



NADÍVANÝ VITAMÍN C. PO TĚM SE MŮŽU UTLOUCT!

- Akce SPLDD v roce 2019
- Termínový kalendář akcí SPLDD na rok 2020
- Orientační stanovení předpokládané návratnosti kupní ceny lékařské praxe
- Stárnutí populace a jeho dopad na zdravotnictví
- Kazuistika pacientky s optickou neuritidou asociovanou s anti-MOG protilátkami
- Alergenová imunoterapie v léčbě inhalačních alergií
- Úhradová vyhláška

S láskou k přírodě a našim dětem



PŘÍRODNÍ SIRUP VYSOKÉ KVALITY



ERDOHerbal medový sirup obsahuje přírodní složky rozpuštěné v medu ověřené kvality a původu.

- ✦ Extrakty z proskurníku a tymiánu pro zdravé dýchací cesty, propolis a niacin pro normální stav sliznic.

Neobsahuje řepný cukr, alkohol, konzervanty a jiná aditiva. Doplněk stravy.



Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Páteřní 7, 635 00 Brno, www.angelini.cz

www.erdoherbal.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	
	- Předepisování léčiv na recept	
	- Výzva delegátům XXXIV. sjezdu ČLK	6
	- Reakce na ČLK pro Zdravotnictví a medicína	
	- ÚZIS	
	Marta Šimůnková	14
	Stárnutí populace a jeho dopad na zdravotnictví	
	Akce SPLDD v roce 2019	16
	Termínový kalendář akcí SPLDD na rok 2020	19
	Ing. František Elis	
	Orientační stanovení předpokládané návratnosti kupní ceny lékařské praxe	20
	MUDr. Jaroslav Svoboda	24
	42 let klinické imunologie v Československu	
	Prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.	
	Použití přípravku Isoprinosine pro léčbu deficitů imunitního systému a pro rekurentní infekce způsobené herpes labialis a genitalis	26
	MUDr. Irena Krčmová, CSc.	
	Alergenová imunoterapie v léčbě inhalačních alergií	28
	MUDr. Petra Hanáková	
	Kazuistika pacientky s optickou neuritidou asociovanou s anti-MOG protilátky	34
	Aktuality	36
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Syndromologie	38
	Vyhláška č. 268/2019 Sb., ze dne 18. října 2019, o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINI
GSK

Olivova dětská
léčebna

MSD
KONRÁD

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
telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

Redakce VOX:

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Redakční rada:

šéfredaktor MUDr. Jiřina Dvořáková,

redaktor pro profesní část
MUDr. Ctirad Kozderka,

redaktor pro odbornou část
MUDr. Klára Vitoušová,

členové redakční rady
MUDr. Jiří Liška, CSc.,
MUDr. Ilona Hülleová,
MUDr. Jana Kulhánková,
MUDr. Kateřina Štichhauerová,
MUDr. Ivana Koleč.

Kresba na titulní straně: Vladimír Renčín (autorská práva poskytl Miloslav Renčínová)

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2 200 výtisků. Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241. Redakce nezodpovídá za obsah článků. Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce. Nevyžádané podklady se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzercí a vložených tiskovin.



Vážení a milí čtenáři Voxu,

Ohlížíme se za rokem 2019. Jaký byl, co nám sebral a co naopak přinesl? Byl úspěšný, či nikoliv? Z hlediska Voxu úspěšný byl. Vycházeli jsme dle plánu, podařilo se sehnat téměř všechny plánované články, zveřejňovali jsme aktuální informace potřebné pro naši práci a snad se nám podařilo vás potěšit nejenom editorialem v prosincovém čísle, který napsala známá herečka Zlata Adamovská. A také se nám podařilo zajistit obrázky na obálky pro ročník 2020, jehož první číslo držíte v ruce. Řadu let se snažíme, aby obálka každého ročníku byla něčím výjimečná, ať už nám malují obrázky děti nebo handicapovaní, tiskneme fotografie našich ordinací, reprodukce obrazů či historické fotografie. Chceme, aby každý ročník tím byl pro vás charakteristický. Pro ten letošní se nám podařilo zajistit na

obálku obrázky pana Vladimíra Renčína. Přejeme si, aby vám jeho nesmírně lidský a laskavý humor vyloudil úsměv na tváři, ještě než otevřete časopis. A i když vás možná potom už další obsah nepotěší, protože to opravdu zaručit nemůžeme, aby ve vás ten úsměv aspoň chvilku zůstal. Velmi děkujeme rodině pana Renčína, která nám poskytla práva tyto obrázky otisknout.

Ono to vypadá jako samozřejmost, že každý měsíc držíte časopis v ruce, ale je za tím neuvěřitelné množství práce, kterou odvádí jen pár lidí. Redakční rada, která se snaží zajistit jak aktuální profesní informace z jednání, tak i návody a doporučení pro hladké chody našich ordinací a oslovovat zajímavé autory pro odborné články a pro kazuistiky. Máme hodně skvělých autorů a já děkuji všem, kteří nám v minulosti napsali článek nejenom na vyžádané téma, ale i v potřebném termínu. Ne každý autor chápe, že jsme vázáni časovými možnostmi grafika, korektorky a tiskárny. Někdy je takový malý zázrak, že časopis vůbec vyjde. Naštěstí se to zatím vždy podařilo díky usilovné práci všech mých spolupracovníků a já jim za to chci na prahu nového roku moc poděkovat. Snad se nám podaří letos redakční radu rozšířit o dopisovatele z regionů. Byla bych ráda, kdyby nám pomáhali oslovovat zajímavé autory ze svých klinik a nemocnic. Pokud by někdo z vás měl zájem pro časopis Vox pracovat, rádi vás uvítáme v našich řadách.

Konec roku mě vedl k zamyšlení nad lidskou pamětí. Jak rádi všichni zapomínáme, co bylo dříve. V devadesátém roce, hned jak po revoluci padla hranice, jsme s manželem vyrazili autem do vytoužené Francie. Nedávno jsem otevřela svůj cestovní deník z té cesty. Krom mnoha jiných pro nás v té době zcela neznámých věcí jsem si s úsměvem přečetla popis naší návštěvy obchodního centra. Když jsme pochopili, že musíme mít pojízdný nákupní košík, tak nám dobu trvalo přijít na princip, jak ho dostat z řady zaparkovaných vozíků. Uvnitř obrovský úžas nad množstvím ovoce všeho druhu, očištěné zeleniny, porcovaného masa, výběrem jogurtů a vrcholem všeho barevný voňavý toaletní papír... Dostali jsme tehdy na celý pobyt každý 270 franků, takže jsem do toho obrovského košíku dala sadu ovocných jogurtů a koupelnový věšáček ve tvaru sloníka. U pokladny jsem potom valila oči na vrchovaté košíky, s kterými přijížděli ostatní nakupující, a přemýšlela, proč dělají takové obrovské nákupy a jak to, že neplatí penězi, ale plastovou kartičkou. Velmi se mi to připomnělo nedávno před vánočními svátky, kdy u pokladny v Globusu stály fronty nakupujících s podobně přeplněnými košíky. Tuto úroveň jsme určitě vyrovnali. Naučili jsme se plnit košíky a platit platební kartou.

Podobně je to i ve zdravotnictví. Zavzpomínejte se mnou, jak vypadaly naše ordinace. Stará lina, plechové skřínky, staré váhy, fonendoskop a tužka. A ten výběr léků – PNC, Ampicilin, Erytromycin, nějaký ten sirup na kašel, kapky do nosu. Učili jsme maminky drtit tablety a vařit rýžové odvary. Do toho jsme postupně privatizovali své ordinace, dávali stranou každou korunu, abychom je vybavili novým nábytkem a zpříjemnili prostředí pro naše pacienty. A učili se zacházet s počítačem, mobily a novými přístroji. Někdo to zvládal lépe, někdo hůře, ale zvládli jsme to všichni. Chápu dnes své kolegy, že se jim nelíbí e-recept, e-neschopenka a jiné e-... Ale tak, jako jsme si zvykli používat počítače a mobily, zvykneme si i na toto a časem asi nebudeme chápat, jak jsme bez toho mohli dříve ordinovat. Pokrok prostě nezastavíme svou nechtí a protesty. Jen ta nařízená povinnost se mi nelíbí. Bojovali jsme za dobrovolnost, on by k tomu časem každý došel. Ne vše se vybojovat podařilo, tak se vám ten boj s novými technologiemi snažíme aspoň usnadnit na našich seminářích. Jen člověku vybavenému znalostmi a dovednostmi se s tím lépe pracuje. Věřím, že se i my starší se vším vyrovnáme, jako jsme se vyrovnali s předcházejícími potížemi. A ti mladší by měli převzít od svých rukou rozvoj pokroku v našich ordinacích. Přeji jim k tomu co nejvíce elánu a síl.

Tento rok bude rokem volebním jak v regionech, tak i pro centrální orgány SPLDD. Potřebujeme, aby na svých místech zůstali lidé se zkušeností, ale také aby se naši mladší kolegové, kteří od nich ty zkušenosti převzou a budou je dále rozvíjet. Věřím, že se najdou. Protože pokud ne, tak opravdu časem zcela padne náš obor, a tentokrát naší rukou.

Přeji vám všem klidný a spokojený rok 2020.

Jiřina Dvořáková



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Úvodem mi dovoluji popřát vám krásný a pohodový nový rok, hlavně zdraví, mnoho osobních a pracovních úspěchů. I drobné radosti v životě potěší a napomohou zvládat spěch, stres či hrozící syndrom vyhoření. Období vánočních svátků jistě přispělo ke zpomalení našeho tempa a načerpání sil do dalšího období.

Chtěla bych začít nový rok pozitivně. Připomeňme si tedy jen stručně, co se podařilo za rok 2019 v SPLDD.

- Máme novou, menší a úspornější kancelář, proběhla revize archivu, skartace
- Uhájili jsme přímou distribuci vakcín do ordinací PLDD bez ověřování vakcín PLDD
- Vznikl koncepční materiál k reformě primární péče a dochází k postupnému naplňování cílů
- Vyjednali jsme rekordní navýšení úhrad pro PLDD v roce 2020
- Vyjednali jsme nové výkony pro rok 2020
- Zvládli jsme aktualizaci a modernizaci webových stránek SPLDD
- Bezproblémově probíhá rychlá informovanost členské základny prostřednictvím VOX INFO
- Vysoce hodnocen je profesní časopis VOX PEDIATRIAE
- Úspěšně proběhly tradiční vzdělávací akce SPLDD – Management v ordinaci PLDD, Kongres primární péče, Sestra v ordinaci PLDD, Komunikace
- Ve spolupráci s ČPS ČLS JEP a OSPDL ČLS JEP jsme se podíleli na zajištění Pediatrického kongresu
- Jsme významnou profesní organizací, která je vidět a slyšet

Ne vše se daří, ale pracujeme nadále na cílech a problémech, které chceme řešit. Jako každoročně se v závěru roku konala jednání se zástupci ZP nad individuálními cenovými dodatky.

Události v měsíci listopadu a prosinci:

16. 11. 2019 se uskutečnil druhý společný seminář s lékárníky v Praze.

19. 11. 2019 projednali aktuální problematiku zástupci Koalice soukromých lékařů.

27. 11. 2019 proběhla jednání na ÚP VZP, předmětem byly úhradový dodatek a bonifikační dodatky pro rok 2020.

3.–4. 12. 2019 se konala v Clarion Hotelu v Praze konference „Efektivní nemocnice 2019 – Strategie zdravotních pojišťoven a nemocnic“. Úvodní slovo měl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Měla jsem možnost aktivně vystoupit v bloku na téma „Zlepšování kvality a dostupnosti zdravotní péče v nemocnicích a ambulancích“. Upozornila jsem na rozpadající se primární pediatrickou péči a zhoršující se dostupnost registrovaných PLDD.

6. 12. 2019 se sešlo předsednictvo SPLDD ČR, aby projednalo aktuální problematiku. MUDr. Kudyn se rozhodl ukončit svou činnost ve výboru SPLDD a rozloučil se na tomto jednání se členy předsednictva. Byl jmenován čestným předsedou a chtěla bych mu i touto formou poděkovat za dlouholetou práci ve prospěch nás všech PLDD a profesní organizace. Následovalo velmi pěkné a milé vánoční posezení se spolupracovníky a hosty. Příjemná atmosféra, neformální diskuse a dobrá nálada byla tou správnou tečkou na závěrečném setkání členů předsednictva v roce 2019.

11. 12. 2019 se konala v Praze **2. pracovní konference „Udržitelnost financování zdravotní péče, dostupnost a financování ambulantní péče“**. Měla jsem možnost v panelu přednášejících pohovořit o současné a budoucí situaci v případě PLDD, hrozící nedostupnosti primární péče o děti v ČR.

11. 12. 2019 se uskutečnilo jednání o úhradovém dodatku se zástupci ZP MV ČR.

12. 12. 2019 svolal ministr zdravotnictví další jednání pracovní skupiny k reformě primární péče.

17. 12. 2019 na půdě SPLDD proběhlo jednání výkonného výboru SPLDD a zdravotních ředitelů ZP. Předmětem byla zejména metodika vykazování nových edukačních kódů k očkování.



Informace SPLDD

■ Ministerstvo zdravotnictví vydalo dne 10. prosince 2019 cenový předpis č. 2/2020/CAU – o regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb, stanovení maximálních cen zdravotních služeb poskytovaných zubními lékaři hrazených z veřejného zdravotního pojištění a specifických zdravotních výkonů

Předpisem byla zvýšena maximální hodnota 1 bodu z 1,29 Kč na 1,32 Kč.

Z cenového předpisu vyjímáme lékařské úkony pro státní správu týkající se PLDD. Meziročně tedy ceny vzrostly o cca 8,8 %.

MPSV, ÚP, ČSSZ, OSSZ, OSPD

Lékařský nález – komplexní vyšetření zdravotního stavu osoby včetně vyplnění příslušného tiskopisu pro účely posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení

(opakované komplexní vyšetření lékařem)

629 Kč

Lékařský nález – cílené vyšetření zdravotního stavu osoby včetně vyplnění příslušného tiskopisu pro účely posouzení zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení

(cílené vyšetření lékařem + 1 administrativní úkon)

343 Kč

Vyjádření lékaře na příslušném tiskopise pro účely umístění osoby do zařízení sociálních služeb (podrobný výpis z dokumentace)

301 Kč

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu

- nezletilého dítěte pro účely umístění do zařízení pro výkon ústavní výchovy a zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc
- nezletilého dítěte pro účely svěřením do náhradní rodinné péče
- dítěte, u něhož je podezření, že došlo k ohrožení nebo poškození jeho zdravotního stavu v souvislosti s trestným činem nebo přestupkem

(cílené vyšetření lékařem)

397 Kč

Vyjádření lékaře ke konkrétní otázce zdravotního stavu dítěte, rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte pro účely sociálně právní ochrany dětí

(administrativní úkon)

100 Kč

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu

- osoby pro účely posouzení vhodnosti stát se pěstounem nebo osvojitelem
- dítěte, které nemá na území ČR povolen trvalý pobyt, nebo není hlášeno k pobytu na území ČR po dobu nejméně 90 dnů, ani není oprávněno podle zvláštního právního předpisu trvale pobývat na území ČR

(cílené vyšetření lékařem + administrativní výkon)

497 Kč

Vyjádření lékaře ke konkrétní otázce zdravotního stavu dítěte, rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte pro účely sociálně právní ochrany dětí

(administrativní úkon)

100 Kč

Nezbytná administrativní činnost lékaře související se zapůjčením zdravotnické dokumentace pro účely resortu práce a sociálních věcí

(administrativní úkon + prokazatelně vynaložené náklady na doporučené poštovné)

100 Kč + doporučené poštovné

Podrobný výpis ze zdravotnické dokumentace hospitalizovaného pacienta, žadatele o příspěvek na péči, pokud následná nebo dlouhodobá lůžková péče pro tutéž nemoc nebo úraz trvá nepřetržitě déle než 60 dnů

(podrobný výpis ze zdravotnické dokumentace hospitalizovaného pacienta + administrativní výkon)

401 Kč

Vyjádření (potvrzení) lékaře o zdravotním stavu občana pro účely nepojistných sociálních dávek

(administrativní úkon)

100 Kč

Ministerstvo vnitra

Lékařská zpráva o prvotním výsledku prohlídky zraněné osoby

(administrativní výkon)

100 Kč

Lékařská zpráva o zdravotním stavu osoby zpracovaná na podkladě zdravotnické dokumentace

(podrobný výpis z dokumentace)

301 Kč

Klinické vyšetření osoby podezřelé z požití alkoholu spojené s odběrem žilní krve

(cílené vyšetření lékařem + odběr krve ze žíly u dospělého)

293 Kč

Klinické vyšetření osoby při podezření z požití či podání návykových, psychotropních a jiných látek než alkoholu

(cílené vyšetření lékařem)

629 Kč

Vyšetření dítěte cizince před vrácením nebo policejním průvozem s vystavením lékařské zprávy

(cílené vyšetření lékařem)

397 Kč

Ministerstvo spravedlnosti

Vyjádření (potvrzení) lékaře o zdravotním stavu osoby dožádané státním zastupitelstvím nebo soudem nebo týkající se pacienta v ochranném léčení nařízeném soudem

(administrativní výkon)

100 Kč

Podrobná lékařská zpráva o zdravotním stavu osoby dožádaná státním zastupitelstvím nebo soudem zpracovaná na základě zdravotnické dokumentace

(podrobný výpis z dokumentace)

301 Kč

■ Předepisování léčiv na recept bude mít od nového roku nová pravidla

Nová vyhláška o předepisování léčivých přípravků zveřejněná ve Sbírce zákonů přinese lékařům od 1. ledna 2020 několik novinek. Změny se budou týkat především údajů uvedených na eReceptu a receptu v listinné podobě. Na změny by měli být dodavatelé softwarů pro lékaře včas připraveni. „Dodavatelé softwaru byli včas o všech změnách vyzooměni Státním ústavem pro kontrolu léčiv a opakovaně proškoleni na několika seminářích. Přesto by se měli lékaři přesvědčit u svého správce systému nebo dodavatele programu, který používají pro předepisování receptů, že v jejich programu budou všechny potřebné změny od nového roku implementovány,“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Dosavadní vyhláška č. 54/2008 Sb., o předepisování léčiv, a také vyhláška č. 415/2017 Sb., která upravovala některá pravidla týkající se elektronických receptů, pozbudou platnosti k 31. 12. 2019. Nově se pravidla týkající se předepisování elektronických i listinných receptů budou řídit novou vyhláškou č. 329/2019 Sb. a částečně přímo zákonem o léčivech. Avšak předepisování



léčiv pro poskytování veterinární péče bude upraveno samostatnou vyhláškou.

Co se týče receptů v listinné podobě, vyhověli jsme požadavkům předepisujících lékařů a nově již **není nadále nutné opatřit recept otiskem razítka**. Požadované identifikační údaje o předepisujícím lékaři, resp. poskytovateli, které se na razítku dnes uvádějí, bude možné jednoduše vytisknout nebo vypsát. Důležitou změnou u listinných receptů je, že v této formě již **nebude možné vystavovat opakovací recept**. To souvisí se zdůrazněním toho, že listinné recepty mají být pouze výjimečné, v zákonem definovaných situacích. Opakovací recept bude nadále možné vystavit pouze v elektronické podobě.

U elektronických receptů bude **nově uvedeno telefonní číslo pacienta, popřípadě místo jeho skutečného pobytu**. Kvůli nutnosti ztotožnění pacienta v základních registrech se na elektronickém receptu uvádělo jen trvalé bydliště, podle kterého však pacient není často dohledatelný, a telefon či adresa skutečného pobytu může zásadně pomoci, například při stahování léčiv u závad v jakosti.

Další změnou je **nová informační povinnost v situaci, pokud dojde ke změně již vystaveného elektronického receptu**. Lékař může změnit podstatné náležitosti každého receptu. Jelikož však zpravidla ke změně dochází až poté, kdy pacient již není v dosahu lékaře, a pacient tak může očekávat, že mu v lékárně bude vydán původně předepsaný léčivý přípravek nebo jiná varianta či s jinými pokyny, je potřeba, aby lékař do poznámky k elektronickému receptu dopsal informaci, že provedl změnu a v čem spočívá. To zásadně napomůže tomu, aby lékárník mohl pacientovi správně odůvodnit, proč je mu vydáno něco jiného, než pacient očekával, nebo s jinými pokyny.

Změny se nedotkly způsobu předávání identifikačního elektronického receptu. Ten i nadále musí být předáván bezplatně, ale způsob předání si volí sám pacient. „**Pacient si může svobodně vybrat mezi vytisknutím průvodky, zasláním identifikačního prostřednictvím SMS nebo e-mailu, popř. zcela bez zaslání identifikačního, pokud pacient používá aplikaci eRecept. Pokud pacient nezvolí žádnou specifickou formu, identifikační by mu měl být předán v listinné podobě, tedy na tzv. průvodce. Elektronický recept může předepisující lékař, tak jako tomu bylo doposud, změnit nebo zrušit, pokud nebyl zahájen jeho výdej,**“ uvedl náměstek ministra zdravotnictví Filip Vrubel.

Jak již bylo uvedeno, vystavení eReceptu a předání identifikačního je podle zákona bezplatné. Lékař není oprávněn vybírat žádný poplatek. V případě opaku se dopouští přešlupku, za který mu hrozí finanční postih. Předání identifikačního formou SMS či e-mailu pro lékaře nepředstavuje vůbec žádné náklady. Náklady na SMS zaslání prostřednictvím Centrálního úložiště elektronických receptů hradí Státní ústav pro kontrolu léčiv. Ani pacient, ani lékař. Není tedy důvod, aby takový způsob předání identifikačního podléhal nějakému poplatku, který by byl pacient povinen předepisujícímu lékaři uhradit.

Pacient má sice právo vybrat si způsob předání identifikačního, a může tedy požadovat zaslání identifikačního v SMS nebo e-mailem, přičemž lékař mu nemůže v této volbě bránit. To ale neznamená, že má pacient nárok na předepsání léčivého přípravku, obzvláště v situaci, kdy pacient vyžaduje vystavení eReceptu na dálku, bez návštěvy lékaře. Novela zákona o léčivech ani předepisovací vyhláška nic nemění na tom, že **je pouze na rozhodnutí lékaře a je jeho odpovědností, zda předepíše léčivý přípravek a zda jej předepíše i v situaci, kdy pacient nepřišel k lékaři osobně. Pacient si nemůže vynutit předepsání léčivého přípravku na dálku**. Pokud už však lékař souhlasí s vystavením receptu na dálku, pak musí identifikační poslat způsobem, který určí pacient.

Společnou změnou u elektronických receptů i listinných receptů je změna počtu položek. Na obě formy receptu bude možné předepsat pouze jedinou položku.

U elektronických receptů je změna vyžádána na základě připomínek lékařů a lékárníků z terénu. U listinného receptu souvisí tato změna opět s již zmiňovanou skutečností, že vystavení listinného receptu má být i do budoucna jen výjimečné. Navíc lékárník bude muset takový recept digitalizovat. Zatímco u listinných receptů bude jedna položka povinná až od 1. června 2020, aby byl dostatek času na seznámení se s touto zásadní změnou, u elektronických receptů to nastane již od 1. ledna 2020. Centrální úložiště elektronických receptů od tohoto data automaticky neumožní vystavit žádný elektronický recept, který by obsahoval dvě položky.

Další společnou změnou pro elektronické i listinné recepty je sjednocení doby platnosti receptu. Jednotně nyní bude 14 dní, nestanoví-li lékař jinak, nejdéle však 1 rok. Tím byla zrušena odlišná doba platnosti receptu u různých typů předepisovaných

léčivých přípravků. Délka platnosti u všech typů receptů se bude počítat od následujícího dne po dni vystavení receptu. Odlišná úprava platnosti stále zůstává pro recept předepsaný v rámci poskytnuté neodkladné péče a recept vystavený lékařskou pohotovostní službou, který platí do konce prvního dne následujícího po dni jeho vystavení.

Odbor komunikace s veřejností
Ing. Gabriela Štěpanyová, tisková mluvčí

■ Prezident komory Milan Kubek nařkl koalici soukromých lékařů ze servility k ministrově, která zapříčinila nízkou výši jejich úhrad

Měli se podle něj nedohodnout a podpořit Krizový štáb – pak by vyjednali lepší podmínky. Delegáti sjezdu ČLK odsouhlasili výzvu soukromým lékařům, aby udělili ČLK, o. s., plnou moc k zastupování v dohodovacím řízení v dalších letech. Měli by tedy soukromí lékaři plnou moc ČLK, o. s., udělit?

Koalice soukromých lékařů (KSL), jejímiž členy jsou Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (SPLDD ČR), Sdružení praktických lékařů, Česká stomatologická komora a Sdružení ambulantních specialistů, zastupuje prakticky kompletní primární zdravotní péči v ČR. Její zástupci jsou účastníky dohodovacího řízení o cenách již léta a vždy se snažili o maximální možné navýšení úhrad pro svůj segment. Ne vždy se to dařilo, zkušenosti s nedohodou nejsou dobré. KSL kritizovala předchozí ministry zdravotnictví, kteří bez jakékoliv vize či koncepce protežovali některé segmenty na úkor jiných. Většinou se jednalo o lůžkový segment a problémy primární péče byly přehlíženy. Vyvrcholilo to na podzim roku 2017, kdy jsme symbolicky uspořádali pohřeb primární péče. Jedním ze základních požadavků bylo i to, že chceme takového ministra zdravotnictví, který bude mít vizi a smysluplnou koncepci, bude zdravotnictví skutečně řídit a ne pouze chaoticky reagovat na křik či průběžně vznikající problémy, jak jsme toho byli svědky již řadu let. Ministr Adam Vojtěch naše očekávání začal postupně realizovat. Pro dohodovací řízení vydal jasný signál, že MZ nebude v úhradách protežovat některý ze segmentů a očekává dohodu poskytovatelů se zdravotními pojišťovnami. Při letošních jednáních o úhradách pro rok 2020 jsme vyjednali nejen výrazné navýšení úhrad pro náš segment, ale také finanční ohodnocení těch, kteří zvyšují kva-



litu poskytované péče. Zástupce ČLK, o.s., byl vždy účastníkem dohodovacích jednání, a přestože měl daleko méně plných mocí, vždy jsme se snažili dohodnout a vzájemně se podpořit. I při letošním jednání jsme návrh zástupce ČLK, o.s., jednomyslně podpořili, nicméně návrh nezískal podporu zdravotních pojišťoven. Návrh nebyl rozveden do konkrétních kroků a prezident ČLK MUDr. Milan Kubek s námi nejednal. V době dohody nebyly o tzv. krizovém štábu a jeho aktivitách žádné informace. ČLK v minulosti neřešila v případě praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) jejich podhodnocení a nedostatečné úhrady. V době, kdy nebyly PLDD vykompenzovány zrušené regulační poplatky, nám ČLK nijak nepomohla. Proto PLDD dávali a dávají plnou moc k jednání SPLDD ČR. Vyjednali jsme pro PLDD v posledních dvou letech výrazné navýšení plateb. Útoky prezidenta Kubka na zástupce KSL vnímají PLDD velmi negativně. Na celostátní konferenci SPLDD ČR se k této negativní a štvavé kampani vyjádřili i delegáti konference. Odsouhlasili prohlášení, které bylo následně zasláno prezidentu ČLK MUDr. Kubkovi, všem okresním sdružením ČLK. Výzva byla adresována delegátům XXXIV. sjezdu ČLK s cílem zastavit štvavou a neobjektivní mediální kampaň vedenou prezidentem ČLK proti profesním sdružením soukromých lékařů. Považujeme konfrontační jednání prezidenta ČLK za nevhodné, lékařský stav rozdělující. Upozorňujeme na to, že členy ČLK informuje neobjektivně a tendenčně. Domnívám se, že ČLK by neměla protežovat jednu organizaci ČLK, o.s., a brojít proti jiným, v našem případě proti organizacím sdruženým v Koalici soukromých lékařů. ČLK by měla být komorou všech lékařů, zastupovat je v očích veřejnosti jiným způsobem než odborářskými aktivitami. Pokud požaduje vzájemnou podporu a jednotný postup při hájení zájmů lékařů, měla by se o to snažit společnou komunikací a společným jednáním.

