

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

září 2013

číslo 7 • ročník 13



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Krvácení z GIT



- Ukončení registrace u PLDD v 19 letech
- Úhrada očkování
- Krvácení do gastrointestinálního traktu – enteroragie
- Meckelův divertikl – zdroj krvácení do GIT
- Krvácení do GIT u 2,5letého dítěte
- Fotoprotekce u dětí
- Antileukotrieny – vhodná alternativa v léčbě alergických onemocnění
- Akutní gastroenteritis a současné možnosti jejího ovlivnění



Pracujeme pro zdravější svět™



GlaxoSmithKline

NUTRICIA
Nutrilon
pokračovací a batolecí mléka



Správná volba pro úspěšný rozvoj dítěte

- Unikátní prebiotická směs scGOS/lcFOS (9:1)
podporuje imunitní systém*
- Optimální zastoupení LCPUFA pro **rozvoj kognitivních funkcí**
- Inspirováno 30 lety výzkumu mateřského mléka



Kojení je nejvhodnějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace jsou uvedeny na obalech a webových stránkách www.nutrilib.cz. Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely. Určeno pro odbornou veřejnost. NUTRICIA a. s., Na Hřebenech II 1718/10, 140 00 PRAHA 4, infolinka: 800 110 000.

* Bruzesse E et al., A formula containing galacto- and fructo-oligosaccharides prevents intestinal and extra-intestinal infections: An observational study. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2009; 28: 156-161.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Mgr. Jakub Uher – Právník radí	7
	Ukončení registrace u PLDD v 19 letech, je změna možná?	8
	Ing. František Elis – Úhrada očkování	12
	Dostupnost logopedické péče v ČR je podle odbornice špatná	13
	MUDr. Gabriela Kubátová – Zpráva ze zahraniční cesty	14
	MUDr. Parvine Gricová	16
	Espid European Society for Paediatric Infectious Diseases	
	Informace OSPDL ČLS JEP	17
	MUDr. Luděk Ryba	18
	Krvácení do gastrointestinálního traktu – enteroragie	
	MUDr. Martin Vyhnaněk	23
	Meckelův divertikl – zdroj krvácení do GIT v dětském věku	
	MUDr. Petra Dubská	25
	Krvácení do GIT u 2,5letého dítěte – kazuistika	
	Doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.	27
	Fotoprotekce u dětí	
	MUDr. Jarmila Turzíkova	29
	Antileukotrieny – vhodná alternativa v léčbě alergických onemocnění	
	MUDr. Helena Gastová	31
	Horečka a exantém jako příznak – kazuistika	
	MUDr. Pavel Frühauf, CSc.	34
	Akutní gastroenteritis a současné možnosti jejího ovlivnění	
	MUDr. Věra Kleplová	36
	Bodová cvičební metoda MUDr. Kleplové® v pediatrii	
	Ze světa odborné literatury	40
	Řádková inzerce	41
	Autodidaktický test, Genetika	42
	Vyhláška č. 190/2013 Sb., kterou se mění vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**ABBOTT
GSK
HERO
MEDAC
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION
PFIZER**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX
PEDIATRIAE**

www.detskylekar.cz

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

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

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

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

Obrazek na titulní straně namalovala ústy Natalina Marcantoni, převzato z nakladatelství UMŮN, 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.



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

síla slunečních paprsků pomalu, ale jistě slábně, den se krátí, rána jsou chladnější. Vše nám neklamně připomíná, že nejteplejší a nejslunnější období pomalu, ale jistě končí. Letošní léto bylo svým způsobem zvláštní. Vše začalo silnými dešti a povodněmi, aby pokračovalo do dnů plných tepla a sluníčka. Jedni mí známí se vrátili z dovolené ze subtropů a řekli mi, že snad poprvé nemají problém s aklimatizací. Z teplého prostředí se vrátili opět do teplého prostředí.

Zatímco si řada lidí užívala sluníčka i vody, řada politiků se vařila ve vlastní šťávě, a to bez ohledu na počasí. Léto totiž přineslo i vyvrcholení politické krize. S nebyvalou razancí zasahovala Policie ČR, zásahu se nevyhnul ani Úřad vlády. Jak plynul čas, tak i politická situace dospěla v ojedinělý krok, zákonodárná moc soustředěná do rukou Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR se rozplynula hlasováním o jejím rozpuštění. Stojíme tedy na prahu nových voleb.

Co se týká situace ve zdravotnictví – bez ohledu na počasí či vývoj politické situace se aktéři zodpovědní za nastavení úhrad ve zdravotnictví pokoušeli najít cestu ze složité situace limitované nedobrou ekonomickou situací v resortu. Nenajdete úsek či odvětví ve zdravotnictví, kde by nezaznívaly hlasy, že úhradový systém je nedostatečný, že dochází k propadu, že úhrady nepokrývají skutečné náklady atd.

Za této situace ale zaznívají také informace o změnách, které ať chceme, nebo ne, různou měrou zasáhnou nás všechny. Do naší činnosti podstatně zasáhne zavádění tzv. elektronického zdravotnictví. Co vlastně všechno může nastat? Začíná to u toho nejzákladnějšího, u smluv o poskytování a zajišťování zdravotních služeb. Elektronické přílohy se svou metodikou. Pokračovat můžeme přes vlastní činnost. Vykazování a hlášení očkování s vlastní metodikou, včetně hlášení do Clearingového centra. Mílovou rychlostí se na nás řítí elektronická forma receptu, opět s vlastní metodikou. Výjimka bude možná končit pro vystavování potřeby ošetřování a dočasné pracovní neschopnosti. MPSV totiž v tichosti prosadilo změnu zákona, podle které je papírová forma vystavení těchto dokladů pouze výjimkou, kterou musí tento orgán schválit. Dosud tak neučinil. No a v neposlední řadě jsou tu statistická hlášení o naší činnosti, opět formuláře, opět elektronická forma, opět vlastní metodika.

Je lékař vlastně ještě lékařem? Stíhat sledovat pozitivní vývoj v diagnostice a léčbě je pro mnohé už tak dost složité. Do této situace je třeba se vyrovnat se stále složitějším tzv. managementem vedení ordinace, nebývalý nárůst administrativy, metodik, hlášení apod. Do vlastní činnosti pak vstupuje i zavádění tzv. pozitivních lékových listů, kdy je lékař nucen přihlížet nejen k potřebné léčbě svého pacienta, ale i k výběru toho správného, snad lacinějšího léku.

Dalo by se pokračovat a našlo by se mnoho dalších bodů, o kterých by šlo prohlásit, že významně ovlivňují naši činnost, není to však předmětem této mé úvahy. Chtěl jsem se jen zamyslet nad tím, zda za dané situace šlo dosáhnout v cenových jednáních více. Naše dohoda pouze s drobnými odlišnostmi kopíruje letošní rok. S jednotlivými pojišťovnami budeme samozřejmě domlouvat určité individuální odlišnosti, nicméně... V současné situaci se stále více dostáváme do situace, kdy na prvním místě je udržení pozic, nikoliv jednání o tom, která z variant posune nejlépe smluvní vztah mezi námi a pojišťovnami o nějaký ten krůček dál. Je to sice smutné konstatování, ale to nám nebrání v tom, abychom se stále pokoušeli to změnit. Tým, který to má za úkol, ani jiné ambice mít nemůže a já stále věřím, že se mu to povede. Možná ne dnes, ale zítra?

Přeji všem hezké babí léto a vstup do možná nejbarevnějšího ročního období.

Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Předprázdninové období se neslo především v duchu hlídání chystaných legislativních změn. Chvat a nedokončená odborná diskuse nad základními zákony o zdravotních službách a specifických zdravotních službách vede ke komplikacím v činnosti řady zdravotnických zařízení, praktické lékaře pro děti a dorost nevyjímaje. V tomto období a v první polovině prázdnin došlo i k nečekaným kompromisům při jednáních se zdravotními pojišťovnami. Vše odstartovala jednání s VZP a OZP, kdy ze strany VZP došlo k posunu v otázce nasmlouvávání podmínek projektu AKORD, OZP zase slíbila přehodnotit svůj postup ve stanovení parametrů bonifikačního systému KHN. Pokračováním pak bylo dohodnutí kompromisů v Metodice pro očkování, což vedlo k doporučení podpisu tzv. očkovacích dodatků. V polovině července pak byla uzavřena dohoda pro základní úhradový mechanismus v roce 2014. Vše ještě musí posvětit resortní ministerstvo a na nás pak bude dohodnout bonifikační zvláštnosti s jednotlivými zdravotními pojišťovnami.

3.5. – předsednictvo Sdružení na svém pravidelném jednání projednalo aktuální informace o stavu legislativy, zejména chystaných změnách zákona o zdravotních službách. Vyhodnocena byla i schůzka s ministrem MUDr. Leošem Hegerem. Na této schůzce byla diskutována následující témata: zakomponování koncepce péče o dítě v legislativě, nepříznivý demografický vývoj v oboru PLDD, předčasné propouštění novorozenců a další body související s koncepcí péče o dítě v České republice. Předsednictvo dále s uspokojením konstatovalo, že došlo ke kompromisům ohledně tzv. očkovacích dodatků s tím, že finální verze byla členům doporučena k podpisu. V neposlední řadě se předsednictvo jednoznačně postavilo na stranu organizací protestujících proti způsobu zavádění elektronické preskripce, kdy poslancekou iniciativou, bez řádné odborné diskuse, byl přijat tento způsob předpisu léků jako jediný možný.

14.5. – k pravidelnému jednání se sešli zástupci Koalice soukromých lékařů. O výstupech informujeme na jiném místě časopisu.

16.5. – pracovní skupině projednávající změny výkonů v tzv. Seznamu výkonů byl předložen návrh na navýšení času a tedy i režie výkonů klinických vyšetření dětí do 6 let. Toto navýšení srovnává časovou režii s nově zaváděným výkonem ošetření dětí do 6 let u ambulantních specialistů. Návrh byl všemi přítomnými členy pracovní skupiny přijat bez připomínek.

17.–19.5. – v Bystřici pod Perštýnem se konal Sněm SPLDD. S usnesením z tohoto

jednání jsme vás seznámili již v předchozím čísle našeho časopisu.

14.6. – se zástupci VZP jsme diskutovali modely možné spolupráce s touto pojišťovnou, včetně modelů úhradových mechanismů. Za úspěch lze považovat rozdělení projektu AKORD na několik částí, umožňující zapojení řádově více praktických lékařů pro děti a dorost do tohoto projektu.

17.6. – na půdě Ministerstva zdravotnictví ČR proběhla schůzka na téma hranice registrace u PLDD. Jednání se zúčastnili zástupci zdravotních pojišťoven, profesních i odborných sdružení praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost a zástupci úseku zdravotního pojištění ministerstva v čele s náměstkem Ing. Petrem Noskem. O průběhu jednání blíže informujeme na jiném místě, nicméně je možno konstatovat, že v tomto bodě nelze dosáhnout dohody mezi oběma specializacemi praktických lékařů a resortní ministerstvo nenašlo odvahu tento spor rozseknout. Snad tedy někdy příště? Z naší strany o tom budeme dále jednat, neboť jsme přesvědčeni, že naše argumenty jsou správné a měly by vést ke zkvalitnění péče o dospívající populaci.

18.6. – Koalice soukromých lékařů mimo jiné hodnotila první výstupy z cenových jednání na rok 2014. Blíže informujeme na jiném místě časopisu.

19.6. – na půdě České stomatologické komory proběhlo první kolo jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2014. Na náš požadavek zazněla tradiční odpověď „nemáme – nedáme“, nicméně šlo

především o sondáž, jakým směrem uvažují oba aktéři při hledání cesty k eventuální dohodě v úhradových mechanismech pro další rok.

