

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

duben 2013
číslo 4 • ročník 13



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Kožní a slizniční hyperplazie



- Kongres primární péče
- Usnesení Konference západočeského regionu SPLDD
- Kožní hyperplazie virového původu
- Laser a bradavice u dětí
- Dermatitis atopica – kazuistika
- Novinky v léčbě teploty v dětském věku v posledních 15 letech
- Hyperplazie gingivy
- Závažné arytmie u sportovců
- Kazuistika – chlapec s průjmem a selháním ledvin



Pracujeme pro zdravější svět™



GlaxoSmithKline



STOP
ublinkávání

Nutrilon **AR**

- expert při řešení ublinkávání

- Je zahuštěn karubinem, díky tomu je zachována vysoká viskozita mléka i při kontaktu s amylázou a žaludečními šťávami.
- Snižuje počet epizod ublinkávání.^{1, 2, 3}
- Zmírňuje závažnost ublinkávání.^{1, 2, 3}

Pro kojené děti je určen **Nutrilon Nutriton**
- instantní přírůstek do mateřského mléka na bázi karubinu.



References

1) Wenzl TG, Schneider S, Scheele F, Sányi J, Heilmann G, Skopnik H. Effects of thickened feeding on gastroesophageal reflux in infants: a placebo-controlled crossover study using intraluminal impedance. *Journal of Pediatrics* 2003;141:e355-e359. 2) Borelli O et al. Use of a new thickened formula for treatment of symptomatic gastroesophageal reflux in infants. *Ital J Gastroenterol Hepatol* 1997;29:237-42. 3) Grosse K, Bocktor L, Hilber U, Ulmer R. Spezialnahrung für vermehrt spuckende Säuglinge [German]. *Kinderärztliche Praxis* 1998;69:204-10.

Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenčů. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další info na obalech a webových stránkách. Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely. Materiál pro odbornou veřejnost.



MÁTE OTÁZKU? VOLEJTE ZDARMA

800-110-000

www.nutrilon.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Kongres primární péče	9
	Infekční pacient v ordinaci praktického lékaře	
	HPV – pandemie a její perspektiva	10
	Ministerstvo pracuje na přípravě novel předpisů o vzdělávání	12
	Zubní průkaz dítěte	13
	doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.	
	Usnesení Konference západočeského regionu SPLDD	14
	Informace OSPDL ČLS JEP	17
	prim. MUDr. Štěpánka Čapková	18
	Kožní hyperplazie virového původu	
	MUDr. Drahomíra Kotlářová	21
	Laser a bradavice u dětí	
	MUDr. Pavel Konrád	22
	Dermatitis atopica – kazuistika	
	doc. MUDr. Romana Ivančaková, CSc.	24
	Hyperplazie gingivy	
	MUDr. Jiří Liška, CSc.	26
	Novinky v léčbě teploty v dětském věku v posledních 15 letech	
	MUDr. Kateřina Lefflerová, CSc.	27
	Závažné arytmie u sportovců	
	MUDr. Helena Gastová	31
	Kazuistika – Chlapec s průjemem a selháním ledvin	
	Ze světa odborné literatury	34
	Aktuality	35
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Cystická fibróza	38
	Zákon č. 66/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

Berlin-Chemie
GSK
HERO
Johnson&Johnson
MSD
NUTRICIA
PFIZER

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
 Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
 U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
 fax: 267 184 050

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

Obrázek na titulní straně namaloval nohou Petr Šrámek, převzato z nakladatelství UMÚN, s.r.o., Nad Školou 1285, 463 11 Liberec, tel. 485 161 712, www.umun.cz

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



Vojenská strategie říká, že základem úspěšné armády jsou pěšáci. Praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost takovými pěšáky medicíny bezesporu jsou. Všechny její úspěchy, ať jde o otázky prevence diagnostiky či terapie, vlastně začínají u nich. Když vojenská strategie před mnoha a mnoha lety vznikla, mělo slovo pěšák i trochu pejorativní charakter. To dnes rozhodně neplatí – naopak. Na rozdíl od historie napoleonských válek jsou dnes praktičtí lékaři vybaveni moderní technikou na úrovni specialistů, musejí mít rozsáhlé vědomosti jdoucí svým oborovým přesahem napříč všemi medicínskými obory a jsou tak vysoce specializovanou nebo lépe vysoce specifickou skupinou lékařů majících zásadní význam.

O tom pochopitelně svědčí i to, že kongresy praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost jsou na vysoké odborné úrovni. To nejdůležitější pro mne – jako historického organizátora vzdělávání v medicíně – je fakt, že tyto kongresy mají obrovskou účast, že přednáškový sál je zaplněn do posledního místečka a že zůstává plný po celou dobu jednání. Je celá řada profesí, a to i v medicíně, které tento přístup ke vzdělávání a získávání nových moderních poznatků praktikům mohou jenom závidět.

Přál bych si, aby tato filosofie, toto nadšení pro obor a vnímání své medicínské práce ne jako povolání, ale jako poslání, zůstalo i dalším generacím vašich oborů.

doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc.,
primátor hlavního města Prahy





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Měsíc únor je již tradičně měsícem dojednávání a finalizace tzv. úhradových dodatků, kde bylo naší snahou dosáhnout alespoň nějaké bonifikace prováděného očkování dle nového modelu prováděného očkování s výrazným dopadem na administrativu a logistiku činnosti ordinací praktických dětských lékařů. Pojišťovny sice zareagovaly vesměs pozitivně, nicméně vlastní dopad asi více odpovídá neustále přetřásané ekonomické krizi ve financování zdravotní péče než našim představám. Stejná situace se nepochybně promítla i do stanoviska k nasmlouvání nového výkonu v Seznamu výkonů – 09555 (Ošetření dítěte do 6 let). Koalice řešila možné přístupy k protestním akcím pořádaným ze strany ČLK.

19.2.

Na svém pravidelném jednání se sešli zástupci Koalice soukromých lékařů a tématem byla především protestní akce České lékařské komory. Blíže informujeme na jiném místě.

V průběhu měsíce února probíhala se všemi zdravotními pojišťovnami především cílá korespondence stran nasmlouvání výkonu 09555. Přestože se zpočátku zdálo, že in-

dividuálně se nasmlouvání tohoto nového výkonu rozběhne standardním způsobem, pojišťovny záhy spojily své síly k odporu vůči tomuto postupu s odůvodněním, že naše odbornost již svá zvýhodnění ve svých výkonech má. Očekávali jsme podporu ze strany vydavatele, tj. Ministerstva zdravotnictví ČR, nicméně to po soustředěném tlaku zdravotních pojišťoven nakonec pouze nabídlo rozšíření režie u našich stávajících výkonů, nebo zrušení stávajících výkonů již zohled-

ňujících ošetření dítěte do 6 let (jde o výkony 02021, 02022, 02023 a 02024), a teprve tehdy by byl prostor k nasmlouvání výše uvedeného výkonu 09555. Pokusíme se tedy urychleně dosáhnout alespoň navýšení režie stávajících výkonů uvedených ve větě předchozí.

1.-2. 3.

7. kongres primární péče, více na jiném místě tohoto časopisu.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
si vás dovoluje pozvat k účasti na vzdělávacím programu

KAZUISTIKY – NE VŽDY SE MYSLÍ NA VŠE

určeném praktickým dětským lékařům.

Tematické okruhy jsou HPV, rotaviry, alergie, astma a nespecifické střevní záněty u dětí. Partnerem cyklu seminářů je společnost Merck Sharp & Dohme s.r.o.

Přednesené kazuistiky budou doplněny komentářem právníka za účelem definování právních rizik při poskytování zdravotních služeb.

Vzdělávací akce je pořádána dle Vzdělávacího řádu SPLDD ČR, je zařazena do Registru vzdělávacích akcí SPLDD ČR pro účely celoživotního vzdělávání lékařů dle zákona č. 95/2004 Sb. **Semináře jsou ohodnoceny 3 kredity.**

Termíny

24. 4. 2013	Praha, Exe Iris Hotel, Vladivostocká 2, Praha 10
25. 4. 2013	Hradec Králové, Hotel Tereziánský dvůr, Jana Koziny 336
13. 5. 2013	Brno, Holiday Inn Brno, Křížkovského 20
15. 5. 2013	Liberec, Tipsport arena Liberec, Jeronýmova 570/22
16. 5. 2013	Ostrava, Park Inn Hotel Ostrava, Hornopolská ulice 3313/42
20. 5. 2013	České Budějovice, Clarion Congress Hotel, Pražská třída 2306/14
27. 5. 2013	Plzeň, PRIMAVERA Hotel, Nepomucká 1058/128
30. 5. 2013	Olomouc, Regionální centrum Olomouc s.r.o., Jeremenkova 40B

On-line registrace na adrese: <http://www.ahou.cz/kazuistiky2013>

Odeslání návratky poštou na adresu: **Ahou PR, U Hranic 16, 100 00 Praha 10**

Lázně Poděbrady a.s.,
Léčebna Dr. L. Filipa
a Medical Access Solutions s.r.o.
za podpory SPLDD, OSPDL ČLS JEP
a ČLK
si Vás dovolují pozvat
do Poděbrad na

Konferenci kazuistik a postupů ambulantní péče Praktická dětská obezitologie II 14.–15. 6. 2013.

Zájemci o účast se mohou přihlásit na webových stránkách www.detska-lecebna.cz nebo na adrese Lázně Poděbrady, Léčebna Dr. L. Filipa, T. G. Masaryka 482/II, 29033 Poděbrady; tel.: 325 613 965, 724505519, e-mail: info@detska-lecebna.cz.
Uzávěrka přihlášek do 31. 5. 2013.
Vzdělávací akce bude ohodnocena kredity dle platných předpisů ČLK, ČAS a UNIFY. Časopis VOX PEDIATRIAE je mediálním partnerem.



Koalice soukromých lékařů

Členové Koalice soukromých lékařů řešili na svých jednáních především přístup k akci pořádané ze strany České lékařské komory ve smyslu protestů proti dopadům úhradové vyhlášky. Logicky je akce podporována ze strany ambulantních specialistů, kteří vlastně stáli u zrodu celé akce. Ostatní členové Koalice jsou spíše zdrženliví a do jejich postoje se promítá odstup v přístupu ke spolupráci s ČLK. Stanoviska členů Koalice zveřejňujeme níže.

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 19. února 2013

1. Aktivita ČLK aneb jde skutečně o ambulantní specialisty?

- Dr. Jojko vysvětlil zástupcům KSL důvody, které vedly SAS ČR k podpoře protestů připravovaných Českou lékařskou komorou. Podle provedených analýz je pro SAS ČR úhradová vyhláška letos horší, než byla pro rok 2006, protože tehdy se zpřísnily regulace, ale neklesly úhrady. Finanční situace segmentu se stává neúnosnou. Vzhledem k tomu, že všechna dosavadní jednání s MZ ČR o změně úhradové vyhlášky na rok 2013 byla neúspěšná, ocenili členové SAS ČR, že se ČLK touto záležitostí zabývá, a rozhodli se plánované protesty proti úhradové vyhlášce podpořit. Stále však preferují další jednání s MZ ČR a uvítali by pomoc Koalice soukromých lékařů. Jednání na MZ ČR má proběhnout 27. 2. 2013. Dr. Šmatlák i dr. Stará vyjádřili podporu snaze SAS napravit úhradové poměry SAS ČR v roce 2013, dr. Šmatlák nabídl i pomoc účastí na tomto jednání.
- Ostatní zástupci Koalice chápou důvody, které vedly SAS ČR k podpoře aktivit ČLK, ale přestože se dr. Jojko domnívá, že jinou možnost řešení neměl, jsou přesvědčeni, že spojení s dr. Kubkem nebylo rozumné a nepřinese očekávaný výsledek.

- Členové SSG ČR mají podle informace dr. Staré podmínky stejné jako SAS ČR. Snaží se situaci řešit jednáním se zdravotními pojišťovnami. SSG ČR podporuje snahu segmentu ambulantních specialistů o zlepšení podmínek úhradových dodatků, případně úhradové vyhlášky. V žádném případě ale nepodporuje jakoukoli spolupráci s ČLK či protestní akce ČLK, naopak je považuje za škodlivé a privátní lékaře ohrožující.

2. Zrušení DŘ

- V tisku se objevila informace, že se Ministerstvo zdravotnictví chystá zrušit dohodovací řízení při vyjednávání smluvních podmínek mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. MZ ČR považuje toto jednání za příliš komplikované pro všechny zúčastněné a délka jeho trvání vede každoročně k průtahům při přípravě úhradové vyhlášky. SPL ČR ani SAS ČR se zrušením DŘ nesouhlasí, podle jejich mínění mají dohody se ZP smysl. I v případě, že ceny zdravotní péči určuje na základě nedohody MZ ČR, jsou výstupy z jednání DŘ důležitým parametrem pro stanovení jejich výše.

3. Různé

- Dr. Chrz informoval zástupce KSL o obsahu článku 9 „Postupu při uzavírání smluv s poskytovateli specializované ambulantní péče“, ve kterém je v odst. 4 uvedeno, že při výběru smluvních poskytovatelů z více žadatelů o uzavření nebo rozšíření smlouvy bude přihlédnuto ke skutečnosti, zda je poskytovatel držitelem certifikátu ISO 9001, SAK nebo JCI. Tento postup je zveřejněn na webových stránkách VZP a již se ozývají společnosti, které tuto certifikaci poskytovatelům zdravotní péče nabízejí. Dr. Jojko s tímto ustanovením nesouhlasí a v tomto smyslu oslovil VZP. O výsledku jednání bude KSL informovat.

II. Doporučení Rady Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s., všem ambulantním specialistům k účasti na protestech organizovaných vedením České lékařské komory přijaté dne 18. 2. 2013

K našemu stanovisku k úhradové vyhlášce na rok 2013 ze dne 4. 2. 2013 tímto doplňujeme, že i my nesouhlasíme s tím, aby:

- bodová hodnota výkonů byla v rámci úhradové vyhlášky snižována pomocí jakýchkoli indexů,
- byl ze strany státu ignorován neustálý nárůst našich nákladů, resp. aby nám byly tyto náklady státem mnohdy bez objektivní potřeby neustále navyšovány,
- zásadní změny seznamu výkonů byly spouštěny bez jakýchkoli modelací předem,
- regulační parametry pro předpis léků, zdravotnických prostředků, ZÚM, ZÚLP a indukované péče byly přitvrzeny na takovou úroveň, při níž se již před 7 lety (v roce 2006) jasně prokázalo, že může vést k ohrožení kvality a dostupnosti zdravotní péče.

Proto vítáme, že se nejvyšší orgány ČLK věcí zabývají, a vzhledem k neúspěchu dosavadních jednání s vedením MZ i to, že plánují proti úhradové vyhlášce protesty. Tyto protesty podporujeme.

Rada SAS zároveň zatím stále nerezignovala na jednání s ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami. Protože ale setkání s nimi, jemuž jsme přikládali velký význam, bylo odloženo z původního termínu 20. 2. na 27. 2. 2013, tj. na dobu dvou dnů před „Dnem zdraví lékařů“, a my tedy dnes nemáme zatím žádný hmatatelný výsledek, který bychom mohli členské základně předložit, **vyzýváme ambulantní specialisty k maximální připravenosti k účasti na Dni zdraví 1. 3. 2013.**

Kolegyně a kolegové,

dne 27. 2. 2013 vás budeme ihned všemi dostupnými prostředky informovat o výsledcích jednání. Nebudou-li uspokojivé, vyzýváme vás k maximálně masivní účasti



na „Dni zdraví lékařů“, a to plnou formou, tj. uzavřením ambulancí.

Členy, kteří nebudou moci z jakýchkoliv příčin zavřít své ordinace, vyzýváme, aby solidaritu projevili připnutím zelené stužky na svůj pracovní oděv.

Tímto žádáme i ostatní lékaře, kteří souhlasí s důvody našeho protestu, aby si na svůj plášť 1.3.2013 také připnuli stužku zelené barvy.

Vyzýváme všechny, aby tuto akci považovali za významné varování před dalšími protestními akcemi, které budou v případě neuspokojivé dohody následovat.

Rada SAS ČR, o.s.

■ III. Stanovisko ČSK k úhradové vyhlášce ze dne 15.2.2013

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jistě i vy jste zaznamenali v médiích zprávy o aktivitách, které Česká lékařská komora připravila na protest proti úhradové vyhlášce na rok 2013.

Ani Česká stomatologická komora s obsahem úhradové vyhlášky nesouhlasí, rovněž zástupci poskytovatelů v segmentu zubní ambulantní péče nedospěli k dohodě na úhradách péče v roce 2013.

Česká stomatologická komora však volí jiné cesty protestu než Česká lékařská komora. Jsme přesvědčeni, že korektní, ale tvrdé a důsledné vyjednávání o našich požadavcích je účinnější než hromadné nátlakové akce.

O výsledku dohodovacího řízení o cenách zubní péče na rok 2013 jsme hovořili již v listopadu na jednání sněmu v Plzni. Ukazuje se, že mezi členy naší Komory má nadále nejširší podporu systematická snaha, aby z veřejného zdravotního pojištění byly vyřazeny úhrady za některé výkony, například léčbu zubního kazu a jeho následků, kterým lze předcházet důslednou prevencí, či za ortodontickou léčbu dospělých. Někteří zubní lékaři jsou nakloněni i pokusu vyjednat pro nadcházející období určitou smluvní volnost vůči zdravotním pojišťovnám.

Česká stomatologická komora proto ne-zůstane pasivní. Na květnovém jednání sněmu předložíme návrhy, jakým způsobem reagovat na přehlížení našich požadavků a snižování objemu finančních prostředků určených na úhradu zubní péče.

Do té doby stavovská organizace zubních lékařů podpoří každý smysluplný protest nebo akci, na které se shodneme v Koalici soukromých lékařů. Za takový však Česká stomatologická komora nepovažuje formu protestu, kterou zvolila na 1. března 2013 Česká lékařská komora.

Zubní lékaři jsou z velké části samostatně podnikajícími osobami s přímou vazbou a odpovědností vůči svým pacientům a klientům, a proto i forma našeho protestu musí odpovídat tomuto stavu.

Představenstvo
České stomatologické komory

■ IV. Stanovisko SPL ČR k výzvě ČLK, odborů a některých organizací k protestním akcím

„Tvrdá, ale spravedlivá!“ To jsou slova, kterými přivítal dr. Kubek, již jako prezident ČLK, úhradovou vyhlášku vydanou ministrem Rathem v roce 2006. Vyhláška byla tvrdě restriktivní pro všechny poskytovatele. Zejména pak pro ambulantní, z nichž většina, bez možnosti vyvinění, byla postižena vysokými pokutami. Tato vyhláška vedla ke skutečné diskriminaci pacientů a znamenala pro ně omezení dostupnosti péče. To přimělo tehdy tisíce lékařů vyjádřit aktivně svůj protest a pod tíhou argumentů donutilo tehdejšího ministra Ratha tuto zhůvěřilost zrušit a nahradit ji vyhláškou novou, stále sice restriktivní, ale již více propracovanou. O to více překvapivý je obrat ČLK v čele s prezidentem Kubkem po volbách v roce 2008, kdy se z nich stali tvrdošíjní odpůrci kroků majících za cíl šetřit prostředky veřejného zdravotnictví. Odmítáním prakticky všech reformních snah o redukci mnohdy nadbytečné sítě a redistribuci prostředků s cílem účelnějšího nakládání s financemi z veřejného zdravotního pojištění se dostala ČLK do pozice odborářské nátlakové skupiny požadující stále více peněz do systému, aniž by byla ochotna cokoli slevit ze svých představ např. o personálním zajištění či tabulkových platech.

V dohodovacím řízení k úhradám pro rok 2013 vystupovala ČLK jako aktivní vyjednávač. Bylo patrné, že jejím cílem je nedohoda a pokud do systému nepřibudou další peníze, je připravena si je vymoci i za cenu nátlakových akcí. Takovouto akcí je bezpochyby i nyní zveřejněná Petice za zachování fungujícího zdravotnictví a Den zdraví lékařů. Vždyť kdo by nechtěl fungující zdravotnictví, že? Strašení, že naše zdravotnictví je ohrožené a před kolapsem, je zavádějící a ve svých důsledcích nebezpečné. Nehledě na to, že ČLK ústy prezidenta Kubka takto vystupuje pravidelně a české zdravotnictví přesto stále funguje. Z původní nespokojenosti řady segmentů poskytovatelů s výší úhrad a nastavením regulací vyrostl pod taktovkou vedení lékařské komory plošně pojatý protest proti vládě, ministerstvu a zdravotním pojišťovnám s řadou diskutabilních a některých ryze spekulativních bodů, které s vyhláškou vůbec nesouvisí. Za nynější aktivitou ČLK, a nejenom touto, tak vidíme především silné politické a odborářské vlivy.

Také my kriticky pohlédneme na řadu kroků, které MZ činí v rámci snahy o reformu. Je jistě řada věcí, které od MZ požadujeme. Vyzýváme ministra Hegera, aby i přes těžkosti ve vládní koalici urychleně předložil do legislativního procesu stěžejní zákon o zdravotních pojišťovnách, bez jehož přijetí by jeho dosavadní snažení bylo veskrze marné. Požadujeme např. přijetí systémových opatření omezujících plýtvání a jasné vymezení rolí jednotlivých poskytovatelů, zrušení preskripčních omezení pro praktické lékaře, zavedení slibované racionalizace lůžkového fondu, podporu přesunu zdravotní péče z lůžkových do ambulantních zařízení, aktivnější roli pacientů a přijetí jejich odpovědnosti za své zdraví. Sami i společně s partnery z Koalice soukromých lékařů jsme mnohokrát naše návrhy projednali jak s premiérem, tak s ministrem, a jsme připraveni na další jednání. Ze strany ČLK bohužel dominuje především hlasité volání po zvýšení mezd lékařům v nemocnicích. Přeji bychom to nejenom jim, ale pochopitelně i sami sobě. Bez realizace uvedených opatření však bude další nalévání peněz do systému neefektivní.

SPL ČR je dlouhodobě věrohodným a názorově konzistentním partnerem při jednáních jak se zdravotními pojišťovnami, tak s MZ. I díky tomu jsme byli schopni dosáhnout



dohody, která je dobrým kompromisem. Naše dohoda není namířena proti jiným segmentům a nic jim ze společného koláče neubírá. Reflektuje realitu se zřetelem na ekonomické možnosti našeho státu a situaci v sektoru veřejného zdravotního pojištění. V neposlední řadě zohledňuje odlišnosti a cíle primární zdravotní péče poskytované praktickými lékaři. SPL se na úhradách pro rok 2013 se zdravotními pojišťovnami dohodlo a MZ naši dohodu akceptovalo. Nemáme tedy důvod proti úhradové vyhlášce protestovat. Zároveň však podpoříme každou konstruktivní snahu představitelů vyhláškou dotčených segmentů o nalezení přijatelného kompromisu, zejména v oblasti regulačních mechanismů.

Z výše uvedených důvodů přijal Výbor SPL ČR na svém posledním zasedání dne 11. 2. 2013 jednomyslné rozhodnutí současné kroky ani výzvy vedení ČLK v čele s prezidentem Kubkem nepodpořit, k protestním akcím se nepřipojit ani nevydávat výzvu k zavření ordinací praktických lékařů.

Výbor SPL ČR

■ V. Prohlášení krizového štábu ze dne 11. 2. 2013

MINISTERSTVO DÁLE PROHLUBUJE
KRIZI VE ZDRAVOTNICTVÍ

**Krizový štáb sdružující
Asociaci českých a moravských nemocnic
Asociaci krajských nemocnic
Svaz pacientů ČR
Národní radu osob se zdravotním postižením ČR
Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR
Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů
za podpory
Odborového svazu pracovníků dopravy,
silničního hospodářství a autoopravárenství Čech a Moravy
Odborového svazu dopravy
Federace strojuvůdců ČR
Svazu odborářů služeb a dopravy
Českomoravské konfederace odborových svazů
České lékařské komory
Rady seniorů ČR
České internistické společnosti ČLS JEP**

Krizový štáb nemocnic, pacientů a odborů dostává z nemocnic další alarmující informace dopadů úhradové vyhlášky ministerstva pro rok 2013. Postupně jsou odhalovány stále nové základy této vyhlášky, ukazující na daleko hlubší pokles úhrad za zdravotní péči, než se původně předpokládalo.

Nové propočty ukazují, že úhrady budou vyhláškou sníženy proti roku 2011 u akutní lůžkové péče o nejméně 6 %, u následné péče o 5 % a u ambulantní péče o 10 %. Potvrzují to první návrhy záloh vypočtených VZP ČR podle vyhlášky i na méně než 90 % dosavadních úhrad.

Při započtení kumulované inflace za roky 2011–2013 ve výši 7,5 % jde o pokles reálných úhrad, který v historii nemá obdoby:

akutní lůžková péče	-13,5 %
následná péče	-12,5 %
ambulantní péče	-17,5 %

Záměr snížit úhrady se netýká jen nemocnic. Stejně úhrady jako nemocničním ambulantním vyhláška stanoví i soukromým ambulantním, kde již dnes pacient čeká na vyšetření týdny i měsíce. Ve světle těchto čísel musí krizový štáb označit tvrzení ministra Leoše Hegera o pouhém 2 % snížení úhrad za neinformovaná nebo lživá.

Krizový štáb považuje toto snížení po předchozím snížení úhrad v roce 2012 nominálně o 2 % a reálně o 5,5 % za bezprecedentní a bezdůvodné. Příjmy zdravotního pojištění v roce 2012 vzrostly o více než 2 % a pro rok 2013 podle materiálu předloženého vládě ČR by měly vzrůst o 2,4 %.

Krizový štáb se proto musí ptát: proč se výrazně omezuje zdravotní péče a současně se plánuje přebytek hospodaření zdravotních pojišťoven k 31. 12. 2013 ve výši 10,95 mld. Kč? Pro koho jsou tyto rezervy vytvářeny? Proč vláda „rozpočtové odpovědnosti“ současně schválí zdravotně pojistné plány s 2,7 % nárůstem provozních výdajů pojišťoven?

Z těchto důvodů krizový štáb nemocnic, pacientů a odborů vyzývá nemocnice, odborové organizace, organizace pacientů, jakož i další organizace a občany, aby podpořili protestní akce organizované Českou lékařskou komorou.

Podpořili protest lékařů vyhlášený na 1. března 2013.

Podpořili petici „Chceme kvalitní zdravotnictví“.

Požadovali novelizaci úhradové vyhlášky na rok 2013.

Podpořili návrh Ústavnímu soudu ČR na zrušení této úhradové vyhlášky.

Krizový štáb současně připravuje své vlastní kroky proti záměru devastovat české zdravotnictví.