Soukromí lékaři mají plné právo udělit plnou moc tomu, komu důvěřují, a tomu, kdo pro ně v minulosti či přítomnosti vyjednal co nejlepší podmínky pro jejich práci. Troufám si říci, že převážná většina PLDD plnou moc ČLK, o.s., nedá. Vycházím ze zkušeností z minulých let, kdy se ČLK, o.s., nijak nesnažila zlepšit úhrady a podmínky pro naši práci. Naopak stále stoupá počet plných mocí, které členové dali své profesní organizaci. V případě praktických lékařů pro děti a dorost by se měl prezident Kubek zajímat

spíše o personální krizi v zajištění péče o děti v ČR. Nese na ní svůj osobní podíl tím, že usiloval o zrušení oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Obor v posledních letech své existence vychovával dostatečný počet nových PLDD, kteří nahrazovali lékaře odcházející do důchodu. Po zrušení našeho oboru dochází k výraznému poklesu v počtu nastupujících mladých lékařů a ke zhoršení dostupnosti primární péče o děti v ČR.

MUDr. Ilona Hülleová, SPLDD ČR

■ Výzva delegátům XXXIV. sjezdu ČLK

Vážení kolegové, delegátky a delegáti XXXIV. sjezdu České lékařské komory, účastníci 28. výroční konference Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR se obracejí na vás, nejvyšší orgán naší České lékařské komory, se žádostí a výzvou. Byli bychom rádi, kdyby sjezd pomohl zastavit štvavou a neobjektivní mediální kampaň vedenou prezidentem ČLK proti profesním sdružením soukromých lékařů. Náš zásadní nesouhlas s touto kampaní jsme zveřejnili v „Otevřené výzvě prezidentu ČLK“ ze dne 29. 10. 2019. Vyzýváme vás, abyste se zabývali postavením ČLK mezi lékaři, a to bez rozdílu jejich pracovního zařazení. Není nám lhostejné, jak je jednání prezidenta ČLK, a tím i celé lékařské komory vnímáno většinou soukromých lékařů. Vzájemné osočování, osobní útoky a jednostranný pohled na stávající problémy lékařského stavu a jejich řešení vedou naši stavovskou organizaci do slepé uličky a snižují její vážnost mezi veřejností. Celostátní konference Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost zastupující přes 2 000 členů ČLK vyslovuje svoji nedůvěru prezidentovi ČLK MUDr. Milanu Kubkovi. Vyzývá tímto delegáty sjezdu ČLK, aby se vzniklou situací zabývali.

■ Kubek: Ministr Vojtěch se bojí lékařů

Letošní sjezd České lékařské komory i přes výhrady některých delegátů odsouhlasil postup prezidenta MUDr. Milana Kubka ohledně rekonstrukce budoucího Domu lékařů. Navíc potvrdil i ostré výhrady, které v předchozích týdnech adresoval prezident sdružením soukromých lékařů. „Komora je silná a jednotná,“ říká po sjezdu prezident Kubek.

• Jaký je podle vás nejdůležitější vzkaz sjezdu navenek?

Ministr Vojtěch se bojí lékařů a nechce slyšet pravdu o stavu resortu, v jehož čele stojí již dva roky a který se mu personálně rozpadá pod rukama. Proto nepřišel do Brna na sjezd lékařské komory.

Z usnesení sjezdu považuji za nejdůležitější to, že sjezd vyslovil, cituji: nespokojenost s prací ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha a jím vedeného ministerstva, které neřeší zásadní problémy českého zdravotnictví, kterými jsou nezajištěné financování, personální devastace, porušování platných právních předpisů, zejména zákoníku práce, nelegální práce cizinců bez aprobačních zkoušek, zhoršující se dostupnost zdravotní péče pro pacienty, a to včetně stále častější nedostupnosti běžných léků. Česká lékařská komora znovu nabízí svoji součinnost ministrovi zdravotnictví při řešení těchto problémů a vyzývá ho, aby se přestal věnovat mediálně atraktivním, ale ve skutečnosti podružným tématům, kdy činnost ministerstva nezlepšuje kvalitu, dostupnost a bezpečnost zdravotní péče, ale zvyšuje administrativní zatížení lékařů a ekonomicky zatěžuje poskytovatele zdravotních služeb. ČLK varuje občany, že systematické porušování zákoníku práce, ke kterému dochází v nemocnicích, ohrožuje bezpečnost pacientů obdobně jako nelegální práce cizinců bez aprobačních zkoušek. Ministerstvo zdravotnictví ČR i Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR svojí nečinností tyto nezákonné praktiky podporují.

• Zaznamenal jste na sjezdu několik úspěchů. Cítíte silnou podporu?

Ano, komora je silná a jednotná a pro mne je velkou ctí, že ji mohu vést.

• Jste spokojený s přísliby dalšího navyšování úhrad, které zazněly od ředitele VZP Zdeňka Kabátka, mimo jiné za diplom celoživotního vzdělávání?

O konečné výši bonifikací stále jednáme, respektive naši předběžnou dohodu musí schválit správní rada VZP.

• Ve své zprávě jste zmínil problém se zaměstnáváním cizinců ze třetích zemí, kteří nemají k samostatné práci u nás potřebné zkoušky. Co s tím budete dělat?

ČLK upozorňuje na porušování zákona spočívající v tom, že cizinci bez aprobačních zkoušek pracují v některých zdravotnických zařízeních samostatně bez přímého odborného vedení. Cizinec, který vystudoval lékařskou fakultu mimo EU, nemůže bez aprobačních zkoušek vykonávat lékařské povolání. Jak



se sjezd usnesl, ČLK vyzývá ministerstvo zdravotnictví ke spolupráci při zajišťování bezpečnosti pacientů a žádá, aby ministerstvo průběžně v intervalu jedenkrát za měsíc předávalo České lékařské komoře jmenný seznam cizinců, kterým v daném kalendářním měsíci udělilo povolení k výkonu odborné praxe. Současně ČLK žádá o jmenný seznam školitelů, kteří se na daném pracovišti (nemocnice a oddělení) věnují lékařům s odbornou způsobilostí.

Ministerstvo zdravotnictví však s námi odmítá spolupracovat. Nejprve tvrdili, že by předáním informací komoře porušili pravidla ochrany osobních údajů. To je samozřejmě nesmysl, což nám potvrdil i Úřad na ochranu osobních údajů, ale ani jeho stanovisko odpor ministerstva nezlomilo. Jak máme věřit tvrzením ministra, hejtmánů a ředitelů nemocnic, že dodržují zákon, když nám zuby nehty brání to zkontrolovat? Je jasné, že nemají čisté svědomí a nemluví pravdu, přičemž hazardují se zdravím a životy nevinných lidí. Je to ostuda.

Jednou z možností, jak situaci řešit, by bylo předat celou věc policii. To mi připadá poněkud trapné, a tak se snažíme pacientům pomáhat v mezích svých možností. Na webových stránkách komory je banner „Seznam lékařů“, po jeho rozkliknutí si každý může ověřit, zda člověk, který ho ošetřuje, je skutečně lékařem registrovaným komorou, a zda má tedy právo pacienty léčit. Naše rada zní: Pokud dotyčnou osobu nenaleznete v Seznamu lékařů registrovaných komorou, pak tento člověk s největší pravděpodobností nemá právo u nás jako lékař pracovat, a v takovém případě informujte neprodleně Českou lékařskou komoru.

• Na sjezdu eskalovalo napětí mezi ČLK a sdruženími soukromých lékařů. Proč?

Pro pochopení je třeba se vrátit k letošnímu dohodovacímu řízení, v jehož rámci se komora snažila získat pro soukromé lékaře vyšší zvýšení příjmů, než se kterým se spokojili představitelé vámi zmiňovaných sdružení. V situaci, kdy si ministr Vojtěch za každou cenu přál dohodu, aby si udržel image úspěšného ministra, a kdy pojišťovny mají na účtech desítky miliard korun, jsme měli šanci získat mnohem více. Kdy jindy než v čase ekonomické prosperity by se měla ekonomická situace soukromých lékařů zlepšit?

Komora se nepřipojila k dohodám ani u praktických lékařů, ani u ambulantních specialistů, ale přehlasovali nás. Zástupci Sdružení ambulantních specialistů, Sdružení

praktických lékařů, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a Sdružení soukromých gynekologů upřednostnili zájem ministra zdravotnictví, kterého podporují, před zájmy lékařů. Aby se to příště neopakovalo, vyzývá sjezd ČLK všechny soukromé lékaře, aby dali plnou moc k zastupování ČLK, o. s. Vzhledem k tomu, že alespoň v segmentech nemocnic a domácí péče jednání dohodou neskončila, otevřela se možnost dále jednat. Vznikl Krizový štáb – 9 proti kolapsu zdravotnictví, jehož dlouhodobým cílem je nárůst výdajů na zdravotnictví na devět procent HDP. Komora se k této aktivitě připojila a snažili jsme se společně prosadit změnu úhradové vyhlášky.

Komora podporovala nemocnice i domácí péči, ale navíc jsme kromě splnění jejich oprávněných požadavků bojovali za navýšení úhrad pro všechny ostatní o pět procent. Takzvaná Koalice soukromých lékařů nás však během těch náročných jednání podrazila celkem třikrát. Poprvé, když 29. srpna 2019 vyzvali ministra Vojtěcha, aby neustupoval tlaku odborů, a vyslovili se proti zvyšování platů nemocničních lékařů. Co jim je do toho?

Podruhé pak 11. září představitelé takzvané Koalice soukromých lékařů Šonka, Šmucler, Jojko, Hülleová a Dvořák vyzvali dopisem předsedu vlády Babiše, aby neustupoval tlaku na zvyšování platů a mezd zdravotníků. Vyjádřili podporu ministru Vojtěchovi a odmítli navyšování výdajů na zdravotnictví. Stalo se tak přesně v den prvního jednání s předsedou vlády. Co horšího jsme si mohli přát? Pan premiér byl logicky zmatený z toho, proč Kubek jako prezident komory požaduje zvýšení příjmů soukromých lékařů, když ti jsou spokojeni a nic nechtějí.

Třetí podraz pak přišel na jednání takzvané Rady poskytovatelů s premiérem, kdy ti, kdo celou dobu žádné peníze navíc nechtěli, se nestyděli sebrat nemocnicím část z toho mála, co se nám, jim navzdory, podařilo získat. Chápu, že takto nekolegiální jednání nemocniční lékaře rozcílilo.

Potěšilo mne, že náš sjezd odsoudil takové projevy nekolegiality a vyzval organizace lékařů sdružené v takzvané Koalici soukromých lékařů, aby už konečně začaly podporovat trvalou snahu České lékařské komory o zlepšení profesních a pracovních podmínek všech lékařů. Byl bych rád, pokud by toto usnesení své stavovské organizace kolegové respektovali.

• Silně usilujete o to, aby ČLK, o. s., získala více plných mocí. Kolik plných mocí pro dohodovací řízení pro rok 2021 by z vašeho pohledu bylo úspěchem?

Komora hájí soukromé lékaře ve čtyřech segmentech: praktičtí lékaři, ambulantní specialisté, ambulantní gynekologie a complement. Byl bych spokojený, kdybychom se již letos stali alespoň v jednom z těchto segmentů nejsilnějším vyjednávačem. Jsem optimistou. Ukazuje se, že náš zásadový postoj lékaři oceňují. Vždyť jen za první polovinu listopadu nám třeba ambulantní specialisté zaslali 258 plných mocí.

• Na sjezdu jste poznamenal, že podpora ČLK, o. s., je ze strany delegátů vyjádřením loajality k ČLK. Proč vnímáte to, když se někdo angažuje ve prospěch svého segmentu v dohodovacím řízení v jiném sdružení nebo když někdo více důvěřuje v konkrétním segmentu jinému sdružení než ČLK, o. s., jako neloajalitu k ČLK?

Považuji za věc slušnosti a cti, aby ten, kdo se nechá zvolit funkcionářem nějaké instituce či organizace, pracoval ku prospěchu této organizace a snažil se přispívat k plnění jejích cílů. Nejsou mi sympatičtí lidé, kteří se někde angažují jen proto, aby organizaci takřkajíc „rozkládali zevnitř“. Pokud se komora na základě usnesení svých nejvyšších orgánů snaží hájit zájmy lékařů, pak by to měli všichni funkcionáři respektovat, a ne nám podrážet nohy.

• Sjezd udělal poslední krok k tomu, aby vznikl Dům lékařů, příští rok budete mít také nový vzdělávací portál. Co to pro vás znamená?

Ano, sjezd odsouhlasil moji zprávu o stavu projektu, který jsme rozjeli na základě usnesení sjezdu delegátů před třemi lety. Rok nám trvalo, než jsme v Praze našli vhodnou nemovitost. Její nákup za 97 milionů korun schválil sjezd v listopadu 2017. Poté jsme rok dům plný nájemníků provozovali a zároveň vybírali architekta, který by nám vytvořil nejlepší projekt na jeho rekonstrukci. Studie pana architekta Rymeše získala před rokem podporu na sjezdu v Praze. V současnosti máme hotový nejenom projekt Domu lékařů se vzdělávacím centrem a lékařským klubem, ale bylo vydáno i stavební povolení. Díky úvěru od banky, který delegáti odsouhlasili, můžeme stavět. Očekáváme, že rekonstrukce plánovaná na jedenáct měsíců bude stát zhruba 70 milionů korun. Lékařský stav získá důstojné a reprezentativní sídlo, do kterého, jak věřím, budou lékaři rádi chodit za vzděláváním i za zábavou.



Celoživotní vzdělávání lékařů je naší dlouhodobou prioritou. Vzdělávací portál, na kterém pracujeme, usnadní lékařům vyhledávání zajímavých přednášek a seminářů, usnadní přihlašování a sníží administrativu. Naší ambicí je soustředit na jednom místě všechny garantované vzdělávací akce včetně e-learningu a dalších moderních technologií.

A největší radost mám z toho, že k dnešnímu dni již 126 kolegů a kolegyně přispělo dobrovolně dohromady částkou 552 000 Kč na vybudování Domu lékařů. Lékařský stav si důstojně sídlo zaslouží.

Zdroj: Medical Tribune, 9. 12. 2019

■ Reakce Koalice na ČLK

Po vydání úhradové vyhlášky vyšla v časopisu ČLK Tempus Medicorum řada článků dehonestujících členy Koalice soukromých lékařů, které dikcí nápadně připomínají slavné články o samozvancích a zaprodancích z normalizačního Rudého práva. Prezident Kubek nás v nich obviňuje z toho, že nedostatečně hájíme zájmy soukromých lékařů. Tvrdí, že jsme vrazili kudlu do zad odborářů tím, že jsme trvali na našich dohodách, a zároveň také že soukromí lékaři parazitují na lékařích v nemocnicích. Ve svých útocích pokračoval na nedávném sjezdu ČLK a opakovaně bombarduje naše členy nevyžádanými e-maily plnými nepravdivých informací. Sám k osobním výpadům proti představitelům KSL a k propagaci ČLK, o.s., využívá e-mailové kontakty členů ČLK a neomezený prostor v časopise ČLK Tempus Medicorum, který hradí ze svých příspěvků všichni členové ČLK, tedy i soukromí lékaři. Nám ale upírá ve stejném médiu možnost se hájit a odmítl zveřejnit Otevřenou výzvu KSL prezidentu ČLK. Proto vítám možnost uvést věc na pravou míru na stránkách vašeho časopisu

Je zcela nezpochybnitelné, že v dohodovacím řízení pro rok 2020 bylo dosaženo historicky nebývalého navýšení úhrad soukromých lékařů, ale rozhodně se tak nestalo na úkor nemocnic. Navýšení úhrad pro segment lůžkových zařízení odpovídá navýšení úhrad ambulantního segmentu a rozdělení finančních prostředků je spravedlivé. Pokud mám mluvit za segment praktických lékařů, je třeba říci, že nám jde o celkovou proměnu postavení a role praktických lékařů v našem zdravotním systému a především o rozšíření našich kompetencí. To samozřejmě musí reflektovat úhrada naší péče, ale jde o celkovou proměnu způsobu úhrad pro náš

segment, nejen o její nominální navýšení. Příkladem budiž letošní dohoda na vzniku výkonu epizoda klinické péče, který nahrazuje do značné míry nesmyslný výkon pro náhradu regulačního poplatku. Díky konstruktivním jednáním se zdravotními pojišťovnami dosáhl náš segment dva roky za sebou dohody, což považuji za velmi pozitivní zprávu. Už v DR pro rok 2019 jsme s plátcí dohodli navýšení o 5,5 % pro náš segment a dosaďadní vývoj úhrad v letošním roce ukazuje, že reálný nárůst bude vyšší. Úhradová vyhláška pro rok 2020 počítá s navýšením pro náš segment ve výši cca 8 %. Celkový růst v našem segmentu v období 2019–2020 bude tedy minimálně 15 %. Pro srovnání: za předcházejících 10 let, kdy DR pro nás většinou končilo nedohodou a kdy (mimo jiné díky odborům a politice ČLK) každé navýšení výběru pojistného končilo v nemocnicích a platech jejich zaměstnanců, činil celkový růst našeho segmentu 7 %. Rostli jsme tedy 0,7 % ročně, což nekrylo ani inflaci. To vše se souhlasem ČLK, která proti této nespravedlnosti nikdy nahlas neprotestovala.

Během celého DR na rok 2020, které znamenalo několik kol složitěho vyjednávání, nepřišla ČLK a nikdo z vedení komory s vlastním konkrétním návrhem, ale ani žádnou oponenturou či připomínkou k našim návrhům. Po skončení DR se stala ČLK společně s odboráři součástí tzv. Krizového štábu, který se snažil torpédovat dohody většiny segmentů a vyvíjel tlak na ministerstvo, aby změnilo úhradovou vyhlášku a dalo nejvíce prostředků segmentům, které se nedohodly, zejména nemocnicím pro další plošné navýšení platů lékařů, sester a ostatního personálu v lůžkových zařízeních. My jsme trvali na tom, že dohody musejí být respektovány a vydány v úhradové vyhlášce. Tak jak to předpokládá zákon a jak to také dopředu deklarovalo ministerstvo. Tento náš postoj je transparentní a trvalý již mnoho let, a byl tedy velmi dobře předvídatelný. Stejně stanovisko držela Koalice soukromých lékařů, ale také Rada poskytovatelů, orgán, který sdružuje reprezentativní zástupce poskytovatelů všech segmentů. Ta ve svém zářijovém usnesení vyzvala k dodržení dohod vzniklých v DR a jejich urychlenému vydání v úhradové vyhlášce, odmítla plošné navyšování platů i politické zásahy do procesu vyjednávání o úhradách zdravotní péče.

SPL ČR jde vždy cestou dialogu a racionální dohody, je-li k tomu prostor. Opakovaně jsme v minulosti dokázali, že se o svá práva umíme přihlásit i formou hlasitého protestu.

Toto řešení však považujeme za extrémní a je vhodné pouze pro extrémní situace. Takovou současnou situaci v českém zdravotnictví rozhodně není. V žádném případě ale nehájíme zájmy pana ministra či pojišťoven, jak nás obvinil prezident Kubek. Jediné zájmy, které vždy a za všech okolností hájíme, jsou zájmy našich 5 000 DOBROVOLNÝCH členů. Proto nikdy nemůžeme přistoupit na rozdělení a projednání rezerv zdravotních pojišťoven v době ekonomického růstu. Na rozdíl od odborářů musíme myslet na to, co bude zítra. Musíme udržet v chodu naše ordinace a platit náš personál i v situaci, kdy ekonomika nebude šlapat jako dnes a dojde k propadu ve výběru pojistného. A nic není tak jisté jako to, že k takové situaci dříve nebo později dojde. Pak bude ten správný čas začít rezervy rozpouštět. Protože náklady na zdravotnictví lineárně rostou, i když výkon ekonomiky cyklicky kolísá. Ještě si dobře pamatujeme dobu, kdy pojišťovny platily faktury s půlročním zpožděním, a co to znamenalo pro naše praxe, které byly na hraně ekonomického kolapsu.

Současné ani předcházející vedení ČLK nehájí a nikdy nehájilo zájmy soukromých lékařů a ani se nesnažilo vyvažovat zájmy jednotlivých skupin lékařů, které ČLK tvoří. Z principu by ČLK vůbec neměla řešit úhrady zdravotnickým zařízením. Prezident Kubek ale nikdy nedokázal překročit svůj stín odborářského bosse a vždy upřednostňoval zájmy nemocnic. Kdyby měl sepsat seznam toho, co kdy udělal pro soukromé lékaře, nebylo by to dlouhé čtení. Přesvědčovat je v době, kdy jim jejich profesní organizace dokázaly zajistit historicky bezprecedentní nárůst úhrad, o tom, že ČLK bude hájit jejich zájmy lépe, je troufalost. A je smutné sledovat, jak prezident organizace, které jsme všichni povinnými členy a jejímž posláním je hájit zájmy všech lékařů a spojovat je, se opět snaží lékaře rozeštvát. Rozděl a panuj. V atmosféře nenávisti, netolerance a obav z vnějšího i vnitřního nepřítele se mu totiž mnohem lépe vládne. Odvádí to pozornost od vnitřních problémů, jako je financování prodražujícího se Domu lékařů. Ale především od největšího problému ČLK, kterým je jeho konfliktní a destruktivní přístup, neschopnost konstruktivního dialogu prakticky s kýmkoliv a absence jakékoliv koncepce, či alespoň nějaké vize budoucnosti.

MUDr. Petr Šonka
předseda Sdružení praktických lékařů ČR,
mluvčí Koalice Soukromých lékařů



■ ÚZIS

Úvazků lékařů sice v roce 2018 podle ředitele Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) Ladislava Duška přibýlo, zesilují ale také odchody lékařů do důchodu. Podle Duška by lékařské fakulty měly přijímat víc studentů, jinak počty nových lékařů nestačí úbytek nahradit a dostupnost zdravotní péče se může zhoršit. Dušek to řekl včera na sjezdu České lékařské komory v Brně.

Podle statistiky ÚZIS bylo v ČR v roce 2017 celkem 42 012 plných úvazků lékařů, v roce 2018 jich bylo 42 488, tedy o 476 víc. Z lékařských fakult pak podle něj loni vyšlo 1 420 absolventů, z toho bylo 1 113 občanů České republiky. Mladí lékaři ale podle něj nastupují v průměru na 0,8 úvazku, zhruba 20 procent absolventů do českého zdravotnictví nenastoupí vůbec.

Podle těchto počtů mělo tuzemskému zdravotnictví přibýt zhruba 800 nových lékařů. „Jak to, že úvazků přibýlo 476? Masa lékařů totiž odchází z demografických důvodů. Navíc podle predikce z roku 2014 mělo být pozitivní saldo asi 540, je 476. Z těch dat je pozorovatelné, že námi predikovaný odchod do důchodu zesiluje. Tenkrát jsme to podhodnotili,“ uvedl Dušek.

Upozornil, že ze statistických dat z letošního 1. června vyplynulo, že skoro 37 procent lékařů v ambulantních zařízeních mělo 60 let nebo víc. Ještě horší stav je podle něj u praktických lékařů pro děti a dorost a dětských lékařů, kdy v samostatných ambulancích byla asi polovina lékařů ve věku 60 let nebo starších. Mnohé ambulance proto zavírají, protože lékaři odcházejí do důchodu. „V řadě regionů to proto začíná nepěkně vypadat s dostupností péče,“ varoval Dušek.

Pokud se nic nezmění, odejde za několik let do důchodu víc lékařů, než kolik nově do systému vstoupí. „Je proto potřeba využít potenciálu české populace. Jen tady v Brně se na fakultu hlásí asi sedmánsobek těch, než přijmou. A za tou pomyslnou čarou zůstávají kvalitní lidé, které by fakulty mohly vychovávat,“ uvedl Dušek.

Zdroj: ČTK, 24. 11. 2019

■ Administrativní pracovník uleví lékařům a sestrám od administrativy

Ministerstvo zdravotnictví reaguje na podněty z praxe a přichází s dalším opatřením, jak zdravotníkům snížit administrativní zátěž. Ve spolupráci s Institutem pro

postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví připravilo nový kurs Administrativní pracovník ve zdravotnictví. Díky němu bude možné ve zdravotnictví zaměstnat nezdravotnické pracovníky, kteří budou lékařům a sestrám pomáhat s administrativou. Cílem je zdravotníkům od administrativy ulevit a umožnit jim více času věnovat pacientům.

„Je velmi důležité, aby každý zdravotník dělal tu práci, ke které je kvalifikovaný. Aby fungovaly týmy od pomocného a nižšího zdravotnického personálu, přes praktické a všeobecné sestry, až po lékaře. Administrativu pak mají zajišťovat administrativní pracovníci, aby se lékaři a sestry mohli věnovat své práci naplno. Je to další krok v naší snaze snížit zdravotníkům administrativní zátěž. Jsem moc rád, že díky novému vzdělávacímu programu vznikne možnost vytvoření pracovní pozice, která bude mnohdy velmi náročnou administrativu pokrývat,“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Vzdělávací program Administrativní pracovník ve zdravotnictví je určen pro osoby s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou, které mají zájem pracovat ve zdravotnictví v oblasti administrativy. Absolvent vzdělávacího programu bude připraven tak, aby mohl podporovat zdravotnické pracovníky v administrativní oblasti a vykonávat další administrativní práce související se zdravotnictvím. Díky tomu se sníží administrativní zátěž zdravotnických pracovníků.

„Velmi vítám, že ministerstvo vytvořilo tento kurs. Administrativní pracovník bude pro sestry velkou podporou a skvěle doplní multidisciplinární tým. Tato role je velmi záslužná a důležitá, protože dá sestrám větší prostor věnovat se péči o pacienta. Myslím si, že možnost přijmout administrativního pracovníka bude terénem velmi kladně přijata a že bude tato pozice hodně využívána,“ uvedla Martina Šochmanová, prezidentka České asociace sester.

Program se skládá z části teoretické a zahrnuje například témata týkající se práce se zdravotnickými registry, statistickými hlášeními, vedení zdravotnické dokumentace, vykazování zdravotní péče a podobně. Dále pak zahrnuje část praktickou. Aby se s novou profesí seznámili vedoucí pracovníci zdravotnických zařízení, je pro ně připravena informační prezentace, jejímž obsahem jsou základní informace o vzdělávacím programu, o profilu absolventa a o možnostech jeho

uplatnění v reálném provozu zdravotnických zařízení.

Program realizuje Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a je rozložen do dvou kalendářních měsíců, kdy prezenční kursy budou probíhat každý druhý týden v pátek a v sobotu. Celkový časový rozsah je 48 výukových hodin. Studium je zakončeno závěrečnou zkouškou ve formě písemného testu v elektronické podobě a pohovorem. První kurs bude zahájen v pátek 14. února 2020.

Další informace o vzdělávacím programu Administrativní pracovník ve zdravotnictví a přihlašovací formuláře jsou umístěny na webových stránkách Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

Odbor komunikace s veřejností
Ing. Gabriela Štěpanyová, tisková mluvčí

■ Přehled nejdůležitějších změn v gesci Ministerstva financí pro rok 2020

Pro rok 2020 připravilo Ministerstvo financí řadu změn, které budou mít vliv na každodenní život občanů. Přinášíme proto přehled hlavních novinek, které občany čekají v příštím roce.