20.6. – spolu s předsedkyní Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP jsme se sešli s náměstkem pro zdravotní služby resortního ministerstva MUDr. Polákem, abychom si vyjasnili záměry resortu v problematice podpory vzdělávání praktických lékařů pro děti a dorost. K žádným konkrétním výstupům jsme však nedospěli, nicméně jsme se dohodli na dalším dialogu.

15.7. – další schůzka přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2014 nečekaně vedla k možnosti dosáhnout dohody. Vzhledem k situaci, kdy segment nemocnic deklaruje ekonomické problémy, Ústavní soud zrušil nadstandarty a navýšení poplatku za hospitalizaci, jsme společně s ostatními zástupci poskytovatelů segmentu praktických lékařů dospěli k závěru, že bude vhodné uzavřít dohodu, která zajistí minimálně zachování úhrad ve výši letošního roku. To se nakonec podařilo dokonce s drobnostmi, které by mohly pomoci některým PLDD zejména v otázce regulačních mechanismů. Do nich byl totiž zařazen i bod vyvinění, kdy je porovnáván lékař sám k sobě. Nikoliv jako samostatný bod, ale jako další z řady. Čili pokud se nevyviní lékař směrem k republikovým průměrům, může se vyvinut v rámci porovnání jeho vlastních nákladů. Uvidíme, co nám zařazení tohoto mechanismu přinese, každopádně ho budeme spolu s ostatními dále podrobně vyhodnocovat.



Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů v předprázdninové době sledovala především vývoj politické scény v České republice. Začátek prázdnin pak přinesl pád vlády a spolu s ním tedy i novou osobu na postu resortního ministra. Jaká ale bude úloha MUDr. Martina Holcáta, MBA? Jak dlouho bude zastávat post ministra a jaká změny bude chtít prosadit? Odpovědi na tyto základní otázky by měla přinést chystaná schůzka. V době uzávěrky tohoto čísla již bylo jasné, že MUDr. Martin Holcát se stal ministrem v demisi a Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR byla rozpuštěna. Nicméně řada vyhlášek by vydána být mohla. Jaké a s jakým obsahem?

■ Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 18. června 2013

1. Jednání s náměstkem ministra zdravotnictví Ing. P. Noskem

- Zástupci Koalice diskutovali s Ing. Noskem o současné nepřehledné politické situaci a jejích možných dopadech na zdravotnictví a poskytovanou zdravotní péči. Pokud by se konaly předčasné volby, termín ukončení činnosti současné vlády v září 2013 by umožnil předložení a schválení dokončené části novelizace Seznamu výkonů a v optimálním případě i úhradové vyhlášky.
- Kultivace Seznamu výkonů je provedena ze 70 %. MZ ČR plánuje předložit jej v červenci do vnitřního připomínkového řízení, následně do vnějšího a vydat jej do konce září ještě za současné vlády. Nedořešené zatím zůstávají chirurgické obory. Aktualizovaný Seznam výkonů nepovede podle slov Ing. Noska k nárůstu finančních prostředků do segmentu lůžkové péče.
- Dr. Jojko připomenul Ing. Noskovi slib z listopadu loňského roku, který se týkal provedení analýzy výrazného nárůstu ZZ ambulantních specialistů a nárůstu plateb za poskytnutou péči. Ing. Nosek potvrdil, že MZ ČR již obdrželo od zdravotních pojišťoven příslušné podklady, ale analýza zatím nebyla provedena.

2. Legislativní iniciativa MZ, vývoj připomínek (zákon o ZS, novela zákona č. 48/1997 Sb.)

- Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění nebyla dosud zástupcům Koalice z MZ ČR postoupena. Podle Ing. Noska nemá v současné době smysl novelu připomínkovat.

3. Výsledek jednání dr. Chrze s hlavním hygienikem

- Hlavní hygienik ČR uvažuje o novele vyhlášky MZ ČR č. 79/2013 Sb. a v souvislosti s tímto krokem požádal dr. Chrze o předložení písemného nesouhlasu s ob-

sahem této legislativní normy. Zástupci Koalice se společně dohodli na společném stanovisku Koalice, kterým se připojí k připomínkám SAS. Dr. Jojko s tímto rozhodnutím souhlasí. Zpracuje text stanoviska a pošle jej k připomínkování ostatním členům KSL (poznámka: Stanovisko KSL bylo společně s připomínkami SAS zasláno e-mailem hlavnímu hygienikovi MZ ČR dr. Valentovi a na vědomí ministru zdravotnictví a náměstkovi Mgr. Plíškovi dne 24. 6. 2013).

■ II. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 13. srpna 2013

1. Výsledky DŘ na rok 2014

- K dohodě došlo u praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost, gynekologů a lůžkové péče, ostatní segmenty se nedohodly. Podle informace dr. Chrze, který jednal s Ing. Noskem, plánuje MZ ČR vydat úhradovou vyhlášku na rok 2014 do konce října.
- Vážnou překážkou při jednání přípravné fáze DŘ byl nedostatek informací o možných dopadech změn v Seznamu výkonů. Jeho nedokončená kultivace a vydání v neúplné podobě může mít při hodnotě bodu, který nabízejí zdravotní pojišťovny, vážný dopad na výši příjmů zdravotnických zařízení.

2. Příprava na jednání s ministrem

- Schůzka s ministrem zdravotnictví dr. Martinem Holcátem je dohodnuta na 22. 8. 2013 ve 14 hodin.
- Zástupci KSL se zajímají zejména o záměry MZ ČR do konce funkčního období. Společně se shodli na třech klíčových bodech jednání:
 - úhradová vyhláška,
 - Seznam výkonů,
 - legislativní změny.

V rámci těchto klíčových bodů plánují s ministrem projednat:

- jaký je postoj MZ ČR k ambulancím v roce 2014,
- jak se budou financovat v roce 2014 nemocnice,
- pohled MZ ČR na roli lůžkového a ambulantního sektoru a jak se bude měnit poměr úhrad mezi oběma segmenty,
- kam budou směřovat finance, pokud se podaří prosadit navýšení plateb za státní pojištěnce (ambulancím stagnuje příjem už čtvrtý rok),
- vyhlášku o kontrole kvality,
- poskytování pracovnělékařských služeb,
- Ing. Nosek dosud neposkytl KSL k připomínkování novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, očekávají se v jejím obsahu zásadní změny?
- novelu zákona o zdravotních službách.

3. Různé

- Dr. Jojko informoval o **jednání SAS s VZP k vytváření sítě ambulantních zdravotnických zařízení**. Záměrem SAS je stanovit společně se ZP taková kritéria, která by při uzavírání smluv upřednostnila lékaře pracující lege artis. S pojišťovnou by se následně projednávali pouze problémoví jedinci. VZP připraví návrh, který poskytne SAS k připomínkování. Zubohrad (ČSK) má již podobnou smlouvu pro specializovanou stomatologickou pracoviště.
- Krajské úřady rozesílají stomatologickým zdravotnickým zařízením dopis Ing. Petra Noska s výzvou, aby **každoroční povinná statistická hlášení**, která se dosud mohla zasílat i v papírové podobě, **byla napříště zasílána pouze elektronicky** pod hrozbou možné pokuty. Dr. Chrz s Ing. Noskem tuto záležitost osobně projednal a Ing. Nosek jej ujistil, že **i nadále je možné zasílat povinné hlášení v papírové i elektronické podobě**.

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



Právník radí

Mgr. Jakub Uher
právník SPL ČR

■ Dotaz:

Kdo pro dětské pacienty má vystavit lékařský posudek stanovující bodové ohodnocení bolesti a ztížení společenského uplatnění? Obrátili se na mě rodiče chlapce s nově diagnostikovaným asthma bronchiale a s prokázanou alergií na plísně, kteří jsou ve sporu se stavební firmou, po které chtějí vymáhat finanční odškodnění za špatnou izolaci domu, kde soudní znalec prokázal plíseň, která by mohla astma vyvolat.

■ Odpověď:

Podle mého názoru je, s výjimkou nemocí z povolání, oprávněn posudek vypracovat jak registrující praktický lékař, resp. registrující praktický lékař pro děti a dorost, tak příslušný specialista. Vyhláška č. 440/2001 Sb. nevymezuje zcela jednoznačně poskytovatele,

který je oprávněn (a případně povinen) posudek zpracovat. Uvádí, že lékařský posudek za účelem stanovení výše odškodnění v jednotlivých případech zpracovává posuzující lékař, který je ošetřujícím lékařem poškozeného. Ošetřující lékař je tedy v daném případě jednak specialista (alergolog), ale také praktický lékař pro děti a dorost, který potom v souladu s vyhláškou postupuje tak, že zpracovává lékařský posudek na základě úplných písemných informací předaných ošetřujícími lékaři, kteří se zúčastnili léčení poškozeného.

■ Dotaz:

Prosím Vás o informaci ohledně rozhodnutí Ústavního soudu a nadstandardů. Zatím vím jen z médií, že byly nadstandardy zrušeny

a že vstoupí v platnost po uveřejnění, což by mělo být nyní. Nedostali jsme žádné informace, zda se to týká dobrovolného očkování hrazeného ze zdravotního pojištění – vakcín Prevenar 13 a Silgard, a pokud se jich to týká, jak dále postupovat.

■ Odpověď:

Podle mého názoru se to očkování nijak nedotkne. Vzhledem k tomu, že se očkování podle mne vykazuje výkonem 02125, který nemá v platném seznamu písmeno E (tím se značily ty zrušené nadstandardy), tak se tohoto výkonu a očkovacích látek rozhodnutí Ústavního soudu nedotýká.



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

- pro velmi suchou a atopickou pokožku obličeje
- obsahuje 30% lipidů přírodního původu s vysokým obsahem kyseliny linolové
- regeneruje ochrannou kožní bariéru
- chrání před vysušením



NOVINKA

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

Neobsahuje: Aqua, Carboxy-CA, Carboxy-CA, Propylenglykol, Glycerin, Natriumhydroxid, Dimethylsiloxan, Helianthus Annuus Seed Oil, Cera Alba, Tocopherol, Parfum, Ethylhexylglycerin, Hydroxyphenyl Propanediol, Acid, Glycerol, Carbomer, Magnesium Stearate, Parfum, in-Acetic Acid, Polydimethylsiloxane, Sodium Hydroxide, Acetylglutamate



Ukončení registrace u PLDD v 19 letech, je změna možná?

■ Část I. – Žádost SPLDD

SPLDD požádalo MZ ČR v rámci jednání o Metodice předávání dokladů o řešení problematiky registrace pojištěnců nad 18 let s možností ponechání v registraci u PLDD i nad 19 let z níže uvedených důvodů. Náměstek Ing. Petr Nosek potvrdil termín pondělí 17. 6. 2013 od 15 hodin. Výstup by pak měl být podkladem pro jednání Komise pro Metodiku, jejíž jednání je svoláno Ing. Valšubou na 26. 6. 2013.

Důvody pro projednání (výčet nemusí být úplný):

- Podle všeho by měl pojištěnec ve věku 18 let podepsat znovu registraci, neboť se stal plnoletým a v dokumentaci je registrace podepsaná rodičem.
- Při této nové registraci by dostal info o možnosti registrace k VPL – tedy možnost registrace u VPL dříve než v 19 letech.
- Pokud se však rozhodne setrvat v naší registraci, domníváme se, že by měl mít tuto možnost v podstatě do ukončení přípravy na povolání, tedy nejpozději do 26 let, tedy do konce období, kdy za něj platí pojištění stát.
- Automatická odregistrace dle Metodiky vede k tomu, že u řady pojištěnců dochází k přerušení péče – problém u chroniků, a ze statistik vyplývá, že významně klesá počet provedených prevencí – viz příložená data.
- Nová legislativa ošetřuje lépe než v minulosti péči o zaměstnance, proto tedy i náš požadavek do konce přípravy na povolání. Pak ho již zachytí systém závodních prevencí.
- Námi navržená změna by pak umožnila lépe procesovat i například návaznou péči u specialistů – ti v současnosti ošetřují do 18 let, již jsme opakovaně řešili například problém s vypsáním návrhu na lázně u chlapce staršího 18 let, kdy revizní lékař návrh odmítl s tím, že předepsání takového návrhu již PLDD nepřísluší, resp. chlapec by měl čerpat lázeňskou péči podle pravidel pro dospělé.
- Z našeho pohledu bychom pak uvítali tuto změnu i pro možnost řešit posudkovou činnost v rámci praxí u učňů v učebních

oborech, kde potvrzujeme způsobilost ke studiu, nikoliv však k doprovodné praxi v provozech.

