas.

Ženy mají zkrácené informace, míní porodník

Podle Feyereisla je zřejmě informovanost rodiček o rizicích poškození a případně i smrti malá. Informace bývají zkrácené od skupin, které podporují domácí porody, soudí. „Domnívám se, že kdyby žena dostala úplné informace, nikdy by se při plném vědomí a dobrém svědomí nerozhodla родit doma,“ prohlásil.

Podle Petry Sovové z Hnutí za aktivní mateřství je informace o nebezpečnosti domácích porodů mýtus. Sovová řekla, že každoročně zemře v souvislosti s porodem v Česku přes 500 dětí. Většina je extrémně nezralých, ale jsou i zprávy o pochybení zdravotníků, kteří k úmrtí dítěte přispěli. „Ještě jsme se ale v této souvislosti nesetkali s tvrzením, že by snad byl pro děti nebezpečný porod v porodnici,“ řekla.

Kontroverzní případy z nedávné doby

V únoru zemřelo v Rožďalovicích na Nymbursku dítě při domácím porodu. Krátce po narození přestalo dýchat, příčinou zřejmě byla srdeční vada. Loni v listopadu zemřela po porodu v jihlavské nemocnici pětáctiletá rodička. Její manžel viní z úmrtí nemocnici, ta však jakékoli pochybení odmítá.

Obvodní soud pro Prahu 10 v lednu uložil lékařům z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Danielu Brandejsovi osmiměsíční trest vězení podmíněně odložený na zkušební dobu dvou let za chyby při porodu ze srpna 2009, při němž se narodilo ochrnuté dítě. Podle soudu se

provinil tím, že nereagoval na záznamy měřící ozvy plodu, jejichž výsledky naznačovaly komplikace.

Za chyby při vedení porodu, po němž novorozenec přišel o zdraví a nakonec i život, dostala loni v listopadu prezidentka Unie porodních asistentek Ivana Königsmarková dvouletý trest vězení podmíněně odložený na zkušební dobu pěti let. Königsmarková pochybení odmítá. Dostala i zákaz výkonu povolání porodní asistentky na pět let. Zdravotní pojišťovně musí uhradit výdaje na léčbu dítěte ve výši zhruba 2,7 milionu korun.

Zdroj: ČTK, 8. 3. 2012

Pediatři čekají na upřesnění nové legislativy

Pediatři se zlobí, že jim politici nedali dostatečný prostor pro připomínky zásadních částí zákona o zdravotních službách. Zároveň vyzývají ministerstvo zdravotnictví, aby upřesnilo, jak v konkrétních případech v praxi postupovat...

Od začátku letošního roku řeší pediatři řadu nových problémů. Ke změnám ve financování očkování a celkovému snížení příjmů přibudou nyní důsledky zákona o zdravotních službách.

„Obávám se, že novinek je v krátké době tak velké množství, že naše ordinace jsou doslova zahlcené. Nejprve změna financování očkovacích látek, nyní zavedení nového očkování od dubna 2012 a navíc zákon o zdravotních službách. Současně také narůstají obavy kolegů z finančních sankcí za nedodržení zákona. Jakkoliv možnost hrazení nového očkování je změnou vítanou, nyní je opět polovina března a my dosud neznáme ani ceny vakcín, ani způsob vykazování a úhrady očkovacích látek,“ poznamenává předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů MUDr. Hana Cabrnachová. Pediatři – stejně jako ostatní lékaři provozující soukromou praxi – se tento rok navíc ocitají ve velmi nelehké finanční situaci. Příjmy praxí nerostou, dochází k nárůstu DPH a rostoucí inflaci.

Dětské lékaře se obávají, že za této situace se obor stane pro mladé lékaře neatraktivní. „Z našich řad zaznívají hlasy, že do takovéto praxe budeme obtížně hledat mladé kolegy, míra rizika podnikání už začíná přesahovat přínos z této činnosti. Poprvé čelí jedna z našich kolegyně žalobě rodičů týkající se povinného očkování o částku 10,5 milionu korun,“ říká předsedkyně odborné společnosti.

Nová legislativa = více papírů než léčení

Zákon o zdravotních službách vnímají pediatři jako přemíru snahy o informování, která může paradoxně způsobit nemalé komplikace v procesu vlastní léčby pacientů.

„Nová legislativa pro nás znamená mimo jiné výrazný nárůst administrativní činnosti, což se může negativně promítnout do času věnovaného vyšetřování pacientů,“ uvedl pro Medical Tribune již dříve předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost Pavel Neugebauer.

Úřady podle pediatrů zlehčují celou problematiku s tím, že pediatrických praxí se ustanovení prakticky netýkají, protože neprovádějí výkony, které by mohly mít závažný dopad na zdraví pacientů.