Mluví krizového štábu:

Bc. Václav Krása, předseda Národní rady osob se zdravotním postižením
MUDr. Ing. Petr Fiala, místopředseda Asociace českých a moravských nemocnic

V Praze dne 12. února 2013

■ VI. Tiskové sdělení AČMN ze dne 12. 2. 2013

**Drastické restrikce úhradové vyhlášky pro rok 2013 naprosto neodpovídají trendu příjmů zdravotního pojištění
Rekordní výběr pojistného na zdravotní pojištění v roce 2012 dosáhl 104,8 %**

Podle nejnovějších údajů bylo v roce 2012 vybráno na zdravotní pojištění 226 mld. Kč. Je to o 10,4 mld. Kč více než v roce 2011. Nárůst výběru pojistného oproti předchozímu roku dosáhl 104,8 %. Je to nejvyšší nárůst od roku 2009.

2009/2008	99,95 %
2010/2009	101,88 %
2011/2010	101,35 %
2012/2011	104,80 %

Tím zpřesňujeme údaj „více než 2 %“ uvedený v dnes rozeslaném prohlášení krizového štábu nemocnic, pacientů a odborů. Trend růstu výběru pojistného podtrhuje bezdůvodnost drastických restrikcí v úhradové vyhlášce pro rok 2013.

Dr. Stanislav Fiala
výkonný ředitel

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

Infekční pacient v ordinaci praktického lékaře

Kolik je v ČR lidí infikovaných HIV? Co by měl praktik doporučit před vycestováním do zahraničí? Které importované nákazy patří mezi nejčastější? Odpovědi nejen na tyto otázky se dozvěděli účastníci prvního programového bloku Kongresu primární péče.

Doc. MUDr. Ladislav Machala, Ph.D., z Nemocnice Na Bulovce v Praze uvedl, že ve světě žije kolem 35 milionů HIV pozitivních osob. V ČR byl první případ HIV infekce diagnostikován v roce 1985. Ke konci loňského roku dosáhl celkový kumulativní počet všech diagnostikovaných případů HIV infekce hodnoty 1887, z toho je 1554 mužů a 333 žen. AIDS se rozvinul u 366 osob, 187 jich zemřelo. Proběhlo 122 porodů HIV pozitivních matek a s vertikálně přenesenou HIV infekcí se u nás narodily 4 děti. Doc. Machala však zdůraznil, že matky těchto dětí nedbaly lékařských pokynů.

Největší skupinu osob s HIV infekcí tvoří v ČR homo/bisexuální muži (59,2 %), dále pak heterosexuální ženy (27,9 %), injekční uživatelé drog (4,6 %), homosexuální muži a zároveň injekční uživatelé drog (2 %), hemofilci (1 %) a příjemci krve (0,8 %). Vertikální přenos z matky na dítě se objevuje ve 0,2 %, nozokomiální přenos rovněž v 0,2 %, a neobjasněný přenos je uváděn ve 4,1 % případů.

Péče o HIV infikované pacienty je v ČR soustředěna do sedmi AIDS center při krajských infekčních odděleních, a to v Praze v Nemocnici Na Bulovce, dále v Ústí nad Labem, v Hradci Králové, Ostravě, Brně, Českých Budějovicích a v Plzni.

Co se týká ekonomických nákladů, v ČR stojí léčba HIV pozitivních osob měsíčně celkem 9 328 838 korun, ročně celkem 111 946 056 korun. „Například v AIDS centru při Nemocnici Na Bulovce je dispenzarizováno 621 nemoc-

ných, léčeno 449 pacientů,“ dodal doc. Machala s tím, že nejčastější kombinace tenofovir + emtricitabin + lopinavir/r činí 30 032 korun měsíčně a kombinace tenofovir + emtricitabin + efavirenz 25 270 korun měsíčně. Upozornil také, že v poslední době je velkým problémem výrazný nárůst výskytu dalších pohlavních nemocí, především syfilis a chlamydiových infekcí, mezi homosexuálními muži s HIV infekcí.

■ Co udělat před cestou do zahraničí a po návratu

Podle Českého statistického úřadu se počet delších cest do zahraničí meziročně zvyšuje, přičemž vývoj cest do jednotlivých cílových regionů je rozdílný. Uvedla to v dalším vystoupení doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc., z Infekční kliniky 2. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha. Výjezdy stouply do všech světových regionů kromě Asie, nejvíce pak do Ameriky, Afriky a do Evropy. Cesty do zahraničí tvoří ze 69,7 % rekreační pobyty, z 9,9 % poznávací cesty, ze 13,3 % návštěvy známých a příbuzných, ostatní účely pak tvoří 7,1 procenta. „Zvyšuje se počet cest, které si lidé zajišťují individuálně, oproti zájezdům s cestovními kancelářemi,“ uvedla doc. Marešová a dodala, že individuálně cestují hlavně mladí lidé.

Dále zdůraznila, že cestovatel by měl před cestou navštívit praktického lékaře, případně pediatra, cestují-li i děti, a ambulanci cestovní medicíny. Měl by lékaři podat informace o místě pobytu, o zajištění stravy, ubytování,

způsobu, jakým bude cestovat, o svém zdravotním pojištění. Praktický lékař by měl zajistit očkování, chronickou medikaci a seznam léčebných přípravků s obsahem účinné látky. „Před každou delší cestou je velmi vhodné navštívit také zubního lékaře a kontaktovat a včas navštívit oddělení pro cestovní medicínu,“ uvedla doc. Marešová a dodala, že ze strany lékařů by tedy člověk hodlající vycestovat měl získat také poradenskou péči, informace o riziku pro cílovou destinaci, případně doporučení pro snížení rizika. Lékař by měl upozornit na kontraindikace např. z hlediska způsobu cesty – doprava letadlem je riskantní např. pro osoby po operaci v dutině hrudní a břišní, pro lidi s akutním zánětem žil, akutním zánětem středouší, pro těhotné ženy po 35. týdnu těhotenství apod. Zdůraznila také nevhodnost cestování s kojencí, a to i do oblíbeného Středomoří.

Na oddělení cestovní medicíny získá cestovatel informace o možnostech profylaxe v příslušné zemi, očkování povinném i doporučeném, lékové i expoziční profylaxi, zdravotním a úrazovém pojištění apod.

Pokud má cestovatel po návratu domů jakékoli zdravotní potíže, je třeba provést jak epidemiologickou, tak cestovní anamnézu. „Je třeba myslet nejen na místo pobytu, ubytování, stravu a tekutiny, ale také na poštipání hmyzem, koupání v řekách i neznámých stojatých vodách a na zoonózy,“ uvedla doc. Marešová. Zdůraznila, že při laboratorním vyšetření po návratu z cest je nutné udělat kompletní krevní obraz s diferenciálním



počtem (anémie, eozinofilie, vysoké leukocyty, nízké trombocyty), krevní nátěr a tlustou kapku pro vyšetření malárie (OptiMAL malaria assay, pokud je vyšetření dostupné), poslat stolicí na bakteriologické vyšetření a vyšetření na parazity, provést jaterní testy včetně vyšetření na virové hepatitidy, dále odběr hemokultury, sérologii, provést RTG snímek plic, moč vyšetřit chemicky + sediment a provést kvantitativní kultivaci.

■ Parazitologická diagnostika nabývá na významu

MUDr. Karel Mencl, CSc., z Pardubické krajské nemocnice zdůraznil ve svém sdělení, že klinický obraz střevní parazitózy záleží na tom, která část trávicí trubice je postižena, a upozornil, že různí původci vytvářejí podobné příznaky. „Pokud pacient trpí nevolnostmi a zvracením, ukazuje to na parazitární postižení žaludku. Průjem svědčí o postižení střeva, pokud průjemová stolice obsahuje příměs hlenu a krve a dochází k bolestivému nucení na stolicí, jde o postižení hlavně koncových částí střeva,“ vysvětlil MUDr. Mencl. Dodal, že parazitologická diagnostika nabývá v poslední době na významu s rozvojem cestovního ruchu, a zdůraznil, že v našich podmínkách poměrně vysokého hygienického

standardu stojí parazitologická diagnostika ve stínu bakteriologie a virologie.

Upozornil také, že u parazitárních nákaz nebývá charakteristický obraz onemocnění a klinickým vyšetřením je nelze odlišit od neparazitárních infekcí, proto je klinický náález vždy nutné potvrdit laboratorním vyšetřením, a to jak metodami přímého průzkumu vývojových stadií, tak metodami nepřímého průkazu (protilátky a antigeny). Je však také vždy nutno počítat s parazitofóbiemi.

■ Cestovní medicína a infekční rizika

Především o základu diagnostiky importovaných nákaz, kterým zůstává i v dnešní době zevrubná anamnéza a fyzikální vyšetření, informoval MUDr. RNDr. František Stejskal, Ph.D., z Infekční kliniky 2. LF UK a Nemocnice Na Bulovce.

Uvedl mj., že z virových infekcí jsou u cestovatelů nejčastější hepatitidy typu A a B a arbovirózy, především horečka dengue, chikungunya a flebovirózy. Ty se vyskytují často epidemicky, v době dešťů ve městech a letoviscích mohou postihnout více cestovatelů současně. Naopak velmi vzácně dochází k importu žluté zimnice, japonské encefalitidy a virových hemoragických hore-

ček. „Prakticky každý rok je v západní Evropě zaznamenán případ vztekliny importované nejčastěji z indického subkontinentu,“ uvedl MUDr. Stejskal. A dodal, že z bakteriálních infekcí jsou k nám nejčastěji importovány střevní infekce, bríšní tyfus a paratyfy, rickettsiíza, především klíšové tyfy. Vzácnější pak jsou návratné tyfy, leptospiróza, meningokokové infekce, cholera a brucelóza. Mezi významné importované parazitární infekce patří malárie, kožní a viscerální leishmaniózy, amébové infekce, které se ale autochtonně vyskytují i na našem území.

Vzhledem k existenci řady infekčních i neinfekčních chorob, které mohou cestovatele postihnout, je obtížné doporučit univerzální postup při vyšetřování jejich zdravotních problémů. „Je však také třeba říci, že většina pacientů s horečkou po návratu z tropů a subtropů netrpí specifickými tropickými infekcemi, ale běžnými nákazami, jako jsou např. chřipka, bronchopneumonie, pyelonefritida, cholecystitida nebo kožní stafylokokové či streptokokové infekce,“ uvedl MUDr. Stejskal.

hech

převzato: ZN Kongresový list, odborná příloha Zdravotnických novin, 2/2013

HPV – pandemie a její perspektiva

Lidský papilomavirus (HPV) je pravděpodobně druhým nejzávažnějším humánním karcinogenem – hned po tabáku. Lze mu přičíst na vrub 5% všech nádorových onemocnění v populaci, 10% nádorových onemocnění žen a 15% nádorových onemocnění žen v rozvojových zemích. Na předkongresovém sympoziu s podporou společnosti MSD, které 28. února celý program Kongresu primární péče otevíralo, to připomněl MUDr. Vladimír Dvořák, předseda České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP.

V jeho sdělení zazněla poprvé v ČR řada nových, často překvapivých dat, a to díky svolení Dr. Xaviera Castellsagué, PhD, MPH, ředitele WHO/ICO Information Centre on HPV Cervical Cancer, z jehož zdroje pocházejí.

■ Cervikální karcinom je jen špičkou ledovce

Pokud jde o míru incidence, zaujímá karcinom děložního čípku mezi zhoubnými novotvary u žen celosvětově 3. místo, ve věkové skupině 15–44 let 2. místo. V žebříčku mortality žen na nádorová onemocnění je celosvětově v ženské populaci na 4. místě, ve věkové skupině 15–44 let však opět na místě dru-

hém. Nejzatíženější jsou země Střední a Jižní Ameriky, Afriky a jihovýchodní Asie. V Evropě je co do incidence mezi zhoubnými novotvary žen na 5. místě a co do mortality na 7. místě. Ovšem ve věkové skupině žen 15–44 let je Ca děložního čípku na druhém místě v incidenci zhoubných novotvarů i v mortalitě na ně.

„V 87% evropských zemí se cervikální karcinom u žen ve věku 15–44 let řadí mezi tři nejčastěji se vyskytující malignity a v 71% evropských zemí patří v téže věkové kategorii žen ke třem nejčastějším příčinám úmrtí v důsledku nádorových onemocnění,“ připomněl MUDr. Dvořák. Mezi tyto země patří i ČR, kde sice podle posledních údajů informačního

centra WHO/ICO figuruje Ca děložního čípku v ženské populaci na 8. místě v incidenci zhoubných novotvarů a na 9. místě v mortalitě v důsledku nádorových onemocnění, ale kde zároveň ve skupině žen 15–44 let zaujímá v obou parametrech druhou příčku – hned po karcinomu prsu. Skutečnost, že vznik invazivního cervikálního karcinomu je v přímé příčinné souvislosti s infekcí vysokorizikovými genotypy HPV16 a HPV18, je známa již delší dobu. Potvrdila to i průřezová retrospektivní, celosvětově probíhající studie, jejíž výsledky byly publikovány v roce 2010 v Lancetu v článku Genotyp lidského papilomaviru jako ukazatel invazivity karcinomu děložního čípku.



Hodnoceno bylo více než 22 000 vzorků pocházejících z 38 zemí. Jako invazivní bylo kategorizováno 8977 z nich – a ve více než 60 % v nich byla detekována DNA genotypu HPV16 a v dalších více než 10 % genotypu HPV18. Zastoupení ostatních genotypů se pohybovalo řádově v jednotkách procent. To se plně shoduje s dalšími daty a metaanalýzami, ve kterých u onemocnění Ca cervixu infekce vysokorizikovými genotypy HPV16 a HPV18 vždy převládá. Dlužno připomenout, že proti těmto dvěma genotypům HPV chrání obě vakcíny dostupné na našem trhu.

■ Riziko karcinomu v souvislosti s HPV je mnohem širší

Cervikální karcinom je sice vážný zdravotní problém asociovaný s infekcí HPV, není to však problém jediný a v ohrožení není pouze ženská populace. MUDr. Dvořák citoval nejnovější aktualizovaná data Mezinárodní agentury WHO pro výzkum karcinomu, z nichž vyplývá, že DNA lidského papilomaviru je detekována:

- * u 100 % případů Ca cervixu,
- * až u 88 % Ca anu,
- * až u 70 % Ca vagíny,
- * až u 50 % Ca penisu,
- * až u 43 % Ca vulvy,
- * u 35,6 % Ca orofaryngeální oblasti,
- * a také u blíže zatím neodhadovaného procenta nádorů dutiny ústní.

„Zatímco podíl nádorů hlavy a krku asociovaných s kouřením klesá, počet těch HPV pozitivních, zejména v oblasti mandlí a kořene jazyka, naopak trvale stoupá,“ připomněl MUDr. Dvořák.

■ Nízkorizikové genotypy zdaleka nejsou bez rizika

Tváří v tvář uvedeným údajům by bylo pošetilé podlehnout pokušení mávnout rukou nad

existencí tzv. nízkorizikových genotypů HPV, jmenovitě HPV6 a HPV11, proti nimž chrání pouze jedna z vakcín na českém trhu, s tím, že způsobují „jen“ kosmetické problémy. „Genotypy HPV 6 a 11 jsou etiologickým agens nejen genitálních bradavic u mužů a žen, ale také rekurentní respirační papilomatózy, která svému nositeli působí velké strádání, a navzdory léčbě, která zatěžuje nemocného i zdravotní systém, může být onemocněním smrtelným,“ konstatoval MUDr. Dvořák.

Pokud jde o genitální bradavice, data od ženské populace v USA ukazují, že jejich incidence kulminuje mezi 20. a 24. rokem věku, ale pak klesá jen velmi pozvolna a i ve věkové kategorii nad 50 let se blíží míře 1/1000 žen ročně. „I dospělé ženy tedy mají trvalé riziko získání HPV infekce a propuknutí onemocnění asociovaného s tímto virem,“ zdůraznil MUDr. Dvořák. Dánská studie publikovaná v loňském roce šla ještě dále a zaměřila se na souvislosti mezi výskytem genitálních bradavic a rizikem nádorového onemocnění. Zahrnula téměř 50 000 pacientů s kondylomaty. Autoři – Blomberg et al. – prokázali, že diagnóza genitálních bradavic byla úzce spojena s vyšší mírou věkově nepřímo standardizované incidence (standardized incidence ratio, SIR) karcinomu anu (SIR 21,5 pro muže a 7,8 pro ženy), vulvy (14,8), vagíny (5,9), cervixu (1,5), penisu (8,2) a nádorů hlavy a krku (2,8), přičemž u typů prokazatelně asociovaných s HPV činila míra SIR 3,5 pro muže a 4,8 pro ženy. Riziko přitom zůstávalo zvýšené i po více než 10 letech po stanovení diagnózy genitálních bradavic. A co více – autoři shledali v souvislosti s diagnózou kondylomat také středně zvýšené riziko incidence nemelanomových kožních nádorů, nádorů asociovaných s kouřením, Hodgkinova i non-Hodgkinova lymfomu. „Zvýšené riziko v případě těchto typů nádorů by mohlo poukazovat na rozdíly v dalších rizi-

kových faktorech mezi jednotlivci s genitálními bradavicemi a všeobecnou populací,“ naznačil MUDr. Dvořák směr dalšího výzkumu.

■ Prevence existuje, není proč s ní váhat

Závěrem MUDr. V. Dvořák konstatoval, že „zdravotní zátěž infekcí HPV a nemocemi s ní asociovanými je ve světě i Evropě vysoká. Infekci HPV lze považovat za pandemii, protože splňuje všechna kritéria příslušné definice – je univerzální a rozšířená po celém světě, rozsáhlá jak co do počtu nemocných, tak co do počtu postižených míst, a situace se vyvíjí dynamicky, rozhodně není stabilní. Vakcinace proti HPV hraje v kontrole této pandemie rozhodující úlohu. Pediatři, gynekologové, odborníci poskytující primární zdravotní péči a orgány státní zdravotní správy mají klíčovou roli při dosažení vysoké míry proočkovanosti populace.“ MUDr. Dvořák dále připomněl, že kombinace screeningu a vakcinace proti HPV výrazně sníží riziko vzniku Ca děložního hrdla a navíc zabrání vzniku mnoha onemocnění, jejichž výskyt celosvětově stoupá a u nichž sekundární prevence neexistuje. Na závěr zdůraznil: „Kvadrivalentní vakcína proti HPV ve srovnání s vakcínou bivalentní poskytuje prokazatelně ochranu proti výrazně širšímu spektru značně frekventních nebezpečných i nepříjemných onemocnění. Jde o stavy sekundární prevencí neodvratitelné, z toho důvodu je v současné době preference kvadrivalentní vakcíny logickým postupem.“ V diskusi pak dodal, že není náhodou, že stejně jako on, i většina jeho kolegů gynekologů nechává očkovat sebe i své rodinné příslušníky – dcery i syny – právě kvadrivalentní vakcínou.

jak
převzato: ZN Kongresový list, odborná
příloha Zdravotnických novin, 2/2013

Ministerstvo pracuje na přípravě novel předpisů o vzdělávání

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7. září 2005 o uznávání odborných kvalifikací je v současné době přepracována a vzhledem k tomu, že české právní předpisy musejí být s evropskými v souladu, ocitli jsme se v jakémsi bodě nula a ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s odbornou veřejností má možnost právní normy týkající se této oblasti upravit tak, aby byly uživatelsky přívětivější. Na 7. kongresu primární péče to 2. března v bloku věnovaném novinkám ve vzdělávání uvedl Mgr. Zbyněk Podhrázký z oddělení lékařských povolání a uznávání kvalifikací ministerstva zdravotnictví.

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) v současné době připravuje novelu vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kursů. V současné době vyhláška (po novelizaci vyhláškou č. 361/2011 Sb.) definuje celkem 41 základních oborů, jejichž součástí je základní kmen, a 47 nastavbových oborů. Vyhláška č. 361/2011 Sb. přidala k základním kmenům šest dalších – dermatovenerologický, neurologický, oftalmologický, otorinolaryngologický, ortopedický a urologický.

■ Zvažuje se rozšíření počtu nastavbových oborů...

V souvislosti s další zamýšlenou novelou vyhlášky č. 185/2009 Sb. ministerstvo uvažuje o rozšíření spektra nastavbových oborů o dalších dvanáct:

- * dětskou gynekologii
- * dětskou úrazovou chirurgii
- * dětskou diabetologii a endokrinologii
- * spánkovou medicínu
- * revizní lékařství
- * spondylchirurgii
- * obezitologii
- * vaskulární intervenční radiologii
- * ortopedickou protetiku
- * psychosomatiku
- * veřejné zdravotnictví
- * onkologickou urologii

K rozšíření počtu nastavbových oborů už podle Z. Podhrázkého proběhlo připomínkové řízení.

■ ... i změny u základních kmenů a základních oborů

Úvahy směřují i k zavedení dalších dvou základních kmenů – kardiochirurgického a neurochirurgického. „Odborná veřejnost kardiochirurgická a neurochirurgická zastávají názor, že odborná příprava v těchto oborech se natolik liší od ‚velké‘ chirurgie, že

by si zasloužily vlastní kmen,“ řekl k tomu Z. Podhrázký.

Dále se jedná o přearažení dvou oborů z kategorie nastavbových mezi základní. Společnost pracovního lékařství ČLS JEP žádá o tento přesun pro obor Pracovní lékařství a Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP pro obor Urgentní medicína. „Hlavním argumentem odborné veřejnosti je, že Česká republika a Polsko jsou jedinými státy Evropské unie, kde pracovní lékařství není základním oborem. Pokud jde o urgentní medicínu, mezi lékaři, kteří už mají jiné obory, není zájem se jí věnovat. Ministerstvo se snažilo pomocí evropských programů dotovat kursy urgentní medicíny, ale zájem nebyl takový, jaký jsme předpokládali,“ uvedl Z. Podhrázký.

Další podněty se týkají změn názvu: Ortopedie na Ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, z důvodu zjednodušení určování kompetencí oboru a udělování licencí; Otorinolaryngologie na Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku; Česká endokrinologická společnost ČLS JEP žádá obor Diabetologie a endokrinologie rozdělit nebo alespoň změnit pořadí a název formulovat jako Endokrinologie a diabetologie; Česká chirurgická společnost ČLS JEP žádá změnu názvu Klinická onkologie na Interní onkologie.

Odborná společnost praktických dětských lékařů navrhuje zařadit oboru Praktické lékařství pro děti a dorost jako vstupní obor do těchto nástavb:

- * dětská a dorostová psychiatrie
- * dětská dermatovenerologie
- * dětská endokrinologie a diabetologie
- * dětská gastroenterologie a hepatologie
- * dětská kardiologie
- * dětská nefrologie
- * dětská neurologie
- * dětská otorinolaryngologie
- * dětská pneumologie

* dětská revmatologie

„S předsedkyní odborné společnosti dětských pediatrií jsme se dohodli, že návrh postoupí k uvážení akreditačním komisím. Konečné rozhodnutí je však podle platných předpisů na ministrovi zdravotnictví,“ informoval Z. Podhrázký.

■ Zřejmě se bude měnit i zákon o odborné způsobilosti

„Usnesení vlády z loňského dubna, kterým se rušil úkol pro ministra zdravotnictví vytvořit návrh zákona, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., bylo pouze formálním krokem. Příprava zákona pokračuje velice intenzivně a je představa, že do konce funkčního období této vlády by mohl být projednán a schválen,“ informoval dále Z. Podhrázký. „Zákon je zbytečně složitý, chtěli bychom, aby byl jednodušší, přehlednější a uživatelsky přívětivý,“ dodal.

MZ hodlá v zákonu doplnit vymezení základních pojmů, vyřešit problém doškolení po přerušení výkonu povolání, zjednodušit systém akreditací, nově vymezit podmínky vzdělávání v certifikovaných kurzech (nastavbových oborech), upravit podmínky uznávání způsobilosti k výkonu povolání pro státní příslušníky států EU i třetích zemí nebo upravit oblast správního trestání včetně zpřesnění a doplnění kontrolních mechanismů.

V oblasti vzdělávání by zákon měl jednoznačně vymezit pojem odborného dohledu pro lékaře ve specializační přípravě, uvažuje se o zřízení registru školitelů – lékař s odpovídající kvalifikací by byl zapsán jako školitel a školicím místem by bylo pracoviště, kde působí.

mt

převzato: ZN Kongresový list, odborná příloha Zdravotnických novin, 2/2013



Zubní průkaz dítěte

doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.

Stomatologická klinika LF v Plzni, UK v Praze

MUDr. Jan Černý

Česká stomatologická komora

Postnatální prevenci zubního kazu je nutné se v dětském věku začít věnovat již v době erupce prvních dočasných zubů. Důležitou součástí všech primárněpreventivních opatření jsou pravidelné preventivní zubní prohlídky, které by měly být zahájeny nejpozději v prvním roce věku dítěte a pokračovat v půlročních intervalech celé dětství i období dospívání.

Na tiskové konferenci 31. 1. 2005 představili zástupci České stomatologické komory první *Zubní průkaz dítěte* připravený ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky. *Zubní průkaz dítěte* slouží k zápisu nejzákladnějších a přehledných informací získaných při preventivní zubní prohlídce dítěte a k předávání informací mezi rodiči, zubním lékařem a dětským lékařem. Od roku 2006 *Zubní průkaz dítěte* společně se *Zdravotním a očkovacím průkazem dítěte a mladistvého* dostávají všichni novorozenci již v porodnici. Samostatný *Zubní průkaz dítěte* lze získat u zubních lékařů. *Zubní průkaz dítěte* byl původně určen pro děti do 6 let, ale v roce 2011 byl rozšířen pro děti do 10 let a o krátkou informaci pro rodiče, která se týká pokračování preventivní péče o chrup dětí starších 10 let.

První strana *Zubního průkazu dítěte* obsahuje kromě základních údajů (jméno a příjmení dítěte, datum narození, bydliště, zdravotní pojišťovna) i stručnou informaci o účelu průkazu. Na dalších stránkách jsou předtištěné souhrny jednotlivých preventivních prohlídek. V každém souhrnu zubní lékař označí, zda se u dítěte jedná o fyziologické prořezávání zubů či o případné poruchy v prořezávání zubů (opožděné, urychlené). Další údaje se týkají rizika vzniku zubního kazu u dítěte (nízké nebo vysoké riziko), výskytu zubního kazu a užívání fluoridových preparátů. O údaje týkající se stanovení rizika vzniku zubního kazu byl text souhrnu preventivních prohlídek nově rozšířen v roce 2011 v souladu s *Oficiálním doporučeným postupem v péči o dětský chrup* (Broukal Z. et al., 2011). Součástí souhrnu je také datum, jméno a telefon registrujícího zubního lékaře.



ZUBNÍ PRŮKAZ DÍTĚTE

Slouží k zápisu přehledné informace pro odborníky i rodiče o tom, zda je dítě vpravidle péči praktického zubního lékaře a zda užívá některou z forem fluoridové prevence zubního kazu. Veškeré podrobné informace o tom, jak předejít od útlého věku zubnímu kazu dítěte, podá rodičům praktický zubní lékař, u kterého rodiče dítě registrují nejpozději do 12 měsíců věku dítěte.