Dále si dovoluji přiložit další důležité podkladové materiály, včetně původní dohody o řešení problematiky nastavení současně platných registrací. Zástupce zdravotních pojišťoven si dovoluji požádat, aby si v kontextu k uvedeným podkladům a projednávané problematice případně na jednání přinesli data z jejich informačních systémů, která mohou být při rozhodování o možné úpravě nastavení registrací důležitá. Zástupce VPL si dovoluji požádat o přidání poslední dohody čtyř (SPLDD, SPL, OSPDL, SVL) pro kompletaci podkladů k jednání o problematice 19letých.

Věřím, že náš požadavek na úpravy pravidel registrace zvážíte a jednání se zúčastníte. Pro zajištění prostor si dovoluji požádat o upřesnění počtu účastníků jednání za jednotlivé organizace.

S pozdravem

MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR, o.s.

■ Část II. – Stanovisko ČLS JEP k proaktivní registraci 18–19le- tých pacientů



OSPDL ČLS JEP

**Česká lékařská společnost JEP
ODBOŘNÁ SPOLEČNOST
PRAKTICKÝCH DĚTSKÝCH
LÉKAŘŮ**

Stanovisko OSPDL ČLS JEP podporuje proaktivní registraci 18–19letých pacientů, registrovaných do té doby u PLDD, zejména chronicky nemocných mladistvých a dále mladistvých připravujících se na své budoucí povolání do ukončení této přípravy či do doby aktivní přeregistrace k VPL.

Z existujících statistik vyplývá, že značné procento ve věkové kategorii 19–26 let není registrováno u žádného lékaře, protože dochází k automatickému odregistrování od PLDD v 19 letech.

Minimálně 50 % z toho jsou studenti v přípravě na povolání. V této kategorii procento provedených preventivních prohlídek u VPL je

cca 30 %, zatímco v době registrace u PLDD se toto procento pohybuje kolem 90 %.

Dle WHO existuje populační skupina mládeže 15–24 let.

Tato skupina se vyznačuje speciální zdravotně-sociální problematikou, ať už se týká odlišných projevů nemocí (což podporuje i např. existence onkologie dospívajících a mladistvých), či rizikového chování této skupiny mladistvých.

PLDD jsou vzdělávání v problematice dorostového lékařství, toto téma je i součástí vzdělávacího programu PLDD.

Automatickým odregistrováním 19letých z ordinace PLDD dochází k přerušení kontinuity péče, k riziku vzniku chorob či situací, které nejsou včas podchyceny a jak ohrožují mladistvého samotného, tak mohou mít i další negativní společenský dopad.

MUDr. Alena Šebková,
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Část III. – Stanovisko ČSDL



Česká společnost dorostového
lékařství ČLS JEP



Na pravidelném setkání Komise MZ pro péči o děti a dorost 20. 3. 2013 bylo navrženo prodloužení aktivní registrace u praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD) **do konce přípravy na povolání** s horním věkovým limitem do 26 let.

Česká společnost dorostového lékařství tuto možnost podporuje. Světová zdravotnická organizace vymezuje kromě období adolescence (10–19 let) také populační skupinu mládeže (15–24 let) a doporučuje tyto dvě pronikající skupiny řešit z hlediska zdravotnického jako jeden celek. Praxe dává tomuto doporučení velmi často za pravdu. Psychosociální problematika rizikového chování je totiž společná pro adolescenty i pro mladé dospělé (např. problematika



abúzu návykových látek). PLDD získávají v rámci svého vzdělávacího programu vědomosti a zvláštní školení v oblasti rizikového chování mládeže. Koncept rozšíření aktivní registrace by řešil také specifickou problematiku vysokoškolské mládeže.

Dalším argumentem, který nás vede k podpoře možnosti rozšířit registraci u PLDD, je výrazné snížení počtu prováděných preventivních prohlídek ve věku po 19. roce a nemalý segment mládeže, který se do 26 let vůbec nezaregistruje.

S pozdravem

MUDr. P. Kabiček, CSc.,

vědecký sekretář ČSDL,

doc. MUDr. Jana Hamanová, CSc.,

předsedkyně ČSDL

Praha 20. 3. 2013

■ Část IV. – Dopis MZ ČR



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

V Praze dne 6. května 2011

Č.j.: 67647/2010

Vážená paní předsedkyně,
vážený pane předsedo,
Pracovní podskupina „Pro zdraví“ při úřadu vlády upozornila na problémy mladistvých s jejich registrací u praktických lékařů pro dospělé po ukončení registrace u praktických lékařů pro děti a dorost. Tím dochází k omezení dostupnosti primární zdravotní péče pro mladistvé, a to včetně preventivních, popř. dispenzárních prohlídek. Tyto informace potvrdily údaje, které byly vyžádány od Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.

V souladu s návrhem Pracovní podskupiny „Pro zdraví“ při úřadu vlády a Komise Ministerstva zdravotnictví pro péči o děti a dorost doporučuji zvážit zavedení možnosti proaktivní (pokračující) registrace mladistvých 19–26 let u praktických dětských lékařů v návaznosti na přípravu na povolání.

V návaznosti na výše uvedené se na Vás obracím se žádostí o společné řešení dané problematiky a zpětnou informaci o Vašich závěrech a navrhovaných opatřeních, které budou předmětem jednání se zdravotními pojišťovnami.

S poděkováním a pozdravem

Leoš HEGER, ministr

příloha

Záznam ze dne 27. 4. 2011:

Z jednání pracovní podskupiny „Pro zdraví“ při úřadu vlády vyplynul problém registrace mladistvých nad 19 let u PLD (praktický lékař pro dospělé). Problematika byla předmětem jednání Komise MZ pro péči o děti dne 4. 11. 2010, na kterém byla diskutována možnost proaktivní (pokračující) registrace mladistvých 19–26 let u PLDD, a to v návaznosti na přípravu na povolání – obdobný způsob funguje na Slovensku. Navíc v minulosti byla na základě dohody mezi PLDD a PLD zavedena možnost registrace dětí starších 15 let věku u PLD – ZP tuto dohodu respektují. Přizvaní zástupci ZP neměli námítky, zástupce SPLD argumenty o problémech mladistvých nad 19 let s registrací u PLD zpochybnil. MZ proto od VZP ČR vyžádalo údaje týkající se počtu neregistrovaných osob ve věku 19–26 let a provedených preventivních prohlídek. Z poskytnutých údajů vyplývá následující:

- cca 14 % ve věkové kategorii 16–26 let nemá registraci (z toho cca 50 % je v přípravě na další povolání).
- z registrovaných osob u PL ve věkové kategorii 19–26 let má provedenou prevenci cca 34 %!!! V případě prevencí u PLDD je to přes 90 %.

Předkládáme návrh dopisu, ve kterém žádáme o společné řešení dané problematiky ze strany PLD a PLDD a zpětnou informaci. Poté bude jednáno se ZP.

■ Část V. – OZT

From: Ambrožová Marcela RNDr.

(VZP ČR Ústředí) [mailto:Marcela.

Ambrozova@vzp.cz]

Sent: Tuesday, February 15, 2011 10:40

To: Truellová Iva MUDr.

CC: Goš Robert Ing. (VZP ČR Ústředí)

Subject: MZ ČR – požadavek č.j.: 67647/2010 „Primární zdravotní péče pro mladistvé 19–26 let“

Vážená paní doktorko,
tímto Vám odpovídám na Váš požadavek č.j.: 67647/2010 „Primární zdravotní péče pro mladistvé 19–26 let“ na údaje k řešení problému mladistvých od 19 let s registrací u PLD.

Stav k 31. 12. 2009:

A) Registrace:

- 1) Počet klientů VZP – mladistvých – ve věku 19–26 let včetně, neregistrovaných u PLD – **87 186**

Z toho: Počet klientů VZP – mladistvých – ve věku 19–26 let včetně, neregistrovaných u PLD, soustavně se připravujících na povolání – **37 322**

- 3) Počet klientů VZP – mladistvých – ve věku 19–26 let včetně, registrovaných u PLD – **537 429**

B) Preventivní prohlídky:

- 4) Počet preventivních prohlídek za celý rok 2009 (ID kódů výkonů – 01022, 02022, 02032 ?) u klientů:

- od 3–18 let + 364 dní – **420 844**

- 19–∞ – **1 501 049**

- 19–25 let + 364 dní – **91 921**

Počet klientů celkem:

- 5) Počet klientů VZP ve věkové skupině od 3–18 let + 364 dní – **932 226**

- 6) Počet klientů VZP ve věkové skupině 19–∞ – **5 219 177**

- 7) Počet klientů VZP ve věkové skupině 19–25 let + 364 dní – **624 615**

V případě jakýchkoliv dalších dotazů se prosím obraťte přímo na e-mail robert.gos@vzp.cz.

S pozdravem

Marcela Ambrožová,

výkonná ředitelka odboru zdravotní péče

■ Část VI. – Stanovisko SVL ČLS JEP

Podklad k jednání MZČR 17. 6. 2013

Výbor SVL ČLS JEP na své schůzi dne 11. 6. 2013 odmítl návrh zástupců PLDD na posunutí věkové hranice jimi registrovaných pacientů. Konstatuje, že pro uvedená opatření nejsou žádné odborné, organizační nebo ekonomické důvody. Deklarované zdůvodnění PLDD nepokládá za relevantní, ale za čistě účelové vyplývající z ekonomických zájmů některých PLDD. Uvedený návrh též nemůže přispět ke zkvalitnění LPP u osob nad 18 let věku. Výbor se domnívá, že jedinou cestou je důsledné dodržování současné metodiky o předávání pacientů mezi PLDD a VPL. Naopak výbor doporučuje posunutí horní věkové hranice registrace u VPL do doby plnoletosti pacientů čili ihned při dosažení 18. roku věku života.

K jednotlivým důvodům uváděným PLDD:

- Podle všeho by měl pojištěnec ve věku 18 let podepsat znovu registraci, neboť se stal plnoletým a v dokumentaci je registrace podepsaná rodičem.



Uvedené se nezakládá na pravdě. Podle této logiky by například na středních školách po dosažení plnoletosti měli všichni studenti znovu podepisovat, že souhlasí se studiem apod. Po dosažení plnoletosti, tedy v ČR 18 let, je každý občan považován ze zákona za dospělého (nikoli za dítě nebo dorostence) a plně právně odpovědného. Nicméně rozhodnutí jeho zákonných zástupců, pokud nerozhodne jinak, zůstává právně v platnosti.

- Při této nové registraci by dostal info o možnosti registrace k VPL – tedy možnost registrace u VPL dříve, než v 19 letech.

Není nutná nová registrace. Je ovšem nutná informace, že se mají pac. přeregistrovat k VPL. Je plně v kapacitách sítě VPL zajistit komplexní LPP u svých nově registrovaných pacientů včetně preventivních prohlídek (viz dopis MZČR z 1. 6. 2011). Bohužel své povinnosti v rámci přeregistrace PLDD neplní a neinformují své pac. Tak nastává situace, že máme v systému řadu neregistrovaných pac, kteří si svoji LPP vybírají formou nepravdivé péče zpravidla v místě svého studia nebo pobytu. Můžeme tedy konstatovat, že ten, kdo způsobuje problém, se nabízí, že na úkor systému jej bude řešit (aneb žhář hasičem). O tom, že není zájem PLDD o zabezpečení reálné přeregistrace, svědčí i to, že jsme 1. 6. 2011 informovali dopisem MZČR a zástupce PLDD, že pro tyto účely byla zřízena speciální telefonní linka – Linka zabezpečení přeregistrace pacientů od praktického lékaře pro děti a dorost ke všeobecnému praktickému lékaři, **tel. – 267 184 063**, pokud by nastaly problémy s přeregistrací. Tuto speciální telefonní linku, vyhrazenou pouze pro uvedený účel, za kterou SVL i SPL platí, za rok nikdo nevyužil!!!!