„Požadujeme, aby u některých výkonů běžně prováděných bylo výkladem ministerstva zdravotnictví provedeno upřesnění, jak správně při tomto druhu péče postupovat. Víme, že výklad nás před právním postihem neuchrání, a proto krom toho budeme také požadovat, aby některá ustanovení tohoto zákona byla v budoucnu novelizována. Podle našich předpokladů totiž praxe ukáže, že jsou jen velmi obtížně realizovatelná,“ upozorňuje Cabrnachová.



„O nás bez nás“

Dětským lékařům se nelíbí, že zákonodárci ani ministerstvo zdravotnictví s nimi řádně zákon o zdravotních službách neprojednali. Právníci Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost vypracovali v rámci připomínkového řízení vlastní verzi relevantních ustanovení. „Již začátkem prosince jsme předsedovi Zdravotního výboru Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR MUDr. Borisovi Šťastnému předali návrhy na úpravy zpracované s námi spolupracujícími právníky. Boris Šťastný se podívoval, že zákonodárci vůbec něco takového schválili.

Požádal o návrh změn k nápravě s tím, že to předloží v rámci zkráceného projednávání. Podle všeho však tak neučinil,“ uvedl pro MT MUDr. Neugebauer.

Podobné zkušenosti má také Odborná společnost praktických dětských lékařů. „Naše profesní organizace byla připomínkovým místem několika verzí tohoto zákona, ta konečná po zapracování mnoha dalších připomínek byla pak i pro nás velkým překvapením,“ říká MUDr. Cabrnchová.

Předseda zdravotního výboru Boris Šťastný však tvrdí, že pediatri zdravotnímu výboru v průběhu projednávání zákona o zdravotních službách nepředložili a nepožadovali nic.

„Až několik měsíců po schválení zákona na jedné pražské konferenci protestovali proti konkrétnímu znění jednoho ustanovení, které se týká souhlasu obou rodičů s poskytnutím plánované zdravotní služby dítěti.

Slíbil jsem, že když od nich dostanu jejich návrh změny zákona, učiním potřebné kroky. Dosud mne však nikdo z nich neoslovil,“ uvedl pro MT Šťastný.

Zdroj: www.tribune.cz, 13. 3. 2012

Liga lidských práv: zákon o zdravotních službách je paskvíl

Lékaři, kterým se nelíbí nový zákon o zdravotních službách, podezírali ochránce lidských práv z toho, že za těmito novinkami stojí jejich zájmy. Obrovský nárůst informovaných souhlasů, vtažení dětských pacientů do procesu vyšetření a léčby – to vše má posílit práva pacientů. Jak ale zjistila redakce Medical Tribune, Liga lidských práv naopak považuje chystaný zákon za velmi nekvalitní. Dosavadní právní úprava byla podle Ligy téměř bezproblémová...

Právníčka Ligy lidských práv Zuzana Candigliota píše pro Medical Tribune svůj pohled na zákon o zdravotních službách.

Domnívám se, že výsledné zpracování zákona o zdravotních službách je v některých podstatných bodech tak nekvalitní, že by se za to měla u odpovědných osob na Ministerstvu zdravotnictví vyvodit osobní odpovědnost. Na vytvoření vyvážené úpravy v tak citlivých otázkách, jako je souhlas u nezletilých, se měli podílet experti na zdravotnické právo a zdravotničtí pracovníci z praxe. Neměli to rozhodovat úředníci od stolu, jak se evidentně stalo.

Dosavadní právní úprava byla téměř bezproblémová a vycházelo se z občanského zákoníku a způsobilosti k právním úkonům – lékař sám posoudil, zda je nezletilý rozumově vzhledem ke svému věku vyspělý dít samostatně souhlas. Úprava se pro usnadnění rozhodování lékařů mohla vylepšit tak, že by např. od 15 let nezletilí automaticky rozhodovali sami, až na výjimku, kdy jde o závažný zákrok (např. operace), kdy si lékaři vyžádají stanovisko rodičů. To, co ale nakonec vzniklo, je v rozporu se zájmy všech zúčastněných – nezletilých,