Elektronická evidence tržeb

V roce 2020 dojde k náběhu poslední fáze elektronické evidence tržeb. Od 1. května 2020 se povinnost evidovat tržby rozšíří, s několika málo novými výjimkami, na veškeré zbývající sektory ekonomiky, ve kterých obchodník přijímá hotovostní tržby. Elektronická evidence tržeb je od počátku koncipována jako plošné opatření s postupným náběhem, jehož hlavními cíli jsou narovnání podnikatelského prostředí v České republice a také efektivnější výběr daní, který vytvoří prostor pro snížení daňového zatížení. Evidence tržeb se bude vztahovat na všechny oblasti, ve kterých dochází k přijímání hotovostních tržeb, s výjimkou těch, kde by znemožňovala plynulý výkon podnikatelské činnosti nebo kde existuje možnost správce daně získat relevantní data o tržbách dotčených poplatníků z jiných zdrojů. Stejně jako u prvních dvou vln získají poplatníci, kterým nově vznikne povinnost evidovat tržby, možnost uplatnit jednorázovou slevu na dani z příjmů fyzických osob, a to až ve výši 5 000 Kč. Lze tak kompenzovat případné zvýšení nákladů, ke kterému mohlo v souvislosti se vznikem evidenční povinnosti dojít.



Novela nově přináší nejmenším podnikatelům možnost evidovat také papírovou formou. Zavedení tzv. zvláštního režimu evidence tržeb umožní drobným živnostníkům, kteří podnikají sami či s nejvýše dvěma zaměstnanci a mají hotovostní příjmy do 600 000 korun ročně, evidovat tržby na papírových paragonech vydávaných finanční správou, které budou k dispozici zdarma. Tito podnikatelé se sami rozhodnou, zda budou evidovat online, nebo tímto alternativním způsobem. V případě tohoto speciálního režimu pak jednou za čtvrt roku zašlou formulář s údaji o výši tržeb a počtu vydaných a případně stornovaných účtenek na finanční úřad.

Snížení DPH

Součástí zavádění elektronické evidence tržeb je významné snížení DPH u širokého spektra zboží a služeb na 10 %. S účinností od 1. května 2020 se do druhé snížené sazby daně z přidané hodnoty nově zařadí vybrané služby a zboží, které jsou doposud zařazeny v základní nebo první snížené sazbě daně. Jedná se o zejména o vodné a stočné, stravovací služby a podávání nealkoholických nápojů a točeného piva, služby čištění vnitřních prostor a mytí oken prováděné v domácnostech, domácí péče o děti, staré, nemocné a zdravotně postižené občany, drobné opravy nebo úpravy obuvi, oděvů nebo jízdních kol a kadeřnické a holičské služby. Dále dojde ke sjednocení sazeb ve výši 10 % například také u knih, e-knih a audioknih.

Opětovné zvýšení stropů výdajových paušálů

Od roku 2020 dochází k opětovnému zvýšení stropu výdajů uplatňovaných procentem z příjmů (tzv. „paušálních výdajů“) ve všech pásmech na dvojnásobek:

- u příjmů ze zemědělské výroby, lesního a vodního hospodářství a u příjmů z řemeslných živností z 800 000 Kč na 1 600 000 Kč,
- u příjmů z ostatních živností mimo řemeslných živností z 600 000 Kč na 1 200 000 Kč,
- u příjmů z nájmu majetku zařazeného v obchodním majetku z 300 000 Kč na 600 000 Kč,
- u jiných příjmů ze samostatné činnosti ze 400 000 Kč na 800 000 Kč.

Vzhledem k nabytí účinnosti daňového balíčku 2019 v průběhu roku je živnostníkům

umožněno využít toto zvýšení již za rok 2019 v rámci daňového přiznání podávaného v roce 2020.

Úprava sazeb spotřební daně z tabákových výrobků, lihu a hazardu

Na začátku příštího roku dojde k úpravě zdanění tabákových výrobků, tvrdého alkoholu a hazardu. Oproti stávajícím sazbám činí růst sazby spotřební daně z tabákových výrobků a ostatních tabákových komodit 10 %. U spotřební daně z lihu je pak nárůst 13%. Úprava má za cíl zvýšit ochranu občanů před vznikem závislostí na návykových látkách a omezit škodlivé společenské dopady, které jsou s těmito závislostmi spojené. V případě cigaret se sazba spotřební daně zvyšuje také v návaznosti na požadavek směrnice Rady EU ohledně jejich minimálního zdanění.

Součástí balíčku je také úprava sazeb daně z hazardních her. V důsledku přijatého pozměňovacího návrhu dochází u loterií k navýšení sazby z 23 % na 35 %.

Jako logický doplněk úpravy směřující k omezení poptávky po hazardních hrách ze strany hráčů a zároveň i jako součást eliminace daňových výjimek obsahuje balíček také návrh na zdanění příjmů z hazardních her nad 1 milion Kč. Daň z příjmů ve výši 15 % bude dopadat na čisté výhry z hazardu převyšující uvedený limit. Za čistou výhru je přitom považován kladný rozdíl výher (bez vrácených vkladů) a sázek.

Nový místní poplatek z pobytu nahrazující dva stávající poplatky a změna osvobození u poplatku ze psů

Novela zákona o místních poplatcích reaguje na dynamický rozvoj sdílené ekonomiky a nastavuje rovná pravidla pro trh s krátkodobým ubytováním. Novela je reakcí na stále populárnější ubytování přes různé digitální platformy, které v současné době na rozdíl od hotelů a penzionů nemusejí poplatek do koncové ceny promítnout. Novela nahrazuje nynější poplatek za lázeňský nebo rekreační pobyt a poplatek z ubytovací kapacity jedním poplatkem z pobytu. Maximální výše tohoto nového poplatku bude v roce 2020 činit 21 Kč za noc a den. Od poplatku budou osvobozeny všechny děti do 18 let, vedoucí na dětských táborech, nevidomé osoby, hasiči při záchranných akcích a další skupiny osob. U poplatku ze psů dochází ke změně podmínek pro vznik nároku na nižší sazbu, na kterou budou mít nově nárok všechny osoby starší 65 let nebo držitel průkazu ZTP bez ohledu na to, zdali mají vedle důchodu ně-

jaký další příjem. Snížená sazba poplatku ze psa bude i nadále činit maximálně 200 Kč. Novela rovněž osvobozuje všechny osoby provozující útulky pro psy bez ohledu na zřizovatele.

Změna osvobození u pozemků s vybranými krajinnými prvky od daně z nemovitých věcí

Novela zpřesňuje osvobození pozemků, na kterých se nacházejí vybrané ekologicky významné prvky, od daně z nemovitých věcí. Osvobozeny budou skupiny dřevin, stromořadí, travnaté údolnice, meze, příkopy a mokřady, které budou vedeny v evidenci ekologicky významných prvků.

Dále bez ohledu na tuto evidenci budou osvobozeny příkopy, mokřady, močály, bažiny, skalní útvary, rokle a strže, pokud se nacházejí na pozemcích ostatních ploch mimo zastavěné území obce a nejsou užívány k podnikání. Zároveň je stanovena přechodná doba do konce roku 2021, ve které bude aplikován i stávající rozsah osvobození. Poplatníci tak budou mít dva roky na to, aby si nechali krajinné prvky, které se nacházejí na jejich pozemcích, zapsat do evidence ekologicky významných prvků.

Změny vyplývající z novely daňového řádu – předpokládaná účinnost, s ohledem na průběh legislativního procesu, v polovině roku 2020:

Online finanční úřad

V posledním čtvrtletí 2020 se předpokládá spuštění online finančního úřadu – portálu MOJE daně. Systém bude podobný internetovému bankovníctví a jeho uživatelé budou mít lepší přehled o svých daňových povinnostech. Díky němu si poplatníci koncem příštího roku vyřídí své daňové povinnosti jednoduše z kanceláře či z pohodlí svého domova. Vyřízení elektronických podání bude výrazně jednodušší a rychlejší. Pro ty, kteří budou podávat svá přiznání k daním z příjmů v elektronické podobě, se navíc lhůta pro podání prodlouží o celý měsíc. Dalším benefitem je rychlejší vrácení daňového přeplatku, který se bude vracet o 15 dní dříve, pokud bude žádost podána elektronicky.

Zavedení zálohy na daňový odpočet

Tato novinka umožní dřívější vrácení části nadměrných odpočtů na dani z přidané hodnoty. Plátcům DPH, u kterých se prověřuje pouze část nadměrného odpočtu, přináší zlepšení z hlediska jejich cash-flow a zároveň zvýší jejich právní i podnikatelskou



jistotu. Jde o změnu, po níž podnikatelská i odborná veřejnost volá již několik let. Aby bylo možné toto opatření realizovat, je třeba o několik dní posunout výplatu daňových odpočtů ze současných 30 dní na 45 dní.

Zlepšení postavení poplatníka

Návrh obsahuje komplexní revizi úroků a snižuje úroky z prodlení se zaplacením daně. Tzv. reparační úrok se snižuje na úroveň podle občanského zákoníku. Z nynějších 16 % bude úrok z prodlení snížen o 6 procentních bodů na 10 %. Analogicky dojde ke snížení úroku z posečkané částky na polovinu. V situacích, kdy je naopak úrok vyplácen finančním úřadem jako kompenzace za dlouhotrvající zadržení nadměrného odpočtu po dobu jeho prověřování, dojde ke zvýšení ze stávajících 4 % o 1 procentní bod na 5 %.

Návrh nově připouští možnost korespondenční komunikace při zahájení a ukončení daňové kontroly, kterou již nebude nutné realizovat osobně, což přinese větší flexibilitu a snížení zátěže poplatníků.

Novela také rozšiřuje okruh méně invazivních způsobů realizace zajišťovacího příkazu, a to zejména o prohlášení o majetku. Dále novela umožní fyzickým osobám požádat si o změnu daňového identifikačního čísla tak, aby neobsahovalo rodné číslo.

Ing. Michal Žurovec

Ředitel odboru Vnější vztahy a komunikace

Pacienti se slabší inkontinencí si na pomůcky budou připlácet

Pacienti se slabší inkontinencí neboli únikem moči si na pleny, vložky a další pomůcky budou od začátku prosince připlácet. Výše spoluúčasti se bude odvíjet od závažnosti poruchy. V tiskové zprávě o tom informovala společnost Essity, která je jedním z výrobců inkontinenčních pomůcek. Novela zákona o zdravotnických prostředcích mění v letošním roce úhradu také například u brýlí, paruk nebo pomůcek pro handicapované pro koupelny a toalety.

Pacienty zákon dělí do tří stupňů podle objemu unikající moči za 24 hodin. První stupeň počítá s 50 až 100 mililitry, druhý do 200 mililitrů a třetí nad ně. „Novela zavádí povinnou spoluúčast pacientů, kteří mají diagnostikovaný první nebo druhý stupeň inkontinence. Pacienti s diagnostikovaným třetím stupněm inkontinence nemají spoluúčast stanovenou,“ uvádí firma v tiskové zprávě.

První, nejnižší stupeň doplácí na balení 15 % ceny, druhý stupeň pět procent. Dosud pojišťovna stanovovala maximální měsíční úhradu, která zůstává stejná. Díky spoluúčasti ale může pacient dosáhnout na více pomůcek za měsíc. V prvním stupni je limit 450 korun, maximální spoluúčast pacienta je tak 79,35 korun. Druhý stupeň má limit 900 korun, spoluúčast 47,39 korun. Pacientům se třetím, nejtěžším stupněm úniku moči pojišťovny hradí pomůcky za 1 700 korun. Díky tomu bude podle firmy možné najednou předepsat více balení pomůcek.

Nově se podle zákona posuzuje míra inkontinence za 24 hodin, na nejnižší stupeň s vyšší spoluúčastí tak dosáhne více pacientů. Maximálně mohou lékaři pacientovi předepsat na poukaz 150 kusů, najednou na jeden, dva nebo tři měsíce. Díky novele zákona budou na trh rychleji vstupovat nové produkty. Před novelou se registrovaly dvakrát do roka, nyní kdykoliv během roku.

Močový měchýř se může naplnit až na 500 mililitrů, u starších lidí je kapacita nižší. Močovou trubici uzavírají dva svěrače. Vnitřní při naplnění povolí, vnější je možné úmyslně držet sevřený svaly pánevního dna. Podle odborníků se každá čtvrtá žena nad 35 let a každý čtvrtý muž nad 40 let setká s tím, že nejsou schopni tento proces kontrolovat.

U žen se objevuje únik moči v souvislosti s porodem a později v období klimakteria. Může vzniknout také v důsledku degenerativních změn nebo jako stav po operaci, například prostaty, či úrazu. Někdy ji způsobí také mrtvice, demence nebo cukrovka.

Zdroj: ČTK, 14. 11. 2019

Nová funkcionalita na www.detskylekar.cz

Členové SPLDD mají přístup na plný obsah webových stránek SPLDD po přihlášení. Dosud bylo možné se přihlásit přihlašovacím jménem, které je současně členským číslem, a dále heslem, kterým je příjmení bez diakritiky. Nově je možné změnit v profilu uživatele své heslo. Přihlašovací jméno tedy zůstává stejné (členské číslo). Změnu lze provést po kliknutí na „Upravit profil“.

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka

Pacientka v Rumunsku uhořela během operace. Elektrický skalpel vznítil dezinfekci

Šestašedesátiletá žena v rumunské Bukurešti uhořela lékařům pod rukama v průběhu operace slinivky. Pacientka utrpěla popáleniny na 40 procentech těla. Lékaři totiž při zákroku použili elektrický skalpel. Po kontaktu s ním se ale vznítila dezinfekce na bázi alkoholu, uvedl The Guardian.

„Žena po kontaktu skalpelu a dezinfekce vzplála jako pochodně,“ napsal na svůj facebookový profil rumunský politik Emanuel Ungureanu. Odkazoval se na vyjádření nemocnice Floreasca, kde se případ odehrál.

Pacientku se snažily zachránit zdravotní sestry, které naplnily kbelík s vodou a ženu polily. Ani to ale tragické události nezabránilo. „Lékaři by měli vědět, že pokud použijí dezinfekci na bázi alkoholu, pak nemohou používat elektrický skalpel,“ uvedl náměstek ministra zdravotnictví Horatiu Moldovan.

Případ, který se stal dva dny před Štědrým dnem, bude nyní vyšetřovat policie.

Špatný stav rumunského zdravotnictví

Ženina smrt vyvolala další dohady nad rumunským zdravotním systémem. Ten je navzdory určitým zlepšením a navýšenému financování stále špatný. Rumunsko trápí nedostatek lékařů a také špatné nemocniční vybavení.

Kritici se do systému poprvé pustili v roce 2015. Požár v nočním klubu tehdy zabil 64 lidí, 26 zemřelo na místě a dalších 38 později. Mnoho z nich právě kvůli nedostatečnému zdravotnickému vybavení. Tehdejší premiér Victor Ponta odstoupil z funkce i s celou svou vládou. Jeho ministr zdravotnictví Nicolae Bănciulescu byl dokonce obviněn ze zpoždění nebo blokování přesunu obětí popálení do zahraničí. Případ dosud nebyl uzavřen.

Zdroj: novinky.cz, 30. 12. 2019



Stárnutí populace a jeho dopad na zdravotnictví

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) uspořádal v listopadu 2019 mezioborovou konferenci o tom, jak stárnou Češi a čeští lékaři. Aktivními účastníky byli jak vedoucí kateder IPVZ, tak další přední čeští odborníci, jejichž pacienti se díky nim dožívají stále vyššího věku.

Jak poznamenala doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.: „Nejsou to nějací oni seniori, jsme to především my seniori.“ V přehledu na tomto místě uvádíme obecnější problematiku stárnutí obyvatel ČR z pohledu ministra a především z pohledu prof. RNDr. Ladislava Duška, Ph.D. K jednotlivým medicínským oborům se vrátíme v dílčích kapitolách v příštích MT. Konferenci provázeli ředitel IPVZ MUDr. Antonín Malina, Ph.D., MBA.

Ministr zdravotnictví uvedl, že v roce 2060 bude více než třetina populace ve věku nad 65 let, což je v současnosti považováno za hranici „seniority“. Stárnutí populace má své dopady a významně se projevuje i v nákladech na zdravotní péči. Významně stoupá podíl hospitalizovaných nad 65 let a stoupá nákladovost nejen na tyto (delší) hospitalizace, ale péče o seniory čím dál více zatěžuje zdravotnický rozpočet. „Musíme se zabývat nejen otázkou finanční, ale musíme vážně přistoupit k restrukturalizaci péče,“ řekl ministr. Podle jeho slov je nutné podpořit především terénní služby. „Na stole je projekt koncepce primární péče s posílením role praktických lékařů v péči o nemocné především s civilizačními chorobami, ale i v péči o duševně nemocné, zejména jde pak o včasný záchyt demence,“ zdůraznil Adam Vojtěch.

Je nutné restrukturalizovat lůžkový fond. Na akutních lůžkách leží pacienti, kteří by spíše patřili na lůžka následné péče nebo na lůžka pro dlouhodobě nemocné, kterých je však nedostatek. Investovat jen do výstavby nových zařízení pro následnou a dlouhodobou péči však není řešením. Nutné je rozvíjet segment domácí péče, protože je výhodou pro všechny udržet seniory v domácím prostředí. Tento segment bude v roce 2020 významně finančně podpořen, a to navýšením úhrad o 40 procent. Na tento trend se budou muset adaptovat poskytovatelé i plátcí zdravotní péče. Problematika seniorů leží často na zdravotně sociálním pomezí. Proto bude nutné potřebné změny zakotvit v zákonech,

například v rámci zákona o zdravotních službách, který je nyní otevřen, nebo v zákoně o sociálních službách. Je nutné v legislativě definovat dlouhodobě nemocného, vymežit, odkud půjdou úhrady na zdravotně sociální péči. Je nutné se zamyslet nad výší a systémem úhrad za dlouhodobou péči a systémem příspěvků na sociální péči. Problém stárnutí populace nelze vyřešit ze dne na den ani za jedno volební období, ale jde o běh na dlouhou trať, uzavřel ministr.

■ Determinující demografické faktory

Prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., ředitel ÚZIS, v úvodu své prezentace představil, které položky v rozpočtu na zdravotní péči rostou nejrychleji. Nejvyšší nárůst z hlediska nákladů na zdravotní péči je na vrub personálních výdajů, které meziročně narůstají o 12 procent. Tento segment má potenciál vytěsnit jiné druhy nákladů. Téměř stejným tempem rostou náklady na centrovou léčbu. V tomto případě platíme cenu za úspěch, protože úspěšně léčení, ale definitivně nevyléčitelní pacienti spotřebovávají delší dobu nákladnou léčbu, jejich život se prodlužuje, a tím stoupá i jejich počet (při setrvalé či rostoucí incidenci konkrétního onemocnění). Další náklady vycházejí z nekonceptčnosti péče, kdy mnozí pacienti s banálním onemocněním skončí na akutním lůžku, ač by je při posílení kompetencí mohl léčit praktický lékař (levněji) doma.

Problémem, který by měl vést k zamyšlení, je péče o nemocné v terminálním stadiu. Lidé s predikovatelným úmrtím podstoupí v ČR za poslední tři měsíce průměrně 2,6 akutní operace. Jde o etický problém, který nemůže vyřešit zákonodárce, ale je nutné o tomto problému diskutovat. V první řadě jde i o kvalitu života v jeho závěru. Agresivní léčba přispívá k jejímu zhoršení při neúměrném zvýšení nákladů na péči, která nemůže vést k úspěchu. Odborníci na paliativní medicínu tvrdí, že až polovinu potíží, pro něž je chronicky nemocný v posledních měsících života hospitalizován, lze vyřešit v domácí péči.

■ Odkud jsou čerpána data

Následně profesor Dušek představil Národní zdravotnický informační systém (NZIS) z po-

hledu hlavních hodnocených dimenzí pro regionální analýzy, čili jaká data jsou sbírána, jak jsou hodnocena a kam jsou případně exportována. NZIS vychází z národních registrů (Národní registr zdravotnických pracovníků, Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, Národní registr hospitalizací a Národní registr hrazených zdravotních služeb). Další zdroje (například zdravotnické registry, statistická šetření, mezinárodní studie a průzkumy) slouží k „dosbírání“ specifických dat. Na základě sebraných dat ČR disponuje údaji o dostupnosti zdravotní péče, počtu lékařů a dalšího zdravotnického personálu ve všech regionech země. Novým „jádrom“ NZIS nazval profesor Dušek pool anonymizovaných dat všech zdravotních pojišťoven, který spolu s Národním registrem hospitalizací představuje materiál pro takřka nekonečný počet analýz. To však není úkol pro jednotlivce, takže dalším úkolem je vytvořit sady dat, které by mohly sloužit pro analýzy dalších subjektů.

Díky integraci vícezdrojových dat od zdravotních pojišťoven přes standardizaci exportů dat nemocnic a epidemiologických dat specializovaných registrů máme k dispozici například přehled o epidemiologii léčených (včetně vzácných onemocnění), hodnocení dopadu změn, respektive intervencí či screeningu, a můžeme přesně predikovat prevalenci léčených.

■ Mění se demografická data

Populace stárne, mění se struktura populace, zvyšuje se věk matek při prvním porodu (což u mnoha znamená, že druhé dítě mít nebudou), zdravotnictví produkuje dlouhodobě nemocné tím, že se zvyšuje střední doba dožití – v nemoci. Velkou výzvou je udržet seniora v dobré kondici co nejdéle, než se objeví první nemoc.

Relativní věková struktura obyvatelstva ČR v roce 2018 viditelně ukazuje tři zásadní věkové třídy, jejichž další posun v čase bude mít významný dopad na zdravotní systém. Jde o velmi četnou třídu obyvatel ve věku 40–50 let a zejména ve věku 30–40 let. Tyto populační kategorie zestárnou do věku 60 let a více v následujících patnácti, respektive 20–25 letech, a nevyhnutelně významně znásobí potřebu zdravotně sociálních služeb. Velmi podstatný je i propad počtu obyvatel ve věku 10–25 let, který společně



s odkládáním věku matky při prvním dítěti vytváří demografické riziko nedostatku osob v produktivním věku v následujících 15–30 letech. Z toho vyplývají další konsekvence:

- Do 15 let je očekávatelný nárůst nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů.
- Do 20–25 let dojde k prudkému nárůstu nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů.
- Existuje nižší zastoupení mladších věkových skupin jako riziko poklesu porodnosti v následujících 10–15 letech.

„Je nejvyšší čas připravit zdravotnictví na demografické změny a změny s tím spojené, protože do seniorského věku dospějí silné ročníky, přičemž tento trend není vyvážen silnými mladými ročníky,“ uvedl profesor Dušek.

Index závislosti (Potential Support Ratio) je počítán jako počet osob produktivního věku (15–64 let) připadajících na jednu osobu v postproduktivním věku (65 let a více). Index indikuje demografický vývoj a základnu potřebnou pro budoucí péči o seniory. V roce 1950 měl index závislosti v České republice hodnotu 8,2, ještě v roce 1991 byla hodnota tohoto indexu 5,3. Aktuální hodnoty indexu závislosti (3,5 pro ČR) a zejména projekce do dalších let (pokles na 2,6 za 10 let) jasně ukazují, že je třeba očekávat výrazné zatížení ekonomicky aktivní populace péčí o stárnoucí rodinné příslušníky. Úměrně tomu poroste potřeba zdravotní péče. Český statistický úřad vypracoval projekci počtu obyvatel do roku 2100 ve třech variantách. Ale nezávisle na počtu obyvatel se bude zvyšovat počet člověkoroků, po kterou budou spotřebovávat zdravotní péči, není tedy pravda, že nízký počet obyvatel bude vyžadovat menší objem zdravotní péče.

V Česku jsou značné regionální rozdíly ve střední době života jak u mužů, tak u žen, ale prodlužuje se v posledních letech téměř ve všech krajích. Předčasná úmrtí v ČR také klesají, ale opět jsou patrné regionální rozdíly. To by mělo být impulsem k zamyšlení regionálních zastupitelstev, jak zlepšit zdravotní stav lidí ve své oblasti. Velmi významným způsobem klesá úmrtnost z kardiovaskulárních příčin, i když stále představují vedoucí příčinu úmrtí. Za nimi následují novotvary a nemoci dýchací soustavy.

Jen dvě oblasti – Praha a Středočeský kraj, respektive Brno a Jihomoravský kraj – mají pozitivní migrační saldo, ostatní regiony se spíše vytlidňují a seniorizují. I tento fakt je

nutné zohlednit při plánování budoucí zdravotní péče.

■ Podíl chronicky nemocných

V České republice očekávatelně zásadně narůstá chronická nemocnost s věkem. U populace starší 65 let dosahuje podíl chronicky nemocných téměř 63 %, avšak vysoká je i chronická nemocnost kalkulovaná pro celkovou populaci ČR (38 %). Vysoká chronická nemocnost osob ve věku 65+ je zátěží pro zdravotní systém, která bude s pokračujícím demografickým stárnutím populace narůstat. Ve srovnání krajů je nejvyšší celkový podíl chronicky nemocných obyvatel v Praze (29 %) a v Jihočeském kraji (33 %). Naopak nejvyšší chronickou nemocnost vykazují kraje Vysočina (49 %) a dále kraj Zlínský, Královéhradecký a Olomoucký (všechny 42–49 %). V roce 2017 bylo přibližně 60 procent obyvatelstva ČR bez vážnějšího onemocnění (např. kardiovaskulární nemoci, diabetes, nádorová onemocnění). Avšak s věkem výrazně narůstá nemocnost populace – ve věku nad 65 let dosahuje index komorbidit hodnoty 2 a více bodů (= 2 onemocnění / 1 komplikovanější onemocnění) u poloviny populace, ve věku nad 85 let dokonce u tří čtvrtin populace. Zdraví poloviny populace nad 85 let je ve zhoršeném či závažném stavu, tato situace se bude dále zhoršovat. U mužů je mírně vyšší nemocnost ve věku 0–20 let, od 20 do 55 let je mírně vyšší nemocnost u žen. Od 55 let po zbytek života je vyšší nemocnost u mužů ve srovnání s ženami stejného věku. Mezi jednotlivými kraji ČR nejsou v takto provedené analýze souhrnné nemocnosti výrazné rozdíly.

■ Příklady s daní za úspěch

Mezi příklady úspěšně léčených (chronických) onemocnění s velkou daní za úspěch uvedl profesor Dušek zhoubné novotvary, u nichž se pětileté relativní přežití v čase stále zlepšuje, především u pacientů s diagnostikovaným zhoubným novotvarem prostaty, ledviny a u pacientů se karcinomem tlustého střeva a konečníku. Dále pak u pacientek se zhoubným novotvarem prsu, u pacientů se zhoubným melanomem kůže a štítné žlázy. S podivem však je, že sekundární malignity, které postihnou 20 % onkologických pacientů, ač jsou vysoce predikovatelné, se diagnostikují zpravidla v pokročilém stadiu. U roztroušené sklerózy, která před dvaceti lety významně zkracovala život, došlo k vyrovnání doby dožití se

zdravou populací a klesl jak počet, tak délka hospitalizací.

■ Smutná demografická data lékařské populace

V roce 2018 bylo v ČR evidováno celkem 42 488 lékařů, z toho 21 488 v akutní lůžkové péči, 1 471 v ostatní lůžkové péči a 19 529 v nelůžkové péči. V přepočtu na počet obyvatel není v ČR málo lékařů. Srovnatelný počet má Dánsko a Irsko, méně lékařů je i v takových zemích, jako je Francie, Belgie, Lucembursko, Spojené království a Slovensko. V ČR však máme vysoký nepoměr mezi praktickými lékaři a ambulantními specialisty v neprospěch praktiků. I zde existují regionální rozdíly, například v Praze je 70 % ambulantních specialistů na 30 % praktických lékařů. Obdobná situace je v Brně. Navíc i demografická data jsou nepříznivá: ve věku nad 65 let je 21,8 procenta praktiků, nad 60 let 41,7 procenta. Ještě o něco horší je situace u praktických lékařů pro děti a dorost: nad 65 let je 26 % lékařů a nad 60 let 48 %. V segmentu akutní nemocniční péče je situace o něco příznivější (nad 65 let je 18,6 procenta a nad 60 let 33 %), i když ani zde nemůžeme nad daty jásat. Demografická data věku lékařů se pak negativně odrážejí v počtu uzavřených ordinací: v roce 2018 bylo uzavřeno 226 ordinací praktických lékařů pro dospělé a 224 ordinací dětských praktických lékařů. Dalším jevem je feminizace zdravotnictví. „Chlapci medicínu objevili, ale pod tlakem neobjektivních informací o výši platu lékaře (průměr 85 000) získali dojem, že nemohou dostatečně zabezpečit rodinu, tak se vydali do oborů, jako jsou informační technologie, a v medicíně zůstávají ženy,“ uvedl profesor Dušek. Ženy často atestují v oboru praktické lékařství, ale výkon povolání může být dočasně odložen kvůli mateřství. Je namístě pracovat na nových koncepcích primární péče, například na sdružených ambulancích a dalších opatřeních, která by stabilizovala primární péči. Tato opatření a podpora by měla být v gesci regionálních autorit, které znají problematiku spravovaného území.