- Pokud se však rozhodne setrvat v naší registraci, domníváme se, že by měl mít tuto možnost v podstatě do ukončení přípravy na povolání, tedy nejpozději do 26 let, tedy do konce období, kdy za něj platí pojištění stát.

Pro uvedené není žádný odborný, organizační ani ekonomický důvod.

- Automatická odregistrace dle Metodiky vede k tomu, že u řady pojištěnců dochází k přerušení péče – problém u chroniků, a ze statistik vyplývá, že významně klesá počet provedených prevencí (viz příložená data).

Počet prevencí klesá, protože PLDD neplní svoje povinnosti při přeregistraci a dále informační povinnosti v rámci jimi poskytované LPP.

Uvedené je způsobeno 4 faktory:

- a) skupinou neregistrovaných pac,
- b) skupinou, která nebyla PLDD poučena o nutnosti kontinuity léčebné a preventivní péče,
- c) realitou prováděných prevencí, kdy PLDD v praxi přesvědčí část pac. o naprosté zbytečnosti uvedených vyšetření
- d) vědomím a právem dospělého pac, že již není dítě nebo dorostenec a proto za svůj zdravotní stav odpovídá osobně a LPP včetně prevent. vyš. může využívat dle svého uvážení.

Naopak máme zkušenosti, že pokud se předání pac. do péče VPL uskuteční řádně v souladu s metodikou, je LPP poskytována v souladu se zdravotním stavem pac. bez jakýchkoli problémů.

- *Nová legislativa ošetřuje lépe než v minulosti péči o zaměstnance, tedy proto i náš požadavek do konce přípravy na povolání. Pak ho již zachytí systém závodních prevencí.*

Uvedené patří do kompetencí VPL a závodní prevence pro kat. I., II., III. kterou vykonávají VPL, nikoli PLDD, kteří k uvedenému nemají kvalifikaci.

- *Námi navržená změna by pak umožnila lépe procesovat i například návaznou péči u specialistů – ti v současnosti ošetřují do 18 let, již jsme opakovaně řešili například problém s vypsáním návrhu na lázně u chlapce staršího 18 let, kdy revizní lékař návrh odmítl s tím, že předepsání takového návrhu již PLDD nepřísluší, resp. chlapec by měl čerpat lázeňskou péči podle pravidel pro dospělé.*

Pokud by byli pac. řádně přeregistrováni, uvedený problém by nenastal (opět žhář hasičem). Stejně se dá argumentovat ve věku 26 let, 40 let, 50 let atd.

- *Z našeho pohledu bychom pak uvítali tuto změnu i pro možnost řešit posudkovou činnost v rámci praxí u učňů v učebních oborech, kde potvrzujeme způsobilost ke studiu, nikoliv však k doprovodné praxi v provozech*

K uvedenému nemají PLDD příslušnou kvalifikaci, neznají situaci v konkrétních provozech, kde samozřejmě ani nevykonávají povinnosti VPL.

Ekonomická poznámka

Ve své podstatě se jedná o pokus zadržet (převést) pro obor PLDD dalších cca 400 000 pacientů (t.č. např. počet studujících na vysokých školách) a tím zvýšit svoje příjmy na úkor jiných segmentů bez poskytování příslušné kvalifikované LPP. Je zarážející, že v systému, který trpí nedostatkem finančních prostředků, může existovat segment, který má cca 1/5 volných kapacit!! (U PLDD by mělo být registrováno dosud cca 2 mil. pac.) Tedy logicky se nabízí nejlevnější varianta a to redukce sítě PLDD o cca 20 % tak, aby byla optimálně využita a tím dosaženo okamžité úspory finančních prostředků ZP. Zároveň pokládáme za nutné zavedení sankčního plnění povinností ze strany PLDD v předávání pac. VPL a tím i zabezpečení jejich nepřerušené kvalitní LPP v souladu se standardy EU.

Druhou finanční poznámkou je reálná situace. Pokud pac. není přechodně registrován, ZP mají prostředky za nevyplacenou kapítaci k dispozici a platí jen péči vyžádanou v případě potřeby těm lékařům, kteří ji skutečně poskytují. Ne tedy podle návrhu, že např. u vysokoškoláků bude brát kapítaci PLDD v „Horní Dolní“ a ještě ZP bude platit LPP v rámci nepravdivé péče v Praze. Tím se šetří prostředky ZP a vynakládají se účelně v souladu s potřebami a se zdravotním stavem pacienta těm segmentům, které skutečně LPP poskytují. Zároveň uvedené vytváří tlak, aby se pac. zaregistroval tam, kde skutečně působí, a eliminuje tzv. zapomenuté registrace.

Závěrem můžeme konstatovat, že navrhované opatření reálně nezlepší LPP o uvedenou skupinu pac, naopak ji učiní méně v čase i místě dostupnou (2000 PLDD k 5200 VPL) a neodůvodněně navýší náklady ZP.

Část VII. – Zápis z jednání 18. 6.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

ZÁPIS Z JEDNÁNÍ K PROBLEMATICE REGISTRACE 19LETÝCH ZE DNE 18. 6. 2013

přítomni:

Ing. Nosek, MUDr. Hülleová, MUDr. Kudyn,
Ing. Zajícová, MUDr. Kinšt, MUDr. Uhrová,
doc. Býma, MUDr. Kubátová, MUDr. Kozdera,



MUDr. Dvořáková, MUDr. Šustková, Kuzánová, Roztomilý, M.Litt., MUDr. Červenková, Ing. Cetelová

Ing. Nosek na úvod uvedl, že ministerstvo zdravotnictví považuje za klíčovou především vzájemnou dohodu mezi přítomnými společnostmi, tj. všeobecnými praktickými lékaři (dále jen „VPL“) a praktickými lékaři pro děti a dorost (dále jen „PLDD“), nad stávající problematikou neregistrovaných pojištěnců. Významnou roli v této problematice hrají kapitační platby na registrovaného pojištěnce a dále fakt, že se rodí stále méně dětí.

SPLDD (MUDr. Hülleová) – požádalo o projednání z důvodu, že se problém automatické odregistrace pojištěnců v 19 letech věku opakuje. Naposledy se problematika projednávala v roce 2011 na podnět pracovní podskupiny při Úřadu vlády na MZ ČR a nyní se problematika znovu otevřela na jednání Komise péče o dítě MZČR. Na jednání bylo vzneseno, že existuje značné procento dospívajících, kteří nemají VPL a nejsou tudíž registrováni. Dle dat dodaných VZP se jedná o více než 80 tisíc pojištěnců VZP, a to jak v roce 2009, tak v roce 2012. Stejně tak dochází k významnému poklesu provedených preventivních prohlídek v této věkové skupině. Problém nebyl doposud vyřešen. Současně dle SPLDD (dle dat dodaných VZP – viz přílohy zápisu) v systému existuje 14 % pojištěnců ve věku 19–26 let, kteří nejsou zaregistrováni, jedná se většinou o studující, registrace navíc není povinná a příčina tohoto všeho je vícečetná.

Přes opakovaná jednání se ukazuje, že dohoda mezi zástupci VPL a zástupci PLDD není možná, a tudíž zůstává tato problematika kontinuální primární péče o neregistrované pojištěnce 19leté a starší nevyřešena.

Důvody, příčiny, důsledky dané problematiky:

- pojištěnci nadále navštěvují registrujícího PLDD i přes edukaci o registraci k VPL, zdravotní dokumentace zůstává v ordinacích PLDD, jedná se o desítky karet u jednotlivých PLDD; situace není jednotná po celé ČR, některé oblasti jsou více problémové;
- pojištěnci nemohou nalézt VPL;
- chroničtí pacienti se poté vracejí zpět do ordinací PLDD;

- jedná se převážně o dospívající ve věku 19, 20 a 21 let, ve většině případů studující;
- důsledkem je pokles preventivních prohlídek (doloženo daty z VZP);
- vznikají tím problémy se zdravotními pojišťovnami v rámci preskripce léků;
- z dat Všeobecné zdravotní pojišťovny je evidentní, že určité procento neregistrovaných pacientů ve věku 19 let existuje a je přibližně stejné;
- SPLDD – problémem je i to, že VPL jsou limitováni počtem pojištěnců.

Návrh možného řešení ze strany PLDD:

1. Zrušení automatické odregistrace s tím, že bude pokračovat registrace do doby, než se pacient zaregistruje u VPL, limitováno by to bylo dobou vzdělávání, tedy do hranice 26 let.
2. Proaktivní (pokračující) registrace v 18 letech u SPLDD, kdy by si pacient vybral z důvodu plnoletosti, zda chce pokračovat po dobu vzdělávání u PLDD, nebo zda chce být registrován u VPL.

SPLDD (MUDr. Kubátová) – uvedlo, že důsledkem této automatické odregistrace je výpadek následné péče, především pak u chronicky nemocných pacientů. Co se týče přechodu od PLDD k VPL, nejedná se o náhlé vyřazení dítěte z péče PLDD, ale o kontinuální přechod. Pokud se jedná o dospívající, měli by se sami rozhodnout, ke kterému lékaři chtějí chodit, u chronicky nemocných ovšem musí být zajištěna ta následná péče.

Na základě dotazníkového šetření SPLDD bylo zjištěno, že z 2026 členů se během tří týdnů vrátilo 552 dotazníků z různých regionů. Problém je především ve větších městech. Průměrný počet nepředaných karet na jednu ordinaci PLDD je 56. Z dotazníku dále vyplynulo, že problém s automatickou odregistrací PLDD skutečně mají.

SPLDD (MUDr. Hülleová) – pro upřesnění, hlavním problémem není, že se dospívající nemohou zaregistrovat, hlavní problém je, že karty pacientů zůstávají u PLDD a pacienti se pak vracejí k nim.

SPLDD (MUDr. Kudyn) – hlavním tématem této problematiky nebyl boj o 19leté mezi VPL a PLDD, ale nemožnost volby pacienta. 18letý člověk je schopen vypořádat se s právními úkony, proto by měl mít možnost té volby, tedy vybrat si v 18 letech, jestli chce zůstat u PLDD, nebo chce přejít k VPL po domluvě s rodiči. PLDD vadí automatická

odregistrace. V metodice končí registrace u PLDD ve věku 18 let + 365 dní. Mimo to je problémem především přechod chronických pacientů. Někteří chroničtí pacienti zcela zůstávají bez zdravotní péče nebo chodí přímo do nemocnice.

Ze strany PLDD byla podána žádost o data od VZP – 14 % dětí, které si VPL z nějakých důvodů nenajdou, ale vracejí se zpátky k PLDD, kde stále přebývají a hromadí se karty těchto pacientů. Mnoho mladistvých o automatické odregistraci ani netuší.

Ing. Nosek – uvedl, že zdravotní pojišťovny by mohly přispět ke zvýšení informovanosti pacientů o automatické odregistraci např. prostřednictvím rozesílání dopisů.

SPL (MUDr. Býma) – VPL zřídili telefonní linku č. 267 184 063, která zabezpečuje přeregistraci pacientů od PLDD k VPL. O této lince bylo informováno MZ ČR i SPLDD, linka je vyhrazena pouze pro účel přeregistrace a minulý rok ji nikdo nevyužil.