rodičů, lékařů, ale také v rozporu s novým moderním občanským zákoníkem. Například při rozporech mezi názorem nezletilého a rodičů nebo v případě zákroku, který může negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta a kdy se nepodaří získat souhlas obou rodičů, by se měl lékař obrátit na soud a ten ustanoví opatrovníka, který rozhodne. Nebude to tedy soud, kdo rozhodne v tak závažné otázce, ale třeba nějaká paní ze „sociálky“. Takovou úpravu se neobávám označit jako protiústavní. V novém občanském zákoníku je úprava, podle které má v takových případech rozhodnout nezávislý soud. V médiích diskutovaným případem byl postup při očkování dětí, které nepochybně může negativně ovlivnit zdravotní stav nezletilého pacienta nebo jeho kvalitu života, a tudíž se jedná o zákrok, kdy je potřeba dle zákona o zdravotních službách souhlasu obou rodičů. K očkování by se tedy měli dostavit oba rodiče, oba by měli být poučeni a oba by měli dát souhlas. Je otázka, zda lze připustit souhlas druhého z rodičů např. po telefonu. Pokud z mnoha různých důvodů nebude možné souhlas druhého z rodičů získat, očkování by dle zákona mělo být buď odloženo, nebo by se měl pediatr obrátit na soud. Je to zcela absurdní úprava a upozornili na ni sami lékaři, kteří si uvědomili její důsledky v praxi. Liga lidských práv připomínkala zdravotnické zákony již od počátku legislativního procesu, nejprve prostřednictvím Rady vlády pro lidská práva. Některé naše návrhy byly přijaty, některé ne. Naše poslední zásadní připomínky, které jsme uplatňovali až v poslanecké sněmovně, jsou zde – http://www.ferovanemocnice.cz/data/10pripominek_zdravotnicke_zakony.pdf. Informovaného souhlasu u nezletilých se týká bod třetí a částečně též bod devátý. Domnívám se, že zjištění názoru nezletilého pacienta je správné a mělo by být v lékařské praxi samozřejmé, pochopitelně vždy s ohledem na vyspělost dětského pacienta. Asi žádný lékař se asi nebude ptát na názor dítěte předškolního věku, zde by měl určitě hrát roli jen názor rodičů a skutečnost, zda je péče v zájmu dítěte. Avšak to neznamená, že by lékař neměl dítěti přiměřeným způsobem vysvětlit, co se s ním bude dít, a brát ohledy na jeho psychologické potřeby apod.

Zákonná úprava je sice opravdu velmi nekvalitní, ale v praxi se určitě dá něco dělat tak, aby se její následky co nejvíce zmírily:

- všichni lékaři (nejen dětští) mohou úpravu ignorovat a vycházet z občanského zákoníku a postupného nabývání způsobilosti k právním úkonům, Úmluvy o právech dítěte a Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, přičemž tyto dva mezinárodní dokumenty mají aplikační přednost před vnitrostátní právní úpravou. Podle Úmluvy o právech dítěte je třeba jednat v zájmu dítěte a věnovat pozornost jeho názorům podle jeho vyspělosti. Podle judikatury Evropského soudu pro lidská práva je třeba vycházet z tzv. faktické způsobilosti k právním úkonům, to znamená, že by se mělo v každém individuálním případě posuzovat, zda osoba (nezletilý) je schopna o sobě rozhodovat samostatně.
- To v praxi znamená, že si lékaři mohou určit vlastní věkovou hranici (např. 15 let), od které se při běžné zdravotní péči spokojí pouze s informovaným souhlasem nezletilého. Je to ale rizikové z toho pohledu, že by se rodiče mohli cítit dotčeni na svých právech (pokud od nich nebyl vyžádán souhlas) a lékaře zažalovat. Podle mého názoru by ale taková žaloba neměla mít šanci z toho důvodu, že k umělému přerušení těhotenství se od 16 let věku dívky též nikdo neptá na názor rodičů, tak proč by se jich lékař měl ptát na názor u stejně starých nezletilých k poskytnutí méně závažné péče? Stejně by ale mělo dojít co nejdříve ke změně právní úpravy. Lékaři mohou situaci také řešit předpřipravenými formuláři.



- Pro očkování si mohou také vytvořit formuláře informovaných souhlasů, které předloží rodičům předem, aby to mohli oba doma podepsat a k očkování se mohl s dítětem dostavit pouze jeden z nich. Další možností je opět úpravu vykládat velmi restriktivně (např. za zákrok, který může negativně ovlivnit zdravotní stav nezletilého, se budou považovat jen operace) a spokojit se pouze se souhlasem jednoho z rodičů a právní úpravu tak do velké míry ignorovat.
- Vzhledem k tomu, že zákon hovoří o tom, že je třeba zjistit názor nezletilého, „který je s ohledem na svůj věk schopen vnímat situaci a vyjadřovat se“, mohou si lékaři pro sebe stanovit věkovou hranici, od které budou zjišťovat názor nezletilého, v praxi by se mohlo jednat o děti, které již chodí do školy. Názor nezletilého mohou lékaři zapsat do dokumentace jedinou větou, čímž uspokojí nároky právní úpravy a sníží tím svoji administrativní zátěž. Blíže by měli popsat do dokumentace názor nezletilého v případech, kdy skutečně vzniknou rozpory mezi názory nezletilého a rodičů.