Marta Šimůnková

Prevzato z Medical Tribune 24/2019



Akce SPLDD v roce 2019

V roce 2019 pokračovalo SPLDD krom tradičních regionálních konferencí, Kongresu primární péče a odborných seminářů i v pořádání jiných vzdělávacích akcí, o kterých vás chceme informovat. Program na tyto akce se snažíme tvořit co nejzajímavější, co nejvyužitelnější pro práci v ordinacích. Těší nás, že účast na nich je velmi vysoká, během posledních let se u tradičních akcí nemění a u těch nových spíše narůstá. Je to pro nás velký závazek a budeme se i v roce 2020 snažit o co nejaktuálnější a nejzajímavější programy. Bez účasti a sponzorství firem bychom se neobešli, velmi si vážíme jejich podpory.



■ Management ordinace PLDD

Organizace se v tomto roce poněkud změnila. Místo jednoho semináře v listopadu a tří v lednu jsme zvolili jiný model. Uspořádali jsme v průběhu ledna a února celkem pět seminářů, z toho první a poslední v Praze a další tři v Ostravě, Brně a Hradci Králové. V první části nás Mgr. Uher již tradičně seznámil se legislativními změnami ohledně zdravotnické dokumentace, posudků na brigády, na praktické vyučování apod. A v diskusi zodpověděl spoustu dotazů. V další části nás MUDr. Vítková z ČSSZ seznámila s posudkovou činností v oblasti sociálního zabezpečení. V odpoledních blo-

cích jsme se nejprve věnovali celoplošnému screeningu sluchu u novorozenců a nově připravovanému vyšetření sluchu u pětiletých dětí. Vyslechli jsme velmi pěknou přednášku z problematiky dětské gynekologie, kdy posluchači hlavně pozitivně hodnotili zvolené téma o ošetření synechií. A dále jsme se již věnovali očkování nedonošených novorozenců a rizikových skupin. Na závěr si mohli účastníci doplnit školení „požární ochrany“, které musí mít každý provozovatel. Organizačně zajišťovala tyto semináře agentura PharmaNews (nyní TrendyMat). Účast byla velmi vysoká, **celkem navštívilo tyto semináře 653 lékařů.**

■ Sestra v ordinaci PLDD

V roce 2018 nás zaskočil velký zájem sester o naše první semináře v červnu, na podzim jsme je museli opakovat. V letošním roce jsme proto zvolili jak v Praze, tak i v Brně prostory s větší kapacitou, ale v Praze se i to ukázalo jako kapacitně hraniční a pro rok 2020 budeme volit prostory ještě větší. Nejprve jsme se věnovali managementu preventivní péče v ordinaci PLDD a roli sestry v něm, hovořili jsme o správné metodice vyšetření zraku a sluch o metodách POCT v ordinaci PLDD a o novorozeneckých žloutenkách a možnosti jejich monitorování. Dále se sestřičky dozvěděly o možnostech





edukace často nemocných dětí a o zásadách správné výživy a mohly si i odnést pěkné materiály a plakáty k této problematice, které nám poskytl SZÚ. A na závěr další pokračování informací o očkování, tentokrát o očkování chlapců, nedonošených dětí a o problematice odkládání a rozkládání očkování. Sestřičky byly velmi aktivní, bylo vidět, že je zvolená problematika zajímavá. **Celkem absolvovalo tyto dva semináře 362 sester** a organizačně je zajišťovala agentura Vialain.

■ Komunikace v ordinaci PLDD

V průběhu září–října 2019 proběhl v 10 lokalitách již tradiční cyklus seminářů **Komunikace v ordinaci PLDD** pořádaný SPLDD a organizačně zajištěný agenturou ViaLain Events, s.r.o. Pestrý program přitáhl opět vysoký počet posluchačů, **celkem jich bylo 593**. Věnovali jsme se elektronické komunikaci, hlavně e-neschopence, která se sice zdánlivě našich ordinací tolik netýká, nicméně občas nějakou PN vystavit musíme a budeme se s tím od 1. 1. 2020 potýkat. Další přednáškou na aktuální téma byl návrat starých infekcí. Tato přednáška

byla doplněna informací z regionálních KHS o opatřeních při výskytu spalniček. A další zajímavou přednášku měli odborníci ORL na téma rinosinusitidy a indikace k adenotomii a tonzilektomii. Nedílnou součástí našich seminářů je očkování, tentokrát jsme vyslechli informace o očkování malých dětí. O tom, že témata zaujala, svědčila i bohatá diskuse. Tato a podobná setkání nám přinášejí nejen možnost poslechnout si přednášky na různá témata, ale také podiskutovat s kolegyněmi a kolegy a vyměnit si zkušenosti, které z knížek nevyčteme.

■ PLDD a lékárníci – profesionální spolupráce

Dne 16. 11. 2019 se uskutečnilo II. setkání PLDD a lékárníků v Hotelu Step v Praze. Stejně jako v loňském roce se témata týkala používání léčivých přípravků v pediatrii. Po zahájení PharmDr. Martinem Kopeckým, Ph.D., místopředsedou ČLnK, a MUDr. Ctíradem Kozderkou, místopředsedou SPLDD, se slova ujala PharmDr. Jana Šolínová, která upozornila na řadu možných chyb v preskripci, používání a skladování léčivých přípravků. Důraz kladla na pečlivé poučení

pacienta, resp. rodičů, aby nedocházelo k nesprávnému používání léků a inkompatibilitě, a to jak mezi léky navzájem, tak mezi léky a potravou (kvalitativně i časově). Např. na lačno znamená 1 hodinu před jídlem a 2 hodiny po jídle. Samozřejmě řeč byla i o léčivých formách, jejich správném použití, manipulaci s léky a o skladování léků.

Přítomní si dále vyslechli přednášku PharmDr. Jana Haška na téma individuálně vyráběných léčivých přípravků. K preskripci IVLP se uchylujeme zejména v případě nedostupnosti HVLP, neexistující kombinace nebo při neexistující formě pro dětské pacienty. Ve své prezentaci se pak věnoval IVLP pro lokální léčbu orální kandidózy a akné a dále topickým kortikoidům a emolienciím.

Na opodstatněnost sběru dat o nežádoucích účincích léků upozornila zástupkyně SÚKL MUDr. Jana Lukačšínová. Na základě širokého sběru dat a jejich analýzy lze pak vydávat nová doporučení v používání léčiv, ev. vydat rychlá upozornění na závady léků s jejich zákazem používání.

Na téma kašle, které je denním chlebem všech PLDD, a jak bylo vidět z reakcí lékárníků, i jejich chlebem, promluvil MUDr. Tomáš Eimer z Dětské kliniky FN





Hradec Králové a PLDD v Náchodě. Upozornil na potřebu odlišovat jednotlivé typy kašle a volbu adekvátního přípravku. Věnoval se samozřejmě i etiologii kašle a seznámil posluchače s novou jednotkou perzistující bakteriální bronchitida se zvýšeným rizikem vzniku bronchiektazií. Upozornil také na často nesprávně indikovanou preskripci bronchodilatancií jako antitusik a preskripci antibiotik u virových infekcí. Uvedl výsledek studie, kdy 85 % léčiv proti kašli má srovnatelný účinek s placebem. Antihistaminika nejsou lékem na nespecifický kašel. Dle posledních doporučení není správné podávat antitusika dětem do 6 let, mukolytika do 2 let, kodein do 18 let a nejsou vhodné kombinace antitusik s mukolytiky.

MUDr. Antonín Gabera, PLDD Ústí n. L., se ve své přednášce věnoval výživě a zvláštní výživě dětí. Zdůraznil vliv výživy na vývoj dítěte a potřebu sledovat stav výživy dětí i pomocí nomogramů. Přehledně seznámil posluchače se skupinami produktů pro výživu kojenců zdravých a kojenců a dětí se zdravotní problematikou (GER, ABKM, deficit laktázy, nedonošené děti, neprosívající děti) a s možnostmi preskripce produktů PLDD.

Posledním přednášejícím byla MVDr. PharmDr. Radmila Zavadilová, CSc., která se po obecném přehledu bezobratlých parazitů soustředila na pedikulózu a možnosti její léčby v dřívějších dobách a dnes.

Účastníci semináře následně obdrželi od přednášejících prezentace k osobnímu použití. Atmosféra po celou dobu jednání byla velmi příjemná. Jak bývá zvykem, v předání proběhla výstavka firem. O příjemně prožitý sobotní den se zasloužila též organizační agentura TrendyMat.

Rok 2020

Samozřejmě již pro vás připravujeme program seminářů v roce 2020. Na Managementy jste již pozvánku dostali,

o dalších vás budeme včas informovat. Nově chceme koncem května uspořádat Sympozium od A do Z a tématem bude problematika hlavy a krku z pohledu různých odborností – ORL, oční, logopedie, stomatology a další.

Níže uvádíme termínový kalendář pro rok 2020.

Všechny naše semináře jsou kreditované. V tabulce se můžete podívat, kolik kreditů bylo možno získat v roce 2019, a podobné to bude i v letošním roce. Tyto kredity se vám automaticky zaznamenávají do systému vzdělávání SPLDD a můžete si je zkontrolovat po svém přihlášení na www.detskylekar.cz.

Tabulka – kredity

Management v ordinaci PLDD	12. 1. 2019	Praha	8
Management v ordinaci PLDD	19. 1. 2019	Ostrava	8
Management v ordinaci PLDD	26. 1. 2019	Brno	8
Management v ordinaci PLDD	2. 2. 2019	Hradec Králové	8
Management v ordinaci PLDD	9. 2. 2019	Praha	8
13. kongres primární péče	22.–23. 2. 2019	Praha 4	14
Komunikace v ordinaci PLDD	19. 9. 2019	Praha	4
Komunikace v ordinaci PLDD	24. 9. 2019	Ostrava	4
Komunikace v ordinaci PLDD	26. 9. 2019	Olomouc	4
Komunikace v ordinaci PLDD	1. 10. 2019	České Budějovice	4
Komunikace v ordinaci PLDD	3. 10. 2019	Ústí nad Labem	4
Komunikace v ordinaci PLDD	8. 10. 2019	Brno	4
Komunikace v ordinaci PLDD	9. 10. 2019	Jihlava	4
Komunikace v ordinaci PLDD	15. 10. 2019	Plzeň	4
Komunikace v ordinaci PLDD	17. 10. 2019	Hradec Králové	4
Komunikace v ordinaci PLDD	22. 10. 2019	Praha	4
PLDD a lékárníci profesionální spolupráce – II. ročník	13. 10. 2019	Praha	8
Regionální konference	6. 4. 2019	Ústí nad Labem	2
Konference VČ reg.	16. 3. 2019	Dvůr Králové nad Labem	4
Konference regionů Zlínského, Vysočina a jižní Morava	13. 4. 2019	Brno	2
Regionální konference SPLDD Praha + Středočeský kraj	4. 4. 2019	Praha 8	4
Regionální konference Reg. Severní Morava a Slezsko SPLDD ČR	6. 4. 2019	Olomouc	3
Regionální konference Analýza zdravotní péče o děti a dorost v zpč. kraji, Proočkovanost u dětí v kraji, Spolupráce s OSPOD	13. 4. 2019	Plzeň	2



Termínový kalendář akcí SPLDD na rok 2020

20.–21. 3.	Jihočeský	konference SPLDD s odborným programem	Třeboň, Dům Štěpánka Netolického
28. 3.	Východočeský	konference SPLDD s odborným programem	Dvůr Králové, Penzion Za vodou
2. 4.	Středočeský + Praha	konference SPLDD s odborným programem	Praha, hotel Olšanka
4. 4.	Severočeský	konference SPLDD s odborným programem	Ústí nad Labem, Krajská nemocnice
4. 4.	Jihomoravský	konference SPLDD s odborným programem	Brno, Mendelova univerzita
18. 4.	Severomoravský	konference SPLDD s odborným programem	Opava, Rektorát Slezské univerzity
18. 4.	Západočeský	konference SPLDD s odborným programem	Plzeň, Šafránkův pavilon, Alej Svobody 31
16.–17. 5.	Celostátní	sněm	Litoměřice
7. 11.	Celostátní	celostátní konference	Praha, Průhonice, hotel Floret

Akce pořádané centrem SPLDD

11. 1.	Celostátní	Management praxe PLDD	Praha
18. 1.	Celostátní	Management praxe PLDD	Ostrava
25. 1.	Celostátní	Management praxe PLDD	Brno
1. 2.	Celostátní	Management praxe PLDD	Hradec Králové
8. 2.	Celostátní	Management praxe PLDD	Praha
30. 5.	Celostátní	Symposium Od A do Z: Hlava a krk	Olomouc, hotel Clarion
6. 6.	Celostátní	Sestra v ordinaci PLDD II.	Brno, MU
13. 6.	Celostátní	Sestra v ordinaci PLDD II.	Praha
září–říjen, 10 seminářů		Komunikace v ordinaci PLDD	regionální města

SPLDD jako spoluorganizátor

28.–29. 2.	Celostátní	Kongres primární péče	Praha, hotel TOP
-------------------	------------	------------------------------	------------------

SPLDD jako garant programu

24.–26. 9.	Celostátní	Pediatrický kongres	Hradec Králové
listopad	Celostátní	PLDD a lékárníci	Praha

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a OSPDL ČLS JEP

si vás dovolují pozvat na odborné semináře v roce 2020. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30. Vzdělávací akce mají charakter postgraduálního vzdělávání a jsou garantovány ČLS JEP ve spolupráci s ČLK (ohodnoceny kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Odborný garant: MUDr. Klára Vitoušová, MUDr. Bohuslav Procházka

6. únor 2020

Spolupráce klinického genetika a PLDD, indikace k vyšetření klinickým genetikem

MUDr. Radka Kremlíková Pourová, Ph.D.
Ústav biologie a lékařské genetiky FN Motol



OSPDL ČLS JEP



Orientační stanovení předpokládané návratnosti kupní ceny lékařské praxe

Ing. František Elis

Koupě lékařské praxe fyzickou osobou od fyzické osoby

V případech prodeje lékařských praxí si zodpovědný kupující zcela logicky klade otázku, zda cena, kterou na něm požaduje prodávající, není příliš vysoká. Další řádky by měly poskytnout prodávajícímu orientační návod k tomu, aby na tuto otázku získal seriózní odpověď.

Při prodeji praxe by měli prodávající i kupující vycházet ze znaleckého posudku zpracovaného výhradně pro účely prodeje této konkrétní praxe. Zpracovaný posudek by měl být výchozím podkladem při jednání o ceně. Protože cena mezi prodávajícím a kupujícím je sjednávána vzájemnou dohodou obou stran, nelze vyloučit, ale spíše předpokládat, že prodejní cena se bude od ceny stanovené ve znaleckém posudku lišit. Důvodů může být mnoho a je poměrně složité jednotlivé důvody analyzovat. V každém případě koupě praxe bez zpracování znaleckého ocenění, které by měly obě strany k dispozici, považují za neúměrné riziko, a to pro obě strany. Pro kupujícího je koupě lékařské praxe zpravidla krokem do neznáma. I on, stejně jako prodávající, chce celou transakci realizovat co nejefektivněji. Přitom potřebuje získat reálnou představu o návratnosti vynaložených finančních prostředků.

Předpokládejme, že si kupující zodpovědně vytipoval prodávající praxe požadované odbornosti. Poté vstoupil do jednání s prodávajícím, od kterého získal prvotní informace, a na jejich základě začal o koupi praxe vážně uvažovat. Mezi oběma stranami došlo k předběžné ústní dohodě o termínu případného převodu praxe, a to za podmínky, že dojde i k dohodě o kupní ceně, která bude vycházet z nezávislého ocenění.

To bylo provedeno se závěrem, že tržní hodnota lékařské praxe byla zpracovatelem k datu ocenění 31. 12. 2020 odhadnuta výpočtem na 2 045 000 Kč. Na základě tohoto výsledku požadoval prodávající za převod praxe částku 2 000 000 Kč.

Zodpovědný kupující si bude chtít ověřit a potvrdit, že se ze strany prodávajícího jedná o korektní nabídku. K tomu má několik

možností, přičemž by se neměl omezit pouze na jednu z nich.

1. Konzultovat výsledky ocenění s jeho zpracovatelem.
Seriózní zpracovatel ocenění by tento požadavek neměl v žádném případě odmítnout. Ze strany kupujícího však může vyvstát obava z jeho zaujatosti ve prospěch prodávajícího jako objednatele ocenění. Přesto podrobné vysvětlení postupů, jednotlivých výpočtů a na jejich základě prezentovaných závěrů může prodávajícímu mnohé osvětlit.
2. Nechat výsledky ocenění posoudit.
Měl by to být někdo, komu kupující důvěřuje, má s ním již z minulosti pozitivní zkušenost a jeho vyjádření bude ochoten akceptovat. Přitom zadání by nemělo znít na hledání argumentů ke snížení kupní ceny, ale zda požadovaná cena odpovídá hodnotě kupované praxe.
3. Výpočet doby návratnosti vložené investice.
Ten bych doporučoval provést v každém případě.

Příklad výpočtu doby návratnosti

Praxe vykazuje v předchozím pětiletém průměru roční příjmy ve výši 2 400 000 Kč. Průměrné roční výdaje dosahují cca 50 % příjmů, tedy 1 200 000 Kč. Roční základ daně tak představuje rovněž 1 200 000 Kč.

1. krok

Ukazatel	Kč
Rozdíl příjmů a výdajů	1 200 000
Základ daně	1 200 000
Daň z příjmů (15 %)	180 000
Snížení daně § 35ba	24 840
Konečná daň	155 160
Rozdíl příjmů a výdajů po zdanění (1 200 000 - 155 160)	1 044 840
Sociální pojištění (1 200 000 : 2) × 0,292	175 200
Zdravotní pojištění (1 200 000 : 2) × 0,135	81 000
Pojištění celkem (175 200 + 81 000)	256 200

Rozdíl příjmů a výdajů po zdanění a pojistném (1 044 840 - 256 200)	788 640
Zápočet mzdy poskytovatele zdravotních služeb	500 000
Rozdíl (788 640 - 500 000)	288 640
Návratnost vložené investice v letech (2 000 000 : 288 640)	6,9290

V této fázi musí kupující posoudit, zda sedmiletá doba návratnosti je pro něj řádově přijatelná, či nikoliv. Pokud ano, pak je to důvodem v pokračování v započatém testu. Je zřejmé, že zatím nebyly vzaty v úvahu všechny okolnosti, které se vyskytnou, lze je však s velmi vysokou mírou pravděpodobnosti předpokládat a relativně přesně spočítat:

- kupující si vezme na koupi praxe částečný úvěr, bude tedy platit úrok (faktor zvyšující dobu návratnosti),
- výdaj na pořízení ordinace bude uplatněn v daňových výdajích kupujícího, takže v prvních letech jeho podnikání nebude jeho daňové zatížení tak vysoké, jak uvádí příklad (faktor snižující dobu návratnosti),
- s ohledem na uplatnění kupní ceny v daňových výdajích nového poskytovatele zdravotních služeb (PZS) bude i sociální a zdravotní pojištění hrazeno z nižšího vyměrovacího základu (faktor snižující dobu návratnosti),

2. krok (část první)

Ukazatel	Kč
Příjmy	2 400 000
Provozní výdaje	1 200 000
Část kupní ceny ordinace uplatněná ve výdajích	800 000
Úrok z úvěru na pořízení ordinace	80 000
Rozdíl příjmů a výdajů	320 000
Základ daně	320 000
Daň z příjmů (15 %)	48 000
Snížení daně § 35ba	24 840



Konečná daň	23 160
Zisk po zdanění	296 840
Sociální pojištění (320 000 : 2) × 0,292	46 720
Zdravotní pojištění (320 000 : 2) × 0,135	21 600
Pojištění celkem (46 720 + 21 600)	68 320
Rozdíl (296 840 – 68 320)	228 520
Čistý příjem poskytovatele zdr. služeb (800 000 + 228 520)	1 028 520
Zápočet mzdy poskytovatele zdravotních služeb	500 000
Rozdíl (1 028 520 – 500 000)	528 520

Protože shora uvedený výpočet může pro mnohé ztrácet na přehlednosti, je nezbytné podat i slovní vysvětlení alespoň k části kupní ceny uplatněné ve výdajích. K pořízení ordinace dochází smlouvou o prodeji obchodního závodu poplatníkem, který vede daňovou evidenci, za jednu pořizovací cenu ve výši 2 000 000 Kč. Pro uplatnění daňově uznatelných výdajů souvisejících s pořízením souboru hmotného a nehmotného majetku za jednu pořizovací cenu je nutno s odvoláním na § 7b odst. 3 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, stanovit cenu jednotlivých složek majetku, a to v poměrné výši k ceně jednotlivých složek majetku, oceněných podle zákona č. 151/1997 Sb., o oceňování majetku (s výjimkou peněz, cenin, pohledávek a závazků). Majetek, který v přepočtených cenách nepřevyšší za každý jednotlivý kus částku 40 000 Kč, bude uplatněn do daňově uznatelných výdajů jednorázově v roce pořízení, majetek, který v přepočtených cenách převyšší za každý jednotlivý kus částku 40 000 Kč, bude uplatněn do daňově uznatelných výdajů formou odpisů s dobou odepisování pět let. V příkladě je uvažováno s podílem 40 : 60.

2. krok (část druhá)

Ukazatel	Kč
Příjmy	2 400 000
Provozní výdaje	1 200 000
Část kupní ceny ordinace uplatněná ve výdajích	240 000
Úrok z úvěru na pořízení ordinace	80 000
Rozdíl příjmů a výdajů	880 000
Základ daně	880 000

Daň z příjmů (15 %)	132 000
Snížení daně § 35ba	24 840
Konečná daň	107 160
Zisk po zdanění	772 840
Sociální pojištění (880 000 : 2) × 0,292	128 480
Zdravotní pojištění (880 000 : 2) × 0,135	59 400
Pojištění celkem (128 480 + 59 400)	187 880
Rozdíl (772 840 – 187 880)	584 960
Čistý příjem poskytovatele zdr. služeb (240 000 + 584 960)	824 960
Zápočet mzdy poskytovatele zdravotních služeb	500 000
Rozdíl (824 960 – 500 000)	324 960

Výpočet doby návratnosti

V prvním roce kupující dokázal umořit 528 520 Kč. Pro další roky mu tak zbývá umořit ještě 1 471 480 Kč, přičemž k tomu má ročně k dispozici částku 324 960 Kč ($1\,471\,480 : 324\,960 = 4,5282$). **Celková doba návratnosti vložené investice je tedy přibližně pět a půl roku.**

Po tomto druhém kroku bych považoval testování za ukončené a na základě jeho výsledku by se mohl a měl potenciální kupující definitivně rozhodnout.

3. krok

Nelze však vyloučit ani pokračování v testování zahrnutím dalších předpokládaných skutečností. Např. kupující bude realizovat vyšší zisk před zdaněním, ať již zvýšením příjmů, snížením výdajů, nebo kombinací obojího (faktor snižující dobu návratnosti). V oblasti zdravotnictví nelze obecně přejímat poznatky z komerční praxe a u ordinací je na rozdíl od mikrofirem v oblasti služeb snazší naplánovat budoucí příjmy a výdaje, přičemž vývoj sektoru není cyklický, a příjmy tak mají nižší rizikovost. Lze rovněž důvodně předpokládat, že pro prodávajícího má hodnota volného času větší cenu než např. přírůstek ročních příjmů ve výši 100 000 Kč. Proto možná nerealizuje výkony v plném rozsahu uzavřených smluv se zdravotními pojišťovnami a neposkytuje ve větším rozsahu nadstandardní péči. Na druhou stranu je nutné vzít v úvahu předpokládaný růst platů, a to nejen v odvětví zdravotnictví, při současném zvyšování minimální mzdy a na ní navazující minimální úrovně zaručené mzdy.

Přesto se domnívám, že další pokračování testování bude mít již poměrně malou vypočítací schopnost.

■ Koupě lékařské praxe formou odkoupení obchodního podílu s.r.o.

V posledních letech lze zaznamenat u poskytovatelů zdravotních služeb výrazný nárůst právnických osob (společností s ručením omezeným). Důvodem je vlna transformací z fyzické osoby na osobu právnickou, aniž by však došlo ke změně rozsahu poskytování zdravotních služeb. To se logicky následně promítá i do problematiky prodeje lékařských praxí, které jsou realizovány formou převodů obchodního podílu s.r.o.

Vycházíme z předpokladu, že stejně jako v předchozím případě bylo zpracováno odborné ocenění. Tržní hodnota předmětné lékařské ordinace byla zpracovatelem ocenění odhadnuta výpočtem rovněž na 2 045 000 Kč. Následuje upozornění, že v okamžiku prodeje obchodního podílu by mělo být přihlédnuto k výši čistého obchodního majetku společnosti k datu prodeje. Čistým obchodním majetkem je v tomto případě obchodní majetek (tzn. veškerý majetek společnosti) po odečtení veškerých závazků.

Vysvětlení:

Seriózní zpracovatel ocenění by měl zadavateli ocenění, tedy zpravidla společníku společnosti, který bude svůj 100% podíl na společnosti prodávat, podrobně vysvětlit, že:

- hodnota společnosti byla stanovena ke zcela konkrétnímu datu vybranou výnosovou metodou,
- k datu ocenění nebyl ještě znám termín převodu (prodeje) obchodního podílu, nebylo tedy možné stanovit výši čistého obchodního majetku společnosti k datu prodeje,
- bylo sice možné stanovit výši čistého obchodního majetku společnosti k datu ocenění, ale vzhledem ke skutečnosti, že se jeho výše v čase mění, a to i velmi významně, neměl by tento údaj pro prodávajícího žádný podstatný smysl,
- i v okamžiku, kdy bude termín prodeje definitivně stanoven, nebude moci být výše čistého obchodního majetku společnosti vyčíslena v přesné výši, ale pouze, pokud možno co nejpresněji, odhadnuta,



e) prodávající se může s kupujícím dohodnout, že k výši čistého obchodního majetku k datu prodeje se přihlížet nebude.

Příklad stanovení a výpočtu konečné kupní ceny:

1. Prodávající se s kupujícím dohodl, že kupní cena bude vycházet z částky 2 000 000 Kč.
2. Shoda je i na předpokladu, že úhrada od všech zdravotních pojišťoven, s kterými má společnost uzavřeny smlouvy, bude za poslední měsíc před prodejem 200 000 Kč. Tuto částku „vydělal“ prodávající. Připsána na účet společnosti však bude nejdříve až v průběhu následujícího měsíce. Kupující souhlasí, že o tuto částku bude upravena kupní cena směrem nahoru.
3. K těmto výkonům se vážou náklady. Jedná se především o mzdu zdravotní sestry a případně i lékaře společníka a jednatele, odhadnuté celkem na 100 000 Kč. Prodávající souhlasí, že o tuto částku bude upravena kupní cena směrem dolů.