SPL (MUDr. Uhrová) – mělo by fungovat předání karty pacienta mezi PLDD a VPL, vždycky to fungovalo. V roce 2003 byla posunuta hranice dětí u PLDD na 15–19 let (původně 14–18 let). VPL si udělali průzkum a jsou ochotni registrovat děti ve věku 19 let, tak jako to je v současné chvíli postaveno.

VZP ČR (MUDr. Šustková) – Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen „VZP ČR“) se současným stavem přeregistrace nemá problém. Pokud má pacient problém s nalezením VPL, nejen VZP ČR, ale i ostatní zdravotní pojišťovny jsou ochotny pojištěnci pomoci s jeho nalezením či mu vhodného VPL v jeho regionu doporučí. Pojištěnci se v tomto směru normálně na pobočky zdravotních pojišťoven obracují a problém je vždy vyřešen. **VZP ČR tedy nemá důvod měnit stávající stav. Pokud by došlo ke změně věkové hranice v této problematice, bude to mít návaznost i na základní soubory zdravotních výkonů (klinická vyšetření), které pro děti do 26 let neexistují, návaznost na kapacity a další.**

Ing. Nosek – Tato věková kategorie dospívajících se chová velmi specificky, nemají zdravotní problém, a proto nemají důvod hledat VPL, navíc registrace není povinná.

SPLDD (MUDr. Kudyn) – výstupní prohlídka v některých případech není ze strany zdravotních pojišťoven placena. Jakmile je pacientovi 18 a půl roku a PLDD provede předčasnou výstupní prohlídku, zdravotní pojišťovny ji neuznají. Když je provedena výstupní prohlídka měsíc po dovršení věku



19 let, pojišťovna výkon také neuzná, protože je již pacient mimo registr.

SZP (Ing. Zajícová) – SZP pošle stanovisko k problematice úhrady výstupního vyšetření z veřejného zdravotního pojištění MUDr. Kudynovi, se zdravotními pojišťovnami se lze v této problematice dohodnout. VZP tolerují dohodu z roku 1998, tj. 5měsíční interval.

SPL (doc. Býma) – pacient odpovídá za registraci.

SPLDD (MUDr. Hülleová) – v kapitaci nejsou klinická vyšetření, dále platí svobodná volba lékaře. 80 000 pacientů, kteří jsou neregistrovaní, nedostávají z toho důvodu příslušnou péči.

SPL (MUDr. Uhrová) – VPL navrhuje snížit věkovou hranici automatické odregistrace

na 18 let, s prodloužením věkové hranice do 26 let nebudou souhlasit, PLDD by měli podávat svým pacientům informace o přeregistraci, VPL v tomto směru nabízí výpomoc.

ZÁVĚR:

Na tomto jednání nedošlo mezi VPL a PLDD k dohodě.

SPL a zdravotní pojišťovny se stávajícím stavem souhlasí a na nejbližším jednání o Metodice je otázka, zda PLDD návrh stáhne či nikoliv a nechají ho proběhnout.

SPLDD nesouhlasí se stávajícím stavem, protože se dle jejich názoru ztrácí kontinuita primární péče. Předsednictvo PLDD

dne 21. 6. 2013 projedná a rozhodne, zda návrh na změnu Metodiky stáhne, nebo zda na něm bude trvat i za cenu, že ze strany zdravotních pojišťoven a VPL bude vetován.

Příloha:

1. Program jednání KPM
2. Dopis Ing. K. Valšuba
3. Dopis MZČR
4. Stanovisko OSPLD
5. ČLS JEP
6. OZP
7. Stanovisko SVL ČLS JEP

Úhrada očkování

Ing. František Elis

Daňový poradce

Věc: Výpočet zisku lékaře z prodeje jedné vakcíny Prevenaru 13 (bez aplikačního poplatku)

Dotaz:

V jednom z okresů plzeňského kraje byl PLDD rozeslán e-mail, že lékařky, které očkují Prevenarem 13 a vybírají maximální doplatek, v konečné fázi prodělávají, resp. v konečném výsledku matku dotují.

Tuto informaci, domnívám se, že mylnou, rozeslala okresní zástupkyně dalším PLDD a efekt byl takový, že někteří PLDD odkládají očkování, než dostanou další informace.

Podle její účetní komerční vakcíny podléhají dvojímu zdanění, prvně při nákupu (a tudíž zaplacení DPH) a podruhé při celkovém ročním zdanění.

Chtěl bych požádat o informaci, ev. výpočet, kolik má PLDD čistý zisk z jedné naočkované vakcíny Prevenaru, bez ohledu na aplikační poplatek.

Níže zasílám potřebné informace k výpočtu.

Lékařka nakoupí 1 vakcínu od distributora za cenu 1280 Kč vč. DPH.

Tuto vakcínu vykáže pojišťovně za 1044 Kč, od matky vybere doplatek 488 Kč (do max. ceny Prevenaru 1532 Kč)

Rád bych požádal o výpočet konečného zisku lékaře.

Odpověď:

Dotaz jsem si přečetl několikrát v domnění, že jsem něco přehlédl. Ale ať se tím probírám z kterékoliv strany, žádný jinotaj tam nenacházím a stále mi vychází jedno a to samé.

1. Daňově uznatelný výdaj (náklad) poskytovatele zdravotních služeb (PZS) za nákup 1 vakcíny Prevenaru 13 je **1280 Kč**. Tato částka je konečná, obsahuje DPH, kterou si PZS jako neplátce nemůže odečíst, a proto do jeho daňově uznatelných výdajů vstupuje v plné výši, tedy včetně DPH.
2. Zdanitelný příjem z prodeje 1 vakcíny Prevenaru 13 je **1532 Kč** (1044 Kč od příslušné zdravotní pojišťovny a 488 Kč od matky pojištěnce).
3. Rozdíl těchto dvou položek je **252 Kč** (1532 – 1280). Je zcela lhostejné, jak tuto částku nazveme (rozdíl příjmů a výdajů, dílčí základ daně z podnikání, zisk před zdaněním...). V každém případě se však jedná o částku, které podléhá dani z příjmů, a to buď fyzických, nebo právnických osob, podle toho, zda PZS podniká jako fyzická, nebo jako právnická osoba. V případě fyzické osoby bude tato částka vstupovat do vyměrovacího základu pro odvod sociálního a zdravotního pojištění.

4. PZS je fyzická osoba

Daň z příjmů fyzických osob:

$$252 \times 0,15 = 37,80 \text{ Kč}$$

Odvod sociálního pojištění:

$$252 \times 0,5 \times 0,292 = 36,79 \text{ Kč}$$

Odvod zdravotního pojištění:

$$252 \times 0,5 \times 0,135 = 17,01 \text{ Kč}$$

Daň a odvody celkem:

$$37,80 + 36,79 + 17,01 = 91,60 \text{ Kč}$$

$$\text{Čistý zisk: } 252,00 - 91,60 = \mathbf{160,40 \text{ Kč}}$$

(cca 64 % z 252 Kč)

Pokud by částka podléhala ještě solidárnímu zvýšení daně o 7 % (což s ohledem na dosahované roční ekonomické výsledky PZS nepředpokládám), poklesl by čistý zisk o 17,64 Kč ($252 \times 0,07$) na 142,76 Kč.

Přivýpočtech u takto malých položek nemohlo být přihlédnuto k pravidlům zaokrouhlování základu daně a vyměrovacích základů pro odvody sociálního a zdravotního pojištění.

5. PZS je právnická osoba (s.r.o.)

Daň z příjmů právnických osob:

$$252 \times 0,19 = 47,88 \text{ Kč}$$

$$\text{Čistý zisk: } 252,00 - 47,88 = \mathbf{204,12 \text{ Kč}}$$

(81 % z 252 Kč)

Při výpočtech u takto malých položek nemohlo být přihlédnuto k pravidlům zaokrouhlování základu daně právnických osob.

V případě jakýchkoliv nejasností se pokusím výpočet doplnit.



Dostupnost logopedické péče v ČR je podle odbornice špatná

Dostupnost logopedické péče v Česku je špatná, dlouhodobě se zhoršuje a letos je to podle logopedky Evy Höslové z Prahy 5 dokonce zatím nejhorší v poslední době. Řečových vad podle ní nepřibývá, ale s nárůstem porodnosti je víc dětí, takže jich víc potřebuje logopeda. Klientů je víc, než logopedi stihnou přijmout. V Česku loni bylo 339 pracovišť logopedie, poskytla celkem 1 005 936 konzultací.

„Řekla bych, že letos je to úplně nejhorší. Jsou silné ročníky, nejsou školky, nejsou jesle, není kam dát děti do první třídy. Stejný obraz je i v logopedii,“ řekla Höslová ČTK.

Klientelu logopedů tvoří z více než 90 procent děti. Logopedickou péči jim mohou poskytnout i některé školky – ministerstvo školství proškolí tisícovku učitelů a vybaví stovku školek logopedickými pomůckami. Děti prý mluví čím dál hůř, roste proto i počet odkladů školní docházky.

Höslová uvedla, že v péči má děti s řečovým problémem zhruba od 2,5 roku, běžná práce pak je hlavně s dětmi mezi třemi až

čtyřmi lety. Důležitá je spolupráce s rodiči, musejí se naučit řečová cvičení, která pak doma s dětmi provádějí. Někdy mají vadu i rodiče, kteří dítě přivedou, ale není to typické. Problém s řečí u dětí souvisí s jejich vývojem.

„Většinou děti dokážeme pomoci a jejich řeč zlepšit, pokud to nejsou jiné diagnózy než dyslálie, tak určitě,“ dodala odbornice.

Péče o děti začíná běžně kolem třetího roku věku. Logopedové radí nečekat, jestli dítě z problémů s řečí vyroste. Zbytečně se tak promešká čas na léčbu. Mnohem snáz se odstraňují obtíže, které trvají krátkou dobu, než dlouholetá porucha. Rodiče by se tedy měli obrátit na logopeda už ve chvíli, kdy si nejsou jisti, zda vývoj řeči jejich dítěte je v pořádku.

Péči logopedů potřebují i dospělí, na logopedii se nejčastěji dostanou s doporučením svého praktického lékaře nebo neurologa. Obvykle mají postiženou řeč po mrtvici, zcela ojediněle někdo začne chodit

k logopedovi proto, že mu v zaměstnání či osobním životě špatná řeč vadí.

Pokud pacient přijde s lékařským doporučením, hradí logopedickou péči zdravotní pojišťovna, a to dětem i dospělým. Výjimkou je vyšetření řeči pro přijetí ke studiu, pro výkon povolání a pro soudní a jiná jednání, která si klienti hradí sami.

Logopedická péče v ČR narostla od roku 2007 o 16 %. Nejčastější poruchou u dětí a mládeže do 18 let je vada výslovnosti hlásek, dyslálie (49 %). U dospělých je nejčastější poruchou ztráta schopnosti řeči, afázie (48 %). Podle statistik loni na jednoho logopeda připadalo 2558 konzultací, nejvíce v krajích Jihomoravském (3118) a Plzeňském (3108), nejméně v krajích Královéhradeckém (2053) a Libereckém (2059). Na tisíc obyvatel bylo 13,1 léčených na logopedii, rok předtím 12,3.