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Zdravotní pojišťovna:

Souhrn preventivní prohlídky ve 12 měsících věku

Prořezávání zubů	☐ fyziologické	☐ opožděné	☐ urychlené
Riziko vzniku zubního kazu	☐ nízké	☐ vysoké	
Výskyt zubního kazu	☐ ano	☐ ne	
Užívání fluoridových preparátů	☐ ano	☐ ne	

datum _____ jmenovka, podpis _____
zdravotnické zařízení _____

registrující zubní lékař _____
telefon _____

Souhrn preventivní prohlídky v 18 měsících věku

Prořezávání zubů	☐ fyziologické	☐ opožděné	☐ urychlené
Riziko vzniku zubního kazu	☐ nízké	☐ vysoké	
Výskyt zubního kazu	☐ ano	☐ ne	
Užívání fluoridových preparátů	☐ ano	☐ ne	

datum _____ jmenovka, podpis _____
zdravotnické zařízení _____

registrující zubní lékař _____
telefon _____

2

Rodičům poskytuje *Zubní průkaz dítěte* informace o nejvhodnějším věku pro návštěvu zubní ordinace a upozorňuje je na nutnost pravidelných preventivních prohlídek. *Zubní průkaz dítěte* by měli rodiče nosit s sebou na každou preventivní prohlídku u zubního lékaře i u dětského lékaře. Rodiče přicházející s dítětem včas do zubní ordinace dostanou od lékaře informace, jak lze zabránit vzniku zubního kazu. Při dalších preventivních prohlídkách se informace pro rodiče opakují a rozšiřují podle věku dítěte. Děti takto dobře poučených rodičů mají velkou šanci na prožití dětství bez zubního kazu.

Rovněž pro rodiče je určen dodatek textu v *Zubním průkazu dítěte*, kde je uvedeno, že pravidelné preventivní zubní prohlídky pokračují nejen celé dětství a období dospívání, ale i celý zbytek života. Na pravidelné preventivní prohlídky musí v případě potřeby navazovat ošetření zubního kazu. V dovětku je rovněž varování o negativním vlivu neošetřeného chrupu na celkový zdravotní stav.

Dětský lékař nalezne v *Zubním průkazu dítěte* důležité informace o pravidelnosti návštěv u zubního lékaře, o zubním zdraví dítěte a o fluoridové prevenci zubního kazu. Kromě těchto údajů může pediatr v průkazu zjistit kontakt na zubního lékaře a má mož-

nost do průkazu zaznamenat důležitá sdělení o zdravotním stavu dítěte. Také zubní lékař má možnost do *Zubního průkazu dítěte* vepsat důležité informace pro pediatra.

K *Zubnímu průkazu dítěte* se vztahuje *metodické opatření MZ ČR (Věstník MZ ČR, částka 12/2004) Standardy provádění preventivních zubních prohlídek u dětí od 1 roku věku do 6 let věku včetně*, které podrobně specifikuje náplň preventivních zubních prohlídek u jednotlivých věkových kategorií. Kromě samotného vyšetření dutiny ústní dítěte spočívá preventivní zubní prohlídka v důkladném a opakovaném informování rodičů a později i dětí o primární prevenci zubního kazu. Zubní kazy zjištěné při preventivní prohlídce je nutné ošetřit.

Zubní průkazy dítěte vydává Česká stomatologická komora v rámci globálního preventivního programu Světové dentální asociace (FDI) zaměřeného na dětskou prevenci. Náklad se pohybuje kolem 100 000 kusů ročně podle kvalifikovaného odhadu počtu nově narozených dětí v daném roce. V roce 2012 byl vydán již milióntý zubní průkaz dítěte. Program Zubních průkazů dítěte finančně podporují i zdravotní pojišťovny, které si uvědomují význam prevence.



Usnesení Konference západočeského regionu SPLDD konané dne 16. 3. 2013 na zámeckém statku Býkov

Konference:

I. schválila:

- program konference
- volbu pracovních komisí ve složení:
Mandátová komise: MUDr. Králová, MUDr. Jandová, MUDr. Frantová
Návrhová komise: MUDr. Volšíková, MUDr. Tomčalová, Ing. Růžička
Obě komise byly v uvedeném složení schváleny shodným počtem hlasů: pro – 24, zdrželi se – 3
- rozpočet na rok 2013 byl schválen všemi hlasy

II. bere na vědomí:

- zprávu o činnosti regionu za rok 2012 přednesenou regionálním místopředsedou MUDr. Ctíradem Kozderkou
- zprávu o hospodaření regionu za rok 2012 přednesenou reg. pokladníkem MUDr. Ivou Kubiasovou

III. kooptovala:

- MUDr. Lenku Šubrtovou do revizní komise SPLDD západočeského regionu, která bude dále pracovat ve složení
– MUDr. Šubrtová Lenka
– MUDr. Jandová Eva
– MUDr. Brožová Markéta

IV. vyslechla:

- informace Mgr. Jana Karáska, vedoucího zdravotního odboru KÚ Plzeňského kraje o přeregistracích NZZ, organizaci LPS, sítě zdrav. zařízení pro děti a dorost – ambulantní i lůžkové části
- informace MUDr. Aleny Šebkové, předsedkyně OSPDL
- informace člena VV SPLDD ČR MUDr. Ctírada Kozderky

V. ukládá:

- Výkonnému výboru SPLDD nadále usilovat o otevření alternativní cesty k získávání očkovacích látek hrazených z v.z.p. s ponecháním paralelní možnosti přímého nákupu vakcín.
- všem členům regionu aktivně se zapojit do procesu novelizace Stanov a navazujících předpisů SPLDD a podávat pozměňovací návrhy
- všem členům regionu aktivně se zapojit do činnosti SPLDD
- Výkonnému výboru jednat o navrácení kompetence PLDD vystavovat pracovnílékařské posudky pro své registrované pacienty
- Výkonnému výboru dále jednat o kompenzaci zrušených regulačních poplatků za děti a dorost nebo prosadit jejich znovuzavedení
- Výkonnému výboru dále jednat o zrušení automatického ukončení registrace pacientů v 19 letech u PLDD, možnost proaktivní registrace v 18 letech až do doby ukončení přípravy k výkonu povolání či přeregistrace k PL.
- okresním zástupcům projednat se svými členy formu konání příští regionální konference do regionální rady, tzn. do 13. 4. 2013

VI. odmítá

- povinné vystavování elektronických receptů plánované od r. 2015 pro nepřipravenost technické podpory, zajištění ochrany dat, ovládání systému poskytovateli zdravotní péče a velmi pravděpodobnou neochotu pacientů tuto formu receptu akceptovat

VII. doporučuje

- členům využívat webové stránky SPLDD a OSPDL
- členům ponechat na uvážení způsob vyřízení již podané žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb i přes zrušení této povinnosti Ústavním soudem, a to z důvodu odstranění rizika možného postihu v případě nesplnění některých podmínek registrace (viz webové stránky krajských úřadů obou krajů)
- Předsednictvu SPLDD ČR dále organizovat cykly vzdělávacích seminářů s aktuální profesní problematikou

VIII. vyjadřuje

- nesouhlas s postupy a proklamacemi vedení ČPS ČLS JEP s tendencemi podkopávat PLDD a žádá o konstruktivní dialog mezi oběma organizacemi za účelem vypracování jednotné strategie péče o dítě a dorost v ČR na vysoké úrovni se zachováním obou stávajících základních pediatrikálních oborů (DL a PLDD)
- souhlas s redukcí nadbytečné lůžkové péče o dítě v regionu, které však musí předcházet důkladná analýza
- poděkování sponzorujícím firmám a zaměstnancům zámeckého statku Býkov za možnost uspořádat konferenci.

Za návrhovou komisi: MUDr. Volšíková, Tomčalová, Ing. Růžička

Za mandátovou komisi MUDr. Králová, Jandová, Frantová

Konference se zúčastnilo celkem 27 členů, z toho 2 mimořádní členové.

Usnesení schváleno všemi přítomnými členy.

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP a SPLDD ČR regionu Praha a Středočeského kraje si Vás dovoluji pozvat na odborný seminář.

Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova od 16:30 hodin. Vzdělávací akce jsou pořádány dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a jsou ohodnoceny 2 kredity. Odborný garant: MUDr. Natálie Szitányi.

6. 6. 2013

Novinky v dětské výživě

prim. MUDr. Pavel Frühauf, CSc.



OČKOVÁNÍ PROTI HPV INFEKCI - JEDINÁ PRIMÁRNÍ PREVENCE KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA

Borek Sehnal¹, Daniel Driák¹, Helena Neumannová¹, Jiří Sláma²

¹Gynekologicko-porodnická klinika, Nemocnice Na Bulovce a I. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha, přednosta prof. MUDr. M. Halaška, DrSc.

²Onkogynekologické centrum, Gynekologicko-porodnická klinika Všeobecné fakultní nemocnice a I. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha, přednosta prof. MUDr. A. Martan, DrSc.

Kontakt: MUDr. Borek Sehnal; Gynekologicko-porodnická klinika Nemocnice Na Bulovce; Budínova 2 Praha 8; tel. 604 270 364; boreksehnal@seznam.cz

Vztah HPV infekce a lidských malignit

Papilomaviry, dříve řazené jako rod do čeledi Papovaviridae, tvoří od roku 2000 samostatnou čeleď *Papillomaviridae*. Vyskytují se u všech obratlovců. Dosud je známo více než 300 typů, které jsou druhově specifické. Lidských papilomavirů bylo diagnostikováno více než 150 genotypů. Do skupiny onkogenních, vysoce rizikových (high-risk human papillomavirus, HR HPV) patří v současnosti 14-18 genotypů. Nej důležitější pro etiopatogenezi lidských karcinomů jsou HPV 16, 18, 31, 33 a 45.

Infekce onkogenními genotypy HPV je spojena s rizikem rozvoje několika maligních nádorů (*Tabulka 1*) [DeVuyt 2009, Parkin 2006]. U závažných prekanceróz a karcinomů děložního hrdla je výskyt HR HPV téměř absolutní. Podle výsledků evropských multicentrických studií SCALE a HERACLES se u těžké prekancerózy děložního hrdla vyskytuje nejčastěji genotyp HPV 16 (64,5 %), dále genotyp HPV 33 (10,9 %) a genotyp 31 (8,4 %). U invazivního dlaždícobuněčného karcinomu je také nejvyšší prevalence genotypu HPV 16 (66,2 %), následovaná genotypem HPV 18 (10,8 %) a genotypem 33 (5,3 %) [Tjalma 2010]. Závěry obou studií navíc ukazují, že infekce spojená s genotypy HPV 18 a 45 má agresivnější chování s rychlejší progresí prekancerózy do invazivního karcinomu.

Alespoň jednou za život prodělá HPV infekci asi 80-90 % žen [Spitzer 2006, Trollfors 2008]. Spolu s genitálním herpesem jde tak o nejčastější pohlavně přenosnou infekci. Protože životní cyklus viru probíhá v epitelu infikovaného orgánu, nedochází k virémii a ženy s proběhlou HPV infekcí nejsou ve většině případů chráněny přirozenými protilátkami [Viscidi 2004, Carter 2000]. Nákaza nezanechává imunitu a reinfekce, dokonce i stejným genotypem HPV, probíhá za velmi podobných podmínek, jaké jsou u HPV naivních žen [Schwarz 2008].

Ročně je na světě diagnostikováno asi 500 000 nových případů karcinomu děložního hrdla a asi 280 000 žen zemře. Incidence karcinomu děložního hrdla se v ČR dlouhodobě pohybuje kolem 20/100 000 žen a přibližně 40 % žen v důsledku onemocnění zemře [www.svod.cz]. Nejnížší incidenci na světě udává Finsko a Lucembursko (4/100 tis.). Příčinou vysoké incidence v ČR je zejména nízká účast žen na screeningových gynekologických kontrolách [Tachezy 2007].

Primární prevence karcinomu děložního hrdla

Vakcinace proti HPV infekci je s výjimkou trvalé sexuální abstinence jedinou možností primární prevence karcinomu děložního hrdla. Aby bylo dosaženo maximální ochrany, je ale třeba zahájit očkovací schéma alespoň 4, resp. 6 měsíců před začátkem pohlavního života. V USA se proto doporučuje rutinní očkování dívek ve věku 11-12 let. ESGO (European Society of Gynaecological Oncology) je pro širší věkové rozmezí 9-13 let. Podle studií se významné hladiny protilátek vyvíjejí u všech osob až do věku 55 let. V České republice je od roku 2012 očkování proti HPV pro dívky ve věku 13-14 let hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

V současnosti jsou dostupné dvě vakcíny proti infekci HPV - bivalentní (rekombinantní, adjuvovaná, adsorbovaná) vakcína CervarixTM firmy GlaxoSmithKline a kvadrivalentní (rekombinantní, adsorbovaná) vakcína Silgard[®] (Gardasil[®]) firmy Merck Sharp & Dohme. Obě jsou zaměřeny proti dvěma nejčastějším vysokorizikovým genotypům

HPV 16 a 18. Silgard působí také proti dvěma neonkogenním, nízkorizikovým genotypům HPV 6 a 11. Obě vakcíny mají indikaci od 9 let věku. Ve vakcíně Cervarix je obsažen adjuvantní systém II. generace - AS04, obsahující 3-O-deacyl-4'-monofosforyl-lipid A. Přínosem moderního adjuvantního systému je schopnost propojit vrozenou a získanou imunitu. Napodobuje tzv. „nebezpečné“ vzory, čímž dochází k navození rychlé a výrazné imunitní reakce. V důsledku toho jsou indukovány vysoké a v tuto chvíli trvalé hladiny protilátek. V ochraně před HPV infekcí jsou zásadní protilátky přítomné v cervikálním sekretu, jejich hladina však reflektuje hladiny protilátek v séru [Einstein 2009, Roteli-Martins 2012]. Schopnost vysokých titrů protilátek opsonizovat i některé příbuzné HPV genotypy je navíc podkladem tzv. cross-protektce, která zajišťuje významnou ochranu i proti jiným vysoce rizikovým HPV genotypům, především HPV 31, 33 a 45 [Paavonen 2009, Romanovski 2009].

Praktickým důsledkem je vyšší ochrana proti těžkým prekancerózám po očkování vakcínou Cervarix než bylo původně očekáváno u této vakcíny. Řešením závažných prekanceróz děložního hrdla je provedení konizace, která však přináší riziko sekundárních problémů. Nejzávažnějším negativním dopadem konizace je předčasný porod v nízkém gestačním týdnu a potrat ve druhém trimestru gravidity, někdy se objevují bolestivé stenózy hrdla s dysmenorheou. Po očkování Cervarixem byla v rozsáhlé multicentrické studii oproti kontrolní skupině snížena nutnost provedení konizace o 70,2 % (95 % CI: 57,8-79,3) [SPC Cervarix]. Takové výsledky je ale možno očekávat jen pokud budou očkovány dívky, které ještě nezačaly sexuálně žít a neměly kontakt s HPV infekcí.

Určit naprosto jednoznačně míru poklesu incidence karcinomu děložního hrdla díky vakcinaci v České republice není možné. Přesná hodnota bude ovlivněna více faktory jako jsou pokrytí proočkované populace a věk očkovanych dívek. Ve studii zaměřené na účinnost vakcíny byl výskyt těžké prekancerózy děložního hrdla u HPV naivní populace po očkování Cervarixem snížen o 93,2 % (95% CI: 78,9-98,7) [SPC Cervarix].

Asi 20 % karcinomů děložního hrdla představují adenokarcinomy, které jsou velmi obtížně diagnostikovatelné standardním cytologickým screeningem. Podle dat z multicentrické studie SCALE způsobují invazivní adenokarcinomy děložního hrdla v ČR z 99,9 % genotypy HPV 16, 18 a 45 [Rob 2011]. Široká účinnost vakcíny Cervarix zajištěná zkříženou ochranou by tak mohla v prevenci proti adenokarcinomům děložního hrdla hrát zcela zásadní roli [Paavonen 2009, Romanovski 2009].

Závěr

Karcinom děložního hrdla je důsledkem perzistující infekce onkogenními genotypy HPV. Obě profylaktické vakcíny proti HPV infekci jsou vysoce účinné v ochraně proti cervikálním prekancerózám a karcinomu děložního hrdla asociovaných s infekcí způsobenou virem obsaženými ve vakcíně - HPV 16 a 18. Bivalentní vakcína Cervarix navíc vykazuje statisticky významnou zkříženou protilátkovou ochranu proti dalším onkogenním genotypům - HPV 31, 33 a 45 a v HPV naivní populaci vedla k redukci výskytu závažných prekanceróz o 93,2 %.

Tabulka 1: Asociace HPV infekce u některých dlaždícobuněčných karcinomů.

Lokalizace karcinomu	Asociace HPV infekce
Děložní hrdlo	99,7 %
Vulva	40 %
Vagina	70 %
Penis	40 %
Anus	90 %
Orofarynx, jícen	> 12 %
Dutina ústní	> 3 %

Literatura:

De Vuyst H, Clifford GM, Nascimento MC, Madeleine MM, Franceschi S. Prevalence and type distribution of human papillomavirus in carcinoma and intraepithelial neoplasia of the vulva, vagina and anus: a meta-analysis. *Int J Cancer*. 2009;124(7):1626-36. **Parkin** DM, Bray F. The burden of HPV-related cancers. *Vaccine*. 2006;24(Suppl 3):11-25. **Tjalma** W. Human papillomavirus type distribution in cervical neoplasia: result from two parallel epidemiological studies in women with high-grade intraepithelial cervical neoplasia and invasive cervical cancer in Europe. *IPV 2010*, Montreal, Canada, 2010 July 3-8, Poster 766. **Spitzer** M. Human papillomavirus: epidemiology, natural history, and clinical sequelae. *OBG Management* 2006; Suppl.: S5-10. **Trollfors** B. Human papillomavirus vaccines: an outsider's point of view. *Expert Rev Vaccines* 7, 2008, p. 1131-3. **Viscidi** RP, Schiffman M, Hildesheim A, Herrero R, Castle PE, Bratti MC et al. Seroreactivity to human papillomavirus (HPV) types 16, 18, or 31 and risk of subsequent HPV infection: results from a population-based study in Costa Rica. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2004;13(2):324-7. **Carter** JJ, Koutsky LA, Hughes JP, Lee SK, Kuypers J, Kiviat N et al. Comparison of human papillomavirus types 16, 18, and 6 capsid antibody responses following incident infection. *J Inf Dis*. 2000;181(6):1911-9. **Schwarz** TF. AS04-adjuvanted human papillomavirus - 16/18 vaccination: recent advances in cervical cancer prevention. *Expert Rev Vaccines*, 7, 2008, p. 1465-73. **www.svod.cz** Systém pro vizualizaci onkologických dat. Institut biostatistiky a analýz Lékařské a Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity (IBA MU). **Tachezy** R, Rob L. Skrínink pro prevenci karcinomu děložního hrdla v České republice. *Časopis lékařů českých*. 2007;146(12):938-46. **Einstein** MH, Baron M, Levin MJ, Chatterjee A, Edwards RP, Zepf F, Carletti I, Dessy FJ Trofa AF, Schuid A, Dubin G. Comparison of the immunogenicity and safety of Cervarix™ and Gardasil® human

papillomavirus (HPV) cervical cancer vaccines in healthy women aged 18-45 years. *Human Vaccines* 5:10, 1-15; October 2009. **Roteli-Martins** CM, Naud P, De Borja P, Teixeira JC, De Carvalho NS, Zahaf T, Sanchez N, Geeraerts B, Descamps D. Sustained immunogenicity and efficacy of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: up to 8.4 years of follow-up. *Hum Vaccin Immunother*. 2012 Mar; 8(3):390-7. **SPC Cervarix** (Summary of Product Characteristics, Souhrn údajů o přípravku). <http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/20204/SPC/cervarix/>. **Rob** L. Ústní sdělení. Workshop Novinky v cervikální patologii, Konference Nemocničních gynekologů a porodníků, 30.9-2.10.2011, Praha. **Romanowski** B, de Borja PC, Naud PS, Roteli-Martins CM, De Carvalho NS, Teixeira JC, Aoki F, Ramjattan B, Shier RM, Somani R, Barbier S, Blatter MM, Chambers C, Ferris D, Gall SA, Guerra FA, Harper DM, Hedrick JA, Henry DC, Korn AP, Kroll R, Moscicki AB, Rosenfeld WD, Sullivan BJ, Thoming CS, Tyring SK, Wheeler CM, Dubin G, Schuid A, Zahaf T, Greenacre M, Sgriobhadair A. Sustained efficacy and immunogenicity of the human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: analysis of a randomised placebo-controlled trial up to 6.4 years. *Lancet*. 2009 Dec 12;374(9706):1975-85. **Paavonen** J, Naud P, Salmeron J, Wheeler CM, Chow SN, Apter D, Kitchener H et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet*. 2009;374(9686):301-14.

Zkrácené SPC přípravku Cervarix je součástí inserce umístěné v tomto čísle časopisu.

Článek vznikl za podpory společnosti GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 21 Praha 4, tel.: 222 001 111, fax.: 222 001 444, www.gsk.cz

REKLAMNÍ SDĚLENÍ

Cervarix™

93 % účinnost

proti těžkým přednádorovým změnám CIN3+ bez ohledu na HPV typ (v TVC-naivní kohortě)¹

OD 1. 4. 2012 HRAZENÉ OČKOVÁNÍ*

Reference: 1. Souhrn údajů o přípravku Cervarix™

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

NÁZEV PŘÍPRAVKU – CERVARIX™ INJEKČNÍ SUSPENZE. Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 16, 18] (rekombinantní, adjuvovaná, adsorbovaná). **SLOŽENÍ:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: Papilomavir humaní typus 16 proteinu L1²³ 20 mikrogramů; Papilomavir humaní typus 18 proteinu L1²³ 20 mikrogramů; lidský papilomavirus = HPV, řadovaný na AS04 obsahující: 3-O-deacyl-4'-monofosforyl-lipid A (MPL) 50 mikrogramů, řadovaný na hydroxid hlinitý, hydratovaný (Al(OH)₃) celkem 0,5 miligramu Al³⁺. **TERAPEUTICKÉ INDIKACE:** Cervarix™ je vakcína určená k prevenci premaligních cervikálních lézí a cervikálního karcinomu, které jsou způsobeny určitými onkogenními typy lidských papilomavirů (HPV). Důležité informace podporující tuto indikaci viz body 4.4 a 5.1 Souhrnu údajů o přípravku. **Cervarix™ je vakcína určená k podání dívkám ve věku od 9 let. Dávkování a způsob podání:** Doporučené očkovací schéma je 0, 1, 6 měsíců. Pokud je zapotřebí očkovací schéma upravit, druhá dávka může být podána mezi 1. a 2,5 měsícem po první dávce a třetí dávka může být podána mezi 5. a 12. měsícem po první dávce. Potřeba podání posilovací dávky nebyla stanovena. Cervarix™ je určen k intramuskulární aplikaci do oblasti deltového svalu. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Aplikace vakcíny Cervarix™ musí být odložena u osob trpících akutním vážným onemocněním. Přítomnost lehké infekce, jako je nachlazení, není kontraindikací pro imunizaci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** O individuálním očkování ženy by se mělo rozhodnout na základě předchozího rizika expozice HPV a možného přínosu očkování pro ženu. Stejně jako u všech inječních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro případ vzácné se vyskytující anafylaktické reakce okamžitě k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Zvláště u dospívajících se může jako psychogenní reakce na inječní stříkačku s jehlou objevit po nebo i před očkováním synkopa (mdloba). Ta je během zotavení spojena s různými neurologickými příznaky, jako jsou přechodné poruchy zraku, parestézie a tonicko-klonické křeče končetin. Proto je důležité, aby byla v případě mdlob učiněna opatření k zamezení zranění. Cervarix™ nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně nebo intradermálně. Údaje o subkutánním podání Cervarixu nejsou k dispozici. Stejně jako jiné vakcíny aplikované intramuskulárně musí být i Cervarix™ podáván opatrně osobám s trombotyropenií nebo s jakoukoliv poruchou koagulace, protože po intramuskulárním podání může u takových osob dojít ke krvácení. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u všech očkováných jedinců dosaženo ochranné imunitní odpovědi. Cervarix™ bude chránit proti nemoci způsobené HPV typy 16 a 18 a v určitém rozsahu proti nemoci způsobené určitými dalšími příbuznými onkogenními HPV typy. Proto je nutné i nadále pokračovat ve vhodných opatřeních proti sexuální přenosné nemoci. Cervarix™ je určen pouze k profylaktickému podání a nemá žádný efekt na již aktivní HPV infekci nebo klinicky přítomné onemocnění. Neprokázalo se, že by Cervarix™ měl terapeutický efekt. Očkování nenahrazuje pravidelný cervikální screening. Vzhledem k tomu, že žádná vakcína není 100 % účinná a vakcína Cervarix™ neposkytuje ochranu proti všem typům HPV ani proti již existujícím infekcím HPV, zůstává pravidelný cervikální screening kriticky důležitý a má se provádět v souladu s místními doporučeními. Délka ochrany nebyla přesně stanovena. Čas podání a potřeba podání posilovací dávky (posilovacích dávek) nebyly stanoveny. O použití Cervarixu u osob se sníženou imunitní reakcí, jako jsou pacienti s HIV infekcí nebo pacienti podstupující imunosupresivní terapii, nejsou žádné údaje. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u těchto jedinců dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. Nejsou žádné údaje o bezpečnosti, imunogenitě nebo účinnosti, na jejichž základě by bylo možné podporit vzájemnou zaměnitelnost Cervarixu s jinými vakcínami proti HPV. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Jedinci, kteří dostali imunoglobulin nebo krevní deriváty během 3 měsíců před podáním první dávky vakcíny, byli ze všech klinických studií vyloučeni. **Použití s jinými vakcínami:** Cervarix™ může být současně podán s kombinovanou booster vakcínou obsahující difterii (d), tetanus (T) a pertusi [acelulární] (pa) s nebo bez inaktivované poliomyelitidy (IPV), (dTpa, dTpa-IPV vakcíny), bez klinicky relevantní interference s protilátkovou odpovědí na některou ze složek kterékoli z vakcín. Cervarix™ může být současně podán s kombinovanou vakcínou proti hepatitidě A (inaktivovaná) a hepatitidě B (rDNA) (HAB vakcína). Pokud je Cervarix™ podán současně s jinou inječní vakcínou, musí být vakcíny aplikovány do různých míst. Není důkaz, že by použití hormonální antikoncepce mělo vliv na účinnost Cervarixu. Podobně jako u jiných vakcín lze očekávat, že u pacientů podstupujících imunosupresivní léčbu nemusí být po očkování dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje nejsou dostatečné k tomu, aby bylo možné doporučit podávání Cervarixu v průběhu těhotenství. Proto je třeba očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Očkování vakcínou Cervarix™ během kojení by se mělo provádět jen tehdy, pokud možné výhody očkování převáží možná rizika. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: reakce v místě vpichu včetně bolesti, zarudnutí, otok, únava, bolest hlavy, myalgie. Časté: horečka (≥ 38 °C), gastrointestinální symptomy včetně nauzey, zvracení, průjmu a bolesti břicha, svědění/pruritus, vyrážka, kopřivka, artralgie. Méně časté: závratě, infekce horních cest dýchacích, jiné reakce v místě vpichu. **Inkompatibilita:** Protože chybí studie kompatibility, nesmí být tento přípravek mísen s jinými léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 4 roky. Po vyjmutí z chladničky by měla být vakcína Cervarix™ podána co nejdříve. Nicméně získané stabilní údaje značí, že vakcína Cervarix™ v jednodávkových baleních zůstává stabilní a může být podána i v případě, že byla vakcína uchována mimo chladničku po dobu až 3 dnů při teplotě 8 °C až 25 °C nebo až jeden den při teplotě 25 °C až 37 °C. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Při uchování ve stříkačce s vakcínou se může vytvořit jemný bílý sediment a čirý bezbarvý super natant. To však není známkou znehodnocení vakcíny. Před aplikací musí být obsah stříkačky před i po protřepání vizuálně zkontrolován, zda neobsahuje jakékoli cizí částice a/nebo jestli nemá změněný vzhled. Je-li patrná jakákoliv změna vzhledu, je třeba vakcínu vyřadit. Vakcína musí být před aplikací řádně protřepána. **Druh obalu a velikost balení:** 0,5 ml suspenze v jednodávkové lahvičce se zátkou, ve velikosti balení 1, 10 a 100. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO(A):** EU/1/07/419/001, EU/1/07/419/002, EU/1/07/419/003. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE:** 20. 9. 2007. **DATUM REVIZE TEXTU:** Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>. Tento registrovaný léčivý přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na adresu společnosti GlaxoSmithKline. Případné nežádoucí účinky nahláste na cs.safety@gsk.com. ^{*} Dle nového zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, je očkování proti lidskému papilomaviru od 1. 4. 2012 hrazené z prostředků zdravotních pojišťoven pro dívky, je-li očkování zahájeno od dovršení třináctého do dovršení čtrnáctého roku věku.