Pro zjednodušení budeme předpokládat, i když se skutečnost bude od tohoto předpokladu v jednotlivých konkrétních případech více nebo méně lišit, že v předchozích třech bodech je beze zbytku vyřešena problematika stanovení kupní ceny obchodního podílu. Jeho cena by potom v tomto případě činila 2 100 000 Kč (2 000 000 + 200 000 – 100 000).

Poznámky:

1. Z výše uvedeného je zřejmé, že ohledem na stanovení konečné kupní ceny je pro kupujícího výhodné, aby výše čistého obchodního majetku byla k okamžiku prodeje obchodního podílu co nejnižší.

2. To ovšem na druhou stranu vede k situaci, že na účtu společnosti zůstane minimum finančních prostředků.
3. Protože platby od pojišťoven přicházejí s určitým časovým zpožděním, bude pravděpodobně muset kupující nějakým vhodným způsobem řešit nedostatek volných finančních prostředků. Jedním z možných řešení je, aby jako fyzická osoba poskytl společnosti půjčku.
4. Převodem obchodního podílu nedojde ke změně identifikačního čísla společnosti (IČO) ani IČZ. Bude však nutné posoudit, zda nebude vhodné, či dokonce nutné, změnit název a sídlo společnosti.

Výpočet doby návratnosti

V případě prodeje lékařské praxe mezi fyzickými osobami, je výdaj vynaložený na její nákup výdajem daňově uznatelným (postupem uvedeným v předchozí části textu). V případě koupě obchodního podílu na s.r.o. se bude jednat o výdaj, který nebude moci být uplatněn jako daňový. Výjimkou by byl případ, pokud by se obchodní podíl opětovně prodával v době kratší než pět let. To se však v našem případě nepředpokládá.

Ukazatel	Kč
Výnosy	2 400 000
Provozní náklady	1 200 000
Odměna lékaře společníka	500 000
Odvedy sociálního a zdravotního pojištění ($500\,000 \times 0,34$)	170 000
Úrok z úvěru na pořízení ordinace	80 000
Rozdíl výnosů a nákladů (zisk před zdaněním)	450 000
Základ daně	450 000
Daň z příjmů (19 %)	85 500

Zisk po zdanění (450 000 – 85 500)	364 500
Srážková daň (15 %)	54 675
Trvale odnímatelný čistý výnos (podíl na zisku) $364\,500 - 54\,675$	309 825
Návratnost vložené investice v letech $(2\,000\,000 : 309\,825)$	6,4553
Návratnost vložené investice v letech $(2\,100\,000 : 309\,825)$	6,7780

Dle stávající legislativy se u právnických osob základ daně zaokrouhluje na celé tisíce Kč dolů a sazba daně z příjmů činí 19 %. Má-li být čistý roční odnímatelný výnos použit pro osobní spotřebu společníka, pak aby byl zvolený postup v souladu se zákonem, lze tak učinit pouze výplatou podílu na zisku. Tento podíl na zisku podléhá srážkové dani ve výši 15 %.

Závěr

Ukazatel	rok
Návratnost vložené investice při koupi praxe fyzické osoby	5,5282
Návratnost vložené investice při koupi obchodního podílu na s.r.o.	6,4553

Z uvedeného porovnání je zřejmé, že v případě koupě obchodního podílu se teoretická návratnost vložené investice prodlužuje cca o jeden kalendářní rok. Kupujícímu však odpadá „martyrium“ se získáním oprávnění k poskytování zdravotních služeb a následným převodem smluv se zdravotními pojišťovnami.

Vážení smluvní partneři,
v rámci zkvalitňování asistenčních služeb u zdravotního pojištění cizinců Pojišťovny VZP, a.s., Vám zasíláme informaci o nové e-mailové adrese naší asistenční služby AXA-ASSISTANCE:
insurance@axa-assistance.cz

Na této e-mailové adrese budou vaše požadavky asistenční službou vyřízeny efektivněji a rychleji.

Prosíme proto o její přednostní využívání. Původní e-mailová adresa info@axa-assistance.cz zůstává dočasně zatím v platnosti. Prosíme o předání informace na pověřené pracovníky v rámci vašeho zdravotnického zařízení.

Děkujeme za spolupráci.

Dana Šípková, metodik odboru likvidace pojistných událostí, správa smluvní sítě ZZ
Pojišťovna VZP, a.s., Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8-Karlín | www.pvzp.cz



LEVOPRONT®

kapky, sirup, tablety | levodropropizin



„To je váš pes?“

zeptal se hajný.

„Můj pes.

Jmenuje se Kašlánek!“

Rychlá úleva od suchého kašle^{1,2}

Kapky
s příchutí
lesního ovoce



Sirup
s příchutí třešně



Periferní
antitusikum
stejně účinné
jako centrální^{1,2,3}

Méně sedace
než centrální
antitusika^{1,3}

Neovlivňuje respirační
funkce a zachovává
mukociliární clearance^{1,4}



Literatura: 1. Aktuální SPC přípravku Levopront. 2. Dicipinigitis PV et al.: Antitussive drugs - past, present, and future. Pharmacological Reviews 2014;66:468-512. 3. Catena E., Daffonchio L.: Efficacy and tolerability of levodropropizine in adult patients with non-productive cough. Comparison with dextromethorfan. Pulmonary Pharmacology & Therapeutics 1997;10:89-96. 4. Bossi R. et al.: Antitussive Activity and Respiratory System Effects of Levodropropizine in Man. Arzneimittel-Forschung/Drug Research 1988;38-2:1152-1162.

Levopront, Levopront kapky, Levopront sirup. S: Levodropropizinum 60 mg v 1 tabletě, v 1 ml roztoku, v 10 ml sirupu. **IS:** Antitusikum. **CH:** Levodropropizin je syntetické periferní antitusikum nekodeinového typu s účinky antialergickými a antibronchospastickými. Nepotlačuje respirační funkce ani mukociliární clearance. **I:** Bronchopulmonální afekce doprovázené dráždivým suchým kašlem. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Nemocní s bronchiální hypersekrecí nebo sníženou mukociliární funkcí. Výrazné snížení funkce jater. **ZU:** Používat pouze po důkladném zvážení rizika u pacientů s těžkou insuficiencí ledvin. Sirup obsahuje sacharózu, kapky alkohol, tablety laktózu. **NŮ:** Velmi vzácně alergické reakce, točení hlavy, somnolence, palpitace, nauzea, malátnost. **IT:** Používat s opatrností při podávání benzodiazepinů. **TL:** Přípravky jsou v době těhotenství a kojení kontraindikovány. **D:** Kapky, Sirup: Dospělí a děti od 12 let 1 ml (20 kapek) roztoku nebo 10 ml sirupu až 3× denně. Děti 2-12 let 1 mg levodropropizinu/kg až 3× denně. Tablety: Dospělí a dospívající starší 12 let: jedna tableta až 3× denně s intervalem mezi dávkami alespoň 6 hodin. **B:** Tablety 10 × 60 mg, kapky 15 ml, sirup 120 ml. **Držitel registračního rozhodnutí:** Dompé Farmaceutici S.p.A., Itálie. **Datum poslední revize textu SPC:** Tablety: 20. 12. 2017. Kapky, Sirup: 26. 2. 2015. Přípravky nejsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



42 let klinické imunologie v Československu

MUDr. Jaroslav Svoboda

Klinika MUDr. Jaroslava Svobody, Praha

V tomto roce to bude 42 let od založení skutečně první ambulance pro klinickou imunologii tehdy v rámci 1. interní kliniky dnešní 1. lékařské fakulty Karlovy univerzity v Praze. Rád vzpomínám na ty krásné chvíle, kdy jsme si s paní prof. MUDr. Terezií Fučíkovou ujasňovali náplň oboru a ihned jsme současně začali vyšetřovat první pacienty, zpočátku ještě bez zdravotní sestřičky, v maličké ambulanci pod zadním schodištěm Fakultní polikliniky na Karlově náměstí, kde byla v blízkosti velmi kvalitní imunologická laboratoř. Nezávisle v Československu tradičně existovaly a existují alergologické ambulance. Do října 1978 však byly laboratoře vzhledem k tehdejší znalosti imunologie v klinické praxi kladeny někdy téměř až chaotické požadavky na různá vyšetření, která však byla dříve interpretována laboratorním pracovníkem, bez znalosti klinického stavu nemocného, aniž by pacienta viděl. Na lůžkovém oddělení pak byly tyto výsledky často i dezinterpretovány nebo sloužily k pouhému „vyšperkování“ chorobopisu. Naštěstí ani imunofluorescenční vyšetření zjišťující přítomnost antinukleárních autoprotilátek nemusí být onou antickou tragédií, kdy lidské protilátky napadají vlastní genetickou informaci člověka, ještě jde o izolovanou pozitivitu, nemusí se jednat o život ohrožující stav, je zapotřebí nemocného dispenzarizovat a korelovat s celým imunologickým profilem nemocného.

My jsme se pokusili každého nemocného nejdříve pečlivě interně vyšetřit a teprve potom cíleně indikovat určitý individualizovaný komplex vyšetření. Při dalších kontrolách nemocného v imunologické ambulanci jsme se pokusili vytvořit alespoň pracovní diagnózu a určit směr dalšího diagnostického a terapeutického postupu, jehož cílem bylo modulovat imunologickou odpověď organismu. Naše řady se postupně rozšiřovaly především z lékařů 1. interní kliniky a všechny pacienty jsme společně konzultovali na současně s ambulaní založeném klinicko-pedagogickém semináři, který byl přístupný všem lékařům z Všeobecné fakultní nemocnice i z jiných pracovišť z celého Československa, kteří obvykle přicházeli s problematikou svých konkrétních pacientů, většinou s obtížnější diferenciální diagnostikou systémových autoimunitních onemocnění. Klinická imunologie tak byla pevně zakotvena ve svém mateřském oboru,

ale úzce jsme spolupracovali i s chirurgickými obory (chirurgie, gynekologie a porodnictví, ORL) a s tzv. „malými obory“, především s dermatologií a s oftalmologií. Velmi úzká byla spolupráce i s Neurologickou klinikou. Klinická imunologie byla přednášena v rámci velkých přednášek z vnitřního lékařství před státní závěrečnou zkouškou z interny. Na jednotlivých klinikách jsme podle žádosti měli semináře pro lékaře týkající se klinicko-imunologické problematiky daného oboru, např. na revmatologii problematiku vaskulitid, systémového lupus erythematoses či dalších vzácnějších systémových onemocnění pojiva, což jsou interní nemoci „*par excellence*“.

Pravidelně každý týden jsme s paní prof. T. Fučíkovou chodili na vyžádaná i statimová imunologická vyšetření na různých klinikách. Vlastní lůžkové zázemí (asi 8–10 lůžek) jsme měli na I. interní klinice (diferenciálnědiagnostické hospitalizace a zvládání kritických stavů u našich nemocných) až do roku 1992. Pevný rámec klinické imunologie jako dílčího oboru vnitřního lékařství (!) dala paní prof. MUDr. Terezie Fučíková svou opakovaně vydanou základní učebnicí „*Klinická imunologie v praxi*“, knihou, která je velmi prakticky orientována a zároveň má určitou vizi vyzrálého klinického oboru zakotveného v interní medicíně.

Již tehdy jsme vnímali první známky atomizace medicíny. Logicky to souvisí s instrumentalizací medicíny, kdy i některé z instrumentálních podoborů vnitřního lékařství mají *de facto* blíže k chirurgickým oborům. Podmiňuje to velkou autonomizaci oborů vnitřního lékařství, jako jsou např. kardiologie či gastroenterologie, a proto jsme od počátku zdůrazňovali systémovou a integrující roli imunologie. Byl to nedávno zesnulý pan profesor Ctirad John, který vždy zdůrazňoval integrativní potenciál imunologie nejen v klinické praxi, ale i ve výuce medicíny. Pan profesor Ctirad John, ač „*preklinický štrajchpudlík*“, jak sám s oblibou říkal, nás s Terezií Fučíkovou velmi podporoval „*v boji za imunologii*“ na fakultě i za přičlenění klinické imunologie do vnitřního lékařství. Už studenty v teoretické části studia vedl k vnímání nemocného člověka jako celku. Rád si vzpomínám na rozhovory s Ctiradem Johnem doma či potom v nemocnici, kde pak v 98 letech zemřel. Uvažovali jsme o etymologii slova imunita. „*Immunis*“, tj. nepoplatný, zbavený povinnosti, nicméně „*čemu nepoplatný*“?

Jediné, co člověka napadá, je obecné směřování Kosmu k chaosu, k entropii. Z tohoto pohledu tedy představuje imunitní systém jeden ze základních negentropických, nebo, chcete-li, antientropických systémů. Imunitní systém zajišťuje mikrostrukturální homeostázu organismu, v níž se na úrovni makromolekul schází s biochemickou homeostázou Clauda Bernarda. Je součástí obecné stresové situace, jak zdůrazňoval medicínu v Praze vystudovavší slavný fyziolog Hans Selye či klasik českého vnitřního lékařství, mimo jiné i první předseda Československé imunologické společnosti, pan profesor Josef Charvát. V těchto etymologických souvislostech, o kterých jsme často s panem profesorem Johnem hovořili, si vzpomínám na svoji první otázku z latiny na medicíně, kdy jsem měl vysvětlit etymologii slova lymfocyt. Dlouho jsem se na tuto část otázek připravoval, netuše, že chtějí pouhý překlad. Lymfy byly vodní víly, které na rozdíl od nymf na mořském pobřeží žily v horských bystřinách. Když renesanční anatomové popisovali lymfatické cévy, v nichž nebyly erythrocyty, použili k odlišení světlé barvy od červené pojem „*aquae lymphatae*“, lymfocyty pak byly buňky, které v lymfatických cévách převažovaly. Tehdy nikdo netušil, jak významnou roli v lidském těle hrají, jedním z prvních, kdo to začal tušit, byl při jednom ze svých slavných experimentů Sir Alexis Carrel.

Od počátku jsme si uvědomovali, že se velmi často v ambulanci, ale i na lůžkách setkáváme s imunopatologickými stavy, které vyzrávají na imunopatologickém terénu. Nemocní trpící těmito stavy často mají potíže, aniž by splňovali požadovanou, často mezinárodní, kritéria na to či ono imunopatologické onemocnění, nicméně právě v tomto stadiu vývoje je onemocnění efektivněji terapeuticky ovlivnitelné než ve stadiu již „*plně vykrystalizované choroby*“. To každý moudrý kliník s minimálně desetiletou zkušeností na interních lůžkách ví. „*Kritéria jsou spíš pro statistiky a pro epidemiology*“, nikoliv pro kliniky. Navíc se jednotlivé imunopatologické stavy a nemoci vzájemně kombinují. Porucha imunoregulace, podmíněná např. vrozeně, ale i vlivem vnějšího prostředí / radioterapie, imunosupresivní léčba, většina forem tzv. „*biologické léčby*“, může vést k imunodeficienci. Tento pojem volíme v klinice častěji, protože imunodeficit jedné jediné složky imunitního systému obvykle imu-



imunitní systém umí vykompenzovat (!), ale u těchto pacientů se často může objevit i alergická či autoimunitní laboratorní či závažná klinická symptomatologie (od „laboratorního autoimunitního syndromu až např. po viscerální formu systémového erythematodu, SLE“), případně může dojít i ke vzniku maligního nádorového bujení, ať už z vlastních buněk imunitního systému, z imunocytů (např. lymfoproliferace, leukémie, mnohočetný myelom, Waldenstromova choroba) – tyto nádory z imunocytů jsou v některých zemích součástí klinické imunologie včetně jejich léčby, u nás tradičně patří hematologům, i když jako kliničtí imunologové máme k hematologům nejbližší, jde *de facto* o „rub a líc téže mince“, nebo z kontrolované tkáně (např. karcinomy).

Klinik, internista problémově orientovaný na imunologii, musí mít na vědomí velmi intimní propojení všech základních regulačních systémů lidského organismu, endokrinního, imunitního a nervového, které sdílejí společné signální molekuly. V poslední době k tomu přistupuje ještě vliv slizničního mikrobiomu, který je v neustálé interakci s ostatními slizničními systémy (MALT: GALT, BALT), přičemž víme, že i některé mikroorganismy jsou schopny, snad po kontaktu s lymfocytem, produkovat stejné signální molekuly ovlivňující ostatní tři regulační systémy.

V současné době se v rámci těchto solidních základů oboru vytvářejí i užší specializované skupiny, které se věnují např. imunologii septických stavů, problematice HIV/AIDS, neuroimunologii, hematimunologii či endokrinoimunologii, nicméně jsou stále součástí oboru klinická imunologie, který chápeme jako dílčí obor vnitřního lékařství (případně pediatrie) a do jisté míry i jako jeden z pilířových oborů interní medicíny v dětství i v dospělosti díky jeho systémovému a integrujícímu přístupu. „*Imunita sice nemá svůj orgán, ale je potenciálně všude.*“

Teoretická imunologie prodělala v posledních čtyřiceti letech nečekaný rozvoj, pochopili jsme hlouběji mechanismy obranného a poškozujícího zánětu i v posledních letech zneužitého obranného zánětu maligním nádorem, což vedlo v imuno-onkologii k přípravě tzv. „inhibitorů checkpointů“, osvobozujících imunitní systém z otroctví nádoru prostřednictvím molekul PD-L1 a CTLA-4 a navození efektivní protinádorové autoagresivní terapie prostřednictvím monoklonálních protilátek proti nim. Zdokonalilo se chápání těch nejobecnějších obranných mechanismů (např. TLR, imunogenní smrt), což jenom potvrzuje, že imunita není jen „zplodinou vnějšího světa“, ale že je základní vlastností živé hmoty, života vůbec (!).

Objevily se sofistikované koncepty dendritických buněk a jejich asi ne jenom protinádorového klinického použití (tzv. „DC vakcíny“). Významný je objev tzv. „biologických léků“, jejichž koncepty vychází převážně z dávných tezí Paula Ehrlicha („cílené střely“), i klíčové využití vrozené imunity při obranyschopnosti. Oba dva, Paul Ehrlich i I. I. Mečnikov, dostali společně Nobelovu cenu za medicínu v roce 1908.

Klíčové je studium zmíněné „imunogenní smrti“ v indukci protinádorové smrti, role mitochondrií i v obranyschopnosti, principy endosymbiotické koncepty teorie evoluce umožňující lépe pochopit mechanismy tolerance (odlišení „self“ a „non self“) i autoimunity, kterou dnes v přiměřené míře považujeme za zcela fyziologický proces zajišťující sebeochranu a sa-beutvrzení organismu! Pokud tzv. „instrukční teorie“ formování imunity představuje vlastně invazorem navozený obraz imunity – mezi autory této teorie patřili Paul Ehrlich, Linus Pauling a především nejvýznamnější československý biochemik mezi světovými válkami, prof. Felix Haurowitz – pozdější „selekční“, resp. „klonálně selekční“ teorie vycházející z toho, že snad v kostní dřeni se tvoří u člověka nespočetné klony lymfocytů, které procházejí v prenatálním období „selekci“ v thymu, kde je ektopická prezentace všech antigenů těla, a brzlíkem neprojdou ty klony lymfocytů, které naleznou svého partnera – mechanismus zániku těchto klonů není zcela objasněn. Do poporodního období tedy vstupují ty klony lymfocytů, které budou reagovat jenom se znakem, který bude organismem považován za cizí. V roce 1960 dostali Nobelovu cenu za medicínu za tuto koncepci Peter Medawar z Londýna a Frank MacFarlane Burnett z Austrálie (proto také někdy hovoříme o „Burnetově klonálně selekční teorii“). Nicméně i na této dnes obecně akceptované teorii se svým významným způsobem podílela Praha, protože pan prof. MUDr. Milan Hašek, na počátku 50. let velký stupeňec Lysenka a Lepešinské, který tehdy pracoval v Purkyňově ústavu, se při snaze o „proměnu jedince“ pokusil spojit embryonální oběhy v ptačím vajíčkách a dosáhl téhož, jeden jedinec toleroval druhého jako sebe. Ke stejným závěrům o několika měsících později dospěl i Peter Medawar u myšek, dokonce četl Haškovu téměř o rok starší práci a při udělování Nobelovy ceny ve Stockholmu zmínil i Milana Haška, že by tam měl stát s nimi. I nová „autoinstrukční“ teorie vycházející ze sdílených dominantních autoantigenů na principu endosymbiotické teorie vývoje a dávných prací z 60. let z Paříže (Pierre Grabar, Stratis Avrameas) od spolupracovníků

pana prof. Ctirada Johna v Pasteurově ústavu má své kořeny na přelomu tisíciletí v Praze.

Dlouho jsme se domnívali, že imunitní systém reaguje na cizí. Teprve v roce 1994 došlo ke změně paradigmatu, protože jsme zjistili, že ony „PAMP“ („s patogenitou spojené molekulární vzory“) by měly být spíše nazývány „DAMP“ (tedy „s nebezpečím spojené molekulární vzory“).

Postupně jsme pochopili vztah elementární morfogeneze k imunitnímu systému (např. u známé *Drosophila* ovládá ventrodorsální vývoj molekula TLR, jednotlivci s jejím defektem mají nejen těžké vrozené vývojové vady, ale i těžké imunodeficity v oblasti vrozené imunity). Obrovský pokrok je nejen v terapii HIV infekce (HAART), ale i jeho patogenezi. Jde především o rozvrat imunitního systému, teprve v ev. terminálních stádiích dochází k těžké imunodeficienci. HIV infekce jako první vedla k sledování absolutních hodnot jednotlivých CD subpopulací, dříve jsme u pacientů obvykle hodnotili spíš jejich procentuální zastoupení. U nemocných s HIV infekcí je třeba sledovat nejen absolutní hodnoty tzv. pomocných (helper) T lymfocytů, CD3+ CD4+ T lymfocytů, významný je jejich pokles pod 500, kritický pak pod 200, ev. pod 100, ale v praxi není příliš rozšířeno, že záleží i na absolutní hodnotě tzv. cytotoxických CD3+ CD8+ T lymfocytů. Pokud jsou absolutně jejich hodnoty slušné, mívá pacient dobrou prognózu i při významném poklesu CD4+ T lymfocytů. Vhodné je sledovat i absolutní množství tzv. NK buněk, tj. CD3– 16+ 56+ buněk, jejichž zvýšení svědčí o příznivé situaci na straně pacienta.

Pokud jde o transplantace kostní dřeně i o orgánové transplantace, vždy nás s paní profesorkou Terezií Fučíkovou mrzí, že při dnešním rozsahu a dostupnosti imunologických vyšetření, jak laboratorních, tak i klinických, je tak málo z těchto nemocných imunologicky vyšetřeno. Jednak je z kompletního vyšetření možné rozpoznat různé typy rejekce i další změny včas, jednak by to byl přínos pro budoucí pacienty, kterých asi nebude tak brzy ubývat.

Přes všechny tyto, byť i jenom letem zmíněné teoretické pokroky v imunologii se stále nezměnil základní axiom klinicko-imunologického uvažování, kdy musíme vždy zvažovat podíl ev. scestné odpovědi organismu na klinickém obraze nemoci, kterou stále chápeme v duchu slavného českého patologa, jehož vnitřní přesvědčení citát nezapře:

„*Nemoc je poruchou celovztažné uspořádaného dění v organismu.*“



Použití přípravku Isoprinosine pro léčbu deficitů imunitního systému a pro rekurentní infekce způsobené herpes labialis a genitalis

Prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.

Pracoviště tropické a cestovní medicíny IPVZ v Praze,
Centrum očkování a cestovní medicíny Hradec Králové

Velmi početnou skupinou pacientů, kteří navštěvují svoje registrující lékaře, jsou ti, kteří přicházejí pro radu, jak léčit častá a opakovaná respirační onemocnění a jak jim předcházet a jak léčit úporná onemocnění způsobená lidskými herpesviry HSV-1 (herpes labialis, gingivostomatitida, keratokonjunktivitida) a HS-2 (především genitální herpes). Při detailním vyšetření imunitního systému jsou lékaři zjišťovány mírné nebo rozsáhlejší deficity imunitního systému, kvůli kterým mohou opakované respirační záněty nebo herpetické infekce vznikat. Často ale není diagnostikována žádná změna imunitního systému.

■ Isoprinosine

Isoprinosine (inosinum pranobexum) je imunomodulační lék. Je schválen v několika zemích k léčbě různých akutních nebo chronických virových infekcí. Isoprinosine ovlivňuje imunitní systém komplexně, nicméně v zásahu proti virové infekci moduluje cytotoxicitu T lymfocytů a především přirozených zabíječů (NK – natural killers), jejichž počet se výrazně zvyšuje již za 90 minut po podání léku a dvojnásobné hodnoty dosahuje již pátý den podání.

■ NK buňky – přirozená imunita proti virové infekci

NK buňky jsou velké granulární buňky imunitního systému, které jsou řazeny mezi lymfocyty. Jsou schopné usmrtit buňky napadené virem. Patří do nespecifické části imunitního systému. NK buňky nesou na povrchu dva typy receptorů. Lektinové receptory aktivují cytotoxicitu (zničení cílové buňky napadené virem), zatímco receptory rozpoznávající MHC první třídy (HLA I) ji zase vypínají. Pokud tedy NK buňka pozná na povrchu jiné buňky komplex HLA I, buňka je ponechána naživu. Pokud se ovšem NK buňka setká s buňkou, která tyto komplexy postrádá, je okamžitě zničena.

■ Účinek přípravku Isoprinosine při virové infekci

Jednoduše řečeno, přípravek Isoprinosine je jedno, na rozdíl od specifických antivirotek (chřipková, herpetická), proti jakému viru

účinkuje, a je jedno, zda jsou to herpetické viry, viry akutních respiračních infekcí, nebo virus spalniček, protože aktivuje velmi rychle nespecifickou imunitu (NK buňky). Ta účinkuje rychle, ale nespecificky. U infekcí způsobených respiračními viry (chřipkové, adeno, RS, rinoviry) nebo herpes labialis nebo genitalis vede ke zkrácení doby s příznaky.

Užívání ve snížené dávce (1×1 nebo 2×1 tableta Isoprinosine po 500 mg) mimo akutní onemocnění dokáže velmi dobře předejít další exacerbaci onemocnění, protože stimulací se drží relativně vysoké hladiny NK buněk. Proto je dobré u opakujících se infekcí zajistit po léčbě akutní infekce i užívání snížené dávky ve schématu první měsíc 5 dní snížená dávka, poté dva dni bez léčby, znovu 5 dní snížená dávka a pak 14 dní bez léčby. Uvedené schéma je vhodné zopakovat ještě následující dva měsíce, aby celková doba byla 3 měsíce.

Isoprinosine se léčebně podává nejen k léčbě deficitů imunitního systému a rekurentních infekcí způsobených herpes labialis a genitalis, ale i k léčbě respiračních virových infekcí a léčbě spalniček u dospělých v dávce 50 mg/kg hmotnosti pacienta do maximální denní dávky 4 g.

Pro dospělého člověka je běžná denní dávka pro léčbu výše uvedených onemocnění 3–4 g/den (3–4× denně 2 tablety po 500 mg) po dobu 10–14 dnů, pro děti od 1 roku je dávkování 50 mg/kg tělesné hmotnosti, tj. 1 tableta/10 kg do 20 kg tělesné

hmotnosti. Dále je dávkování jako u dospělých pacientů.

Isoprinosine může přechodně zvyšovat koncentraci kyseliny močové v séru a v moči, zejména u mužů a starších osob obojího pohlaví. Hodnoty však obvykle nepřesahují meze normálních hodnot (tj. 0,18–0,42 mmol/l). Zvýšení hladiny kyseliny močové je způsobeno odbouráváním kosinové složky přípravku jako přirozeného purinu u lidí na kyselinu močovou. Přípravek by proto neměl být podáván pacientům s diagnózou dny.

■ Závěr

V celkové denní dávce 3–4 g je možné Isoprinosine užívat k léčbě deficitů imunitního systému a pro rekurentní infekce způsobené respiračními viry a viry Herpes labialis a genitalis. Doba léčby by měla být 10–14 dní a měla by být doplněna tříměsíčním intermitentním podáváním snížené dávky.