Zdroj: www.tribune.cz, 13. 3. 2012

Heger nepodpoří sloučení ČPZP s ZPMA

Záměr na sloučení České průmyslové zdravotní pojišťovny (ČPZP) se Zdravotní pojišťovnou Metal-Alliance (ZPMA) ministr doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., nepodpoří. Řekl to 13. března ČTK.

Prostřednictvím zástupců státu ve správních radách pojišťoven chce sloučení zabránit. Podle Hegera by pro konkurenční prostředí bylo lepší, aby Metal-Alliance zůstala samostatná nebo se spojila s Oborovou zdravotní pojišťovnou (OZP), se kterou by se dobře doplnily. L. Heger naopak podporuje sloučení Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra (ZPMV) a Vojenské zdravotní pojišťovny (VoZP), které je v programovém prohlášení vlády. Chce jednat s premiérem, zda vláda uplatní politický vliv na své zástupce ve správních radách těchto pojišťoven. Do konce března chce mít L. Heger jasno, aby se fúze mohla začít připravovat.

„My bychom fúzi České průmyslové a Metal-Alliance neradi viděli. Ministerstvo jasně deklarovalo, že je proti a sdělilo to zástupcům státu ve správní radě Metal-Alliance,“ řekl ministr. Pro tento postoj má podle svých slov racionální důvod. Kdyby se spojila ČPZP a Metal-Alliance, objevil by se na trhu nový silný hráč. Regionálně i co do síly by pak byly pojišťovny po území nerovnoměrně rozložené. Pokud by pak pokračovalo další slučování s menšími pojišťovnami, hrozilo by podle L. Hegera, že v Česku zůstanou jen dvě až tři velké pojišťovny, konkurenční prostředí by se pak nemohlo uplatnit. K rozdílnému postoji ministerstva a správních rad pojišťoven L. Heger uvedl, že zatímco správní rady se musejí starat o prosperitu své pojišťovny, ministerstvo se musí starat o prosperitu celého systému veřejného zdravotního pojištění a jeho vyváženost. „Optimálně by bylo pět pojišťoven, aby se mohla rozvinout zdravá konkurence a předháněly se o poskytovatele a pojištěnce v jejich prospěch,“ řekl ministr. Podle současné legislativy nemá ministr velké možnosti zabránit sloučení, se kterým nesouhlasí. Pokud pojišťovny splní zákonem dané podmínky, jen sloučení ministerstvu oznámí. Přípravovaný zákon o zdravotních pojišťovnách možnosti ministerstva zvýší. Teď může stát vyhlásit nucenou správu, až když se pojišťovna dostává na práh bankrotu. Nově by mohl zasáhnout už při narušení finanční rovnováhy tím, že dá lhůtu k nápravě, pak i navrhne fúzi s jinou zdravotní pojišťovnou. Nový zákon by mohl být od roku 2014.

Zdroj: *čtk*, 14.3.2012

Rozvedené čeká další překážka, souhlas k operaci dítěte musejí dát oba

Rozvedené páry čeká další překážka. Podle nového zákona budou muset od dubna s jakýmkoli chirurgickým zákrokem dítěte souhlasit oba rodiče. Zákon tak nahraňuje těm, kteří si chtějí s partnerem vyřizovat účty. Ministerstvo zdravotnictví to nepovažuje za problém.

Dítě z rozvedené rodiny nebo s rodičem, který se o ně ani nikdy nestaral a je neznámo kde, může mít vážné problémy v nemocnici. Nový zákon o zdravotních službách, který začne platit v dubnu, totiž říká, že například s očkovaním, vytržením mandlí nebo třeba plastikou operací uší musejí souhlasit oba rodiče. Zákon vyžaduje souhlas k léčbě od obou rodičů tam, kde „poskytnutí zdravotních služeb může podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav nebo kvalitu života“.

Jenže rodiče se k dětem mnohdy nehlásí, žijí po rozvodu v jiné rodině i třeba v jiné zemi, případně jsou jen na delší služební cestě. Nový zákon nahraňuje i těm rodičům, kteří si chtějí vyřídit účty s bývalým partnerem, nebo s partnerem s nímž se právě rozvádějí – souhlas se zdravotními zákroky dítěte mohou úmyslně bojkotovat.

„Je skoro jisté, že taková válka přes dítě a dělání naschválů rázem napadne řadu rozvedených rodičů,“ říká právník Tomáš Kaiser.