Informace OSPDL ČLS JEP

■ Zpráva ze zasedání akreditační komise – MUDr. Alena Šebková

6. 3. účast na akreditační komisi

- diskutována forma změny vzdělávacího programu – zakotvení posudkové činnosti do vzdělávacího programu PLDD a úprava zakončení pediatrického kmene v návaznosti na vzdělávací program dětského lékařství.
- potvrzena některá nová akreditovaná pracoviště
- pro letošní rok schváleno ministerstvem pouze 15 rezidenčních míst, zájemci o rezidenta se mohou hlásit do 15. 3. Tento termín je velmi krátký vzhledem k tomu, že metodika k rezidenčním místům vyšla až koncem února! Bude nutné jednání na MZ – odboru vzdělávání ohledně navýšení počtu rezidenčních míst.

■ Zpráva ze zasedání pracovní skupiny MZ pro výživu dětí – MUDr. Natália Szitányi

Dne 8. 2. 2013 se MUDr. Szitányi zúčastnila jako zástupce OSPDL jednání Pracovní skupiny Ministerstva zdravotnictví ČR pro výživu dětí.

Obsahem jednání bylo vypracovat doporučení o zavádění nemléčných příkrmů do výživy kojenců, které bude podpořeno odbornými společnostmi i Ministerstvem zdravotnictví ČR. Především se jedná o podporu plného kojení do půl roku věku pro všechny děti. Plné znění bude uveřejněno ve Voxu.

■ Zpráva z jednání na MZ ČR – MUDr. Milan Rytíř

Jednání na MZ o návrzích k novele vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kursů, ve znění vyhlášky č. 361/2010 Sb. Přítomni byli zástupci MZ – JUDr. Janda, ředitel odboru vědy a vzdělávání, Mgr. Podhrázký, který vedl jednání, a Mgr. Poláková. Dále prof. Blahoš, DrSc., za ČLS JEP jako zastřešující organizaci všech odborných společností a zástupci především těch odborných společností, které mají zájem na změně stávající vyhlášky. Jednání vedl Mgr. Podhrázký.

Překvapilo mne, že první věta, kterou vyslovil, byla: „Obor PLDD neplní standardy Evropské unie“. Dále bylo konstatováno, že se budou projednávat pouze do termínu jednání zaslané písemné připomínky. Na žádné nové ústní připomínky z pléna nebude brán zřetel.

Ministerstvo zastává názor, že termín „Minimální délka specializačního vzdělávání“ by měl být nahrazen konkrétní dobou vzdělávacího programu. Jen pro zajímavost a pro informaci uvádím některé řešené problémy:

Klinická onkologie se chce jmenovat Interní onkologie. Endokrinologie a diabetologie se chce jmenovat Diabetologie a endokrinologie (jak tomu bylo dosud).

Mohlo by se to zdát jako malicherný spor, ale odborníci poukazují na problémy s financováním, resp. s uzavíráním smluv se zdravot. pojišťovnami, kdy název odbornosti hraje údajně významnou roli při nasmlouvání kódů výkonů. Má to dopady i pro vykazování ÚZIS. V okolních státech jsou názvy rovněž různé, na Slovensku jsou to dvě různé odbornosti.

Pracovní lékařství se chce stát základním oborem, jak je tomu v evropských zemích kromě Estonska. Ministerstvo argumentuje: Kdo chce pracovat v tomto oboru, měl by mít už vzdělání v některém základním oboru.

Dětská gynekologie chce být opět nástavbovým oborem, jak tomu bylo do roku 2009. Dle ministerstva není gyn.-por. obec jednotná. Někteří upozorňují, že zdravotních problémů spadajících do oblasti dětské gynekologie není tolik, aby to certifikovaného dětského gynekologa uživilo v menší spádové oblasti – např. v rámci okresu, a proto by tato odbornost byla zřejmě jen v krajských městech, takže by to dostupnost ještě zhoršilo. Závažnější případy se řeší přímo ve specializovaných centrech dětské gynekologie. I v současné době se lékař může věnovat dětské gynekologii a při své gyn.-por. odbornosti ji provozovat (nezbytným věcným vybavením je dětský vaginoskop). Byla-li by opět nástavbovým oborem (jak tomu bylo do roku 2009), platila by povinnost cca 1 rok pracovat na akreditovaném pracovišti, což lékaře spíše odradí. Tolik názor přítomného zástupce gyn.-por. společnosti doc. Unzeitiga, který dodal, že zájem gynekologů o tuto oblast je navíc minimální. Hospitalizovaných dětí s gyne-

kolog. problémy jsou jen desítky a přestože děti s úrazy jsou hospitalizovány tisíce, nástavbový obor Dětská úrazová chirurgie ministerstvo nepodporuje, protože letos měli zájem o tento obor pouze 4 školenci. Zdá se mi, že obor Dětská gynekologie je důležitý pro lékaře na klinikách, ale pro širokou praxi v terénu by byl dle všeho kontraproduktivní. Jen pro zajímavost: Nově atestujících dětských chirurgů není také mnoho.

Ministerstvo pro malé obory uvažuje o zřízení tzv. funkčních kursů s délkou vzdělávání 3 až 12 měsíců.

SPLDD spolu s OSPDL požadují zařazení oboru PLDD do vzdělávání v nástavbových oborech týkajících se dětského věku.

Dle zástupce ministerstva neřeší vyhláška č. 185/2009 Sb., který základní obor bude vstupní pro nástavbové obory. Týká se to vzdělávacího programu a požadavky je třeba podat Akreditační komisi (moje poznámka: Akreditační komise se má stát poradním orgánem ministra).

ČLK navrhuje zrušit nástavbový obor Dětská diabetologie a endokrinologie. Návrhu nebylo vyhověno.

Dle právníků ministerstva nelze měnit přílohu č. 3 k vyhlášce č. 185/2009 Sb. (o převedení specializací na základní a nástavbové obory a vzdělávací kmeny).

Dle ředitele odboru vědy a vzdělávání JUDr. Jandy by měl být hrubý návrh novely zákona č. 95/2004 Sb. (zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání lékařů...) připraven k připomínkování v dubnu až květnu t.r.

Zástupce ministerstva opakovaně zdůraznil, že konečné rozhodnutí o definitivní podobě vyhlášky je v rukou ministra a že některé záležitosti jsou více politickým než odborným rozhodnutím, např. počet základních oborů či vzdělávacích kmenů.

Měl jsem při té příležitosti možnost hovořit s prof. Cvachovcem, předsedou Společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny o nerespektování (zejména ze strany klinik) doporučeného postupu u předoperačních vyšetření vydaného dětskou sekcí této společnosti už 6. 11. 2006. Vnímá to jako problém, o kterém se stále jedná, ale lobby operačních oborů je dle něho tak silné, že se to nedaří stále prosadit.



Kožní hyperplazie virového původu

prim. MUDr. Štěpánka Čapková

Dermatologické oddělení pro děti, FN v Motole, Praha

■ Úvod

Mnoho virových chorob, manifestujících se různými typy kožních hyperplazií, se dá rychle diagnostikovat na základě anamnézy a zhodnocení klinického obrazu. Jejich léčba je však zdlouhavá, někdy bolestivá a často i málo úspěšná. Původci těchto virových infekčních dermatóz jsou papilomaviry a poxviry, které se vyskytují v bazénech, saunách, tělocvičnách, šatnách, na kontaminovaných předmětech a jsou mimořádně odolné k fyzikálním a chemickým vlivům. Vzdorují zejména vyschnutí; v zaschlých krustách vydrží aktivní po řadu měsíců. Mají schopnost latentně perzistovat v buňce. To vše, spolu s oblibou sportovních aktivit a pobytu v bazénech s kojenci a dětmi všech věkových kategorií, vede k četnosti pacientů s různými typy bradavic a molusek v ordinaci dětských lékařů i dětských dermatologů.

■ Klinický obraz a léčba

Virové bradavice všech typů jsou benigní infekční epiteliomy, vznikající reverzibilní hyperplazií epidermis s degenerativními změnami epidermálních buněk, doprovázené papilomatózou. Jsou vyvolány lidskými papilomaviry (HPV) patřícími do čeledi Papovaviridae. Je známo nejméně 130 genotypů HPV.

Verrucae vulgares vyvolávají především genotypy 2, 4, 1, 7, 26, 29, verrucae plantares genotypy 1, 2, 4, verrucae planae genotypy 3, 10, 27, 28, 41 a condylomata acuminata jsou způsobeny genotypy 6, 11, 44, 1, 2, 10.

■ Verrucae vulgares

Epidemiologie: Inkubační doba bradavic je několik týdnů až 1 rok.

Přenos je možný přímým kontaktem zdravé a nemocné kůže (hry s držení za ruce), autoinokulací (z bradavic na rukou např. na obličej), z kontaminovaných povrchů na kůži (okolí bazénů, sprchy, šatny, podlahy tělocvičen), kontaminovanými předměty (hračky, míče, cvičební nářadí). Podkladem infekce je především **porušená bariérová funkce kůže**, např. macerace ve vlhku, abraze na

kachlíkové podlaze, drobná traumata na rukou a nohou, atopický ekzém. Náchylní k bradavicím jsou i pacienti s **primárním a sekundárním defektem buněčné imunity**. Nejčastější mechanismus přenosu infekce je ten, že se virem infikované keratinocyty olupují na drsných a vlhkých plochách sportovních zařízení, kde přijdou do kontaktu s vlhkou pokožkou zdravého dítěte. Bradavice postihují až 10 % dětí a mají velmi rozmanité *klinické formy*:

- „běžné“ bradavice rukou (na prstech, okolo nehtů, na dlaních – obr. 1)
- verrucae filiformes (na rtech, sliznicích, víčkách, ve vousech)
- verrucae digitatae (ve křtici, na nose)
- verrucae plantares (na chodidle)
- mozaikové bradavice (mnohočetné splývající bradavice na chodidlech, patách)

Léčba všech typů bradavic je velmi obtížná a často neúspěšná, překážkou je i bolestivost některých metod. Mnohočetné dlouhotrvající bradavice jsou postrachem dermatologických ambulancí, frustrují dětského pacienta, jeho rodiče i lékaře. Jistější cestou k dosažení úspěchu je kombinace jednotlivých léčebných metod. Výsledek léčby závisí hlavně na trpělivosti a časových možnostech lékaře i pacienta. Určitou nadějí je, že bradavice někdy zmizí zcela spontánně. Nejprve je vhodné informovat rodiče o možnostech léčby. Máme k dispozici tyto metody:

Aktivní neintervence:

- Spontánní regrese se odhaduje u 50 % dětí do roka i bez léčby.

Kryalizace:

- Tekutý dusík: máteplotu –196 °C a hloubka ošetření (promrazení) je 1,5–2 mm s použitím vatové štětičky. Aplikujeme ho cca 10 sekund do úplného zbělení postižené tkáně a kryalizaci opakujeme po vrstvách po 14 dnech až 3 týdnech.
- Nevýhodou je bolest při výkonu, ale hlavně při „roztátí tkáně“, nutnost několika léčebných sezení.
- Předností je hojení bez jizvy, práce bez lokální anestezie, nekrvavá metoda, nízká cena.
- Podmínkou úspěchu je přátelská a pravdivá verbální komunikace s aktivním zapojením a „zabavením“ dítěte při léčbě.

Keratolytika a kaustika:

- Kyselina salicylová v 50% koncentraci ve vazelině nebo v 10–40% koncentraci v kolodiu
- Náplasti na kuří oka (40 % kyseliny salicylové)
- Duofilm derm. sol. (16,7 % kyseliny salicylové)
- Verrumal derm. sol. (10 % kyseliny salicylové, 0,5 % fluorouracilu)
- Acetocaustin (50 % kyseliny monochloroctové)
- Phyteneo Kolodium forte (16,5 % kyseliny salicylové, 16,5 % kyseliny mléčné, 2,2 % extraktu vlašovičníku většího)
- 60% kyselina dusičná nebo mravenčí
- Příklady „magistraliter“ receptů pro každodenní léčbu doma:

Rp.

Acidi salicylici
Acidi lactici aa 2,0
Collodii elastici ad 10,0
MDS: na bradavice

Rp.

Acidi salicylici
Acidi lactici aa 1,0
Podophyllini
Aetheris aa 2,0
Collodii elastici ad 7,0
MDS: na bradavice

Fyzikální a chirurgická léčba:

- Dříve hojně prováděná diatermokoagulační a elektrokoagulační se opouští pro velkou bolestivost.
- Fotodynamická terapie (aplikace kyseliny 5-aminolevulové + osvit červeným světlem) je relativně nová metoda dosažitelná jen na některých kožních klinikách.
- CO₂ laser se osvědčuje u mnohočetných nebo mimořádně úporných bradavic, když selžou ostatní metody; je však dosažitelný jen ve velkých laserových centrech a na některých dermatologických odděleních a klinikách.
- Chirurgická exkochleace ostrou lžičkou, šitá excize nebo excize kruhovým průbojníkem jsou vhodné jen po selhání jiných metod pro nebezpečí hlubokých a tuhých jizev, které např. na chodidlech mohou nepříznivě ovlivnit růst celé nohy.



Obr. 1 Verrucae vulgares na prstech ruky



Obr. 2 Condyloma acuminatum v okolí konečníku

Celková léčba:

- Vitamin A: 30 000–180 000 IU/den po dobu 3 měsíců
- Zinek: 10 mg/kg 1× denně po dobu 3 měsíců
- Imunomodulační prostředky: jen u závažných poruch imunity, řídí imunolog (Isoprinosine por. tbl., interferon beta a interferon gama)

Laická a alternativní léčba:

- Přírodní látky: šťáva z vlašovičnicku, česnek naložený v octě, bílý pepř, kantaridin ze španělských mušek v kolodiu
- Okluze („dušení“ bradavic): oblépit náplastí nebo „skotskou“ lepicí páskou vždy na 6 dnů v týdnu; lak na nehty na 3 dny, potom odlakovačem odlakovat a opakovat několikrát stejný postup
- Homeopatika
- Hypnóza a sugesce
- „Lelkování bradavic“ je dermatologický neoficiální termín pro čarování, zařikávání, nadávání a vyhrožování bradavicím. Pro menší děti je vhodná i domácí simulace tajemného zařízení, kterým „ozařujeme“ bradavice.

■ Verrucae planae juveniles

Epidemiologie: těmito bradavičkami jsou postiženy většinou děti a mladé osoby s přenosem infekce kontaktem s kůží nemocného nebo předměty kontaminovanými HPV.

Klinický obraz: Jde o okrouhlé nebo oválné ploché drobné papuly velikosti 1–4 mm, které jsou žlutošedá až narůžovělé barvy a mají hladký povrch. Typický je exantematický výsev většinou na obličeji nebo na

dorzech rukou. Bradavičky se vzhledem ke svědění škrábáním snadno roznášejí a tak vytvářejí lineární konfigurace (nepravý Koebnerův fenomén).

Léčba:

- Samovolná regrese je naštěstí častá během několika měsíců, většinou není nutná léčba.
- Retinoidy (tretinoin): Locacid drm. crm. na noc je vhodný, pokud veruky nemizejí během 3 měsíců samovolně.
- Opatrná a opakovaná krytalizace mateřských veruk tekutým dusíkem je další možností léčby v úporných případech.
- Abrazie mateřských veruk ostrou malou lžičkou po zmrazení Kelénem nebo znečistlivění EMLA krémem je rychlou, ale nepříjemnou léčbou.
- 6% salicylový líh přesně na bradavičky – tzv. slupovací metoda – je často dostačující volbou léčby, když jsou rodiče netrpěliví a přejí si problém řešit.

Rp.
Ac. salicylici 6,0
Resorcini 3,0
Spiritus vini ad 100,0
S. na bradavičky

■ Condyloma acuminatum (Anogenitální veruky)

Epidemiologie: Incidence akuminátních kondylomat stoupá. Přenos může být z vlastních bradavic na rukou, když se dítě prsty dotýká anogenitální oblasti, nebo při ošetřování (např. výměna plen) členem rodiny, který bradavice má. Kondylomata může získat i novorozenec při porodu od matky nebo

dítě při společné koupeli s rodiči nebo jinými blízkými osobami, nebo nejčastěji z kontaminovaných předmětů (ručník, mýdlo, žínka, nástroje). **Při nálezů anogenitálních veruk v dětském věku je však nutno především myslet na sexuální přenos a sexuální zneužívání dítěte.** Proto při sebemenším podezření ověřujeme rodinnou situaci dítěte u příslušného dětského lékaře a kontaktujeme sociální pracovníci.

Klinický obraz: U děvčat bývá anogenitálními verukami postižena především vulva, u chlapců nejčastěji konečník (obr. 2) a předkožkový vak. Tyto bradavičnaté projevy vyžadují ke svému vzniku určité prostředí, především vlhkost a maceraci. Počínající kondylomy jsou bělavé nebo červenavé papulky, které se postupně rozrůstají a přeměňují v květákovité útvary s bradavičnatým povrchem, často bělavě macerovaným.

Léčba:

Neexistuje univerzální léčba a žádný z postupů nezaručuje trvalou eradikaci kondylomat nebo eliminaci viru. V dětském věku je nutná spolupráce s gynekologem, urologem, proktologem nebo chirurgem.

Chirurgická léčba:

- Excize nebo exkochleace přístupných lézí většinou v celkové anestezii.

Fyzikální léčba:

- Kryoterapie, elektrokoagulace, terapie laserem, fotodynamická léčba.

Lokální léčba:

- Podofylin je rozmělněná surová pryskyřice získaná extrakcí ze sušených kořenů rostlin *Podophyllum pelatum* nebo *P. emodi*. Severoameričtí indiáni podofylin po staletí používali jako nebezpečné projímadlo,



Obr. 3 Molluscum contagiosum na hýždí



Obr. 4 Nekrotická kůže po nevhodné léčbě molusek podofylinem u pětiletého čínského děvčátka

emetikum a antidotum proti hadímu uštknutí. Má cytostatický účinek; zastavuje buněčné dělení v premitotické fázi. Aplikuje se 10–20% roztok podofylinu v etylalkoholu jen přesně na bradavičnaté výrůstky. Léčbu provádí zásadně lékař, aplikace přísně lezionálně 1× týdně. U dětí nanášíme roztok maximálně na 3 léze při jednom ošetření. Po 3 hodinách nutno omýt ošetřené místo vodou a mýdlem, aby nedošlo k většímu podráždění. Správně by se podofylin u dětí neměl používat, ale protože nemáme v tomto věku jinou alternativu, u vědomí jeho toxicity jím s největší opatrností malé plochy postupně ošetřujeme.

- Podofylotoxin je biologicky aktivní, nejúčinnější složka podofylinu; 0,15% v krému se předepisuje dospělým jako Wartec cream drm. crm. Aplikuje si pacient sám doma, 2× denně po dobu 3 dnů, následně 4 dny pauza, kúra se opakuje 4×.
- Kyselina trichloroctová patří mezi kauztika – leptavé látky. Koagulací bílkovin vyvolává nekrózu buněk. Ošetření provádí lékař, používá se 80–90% roztok, který je nutno aplikovat pečlivě pouze na projevy např. vatovou štětičkou, jinak hrozí riziko poškození okolní tkáně a jizvení. Léčba se většinou 4–6× opakuje po týdně. Takto je úspěšnost až 80%, ale riziko rekurencí je kolem 35%. Výhodou je možnost použití na sliznicích, nevýhodou je bolestivost po aplikaci. V případě nepřesné nebo neúměrné aplikace lze kyselinu trichloroctovou neutralizovat bikarbonátem sodným. Tuto metodu lze použít v těhotenství, není

teratogenní a mutagenní, ale u dětí s ní nejsou větší zkušenosti.

- Imiquimod ovlivňuje lokální imunitní odpověď; je to látka blízká nukleosidům – účastní se stimulace buněčné imunity včetně místní produkce cytokinů: interferon alfa, gama, IL-12, TNF alfa. Postupně dochází k regresi kondylomat s redukcí DNA HPV. Předepisuje se jako Aldara krém, je to 5% imiquimod v krému k domácí aplikaci. Regrese se obvykle dostavuje za 7–8 týdnů léčby. Není určen k léčbě kondylomat u dětí.

■ Molluscum contagiosum

Epidemiologie: Onemocnění je vyvoláno epidermotropním lidským virem Molluscum contagiosum, který patří do čeledi Poxviridae. Jde o výhradně lidský patogen, největší virus v lidské říši (230 × 300 nm). K šíření infekce dochází úzkým kontaktem mezi malými dětmi přes drobné epitelové defekty v kolektivech (školka) nebo v rodině (společná koupel sourozenců), nejčastěji si však dítě infekci přináší z plaveckých bazénů. Inkubační doba je 2 týdny až 6 měsíců. Nejčastěji onemocní předškolní děti, druhý vrchol výskytu je mezi 8.–12. rokem.

Klinický obraz: Kdekoli na kůži, nejčastěji však v místech s tenkou pokožkou (obličej, krk, genitál), nacházíme jednotlivé nebo mnohočetné polokulovité papuly velikosti špendlíkové hlavičky až zrnka hrachu. Jsou relativně tuhé a mají bělavou nebo narůžovělou barvu a zvláštní voskový lesk při bočním osvětlení (obr. 3). U větších molusek je typická centrální vkleslinka, vyplněná

tkáňovým detritem. Při expresi lze vytlačit bělavou hmotu, jsou to epidermální buňky naplněné viriony (tzv. molusková tělíska). Dispozici k tomuto onemocnění mají především děti s atopickým ekzémem nebo ty, které mají defekt buněčné imunity. Dále jsou to pacienti užívající imunosupresiva, především po orgánových transplantacích, a HIV pozitivní jedinci.

Léčba:

Aktivní neintervence (aktivní „neléčení“):

- Spontánní regrese se odhaduje téměř u všech dětí do roka až dvou i bez léčby. Problémem však jsou takto infikované děti v kolektivu a v rodině mezi sourozenci. Navíc dochází při dlouhém trvání infekce k autoinokulaci – rozšíření na další lokality škrábáním.

Chirurgická léčba:

- Exkochleace ostrou lžičkou (na některých pracovištích se používá vyštípnutí pinzetou) v lokální anestezii EMLA krémem (Lidokain + Prilokain), který se aplikuje před výkonem na 60 minut v okluzi – pod fólií. Pokud je molusek jen několik, lze použít ke znecitlivění chloraethyl spray (syntetický led Kelen). Pokud jsou molusek desítky a s dítětem není možná spolupráce, odesíláme děti na přijetí na chirurgická oddělení, kde se výkon provede v celkové anestezii.

Fyzikální léčba:

- Kryoterapie, zmrazení tekutým dusíkem, je vhodná jen tehdy, pokud je molusek málo. Nevýhodou je, že často zanechává jizvy.

Lokální léčba:



• 5% hydroxid draselný (InfectoDell, Molutrex) se nanáší přesně na jednotlivá moluska přiloženým aplikátorem ráno a večer do té doby, až se objeví jejich „zanícení“, které ukazuje na hojení, což trvá 2–6 týdnů. Tato léčba není vhodná u dětí do 2 let, v oblasti obličeje a genitálu a při mnohočetném postižení. Přesné pokyny k léčbě, které je třeba opravdu dodržet, najdou rodiče na www.moluska.cz. Protože hydroxidem draselným vyvoláváme podráždění, udávají některé děti pálení, štipání při ošetření a bolestivost po aplikaci. Jde však o látku netoxickou, mohou se takto léčit i děti s atopickým ekzémem, těhotné a kojící ženy. Největší úspěch má tento léčebný prostředek u dětí, kde rodiče zachytí a odléčí infekci včas, ve stadiu několika papul, a nedojde tak k dalšímu šíření na kůži. Topický

hydroxid draselný tak ušetří postiženým dětem agresivnější formy terapie.

- Podofylotoxin, podofylin a fenol, které se občas na některých pediatrických pracovištích používají, však pro léčbu vhodné nejsou pro svoji toxicitu a časté podráždění okolní kůže (obr. 4).
- Jodové preparáty používáme u mnohočetných a drobných molusek v naději na navození resorpce. Jodisol roztok (Povidonum iodatum 3% roztok) se aplikuje 2× denně pomocí vatové štětičky na všechna moluska. Jde o bezrizikovou, nebolestivou, ale dlouhodobou léčbu. Stejným způsobem lze použít jodovou tinkturu, která je též volně prodejná v lékárně.

Imunomodulační prostředky:

- Aplikují se vnitřně jen u prokázaných poruch imunity (většinou buněčné) nebo u dlouhodobě nezládnutelných

mnohočetných a opakujících se výsevů molusek. Předepisuje a léčbu řídí imunolog. Doporučuje se dlouhodobě podávat Isoprinosine por. tbl., který má antivirový efekt.

■ Závěr

Koží onemocnění tvoří 20 % z chorob, pro které dítě přichází k praktickému lékaři pro děti a dorost, a virové kožní infekce patří k těm nejčastějším. Stanovení správné diagnózy a volba účinné a včasné léčby u virových onemocnění kůže zabrání dalšímu šíření infekce a komplikacím. V případě diagnostických pochybností nebo neadekvátní odpovědi na léčbu je konzultace dalšího postupu u dětského dermatologa plně na místě.