Stimulací nespecifické imunitní odpovědi (především NK buněk) i specifické celulární imunitní odpovědi vede ke kratší době s příznaky onemocnění a k rychlejší rekonvalescenci. Vzhledem ke svému odlišnému mechanismu účinku může být Isoprinosine podáván zároveň s antibiotiky, antiviroty (pro jinou virovou infekci) i běžnými symptomatickými léky.

Výhodou podání přípravku Isoprinosine na rozdíl od podání kauzálních antivirotek u jiných infekcí je to, že i při snížení frekvence



a intenzity klinických příznaků zvyšuje imunitní odpověď na virovou infekci, a tím podporuje vznik přirozené protekce.

Beran J. Použití přípravku Isoprinosine pro léčbu deficitů imunitního systému a pro rekurentní infekce způsobené herpes labialis a genitalis. *proLékaře.cz*, 15. 10. 2018. Dostupné na: www.prolekare.cz/tema/hpv-condylomata-ari/detail/pouziti-pripravu-isoprinosine-pro-lecbu-deficitu-imunitniho-systemu-a-pro-rekurentni-infekce-zpusobene-herpes-labialis-a-genitalis-105902

Literatura

1. ECDC. Monthly measles and rubella monitoring report, April 2018. [online]. [cit. 2018-10-06]. Dostupné z: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/monthly-measles-and-rubella-monitoring-report-april-2018>.
2. Rumel Ahmed S, Newman AS, O'Daly J, Duffy S, Grafton G, Brady CA, John Curnow S, Barnes NM, Gordon J. Inosine Acedoben Dimepranol promotes an early and sustained increase in the natural killer cell component of circulating lymphocytes: A clinical trial supporting anti-viral indications. *Int Immunopharmacol*. 2017 Jan;42:108-114.
3. Beran J, Šalapová E, Špajdel M; Isoprinosine Study (EWO ISO-2014/1) Team. Inosine pranobex is safe and effective for the treatment of subjects with confirmed acute respiratory viral infections: analysis and subgroup analysis from a Phase 4, randomised, placebo-controlled, double-blind study. *BMC Infect Dis*. 2016 Nov 7;16(1):648.
4. SPC Isoprinosine. [online]. [cit. 2018-10-06]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0162748&tab=texts>.
5. Isoprinosin je bezpečný a účinný v léčbě pacientů s akutní respirační virovou infekcí. *MeDitorial*. [online]. 2017-06-06. [cit. 2018-04-22]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/hpv-condylomata-ari/detail/isoprinosin-je-bezpecny-a-ucinny-v-lecbe-pacientu-s-akutni-respiracni-virovou-infekci-7726>.
6. Beran J, Havlík J, Vonka V. Očkování – minulost, přítomnost a budoucnost. Praha: Galén, 2005, 348 stran.

Vláda chce dát umělé oplodnění až do čtyřicátin

Zatímco před několika desítkami let bylo běžné, že ženy rodily kolem dvacátého roku, v dnešní době mnoho z nich mateřství odkládá a k prvnímu početí se běžně dostane až po třicítce. Na tento trend reaguje i stát, který nyní zvažuje, že opět zvýší věkovou hranici, kdy je možné zažádat pojišťovnu o proplacení umělého oplodnění.

Čím později totiž ženy začnou plánovat mateřství, tím obtížnější může být početí přirozenou cestou, a mnohým z nich pak nezbyde než se svěřit do rukou odborníků na asistovanou reprodukci. V současné době pojišťovny hradí umělé oplodnění do devětatřicátých narozenin budoucí matky, ve hře ale je, že by se maximální hranice mohla o rok zvýšit.

„Komise pro reprodukční medicínu v říjnu 2017 podpořila upřesnění zákona tak, aby bylo IVF hrazeno do 40. narozenin ženy,“ sdělil Právu David Šíma z tiskového oddělení ministerstva zdravotnictví.

„Návrh vycházející ze stanoviska komise byl včleněn do připravované novely zákona o zdravotním pojištění a je nyní projednáván v připomínkovém řízení,“ dodal Šíma. S tím, že by se hranice mohla o jeden rok zvednout, souhlasí i lékaři.

„Jednoznačně tento návrh podporujeme, pro pacientky má opodstatnění. Dál bych hranici ale nezvyšoval. Důvodem je jednoznačně klesající úspěšnost léčby a tím pádem neefektivní vydávání prostředků z veřejného zdravotního pojištění,“ řekl Právu Luboš Vlček, vedoucí lékaře na klinice GYNEM.

„Nemůžeme ignorovat společenský trend, lidé chtějí děti v pozdějším věku. Navštěvují nás ženy mezi 39 a 40 lety a pokoušejí se otěhotnět. Léčba je v tomto věku relativně úspěšná. U žen starších 40 let už vidíme znatelný pokles úspěšnosti. Hranici bych proto dál neposouval, ten jeden rok by ale řadě žen pomohl,“ míní také Štěpán Machač z kliniky Reprofit.

Návrh, který ministerstvo posuzuje, by také mohl pomoci ženám, kterým se podařilo po umělém oplodnění donosit dítě. V současnosti má žena pouze čtyři pokusy a další si už musí sama hradit. Podle Vlčka by ale bylo vhodné, kdyby v případě, že žena porodí zdravé dítě, začínala znovu od nuly. „Bylo by to dobré pro propagační politiku státu. Takhle to funguje například v Izraeli a jiných zemích,“ sdělil Právu porodník. Umělé oplodnění může žena podstoupit maximálně do věku 49 let, u této hranice se odborníci shodují na tom, že by nebylo dobré ji navyšovat.

Starší rodičky i mezi politikami

O hrazení umělé oplodnění žádají v nejzazším věku stovky žen. „V roce 2018 se jednalo o 111 žen ve věku 37 až 38 let, u kterých byl hrazený jeden z výkonů umělého oplodnění,“ řekl Právu mluvčí Vojenské zdravotní pojišťovny Jan Mates.

Prosadit zvýšení věkové hranice, u níž by bylo možné proplácet umělé oplodnění, se snažila bývalá ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová (ČSSD). Její úřad v roce 2016 sepsal koncepci rodinné politiky, která počítala se zvýšením dokonce na 43 let. Narazila ale na odpor tehdejších ministrů zdravotnictví za ČSSD Svatopluka Němečka a Miloslava Ludvíka, kteří se obávali medicínských komplikací.

Návrh tehdy cupovala i pravicová opozice, která poukazovala na to, že nejvíce pomůže Andreji Babišovi (ANO). Ten má totiž ve svěřenském fondu, kam převedl své firmy, zaparkovanou také síť reprodukčních klinik.

Poslanec za ODS a zároveň porodník Bohuslav Svoboda iniciativu ministerstva odmítá i dnes. „Tyto změny nevítám. Jednak by to znamenalo zvýšení rizik porodu s vývojovou vadou a jednak obrovské navýšení prostředků, které budou pojišťovny platit,“ řekl Právu Svoboda. Podle něj by se stát spíš měl zasazovat o to, aby ženy začaly s početím v rozumném věku.

„Začínat s mateřstvím kolem čtyřicítky je biologicky nesprávně a nemělo by to být hrazeno z účtu všech,“ míní Svoboda.

Trend početí v pozdějším věku se nevyhnul ani veřejně známým osobnostem. Například šéfka Asociace krajů a donedávna hejtmanka Karlovarského kraje Jana Mračková Vildumetzová (ANO) nedávno oznámila, že otěhotněla ve 46 letech. Její stranická kolegyně Jaroslava Jermanová, hejtmanka Středočeského kraje, porodila letos v březnu dceru Emu ve 48 letech. Herečka Brigitte Nielsenová porodila páté dítě (po umělém oplodnění) v 55 letech.

Zdroj: *novinky.cz*, J. Martinek, Právo, 14. 11. 2019



Alergenová imunoterapie v léčbě inhalačních alergií

MUDr. Irena Krčmová, CSc.

Odborná garance: doc. MUDr. Vít Petruš, CSc.

V indikaci alergické rinokonjunktivitidy se v současné době alergenová imunoterapie (AIT) aplikuje subkutánně nebo sublingválně a je vhodná jak pro děti od 5 let, tak pro dospívající a dospělé s vazbou na pyl, domácí mazlíčky a roztoky domácího prachu. Ovlivňuje nejen symptomy rinokonjunktivitidy, ale taktéž jsou doloženy krátkodobé a dlouhodobé účinky na omezení rozvoje astmatu. Imunomodulace alergického onemocnění cestou AIT vede ke snížení závažnosti onemocnění a snížení užívání farmakoterapie, má efekt v omezení následných senzibilizací a dlouhodobý preventivní účinek. Zvýšení bezpečnosti při zachování, nebo dokonce zvýšení účinnosti je hlavním cílem výzkumu nového vývoje vakcinace alergenem a zlepšení léčebných schémat v AIT. Imunomodulační podstata AIT zahrnuje velmi časnou imunomodulaci odpovědi T a B lymfocytů, změnu v tvorbě příbuzných izotypů protilátek, jakož i inhibici migrace eozinofilů, bazofilů a žírných buněk do tkání a uvolňování jejich mediátorů. Imunologické změny postupně navozují toleranci vůči spouštěcímu alergenů.

Klíčová slova: AIT, subkutánní, sublingvální, imunomodulační efekt

■ Úvod

Třetina obyvatelstva v Evropě trpí alespoň jedním alergickým onemocněním. Alergická rýma, bronchiální astma, potravinová alergie, anafylaxe a další formy alergie představují významnou zátěž pro jednotlivce, rodiny a zdravotnictví. Alergická onemocnění často koexistují a působí značné zhoršení kvality života. Na společenské úrovni způsobují náklady, zejména pokud jde o využití zdravotní péče a snížení ekonomické produktivity. I přes farmakoterapii má část pacientů stále přetrvávající příznaky. Dnes máme kvalitní důkazy pro klinickou účinnost AIT na diagnózu alergické rinokonjunktivitidy (AR) a alergického astmatu. Alergenová specifická imunoterapie je používána více než 100 let jako imunomodulační terapie IgE zprostředkovaných alergických onemocnění a nadále představuje kauzální léčebnou cestu zejména v oblasti inhalačních alergických chorob. Na rozdíl od farmakoterapie navozuje AIT alergenovou toleranci, jejímž výsledkem je dlouhotrvající ústup příznaků přetrvávající až několik let po jejím ukončení. V současné době máme ohledně užití a účinnosti AIT doporučení založená na důkazech, která v závěru roku 2017 publikovala Evropská akademie pro alergie a klinickou imunologii (EAACI).

Klíčovým doporučením je, že **tříletá subkutánní nebo sublingvální AIT se středně těžkou až těžkou alergickou rýmou (AR) vy-**

volanou alergií na pylové skupiny (zejména pyl trav a pyl břízy) je indikována ke snížení symptomů AR a související farmakoterapie s cílem zabránit vzniku astmatu po dobu až dvou let po ukončení AIT. Některé studie dokladují preventivní účinek na příznaky astmatu a léčbu více než dva roky po ukončení AIT (dlouhodobý efekt AIT).

Dle některých studií jsou velmi slibné **důkazy týkající se preventivního účinku AIT u osob s AR s vazbou na roztoky domácího prachu** nebo s jinými alergeny, další dobře postavené studie nyní probíhají.

Sublingvální tabletová forma imunoterapie (pyly trav, roztoky domácího prachu) je orální alternativou léčby subkutánní.

V posledních letech byly publikovány nové důkazy o dlouhodobém imunomodulačním (nemodifikujícím) účinku alergenových tablet. Sublingvální imunoterapie spočívá v pravidelné autoaplikaci alergenu pod jazyk a udržení alergenového extraktu pod jazykem po dobu 1–2 minut předtím, než je alergen spolknut. Alergeny procházejí ústní sliznicí během 15 až 30 minut, pomocí dendritických buněk jsou zpracovány na malé peptidy, předkládány imunokompetentním buňkám a prostřednictvím lymfatického systému je postupně tvořena systémová imunitní odpověď. Je dokladováno, že sublingvální cesta je účinná obdobně jako subkutánní terapie.

■ Definice AIT

Opakovaná expozice alergenům v pravidelných intervalech vede k modulaci imunitní

odpovědi se snížením symptomů a snížení farmakoterapie a k předcházení vzniku nových alergií a astmatu (adaptováno dle Evropské agentury pro léčivé přípravky [EMA]).

Tento postup je znám též jako alergen-specifická imunoterapie, desenzibilizace či hypersenzibilizace nebo alergenová vakcinace.

- **Subkutánní imunoterapie (SCIT):** forma AIT, kde se alergen podává jako podkožní injekce

- **Sublingvální imunoterapie (SLIT):** forma AIT, kde je alergen podáván pod jazyk v kapkové či tabletové formě

■ Definice preventivního účinku AIT

AIT je imunomodulační postup u chorob zprostředkovaných IgE s preventivními účinky, které přetrvávají i po ukončení AIT. Doporučení EAACI z r. 2017 považuje za velmi důležité hodnotit nejen snížení alergických příznaků v průběhu AIT, ale i následně. Byly vytvořeny **2 termíny ohledně účinku AIT z hlediska prevence:**

1. **krátkodobá prevence** / přínos: preventivní účinek **v průběhu dvouletého období po ukončení AIT;**
2. **dlouhodobá prevence** / přínos: preventivní účinek přetrvávající **nejméně dva roky a více od ukončení AIT.**

■ Imunomodulační efekt AIT

Během uplynulých 20 let došlo k významnému pokroku v pochopení molekulárních a buněčných mechanismů alergenové



tolerance u lidí. Imunitní systém tvoří interaktivní síť s tkáněmi a rozhoduje na základě signálů pocházejících z rezidentních tkáňových buněk, infekčních agens, kmenových bakterií a environmentálních činitelů. Detailní mechanismy odpovědné za prospěšný efekt AIT jsou stále záležitostí odborných diskusí.

Působení AIT zahrnuje indukci velmi časně desenzibilizace žírných buněk a bazofilů; lymfocytární Treg a B (Breg) buněčné odpovědi; regulaci protilátek IgE a postupné zvýšení IgG4, IgG1 a IgA; snížení počtu a aktivity eozinofilů a žírných buněk ve slizničních tkáních a snížení aktivity bazofilů v krevním oběhu.

Regulační T buňky (Treg) byly identifikovány jako klíčové regulátory imunologických procesů v navození periferní tolerance vůči alergenům. Posun alergenspecifických efektorových T buněk v průběhu AIT směrem k regulačnímu fenotypu se jeví jako zásadní. Regulační T lymfocyty (Treg) a jejich cytokiny, zejména interleukin 10 (IL-10) a transformační růstový faktor beta (TGF beta), potlačují imunitní odpovědi typu T-helper 2 (TH2). Různé typy inducibilních Treg lymfocytů kontrolují řadu aspektů alergického zánětu. Přirozeně se vyskytující Treg buňky FoxP3 + CD4 + CD25 + a inducibilní Treg lymfocyty typu 1 (Tr1) přispívají k řízení alergenspecifické imunitní odpovědi několika hlavními způsoby, které lze shrnout jako potlačení dendritických buněk, jež podporují tvorbu efektorových T buněk; potlačení efektorových buněk TH1, TH2 a TH17; potlačení alergenspecifického IgE a indukce IgG4 a IgG1; potlačení aktivity mastocytů, bazofilů a eozinofilů a potlačení migrace efektorových T buněk do tkání. AIT navozuje snížení podílu buněk TH2 sekretujících IL-4 ve prospěch Treg lymfocytů s indukcí tvorby IL-10 specifických pro stejný alergenní epitop a se zvýšením jejich počtu a aktivity. V recentní literatuře je věnována pozornost buňkám prezentujícím antigen především monocytomakrofágové linie, týká se zpracování alergenu a jeho předkládání T lymfocytům při pravidelné a dlouhodobé aplikaci. Systémové změny imunitní odpovědi vedou ke snížení četnosti a aktivace efektorových buněk v cílových tkáních.

Popsaný imunomodulační proces omezuje rozvoj alergického zánětu, se kterým vždy souvisí možnost tkáňového poškození. AIT je však pro pacienta a terapeuta dlouhodobý proces, neboť její plný imunomodulační efekt nastupuje po jednom až dvou letech aplikace s možností redukce farmakotera-

pie. Optimální doba podávání standardizovaného alergenu je nejméně 3 roky jak u aplikace sublingvální, tak subkutánní.

AIT může být definována jako stanovení dlouhodobé klinické tolerance vůči alergenům, což imunologicky znamená změny paměťových alergenspecifických T a B lymfocytů, jakož i navýšení prahových hodnot aktivace žírných buněk a bazofilů, které již nenavozují alergické příznaky. Z hlediska budoucích výzkumů bude důležité **identifikovat biomarkery, které jsou schopné předpovědět respondéry na AIT.**

■ Nové strategie AIT

Nové strategie imunitní intervence budou pravděpodobně cílit na molekulární mechanismy alergenové tolerance a vzájemnou regulaci podskupin efektorových a regulačních T lymfocytů.

Toll like receptory (TLR) představují slibné nové cíle alergenové imunoterapie. Výsledky základního výzkumu naznačují, že agonisté TLR snižují TH2 odpověď a příznivě ovlivňují hyperreaktivitu dýchacích cest.

Od zavedení AIT do terapeutických schémat je zřejmá snaha o vývoj bezpečných a účinných adjuvancií. První schválený adjuvantní prostředek pro SCIT, široce používaný ve většině vakcín na celém světě, byl založen na solích hliníku. Toto adjuvans je dnes již považováno za zastaralé. Slibným směrem rozvoje v této oblasti bylo zavedení agonistů toll like receptorů jako adjuvantních prostředků alergenových vakcín. TLR rozpoznávají strukturně konzervované molekulární motivy mikrobiálních patogenů a vyvolávají příslušný obranný mechanismus. Hlavní předností agonistů TLR v porovnání s konvenčními adjuvantními prostředky je vyšší imunogenita a schopnost vyvolat tvorbu přiměřené dlouhotrvající adaptivní imunitní odpovědi při nižším výskytu nežádoucích účinků.

Dvě alergenové vakcíny k subkutánní aplikaci obsahují agonisty TLR: Pollinex® Quattro a AIC. První vakcína obsahuje monofosforyl lipid, agonistu TLR-4, a druhá motivy CpG, aktivující kaskádu TLR-9. Předsezónní aplikace podkožních injekcí obou těchto alergenových vakcín byly bezpečné a účinné v kontrole nosních příznaků u pacientů s alergickou rýmou. V současné době probíhá klinický vývoj dalších vakcín s agonisty TLR-4, TLR-7, TLR-8 a s agonistou TLR-9 pro alergickou rýmu a astma.

Jsou uváděny studie s **kombinací anti-IgE protilátek** (Xolair) a konvenční a rush AIT.

Tato kombinace se jeví jako účinná s výrazným snížením systémových vedlejších účinků ve studiích u dětí a dospělých. Jedná se o drahý medicínský přístup a existují obavy, kdy a jak přerušit anti-IgE při udržení AIT.

AIT s užitím rekombinantních alergenů se jeví jako atraktivní, protože umožňuje přesnou standardizaci alergenních produktů a má potenciál pro individuální terapii založenou na alergenní senzibilizaci a hypoteticky nižší riziko vyvolání nových senzibilizací. Podkožní aplikace rekombinantního alergenu břízy (Bet v 1) a směs pěti rekombinantních travních alergenů prokázaly účinnost a bezpečnost. Nicméně v současnosti nemáme k dispozici žádné komerční produkty. Rekombinantní vakcína obsahující rekombinantní hybridní travní alergen v kombinaci s pre-S proteinem hepatitidy B jako imunologickým nosičem ukázala účinnost ve druhé fázi studie.

Imunoterapie s peptidy T buněk zkoušená u alergické vazby na kočku za použití směsí krátkých T-buněčných epitopů intradermálně měla slibné výsledky v prostředí provokační komory ve dvou studiích. Bohužel následně ve třetí fázi studie nebyla účinnost demonstrována. Studie s alergenovými peptidy nadále probíhají.

Nedávno se objevil zájem o **použití alternativních cest** vstupu terapeutických alergenů do organismu včetně epikutánní, intradermální a intralymfatické aplikace. V randomizovaných studiích byla aplikována epikutánní imunoterapie s pylem trav a vykazovala mírný přínos, který však byl provázen lokálními ekzematickými reakcemi v místě aplikace. Intradermální imunoterapie inhibovala alergenem indukovanou pozdní kožní odpověď, avšak v následné studii to prokázáno nebylo. Intralymfatická cesta aplikace alergenu (pyl trav) a modifikovaný kočičí alergen dokladovala účinnost v některých studiích, další studie však již předchozí pozitivní nálezy nepotvrdily.

■ Indikace AIT

a) AIT je indikována u pacientů se středně závažnou až závažnou alergickou rýmou jak intermitentní, tak perzistující. Symptomy u pacientů vznikají navzdory režimovým opatřením a užívané farmakoterapii a narušují jejich obvyklé denní aktivity nebo spánek. Mnoho pacientů má taktéž koexistující astma.



b) AIT může být rovněž doporučena v případech s méně závažnou AR u nemocných, kde zvažujeme a chceme využít dlouhodobý preventivní účinek AIT na progresi rinitidy a imunomodulační vliv léčby s cílem zabránit vzniku či nárůstu projevů astmatu.

Pacienti by měli mít klinicky jasné symptomy s vazbou na expozici aeroalergenům s důkazy alergenspecifické IgE senzibilizace (pozitivní kožní prick testy nebo sérové IgE). Nezbytnou podmínkou je užití standardizovaných produktů s důkazem účinnosti v klinických studiích. Standardizované produkty mají konzistentní lékovou formu a lze očekávat obdobné účinky u různých šarží terapeutických alergenů.

Pro identifikaci vhodného pacienta ke specifické AIT je zásadní stratifikace alergika pro správný alergen. Jsou případy, že kožní prick testy (SPT) nebo vyšetření specifického IgE nemusejí jasně identifikovat klíčový spouštěcí alergen (alergeny). Zde nám může pomoci komponentová (či molekulární) diagnostika při rozhodování o tom, který aeroalergen by měl být zvolen pro AIT. Především u polysenzibilizovaných pacientů je významným pomocníkem rozhodujícím o zahájení terapie a jejím efektu, neboť pomáhá určit primární zdroj senzibilizace.

Jako alternativní přístup by bylo možné použít nosní nebo spojivkové provokační testy, které dobře dokumentují klinický význam alergické senzibilizace v příslušných (cílových) orgánech před zahájením AIT. V současné době jsou však v ČR i EU velkým problémem dostupnost a cena alergenů, které jsou přímo určeny k slizničním provokacím.

Indikace SCIT a SLIT se od sebe zásadně neliší. Důkazy krátkodobého přínosu (2 roky od AIT) pro **kontinuální SCIT** jsou silnější pro sezónní rýmu s vazbou na pyly (stupeň A pro dospělé) než pro celoroční rinitidu s vazbou na roztoče domácího prachu (stupeň B pro dospělé), kde bylo provedeno méně studií a výsledky jsou heterogenní.

Klinické studie s modifikovanými alergeny a alergoidy zahrnují kratší průběhy AIT. Nebyla provedena žádná studie s přímým srovnáním s nemodifikovanými extrakty.

SLIT může být aplikována buď jako kapky, nebo rychle se rozpouštějící tablety, které jsou uchovány pod jazykem po dobu alespoň jedné minuty a poté spolknuty. SLIT je doporučeno užívat kontinuálně nebo před/ko-sezónně, nejlépe čtyři měsíce před začátkem pylové sezóny (stupeň A pro dospělé).

Obě lékové formy jsou vhodné (stupeň A pro děti a stupeň B pro dospělé) a vykazují snížení symptomů a záchranné léčby pro sezónní AR s následným potvrzeným efektem nejméně 2 roky od ukončení AIT.

Sublingvální pylová imunoterapie je doporučována nejméně po dobu 3 let (stupeň A). Tabletová SLIT s obsahem alergenů roztočů je doporučena alespoň po dobu jednoho roku (stupeň A) pro dokladovaný léčebný efekt perenniální alergické rýmy u dospělých.

■ Faktory ze strany terapeutických alergenů, které mohou ovlivnit účinnost AIT

Standardizace alergenových extraktů

Pro běžné alergeny nyní mnoho výrobců poskytuje charakterizované, standardizované, stabilní produkty AIT dle doporučení EMA. Pro některé alergeny, jako jsou například plísně, existují problémy se složitostí, variabilitou a stabilitou alergenů. Je doporučeno, aby v klinické praxi byly použity jen produkty AIT s důkazem účinnosti. V naší zemi máme k dispozici standardizované léčivé přípravky tří kvalitních výrobců (Stallergenes Greer, ALK, Allergy Therapeutics – pouze injekční forma).

Směsi alergenů

Dvě směsi, směs travního pylu a směsi pylů stromů, jsou užívány v AIT s dokladovanou účinností. Dle EMA jsou doporučeny pouze homologní, taxonomicky příbuzné alergeny v přípravcích AIT (stupeň A). Alergeny s enzymatickou aktivitou (např. alergeny roztočů domácího prachu) by v jiných směsích neměly být nikdy používány. Alternativně mohou být extrakty alergenů aplikovány pacientovi samostatně, ale nikoliv ve směsi.

Specifické alergeny

Existují některé vzácné alergické vazby, kde robustní data z randomizovaných studií prostě nejsou. Vždy budou existovat ojedinělé alergeny, u kterých jsou studie neekonomické. Pokud je terapie dostupná a je zahájena, je vhodné včas hodnotit vliv AIT na klinické příznaky pacienta a určit pokračování v léčbě. Existuje reálná obava, že vzhledem k evropské regulaci léčiv budou tyto individuální alergeny mizet z terapeutického portfolia.

■ Faktory ze strany pacienta, které mohou ovlivnit účinnost AIT

Identifikace klíčových alergenů s důkladnou anamnézou a zhodnocením alergických příznaků je základní pro stratifikaci pacienta.

Dle epidemiologických studií je většina pacientů s AR polysenzibilizovaná, což nám ztěžuje klinické rozhodování. Je třeba zvážit, zda pacient je klinicky monoalergický a polysenzibilizovaný, nebo polyalergický (překryvné příznaky na podkladě expozice více alergenům) a polysenzibilizovaný. Imunoterapie s jediným alergenovým extraktem bude pravděpodobně účinná v prvním případě, přesto bychom se i u polysenzibilizovaného alergika měli snažit určit dominantní alergen a nabídnout mu tuto možnost terapie.

Pro polysenzibilizovaného pacienta, který je současně polyalergický na homologní (biologicky příbuzné) alergeny (např. trávy), je vhodný jediný alergenový přípravek nebo základní směs homologních alergenů. U pacientů s alergickou vazbou na nehomologní alergeny je vhodné užít dva oddělené produkty AIT pro dva klinicky nejdůležitější alergeny. Dávky alergenů by měly být podávány v intervalu 30–60 minut, popřípadě na od sebe oddělených místech. Vždy musíme zvážit poměr mezi efektivitou a bezpečností.

Souběžné astma

Koexistující astma nemá vliv na účinnost AIT pro AR a AIT může vést ke zlepšení průběhu astmatu. Pokud je lehké až středně těžké astma pod kontrolou, je podávání AIT hodnoceno jako bezpečné. Nekontrolované nebo těžké astma je určitě považováno za absolutní kontraindikaci pro AIT.

Pediatrické aspekty

Důkazy o účinnosti AIT pro AR jsou omezené u dětí mladších pěti let. Některé klinické studie prokázaly účinnost a bezpečnost jak SCIT, tak SLIT u dětí předškolního věku. Děti od 5 let byly zahrnuty v několika kvalitně dokumentovaných studiích se SLIT. Klinické zkušenosti ukazují, že opakované injekce při SCIT jsou u dětí předškolního věku stresující. Neexistují žádné exkluzivní pediatrické placebem kontrolované studie s alergoidy.