MF DNES zjistila, že právníci fakultních nemocnic již vydali stanovisko, že k většině zákroků u nezletilých dětí budou vyžadovat od rodiče, který dítě přivede, podepsanou plnou moc od druhého rodiče. U jakých zákroků bude potřeba plná moc, si stanoví jednotlivé kliniky samy. V každé nemocnici může být tedy praxe zcela jiná.

Ministerstvo zdravotnictví v zákoně problém nevidí. „Již dnes platí, že souhlas s poskytováním zdravotní péče vyslovuje zákonný zástupce,“ říká mluvčí ministerstva Vlastimil Sršeň. A rodičovská práva mají podle občanského zákoníku oba rodiče.

Zdroj: *iDnes*, 14. 3. 2012

Stíhaný hygienik Vít si vzal neplacené volno. Jinak by byl odvolán

Hlavní hygienik Michael Vít, kterého policie obvinila ze dvou trestných činů, požádal ministra zdravotnictví Leoše Hegera o dlouhodobé neplacené pracovní volno. Premiér Petr Nečas krátce před tím iDNES.cz sdělil, že když to Vít neudělá, vláda ho odvolá. Za hlavního hygienika a zároveň svého náměstka se nepostavil ani Heger.

„U vysokých politických funkcí je tradice, že presumce nevinny se nebere tak jako u běžného občana,“ prohlásil ministr zdravotnictví. Hegera podpořil i premiér Nečas, který dal Vítovi ve středu odpovědně „núž na krk“. „Musí si vzít neplacenou dovolenou, nebo bude odvolán,“ napsal v SMS zprávě iDNES.cz Nečas. Heger pak při jednání vlády oznámil, že Vít o neplacené volno na obě pozice, které zastává, skutečně požádal. „Bude postaven mimo službu do definitivního rozhodnutí případu,“ prohlásil po jednání vlády premiéra. Vít v pozici hlavního hygienika nahradí jeho zástupkyně Viera Šedivá. Dosavadnímu hlavnímu hygienikovi Vítovi hrozí až 10 let vězení. Podle policie totiž „přihrál“ milionovou zakázku pro ministerstvo manželovi své podřízené. Už v průběhu dne dával Heger najevo, že Vít ve své funkci zůstat nemůže. „Tu věc musím řešit na úrovni vlády,“ řekl iDNES.cz Heger. Právě vláda jako celek může Víta odvolat



z funkce hlavního hygienika, zatímco z pozice svého náměstka může ministr zdravotnictví Víta sesadit sám.

Vít byl obviněn ze zneužití pravomoci úřední osoby a porušení povinnosti při správě cizího majetku. „K obvinění se nebudu vyjadřovat, protože vyšetřování stále probíhá. Necítím se vinen a věřím, že vyšetřování potvrdí mé přesvědčení,“ sdělil už dříve iDNES.cz Vít.

K výměně hlavního hygienika vyzývají VV i opoziční ČSSD

Na jeho odchod z funkce ještě před tím, než požádal o „nucenou“ neplacenou dovolenou, tlačili jak koalici, tak opoziční politici.

„Na svém místě už nemá co dělat,“ řekla ve středu místopředsedkyně Sněmovny a Věcí veřejných Kateřina Klasnová. „Jestliže je vysoce postavený státní úředník podezřelý z machinace s výběrovými řízeními a státní zakázku údajně přihrává své podřízené z ministerstva zdravotnictví, respektive jejímu manželovi, a ministerstvu zdravotnictví hrozí vinou jeho konání pokuta, nemůže na svém postu setrvat,“ uvedla Klasnová. Výměnu hlavního hygienika požadovala i ČSSD. „Chtěl bych pana premiéra vyzvat, aby provedl nezbytné personální změny. Není v souladu s politickou kulturou, aby svou funkci vykonával takto vysoce postavený úředník, který byl obviněn,“ uvedl předseda ČSSD Bohuslav Sobotka. Trestní oznámení na Víta podala loni organizace Transparency International. „Jde o poprávkové řízení na strategické poradenství pro ministerstvo zdravotnictví,“ řekl před časem Vladan Brož z Transparency International.

Výběrové řízení se ale nekonalo. Zakázku na externího poradce získal Otakar Vychodil, který měl za 2,5 miliónu korun ročně pomoci ministerstvu s ochranou veřejného zdraví. Přitom na stejnou práci má ministerstvo zvláštní odbor. A v době, kdy smlouva vznikla, vedla odbor Vychodilova manželka a Vítova známá Karla Říhová.

Zdroj: iDnes, 14. 3. 2012

Odbory chtějí demonstrovat proti drastickému omezení počtu nemocnic

Zdravotnické odbory uspořádají 27. března demonstraci před ministerstvem zdravotnictví. Varovaly, že ministr zdravotnictví Leoš Heger chystaným novým nařízením omezí poskytování zdravotní péče. Podle nich by měl nařízení o dostupnosti péče změnit, aby k ní měli lidé přístup jako dosud.