Laser a bradavice u dětí

MUDr. Drahomíra Kotlářová

Východočeské laserové centrum, Pardubice



Bradavice u dětí bývají často velmi úporný, dlouhodobý problém. Po opakovaných návštěvách u dermatologa na „dusík“ mnohdy nezbyvá než provést chirurgickou excizi.

■ Ale proč nezkusit ještě laser?

Po 13 letech praxe v oboru estetické medicíny vím, že dokážeme odstranit virové bradavice pomocí cévního laseru. Zákrok provádíme opakovaně v třítydenních intervalech, kdy laserový paprsek vyhledává cévní zásobení bradavice a tepelně tyto cévy sklerotizuje. Změněná okolní tkáň po-

stupně demarkuje bradavice a vede k jejich odloučení vyloupnutím...

Zákrok probíhá pod kůží, tím nehrozí riziko sekundární infekce. Pouze ztmavnutí okolí signalizuje, že cévy se mění. Ošetření je velice krátké (paprsek působí 1,5 m/s, energie je do 15 J/cm²).

Bolestivost je často přirovnávána ke štipnutí gumičkou a je krátkodobá. Není třeba žádné zvláštní domácí péče. Snad těsně před další návštěvou můžeme pomoci odstraněním horních vrstev pemzou. Bohužel celý zákrok není hrazen pojišťovnami.

Cena se pohybuje dle rozsahu množství bradavic do 2000 Kč.

Vzhledem k tomu, že si děti často přenesou bradavice i např. do nosu nebo kolem genitálií, je výborné, že i v těchto lokalitách je možné bezpečné ošetření cévním laserem.

Dobrá informovanost pediatriů o této terapeutické možnosti jistě pomůže mnoha dětem i dospělým k vyléčení této nepříjemné záležitosti.



Dermatitis atopica – kazuistika

MUDr. Pavel Konrád

Kožní ambulance Dobřichovice

Kazuistika popisuje historii léčby malého pacienta s těžkými, superinfikovanými projevy atopické dermatitidy. Kazuistika vysvětluje principy moderní terapie atopického ekzému na základě nejnovějších poznatků etiopatogeneze tohoto častého onemocnění.

■ Popis případu

Pacientem byl osmiměsíční chlapec, od narození dobře prospívající, bez jiných předchozích onemocnění. V rodinné anamnéze bylo zjištěno, že otec i matka dítěte jsou atopici, sourozenec zatím zdravý. V epidemiologické anamnéze byl důležitý údaj o tom, že rodina žije v domě s několika domácími zvířaty – dva psi, kočka a morče. V sociální anamnéze byl důležitý údaj o neuspokojivých podmínkách bydlení, rodina žije ve starém, vlhkém domě s častým výskytem plísní. Chlapec byl odeslán obvodní dětskou lékařkou pro akutní projevy mokvavých lézí v obličeji a na končetinách.

Před návštěvou naší dermatologické ordinace byly nejdříve doporučeny ke zvládnutí stavu pouze kosmetické výrobky. První týden aplikován Sudocrem, po němž však došlo k podstatnému zhoršení stavu ložisek. Z tohoto důvodu byl vysazen a doporučen další kosmetický přípravek Vittela, ta byla aplikována po dobu dalšího týdne, nicméně stále docházelo k progresi onemocnění a zhoršování klinického obrazu. Kvůli zhoršování stavu bylo dítě odesláno s doporučením k dermatologovi.

V době první návštěvy v naší ambulanci byl lokální nález hodnocen jako středně těžký. Klinický nález byl charakterizován rozsáhlými erytematózními mokvavými šupíciemi se ložisky nepravidelného tvaru v obličeji,

postihujícími obě tváře a čelo. Další erytematózní, místy taktéž mokvavá, mapovitá, šupící se ložiska s nepravidelnými okraji, mírně prominující nad nivó okolní pokožky, byla nepravidelně lokalizována na horních i dolních končetinách (viz obr. 1, obr. 2). Subjektivně byla ložiska velmi svědivá až bolestivá, dítě se škrábalo, na kůži patrné eroze ze škrábání. Chlapec byl neklidný, plačtivý, dle matky dítěte posledních 14 dnů trpí nechutí k jídlu. Febrilie ani jiné celkové příznaky nebyly za celou dobu trvání choroby přítomny. Rodiče měli vážné obavy z onemocnění, hlavně kvůli jeho akutnímu klinickému obrazu.

Klinický nález odpovídal obrazu atopické dermatitidy novorozeneckého věku, přítomnost výrazného erytému s mokváním predikovala superinfekci ložisek, a to nejenom předpokládanou bakteriální infekcí. K verifikaci byl proveden stěr z ložisek, který prokázal masivní superinfekci patogeny – *Staphylococcus aureus* a *Candida albicans*. Přítomnost zlatého stafylokoků jen potvrdila nedávná zjištění, že na atopických ložiscích kůže je přítomen ve více než 95 %, přítomnost kvasinky, která není běžně přítomna, byla však v tomto případě očekávána a vysvětlila akuitu a rezistentnost atopických eflorescencí. Oba tyto patogeny produkují působky, z kterých se po průniku do organismu stávají tzv. superantigeny, jež zhoršují či samy spouštějí zánět v atopické kůži.

K terapii muselo být použito léčivo s rozšířeným spektrem působení, a to jak s antibakteriálním, tak i s antimykotickým účinkem. Byl indikován kombinovaný přípravek Imacort krém, který obsahuje antibakteriální složku hexamidin, antimykotickou složku clotrimazol a kortikoid I. skupiny s mírným účinkem prednisolon.

Tento přípravek lze lege artis, vzhledem k obsahu kortikoidu z nejslabší skupiny, jako jeden z mála použít i u nejmenších dětí v obličeji. Byl aplikován 3× denně v tenké vrstvě v kombinaci s emolienciem. Emoliencia mají v terapeutickém schématu atopické dermatitidy zásadní úlohu a jsou dermatologickými autoritami považována za lék volby u atopické dermatitidy. V akutních fázích ekzémů je nutné zvolit neokluzivní, hydrofilní, nedráždivá emoliencia nejlépe s antipruriginózními a protizánětlivými složkami. V našem případě jsme indikovali emolienci mléko AD lotio Acut, které obsahuje avenanthramid a dexpanthenol. Jeho zásadní výhodou je, že je lze použít i při akutních stavech ekzémů, protože neobsahuje substance, které by u akutních lézí mohly způsobovat podráždění a pálení. Obě substance, tedy avenanthramid i dexpanthenol, mají protizánětlivé a zklidňující účinky. Emolium bylo aplikováno současně s kombinovaným krémem s frekvencí taktéž 3× denně vždy s 20minutovým odstupem od aplikace Imacort krému. Po týdnu byla ložiska zho-

Obr. 1



Obr. 2





jena, kombinovaný krém byl vysazen a pacient byl doléčen samotným emolienziem. V současnosti dochází chlapec na kontroly v měsíčních intervalech a atopický ekzém se důsledným používáním emolienční terapie udržuje v remisi. Frekvence promazávání, byť v klidové fázi atopického ekzému, musí být minimálně 2× denně, pakliže rodina nezvládne vyšší frekvenci. Pro udržovací, chronickou fázi atopického ekzému jsou ale vhodnější emolienzia okluzivní, lipofilní, s obsahem hydratačních faktorů, nejčastěji ureou a glycerinem. Koncentrace urey v těchto moderních emolienziích odpovídá 4 %, což bylo stanoveno množstvím evidence based studií provedených na toto téma. Právě čtyřprocentní koncentrace byla stanovena jako nejvhodnější, protože na jedné straně zajišťuje dostatečnou substituci chybějící urey do kůže atopika (pacient s atopickou dermatitidou má výrazně snížený přirozený obsah urey v kůži) a na druhé straně minimalizuje možnost dráždění pokožky. Pro udržovací terapii jsme tedy zvolili emolienční mléko se čtyřprocentní ureou. Pacientovi byl též předepsán medicínální olej do koupele s obsahem mandlového oleje s doporučenou frekvencí 3× týdně při večerní koupeli.

Současně s tím byla rodina poučena o nutnosti používání speciálních antiseptických mýdel, která také nezbytně patří do schématu terapie atopické dermatitidy a v moderní dermatologii jsou hojně používána. Mýdla obsahují nejčastěji antiseptikum triclosan v jednorprocentní koncentraci, jsou tekutá a nealkalická. Svým působením brání přemnožování patogenů na atopických ložiscích, tím zabraňují vzniku superantigenů a předcházejí dalším vzplanutím onemocnění nebo omezují jejich počet.

S kolegyní dětskou lékařkou jsem se telefonicky spojil, informoval ji o terapii, seznámil ji s výsledky laboratorních vyšetření a upozornil ji, že vzhledem k sociální a epidemiologické anamnéze rodiny musíme být připraveni na exacerbaci onemocnění.

■ Diskuse

Již před desítkami let se v kožním lékařství v léčbě atopického ekzému úspěšně používala kombinace tehdy dostupných antiseptik, dehtu a otrubových koupelí. Můj strýc, dermatolog, slavil úspěch u léčby atopického ekzému s kombinací rivanolu a dehtu v zinkové pastě. Jeho „Konrádovu pastu“ si v místě jeho dřívějšího působení

někteří dodnes pamatují. Bylo to v době, kdy kortikoidy byly nedostupné a neexistovala ještě moderní bezpečná antiseptika typu octenidinu či triclosanu. Stav pacientů s ekzémem se tehdy zlepšoval, ale podstata účinku této kombinace nebyla dlouho známa. S postupem času a odkrýváním patogenese atopické dermatitidy do větších podrobností se vše vysvětluje.

Nedávno potvrzeným faktem je, že u atopického ekzému jsou zánětlivá ložiska ve 100 % kolonizována zlatým stafylokokem a dokonce i kůže bez ložisek je u atopika v 80 % až 100 % tímto patogenem infikována. Z tohoto důvodu je jejich eradikace zásadní pro zdárný průběh léčby. V současnosti se k tomuto účelu používají buď antibiotika, nebo antiseptika v kombinovaných preparátech spolu s kortikoidními substancemi. K ponížení kolonií patogenů též výrazně slouží používání antiseptických mýdel v běžné hygieně atopiků.

Dehet se využívá v kožním lékařství také již několik století. Jeho známý antiinflatorní účinek je dnes nahrazen v přípravcích kortikoidními substancemi. Zcela nedávno, v lednu 2013, se objevila další překvapující skutečnost. V prestižním časopisu *The Journal of Clinical Investigation* byla uveřejněna práce týmu nizozemských lékařů, kteří jako první prokázali, že dehet aktivuje tzv. aryl uhlovodíkový receptor (AHR), který indukuje expresi bílkoviny filagrin. Právě mutace genu pro filagrin je v současnosti považována také za jednu z příčin atopické dermatitidy.

Před několika lety byly poprvé použity izolované avenathramidy k lokální terapii ekzémů. Tyto látky se nacházejí v ovsu a koupele z ovesných otrub jsou s úspěchem používány již od středověku v lidové medicíně. V posledních letech byl vědecky potvrzen jejich protizánětlivý a hlavně antipruriginózní účinek. Právě jeho protisvědčivý účinek umožňuje přerušit *circulus vitiosus* atopického ekzému, tedy svědění-škrábání-ekzém, a stabilizuje kožní nález.

Postupně se vědecky vysvětluje to, co kožní lékaři i běžní lidé terapeuticky využívají již mnoho let, a jistě nás v budoucnu čekají další překvapivé souvislosti. Je zřejmé, že léty potvrzená účinnost některých látek má svůj důvod a v posledních letech věda jen odkrývá patofyziologickou podstatu jejich účinků a hledá jejich moderní ekvivalenty.

■ Česku akutně chybějí vakcíny proti tetanu, podle ministerstva jsou na cestě

V Česku akutně chybí vakcína proti tetanu. Lékaři podle zjištění ČTK šetří zbytky zásob pro pacienty po úrazu nebo s nehojícími se ranami, lidi na pravidelné očkování odmítají. Přerušení dodávek všech očkovacích látek proti tetanu potvrdil lékový ústav, který už požádal ministerstvo zdravotnictví o řešení. Náměstek Petr Nosek řekl, že ve čtvrtek večer ministerstvo rozhodlo o dovozu dalších vakcín, měly by být dostupné příští týden. Podle mluvčí lékového ústavu Veroniky Babicové Petlákové dosud byly v ČR registrovány dvě očkovací látky proti tetanu a jedna ve specifickém léčebném programu. „Dodávky Alteany byly přerušeny k 1. 9. 2009, dodávky Tetavaxu k 1. 2. 2013 a dodávky Tetanolu PUR k 10. 2. 2013,“ upřesnila. „Ministerstvo přijalo mimořádné opatření k ochraně veřejného zdraví, které umožní, že do oběhu bude uveden neregistrovaný léčivý přípravek Tetanol PUR s označením obalu ve španělštině. Jde o zhruba 14 000 dávek v balení po jedné ampuli v indikaci při poraněních a nehojících se ranách a 40 000 dávek v balení po deseti ampulích pro potřeby pravidelného očkování,“ uvedl Nosek. **Na tetanus od roku 2002 nikdo v ČR nezemřel.**

Tetanus je velmi nebezpečné infekční onemocnění, způsobuje ho bakterie *Clostridium tetani*, která je v trávicím traktu koní, skotu a někdy i lidí. Do okolního prostředí se dostává výkaly, zapouzdřená přechází a několik desítek let. Do těla se dostane poraněnou kůží, aktivuje se a začne vylučovat jedovaté látky napadající nervový systém. Velké procento nakažených umírá na zástavu dechu nebo selhání srdce. V Česku je v současnosti toto onemocnění i díky plošnému očkování velmi vzácné. Udávají se tři až deset případů nákazy ročně, většinou u lidí se sníženou imunitou. Statistika nevidují od roku 2002 žádné úmrtí, starší statistiky nezveřejnili. Očkování proti tetanu je povinné, hradí je zdravotní pojišťovny. První dávku dostane dítě mezi 13. až 15. týdnem života v rámci takzvané hexavakcíny, druhá a třetí dávka se dává vždy s odstupem jednoho měsíce, čtvrtá s odstupem šesti měsíců. Přeočkování je v pěti až šesti letech, ve 14 až 15 letech, v dospělosti pak v deseti- až patnáctiletých intervalech.

zdroj: čtk, 1. 3. 2013



Hyperplazie gingivy

doc. MUDr. Romana Ivančaková, CSc.

Stomatologická klinika, Lékařská fakulta UK a FN v Hradci Králové

Pod pojmem hyperplazie gingivy rozumíme zduření dásní, které může být lokalizované nebo generalizované. Obecně je dělíme na **zánětlivé a nezánětlivé**.

Zánětlivé hyperplazie gingivy, které jsou častější, jsou podmíněny přítomností zubního mikrobiálního povlaku, který není pravidelně odstraňován při mechanickém čištění zubů. Postiženy jsou především interdentální papily, které jsou zduřelé, zarudlé, snadno krvácející. Tímto postižením častěji trpí děti, které nosí fixní ortodontický aparát ztěžující ústní hygienu, a adolescenti v období puberty, u kterých změny hormonálních hladin způsobují větší vnímavost gingivy na lokální dráždění. Tato forma hyperplazie gingivy po úpravě ústní hygieny obvykle rychle „spontánně“ ustupuje.

Nezánětlivé hyperplazie gingivy jsou stavy spojené většinou s nadměrnou produkcí podslizničního vaziva z různých příčin. Řadíme mezi ně zejména **medikamentózně podmíněné hyperplazie a idiopatickou fibrózní hyperplazii gingivy**.

Zbytnění gingivy způsobují nejčastěji blokátory kalciového kanálu, kalcineurinové inhibitory (cyklosporin A) a hydantoináty. Dochází zprvu k laločnatému zduření interdentálních papil, frontální část chrupu bývá

postižena více než úsek laterální. U většiny postižených jedinců dochází ke zhoršení ústní hygieny, sekundárně se proto přidává zánět. U závažných forem těchto postižení hyperplastická gingiva téměř zcela překrývá zubní korunky. Terapie je obtížná. Spočívá v úpravě medikace, je-li to možné, někdy v chirurgickém odstranění zbytnělé gingivy a v úpravě hygieny dutiny ústní. Samotná excize zbytnělé gingivy nemá trvalý efekt, pravidelně dochází k recidivám.

Idiopatická fibrózní hyperplazie gingivy (syn. elefantiaza gingivy) je vzácným hereditárním postižením s různým typem dědičnosti. Je důsledkem poruchy tvorby či odbourávání kolagenu. Častěji se objevuje v kombinaci s hirsutismem, mentální retardací a poruchou funkce kůry nadledvinek. Je také projevem skupiny vrozených chorob (Crossův syndrom, Labandův syndrom, Ramonův syndrom, Rutherfordův syndrom). Postižení má charakter progresivně narůstajícího nezánětlivého zbytnění dásní v rozsahu celého chrupu, které se někdy objevuje již před prořezáním dočasných zubů. Zbytnění je tuhé konzistence, hladkého povrchu, má naznačeně laločnatý vzhled. Gingiva si ponechává původní růžovou barvu, spontánně nekrvácí. Zánětlivé změny jsou známkami

přidruženého zánětu a mechanické traumatizace zbytnělé gingivy. Gingiva může zcela překrýt zubní korunky (pseudonanodoncie). Zbytnění někdy vede k opožděnému prořezávání zubů.

Terapie je možná jen při aktivní spolupráci postiženého dítěte a zejména jeho rodičů. Spočívá v léčbě přidružené plakem podmíněné gingivitidy s následnou excizí hyperplastické tkáně. Recidivy zbytnění během několika měsíců jsou však obvyklé.

Mezi méně časté příčiny náhle vzniklého nezánětlivého zbytnění gingivy v dětském věku patří dále dosud nerozpoznaná agresivní parodontitida s tvorbou bolestivých parodontálních abscesů kolem vitálních zubů, některé odontogenní cysty (zejména folikulární cysta a bukalní bifurkační cysta), pyogenní granulomy, na gingivě označované obvykle pojmem epulis, ale i orofaciální granulomatózní choroba (syn. Melkerssonův-Rosenthalův syndrom) a akutní myeloidní leukémie. Veškerá zbytnění gingivy v dětském věku proto vyžadují adekvátní péči podmíněnou řádnou diagnostikou.





EAP 2013
2013 · EUROPEAN ACADEMY OF PAEDIATRICS
EDUCATIONAL CONGRESS & MASTERCOURSE
PAEDIATRIC SECTION OF UEMS (EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS)
19 · 22 SEPTEMBER, 2013 | LYON, FRANCE



Evropská akademie pediatriů pořádá ve dnech 19.–22. 9. 2013 v Lyonu, Francie

EAP Vzdělávací kongres se vzdělávacími kursy

EAP není jenom pediatriká asociace evropských a mimoevropských pediatriů a dalších profesionálů souvisejících s pediatrií, ale je to i pediatriká sekce UEMS – Evropské unie medicínských specialistů, takže představuje oficiální hlas pro děti a pediatriy v Evropě.

EAP Vzdělávací kongres 2013 pokračuje v tradici vzdělávání profesionálů, kteří poskytují péči dětem, a je to i příležitost pro účastníky vytvořit si vlastní síť spolupracovníků. Poskytne nejaktuálnější informace o nejnovějším vývoji výzkumu a klinické praxe v mnoha oborech pediatrie. Dává prostor diskutovat

o mnoha problémech a tak se i osobně podílet na pokroku pediatrických praxí.

Pro mladé lékaře je to perfektní příležitost nejenom pro aktivní účast a možnost diskutovat o jejich výzkumných pracích s mezinárodně uznávanými pediatriy, ale také pro možnost účasti na vzdělávacích kurzech v oblasti gastroenterologie a výživy.

Z těchto důvodů vás EAP srdečně zve na tuto akci.

Bližší informace o programu i o možnostech aktivní účasti najdete na <http://www.eapaediatrics.eu>.

IBUBERL[®] pro děti

100 mg/5 ml perorální suspenze

ibuprofen

IBU-07-2013

Úleva od horečky a mírné i středně silné bolesti



- **trojí účinek:**
*snižuje horečku,
tlumí bolest, působí
protizánětlivě*
- **bez cukru, barviv
a alkoholu**
- **unikátní dávkovací
stříkačka pro snadné
a přesné dávkování**

Zkrácená informace o přípravku: Ibuberl pro děti 100 mg/5 ml perorální suspenze. **Složení:** ibuprofen 20 mg/ml. **Indikace:** Krátkodobá symptomatická léčba horečky a/nebo mírné až středně silné bolesti u dětí od tělesné hmotnosti 5 kg (věku 6 měsíců) do tělesné hmotnosti 29 kg (věku 9 let).
Dávkování: Závisí na tělesné hmotnosti nebo věku, například 7–10 mg/kg t. hm. v jediné dávce do maximálně 30 mg/kg t. hm. celkové denní dávky. Podrobná tabulka viz jinde zmíněný SPC. Odstup mezi jednotlivými dávkami má být nejméně 6 hodin. Určeno pouze pro krátkodobé užívání. Užívá se v průběhu jídla nebo po jídle. U pacientů s celkovým žaludkem se doporučuje užívání během jídla. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na složky přípravku, bronchospasmus, astma, rýma, arteriolední nebo křivka v anamnéze, která jsou spojeny s užíváním kyseliny acetylsalicylové nebo jiných NSA, neobjasněné poruchy krvetvorby, aktivní nebo anamnesticky rekurující prokázaný peptický vřed/kvácení, anamnesticky gastrointestinálního kvácení nebo perforace ve vztahu k předchozí léčbě NSAID, cerebrovaskulární nebo jiné aktivní kvácení, závažné selhání jater nebo ledvin, ICHS, závažné srdeční selhání, těžká dehydratace, poslední trimestr těhotenství. **Upozornění:** Je třeba se vyhnout užívání přípravku současně s NSA. Přípravek by měl být vysazen při prvních projevech kožní vyrážky, slizničních lézí nebo jejich projevu přecitlivělosti. Doporučuje se nepoužívat přípravek v případě varicely. U SLE, sníženého onemocnění pojmů tláče a a kongenitální poruchy metabolismu purinů předtím zvažte poměr přínos/riziko. Pečlivě sledujte pacienty u poruchy funkce ledvin nebo jater, při dehydrataci, krátké po provedení velkých chirurgických výkonů. Dávkování, které typicky způsobuje, nosní polyp, chronickým zduřením nosní sliznice, chronickými obstrukčními respiračními poruchami nebo u alergických reakcí na jiné látky – ti jsou více ohroženi rozvojem reakcí z přecitlivělosti při užívání přípravku. U pacientů s bronchiálním astmatem mohou NSA způsobit bronchospasmus. Ibuprofen může dočasně utlumit agregaci trombocytů. Při dlouhodobé léčbě přípravkem je třeba pravidelně kontrolovat jaterní funkce, funkce ledvin a krevní obraz. NSA mohou zakrýt příznaky infekce nebo horečky. Přípravek obsahuje rostlinnou maltitolu. Pacienti s vzácnou hereditární poruchou intolerance fruktózy by jej neměli užívat. Při užívání přípravku ve vyšších dávkách může v ojedinelých případech dojít ke snížení schopnosti zúčastnit se aktivní svalové kontrakce. **Interakce:** Důležitost vyřazuje s těmito léky: jiná NSA včetně salicylátů, digoxin, fenofenon, litium, diuretika, ACE inhibitory, sartany, statiny, kortikosteroidy, protizánětlivé léky a SSRI, nitátové kys. acetylsalicylové, methotrexát, cyklosporin, antikoagulační, SU deriváty, tetracykly, zidovudin, probenecid a sulfapyrazon, chemoonová antibiotika, inhibitory CYP2C3.
Nedoporučené účinky: Časté: gastrointestinální příznaky jako pálení žáhy, bolest břicha, nauzea, zvracení, plynatost, grgolení, zácpa a mírné gastrointestinální krvácení, které mohou ve výjimečných případech způsobit anémii. Méně časté: reakce z přecitlivělosti s kožními vyrážkami a svěděním, a také astmatické záchvaty (s možným současným poklesem krevního tlaku), poruchy centrálního nervového systému, například bolest hlavy, závratě, nespavost, neklid, podrážděnost nebo duševní poruchy včetně: gastrointestinální vředy, s možným kvácením a perforací; ulcerace stomatitida, exacerbování křečových a Crohnovy choroby, gastritida, různé kožní vyrážky. Vzácné a velmi vzácné viz jinde zmíněné souhrnné údaje o přípravku. **Balení:** 100 ml perorální suspenze. **Držitel registrace:** Berlin-Chemie AG (MENARINI GROUP), 12485 Berlin, Německo. **Reg. číslo:** 25/706/11-C. **Datum poslední revize:** 2. 11. 2011. Přípravek je vydáván i bez lékařského předpisu a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



Novinky v léčbě teploty v dětském věku v posledních 15 letech

MUDr. Jiří Liška, CSc.

Mulačova nemocnice s.r.o.

Teplotu musíme brát jako obrannou reakci organismu, která je řízena určitými centry v mezimozku jako reakce akutní fáze organismu na imunologický podnět (bakterie, viry a další). Horečkou se rozumí vzestup tělesné teploty nad 38 °C (teplota tělesného jádra), termoregulaci upravuje tzv. termostat v hypotalamu. Teplota vede k aktivaci fagocytární (pohlcovací) schopnosti bílých krvinek a k tvorbě dalších působků, tzv. interleukinů, interferonu, k produkci působků zadržujících v organismu vodu i sodík. Vede také k tachykardii, zvláště u kojenců, k pocení, vyplavování bílkovin akutní fáze a ke zvýšené produkci hormonů nadledvinek jako reakci organismu na tento stres. Dochází ke zvýšené tvorbě obranných látek.

Pro vhodnou antipyretickou terapii je bezpodmínečně nutné zachovat dostatek tekutin, samozřejmě zde na úkor jídla. Na každý stupeň teploty, např. z 38 na 39 °C, stoupá spotřeba tekutin vždy o 20 %. Také spotřeba energie vždy na každý díl teploty stoupá o 12 %.

Dochází k přesunu krevního průtoku z kůže do hlubokého řečiště (svalový třes, bledá, studená kůže). Při nekontrolované teplotě může docházet u kojenců a batolat až k tzv. hyperpyrexii s teplotami kolem 40–41 °C, s křečemi a poruchami vědomí. Předpokládá se i dědičná dispozice a převaha sympatiku. Může to ale být i příznakem závažnějšího onemocnění, kdy je velmi výrazně indukována tvorba TNF. Pokud při teplotách nejsou dostatečně podávány tekutiny, organismus se dostává do stadia počínající dehydratace. Prvním závažným ukazatelem tohoto stavu je zástava močení. Matka si mnohdy až dodatečně všimne, že dítě má stále suché pleny, že od rána nemočilo atd. Bez řádného přísunu a příjmu rychle vstřebatelných tekutin (čaj, minerálka, ovocná šťáva), u kojeneho dítěte bez kojení, nelze korigovat teplotu! Mezi rychle vstřebatelné tekutiny u dětí nepočítáme mléko. I u kojence je mezi kojením nutné přidávat čaj. Pokud je při teplotách podáváno jídlo, téměř vždy to končí zvracením a u kojenců někdy pak i nebezpečím vdechnutí zvratků. Navíc zvracení způsobuje také ztrátu tekutin, především kyselého žaludečního obsahu. Také při průjmech s teplotami dochází při ztrátách tekutin k „okyselení“ organismu

a narušení vnitřního i elektrolytového prostředí dítěte. Může docházet k elektrolytové dysbalanci, zvláště sodíku, a to vést až k otoku mozku. Pak přichází porucha vědomí. Působení antipyretické léčby je především na dvou úrovních, a to enzymů tzv. prostaglandinů cyklooxygenázy 1 a 2 (COX-1, COX-2).