Zdroj: ČTK, 12. 6. 2013

Počty pacientů v logopedické péči v letech 2009 až 2011

diagnóza	2009 do 18 let	2009 celkem	2010 do 18 let	2010 celkem	2011 do 18 let	2011 celkem
dyslálie – vada výslovnosti hlásek	54 778	56 357	58 422	59 500	61 138	62 264
dysfázie – porucha schopnosti mluvit	16 045	16 796	15 854	15 933	17 454	17 541
balbuties – koktavost	7499	7993	6080	6767	6045	6764
palatolálie – huhnávost při rozštěpu patra	679	714	704	724	875	895
afázie – porucha chápání, myšlení a nacházení slov	141	5059	120	5234	168	6000
dysartie – narušení výslovnosti z nervových příčin	903	2349	1139	3137	1144	3373
vady a poruchy hlasu	492	621	573	680	676	849
vady a poruchy sluchu	1388	1581	1205	1330	1417	1599
ostatní	45 382	48 161	33 185	34 451	35 523	37 419
celkem	127 307	139 621	117 282	127 756	124 440	136 704

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky

Stručný popis vývoje řeči dítěte v závislosti na věku

Věk	Rozvoj slovní zásoby	Vývoj výslovnosti
do 1 roku	Dítě rozumí jednoduchým pokynům a začíná opakovat jednoduchá slova, která slyší.	M B P A E I O U D T N J
do 2,5 roku	Tvoří jednoduché věty, od 2 let se ptá „co je to“, rozlišuje svou slovní zásobu.	K G H C H V F O U A U
do 3,5 roku	Mluví ve větách, začíná si osvojovat gramatickou stavbu vět, ptá se „proč“, rozšiřuje dále slovní zásobu. Začíná se tvořit verbální (slovní) paměť.	zvládá N D T L (i artikulačně) Bě Pě Mě Vě
do 4,5 roku	Dokončuje se gramatická stavba vět, dítě již chápe děj a umí ho vyprávět.	Ň Ď Ť; Vyvíjí se Č Š Ž
do 6,5 roku	Dítě chápe složité děje, má již velkou slovní zásobu, gramaticky zvládá jednoduchá souvětí.	C S Z R Ř; kombinace Č Š Ž a CSZ

Zdroj: Asociace klinických logopedů



Zpráva ze zahraniční cesty

MUDr. Gabriela Kubátová
delegát EAP

Ve dnech 23.–24. 5. 2013 jsem se zúčastnila jarního pracovního zasedání EAP – Evropské akademie pediatrii. Zasedání se konalo v Jeruzalémě, Izrael. Přítomných delegátů bylo méně než obvykle, jednak z bezpečnostních důvodů a jednak z důvodu konání Kongresu ECPCP s Kongresem izraelských primárních pediatrii v Tel Avivu začátkem července 2013.

Ve čtvrtek 23. 5. dopoledne se konalo zasedání pracovní skupiny pro primární a sekundární pediatrii. Předsedou této pracovní skupiny je dr. Shimon Barak z Izraele. V úvodu konstatoval, že z důvodů onemocnění několika členů Výkonného výboru EAP došlo ke stagnaci aktivit, a vyzval členy k aktivnějšímu zapojení do činnosti této pracovní skupiny.

Dr. Diego Van Esso (Španělsko) referoval o přípravě Kongresu EAPS, který se bude konat v Barceloně 17.–21. 10. 2014. Vyzval členy k návrhům na témata z oblasti primární pediatrie. Jedním z hlavních témat bude otázka práv dítěte, migrace dětí, sociální pediatrie.

Dr. Elke Jager Roman (Německo) informovala v zastoupení dr. G. Husse o stavu projektu COSI. Jde o projekt k stanovení ukazatelů kvality péče v primární pediatrii. V současnosti je vybraných 50 kritérií, která se budou ještě definitivně hodnotit. Žádoucí je počet cca 15 kritérií, která by posuzovala kvalitu hlavně z klinického hlediska.

Dr. Alfred Tenore informoval o stavu příprav společného kmene vzdělávání, který vypracoval GPEC (Global Paediatric Education Consortium). Finální verze bude publikována v prosinci 2013. EAP očekává tuto verzi, kterou rozpracuje pro evropské podmínky.

Doporučení GPEC je důležité pro státy, které nemají vypracované postgraduální vzdělávání v pediatrii (Afrika, Jižní Amerika). Plánuje se úprava vzdělávání i v dalších specializacích, které je nutné zaktualizovat a zmodernizovat. V některých státech nemají pediatrické subspecializace, otázka certifikací těchto subspecializací.

Dr. Shimon Barak informoval o připravovaném Kongresu ECPCP v Tel Avivu v červenci 2013. Diskuse k bližší spolupráci pracovní skupiny s ECPCP hlavně z pohledu rozmanitosti primární pediatrické péče v Evropě. Návrh na vypracování Manuálu pro lékaře v primární péči o dítě a dorost.

Ve čtvrtek proběhlo i zasedání EAPRASnet – Evropské akademie pro výzkum v primární pediatrii. Dr. Zach Grossman (Izrael) a dr. Adamos Hadjipanayis (Kypr) informovali o proběhlé studii „Infekce močových cest u dětí ve věku 0–3 roky“. Prezentovali předběžné výsledky. Diskuse ohledně efektu na počet účastníků v souvislosti s jazykovými překladatelskými. Plánována studie o používání smartphonu v primární pediatrické praxi – nová forma komunikace pacient–lékař, nová forma dokumentace. Bude to interaktivní studie, účast rodičů – diskuse o možném nutném souhlasu etické autority.

Na zasedání EBP (European Board of Paediatrics) – vzdělávacího výboru EAP – informoval jeho předseda dr. J. Lopes dos Santos (Portugalsko) o stavu přidělování akreditací klinickým pracovištím v oblasti pediatrických specializací.

V pátek 24. 5. 2013 proběhlo celodenní zasedání všech delegátů. Vyslechli jsme

zprávy o činnosti jednotlivých pracovních skupin – kromě výše zmíněných zprávy pracovní skupiny pro terciární pediatrii, pro očkování, pro adolescentní medicínu a pro etiku. Tato skupina rozešla opětovně na podzim dotazník ohledně elektronizace ve zdravotních službách. Zástupci některých pracovních skupin (vzácná onemocnění, léky v pediatrii, prevence úrazů a Strategické paediatric aliance) nebyli přítomni.

Pokladník dr. Arunas Valiulis (Lotyšsko) informoval o stavu financí, nutné revizi zásad financování v rámci EAP, které je nutné dát do souladu se stanovami UEMS. Rozeslal faktury na úhradu členského poplatku a vyzval k aktualizaci údajů v databázi delegátů. Generální sekretář dr. Adamos Hadjipanayis (Kypr) informoval o členské základně – národní i individuální členství z pohledu zastoupení jednotlivých států a věkového zastoupení. Je nutné vyzvat členy k aktivní činnosti v rámci pracovních skupin.

Kritizována činnost Agentury Paragon, která má na starosti činnost administrativního centra a kanceláře v Bruselu včetně internetových stránek EAP.

Připravované akce: 6/2013 Europaediatrics Glasgow, 9/2013 vzdělávací kongres a kursy EAP Lyon, Meeting EAP 13.–14. 12. 2013 Brusel, jarní zasedání EAP 29.–31. 5. 2014 Rzeszov (Polsko), Kongres EAPS 17.–21. 10. 2014 Barcelona, jarní zasedání EAP 2015 Bratislava (Slovensko).

Na zasedání v Bruselu se budou konat volby do některých funkcí VV – prezident, viceprezident, předseda PS pro terciární pediatrii a předseda EBP.

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. Natália Sztányi.

3. 10. 2013

**Laboratorní diagnostika
a její interpretace**

MUDr. Zdeněk Zima





ESPID European Society for Paediatric Infectious Diseases

Když fakta hovoří, bohové mlčí

MUDr. Parvine Gricová

PLDD Uherské Hradiště

Dovolím si vypůjčit slogan, který nejlépe charakterizuje letošní ESPID – již 31. ročník odborného „svátku“ pediatriků z celého světa, konaný ve dnech 28. 5.–1. 6. 2013 v Miláně. První ESPID se konal v r. 1983 v Cambridge, postupně v dalších zemích Evropy, z mimo-evropských zemí v r. 2001 v Istanbulu.

Velmi bohatý odborný program zabývající se problematikou dětských infekčních nemocí v různých zemích světa probíhal formou přednášek, sympozií a interaktivních seminářů za účasti klinických a laboratorních pracovníků. Odborníci ve svých sděleních informovali o výskytu infekčních nemocí, jejich průběhu u dětí a možnostech prevence. Jejich sdělení byla podložena dlouhodobými studiemi incidence infekčních chorob a jejich ovlivnění léčbou včetně vakcinací. Velká část odborného programu byla věnována očkování – očkovacímu programu dětské populace, realizaci, úspěchům i problematice této formy prevence. Srovnání očkovacích schémat různých zemí včetně výsledků sérologických vyšetření prokazujících efektivitu a smysluplnost očkování podpořilo vědomí důležitosti každodenní mravenčí práce pediatra a jeho významnou roli na poli prevence.

Z nepřehledného množství sdělení užitečných pro naši každodenní pediatrickou praxi mne zaujalo sympozium farmaceutické firmy MSD, která oslovila řadu předních odborníků zabývajících se infekčními nemocemi a jejich prevencí – očkováním. Vystoupili zde profesor Markus Rose (pneumolog, alergolog, infekto-log) – Dětská nemocnice Johanna Wolfganga Goethe ve Frankfurtu, profesor Federico Martinon-Torres – Nemocnice Santiago de Compostela a profesor Carlo Giaquinto – Pediatrická klinika v Padově. Ve svých sděleních podrobně probrali aktuální očkovací látky, hodnocení jejich účinnosti na bázi dlouhodobých studií včetně sérologických výsledků dětí vakcinovaných v USA, Austrálii, Německu a Finsku a předložili podrobnou dokumentaci výsledků očkování proti rotavirům, varicelle, MMR a HPV. Očkování proti rotavirům bylo zavedeno v USA v r. 2006. Podstatný pokles aktivity rotavirů následující po zavedení vakcín v USA potvrdil dlouhodobý zdravotní benefit. Studie provedená v jižní Austrálii

ukázala dramatický vliv na redukci hospitalizací dětí spojených s RVGE. U dětí mladších 6 let redukce o 83 %, u dětí mladších 2 let redukce o 90 %. Dva roky po zavedení RV vakcinace dochází ve Finsku k dramatickému poklesu hospitalizace u všech dětí z důvodu GE. Dvouletá prospektivní studie dětí mladších 16 let v Tampere (Finsko) ukázala pokles hospitalizací na RVGE o 57 % a pokles ambulantních pacientů o 62 %. I přes výrazný a prokázaný efekt očkování proti RV v Evropě (80–90 % pokles hospitalizací na RVGE) se vakcinace rozšiřuje velice pozvolna. Jedním z možných důvodů je obava z intususcepce, které jsou však 5–10× méně časté než u dřívějších rotavirových vakcín. Doporučení WHO: očkování proti rotavirům by mělo být zavedeno do všech národních imunizačních programů. Vakcinace proti varicelle byla zavedena v r. 1995 – vakcinace snížila v prvních 14 letech incidence onemocnění 9–10× bez vedlejších projevů očkování. Výraznější pokles je u dětí v USA od r. 2006, kdy bylo doporučeno a prováděno dvoudávkové očkovací schéma. U dětí 0–14letých incidence onemocnění poklesla z 95,7 onemocnění na 1000 dětí v r. 2004 na 9 na 1000 dětí v r. 2007 (Sicilie). Plošné očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám vede k jejich eliminaci. Velmi zajímavé jsou výsledky studií provedených po zavedení HPV vakcinace do národních programů jednotlivých států:

Signifikantní pokles incidence genitálních bradavic, tzv. „časný benefit“ u mladých dánských žen po zavedení národního vakcinačního programu (očkovují Silgardem) ve věkové skupině 16–21 let, byl následován poklesem incidence bradavic i u mužů. U Australanů 5 let po zahájení očkování kvadrivalentní vakcínou došlo k poklesu výskytu genitálních bradavic o 93 %. Přestože muži (heterosexuální) nebyli očkováni, i u nich došlo k poklesu výskytu genitálních bradavic o 82 %. Po 4 letech od zavedení národního vakcinačního programu byl pokles výskytu genitálních bradavic u heterosexuálních žen a mužů o 90 % ve věkové skupině mladší 21 let.