Oproti SCIT je **pro SLIT k dispozici více údajů z pediatrických studií** a v posledních letech je tento přístup podporován. Nedávno publikovaná studie s tabletami pro travní pyly prokázala účinnost na AR a snížení příznaků astmatu. Data SLIT s vodnými roztoky pro celoroční alergickou rýmu (s vazbou na roztoče) nejsou konzistentní, ale tabletový přístup SLIT byl prokázán jako účinný v krátkodobém časovém horizontu ve studiích se smíšeným pediatrickým, dospívajícím a dospělým souborem.



Senioři

Existuje velmi málo studií, které konkrétně vyhodnocují použití AIT u starších osob (definovaných zde jako > 65 let). V této věkové skupině je vyšší prevalence komorbidit (hypertenze, ischemická choroba srdeční, cerebrovaskulární choroby, malignity a/nebo srdeční arytmie). Také léčba betablokatory může narušit léčbu anafylaxe adrenalinem. AIT lze v jinak zdravém stavu doporučit u starších pacientů s AR, jejichž příznaky nemohou být adekvátně kontrolovány farmakoterapií.

■ Adherence

Zahájení AIT by měla vždy předcházet diskuse s pacientem/rodinou s ohledem na možné přínosy, nevýhody, náklady a cestu AIT (SCIT vs. SLIT) na základě individuálního profilu pacienta, jeho preferencí a úvah. Mezi studiemi existují velké rozdíly (jak klinické studie, tak „real-life“ studie) v kritériích použitých pro posouzení adherence. Rozsah hlášené adherence se pohyboval od 18 % do více než 90 %, vyšší byl v klinických studiích. Jako hlavní příčiny špatné adherence jsou hlášeny vedlejší účinky, nepohodlí, nedostatečná účinnost nebo zapominání. Ke způsobům, jak zlepšit adherenci k AIT, patří použití upozorňovacích mechanismů (například alarmů a monitorovacích systémů v mobilních zařízeních, internetových nástrojů) přizpůsobených pacientovi.

Jedna randomizovaná studie dokladuje, že adherence je zřetelně lepší s tříměsíčními schůzkami ve srovnání se šesti- nebo dvanáctiměsíčním sledováním. Při každé návštěvě pacienta by si měl lékař specialista položit otázky, zda pacient dodržuje léčbu, zda z ní má benefit, jaké má AIT nežádoucí účinky a zda je třeba úprava terapie. **Pokud AIT nejvíce po prvním roce léčby benefit, je třeba veškeré parametry přehodnotit.**

■ Absolutní a relativní kontraindikace

I když je AIT pro vhodného alergika indikována, lékař musí vždy zvážit, zda jsou přítomny nějaké konkrétní absolutní nebo relativní kontraindikace léčby, kdy riziko z AIT převáží očekávané přínosy. Lékař je povinen dle souhrnu údajů o přípravku (SPC) přezkoumat specifické kontraindikace pro jednotlivé přípravky, neboť se od sebe mohou vzájemně lišit.

Jasnou kontraindikací pro AIT jsou nekontrolované nebo těžké astma, aktivní systé-

mové autoimunity (nereagující na léčbu), aktivní maligní onemocnění a iniciace AIT v průběhu gravidity.

Relativní kontraindikace obsahují stavy, u kterých by AIT měla být zvažována a vyhodnocen individuální poměr mezi přínosem a rizikem. Jedná se jmenovitě o tyto stavy: astma pod částečnou kontrolou, těžké psychiatrické choroby, primární a sekundární imunodeficiency, systémové nebo orgánové specifické autoimunity, léčba betablokatory, těžké kardiovaskulární choroby, systémové nežádoucí reakce při AIT a slabá adherence.

Ačkoliv je zahájení AIT kontraindikováno během těhotenství, probíhající AIT je přípustná, pokud dosud byla pacientkou dobře snášena. Existuje jedna prospektivní studie, která zkoumá bezpečnost AIT v těhotenství, a několik retrospektivních studií, které naznačují, že neexistuje větší riziko při porodu či vzniku abnormalit plodu nebo jiné nežádoucí účinky AIT v těhotenství a kojení. Rovnováhu mezi výhodami a potenciálem rizika u těhotných je třeba s pacientkou prodiskutovat.

Do studie z r. 2016 byli zahrnuti pacienti se SLIT s částečně kontrolovaným astmatem bez ohrožení jejich bezpečnosti; zjištění této studie je považováno za recentní a velmi důležité. Často jsou diskutována rizika souběžné léčby betablokatory a AIT. Musíme vzít v úvahu, že toto léčebné spojení může ohrozit pacienta při eventuální epizodě anafylaxe. Obdobně bychom měli uvažovat o indikaci AIT u nemocného s kardiovaskulárním onemocněním.

Důkazy pro relativní kontraindikace u výše uvedených stavů byly sice pracovní skupinou pro AIT při EAACI hodnoceny jako slabé, přesto by měl klinicky pracující alergolog postupovat vysoce individuálně.

■ Bezpečnost

SCIT je bezpečná a dobře tolerovaná léčba, pokud jsou injekce aplikovány zkušeným zdravotnickým personálem, který je vyškolen ve zvládnutí systémových reakcí.

Systémové alergické nežádoucí účinky SCIT mohou mít rozsah mezi mírnými až závažnými anafylaktickými příznaky. Reálný evropský průzkum vedený členy pracovní skupiny pro imunoterapii při EAACI na 4 316 pacientech ve Francii, Německu, Belgii a Španělsku vyhodnotil, že SCIT a SLIT pro respirační alergie jsou bezpečné u pediatrických a dospělých pacientů. Pro SCIT byly nalezeny systémové reakce u 2,1 % všech pacientů. Rizikovými faktory během SCIT byly použití

nestandardizovaných alergenů, absence protialergické léčby při symptomatické alergii, diagnóza astmatu, klastrové režimy AIT a předchozí anafylaxe. Více než 80 % reakcí bylo do 30 minut. Je proto doporučeno, aby pacienti zůstali pod lékařským dohledem alespoň 30 minut po injekci (stupeň C).

Pokud je přítomen jeden nebo více závažných nežádoucích účinků, měl by specialista společně s pacientem přehodnotit přínos a rizika SCIT terapie a rozhodnout se, zda by léčba měla pokračovat (stupeň D). V každém případě by se měla provést úprava dávkovacích schémat pro další injekci a postupovat podle souhrnu údajů o přípravku (SPC).

Zčervenání, svědění nebo otoky představují místní reakce v místě vpichu a vyskytují se až u poloviny injekcí. Zvýšené místní nepříznivé účinky reakce nepředvídají zvýšené individuální riziko pro systémovou nežádoucí reakci.

V případě rozšíření lokálního zarudnutí a/nebo otoku > 10 cm v průměru na místě vpichu upravuje SPC dávkovací schémata pro další injekci. Při lokálních nežádoucích účincích lze před léčbou užít H1 antihistaminikum, a snížit tak frekvenci a závažnost lokální reakce (doporučení stupně A). Nicméně toto profylaktické opatření nebrání nástupu anafylaktických příznaků. U produktů obsahujících hydroxid hlinitý byly popsány granulomy, způsobené zejména nesprávnou intradermální aplikací a kontaktní alergickou kožní reakcí. Pokud se objeví tato reakce, je upřednostňován další produkt bez hydroxidu hlinitého (stupeň D).

SLIT je považována za bezpečnou, dobře snášenou léčbu. V analýze 66 studií se SLIT s více než 4 000 pacienty připadala přibližně jedna systémová reakce na každé čtyři roky léčby a pouze jedna závažná na 384 léčebných let. Proto neexistují žádné nové obavy ohledně bezpečnosti SLIT. V literatuře je několik kazuistických anafylaktických reakcí popsáno do 30 minut sublingválního podávání alergenových kapek nebo tablet. V těchto případech nebyla SLIT podávána podle norem (nestandardní extrakty, rush protokoly, nadměrné dávky alergenů).

Většina nežádoucích účinků SLIT se vyvíjí v domácím prostředí. Pacienti by měli být edukováni, jak reagovat při opomenutí dávky či kdy by měla být SLIT dočasně přerušena a jak zvládat nežádoucí reakce. Dočasné přerušování léčby SLIT může být doporučeno v řadě situací ke snížení rizika – například sedm dnů po zubní extrakci nebo ústním chirurgickým výkonu nebo po vypadnutí zubu



nebo během infekce horních cest dýchacích u pacientů s astmatem.

Frekvence lokálních nežádoucích účinků během léčby SLIT byla hlášena ve 40–75 % případů, jedná se o **přechodné a očekávané lokální slizniční reakce** (orální pruritus, otoky v dutině ústní a sliznice, podráždění hrdla). Většina těchto reakcí je mírné intenzity a vyskytuje se během počáteční fáze léčby. Nicméně tyto reakce mohou vést k předčasnému ukončení léčby, jak bylo pozorováno u 4 až 8 % hlášených případů v nedávných studiích s tabletami SLIT. Stejně jako u SCIT mohou být místní nežádoucí účinky sníženy preventivním užitím antihistaminika.

Rizikové faktory pro nežádoucí reakce při AIT

- současné příznaky alergie a potenciální expozice alergenů
- vysoký stupeň senzibilizace
- AB pod nedostatečnou kontrolou či těžké AB
- předchozí systémová reakce na SCIT nebo SLIT
- nadměrné zvyšování dávky během zahájení léčby, předávkování alergenem
- probíhající infekce
- vysoká intenzita fyzického cvičení/exces v alkoholu v den aplikace
- mastocytóza
- užití betablokátorů
- nevhodná technika aplikace injekcí
- nedodržení doporučení výrobce ke snížení dávky při změně šarže produktu (pouze u SCIT)

■ Léčebný a preventivní účinek AIT

AIT má schopnost indukovat dlouhodobé změny v imunitním systému, a zejména proto by měla být AIT považována za preventivní léčebnou strategii alergických onemocnění. Pro snazší hodnocení účinnosti AIT jsou dle EAACI definovány primární a sekundární cíle prevence.

Primární cíle prevence

- Vývoj prvního alergického projevu u zdravých jedinců nebo nového alergického projevu u pacientů s předchozím alergickým onemocněním (např. výskyt astmatu u pacientů s atopickým ekzémem/dermatitidou (AD) nebo AR v krátkodobém horizontu (< 2 roky) nebo v dlouhodobém časovém úseku (≥ 2 roky) po ukončení AIT.

Sekundární cíle prevence

- Vývoj nových alergických senzibilizací, rozšíření alergické senzibilizace (alergií) z jednoho alergenů na více nepříbuzných alergenů, rozšíření alergické senzibilizace na molekulární úrovni.
- Vývoj dříve neexistujícího orálního alergického syndromu.

V současnosti máme **důkazy střední a vysoké kvality, dle kterých lze AIT (SCIT nebo SLIT) doporučit pro krátkodobou prevenci až do dvou let od AIT u diagnózy astmatu u dětí/dospívajících/dospělých se středně závažnou/závažnou AR s vazbou na pyl, která není dostatečně pod kontrolou ani přes vhodnou farmakoterapii. Existující údaje dokladují, že tato výhoda přetrvává i po dvou letech po ukončení AIT.**

AIT představuje vhodnou možnost léčby i pro méně závažnou AR. AIT u těchto pacientů může upravit přirozený průběh choroby, včetně dlouhodobého účinku v dg. AR a preventivního efektu na vývoj astmatu. Tento vliv by nikdy nemohl být připisován současné farmakoterapii.

EMA v současné době doporučuje AIT zahrnující tři roky léčby s dvouletým sledováním po ukončení léčby. Studie s tímto režimem demonstrují přínos po dobu dvou let po ukončení terapie (viz recentní tabletové studie SLIT s obsahem pylu trav).

Významným pokrokem je zařazení tablet s obsahem roztoků domácího prachu do léčby dospělých astmatiků s roztokovou alergií. Recentní publikace z roku 2016 potvrzuje vhodnost zařazení AIT do spektra péče o astmatika zvláště tam, kde je souběh s alergickou rinokonjunktivitidou, a zdůrazňuje především význam této léčby u alergie na roztoky domácího prachu. Dle studií s roztokovými tabletami léčba signifikantně snížila riziko středně těžkých až těžkých exacerbací astmatu ve srovnání s placebem a umožnila redukci dávky inhalačních kortikosteroidů.

Žádná ze studií o prevenci vývoje v alergické astma u dětí s AR nezahrnovala předškolní děti pod 5 let věku, a tudíž nelze v současné době předkládat žádná doporučení ve prospěch nebo proti AIT pro tuto věkovou skupinu jako prevenci. Dále nelze v současné době doporučit AIT jako prevenci alergickým rodičům, aby se zabránilo alergi u jejich potomků, zdravým kojencům/dětem, kojencům/dětem s AD a/nebo potravinovou alergií.

Výrobky, dávky a harmonogramy AIT se liší. SCIT a SLIT jsou v léčbě obdobně efektivní a je doloženo, že tříletý průběh je účinnější

než kratší průběh AIT. **Studie, které prokázaly preventivní účinek, byly s užitím tříleté AIT.**

Kromě klinických prací jsou důležité studie z reálného života. Sledování léčby AIT založené na velké německé longitudinální předpisové databázi prokázalo, že pylové tablety SLIT („5 grass tablet 300 IR, single grass tablet SQ“) mají preventivní účinek při progresi z AR na astma. Studie zahrnovala 2 robustní kohorty pacientů, jednu léčenou pouze farmakoterapií (n = 71 275) a druhou se SLIT (n = 2 851). Primárním cílem byla změna v počtu preskripce standardní farmakoterapie pro dg. AR po skončení léčby oproti původním hodnotám. Bylo doloženo celkové snížení o téměř 19 % v užívání symptomatické léčby ve skupině SLIT. Sekundárním cílem byl nový vznik astmatu během léčby a po jejím ukončení. Léčba AR pomocí SLIT v klinické praxi snížila množství předepsaných antiastmatických léků téměř o 21 % a v následném sledování trvalo celkové snížení o 16,7 %. Studie měla výhodu velkých kohort s možností sledování šestileté preskripce farmakoterapie a významně doložila dlouhodobou účinnost SLIT v reálném životě.

Farmakoekonomické studie, které analyzují pouze náklady na léčbu, vykazují v dlouhodobém horizontu snížené výdaje, úspory se každopádně neočekávají v prvním roce. Většina farmakoekonomických studií podporuje názor, že AIT vykazuje výhodnou farmakoekonomiku během šesti let od zahájení léčby. Retrospektivní a perspektivní pozorování studie ukázala, že SCIT a SLIT pozitivně ovlivňují výdaje na farmakoterapii se snížením výdajů o 12 až 80 %.

■ Závěr

Alergenová imunoterapie je exkluzivní imunomodulační terapeutický postup prováděný specialisty oborů alergologie a klinická imunologie. Jedná se o účinnou kauzální léčbu, která na rozdíl od farmakoterapie modifikuje přirozený průběh alergických onemocnění a navozuje vznik alergenspecifické imunologické tolerance přetrvávající až několik let po jejím ukončení. Terapeutické alergenů s prokázanou kvalitou, účinností a bezpečností dle evropských regulačních autorit jsou nezastupitelnou součástí léčby alergie.



Kazuistika pacientky s optickou neuritidou asociovanou s anti-MOG protilátkami

**MUDr. Petra Hanáková¹, doc. MUDr. Hana Ošlejšková, Ph.D.¹,
MUDr. Jan Šenkyřík², MUDr. Martin Komínek³, MUDr. Inka Krejčířová, Ph.D.³,
MUDr. Petr Dominik⁴, MUDr. Ludmila Koudelková, Ph.D.⁴**

¹Klinika dětské neurologie, LF MU a FN Brno; ²Klinika dětské radiologie, LF MU a FN Brno;

³Dětská oční klinika, LF MU a FN Brno; ⁴Klinika dětské anesteziologie a resuscitace, LF MU a FN Brno

■ Úvod

Cílem sdělení je seznámit čtenáře se spektrem diagnóz, které jsou asociovány s tvorbou protilátek proti myelinovému oligodendrocytárnímu glykoproteinu (anti-MOG Ig). Řadíme je mezi získaná demyelinizační onemocnění centrální nervové soustavy (CNS). Patří mezi relativně „moderní“ diagnózy a v ordinacích se s nimi budeme pravděpodobně setkávat stále častěji. Nejen díky dostupnější diagnostice, ale také pro širší osvětu zdravotnického personálu.

Terminologie užívaná různými autory není jednotná. V literatuře se setkáváme s lehce odlišnými pojmy (MOG-encefalomyelitidy, MOG-IgG asociovaná onemocnění, MOG-související choroby a jiné). V našem sdělení používáme označení anti-MOG IgG syndromy. První zmínky o anti-MOG protilátkách se v literatuře objevují v devadesátých letech 20. století, zejména ve spojitosti s roztroušenou sklerózou (RS). Tyto protilátky jsou namířeny proti myelinovému oligodendrocytárnímu glykoproteinu (MOG), jenž je umístěn na extracelulární části cytoplazmatické membrány výběžků oligodendrocytu obalujícího v myelinových vrstvách axon. Tvorba těchto imunoglobulinů probíhá periferně (respektive extrathekálně). K jejich potvrzení v séru je doporučeno využívat buněčnou assay (cell based assay), která poskytuje méně falešně pozitivních výsledků ve srovnání s metodou ELISA. Anti-MOG IgG pronikají přes hematoencefalickou bariéru do CNS, kde vyvolávají zpočátku inflamatorní změny a vedou k demyelinizaci. V patogenezi onemocnění je velký rozdíl oproti *neuromyelitis optica* s pozitivními protilátkami proti aquaporinovému kanálu (NMO AQP4+), u které se jedná o primární astrocytopatii. Demyelinizace je zde sekundárním fenoménem.

Mezi nemocnými převažují ženy, i když Juryńczyk et al. uvádějí vyrovnaný poměr pohlaví. Anti-MOG syndromy mohou mít různorodou symptomatiku. Nejčastější iniciální prezentací u dětí bývá bilaterální optická neuritida (ON) a akutní diseminovaná encefalomyelitida (ADEM). U dospělých se manifestuje také jako transverzální myelitida (TM), encefalomyelitida či kmenová encefalitida. V některých případech mohou onemocnění splňovat kritéria *neuromyelitis optica* a jejího spektra (s negativními protilátkami proti AQP4), jejichž klasifikace byla naposledy upravena v roce 2015. Diferenciálnědiagnosticky musí být rozlišena také RS. Onemocnění má totiž individuální průběh, imunopatogenezi, odpověď na terapii i odlišnou prognózu.

Typická anti-MOG IgG ON je provázena bolestí bulbu, zhoršením zrakové ostrosti až úplnou amaurozou a poruchou barvocitu. Téměř 90 % pacientů má funduskopicky zjištěný edém optického nervu. Až u poloviny nemocných je v likvoru pozitivní nález monocytů (s převahou lymfocytů) a zvýšená celková bílkovina. Pouze v 10 až 15 % jsou detekovány oligoklonální pásy. MRI často prokazuje longitudinální hyperintenzní léze v průběhu optických nervů patrné v T2 i FLAIR sekvenci. Na rozdíl od NMO AQP4+ však bývá ušetřeno *chiasma opticum*. MRI mozku může být zcela v normě a/nebo může prokazovat četná demyelinizační ložiska, která se však svými znaky odlišují od jiných demyelinizačních chorob. Patologický nález vizuálních evokovaných potenciálů (VEP) je vídán u 70 % nemocných. Stejnou četnost abnormalit lze zaznamenat při vyšetření optickou koherenční tomografií (OCT). To ukazuje na významné zúžení retinální vrstvy nervových vláken (RNFL) a úbytek gangliových buněk. Tyto nálezy jsou referovány i bez jasné klinické optické neuritidy. Anti-MOG

onemocnění má tendenci relabovat, zpravidla však s lepší výslednou prognózou, než je zaznamenáno u Devicovy choroby. Waters et al. potvrzují dlouhodobé přetrvávání anti-MOG IgG v séru u jedné třetiny pacientů. Pozitivita protilátek představuje faktor přispívající k vyššímu riziku relapsu.

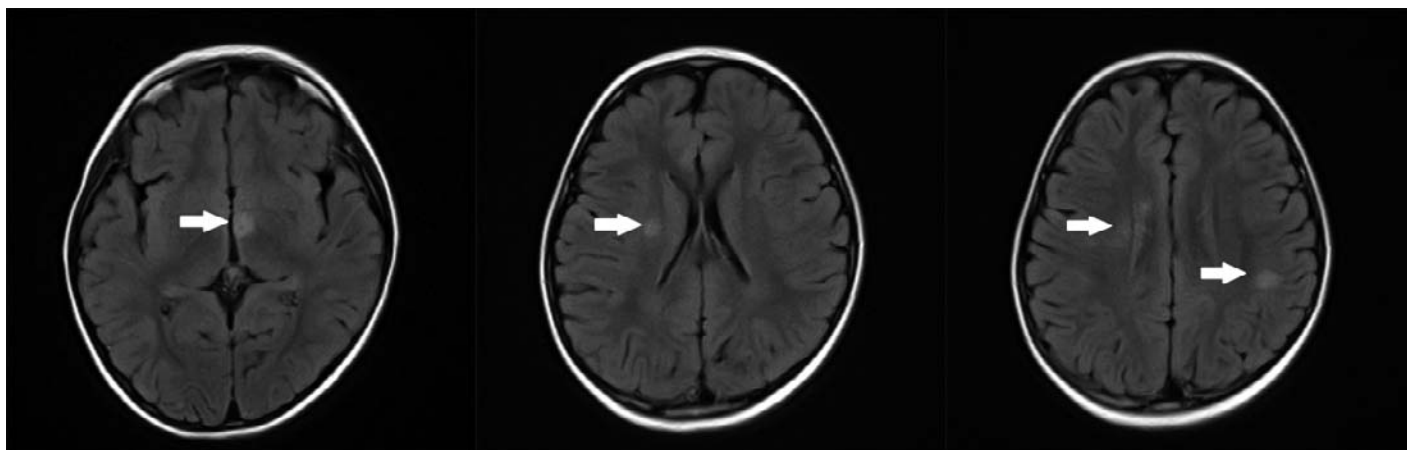
V terapii rozlišujeme akutní léčbu ataky od terapie chronické. Léčba ataky zahrnuje intravenózní metylprednisolon (IVMP), plazmaferézu, intravenózní imunoglobuliny (IVIG) a jejich kombinace. K imunosupresivní chronické terapii užíváme rituximab, azathioprin, mykofenolát mofetil, metotrexát, ev. eculizumab a další. Anti-MOG IgG syndromy se chovají převážně steroid-responzivně. Také imunosupresiva vykazují lepší výsledky, pokud jsou užívány v kombinaci s perorálními kortikosteroidy.

■ Kazuistika

V našem článku se věnujeme kazuistice pacientky s optickou neuritidou asociovanou s anti-MOG IgG.

6,5letá dívka byla přijata na naši kliniku jako suspektní získané demyelinizační onemocnění. V její rodinné anamnéze se nevyskytovaly autoimunitní ani jiné choroby, které by byly z neurologického hlediska významné. Narodila se jako zralý eutrofický novorozenec a její psychomotorický vývoj probíhal zcela v normě. Vakcinace dívky byla aplikována dle platné legislativy, navíc byla indikována kalmetizace vzhledem k dlouhodobému pobytu jednoho člena domácnosti v Tunisku. Jejím jediným dispenzárním lékařem byl praktický lékař pro děti a dorost.

Od dubna 2018 si pacientka stěžovala na horší vizus na levém oku, následně i pravostranně. V objektivním neurologickém nálezu nebyla jiná ložisková patologie než porucha vizu, respektive optických nervů oboustranně. Funduskopicky byla potvr-



Obr. 1. Vstupní MR vyšetření mozku realizované v červnu 2018. FLAIR sekvence v axiální rovině. Nález vícečetných hyperintenzních demyelinizačních lézí (bílé šipky).

zena oboustranná atrofie papil zrakového nervu s temporálním maximem. V likvoru bylo přítomno 10 lymfocytů a normální množství celkové bílkoviny, nenarušená hematoencefalická bariéra a potvrzeny dva identické oligoklonální pásy v likvoru i séru (typ reakce 4). Výsledky sérových autoimunitních faktorů systémových onemocnění (ANA, anti-dsDNA, ANCA a jiné), sedimentace, iontů, jaterních testů, urey, kreatininu, krevního obrazu a koagulací byly v normě. Iničiální MRI mozku (obr. 1) prokázalo četné asymetrické demyelinizační léze s maximální velikostí jednotlivých ložisek do 11 mm (největší léze bilaterálně v hypothalamu, další dvě paraventrikulárně vpravo, juxtakortikálně vpravo temporálně a frontálně, vlevo temporálně a parietálně, zvýšená intenzita optických nervů oboustranně, vše bez postkontrastního syčení). Nález nebyl dle tvaru ložisek zcela typický pro RS. Při MRI míchy bylo zjevné zvýšení signálu umístěné v krčním úseku centrálně (T2 sekvence). Vstupní oční vyšetření zrakové ostrosti potvrdilo vizus pravého oka (OD) 6/60 a levého (OS) 80 cm, korekce ani na jednom oku vizus nelepšila. Diagnózu bilaterální optické neuritidy podpořil také patologický nález VEP (prodloužená latence vlny P100 bilaterálně na 125 ms). V séru byly prokázány pozitivní protilátky ve třídě IgG proti MOG, další vyšetřované protilátky (proti AQP4, s myelinem asociovanému glykoproteinu či myelinovému bazickému proteinu) byly negativní. Dívka byla léčena IVMP (2,5 gramu po dobu 5 dní) s následným perorálním taperem kortikoidů (iniciální dávka 1 mg/kg/den prednisonu s pomalou

redukci). Vzhledem k neúplné úpravě zraku bylo realizováno pět cyklů plazmaferézy a podán 1 g/kg IVIG. Při dimisi přetrvávala alterace vizu (OD 5/5, OS 5/15). Kompletní klinické úpravy a výrazné regrese nálezu v MRI (přetrvávalo pouze jedno ložisko paraventrikulárně vpravo) bylo dosaženo během tří měsíců. Vzhledem k elevaci jaterních testů (transaminázy nad 3), výrazné leukocytóze ($26 \times 10^9/l$), anémii a cushingoidnímu habitu byly perorální kortikosteroidy redukovány v rychlejší schématu. Druhá ataka ON byla relativně záluždná. Začala stížnostmi pacientky na bolesti hlavy okcipitálně a subjektivním poklesem zraku na levém oku. Zraková ostrost byla ale objektivně zcela v normě, tudíž sektorový lékař odeslal dívku k rehabilitaci pro suspektní vertebrogenní původ potíží. Až po měsíci celkového subjektivního zlepšení byl prokázán levostranný zrakový deficit doprovázený centrálním skotomem na levém oku při vyšetření perimetrem. Relaps podpořil nález šesti buněk v likvoru a zvýšený titr anti-MOG IgG v séru (1:320). Strukturální vyšetření mozku i míchy bylo stacionární. OCT prokázalo signifikantní bilaterální ztenčení RNFL (vyjma nasálního kvadrantu OD) a úbytek gangliových buněk ve všech sektorech bilaterálně. Dívka byla léčena ve stejném algoritmu jako u první ataky (3,5 gramu IVMP, pět cyklů plazmaferézy a 1 g/kg IVIG a taper prednisonu perorálně). V další terapeutické rozvaze byl jako lék volby zvažován azathioprin. Jeho podání bylo u pacientky ale kontraindikováno vzhledem k nízkým hodnotám aktivity enzymu thiopurin methyltransferázy (TPMT). Dívka by byla reálně ohrožena

myelosupresí. Genetickou analýzou byla prokázána heterozygotní varianta genu pro TPMT *3A/*3C. Od května tohoto roku užívá mykofenolát mofetil a její zdravotní stav je stabilizován. Poslední vyšetření zrakové ostrosti bylo zcela v normě.