Po podání antipyretické léčby se znovu zapojují teplotu regulující mechanismy, které podporují ztrátu tepla rozšířením malých cév v kůži a pocením. Zároveň tyto látky brání zvyšování teploty vlivem na pyrogeny bílých krvinek konkurencí o místa v termoregulačním centru výše uvedeného mezimozku. Antipyretika blokují nebo ruší vzestup teploty tělesného jádra způsobovaný cytokiny. Na normální tělesnou teplotu ale nemají žádný vliv. Zvýšená produkce působků (cytokinů), stimulujících tvorbu prostaglandinu E, je základem zvyšování tělesné teploty. Právě cyklooxygenáza je klíčový enzym při biosyntéze prostaglandinů. COX-1 a COX-2 jsou enzymy většiny buněk v organismu a v CNS. Mechanismus působení paracetamolových a ibuprofenových preparátů je dvojitý. Paracetamolové preparáty ovlivňují COX-1 a COX-2 velmi slabě na periférii a velmi silně v centrálním nervovém systému. Ibuprofenové preparáty ovlivňují hlavně COX-2 na periférii. Z hlediska dosažení nejvyšší koncentrace v krvi dosahují paracetamolové preparáty vrcholu za 1 hodinu a ibuprofenové preparáty za 2 hodiny. Na bílkoviny krevní plazmy se velmi dobře vážou ibuprofenové preparáty a u dospělých užíváná salicylová kyselina (acylpyrin). Přitom eliminační poločas ibuprofenových i paracetamolových preparátů je stejný. Všeobecně je uváděn v publikacích po ibuprofenových preparátech poněkud výraznější efekt na snížení teploty. Nepochybně je uváděn analgetický efekt i vyšší protizánětlivý efekt u ibuprofenových preparátů. Paracetamolové preparáty jsou zase jediným antipyretickým lékem pro nedonošené děti a pro novorozence a kojence do 5. měsíce života. V tomto věkovém rozmezí také i lépe vzhledem k výbavě (dostatek glutationu) snášejí vyšší dávky paracetamolu bez problémů. U paracetamolových preparátů se musí dát pozor na možné jiné firemní názvosloví. Vždy je nutné při kombinování léků kontrolovat, zda základní látkou obou

preparátů není paracetamol. Tato opatrnost musí být především u paracetamolových preparátů. Zde již dvojnásobná až trojnásobná dávka vyvolá těžké jaterní a také možné ledvinné postižení. Zvláště nebezpečné pak to je u dětí, které prodělaly nějakou formu jaterního postižení. V případě intoxikace je účinným antidotem acetylcystein. Na druhé straně i při výrazném předávkování ibuprofenových preparátů nebyly popisovány známky intoxikace. Ibuprofenové preparáty dlouhodobě podávané u revmatiků také neměly žádné vedlejší oční příznaky. Navíc je uváděno, že antipyretická aktivita ibuprofenu je 20× vyšší než acylpyrinu. Ve velkých pracích uvádějí také prodloužený antipyretický efekt ibuprofenu oproti paracetamolu.

Z dostupných možností a prostředků na trhu ke snižování teploty shrnujeme:

1. Zábaly: do vlažné vody (cca 25 °C) namočíme osušku a na 10–15 minut zabalíme celé dítě kromě hlavy. Proceduru lze opakovat 3× za 2 hodiny. Při zábalích se na tělo dítěte nesmějí pokládat peřiny nebo deky!
2. Sprchy: sprchujeme děti školního i raného předškolního věku vlažnou vodou až kolem 10 minut. Velmi vhodné u dospívajících a v létě v jižních krajinách. Raději děti i dospívající posadit.
3. Léky paracetamolové řady (Paralen, Panadol sirup, Paramax, ze starších Mexalen, Efferalgan, Dafalgan). Dávkování 60 mg/kg/24 hodin, rozděleno do 4 dávek. Lze podávat od novorozeneckého věku.
4. Léky ibuprofenové řady (Ibuberl sirup, Ibalgin, Nurofen, Apo-ibuprofen, Brufen, Iburion) lze podávat od 5 kg nebo 6 měsíců. Dávka 20–30 mg/kg/24 hodin. Vhodnější je vyšší dávka 30 mg/kg/24 hodin, rozdělená do 3 dávek, má vyšší protizánětlivý i výše uváděný analgetický účinek zcela bez vedlejších komplikací. I při vyšších dávkách nejsou popisovány žádné komplikace.
5. Základem léčby je kombinace obou druhů preparátů při bezpodmínečném zajištění tekutin a někdy i uvedené fyzikální léčby.
6. Při teplotách nad 38,5 °C je vhodné podávat k prevenci křečí Diazepam tbl. po 5 mg, většinou v dávce kolem 2× 1/3–1/2 tbl.



Závažné arytmie u sportovců

MUDr. Kateřina Lefflerová, CSc.

Klinika kardiologie, Institut klinické a experimentální medicíny Praha

■ Úvod

Ačkoliv se všeobecně předpokládá, že sportující populace má zdravé srdce, představují arytmie u sportovců závažný problém. Posuzování a léčba sportovců naráží na řadu úskalí. Náhlá srdeční smrt při sportu neplní pouze stránky bulvárního tisku, ale vedla i ke zvýšení zájmu z hlediska medicínského, právního a etického. Benigní arytmie, zahrnující bradyarytmie, izolované supraventrikulární a komorové extrasystoly, jsou běžné, obvykle nevyžadují léčbu. Supraventrikulární tachyarytmie jsou méně obvyklé. Pravděpodobně nejvzácnější, avšak nejobávanější jsou komorové tachyarytmie včetně klinického syndromu náhlé srdeční smrti. Udává se, že roční riziko náhlé srdeční smrti u sportující populace se pohybuje mezi 5 až 10 na milión sportujících ročně.

Vliv tělesné zátěže na kardiovaskulární systém je sledován po řadu let. Syndrom „sportovního srdce“, který popisuje fyziologickou adaptaci srdce na dlouhodobou fyzickou zátěž, byl publikován již před 30 lety. Strukturální a hemodynamické změny kardiovaskulárního systému vyvíjející se v důsledku fyzické zátěže závisejí na charakteru a délce trvání této zátěže. Zatímco na akutní fyzickou zátěž reaguje srdce rychlým zvýšením srdeční frekvence a následně i kontraktility, pravidelný fyzický trénink vede k charakteristickému adaptačnímu procesu, který však není okamžitě reverzibilní po přerušení pravidelné tělesné aktivity. Zvýšená tlaková zátěž, která se vyskytuje především u izometrických sportů, vede primárně k hypertrofii volné stěny srdeční a mezikomorové přepážky. U vytrvalostních sportů s objemovou zátěží dochází primárně k zvětšení enddiastolického rozměru srdečních komor. Tyto adaptační změny jsou považovány za fyziologické a reverzibilní. Vagotonie a kompenzační snížení srdeční frekvence v klidu i při zátěži patří k dalším adaptačním procesům, které jsou charakteristické pro všechny sportovce.

Elektrokardiogram (ekg) jako základní diagnostická metoda v kardiologii dokumentuje u sportovců mnohdy ne zcela „normální“ křivku. Interpretace epidemiologických dat

v častosti výskytu poruch rytmu u sportovců by však měla zohlednit i fakt, že sportovci jsou elektrokardiograficky vyšetřováni daleko častěji než nesportující populace, náhodný záchyt elektrokardiografické abnormality je tedy daleko pravděpodobnější.

■ Bradyarytmie

U trénovaných sportovců jsou sinusová bradykardie i sinusové pauzy v klidu obvyklé v důsledku vysokého tonu vagu. V tabulce 1 je uvedena četnost výskytu sinusové bradykardie, výskytu pauz i převodních poruch u sportovců ve srovnání s běžnou populací. Při zátěži dochází k přiměřenému zvýšení srdeční frekvence. Pokud srdeční frekvence neklesá pod 30/min a pauzy nepřesahují 3 sekundy, není třeba dalších vyšetření ani zvláštních opatření. Stejně tak asymptomatické AV blokády I. stupně a II. stupně Wenckebachova typu v klidu nepředstavují indikaci omezení sportovních aktivit. Charakteristické pro tyto „nevinné“ poruchy rytmu je jejich vymizení při fyzické zátěži.

U AV blokád Mobitzova typu či kompletní AV blokády je indikováno komplexní kardiologické vyšetření – ECHO, holterovské monitorování ekg a zátěžový test, dle výsledku pak zvážení indikace implantace trvalého kardiostimulátoru.

■ Supraventrikulární arytmie

Supraventrikulární extrasystoly v nepřítomnosti organického srdečního onemocnění jsou arytmií benigní, nepředstavují indikaci podrobnějšího vyšetření ani léčby. Pouze u výrazně symptomatických osob lze zvážit léčbu beta-blokátory.

■ Fibrilace a flutter síní

Fibrilace a flutter síní nejsou u sportovců běžné, ale ve srovnání se stejně starou nesportující populací se vyskytují častěji. Logicky jsou u sportovců častější výskyt vagem spouštěné fibrilace síní. U sportovců s fibrilací síní je třeba vždy ověřit maximální frekvenci komor při zátěži. Stejně tak je nutné provést rizikovou stratifikaci cévní

mozkové příhody a dle výsledku zvážit anti-koagulační léčbu.

Farmakologická léčba se neliší od nesportující populace, medikace beta-blokátory však bývá hůře tolerována. Proto u sportovců zvažujeme především nefarmakologickou katetrizační léčbu.

■ AV nodální reentry tachykardie

Vzhledem k tomu, že katetrizační ablace je metodou volby v léčbě tohoto typu arytmie s vysokou úspěšností a minimem komplikací, je tento postup jednoznačně indikován u sportující populace.

■ Wolff-Parkinson-White syndrom

U nemocných s WPW syndromem, kteří jsou symptomatictí, je indikována katetrizační ablace přídavné dráhy. Ne zcela jednoznačný je přístup ke zcela asymptomatickým pacientům. Riziko náhlé smrti je nízké (0–4 %), náhlá smrt je však opakovaně kazuisticky popisována a může být první manifestací onemocnění. K identifikaci nemocných se zvýšeným rizikem patří přetrvávání obrazu preexcitace během zátěžového testu. Pro stanovení zvýšeného rizika náhlé smrti (interval R-R < 250 msec při fibrilaci síní) řada expertů doporučuje elektrofyziologické vyšetření s cílem ověření převodní kapacity spojkou. Pokud je převod vyšší než 240/min, je indikována nefarmakologická léčba k zabránění vzniku život ohrožující arytmie.

■ Komorové arytmie

Izolované komorové extrasystoly jsou časté jak u sportujících, tak u nesportujících populace. Často jsou zcela asymptomatické a obvykle benigní. Pokud není přítomno organické srdeční onemocnění, nepředstavují izolované komorové extrasystoly vyšší riziko náhlé srdeční smrti.

U sportovců s frekventními komorovými extrasystolami a polymorfními extrasystolami je indikováno podrobnější kardiologické vyšetření včetně echokardiografického



vyšetření, zátěžového ekg testu, magnetické rezonance k vyloučení organického srdečního onemocnění. Stejná doporučení platí i pro sportovce s neudržující se komorovou tachykardií. Pokud není prokázáno organické srdeční onemocnění, není třeba žádných opatření a omezení. V případě symptomů je indikována léčba beta-blokátory, klasickým antiarytmikům se obvykle vyhýbáme.

■ Udržující se komorové tachykardie, fibrilace komor

Při analýze případů náhlé srdeční smrti během sportovní aktivity bylo prokázáno, že úmrtí je velmi vzácné, pokud není přítomno organické srdeční onemocnění. Z klasické práce Marona vyplývá, že příčina náhlé smrti se liší dle věku. U osob starších 35 let je naprosto dominantní příčinou **ischemická choroba srdeční**, která se podílí z 80 % na výskytu náhlé smrti v této populaci. U osob mladších 35 let je nejčastější příčinou **hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a hypertrofie srdeční, dále anomálie věnčitých tepen, arytmogenní dysplazie/kardiomyopatie pravé komory srdeční** (uvádí se, že v severní Itálii je toto onemocnění nejčastější příčinou náhlé smrti). Dalším onemocněním, které může způsobit maligní komorovou arytmiu, je dilatační kardiomyopatie a akutní myokarditida. Důležité je si uvědomit, že právě fyzická zátěž je vyvolávajícím faktorem arytmiu u hypertrofické obstrukční kardiomyopatie (polovina z úmrtí vzniká při zátěži), u **syndromu dlouhého QT** typ I, kde za normu je považován interval QTc u mužů $\leq 0,44$, u žen $\leq 0,45$ ms. Mezi další choroby s typickou vazbou vzniku komorové arytmiu na fyzickou zátěž patří **arytmogenní dysplazie/kardiomyopatie pravé komory srdeční, anomálie věnčitých tepen**. V posledních letech se změnil pohled na tzv. **syndrom časně repolarizace**. Tento ekg obraz vyskytující se u mladých osob byl považován za „nevinny“. Ukazuje se však, že u nemocných s idiopatickou fibrilací komor je tento obraz o 31 % častější než u běžné populace. Dalším syndromem spojeným s rizikem maligních arytmí je **Brugada syndrom**, maligní arytmiu nemají sice jasnou vazbu na fyzickou zátěž, ale například na přehřátí organismu.

Tabulka 2 uvádí nejčastější ekg nálezy spojené s rizikem náhlé srdeční smrti v důsledku maligních komorových arytmí. Nemocné s takto abnormálním ekg nálezem je třeba posuzovat individuálně a podrobněji je vyšetřit.

Tabulka 1: Výskyt poruch rytmu na klidovém ekg u sportující a nesportující populace

Porucha rytmu	Obecná populace	Sportující populace
Sinus. bradykardie	23,7 %	50–85 %
Sinus. arytmie	2,4–20 %	13,5–69 %
Wandering pacemaker	?	7,4–19 %
AV blok I. stupně	0,65 %	6–33 %
AV blok II. stupně Wenckebach	0,003 %	0,125–10 %
AV blok II. stupně Mobitz	0,003 %	?
Kompletní AV blokáda	0,0002 %	0,017 %
Junkční rytmus	0,06 %	0,031–7,0 %

Tabulka 2: Ekg nálezy spojené s rizikem náhlé smrti

- **Ischémie (riziko předčasné koronární nemoci u anabolik, riziko koronárního spasmu u psychotropních látek)**
- **Hypertrofie levé komory srdeční**
- **Blok levého raménka Tawarova**
- **LQTS (Syndrom dlouhého intervalu QTc) – obrázek 1**
- **Syndrom krátkého intervalu QTc**
- **ARVD/C (arytmogenní dysplazie/kardiomyopatie pravé komory srdeční) – obrázek 2**
- **Syndrom časně repolarizace – obrázek 3**
- **Brugada syndrom – obrázek 4**
- **Nejčastěji normální ekg křivka!**

Tabulka 3: Indikace zátěžového testu u nemocných s poruchami rytmu

- **1/ vyvolání klinické arytmiu u nemocných se symptomy svědčícími pro arytmiu vyvolanou zátěží, u synkopálních stavů nejasné etiologie**
- **2/ prognostický význam – ICHS, LQTS, ARVD/C, HOKMP, CPVT (catecholaminergic polymorphic VT) – riziková stratifikace náhlé smrti**

Jedinou výjimkou, kdy je možno fyzickou zátěž povolit, jsou nemocní bez organického srdečního postižení s komorovou tachykardií z výtokového traktu pravé komory srdeční, u nichž byla provedena úspěšná katetrizace ablace arytmogenního substrátu a příznivý efekt výkonu přetrvává minimálně 6 měsíců.

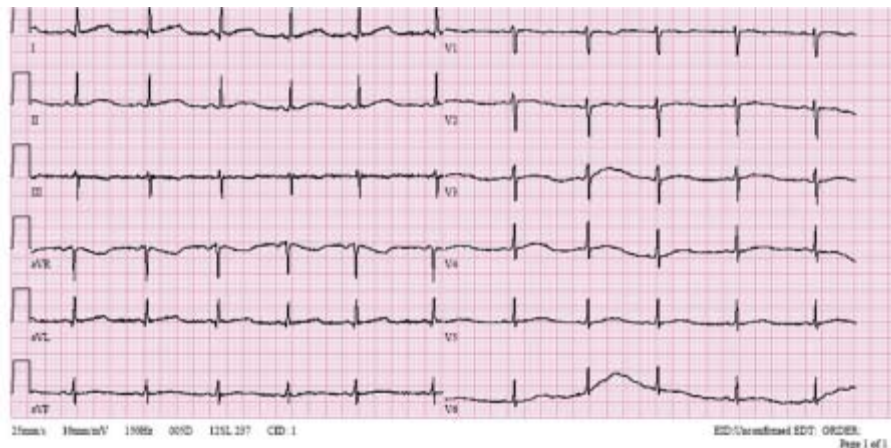
■ Commotio cordis – Komoce srdce

V posledních letech je popisována nová příčina náhlé srdeční smrti při sportu, ko-

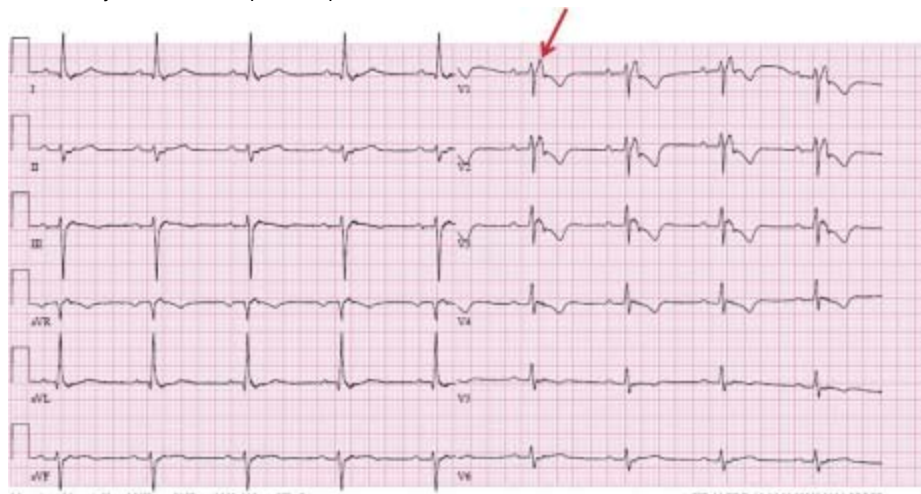
moce srdce (commotio cordis) vznikající v souvislosti s tupým úderem do hrudníku (nejčastěji při baseballu, ale i při hokeji, softballu). Úmrtí je okamžité, resuscitace obvykle neúspěšná (přežívá pouze 10 %), při sekci nejsou žádné známky ani akutního poranění, ani chronického srdečního onemocnění. V experimentu bylo prokázáno, že úder do hrudníku zasahující do vzestupné části vlny T může indukovat fibrilaci komor. Ročně jsou popsána 2–4 úmrtí převážně ve věku 5–18 let způsobená tímto mechanismem, ale počet bude velmi pravděpodobně vyšší.



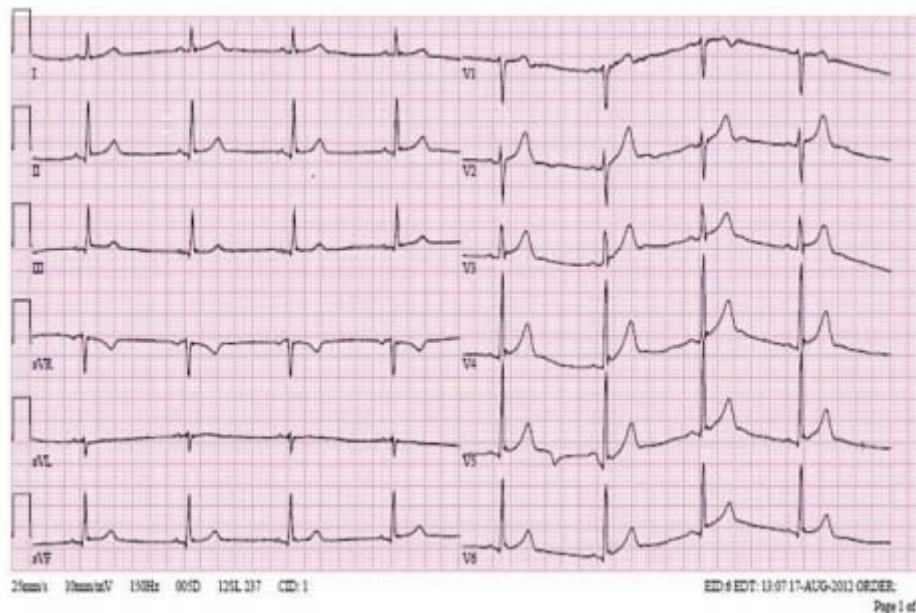
Obrázek 1: Ekg nálezu u LQTS. Interval QTc dosahuje 510 msec u nemocné po kardiopulmonální resuscitaci pro fibrilaci komor. Charakteristická je i abnormální morfologie vlny T, která bývá mnohdy dvouvrcholová.



Obrázek 2: Charakteristický ekg nálezu u ARVD/C – vlna epsilon označena červenou šipkou. Přítomny inverze vlny T ve svodech z pravého prekordia.



Obrázek 3: Ekg obraz syndromu časně repolarizace – elevace úseku ST



Úspěch výzkumu spánkové apnoe

Vědec Ivan Čundrle z výzkumného týmu brněnského Mezinárodního centra klinického výzkumu (ICRC) uspěl se svým výzkumem léčby spánkové apnoe. Společně s týmem českých a amerických vědců zjistil, že výskyt nemoci, jež způsobuje dýchací potíže ve spánku, může souviset s nízkou hladinou hormonu leptinu v krvi pacientů. Leptin by se tak díky výzkumu mohl stát novým ukazatelem, který umožní včas stanovit diagnózu. O výzkumu 18. března informovala mluvčí nemocnice u sv. Anny, pod kterou ICRC spadá, Šárka Urbánková.

Centrální spánková apnoe se projevuje například chrápáním, nepravidelným dýcháním ve spánku, potížemi s koncentrací či ospalostí během dne. Může způsobit i selhání srdce či cévní mozkovou příhodu. „Mezinárodní výzkumný tým stanovil hodnoty hladiny leptinu v krvi, které svědčí pro riziko výskytu spánkové apnoe u pacientů se srdečním selháním. Stanovení hladiny leptinu v krvi je poměrně jednoduchý a dostupný test,“ uvedla Urbánková.

Čundrle převzal za výzkum v San Franciscu cenu pro nejlepší mladé vědce Young Investigation Award za druhou nejlepší práci v oblasti kardiovaskulárního výzkumu. Lékař na výzkumu pracoval při své stáži na americké Mayo Clinic. „Věřím, že společné výsledky uplatníme jak v kardiologii, tak i v léčbě pacientů v život ohrožujících stavech, které vyžadují léčbu ve specializovaných centrech anesteziologie a resuscitace,“ uvedl Čundrle.

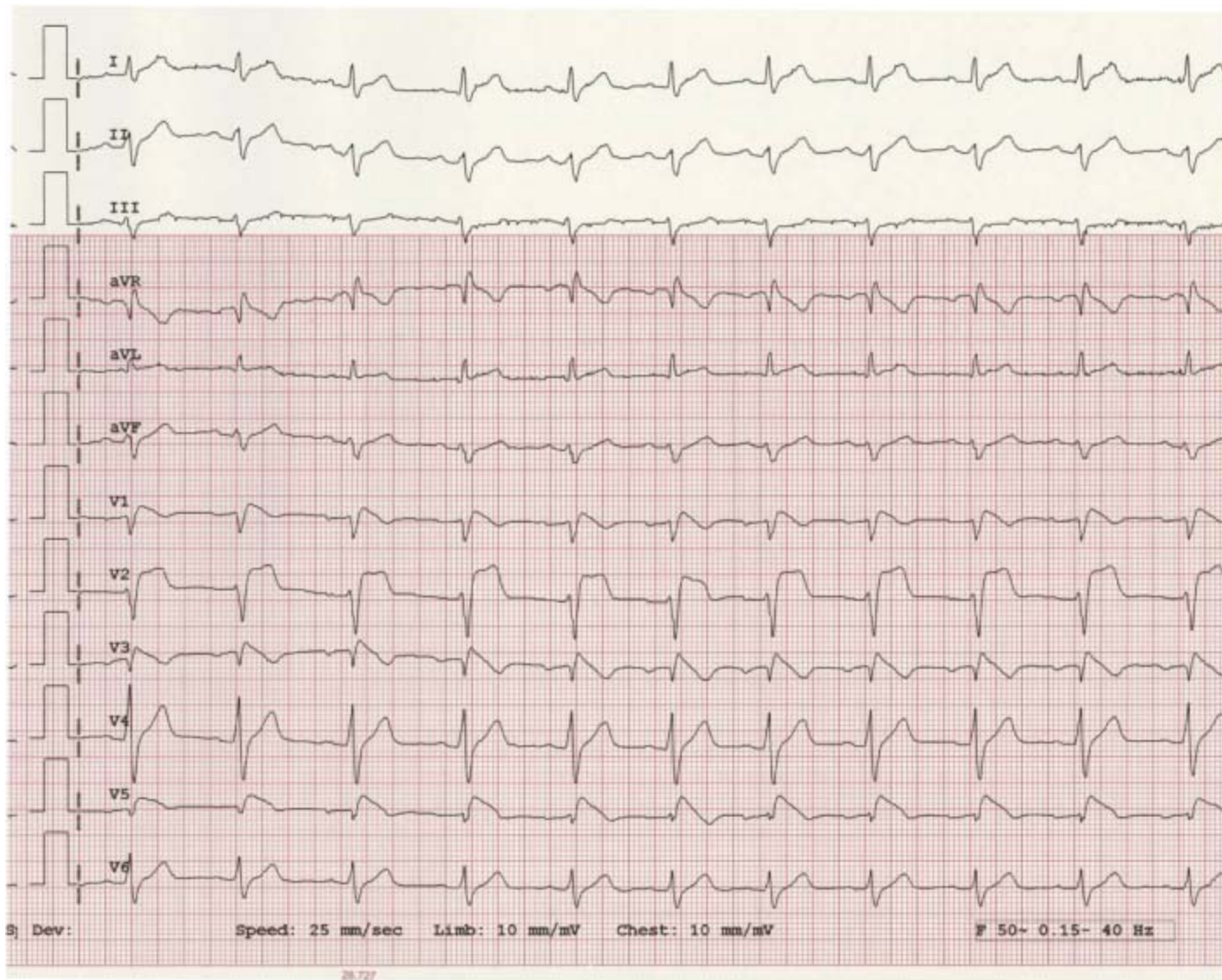
Ocenění v San Franciscu získal i český lékař Ondřej Sochor. Zjistil, že riziky spojenými s obezitou mohou být ohroženi i lidé s normální hmotností, pokud jim tuk obaluje břišní orgány. „Toto poznání umožňuje zcela nový přístup pro včasnou identifikaci nemocných s vysokým rizikem vzniku kardiovaskulárních onemocnění,“ podotkla Urbánková.