Švédská studie hodnotící výsledky očkování kvadrivalentní vakcínou prokázala největší efektivitu tam, kde byla vakcinace zahájena

před 14. rokem života. Po 9 letech očkování kvadrivalentní vakcínou proti HPV lze říci, že imunogenita zůstává vysoká a i při neodpovídající imunitní reakci je klinická efektivita nejlepším měřítkem ochrany navozené vakcinací. Obavy ze změny sexuálního chování po zavedení očkování proti HPV se zatím nepotvrdily. Studie z různých států světa prokazují účinnost obou vakcín proti HPV, důležité a žádoucí je 80% pokrytí 3 dávkami vakcíny a snížení věku vakcinovaných do kohorty 11–12 let. Onemocnění HPV postihuje obě pohlaví, vakcinace je tedy indikována i u mužů stejně jako u žen jako záruka ochrany populace.

Blok přednášek s tematikou vakcinace se ukončil prohlášením:

Jsou jasné a jednoznačné důkazy o fungování očkovacích programů. Kvalita vakcín je nyní na velmi dobré úrovni, i když samozřejmě je stále prostor pro jejich další zdokonalování.

Byly položeny otázky a vysloveny pravděpodobné důvody: Co leží mezi důvěrou a přijetím očkovacího programu?

Co přispěje k úspěšnosti očkovacích programů: Informace poskytnuté zdravotními pracovníky obyvatelstvu, hlavně rodičům dětí – 92 % rodičů důvěřuje zdravotníkům.

Proč je odmítáno očkování: Malá incidence onemocnění? Malé riziko onemocnění? Skepticismus a nedůvěra vůči farmaceutickým firmám a státu?

Většina rodičů má kladný vztah k očkování, očkovají své děti, vědí o významu kolektivní obrany (výjimkou jsou některé „minoritní“ skupiny obyvatelstva, které mají pochybnosti).

Co rodiče chtějí vědět o očkování: Jak je riskantní? Bolí to? Kolik to stojí? Proti čemu je dítě chráněno? Existují ještě tato onemocnění? Co je očkovací program?

Klíčovou roli v edukaci rodičů o očkování hrají zdravotničtí pracovníci, především pediatri. Je nutné porozumět postoji rodičů a profesionálním přístupem a komunikací s rodiči zvýšit jejich důvěru v očkování.

Program ESPID přinesl jedinečnou možnost diskusí, výměny názorů a zkušeností se světově uznávanými odborníky i kolegy pediatri.



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Výbor OSPDL se sešel 17. 5.

a 20. 6. 2013.

Z obsahu jednání 17. 5. – diskutován tvořící se metodický pokyn k předčasnému propouštění novorozenců – výbor OSPDL podporuje negativní stanovisko SPLDD, vypracuje připomínky, které budou odeslány na MZ. Hodnocena schůzka se zástupci ČPS, vyzněla víceméně pozitivně, alespoň v ochotě obou stran navázat a pokračovat ve spolupráci. Přítomnými zástupci ČPS částečně uznány některé argumenty PLDD na zachování dvou oborů – nemocniční pediatrie a PLDD, diskutována otázka snadnějšího přechodu mezi nimi. Zástupci ČPS projednají ve výboru, domluveno vytvoření komise ke společným jednáním – vzdělávání, koncepce péče o dítě, LPS.

Info – dr. Šebková – schůzka s vedoucím odboru vzdělávání MZ – JUDr. Janda. Na MZ příklon k jednomu oboru. JUDr. Janda informován o průběhu jednání s ČPS, dále diskutováno udělování specializované způsobilosti. Právním odborem MZ došlo v podstatě k zániku předchozích dohod s OSPDL – bude vypracováno nové stanovisko. Dále diskutována rezidenční místa – na letošní rok přiděleno pouze 15, stejně jako loni, předběžná domluva na schůzce na podzim – žádost o navýšení.

Info z akreditační komise – Šebková – úprava vzdělávacího programu.

Info z NIKO – v případě alternativního očkování – požadavek rodičů na rozložení hexavakcí – rodiče platí vakcínu, pojišťovně se vykazuje výkon.

Z obsahu jednání 20. 6. – přítomni hosté, zástupci firmy GSK, regionální zástupci.

Fa GSK – prezentace o možných formách spolupráce, očkovací semináře, na podzim semináře ve spolupráci se SPLDD, kde jako téma bude přidána argumentace pro očkování, domluvena i možnost vydání edukační brožury pro lékaře i pacienty, bude dále rozpracováno.

Probírána problematika regionů.

Hodnocen průběh setkání školitelů v Nešuchyni 7.–9. 6. 2013 – ohlasy na organizaci i odborný program vesměs pozitivní, školitelé vyzváni k hodnocení, ev. dalším námětům, dosud jeden příspěvek. Vhodná prezentace kazuistik.

Páteřními tématy na rok 2014 budou Dětská sexuologie a Dětská psychiatrie, garanty zařídí Šebková, Rytíř.

Info z jednání s MUDr. Kabíčkem – 11. 6. Šebková, Neugebauer – bude rozpracován a zařazen předatestační kurs Posudkové lékařství – podílet se na něm bude dorostový lékař, posudkový lékař, PLDD, právník, zástupce sociální správy. Garantem bude MUDr. Kabíček.

Info z jednání s náměstkem ministra zdravotnictví MUDr. Polákem – 20. 6. 2013 Šebková, Neugebauer – jednání se týkalo především zachování stávajících oborů nemocniční pediatrie a PLDD. Na MZ rozpracována linie jednoho oboru. Panu náměstkovi sděleny prozatímní výstupy z jednání s ČPS, argumenty pro zachování dvou oborů – přes mnohé styčné body jsou odlišnosti, ty nutné zohledňovat v přípravě, došlo by k prodloužení kurikula – při současném i výhledovém nedostatku PLDD to není cesta k naplnění kvalitní péče o dítě. Upřednostňujeme spíše vypracování snadnějšího přechodu mezi obory při zachování

stávajících oborů. Domluvena výhledově schůzka MZ, OSPDL, SPLDD, ČPS.

Do června proběhly tři očkovací semináře ve spolupráci s firmou GSK – odborná úroveň i účast PLDD výborná, hodnoceno pozitivně. Zástupci PLDD se zúčastnili **mezinárodních kongresů** – 28. 5.–1. 6. Milano – ESPID, 14.–16. 6. Amsterdam – workshop HPV, WONCA – zprávy a odborné informace budou postupně zveřejněny ve VOXu či na webu.

Studie – na podzim poběží studie stavu výživy dětí od půl roku věku do tří let, ve spolupráci s dětskou obezitologickou společností – prim. Tláskal. Z řad OSPDL zapojeni jako koordinátoři tří krajů Šebková, Procházka, Szitanyi.

■ Jednání

16. 7. – schůzka Šebková, Neugebauer, MUDr. Marinov – otázka výživy nejmenších dětí, spolupráce na tvorbě doporučeného postupu.

30. 7. – schůzka Šebková – MUDr. Fífková – dětská sekce sexuologické společnosti – OSPDL jako jediná se ozvala ke spolupráci s touto společností, velmi přivítán zájem o páteřní semináře, přislíbeno, podrobnosti budou dojednány na podzim.

30. 7. – schůzka Šebková, Neugebauer – firmy Sanofi Aventis, Novartis – formy spolupráce na poli očkovacích látek.

31. 7. – schůzka Šebková – firma MSD – spolupráce – semináře, výstupy z kongresů, podpora očkování.

12. 8. – jednání Šebková, Kozderka na plzeňském krajském úřadě – formy podpory rezidentů v jednotlivých krajích, jako příklad uveden Zlínský kraj – výstup bude zveřejněn jako motivace pro další kraje.

Dovolujeme si Vás informovat o konání dalšího ročníku

Spinálního kongresu,

který se tentokrát koná ve dnech 7.–8. listopadu 2013 v kongresových prostorách hotelu Galant v Mikulově.

Pořadatelem akce je stejně jako v loňském roce

Neurologická klinika LF MU a Fakultní nemocnice Brno.

Detailní informace jsou uveřejněny na www.spinalni-kongres.cz.

II. SPINÁLNÍ KONGRES
7. - 8. listopadu 2013,
Mikulov, Hotel Galant

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
NEUROLOGICKÁ KLINIKA
LF MU a FN BRNO

www.spinalni-kongres.cz



Krvácení do gastrointestinálního traktu – enteroragie

MUDr. Luděk Ryba

Primář dětského oddělení Orlickoústecké nemocnice a.s.

S krvácením či přítomností krve v trávicím traktu se pediatr setkává poměrně často. Příčiny enteroragie u dětí (tabulka 2) jsou často odlišné od příčin obvyklých u dospělých (tabulka 1) a také kvantitativně nebývá toto krvácení obvykle tak masivní. Setkáme se však v praxi i se stavy urgentními, ohrožujícími život dítěte.

Klinickým projevem je nejčastěji hemateméza (zvracení čerstvé nebo natrávené krve) a/nebo enteroragie (hematochezie – přítomnost čerstvé krve ve stolici) či meléna (přítomnost natrávené krve ve stolici). Vyzvracená krev (hemateméza) má obvykle světlou barvu, což svědčí o jejím původu z partií proximálně od jejunu (v ileu dochází k jejímu natrávení účinkem střevních enzymů), tedy z hlitanu, jícnu či žaludku. Může však docházet i ke zvracení krve tmavé, natrávené (podobá kávové sedliny) tam, kde porucha pasáže trávicím traktem vede ke stagnaci obsahu žaludku (zde již začíná trávení krve) či k regurgitaci obsahu z tenkého střeva. Obecně platí: čím proximálněji leží zdroj krvácení a čím masivnější krvácení je, tím větší pravděpodobnost, že krev bude jasně červená, nenatrávená.

Přítomnost světlé (čerstvé, nenatrávené) krve ve stolici (hematochezie) svědčí pro zdroj v distální části trávicího traktu, kdy krev nebyla natrávena v tenkém střevě (nejčastěji jde o tlusté střevo – především distální část tračníku, sigmoideum nebo rektum). Naopak tmavé (černé, dehtovité) zabarvení stolice (meléna) svědčí pro přítomnost krve natrávené při průchodu tenkým střevem, jejímž zdrojem bývají horní partie trávicího traktu. I zde však platí – je-li krvácení z horních partií trávicího traktu silné a pasáž střevem rychlá, může se ve stolici objevit krev čerstvá.

Tmavou barvu stolice a tudíž „falešnou“ melénu mohou způsobit některé preparáty, především přípravky obsahující železo či bismut, a také některé potraviny obsahující tmavá přírodní barviva (borůvky, ostružiny, černý bez, jitrnice apod.).

Mikroskopickou přítomnost krve ve stolici, případně žaludečním obsahu (tzv. okultní krvácení), kdy změna barvy není patrná prostým okem, prokazujeme pomocí přítomnosti hemoglobinu ve střevním obsahu.

Tabulka 1

Krvácení do GIT u dospělých – příčiny

Peptický vřed žaludku a dvanáctníku (výskyt 50 %)
Syndrom Mallory-Weiss – mechanicky vzniklá trhlinka gastroezofageální junkce (především při prudkém zvracení) (5–15 %)
Jícnové varixy jako projev portální hypertenze – nejčastěji při jaterní cirhóze (5–30 %)
Gastropatie (difúzní eroze žaludeční sliznice) – poléková, stresová, alkoholická
Reflexní (erozivní) ezofagitida
Teleangiectazie střeva
Tumory střeva (hemangiomy, polypy, karcinomy)
Zánětlivé choroby (M. Crohn, ulcerózní kolitida)
Divertikly
Hemeroidy

Tabulka č. 2

Krvácení do GIT u dětí – příčiny

Alergie na bílkovinu kravského mléka (i u kojených), případně sójovou bílkovinu
Jícnové varixy
Gastroduodenální vředy
Syndrom Mallory-Weiss
Meckelův divertikl
Invaginace
Střevní polypóza, syndrom Peutz-Jeghers
Hemeroidy
Anální fisura
Cévní anomálie střeva
Chronické střevní záněty (M. Crohn, ulcerózní kolitida)
Hirschprungova enterokolitida
Přítomnost cizího tělesa (sklo, jehly)
Henoch-Schonleinova purpura

Teleangiectasia haemorrhagica hereditaria

Münchhausenův syndrom v zastoupení

Nekrotizující enterokolitida

Vrozené střevní vady – malrotace, duplikatura, volvulus střeva

(Poslední dvě jednotky jsou typické pro neonatální věk.)