Předsedkyně zdravotnických odborů Dagmar Žitníková v pátek řekla, že v připravovaném nařízení se pro laickou veřejnost uvádí málo srozumitelný termín garance dostupnosti zdravotní péče. Ministr se tím prý snaží vyvolat dojem, že občané dostanou záruky lepšího zajištění péče než dosud. Odpadnou prý kritizované čekací lhůty a do systému se vnese pořádek a spravedlnost. „Opak je pravdou,“ uvedla Žitníková. „Chystané nařízení vlády je hlavně právním podkladem k drastickému omezení stávajícího počtu nemocnic, odborných ambulancí i ordinací praktických lékařů,“ řekla. Místopředseda zdravotnických odborů Ladislav Kucharský doplnil, že podle chystaného vládního nařízení bude v pořádku, když zdravotní pojišťovna zajistí pacientovi praktického či dětského lékaře, zubaře a gynekologa ve vzdálenosti do 40 minut jízdy autem. V praxi to podle něj znamená, že nejbližší lékař může být i 50 kilometrů daleko, protože tuto vzdálenost lze ujet autem za 40 minut.

Odbory si stěžují, že jejich připomínky ministerstvo nezajímají

V některých regionech by tak mohly být úplně zrušeny veškeré lékařské ambulance a nemocnice, například v Pelhřimově, odkud by pacienti mohli dojíždět do Tábora, Jindřichova Hradce, Jihlavy nebo

Havlíčкова Brodu. Mohly by zmizet třeba také v Berouně, odkud by pacienti museli jezdit do Kladna, Příbrami, Prahy nebo Plzně.

Podle připravovaného nařízení by péči v nemocnici na chirurgii, interně, gynekologii, porodním oddělení nebo ARO měl pacient dostupnou do 45 minut jízdy autem, nemocniční péči pro dítě by měl až do 75 minut jízdy autem, kardiochirurgii či onkologii do 180 minut jízdy autem. Žitníková řekla, že ministerstvo na připomínky odborů nereagovalo, proto odbory společně s dalšími organizacemi připravují demonstraci před ministerstvem. Koná se 27. března na Palackého náměstí a začíná pět minut po dvanácté. Odbory na ni zvou občany, kterým není lhostejná budoucnost českého zdravotnictví, shrnula Žitníková.

Zdroj: iDnes, 16. 3. 2012

INZERCE

229 1-12

Setkání absolventů FDL UK po 30 letech (1976–1982) se koná v sobotu 21. 4. 2012 od 15 hodin v **Pizzerii Di Carlo**, K Hrnčířům 96, **Praha 11**.

230 1-12

Přenechám velmi výhodně zavedenou praxi PLDD **ve Stříbře**, 30 km od Plzně, a to co nejdříve. Telefon 374 624 204, 607 254 531.

231 1-12

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost u **Českých Budějovic**. Bližší informace na tel.: 604 318 717.

232 2-12

Prodám zavedenou dětskou lékařskou praxi s.r.o. v **Praze**, případně **zaměstnám pediatra** se spec. způsobilostí. Bližší informace při osobním jednání. Zn.: tel.: 728 316 743.

233 2-12

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost v **Brně**. Bližší informace na tel. 608 061 168

234 3-12

Prodám menší praxi PLDD na **jižní Moravě**. Bližší údaje osobně nebo mailem. Telefon 723 211 659.

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

Autodidaktický test 4/2012

Mykotická onemocnění dětí a dorostu

1. Onychomykózy představují cca 50 % onychopatií. Před nasazením léčby je naprosto nezbytné provést laboratorní vyšetření.

K vyšetření se zasílá:

- a) srážlivá krev (sérum) ke stanovení protilátek proti kandidám, aspergilům
- b) odstřižená část postiženého nehtu fixovaná v KOH
- c) odstřižená část postiženého nehtu nativní ve sterilní zkumavce
- d) seškrábaná spodina postižené nehtové ploténky nativní

2. U dětí a dorostu je třeba pomýšlet v případě bolesti a svědění ve zvukovodu s doprovodnou hypakuzí na mykotickou etiologii. Na vzniku se často podílí i používání sluchátek. Nejčastějším mykotickým vyvolavatelem je:

- a) *Aspergillus niger*
- b) *Phialophora*
- c) *Fusarium*
- d) *Trichophyton*

3. Patogenita téměř všech mikroskopických hub je velmi nízká. Vznik onemocnění proto vesměs závisí na dispoziční vnímavosti hostitele. K rizikovým faktorům podporujícím vznik mykózy patří:

- a) imunodeficience
- b) diabetes mellitus
- c) léčba úzkospektrými antibiotiky
- d) mechanické poškození kožní bariéry
- e) Cushingův sy.
- f) hyperprolaktinémie

4. K lokální terapii tinea capitis, která se projevuje při povrchové infekci ulámanými vlasy a šupinkami v místě infekce, při hluboké formě hnisavými ložisky, u dětí předškolního věku můžeme použít:

- a) Betadine
- b) Lamisil
- c) Myfungar
- d) Imazol Plus
- e) Fungicidin
- f) Bactroban

5. Při odběru biologického materiálu pro mykologické vyšetření z volné kůže, nehtů a vlasů musíme místo odběru nejprve potříť:

- a) Jodisolem
- b) 70% etylalkoholem
- c) Cutaseptem
- d) Chloraminem B či T
- e) místo odběru ničím nepotíráme, vzorek odebíráme nativně sterilními nástroji

Nyní
ještě blíže
mateřskému
mléku

**nutra
defense**

Prebiotika/Prebiotika
DHA a ARA
Nukleotidy

Prebiotická vláknina GOS

Podporuje růst střevní mikroflóry^{1,2}
Pouze prebiotická vláknina GOS je přirozenou součástí
mateřského mléka.

Nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA

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

Nukleotidy

Významně podporují imunitní systém dítěte^{3,4,5}
Mateřské mléko obsahuje významné
množství nukleotidů, v průběhu
kojení a s postupem věku
dítěte jejich množství
klesá.

Mateřské mléko je naší inspirací.

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

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

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

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

Odemy na odbornou literaturu: 1. Ben KM, Zhou XY, Zhao WH, Yu WL, Pan W, Zhang WL, et al. Supplementation of milk
formula with galacto-oligosaccharides improves intestinal micro-flora and fermentation in term infants. *Chin Med J* 2004;
117:327-33. 2. Fanaro S, Mariani B, Bagna M, Vigli V, Fabris C, Piana-Quintana L, et al. Galacto-oligosaccharides are bifidogenic
and safe at weaning: a double-blind randomized multicenter study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 48(1): 82-8. 3. Buck RH,
Thomas DL, Winship TR, Cordle CT, Kuchan MJ, Bagges GE, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status.
Part 2: Immune cell development. *Pediatr Res* 2004 Dec; 56(5): 893-900. 4. Schaller JP, Kuchan MJ, Thomas DL, Cordle CT, Winship TR,
Buck RH, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: Humoral responses. *Pediatr Res* 2004 Dec; 56(5): 883-89.
5. Gutiérrez-Castrellón P, Mora-Hugajón I, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez C, Ramírez-Mayans J and Salomon-Santibáñez GA. Immune
response to nucleotide-supplemented infant formulas: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Nutrition* 2007; 98 (Suppl.1):S64-7.

NOVINKA
NA DOBRU
NOC



800 201 102

www.nutradefense.cz

Invazivní pneumokoková onemocnění (IPO)

Sérotypy 1, 3, 5, 6A, 7F a 19A

- způsobili 22 % všech IPO u dětí do 5 let věku v ČR v letech 2000 – 2010^{3,4,5,6}

Sérotypy 3, 6A a 19A

- způsobili 12 % všech IPO u dětí do 5 let věku v ČR v letech 2000 – 2010^{3,4,5,6}

Nejširší pokrytí
sérotypů ze všech
pneumokokových
konjugovaných
vakcín^{1,2,3,4,5,6}

Sérotyp 19A
v mnoha zemích
světa hlavní
příčina IPO
a AOM^{11,14}

Sérotyp 3
relativně častý
původce pneumonií
a AOM^{8,9,10,11}

Sérotyp 6A
častý sérotyp
u nazofaryngeálního
nosičství¹²

Sérotyp 1
častá příčina
pneumonií,
spojován
s komplikovanými
pneumoniemi^{7,8,9,10}

Sérotyp 5
původce invazivního
pneumokokového
onemocnění
(především Afrika
a Jižní Amerika)¹¹

Sérotyp 7F
spojován
s vysokou
úmrtností¹³

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

**OCENĚN PŘESTIŽNÍ
Prix Galien USA***

Medaile vyřezá mistrym Albertem Jaegerem, Grand Prix de Rome.