■ Závěr

U náhle vzniklé poruchy zrakové ostrosti doprovázené dalšími charakteristikami ON by mělo být zvažováno demyelinizační onemocnění. Anti-MOG IgG syndromy lze považovat za samostatnou klinickou entitu, která má odlišnou imunopatogenezi ve srovnání s RS a NMOSD. U všech našich pacientů, kterým indikujeme azathioprin, vyšetřujeme před jeho nasazením aktivitu TPMT. Tím minimalizujeme riziko nežádoucí myelosuprese. U anti-MOG IgG syndromů je známo, že imunosupresiva redukují riziko relapsu a disability. Prozatím bohužel nemáme k dispozici dostatek dat a prospektivních studií u dětských pacientů. Není tak stanoven jednoznačný konsensus k chronické léčbě anti-MOG IgG asociovaných onemocnění.

Literatura u autora

Olivova dětská léčebna a její aktuální léčebné možnosti

Prim. MUDr. Jiří Havránek

Olivova dětská léčebna, o. p. s., Říčany u Prahy

Olivova dětská léčebna o. p. s. v Říčanech je odborné zdravotnické zařízení, jehož historie se začala psát již roku 1896.

Léčebnu najdete nedaleko Prahy ve zdravém klimatickém pásu Národní přírodní rezervace Voděradské bučiny s celoročně nízkými hodnotami škodlivin v ovzduší.

V současné době poskytujeme léčebně-rehabilitační a následnou lůžkovou péči dětem od 1 roku do 18 let.

Léčebna disponuje 120 lůžky umožňujícími návaznou rekonvalescentní péči pro dětské pacienty **s respiračními problémy, pohybovými problémy, obezitou, GER a pro děti s atopickým ekzémem**, u AE i ve velice závažných stupních postižení. Máme k dispozici lůžka, kde je 24 hodinový dohled zkušené pediatričky sestry a stejně tak, díky pohotovostním službám, je trvale přítomen erudovaný lékař. Zdravotní pojišťovny hradí u dětí do 6 let i pobyt doprovázející dospělé osoby. Jsou-li k tomu zdravotní či jiné důvody, je možné si u revizního lékaře vyžádat úhradu i pro doprovod staršího dítěte.

Pro pacienty jsme, vedle základní léčebné tj. chronické léčby, připraveni poskytnout základní monitorování (SaO₂, NIBP), k dispozici je EKG přístroj. Jsme schopni statimově provádět odběry (spolupráce s laboratoří Vidia Diagnostika), mikrobiologické vyšetření i RTG (k dispozici v městské nemocnici Říčany). Při zhoršení pacientova stavu není problémem krátkodobá infuzní léčba, oxynátor a samozřejmě resuscitační „košíček“, který

obsahuje vše potřebné, co má obsahovat, včetně defibrilátoru. Rozvod O₂ zatím není k dispozici, pouze tlaková bomba.

U chronicky nemocných dětí s respirační problematikou provádíme v rámci diagnostiky spirometrii, včetně bronchomotorických testů a FeNO, v rehabilitačních programech potom pro dobře spolupracující děti drenážní dechové techniky s konstantním PEP (TheraPEP), s oscilujícím PEP (PARI-O-PEP nebo RC Cornet) nebo s chvějivým PEP (Acapella). Pro velmi dobře spolupracující děti využíváme aktivní cyklus dechových technik (kontrolované dýchání, cvičení hrudní pružnosti a metodu usilovného výdechu).

V týmu 4 pediatriků mají 3 lékaři atestaci z pediatrie, 2 lékaři i praktické zkušenosti s akutní medicínou ze svých předchozích pracovišť. O děti na pobytu se starají dvě psychologičky se zaměřením na dětský věk i problémy maminek a dvě nutriční terapeutky.

V našich ambulancích pracují známí odborníci ve svých oborech:

Plicní: MUDr. Petr Koťátko, KDDL Ke Karlovu, 1.LF UK, MUDr. Václav Koucký, plicní oddělení DK FN Motol, 2.LF

Obezitologie: MUDr. Jitka Kytnarová, Ph.D, KDDL Ke Karlovu, 1.LF UK

Do budoucna plánujeme jejich další rozšíření. V neposlední řadě děti a jejich rodiče mohou využít psychologickou i nutriční poradnu. Jejich uplatnění jde v dnešní době napříč všemi diagnózami.



OLIVOVA
DĚTSKÁ
LÉČEBNA

Olivova dětská léčebna, o.p.s., Olivova 224, 251 01 Říčany u Prahy



www.olivovna.cz



Olivova dětská léčebna



323 619 103 (105), 736 754 332



Aktuality...

Vzniknou tři speciální multidisciplinární týmy duševního zdraví pro děti a dospívající, ministerstvo na ně vypsaló výzvu

Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo Výzvu k předkládání žádostí o dotaci v rámci Programu podpory nových služeb v oblasti péče poskytované multidisciplinárním týmem duševního zdraví pro děti a adolescenty (dospívající). Cílem tohoto programu je prevence hospitalizací nebo jejich zkracování, napomáhání ke znovuzá-
členění hospitalizovaných dětí do běžné komunity a stabilizaci psychosociálních hledisek s důrazem na rodinné prostředí, školu a jejich sociální vztahy. Každý ze tří multidisciplinárních týmů duševního zdraví pro děti a adolescenty vybraných Ministerstvem zdravotnictví může čerpat dotaci ve výši až 11 milionů korun po dobu 18 měsíců.

Vznik multidisciplinárních týmů duševního zdraví pro děti a adolescenty navazuje na probíhající reformu péče o duševní zdraví. „*Potřebujeme týmy, které se v této oblasti zaměří na přímou práci s dětskými pacienty a také budou pomáhat osobám v sociálním prostředí dítěte nebo ve škole. Tyto služby jsou určeny především pro děti, které potřebují akutní pomoc v oblasti psychosociální, děti, které jsou po hospitalizaci a vrací se do vlastního sociálního prostředí, nebo děti, které jsou v péči dětské a dorostové psychiatrické ambulance. Děti jsou velmi citlivé duše a správný a odborný přístup na úrovni psychiatrických ambulancí, v rodinách nebo ve škole bezpochyby znamená účinnou prevenci před hospitalizací,*“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

V rámci týmu půjde o poskytování zdravotních, sociálních a pedagogických služeb ambulantního i terénního charakteru. Konkrétně se bude jednat o služby dětského psychiatra, psychologa, rodinných poradců, speciálních pedagogů, sociálních pracovníků, rodinných terapeutů a peer konzultantů. Během pilotního provozu se ověří, nakolik jsou tyto týmy schopné pomoci nejen mladým pacientům a jejich rodinám, ale i odlehčit stávajícím modelům péče. Důležitým faktorem provozování služeb je garantovaná časová i územní dostupnost a práce formou case managementu. Cílovou skupinou multidisciplinárních týmů jsou děti a adolescenti ve věku 0–18 let, jejich zákonní zástupci nebo osoby odpovědné za jejich výchovu.

Týmy ve svém regionu budou aktivně navazovat spolupráci s dalšími službami péče o děti a adolescenty, jako jsou dětské a dorostové psychiatrické ambulance, psychiatrické ambulance pro dospělé pacienty, lůžková pedopsychiatrická a psychiatrická zařízení, centra duševního zdraví (CDZ), pediatrická lůžková i ambulantní zařízení, ambulance klinických psychologů, psychoterapeutická zařízení, školská zařízení (pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra, střediska výchovné péče, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy atd.), sociální služby, úřady (úřad práce, OSPOD, osoby pověřené kvýkonu SPOD). Pokud bude třeba, budou služby poskytovány členy týmu v přirozeném prostředí dětí a mládežtých (domov, škola, mimoškolní aktivity).

Dotace je určena pro poskytovatele zdravotních služeb v souladu se zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a pro poskytovatele sociálních služeb v souladu se zákonem o sociálních službách a podmínkách jejich poskytování. Žadatelé se

mohou hlásit do výzvy **od 20. prosince 2019 do 10. února 2020**. Ministerstvo zdravotnictví následně posoudí oprávněnost žadatele a dodržení pravidel Programu. Poté komise pro hodnocení žádostí o dotaci z Programu podpory nových služeb v oblasti péče poskytované multidisciplinárním týmem duševního zdraví pro děti a adolescenty vybere tři žadatele, kteří budou vyzváni k doložení dalších podkladů pro vydání oficiálního rozhodnutí o poskytnutí dotace.

Dotací program se řídí Výzvou a její přílohou č. 1, „Metodikou programu podpory nových služeb v oblasti péče poskytované multidisciplinárním týmem duševního zdraví pro děti a adolescenty“. Poskytovatelé služeb mohou žádat o finanční dotaci prostřednictvím žádosti uveřejněné na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví. V době trvání Výzvy je plánován seminář, kde se budou moci potenciální žadatelé o dotaci blíže seznámit s podmínkami pro podání žádostí o dotaci i pro realizaci následného pilotního provozu psychiatrické ambulance s rozšířenou péčí. Pozvánku na seminář naleznete taktéž na výše uvedeném odkazu.

Program podpory nových služeb v oblasti péče poskytované multidisciplinárním týmem duševního zdraví pro děti a adolescenty je součástí projektu Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné, který realizuje Ministerstvo zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost, prioritní osa – Sociální začleňování a boj s chudobou, spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.

Ing. Gabriela Štěpanyová, tisková mluvčí

Zdroj: www.mzcr.cz, 20. 12. 2020

Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny vytvořily mapu urgentních příjmů

Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny dnes podepsaly Memorandum o spolupráci při budování sítě zdravotnických zařízení s funkčními urgentními příjmy v ČR. Navazuje na koncepci urgentní péče, kterou ministerstvo představilo v září tohoto roku. Dokument stanovuje podmínky pro realizaci této koncepce, přináší mapu urgentních příjmů a poprvé definuje pravidla pro jejich financování.

Cílem nového modelu urgentní péče je systematicky zajistit péči o akutní pacienty ve všech regionech a v režimu trvalé dostupnosti 24/7. Ten předpokládá, že urgentní příjem bude zřizován v rámci poskytovatele akutní lůžkové péče, a to minimálně jeden urgentní příjem prvního typu na kraj a jeden urgentní příjem druhého typu na okres. „*Podpis tohoto memoranda považuji za historický okamžik. Vůbec poprvé tak začínáme se zdravotními pojišťovnami systematicky tvořit státem garantovanou síť urgentních příjmů. Vytvořili jsme jejich mapu a vyřešili jsme, jak budou financovány. Urgentní příjmy má dnes již řada nemocnic, ale doposud nebyly vůbec hrazeny, což je absurdní. Takže to pro nemocnice byla ztrátová věc. My tohle všechno měníme. Cílem je pro naše občany zajistit dostupnou akutní zdravotní péči garantované kvality i rozsahu,*“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Memorandum přesně definuje síť poskytovatelů akutní lůžkové péče zajišťující urgentní příjem v závislosti na demografických, topogra-



fických a rizikových parametrech území jednotlivých krajů a dělí ji do čtyř skupin – dvě skupiny prvního typu a dvě skupiny druhého typu. Zdravotní pojišťovny se memorandumem zavázaly jak k zajištění dostupnosti, tak k zajištění optimálního financování péče na urgentních příjmech v návaznosti na úhradovou vyhlášku pro rok 2020 a zdravotně pojistné plány na rok 2020 ve výši od 2 mil. Kč do 30 mil. Kč podle typu urgentního příjmu. U urgentních příjmů prvního typu budou pojišťovny navíc nasmlouvat 5 nových signálních výkonů, a to triáž pacientů na oddělení urgentního příjmu, komplexní vyšetření lékařem urgentního příjmu, kontrolní vyšetření lékařem urgentního příjmu, péči o nemocného na intenzivní vyšetřovně (shock room) urgentního příjmu a 15 min a péči o nemocného na expectační hale urgentního příjmu a 15 min. Zvýší se také úhrada za výkon lékařské pohotovostní služby, aby tato zdravotní péče nemusela být dále financována z krajů. Nemocnice budou také dostávat úhradu za každého pacienta přijatého od zdravotnické záchranné služby.

Urgentní příjem je zřizován jako samostatné specializované pracoviště poskytovatelů poskytujících akutní lůžkovou péči s nepřetržitým provozem 24 hodin denně po 7 dnů v týdnu. Zajišťuje příjem a poskytování akutní intenzivní lůžkové péče a akutní specializované

ambulantní péče pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví, pacientům v přímém ohrožení života a také pacientům s náhlou změnou zdravotního stavu. Je určen pro pacienty transportované do zdravotnického zařízení výjezdovou skupinou zdravotnické záchranné služby a pro pacienty s akutním zdravotním problémem, kteří přicházejí sami bez doporučení lékaře.

UP jako místo prvního kontaktu s pacientem v lůžkovém zdravotnickém zařízení zajišťuje vyšetření, stabilizaci životních funkcí (je-li nezbytná) a primární ošetření pacienta, a rozhoduje o jeho přijetí/nepřijetí na akutní lůžko poskytovatele. Péče na UP je vždy garantována okamžitou dostupností lékaře – dle vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, je trvale dostupný i tým konziliářů, a to zejména v oborech vnitřní lékařství, chirurgie, anesteziologie a urgentní medicína. V případě přijetí k lůžkové péči je pracovníky UP v rámci systému diferencované péče určeno směřování pacienta a charakter lůžka v rámci zdravotnického zařízení.

Ing. Gabriela Štěpanyová, tisková mluvčí

Zdroj: www.mzcr.cz, 20. 12. 2020

INZERCE

584 10-19

Hledám pediatra na plný nebo částečný úvazek do ordinace PLDD v **Moravské Třebové**. Možná flexibilní pracovní doba, atraktivní finanční ohodnocení, příjemný personál, možnost bydlení. Tel. 461 352 223.

585 10-19

Hledám nástupce pro převzetí velmi dobře zavedené soukromé praxe PLDD (s.r.o.) v **Rožnově pod Radhoštěm**. Tel.: 571 660 225 v dopoledních hodinách.

586 10-19

Prodám přístroj pro diagnostiku **CRP NycoCard Reader II**. Certifikát z dubna 2019. Důvod: ukončení praxe. Cena 4 000 Kč. Tel: 606 358 681.

587 10-19

Nabízím dobře zavedenou **praxi** PLDD vedenou jako s.r.o. s jedním majitelem v **Trhových Svinech**. Výhodné podmínky, klidné prostředí. Kontakt: 728 144 556.

588 10-19

Zaměstnám PLDD 2–3× týdně s výhledem převzetí středně velké, bezproblémové a dobře zavedené praxe. Ambulance je v **okrese Kroměříž**. Sestra je zkušená, vzdělaná v oboru. Telefon 737 726 712.

589 11-19

Hledám nástupce, pediatra, do velmi dobře zavedené ordinace v **Liberci**. Možnost práce na plný nebo částečný úvazek (např. při MD), případně převzetí praxe. pediatriliberec@seznam.cz

591 11-19

Hledám PLDD k převzetí soukromé praxe v Hejnicích (**Liberecko**). VÝHODNÉ: ordinace zařízená, vybavená – pronajímána městským úřadem, ten velmi vstřícný. Možnost bytu. Krásné prostředí, příjemná klientela. Mob. 737 459 998.

592 12-19

Nabízím práci PLDD v privátní dětské praxi nedaleko Luzernu. Pomohu se zařízením všech povolení a razítek, s bydlením, odměna je na švýcarském standardu. Vítána je pouze flexibilní osobnost, excelentně komunikativní, odborně zdatná, s jazykovým certifikátem nejlépe Goethe Institutu z Prahy pro němčinu na úrovni C. Kontakt: tompadiatrician@googlemail.com

593 12-19

Přenechám velmi dobře zavedenou ordinaci PLDD (s.r.o.) v Brně. Termín dohodou. Telefon: 603 897 405.

594 12-19

Prodám polovinu RD v Brně s menší praxí PLDD s dobrou perspektivou rozvoje. Praxi přenechám velmi levně. Dům je po rekonstrukci, v ordinaci nový nábytek, před ordinací pěkná zahrada pro děti. Spolupráce se zastupujícím PLDD velmi dobrá. V druhé polovině RD ordinace PL. Zn. Ordinance bez nájmu, dobrá perspektiva pro mladého PLDD. Tel. 605 152 490

595 1-20

Zdarma přenechám praxi PLDD ve Volarech na Šumavě z důvodu odchodu do důchodu. Výhodná pracovní doba, zkušená dětská sestra. Byt 1 + 1 k dispozici. Bližší info tel.: 723 875 326 nebo e-mailem: m.patakova@seznam.cz

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

Autodidaktický test 1/2020

Syndromologie

- 1. Novorozenec s projevy unilaterálního hemangiomu v oblasti I. a II. větve *n. trigemini*, nalezen hemangiom i na spojivce, duhovce a sítnici, postupně se rozvíjí sekundární glaukom. Od 2 let věku se objevují epileptické záchvaty. Na RTG makrocefalické lebky provedeném po 2. roce prokázány intrakraniální kalcifikace. Středně těžká mentální retardace. Hemiplegie. O jaký syndrom se jedná?**

 - a) *sclerosis tuberosa*
 - b) *melanoblastosis neurocutanea*
 - c) Sturgeův-Weberův syndrom
 - d) Hippelův-Lindauův syndrom
- 2. Chlapec v pubertálním věku vysokého eunuchoidního habitu s poruchou chování vzdělávající se v ZŠ praktické (antisociální chování, pasivita, nezralost, exhibicionismus). Nápadné jsou relativně dlouhé končetiny, *cubitus valgus* a klinodaktylie, současně svalová hypoplazie. Genitál s hypoplastickými varlaty ve skrotu, pubické ochlupení ženského typu. Nápadná je gynekomastie. Má zvětšenou štítnou žlázu. Zjištěna arteriální hypertenze. O jaký syndrom se jedná?**

 - a) Turnerův syndrom
 - b) Klinefelterův syndrom
 - c) Marfanův syndrom
 - d) syndrom fragilního X-chromozomu
- 3. Některé tzv. malé symptomy mohou být vázány se závažnější zdravotní problematikou. Mezi relativně často nacházené patří preaurikulární výrůstek nebo slepý sinus nebo fistula. S čím může být tento symptom spojen?**

 - a) s poruchou sluchu
 - b) s anomáliemi thymu
 - c) s anomáliemi příštítných tělísek
 - d) s anomáliemi ledvin
- 4. Děvče ve věku 6 let s extrémní obezitou, malého vzrůstu. Porod v termínu, porodní hmotnost 2 800 g. Po narození asfyktické stavy, slabý křik, potíže se sáním a polykáním, výrazná hypotonie a hyporeflexie. Čtyřprstá rýha. Má „kapří“ ústa, epikantus, hypertelorismus. V batolecím věku se rozvíjí polyfagie s nárůstem obezity. *Coxa valga*, *pedes planovalgi*, akromikrie (malé ruce a nohy). Opakovaně zjištěna hyperglykémie. Má odklad školní docházky, pedagogicko-psychologickým vyšetřením zjištěn IQ 80. O jaký syndrom se jedná?**

 - a) Praderův-Williho syndrom
 - b) Fröhlichův syndrom
 - c) Laurencův-Moonův-Biedlův syndrom
 - d) *osteogenesis imperfecta congenita*
- 5. Jedná se o tříletého chlapce, který byl zprvu hypotonický, nyní s celkovou spasticitou. Má choreoatetotické hyperkineze. Těžký mentální defekt. Dysartrie. Agresivní chování se zuřivostí je zaměřeno na vlastní osobu (automutilace vedoucí až ke ztrátě tkání-kousání, škrábání). Laboratorní analýza prokazuje hyperurikémii, hematurii, krystalurii, mírnou makrocytární anémii. Prodělal renální koliku. Ledvinné funkce se zhoršují. O jaký syndrom se jedná?**

 - a) Patauův syndrom
 - b) Potterové syndrom
 - c) Fabryho syndrom
 - d) Leschův-Nyhanův syndrom



BEXSERO

vakcína proti meningokokům skupiny B
(rDNA, komponentní, adsorbovaná)

ROSTOU RYCHLE. VY JE MŮŽETE OCHRÁNIT RYCHLEJI!

96% redukce případů IMO B
v regionu SLSJ v Québecu.¹

**Vakcína BEXSERO je indikována
k imunizaci proti MenB již od 2 měsíců věku.³**

Nejvyšší
riziko MenB*
je u dětí do
1 roku.²

V běžné praxi nemusí vakcína garantovat výsledky dosažené v klinických studiích.

Neočekává se, že přípravek Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B.

1. NSPQ. Impact épidémiologique de la campagne de vaccination contre le méningocoque de sérotype B dans la région du SLSJ, en 2014: rapport au 30 juin 2018, January 2019. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2491> [Accessed March 2019]. Pokles incidence z 11,4/100 000 v období 2006–2014 na 0,4/100 000 v období 2014–2018. SLSJ = Saqueany-lac-Saint-Jean. **2.** Zprávy CEM (SZÚ, Praha) 2019; 28(3): 92-101. **3.** SPC Bexsero, březen 2019. *Meningokokové onemocnění séro skupiny B.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU BEXSERO

Název přípravku: Bexsero injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti meningokokům skupiny B (rDNA, komponentní, adsorbovaná) **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje rekombinantní fúzní protein NHBA *N. meningitidis* B 50µg; rekombinantní fúzní protein fHbp *N. meningitidis* B 50µg; vnější membránové vesikuly (OMV) *N. meningitidis* B kmene NZ98/254 měřené jako množství celkové bílkoviny obsahující PorA P1.4 25µg. **Indikace:** Vakcína Bexsero je indikována k aktivní imunizaci jedinců od 2 měsíců věku a starších proti invazivnímu meningokokovému onemocnění způsobenému kmeny *N. meningitidis* skupiny B. **Dávkování a způsob podání:** Věk v době první dávky: Kojení (2–5 měsíců) tři dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; booster mezi 12 a 15 měsíci věku s prodlevou alespoň 6 měsíců od primární série. Kojení (3–5 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster mezi 12 a 15 měsíci věku s prodlevou alespoň 6 měsíců od primární série. Kojení (6–11 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster v druhém roce života s prodlevou nejméně 2 měsíce od primární série. Děti (12 až 23 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster s prodlevou 12 až 23 měsíců od primární série. Děti (2 roky až 10 let) a dospívající (od 11 let) a dospělí dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; u jedinců, kteří jsou vystaveni setrvalému riziku expozice meningokokovému onemocnění má být zváženo podání boosteru dle oficiálních doporučení. * Vakcína se podává hlubokou intramuskulární injekcí, ideálně v anterolaterální směru do stehna u kojenců nebo do oblasti m. deltoideus horní části ramene u starších subjektů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Podání vakcíny je vhodné odložit u subjektů s akutním závažným febrilním onemocněním. Je nutné mít vždy k dispozici odpovídající lékařskou péči pro případ anafylaktické reakce. Vakcínu se nemá podávat jedincům s trombocytopenií nebo s poruchami srážlivosti krve, pokud potenciální přínos jednoznačně nepřevyšuje riziko podání. Podobně jako jiné vakcíny nemusí přípravek Bexsero chránit všechny osoby, které byly vakcinovány. Neočekává se, že Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B. Jedinci s narušenou schopností imunitní odpovědi, ať už z důvodu imunosupresivní léčby, genetické poruchy nebo jiných příčin, mohou mít sníženou protilátkovou odpověď na aktivní imunizaci. Údaje o imunogenicitě jsou k dispozici u jedinců s deficitem komplementu, asplenií nebo s poruchou funkce sleziny. U jedinců s dědičnými deficiencemi komplementu (např. deficiencie C3 nebo C5) a u jedinců podstupujících léčbu inhibující aktivitu terminálního komplementu (např. ekulizumabem) přetrvává zvýšené riziko invazivního onemocnění způsobeného *N. meningitidis* skupiny B i v případě, že u nich dojde po očkování vakcínou Bexsero k tvorbě protilátek. * Nejsou k dispozici žádné údaje o použití vakcíny u subjektů starších 50 let. Lékaři by měli před podáním této vakcíny pacientům s hypersenzitivitou na latex v anamnéze zvážit poměr prospěchu a rizika. **Interakce:** Bexsero lze podávat současně s následujícími vakcinačními antigeny ve formě monovalentních i kombinovaných vakcín: difterie, tetanus, acelulární pertuze, *H. influenzae* typu B, inaktivovaná poliomyelitida, hepatitida B, heptavalentní pneumokoková konjugovaná vakcína, spalničky, příušnice, zarděnky, varicela a konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W, Y. * Profylaktické použití paracetamolu snižuje výskyt a závažnost horečky, neovlivňuje však imunogenitu přípravku Bexsero ani běžných vakcín. Při současném podání s jinými vakcínami musí být Bexsero podáno do jiného místa injekce. **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici dostatečné údaje o expozici v těhotenství i bezpečnosti v době kojení. Pokud jasně hrozí expozice meningokokové infekci, je nutné zvážit poměr prospěchu a rizika. **Nežádoucí účinky:** U dětí mladších 2 let byly nejčastější místní a systémové nežádoucí účinky citlivost a erytém v místě injekce, horečka a podrážděnost. U dospívajících a dospělých byly nejčastěji pozorované místní a systémové nežádoucí účinky bolest v místě injekce, malátnost a bolest hlavy. Velmi časté: poruchy příjmu potravy, ospalost, neobvyklý pláč, průjem, zvracení, vyrážka, horečka ($\geq 38^\circ\text{C}$), podrážděnost, bolest hlavy, nevolnost, malátnost, myalgie, artralgie, citlivost, erytém, otok, indurace a bolest v místě injekce. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce od 2°C do 8°C . Chraňte před mrazem a světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GSK Vaccines S.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena I, Itálie. **Datum revize textu:** 28. 3. 2019. **Registrační čísla:** EU/1/12/812/001-004. Přípravek Bexsero je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění (s výjimkou rizikových skupin). Přípravek aplikuje lékař intramuskulární injekcí. Před předepsáním léku se prosím seznáme s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskkompndium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hlase také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 27. 5. 2019. *Prosím, všimněte si změny SPC.

Antibakteriální mukolytikum



Registr
ERICA¹

Hlavní závěr:

95,6 %

sledovaných dětí s ARI nepotřebovalo
při léčbě Erdomedem antibiotika

Zkratky: ARI – akutní respirační infekce

Literatura: 1. Kopřiva, F.: Sledování ATB léčby dětských pacientů s recidivujícími respiračními infekcemi v letech 2013–2015 a Erdosteínu, aneb co nám řekla „ERICA“. Vox Pediatr 2017;1.

Zkrácená informace ERDOMED: **S:** Erdosteín 300 mg v 1 tvrdé tobolce, 175 mg v 5 ml suspenze. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbace chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiale, k adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbace s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy a renální insuficience, homocysteinurie. **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. Obsahuje sacharózu. **NŮ:** Zřídka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea; výjimečně průjem. Ojediněle byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteín potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxycilinu, klarithromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvláště závažné důvody. **D:** Dospělí 1 tobolka 2–3× denně. Suspenze u dětí 15–20 kg 2,5 ml 2× denně, 21–30 kg 5 ml 2× denně, nad 30 kg 5 ml 3× denně. **B:** 100 ml suspenze, tobolky 10, 20, 60 × 300 mg. Po naředění je suspenze použitelná 15 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2–8°C.

Datum poslední revize textu SPC: tobolky a suspenze 24. 4. 2019. Přípravky jsou vázány na lékařský předpis a jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE. **P:** Erdosteín je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění dospělým symptomatickým pacientům s diagnózou CHOPN od kategorie A, která má fenotyp bronchitický a/nebo frekventní exacerbace a/nebo CHOPN s bronchiektáziemi, kteří dodržují zákaz kouření a současně splňují následující kritéria: FEV1 po podání bronchodilatancia dosahuje méně než 80 % náležité hodnoty a mají alespoň 2 exacerbace/rok v anamnéze před nasazením léčby erdosteíнем. Léčba není nadále hrazena, pokud během 3 měsíců nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).