ICRC je postaveno v areálu Fakultní nemocnice u sv. Anny a vyjde na zhruba pět miliard korun. Lékaři v něm chtějí zkoumat a léčit nemoci, na které lidé umírají nejčastěji. V provozu už je kardiologická klinika, jako další se bude stěhovat neurologická klinika.

zdroj: čtk, 18. 3. 2013



Obrázek 4: Ekg obraz Brugada syndromu – charakter bloku pravého raménka Tawarova s ST elevací a negativní vlnou T



■ Nositelé implantovaných přístrojů

Kardiostimulátor nepředstavuje kontraindikaci sportovní aktivity, je pouze vhodné omezit kontaktní sporty s rizikem úrazu v okolí přístroje.

Implantabilní kardioverter/defibrilátor je kontraindikací větší tělesné zátěže. Navíc je při sinusové tachykardii riziko aplikace nepřiměřených výbojů, které představují pro pacienta mimořádný stres.

■ Preventivní vyšetření sportující populace

Náhlá srdeční smrt mladých trénovaných sportovců, mnohdy před zraky televizních

kamer, vede ke snaze formulovat doporučení k preventivním vyšetřením aktivních sportovců. K snížení rizika náhlé srdeční smrti je doporučováno před zahájením sportovní zátěže provést vyšetření sportujících zaměřené na rodinnou anamnézu z hlediska výskytu náhlého předčasného úmrtí, dále osobní anamnézu cílenou na synkopální, presynkopální stavy či jejich ekvivalenty a palpitace. Nedílnou součástí je fyzikální vyšetření a 12svodový elektrokardiogram. Při zjištění abnormality je pak doplněno další podrobnější vyšetření. U sportující populace starší 35 let věku, kdy je nejčastější příčinou náhlé smrti ischemická choroba srdeční, je vhodné posouzení rizikových faktorů ICHS a ev. doplnění zátěžového ekg testu.

Indikace zátěžového testu u nemocných s poruchami rytmu je uvedena v tabulce 3.

■ ZÁVĚR

Tak jako u všech nemocných, i u sportujících populace je nutný individuální přístup, posouzení anamnézy, vyloučení organického srdečního onemocnění. Je třeba cíleně pátrat po symptomech, nepodcenit varovné signály. Pro řadu našich sportujících „nemocných“ je zákaz sportovních aktivit zásadním negativním zásahem do kvality života a měl by být vždy racionálně zdůvodněn. V praxi je spíše třeba většinu pacientů ke sportovní aktivitě povzbudit.



Kazuistika

Chlapec s průjmem a selháním ledvin

MUDr. Helena Gastová

Dětské oddělení, Nemocnice Prostějov

Průjmy infekčního původu u dětí patří spolu s respiračními infekty k nejčastějším onemocněním. Nejvíce postiženou skupinou jsou děti ve věku 1–4 roky. Nejčastějším etiologickým agens jsou viry, zejména rotaviry. Z bakteriálních infekcí pak salmonelózy, stoupá počet kampylobakterií, ostatní bakteriální původci gastroenteritid (*E. coli*, *shigella*, *yersinie*, *Clostridium difficile*) jsou již vzácnější. Terapie infekční gastroenteritidy je symptomatická, tj. intenzivní rehydratace, úprava vnitřního prostředí a časná realimentace. Prognóza při včasné terapii je dobrá, akutním průjmem se však může iniciálně manifestovat vzácné, život ohrožující onemocnění – hemolyticko-uremický syndrom.

■ Popis případu

Ve své kazuistice popisují případ tříletého chlapce Honzíka odeslaného k hospitalizaci praktickou lékařkou pro akutní gastroenteritidu s enteroragii.

Z osobní anamnézy chlapce: Honzík je dítě z I. nerizikové gravidity, porod spontánní v termínu, porodní hmotnost 3140 g a porodní délka 51 cm. Časná porodní adaptace nekomplikována. Chlapec byl kojen půl roku, řádně očkován dle programu, bez alergické reakce.

Sledován v odborné oční ambulanci FN Brno pro strabismus, st.p. oční operaci r. 2011. Rehabilitován pro asymetrické držení hlavy při strabismu. V anamnéze jsou uváděny běžné dětské nemoci.

Byl hospitalizován na dětském oddělení pro otitis media vlevo, v roce 2011 byl na adenomii. Z infekčních nemocí prodělal nekomplikovanou varicelu.

Navštěvuje mateřskou školu. Kontakt s infekční nemocí rodiče negují.

Rodinná anamnéza bez pozoruhodností.

Dne 27.3.2012 přichází Honzík v doprovodu rodičů na dětskou ambulanci pro 3 dny trvající febrilie do 39 °C, frekventní průjem s hlenem a krví. Perorální rehydratace a realimentace v domácím prostředí neúspěšná.

Chlapec je při vyšetření apatický, působí unaveně, má suché sliznice, povleklý jazyk, kožní turgor je snížen. Je oběhově stabilní, lokální nález na břiše bez známek NPB, peristaltika je živá, břicho difúzně citlivé. Pro známky incipientní dehydratace přijat na dětské standardní oddělení, kde zahájena

parenterální rehydratace roztoky krystaloidů.

Vstupně v laboratoři parametry zánětu nízké (CRP 0,12 mg/l, FW 7/21), v krevním obraze známky hemokoncentrace, z biochemických parametrů lehká elevace AST 0,87 µkat/l. Moč. sediment negativní.

Doplň UZ břicha, v oblasti recta a rectosigmoidea hodnocena rozšířená stěna střevní na 6 mm, stratifikovaná, v obou podbřiších mezi klíčky malé množství volné tekutiny, v pravém podbřišku zvětšené mezenterální uzliny velikosti do 12 mm.

Dále doplněno mikrobiologické vyšetření stolice, kde nález *Enterobacter osburiae*, virologické vyšetření stolice negativní. Parazitologické vyšetření a vyšetření na toxin *Clostridium difficile* ze stolice negativní.

Od přijetí probíhá intenzivní parenterální rehydratace, chlapec je oběhově stabilní, od druhého dne afebrilní. Pozvolna se upravuje konzistence stolic, bilance tekutin je vyrovnána. Pozvolný přechod na perorální rehydrataci a realimentaci nekomplikován. Kontrolní CRP nízké.

5. den hospitalizace se u chlapce objevilo nechutenství, dyspepsie, únava. Opět odmítá tekutiny per os, proto je nezbytně nutné zahájit parenterální rehydrataci. Klinický stav se velmi rychle zhoršuje, chlapec je apatický, oligurický, narůstají otoky, opakovaně zvrací, stolice je jednou denně formována bez krve.

V kontrolní laboratoři azotémie (urea 17,4 mmol/l, kreatinin 155 µmol/l, cysta-

tin C 3,089 – nad normu), snížená glomerulární filtrace.

V krevním obraze leukocytóza ($17,83 \times 10^9/l$), trombocytopenie $75 \times 10^9/l$, hemoglobin 124 g/l. V močovém sedimentu proteinurie +++ , hematurie ++.

Dle UZ břicha hodnocena zvýšená echogenita parenchymu ledvin oboustranně – zejména kůry, nález na ostatních břišních orgánech bez patologie.

■ Diagnóza: Hemolyticko-uremický syndrom – D+HUS s akutním renálním selháním

Honzík je přeložen na JIRP Dětské kliniky FN Olomouc s diagnózou D+HUS, vstupně bez záchytu etiologického agens.

Posléze se u matky objevuje hemoragická enterokolitida, etiologicky potvrzena EHEC, produkující shiga toxin.

Po přijetí na JIRP DK FN Olomouc zaveden PMK, zajištěny žilní vstupy CVK, IAK. Pro intoleranci perorálního příjmu živin parenterálně. Pro progresi anémie substituce erymasou, pro hypoalbuminémii podán albumin. I přes navyšující se podporu furosemidu diuréza na dolní hranici normy 1 ml/kg/hod.

V ABR mírná metabolická acidóza kompenzována respiračně.

I přes komplexní intenzivní terapii narůstá azotémie, urémie (urea 28,2 mmol/l, kreatinin 414 µmol/l, LD nad 30), progreduje anémie hemoglobin 68 g/l, trombocytopenie $25 \times 10^9/l$.

Dle UZ břicha malé množství tekutiny v dutině břišní, bez průkazu pleurálního výpotku.



Pro zhoršující se klinický stav, oligurii, hyperhydrataci a progredující hyperazotémii je chlapec přeložen na dětskou kliniku Fakultní nemocnice v Ostravě k dialyzační terapii.

Celkově provedena 4× hemodialýza s dobrou tolerancí. Následně již postupně úprava diurézy, hladiny dusíkatých látek se pozvolna normalizují.

Anémie korigována podáním 2× ozářené erymasy, pro trombocytopenii 1× trombonáplav. Iontové a biochemické dysbalance (hypokalémie, hyponatrémie, hypoalbuminémie) korigovány intravenózně. Pro hyperurikémii zahájena terapie allopurinolem. Honzík je po celou dobu ventilačně stabilní, dle UZ hrudníku malý fluidotorax vlevo, řešený úspěšně konzervativně. Pro opětovnou hypertenzi přidán do medikace kalciový blokátor a ACE inhibitor. Dialyzační katetr extrahován 12. den hospitalizace. Pozvolna se normalizují renální funkce, též anémie.

Do ambulantní péče propuštěn 23. den hospitalizace.

Stav Honzíka je po propuštění z nemocnice stabilizovaný. Dochází na pravidelné kontroly do nefrologické ambulance FN Ostrava. Renální funkce jsou v normě, přetrvává mírná sekundární proteinurie. Sekundární hypertenze na terapii se pozvolna upravuje. Sonografický nálezný na ledvinách taktéž s úpravou.

Diskuse

Hemolyticko-uremický syndrom byl poprvé popsán u pětiletého chlapce v roce 1955. Nemoc je charakterizována triádou Coombs negativní hemolytická anémie, trombocytopenie a akutní selhání ledvin. HUS je nejčastější příčinou selhání ledvin v dětském věku, s nejvyšší incidencí v kojeneckém a batolecím věku.

V praxi rozlišujeme postinfekční HUS asociovaný s průjemem (D+HUS). Vzniká nejčastěji na podkladě střevní infekce *E. coli* – shiga toxin produkujících kmenů.

Druhá forma je HUS sdružený s pneumokokovou infekcí, má jinou patogenезi a závažnější prognózu. Vzácné formy HUS představují pacienti s poruchou regulace komplementu, dále děti s vrozenou poruchou metabolismu vit. B12 a děti s deficitem ADAMTS13 proteázy. Dále může být HUS asociován s HIV infekcí, malignitami

a jejich léčbou, těhotenstvím, SLE, ev. chinem indukovaný a jině.

Typický D+HUS (asociovaný s průjemem) představuje až 90 % z celkového počtu. Incidence je 2,1 na 100 000 obyvatel/rok. V etiologii se uplatňují nejčastěji enterohemoragické kmeny *E. coli* produkující shiga toxin, nejčastěji sérotyp O 157:H7. V Asii, Africe se jako etiol. agens uplatňuje též *Shigella dysenteriae*.

Nejčastěji je přenos fekálně-orální cestou – požitím kontaminovaného masa, mléka, ovoce a vody. Při infekci dítěte enterohemoragickou *E. coli* je riziko vzniku HUS asi 15 %. Shiga toxin adhezuje na střevní sliznici, blokuje syntézu proteinů, indukuje apoptózu, vede k tvorbě trombů. Inkubační doba onemocnění je 3–8 dnů.

Onemocnění začíná jako akutní hemoragická enterokolitida se zvracením a bolestmi břicha. Na kůži mohou být projevy hemoragické diatézy (petechie, sufuze), pacient je bledý, unavený, subikterický. S rozvojem akutního renálního selhání dochází k retenci tekutin a dusíkatých látek s nárůstem otoků.

Zdravotní stav může komplikovat invaginace nebo perforace střevní stěny. Závažné jsou též neurologické příznaky – nejčastěji porucha vědomí, křeče v důsledku edému mozku nebo krvácení do CNS, vzácně se může rozvinout akutní pankreatitida nebo postižení myokardu.

Laboratorní známky jsou hemolytická anémie s nálezem schistocytů v krevním nátěru, dále trombocytopenie, hyperazotémie. V močovém sedimentu nálezný proteinurie, hematurie.

Léčba probíhá na JIRP a je komplexní – symptomatická úprava vnitřního prostředí, stabilizace tekutinové rovnováhy a krevního tlaku. Až u 2/3 dětí je nutná dialýza pro akutní renální selhání.

Indikací k dialyzační léčbě je výrazný pokles glomerulární filtrace, hyperhydratace s otoky, hyperkalémie a metabolická acidóza.

Nutné jsou opakované substituce krevních převodů, léčba antibiotiky není u pacientů s D+HUS indikována. V současné době probíhají humánní studie kauzální léčby monoklonální anti Stx protilátkou, schopnou neutralizovat shiga toxin.

Mortalita D+HUS činí 5 %, nejčastější příčinou jsou pozdní diagnostika, výrazná hyperhydratace, septické komplikace, k rychlému úmrtí může vést neurologické postižení. Spontánní remise u D+HUS je za cca 1–3 týdny od prvních projevů.

Většina pacientů se plně uzdraví. U 20 % dětí se popisuje různé závažné renální reziduální postižení, u části dětí je progresse do CHRI. Může přetrvávat sekundární hypertenze nebo reziduální močové nálezy (proteinurie, hematurie a jiné). V případě chronického postižení ledvin je indikováno podání ACE inhibitorů, sartanů. V případě chronického renálního selhání je pacient dialyzován a následně transplantován. Extrarenální chronické postižení (chronické postižení CNS, pankreatu) je velmi vzácné, ale závažné.

Závěr

D+HUS je závažné, potenciálně letální onemocnění, u většiny dětí je však prognóza při včasné diagnóze a adekvátní symptomatické léčbě dobrá.

I u našeho pacienta došlo přes potřebu dočasné dialyzační podpory k pozvolné úpravě renálních funkcí, jako reziduum ještě přetrvává lehká sekundární hypertenze a mírná proteinurie, obojí se zatím příznivým vývojem s pokračující regresí. Zda se i tyto parametry postupně znormalizují, se ještě spolehlivě říci nedá.

I přes nízkou incidenci onemocnění v Evropě je na ně potřebné myslet zejména u dětí věkové skupiny kojenců a batolat s hemoragickými průjmy a mikrobiologické vyšetření zacílit směrem k vyloučení infekce enterohemoragické *E. coli* O 157:H7 (je vhodné laboratoř o krvavých průjmech dítěte a podezření na tuto infekci informovat). Myslet na to, že je zejména u dětí s těžším průběhem průjemového onemocnění potřebné opakovaně kontrolovat krevní obraz, parametry vnitřního prostředí a diurézu a nepovažovat vždy pokles diurézy a vzestup dusíkatých metabolitů v krvi jen za projev nedostatečné hydratace pacienta.

Nyní
ještě blíže
mateřskému
mléku



Prebiotická vláknina GOS

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

Nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA

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

Nukleotidy

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

Mateřské mléko je naší inspirací.

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

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

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

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

Odkazy na odbornou literaturu: 1. Ben HM, Zhou XY, Zhao WH, Yu WL, Pan W, Zhang WL, et al. Supplementation of milk
formula with galacto-oligosaccharides improves intestinal micro-flora and fermentation in term infants. Chin Med J 2004;
117:327-33. 2. Fanaro S, Mariani B, Bagna M, Vigi V, Fabris C, Pano-Quintana L, et al. Galacto-oligosaccharides are bifidogenic
and safe at weaning: a double-blind randomised multicenter study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(3): 82-8. 3. Buck RH,
Thomas DL, Winship TR, Cordle CT, Kuchan MJ, Bagges GE, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status.
Part 2: Immune cell development. Pediatr Res 2004 Dec; 56(5): 890-900. 4. Schaller JP, Kuchan MJ, Thomas DL, Cordle CT, Winship TR,
Buck RH, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: Humoral responses. Pediatr Res 2004 Dec; 56(5): 883-89.
5. Gutiérrez-Castrellón R, Mora-Mugabui L, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez G, Ramírez-Mejías J and Salomon-Santibáñez GA. Immune
response to nucleotide-supplemented infant formulas: systematic review and meta-analysis. British Journal of Nutrition 2007; 98 (Suppl 3): S54-7.

NOVINKA
NA DOBRU
NOC



800 201 102

www.nutradefense.cz



Ze světa odborné literatury...

■ Fyzikální aktivity, fitness centra u adolescentů s porovnáním odezvy koncentrace leptinu

Leptin je cytokin primárně vytvářený v tukové tkáni, který informuje CNS o energetických zásobách. Je rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění, inzulinové rezistence druhého typu diabetes mellitus a nyní je i rizikovým faktorem dospívajících z hlediska srdečních onemocnění. Autoři se snažili zjišťovat souvislosti mezi uvedenými fitness centry a hodnotami leptinu při současném měření kožní řasy. Tuto řasu měřili na 6 místech povrchu těla. Do souboru zahrnuli 902 adolescentů, z toho 509 děvčat, stáří 12–17 let. Měřili výšku, váhu, kožní řasy, BMI. Fyzikální aktivity a fitness centra jsou v negativní korelaci s leptinem, ale mnohdy není korelace s kožní řasou. Již čtyřměsíční aktivity v centrech měřená dosažením pulsové frekvence nad 150/min se projeví poklesem leptinu.

J. Pediatr. 2012;160:598–603

■ Průběh a rizikové faktory pro perzistenci IgE zprostředkované alergie na kravské mléko

Popisován základní průběh IgE při alergii na KM se snahou o určení rizikových faktorů při perzistenci alergie v dané kohortě. Skupina 54 kojenců s IgE zprostředkovanou alergií byla vybrána z populace 13 000 dětí. Tyto děti byly sledovány po porodu, jejich diagnóza byla potvrzena na základě anamnézy, kožního Prickova testu a testu perorálního. Tito kojenci byli sledováni po dobu 48–60 měsíců. 31 dětí (57 %) se klinicky upravilo během sledované periody z IgE zprostředkované alergie na KM. Většina kojenců (70,9 %) se klinicky upravila během 2 let. Byly zahrnuty rizikové faktory pro perzistenci při multivariantní analýze včetně reakce po 10 ml mléka při první expozici. Ukázalo se, že děti s původně větší reakcí v kožním i perorálním testu mají zvýšené riziko pro perzistenci alergie na KM.

J. Pediatr. 2012;161:482–487

■ Biomarkery mozkového poškození u neonatální encefalopatie léčené hypotermií

Neonatální encefalopatie je devastující důsledek prenatální a neonatální hypoxie. Navzdory terapeutickým efektům zůstává 30–70 % těchto dětí poškozeno. Autoři se snažili určit

další včasné biomarkery mozkového poškození. Určovali proto S 100B, což je neurotrofický protein, který se uvolňuje v místě poškození astrocytů, a NSE, neuron specifickou enolázu. Ta je zase markerem poškození neuronů. Jejich vysoké hodnoty jsou spojeny s neurologickým poškozením a klinickou evidencí encefalopatie. Novorozenci, kteří dostávali celotělovou terapeutickou hypotermii, byli automaticky zařazováni do studie. Vzorky byly odebrány na začátku, po 12, 24 a 72 hodinách. S 100 a NSE byly měřeny z umbilikální nebo venózní krve enzymo-imunoanalýzou. NMR pak ještě vyšetřena u dětí, které přežily 7. den života. Standardní neurologické vyšetření prováděno 14. den života. Lineární regresní analýza byla získána ohodnocením asociace mezi S100 a NSE a nepříznivým průběhem. Byli zařazeni novorozenci se střední nebo těžkou encefalopatií. Z naměřených hodnot těchto dětí byla nápadná střední hodnota pupečnickového pH 6,9 a průměrné hodnoty Apgar skóre v 1., 3., 5. a 10. minutě. Korelace uvedených hodnot S 100 a NSE byla statisticky signifikantní a hodnotitelná ve vztahu k výše uvedenému pH a nízkým hodnotám Apgar skóre v 5. minutě spolu s odpovídajícím klinickým obrazem. Uvedené mozkové proteiny tak mohou být užitečné při hodnocení míry mozkového poškození po hypoxiích.

J. Pediatr. 2012;161:434–440

■ Spánek a IQ u dětí v MŠ v Číně

Autoři se snažili určit spánkové problémy a únavu i asociace s kognitivními funkcemi. Bylo vyšetřeno a sledováno 1656 dětí ve věku 5,7 roku. Spánkové problémy se týkaly dětí v procentuálním rozmezí od 9 % do 70 %. Také 10–50 % následných školáků má spánkové problémy. Důležitý je iniciativní spánek. Ze spánkových problémů převládaly noční můry 31 %, problémy iniciativního (zahajovacího) spánku 39 %, spánková mluva 28 %, méně spánku z hlediska časového 24 %, spánková odolnost a motorický neklid ve spánku 23 %, únava z fragmentovaného a nedostatečného spánku 29 % a následný nedostatek energie 12 %. Nekvalitní spánek se u dětí zobrazí především v poruše kognitivních (paměťových a kombinačních) funkcí.

P. S. – poznámka autora: I v našem školství již bijí na poplach z katastrofálního nedostatku pohybu u dětí, nedostatečného pohybu na slunci (narůstající osteoporóza dětí a rodičů, zvl. žen po 50. roce), počítačů, facebooku,

denního až psychiatrického posílání SMS kolem 70 denně u školáků, vzájemně si potvrzujících svoje postavení v kolektivu, až anxiózního charakteru, motorické neobratnosti školáků, a to nemluvě o obezitě. Mnoho dětí s nulovým volným pohybem venku po škole, místo toho 2–4 hodiny využívají moderní masmediální prostředky, mnohdy sloužící i u dětí, zvl. dospívajících, zcela záměrně a promyšleně k masáži CNS. To vše se projevuje na nekvalitním spánku, nedostatečný pohyb je také nedostatečnou stimulací CNS!

J. Pediatr. 2012;161:520–525

■ Studie obdenních a týdních dávek erythropoetinu u nezralých dětí

Skupiny nezralých dětí s hmotností pod 1500 g a stářím více než 7 dnů byly rozděleny do dvou skupin. Porovnávány KO, diff, hodnoty retikulocytů, počty nutných transfuzí ve vztahu k podávání erythropoetinu v dávce buď 1200 U/kg 1× týdně, nebo 3× týdně po 400 U/kg s.c. nebo i.v. cestou. Celkem zahrnuto 20 extrémně nezralých dětí, 10 v každé skupině. I při podávání 1× týdně hodnoty HTK, retikulocytů i počet nutných transfuzí zůstávaly stabilní. Žádný vedlejší efekt nebyl pozorován při větší týdenní dávce a nebyl ani patrný rozdíl v počtu retikulocytů.

J. Pediatr. 2012;160:790–795

■ Epidemie pertuse v Kalifornii

Kalifornie má dnes zkušenosti s největší epidemií černého kašle za posledních 60 let. 9000 případů, 809 hospitalizací a 10 úmrtí. Probíhala v roce 2010 po dobu celého roku. Nejvíce postiženy děti Hispánců pod 6 měsíců věku. Všechny děti pod 3 měsíce věku byly hospitalizovány na JIP a všechny zemřely. Většina dětí uvedeného souboru byla vakcinována podle doporučení. Ale 9 % dětí od 6 měsíců do 18 let vakcinováno nebylo. Většina nemocných byli plně vakcinováni preadolescenti s průměrem kolem 10. roku věku. Do popředí se dostává imunizace těhotných žen a také dětí novorozeneckého věku. Další je otázka titru protilátek v 10 letech (pozn.: u nás již známá a připravovaná záležitost). Nezbyvá, konstatují autoři, než zvážit trvání imunity a další očkování difterie, tetanu a acelulární pertuse.

J. Pediatr. 2012;161:1091–1096

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



Aktuality...

Jako živá. Dýchající, krvácející, ale i plačící figurína učí české záchranáře

Pražští záchranáři nacvičují záchranu lidského života na věrném simulátoru člověka. Figurína dokáže reagovat na jejich práci třesem, krvácením, chroptěním, pláčem nebo zvuky napodobujícími zvracení. Hlavní výhodou proti stávajícím modelům je časová realita nácviku. Pokud záchranáři udělají chybu, silikonový pacient může zemřít.

Vyjeli jsme k simulované dopravní nehodě, kde záchranáři oživují pacienta se zástavou srdce. Po několikaminutové neúspěšné masáži přichází na řadu elektrický výboj z defibrilátoru, který obnovuje správnou činnost. Záchranáři zachránili pacientovi život po zhruba sedmi minutách. Takto rychlý scénář se ale nemusí vždy opakovat. Zdravotníci proto cvičí na výukovém modelu člověka SimMan3g.

V praxi je nesmí nic zaskočit, proto podstupují výcvik nezbytný k resuscitaci (oživování) a dalším urgentním výkonům. Záchranáři se občas dostávají k zákrokům, které jsou méně časté. Je třeba, aby na ně byli připravení, nelze se je učit až v terénu na pacientovi, kterému jde o život. Figurína funguje pro tyto účely čtvrtým rokem a zdravotničtí pracovníci na ní trénují pravidelně, téměř denně.

„Tato figurína, na rozdíl od té normální, žije v daném čase. Pokud s ní nebudeme dýchat, nenahradíme jí srdeční činnost, nepodáme správné léky, umře nebo bude mít nějaké následky. Pro nás je v tomto případě časový faktor velmi důležitý, všechny výkony musíme provádět ve stejném čase jako v reálné praxi,“ vysvětluje zdravotnický záchranář Alan Ryba.

Figurína se potí i mrká

Figurína se dá ovládat bezdrátově. Je vybavena funkcemi, které se co nejvíce blíží životním funkcím zdravého člověka i pacienta ve stavu ohrožení života. Model skutečně dýchá, zorničky reagují na světlo, mrká, tlučte mu srdce, mluví, kašle, brečí, potí se i močí. Může simulovat celou škálu neodkladných stavů, v rámci léčby lze podávat i léky ve formě vody, na které model reaguje jako skutečný člověk.

„Můžeme u něj provést punkci hrudníku, zajistit vstup do cévního řečiště. Jak do žíly na paži, tak do dutiny kosti se mu dají podávat léky. Dávkování musí záchranář provést jako u normálního člověka. Když figurína představuje diabetika v bezvědomí, po podání glukózy se probere. Dále může simulovat srdeční infarkt, dušnost, úrazy, bolesti břicha. Prostě všechny běžné situace, se kterými se v terénu setkáváme,“ říká záchranář.