2011



Zkrácená informace o přípravku Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná). **Léčivé látky:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcal polysaccharide serotypes 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). *Konjugován s nosným proteinem CRM197 a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,125 mg). **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 5 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších. **Dávkování:** Imunizační schéma přípravku Prevenar 13 by mělo být založeno na oficiálních doporučeních. **Kojenci ve věku 6 týdnů – 6 měsíců:** Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtá dávka se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku > 7 měsíců:** Kojenci ve věku 7–11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Těmto dětem se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12–23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti ve věku 2–5 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Očkovací schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dříve očkovaných přípravkem Prevenar (7-valentní) (*Streptococcus pneumoniae* sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F):** Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. **Děti ve věku 12–23 měsíců:** Děti, které dosud nedostaly dvě dávky přípravku Prevenar 13 v rámci očkovací série u kojenců, mají dostat dvě dávky vakcíny (s intervalem nejméně 2 měsíce mezi dávkami) k dokončení imunizační série pro šest dodatečných sérotypů. Akutizace je možná dokončit imunizační sérii podle oficiálních doporučení. **Děti ve věku 2–5 let:** Jedna samostatná dávka. **Dospělí ve věku 50 let a starší:** Jedna samostatná dávka. **Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13** nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použit 23 valentní pneumokokový polysacharidový vakcín považován za vhodný. Prevenar 13 by měl být podán jako první. **Zvláštní podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (*musculus vastus lateralis*) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Předchůzlost na těžkou laktózu nebo na křivici (křivici) nebo na laktózu nebo na laktózu. Podobně jako u jiných vakcín a aplikací přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost jiné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravenózně. Tato vakcína nemá být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos jasně převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zářné středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkované jedince před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa vpichu. **Těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokového 13 valentního konjugátu u těhotných žen. Není známo, zda je pneumokokový 13valentní konjugát vylučován do mateřského mléka. **Nužadoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patří vyvolání v místě vpichu, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost. U dospělých osob artralgie, myalgie, bolesti hlavy, průjem, vyrážka, zimnice, nevolnost, zardnutí v místě aplikace, indurace/otok v místě aplikace, bolest/předchůzlost místa aplikace, omezená pohyblivost paže, snížení chuti k jídlu. **Předchůzlost:** Předchůzlostí přípravku Prevenar 13 není pravděpodobné zvýšení k způsobu balení v předepsané injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předepsané injekční stříkačce s pístovou zátkou a ochranným krytým hrotem. **Jedna a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Wyeth Lederle Vaccines S.A., Rue de Banquet, 15, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgique. **Registrační číslo:** EU/1/09/580/001-6. **Datum poslední revize textu:** 24.10.2011. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis.** Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti splňující podmínky dané zákonem č. 48/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. SPC Prevenar 13. 2. SPC Synflorix. 3. Motlův J, Beneš Č, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v letech 2000–2006. *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* 57, 2008; 5: 14–21. 4. Motlův J, Beneš Č, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v letech 2000–2008. *Zprávy EM (SZÚ, Praha)* 2009; 18(6): 203–209. 5. Motlův J, Beneš Č, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v letech 2000–2008. *Zprávy EM (SZÚ, Praha)* 2010; 19(3): 68–77. 6. Motlův J, Křiváček P. Invazivní pneumokokové onemocnění v České republice v roce 2010. *Zprávy EM (SZÚ, Praha)* 2011; 20(2): 64–69. 7. Bechoud Z. Očkování proti pneumokokům. *Farmakoterapie* 2010; 6(3): 241–332. 8. Byington CL, Korgenski K, Daly J et al. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 25: 250–254. 9. Kaplan SL, Benson WJ, Lin PL. *Pediatrics* 2010; 125: 429–436. 10. O'bando I, Muñoz-Almagro C, Arroyo LA. *Emerg Infect Dis* 2008; Vol 14, No 9: 1380–1387. 11. Dinleyici EC, Yangic ZA. *Expert Review Vaccines* 2009; 8(8): 977–986. 12. Zemlickova H, Jakubec V. *Urbachova P. Journal of Medical Microbiology* 2010; 59: 1079–1083. 13. Rückerling S, von Kries R, Sadler A, van der Linden M. *Pediatr Infect Dis J* 2009; Feb; 28(2): 118–22. 14. van Gils EJM, Verhoeven RH, Hak E. *JAMA* 2010; 304(10): 1039–1046.

* Galienova cena, udělována za vynikající práci jako Prix Galien, uděluje v roce 1989 významný farmaceut a farmaceutický Roland Mehl. Ocenění Prix Galien bylo poprvé uděleno v roce 1970 ve Francii. Od roku 2007 Prix Galien Foundation vykládá jedno z nejvyšších ocenění ve farmaceutickém průmyslu ve Spojených státech.

Pfizer, spol. s r.o., Straupnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 263 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz

www.prevenar13.cz



Prevenar je registrovaný pro zdravotní účely.