Simulátor vydrží zhruba čtyři hodiny bez napájení, lze ho umístit kamkoliv. Systém celou výukovou záchrannou akci zachytí na kameru včetně zvuku a zaznamená veškeré úkony, které byly provedeny. Pak celý výkon vyhodnotí a určí úspěšnost.

„Simulátor řídí lektor bezdrátově s pomocí notebooku, dopředu zadá scénář záchranné akce. Záchranáři pak cvičí úplně sami, lektor je mimo místnost. Přes kameru vidí a slyší, co říkají figuríně. Záchrana života je tedy pouze na nich,“ dodává Ryba.

Pražská zdravotnická záchranná služba zakoupila medicínský simulátor za více než 2 milióny Kč ze svých prostředků. Tento simulátor

je jedním z nejlepších na světovém trhu. Jsou na něm použity nejnovější technologie v oblasti použitých materiálů a elektronického ovládání.

zdroj: M. Konárková, Novinky.cz, 15. 3. 2013

Petici za udržení kvality zdravotnictví podepsalo přes 50 000 lidí

Petici organizovanou lékařskými odbory a zdravotníky za zachování kvality péče v českém zdravotnictví do čtvrtka podepsalo 50 700 osob. Oznámil to šéf České lékařské komory Milan Kubek. Právě kvůli zhoršující se kvalitě zdravotnictví část lékařů minulý týden v pátek zavřela ordinace.

Kubek očekává, že se nasbírá alespoň 100 000 podpisů jako loni pod sérií petic za záchranu dostupné sítě nemocnic. Zdravotní pojišťovny pak ustoupily od plánu zrušit až 6000 lůžek.

Petice podle Kubka vzbudila zájem pacientů o financování zdravotnictví a jeho organizaci, podpisy přicházejí z nemocnic, ordinací ambulantních specialistů, praktiků i od organizací pacientů. „Záleží teď na politikách, kdo hozenou rukavici zvedne a začne problémy zdravotnictví řešit,“ uvedl.

Ministr nechce do sporu zatahovat pacienty

Start petiční akce oznámil Kubek před měsícem. Podle komory snižují reformy ministra Leoše Hegera (TOP 09) dostupnost, kvalitu a bezpečnost zdravotní péče. Petice je dostupná na webu komory. Podpořily ji odbory, Hegera vyzvaly k odstoupení.

Ministr kritiku odmítl, komora i odbory podle něj jen straší pacienty, dostupná a kvalitní péče je podle něj zajištěna. Příjmy systému budou letos podle plánů zdravotních pojišťoven 228,9 miliardy korun s meziročním růstem 2,4 procenta, výdaje 230,849 miliardy s růstem 1,5 procenta.

Hegerovi se nelíbí, že komora zatahuje do boje o příjmy lékařů pacienty. V reformách chce pokračovat.

Petice je proti snižování veřejných výdajů na zdravotnictví, zbytečně drahým lékům či dlouhému cestování k lékaři a do nemocnice.

zdroj: čtk, 7. 3. 2013

Otravy metanolem přišly zdravotnictví na 50 miliónů

Metanолоvá aféra, která připravila o život 42 lidí a kvůli níž skončilo v nemocnici s otravou 124 lidí, přišla české zdravotnictví zhruba na 50 miliónů korun, propočítala ČTK. Další milióny však podle ministerstva bude stát léčba následků u těch, kteří otravu metanolem přežili, ale mají zdravotní komplikace.

Do „rozpočtu kauzy“ je zahrnut i nákup léku Fomepizol za 806 000 korun a testování vzorků alkoholu, které přišlo na 7,5 miliónu.

Zdravotní pojišťovny zatím výdaje na léčbu nevyčísly, udělají to prý až v případě soudního procesu, ve kterém by požadovaly náhradu



škody. Dohledaly by pak náklady na každého pacienta podle jeho rodného čísla. Náklady na léčbu neevidentují ani nemocnice, část úhrad totiž mohou mít i v paušálech. Propočty agentury potvrdil jako přiměřené náměstek ministra zdravotnictví Ferdinand Polák. Úhrnem léčba jednoho pacienta mohla vyjít zdravotní pojišťovny až na půl miliónu korun, ne každý ze 124 hospitalizovaných ale potřeboval všechny procedury a v tom nejvyšším možném počtu, takže celkem mohly za ně dát pojišťovny 50 miliónů, možná ale i o deset víc.

Léčba nebyla levnou záležitostí

Vedoucí lékař Toxikologického informačního střediska v pražské Všeobecné fakultní nemocnici (VFN) Sergey Zakharov řekl, že pacienti s metanolovou otravou dostávali Fomepizol, případně etanol. Krev od jedovaté kyseliny mravenčí, což je zplodina metanolu, jim vyčistila hemodialýza akutní či chronická. Nejzávažnější případy byly na ARO, vážné případy na JIP. Podle potřeby pak následoval pobyt na běžném lůžku. Po propuštění z nemocnice musejí pacienti docházet na kontroly. Na léčení jednoho pacienta jsou potřeba dvě až 16 balení Fomepizolu, podle závažnosti stavu. Jedno balení stojí zhruba 10 000 korun, pro jednoho pacienta tak vyšla léčba od 20 000 do 160 000 korun. Nemocnice dostaly léky z centrálních zásob, které nakoupilo ministerstvo zdravotnictví, část léků také ČR dostala darem. Zdravotní pojišťovny tedy tyto léky neplatily.

Musely ale uhradit ostatní léčbu – za akutní dialýzu pro jednoho pacienta, která trvala v průměru osm hodin, 5700 korun, cyklů ale mohlo být víc v celkové délce až 18 hodin, úhrnem tedy až 13 000 korun.

Den na ARU stojí kolem 25 000

Za jeden den resuscitační péče na ARO hradí pojišťovny od 22 500 do 29 000 korun, za pět dní tedy 112 500 až 145 000 korun. Za jeden den intenzivní péče na JIP hradí od 4800 do 10 600, desetidenní pobyt pacienta stál pojišťovny 48 000 až 106 000 korun. Vedle toho hradily režii, laboratorní vyšetření, náklady na zdravotnický materiál a další léky na komplikace provázející metanolovou otravu. To vyčísleno není.

Některým pacientům byl podáván etanol, tedy čistý alkohol. Je výrazně levnější než Fomepizol, který je určen pro pacienty s poruchou vědomí či pod vlivem tlumivých látek, těhotné ženy a děti.

zdroj: čtk, 1. 3. 2013

Souhlas obou rodičů s léčbou dítěte již nebude nutný, Klaus podepsal zákon

Lékaři již v budoucnu nebudou k léčbě dítěte potřebovat souhlas obou jeho rodičů. Normu, která tuto podmínku zrušila, podepsal ve čtvrtek prezident Václav Klaus.

O Klausově podpisu informoval prezidentův mluvčí Radim Ochvat. „Zákon reaguje zejména na problémy s nezletilými pacienty a podávání informací o zdravotním stavu pacientů,“ uvedl.

Svou verzí předlohy, která ruší povinný souhlas obou rodičů se zvolenou léčbou dítěte, odsouhlasili minulý týden poslanci.

Norma reaguje na řadu výtek, která se loni po zavedení této podmínky v rámci zdravotnické reformy snesla. Opatření totiž přineslo potíže, zejména v těch případech, kdy rodiče dítěte nežili spolu, případně nebyli s to se dohodnout.

Podle novely bude sice stačit souhlas dítěte s léčbou, ovšem za předpokladu, že lékař uzná, že je takový postup přiměřený s ohle-

dem na rozumovou vyspělost pacienta. Pokud tomu tak nebude, bude nutný souhlas rodiče. Ten k tomu však bude moci zmocnit například prarodiče nebo chůvu.

zdroj: Novinky.cz, 28. 2. 2013

V Moravskoslezském kraji přibýlo svrabu

Na severu Moravy a ve Slezsku loni ve srovnání s předchozím rokem výrazně stoupl počet onemocnění svrabem. V roce 2011 zaznamenali hygienici 410 případů výskytu, zatímco loni to bylo o téměř 100 případů nárůstu více, uvedla v úterý krajská hygienička Helena Šebáková. Podle ministerstva zdravotnictví nemocnost svrabem kolísá v několikaletých cyklech a nynější stav není nijak výjimečný.

„Statistika hlášených onemocnění svrabem v Moravskoslezském kraji ukazuje, že v posledních letech případů neubývá. Navíc předpokládáme, že ne všechna onemocnění jsou hlášena a řada případů je evidována pod jinou diagnózou kvůli sekundárním projevům nemoci,“ uvedla Šebáková. Dodala, že v regionu se stále objevují také hromadné výskyty onemocnění, a to například v zařízeních sociálních služeb, kde někdy bývá svrab správně diagnostikován až po rozšíření onemocnění.

Podle dat ministerstva letos svrabem nejčastěji onemocněli lidé starší 85 let a mladiství ve věku mezi 15 a 19 lety. Obecně se nemoc častěji objevuje v zimních měsících. „Mezi hlášenými onemocněními v roce 2013 jsou i rodinné výskyty a dvě drobné epidemie, např. v domově důchodců a mezi zdravotnickým personálem,“ sdělila mluvčí resortu Viktorie Plíková.

Vývoj počtu onemocnění svrabem v ČR do 8. týdne v daném roce					
rok	2004	2005	2006	2007	2008
výskyty	534	563	559	423	363
rok	2009	2010	2011	2012	2013
výskyty	393	441	405	520	552

zdroj: Ministerstvo zdravotnictví

„Svrab patří mezi přenosná onemocnění. Jde o relativně časté onemocnění kůže, které je způsobeno kožním parazitem – zákožkou svrabovou,“ uvedla Šebáková. Svrab se nejčastěji objevuje v meziprstních prostorech na ruce, na vnitřní straně loktu, zápěstí, genitáliích či v okolí pupku.

Nemoc se podle hygieniků přenáší přímým kontaktem s nemocným, případně pobyt v prostředí, kde se nakažené osoby pohybují. Podle Šebákové mohou být problematickými místy například věznice, ale i zdravotnická či sociální zařízení. Inkubační doba je čtyři až šest týdnů.

zdroj: čtk, 26. 2. 2013

Francie proplatí dívkám antikoncepci

Francouzské dívky ve věku od 15 do 18 let budou dostávat zdarma antikoncepci a všechny Francouzky budou mít právo na bezplatné dobrovolné přerušení těhotenství. Sdělila to 8. března francouzská ministryně sociální péče a zdravotnictví Marisol Touraineová. Opatření, které podle serveru deníku Libération zvýší roční náklady na státní zdravotní systém o 13,5 miliónu eur, začne platit od 31. března. Stoprocentní proplácení antikoncepce mladistvým



a potratu všem ženám sliboval socialistický prezident François Hollande v kampani před svým loňským zvolením. Dosud zdravotní pojišťovna proplácí dívkám 65 procent ceny některých pilulek a dalších antikoncepčních prostředků. Dobrovolné potraty jsou zatím zdarma jen pro nezletilé ženy, ostatním se proplácí 70 až 80 procent ceny. Zárok stojí 200 až 450 eur podle toho, zda se provádí v nemocnici nebo v ordinaci a zda chirurgicky nebo léky.

zdroj: čtk, 11. 3. 2013

WHO: Evropa žije zdravěji

Životy Evropanů se v minulých letech prodloužily a jejich zdraví se zřetelně zlepšilo. Mezi východem a západem kontinentu, mezi muži a ženami a mezi bohatými a chudými ale panují značné nerovnosti, sdělila ve své zprávě o vývoji zdravotní situace v Evropě 13. března Světová zdravotnická organizace (WHO).

WHO ve zprávě vydávané každé tři roky konstatuje, že v 53 zemích regionu s celkem 900 milióny lidmi se střední délka života neboli naděje dožití zvýšila za 30 let do roku 2010 o pět let na 76 let. WHO ovšem do své definice „Evropy“ zahrnuje i bývalé středoasijské sovětské republiky. Příčinu výrazného vzestupu délky života WHO vidí v poklesu úmrtnosti z některých příčin v čele s automobilovými nehodami a mateřskou a kojeneckou úmrtností. Důležitým faktorem jsou i snahy o snížení některých zdravotních rizik a zlepšení sociální a ekonomické situace v regionu. Kojenecká úmrtnost klesla v evropském regionu WHO od roku 1990 o 54 procent na 7,9 úmrtí na 1000 živě narozených dětí, což je nejméně na světě. Míra úmrtnosti matek při porodu se propadla o 50 procent a stejným tempem se snížila úmrtnost v důsledku autonehod. „Dobrá zpráva je, že celková úmrtnost u všech příčin úmrtí v evropském regionu dál klesá,“ řekla podle agentury Reuters spoluautorka zprávy Ritu Sadanová. „Velmi významné ale je, že národní průměry ukazují na ohromné nerovnosti – zejména na rozdíly mezi východem a západem,“ dodala. Regionální ředitelka WHO Szusana Jakabová označila tyto nerovnosti za „zbytečné a nespravedlivé“.

Hlavními příčinami úmrtí v evropském regionu jsou nepřenosné choroby jako nemoci srdce a rakovina. Kardiovaskulární nemoci se na celkovém počtu úmrtí podílejí zhruba 50 procenty, rakovina 20 procenty a další nepřenosné nemoci deseti procenty. Přenosné choroby jsou nadále na ústupu, pro WHO je ale nadále zdrojem obav tuberkulóza a pohlavně přenosné choroby v čele s AIDS. Mezi muži a ženami panuje nadále velká nerovnost v délce života. Zatímco ženy měly v roce 2010 naději dožít se v průměru 80 let, u mužů to bylo jen 72,5 roku. Mezi východem a západem regionu je nápadný rozdíl v mírách předčasné úmrtnosti, tedy v úmrtích před dosažením věku 65 let. Největší příčinou předčasných úmrtí se stala v posledních letech rakovina, která z této pozice sesadila kardiovaskulární nemoci. Úmrtnost na rakovinu je v jednotlivých zemích rozšířená Evropy velmi rozdílná a pohybuje se od pěti procent v některých zemích po více než 30 procent v jiných, uvedla WHO.

zdroj: čtk, 13. 3. 2013

INZERCE

248 10-12

Přijmeme pediatra na plný úvazek (ev. i částečný) pro ordinaci v Praze 4, **Poliklinika Budějovická**. Práce v dobře vybaveném zdravotnickém zařízení, dobré platové podmínky, benefity, zavedená praxe. Nástup možný ihned.
kontakt: alena.petrakova@mediconas.cz, tel.: 261 006 476.

256 1-13

Předám dobře zavedenou dětskou **praxi v Praze 3**.
Telefon 775 725 306.

257 2-13

Přijmeme pediatra pro ordinaci PLDD v **Roztokách u Prahy** na plný či částečný úvazek. Moderně vybavená ordinace, přátelské prostředí, dobré ohodnocení, benefity, dostupné pražskou MHD. **Nástup 5/2013** či dle dohody. T: 608 284 740, prace@strediskoroztoky.cz.

259 2-13

Hledám nástupce do ordinace PLDD v **Třebíči**.
Telefon 723 448 566.

261 3-13

Přenechám za výhodných podmínek **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost v **blízkosti Českých Budějovic**. Bližší informace na tel. 604 318 717.

262 3-13

Prodám praxi PLDD na **Vysočině**. Tel.: 603 732 466.

263 3-13

Do ordinace PLDD **hledám kolegyni** či kolegu ke spolupráci od září 2013. Práce na 2–3 dny v týdnu na menším zaběhnutém obvodu **20 km od Prahy a Kladna** (Praha-západ). Pěkné nové prostředí, šikovná sestra. Spolupráce možná až na 2–3 roky. Tel. 605 887 300, e-mail: posta@terapiedeti.cz.

264 3-13

Prodej ordinace PLDD s praxí. Ordinace je perspektivní, moderní, nachází se ve vlastních prostorách v paneláku po rekonstrukci (bývalé kyjeváky), vlastní vchod, v **obci Milovice nad Labem** – byt 3+1, plocha 55,17 m², k ní náleží sklep 2 m², kočárkárna 4,96 m², vstupní rampa. Cena za nemovitost 1 500 000 Kč, cena vybavení 200 000 Kč, cena praxe 500 000 Kč, mob.: 723 432 281.

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

Autodidaktický test 4/2013

Cystická fibróza

1. Každý 27. člověk v ČR je nosičem mutace pro CF. Jde o nejčastější autozomálně recesivně dědičné onemocnění s frekvencí výskytu 1:3000 novorozenců. Od října 2009 bylo proto začleněno vyšetření na CF do novorozeneckého screeningu z kapky krve nanesené na „Guthrieho kartičku“. Dosud je známo přes 1900 mutací genu pro CF. Nejčastější mutací tohoto genu v ČR je:

- a) 1717 G>A
- b) G542X
- c) W1282X
- d) N1303K
- e) Δ F508
- f) CFTRdele
- g) G551D
- h) R553X

2,3

2. Gen, který zodpovídá při mutaci za klinické projevy CF, se označuje jako CFTR. Tento gen je odpovědný za:

- a) syntézu receptoru na povrchu buněk, který zajišťuje transport sodíku vně buněčnou membránu
- b) syntézu proteinu v buněčných organelách, který je transportován na bazální membránu buněk, kde tvoří chloridový kanál
- c) syntézu proteinu v buněčných organelách, který je součástí buněčné stěny a tvoří kalciový kanál
- d) syntézu proteinu v buněčných organelách, který je transportován na apikální membránu buněk, kde tvoří chloridový kanál

3. Zlatým standardem diagnostiky CF je potní test pomocí pilokarpinové iontoforézy. Při zjištění hladiny Cl v potu v hodnotách

- a) 10–30 mmol/l jde o normální nález
- b) 10–60 mmol/l jde o normální nález jednoznačně vylučující dg. CF
- c) > 60 mmol/l jde o normální nález vylučující dg. CF
- d) < 90 mmol/l jde o normální nález, který s vysokou pravděpodobností vylučuje dg. CF
- e) > 30 mmol/l jde o jasně patologický nález potvrzující dg. CF

4. Z odebrané kapky krve z patičky novorozence na novorozenecký screening vrožených metabolických vad se u testu na CF stanovuje:

- a) hladina chloridů
- b) hladina imunoreaktivního trypsinogenu
- c) hladina imunoreaktivního pepsinu
- d) hladina imunoreaktivního C peptidu
- e) mutace genu pro CFTR molekulárněgenetickou analýzou (panel 50 nejčastějších mutací)

5. V lednu 2012 zaregistrovala FDA přípravek ivacaftor, který zásadním způsobem zasahuje do léčby některých pacientů s CF. Je schválen pro pacienty od 6 let věku, kteří jsou nositeli mutace G551D genu pro CFTR. Přípravek:

- a) opravuje mutaci v genu pro CFTR, kde došlo k sestřihu 3. intronu a tím chybné struktury proteinu CFTR
- b) opravuje protein CFTR produkovaný genem pro CFTR, kde glycin je v poloze 551 nahrazen aspartátem
- c) pomáhá proteinu CFTR migrovat z místa syntézy v buněčných organelách do buněčné membrány
- d) pomáhá zlepšit transport chloridů chloridovým kanálem tvořeným proteinem CFTR

6. Novorozeneckým screeningem

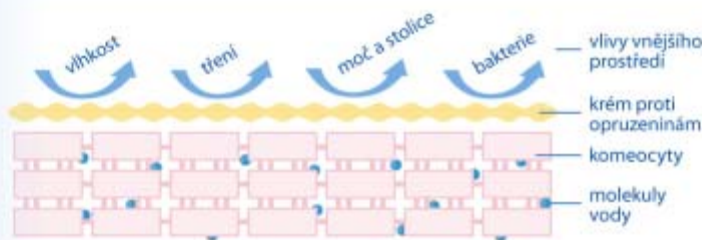
- a) se zachytí 100 % novorozenců s CF, proto se již PLDD nemusí diagnostice CF u dětí narozených po říjnu 2009 věnovat
- b) se zachytí cca 90 % novorozenců s CF, proto stále musí PLDD na možnost CF pamatovat, a to i u dětí, které prošly novorozeneckým screeningem

Až 50 % miminek někdy trpí opruzeninami¹

JOHNSON'S[®] Baby krém proti opruzeninám napomáhá udržovat pokožku hydratovanou a zdravou.



Účinky krému proti opruzeninám při pohledu na příčný řez pokožkou²



Krém proti opruzeninám napodobuje přirozenou funkci kůže tím, že vytváří dlouhotrvající bariéru, která udržuje optimální úroveň vlhkosti.³



Prevence je nejlepší cestou ke snížení rizika vzniku plenkové dermatitidy¹

JOHNSON'S[®] Baby krém proti opruzeninám obsahuje pečlivě vybrané složky, které pokožku zklidňují.

Složení	Benefity
Zinc Oxide, Lanolin	
Výtažek z „Avena Sativa Kernel“	• efektivní ochrana pokožky
Výtažek z „Olea Europea Leaf“	• uklidňující účinek
Tokoferoly (vitamin E)	
Helianthus Annuus Seed Oil	• stabilita produktů
Glycerin	• ověřeno spotřebiteli
Magnesium Sulphate	
Zinc Stearate	
Konzervanty, Parfémové složky	

JOHNSON'S[®] Baby, ty největší zkušenosti v péči o opruzeniny:

- Prevence je nejlepší způsob, jak udržet plenkovou oblast bez zarudnutí a podráždění
- Dětská pokožka je citlivá, a proto vyžaduje jemné čištění a ochranu vlhkosti
- JOHNSON'S[®] Baby koupel pro celé tělo a vlásky a JOHNSON'S[®] Baby vlhčené ubrousky čistí lépe než samotná voda a navíc zohledňují křehkou dětskou pokožku
- JOHNSON'S[®] Baby krém proti opruzeninám je nedílnou součástí každodenní péče o kůži a měl by být používán při každé výměně plenek
- JOHNSON'S[®] Baby krém proti opruzeninám poskytuje okamžitou péči již od prvního použití

JOHNSON'S[®] Baby krém proti opruzeninám:
bariéra, hydratace a zklidňující složky v jednom

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

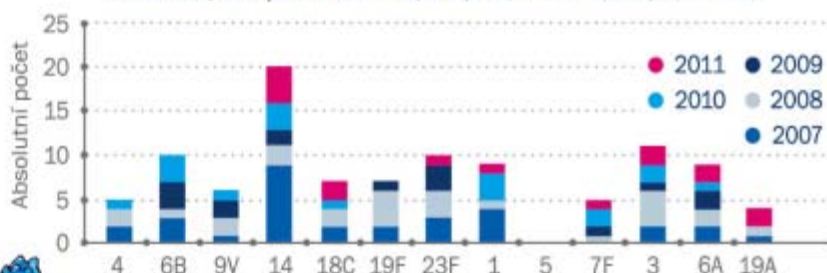
Seznamte se...

- V řadě zemí významná příčina invazivních pneumokokových onemocnění^{1,2,3}
- Jako příčina IPO u dětí do 5 let zachycen i v ČR⁴
- Častá příčina akutních otitis media^{1,5,6}
- Spojen s vyšší rezistencí na antibiotika, izolovány i multirezistentní formy^{1,5,6}



sérotyp
19A

Distribuce sérotypů *S. pneumoniae*, zahrnutých v konjugovaných vakcínách, děti pod 5 let věku, IPO, ČR, 2007–2011, data NRL⁴



Graf adaptován
dle Motlové et al., 2012⁴



Prevenar 13

je jediná pneumokoková
konjugovaná vakcína,
která pokrývá
sérotyp 19A^{7,8,9}

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

Zkrácená informace o přípravku - Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná). • **Lečivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcal polysaccharide serotypes 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). • Konjugován s nosným proteinem CRM₁₉₇ a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,125 mg hlinitku). • **Indikace:**

Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 5 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších. • **Dávkování:** Imunizační schémata přípravkem Prevenar 13 by měla být založena na oficiálních doporučeních. Kojenci ve věku 6 týdnů – 6 měsíců: Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Dříve nekonjugovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců: Kojenci ve věku 7 – 11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12–23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti ve věku 2 – 5 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. • **Okresní schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dříve očkováných přípravkem Prevenar (7valentní) (Streptococcus pneumoniae serotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F):** Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. Malé děti (ve věku 12–59 měsíců) očkované přípravkem Prevenar (7valentní) v kompletním schématu: Malé děti, které byly kompletně imunizované přípravkem Prevenar (7valentní), by měly dostat jednu dávku po 0,5 ml přípravku Prevenar 13, pro navazování imunitní odpovědi vůči 6 dalším sérotypům. Tato dávka přípravku Prevenar 13 by měla být podána nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar (7valentní). Dospělí ve věku 50 let a starší: Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použito 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považované za vhodné, Prevenar 13 by měl být podán jako první. • **Způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. • **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na diagenický toxid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horáčnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. • **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Tato vakcína nesmí být podána jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos jasně převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánet středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkování jedince před pneumokokovým onemocněním. • **Interakce:** Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučeních očkovacích schémat. Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa očkování. • **Těhotenství a kojení:** Koexistují údaje o použití pneumokokového 13valentního konjugátu u těhotných žen. Není známo, zda je pneumokokový 13valentní konjugát vylučován do mateřského mléka. • **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patřily reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost. U dospělých osob artralgie, myalgie, bolesti hlavy, příjem, vyrážka, zimnice, nevolnost, zarudnutí v místě aplikace, indurace/otok v místě aplikace, bolest/přecitlivělost místa aplikace, omezená pohyblivost paže, snížení chuti k jídlu. • **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předpřipravené injekční stříkačce. • **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek Prevenar 13 je stabilní při teplotách do 25 °C po dobu 4 dnů. Na konci této doby má být přípravek použit nebo zlikvidován. • **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předpřipravené injekční stříkačce a pistovou zátku a ochranným krytým hrotem. • **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NL, Velká Británie. • **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-8. • **Datum poslední revize textu:** 22. 11. 2012. • **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti splňující podmínky dané zákonem č. 48/1997 Sb. v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznáňte s úplnou informací o přípravku.**

Reference: 1. Dierckx ED, Yargic ZA. Expert Review Vaccines 2009; 8(8): 977-986. 2. van Gils EJM, Veenhoven RH, Hak E et al. JAMA. 2010;304(10):1099-1106. 3. Kaplan SL, Barson WJ, Lin PL, et al. Pediatrics 2010;125:429-436. 4. Motlová J, Beneš Č, Kozáková J, Klířová P. Zprávy ČEM (SZÚ, Praha) 2012; 21(2): 51-58. 5. Fenoli A, Aguilar L, Viciosa MD et al. BMC Infectious Diseases 2011; 11:239. 6. Dagan R, Givon-Lavi N, Leibovitz E et al. J. Infect. Dis 2009;199(6):776-85. 7. SPC Prevenar 13. 8. SPC Synflorix. 9. SPC Prevenar

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

www.prevenar13.cz



Procesujeme spolehlivě pro obrovský svět

www.pfizer.cz

PRV-2012.02.071