Z infekčních původců enteroragie můžeme počítat především se salmonelami, shigellami, kampilobaktery, yersiniemi, clostridii, enteropatogenními kmeny E. coli a z parazitů entamoebou infekcí, enteroragii mohou vyvolat též noroviry.

Přítomnost krve ve zvracích či stolici, byť málokdy masivní, vyvolává silné obavy ze strany rodičů, kteří žádají její objasnění. Odhalení zdroje krve není vždy snadnou záležitostí a nezdá se jej nepodaří objevit vůbec. Naopak u dospívajících dětí často platí, že viditelnou a opakovanou příměs krve – nejčastěji ve stolici – bagatelizují či zapírají.

Zdroj krve ve střevním obsahu může být v řadě případů „extraintestinální“, krev se do trávicího traktu dostává „napolykáním“. Zdrojem bývají často ragády (trhliny – někdy zjevné, někdy skryté) v prsu matky u kojených dětí, u novorozenců krev spolykaná během porodu při odlučování placenty. Zdrojem může být i vlastní krev například z povrchních kožních poranění, nejčastěji však z oblasti ORL – nosu či nosohltanu (epistaxe).

Zásadní pro klinické posouzení závažnosti krvácení do GIT je zhodnocení oběhových parametrů klinických (bledost, krevní tlak, puls, kapilární návrat) a laboratorních (krevní obraz – erytrocyty, hemoglobin, hematokrit). Tachykardie, hypotenze (přechodně i hypertenze) a prodloužený kapilární návrat stejně jako významná anémie svědčí pro možnost oběhového selhávání a rozvoje hypovolemického šoku. Zde je akutní léčba vedoucí k náhradě objemu krve často neodkladnou podmínkou zachování života a zdraví.

Pokusili jsme se ohlédnout za několika více či méně typickými případy krvácení do trá-



vicího traktu, se kterými jsme se setkali na našem oddělení v uplynulých letech.

■ Případ č. 1 a 2

Pětiměsíční Roman, plně kojený, zcela zdravý a prospívající chlapec, doma opakovaně zvrací mateřské mléko s nitkami krve. Maminka přičítala příměs krve prožezávající se dentici. Po týdnu množství krve na bryndáku větší, maminka vyhledala pediatra. Chlapec v klinicky dobrém stavu, bez pozoruhodností, prožezávají se 3 zuby, dásně klidné.

Měsíční plně kojený Lukáš po jídle zvrací žlutečnou obsah s větším množstvím krve. Objektivní nález bez pozoruhodností.

V druhém případě byla ragáda prsu matky patrná, proto přechodně maminka kojila ze zdravého prsu a krev se již neobjevila. V prvním případě šlo také o zhmoždění prsu matky prožezávajícími se zuby kojence. Ragáda nebyla navenek patrná, ale při pokusném odstříkání mateřského mléka byla příměs krve prokázána.

■ Případ č. 3

Příměs čerstvé krve s hlenem ve stolici se u plně kojeného Štěpána objevila v půl roce věku. Sonograficky byla diagnostikována ileocekální invaginace, kterou se podařilo úspěšně desinvaginovat hydrostaticky vodním nálevem. Následně chlapec prodělal poprvé bronchitidu a začaly se objevovat průjemovité stolice. V 7 měsících další ataka bronchitidy, stolice řídké až 12× denně, zelené, s hlenem a nitkami krve. Posledních 5 dní febrilie až 38,5 °C a úbytek hmotnosti. Klinicky ale chlapec působí spokojeně, bez známek dyskomfortu, stav výživy je dobrý, nejvíe známky dehydratace, břicho má prohmátné, nebolestivé, bez rezistence.

V laboratorním nálezu dominují zvýšené známky zánětu: FW 120/hodinu, CRP 105 mg/l, prokalcitonin ale nezvýšen. V krevním obraze anémie – Hb 95 g/l, počet erytrocytů $3,61 \times 10^{12}/l$, střední objem 80,1 fl, trombocytóza $705 \times 10^9/l$. Hodnoceno jako mléčná kolitida při alergii na bílkovinu kravského mléka, zprostředkovanou mlékem mateřským (chlapec plně kojen, bez mléčných příkrmů). Vzhledem k dobrému klinickému stavu nevysazujeme kojení zcela – dávky mateřského mléka ponecháváme napůl s extenzivním hydrolyzátem, u maminky zcela vysazeny mléčné výrobky ve stravě, chlapci podáván Sumetrolim sus-

penze (infekční etiologii jsme rozboru stolice vyloučili). Do týdne klesá počet stolic a normalizuje se jejich charakter, Štěpán opět prospívá, extenzivní hydrolyzáty po 3 týdnech vysazen (chlapec jej odmítá), dále kojen 3× denně, do jídelníčku zavedeny nemléčné příkrmy. Alergolog prokazuje patch testy non-IgE alergii na bílkovinu kravského mléka a na vaječnou bílkovinu, laboratorní nález včetně anémie se zcela normalizoval.

S intolerancí (alergií) na bílkovinu kravského mléka se lze setkat i u plně kojených dětí. Příznakem je často nález čerstvé krve ve stolici – někdy jen diskretní a sporadický, jindy ale výrazný a opakovaný. Naštěstí jen výjimečně je stav natolik vážný, že si vynutí úplné ukončení kojení; obvykle stačí vyloučení mléka a mléčných výrobků ze stravy matky, případně přechodné podávání extenzivních hydrolyzátů dítěti. Pro potvrzení diagnózy slouží kromě alergologického vyšetření expoziční test s bílkovinou kravského mléka, který jsme ale u tohoto chlapce vzhledem k pokračujícímu kojení neprováděli.

■ Případ č. 4 a 5

Podobné nitky světlé krve, ale bez průjmů, při formované stolici, se objevily u 8měsíčního jinak zdravého Tomáška (smíšená kojenecká strava, prospívající chlapec, klinický nález bez pozoruhodností) i u 8letého obézního Michala. Oba působili spokojeným dojmem, stolici měl Tomášek tuhou, po 2–3 dnech, s nevelkou příměsí čerstvé krve, Michal trpěl zácpou a sám uváděl bolest při vyprazdňování. Ani u jednoho nebyla zjištěna anémie ani známky infekce či zánětu. U obou byla podrobnou aspekí prokázána anální ragáda, která se po lokálním ošetřování (mast, sedací koupele) u obou zhojila.

■ Případ č. 6

Sedmnáctiletý Jan uvádí několik dní trvající každodenní bolesti v epigastriu a melénu, bolesti břicha se zhoršují po každém jídle, chlapec je afebrilní, stolici má jednou denně, je mazlavá a dehtovitá. Bolesti v epigastriu má občas – jednou měsíčně, někdy i častěji – od letošního jara, tedy asi půl roku. V objektivním obraze eutrofický chlapec, bez pozoruhodností. Na počátku hospitalizace verifikujeme melénu, po dvou dnech odeznívá. Laboratorně vylučujeme infekční etiologii, normální jsou základní parametry – JT, koagulace, není anémie ani známky zánětu.

Postupně provádíme gastrokopii, kolonoskopii (včetně terminálního ilea) a pasáž tenkým střevem. Nenacházíme žádnou patologii s výjimkou známek „dráždivého žaludku“ při gastrokopii. Chlapec byl dál sledován a po dobu dvou let se již meléna neobjevila.

Případ je dokladem faktu, že i u klinicky verifikované enteroragie (meléna několik dnů jednoznačná) se nemusí objasnit její zdroj.

■ Případ č. 7 a 8

Zdroj byl naopak dobře patrný u pětiletého Pavla. Po běžné viróze, při které ale nedostával žádné léky, začal plivat větší množství čerstvé krve. Stěžoval si na bolest hlavy a hučení v hlavě, kromě tachykardie 100/min nejevil žádné jiné klinické příznaky onemocnění. Na ORL zjištěny slizniční změny ve střední části nosohltanu, které mají až polypózní charakter. Proto byla provedena endoskopická exstirpace polypu 2 × 1 cm a následně krvácení zcela ustalo. Laboratorně bylo patrné mírné prodloužení APTT (1,27 a 1,35) při normální hodnotě INR (1,13), další vyšetření hematologem potvrdilo von Willebrandovu chorobu, typ 1.

Při febrilní viróze se u 14letého Jana objevila meléna, která trvala 3 dny. V klinickém obraze dominovala hypertrofie tonzil s rozsáhlými pablánami, jejichž spodina krvácela. Byla potvrzena EBV etiologie onemocnění a po ústupu lokálního nálezu na tonzilách vymizela i meléna. Během týdne došlo k mírnému poklesu hemoglobinu (161 g/l; 145 g/l) i hematokritu (0,43; 0,38), ale bez rozvoje anémie.

■ Případ č. 9

Jedenáctiletý Tomáš si asi dva roky stěžoval na bolesti břicha v epigastriu, nejčastěji po jídle. Nyní před 2 dny zvrátil za jízdy v autě a následující den posnídal velkou miskou ostružin. Večer se objevila kašovitá stolice červenočerné barvy s přítomností zrníček z ostružin. Další den po obědě zkolaboval na záchodě, v záchodové míse bylo patrné velké množství černé krve. Po krátkém bezvědomí se chlapec probudil, byl ale spavý a hypotonický. Při vyšetření ve spodním prádle černá kašovitá stolice. Klinicky i laboratorně známky akutní posthemoragické anémie – tachykardie 128/min, hypotenze 80/40, kapilární návrat 2–3 s, Hb 58 g/l, ery $2,1 \times 10^{12}/l$, hkt 0,15. Podán převod erymasy – celkem 600 ml, poté se lepší klinický



stav i krevní obraz – Hb 79 g/l, hkt 0,22. Po stabilizaci stavu na pracovišti dětské chirurgie provedena revize dutiny břišní a resekce rozsáhlého Meckelova divertiklu.

■ Případ č. 10

Pavlinka měla krev ve stolici už jako kojeneček, nález byl hodnocen jako mírná forma mléčné kolitidy. V dalších letech trpěla na zácpu, stolice objemné, tuhé, bez příměsí. V pěti letech věku se opakovaně na povrchu stolice objevila čerstvá krev, v množství až půl decilitru, vždy v souvislosti s defekací tuhé stolice. Potíže byly intermitentní, klinický stav dívky byl zpočátku dobrý. Nebyla přítomna anémie, známky zánětu nízké, byla vyloučena celiakie (normální hodnoty protilátek proti tkáňové transglutamináze i endomysiu – při normálních hladinách sérových imunoglobulinů), sono břicha bylo normální, nízké byly i hodnoty ANCA a ASCA jako markerů nespecifického střevního zánětu. V druhém a třetím měsíci trvání obtíží se objevují častější stolice s příměsí krve, hleny a nestrávených zbytků – až 5× denně, defekaci předchází bolest břicha. Dochází ke vzestupu FW 48/83, rozvíjí se normocytární normochromní anémie (Hb 100 g/l, hkt 0,26). Na UZ střeva nejsou známky kolitidy. Dívka byla předána na specializované gastroenterologické pracoviště k provedení endoskopického vyšetření střeva. To bylo zprvu odloženo pro klinicky zlepšený stav i krevní parametry a pro pozitivitu stolice na noroviry, které byly označeny za možnou příčinu obtíží. Dále se ale klinický stav opět zhoršil a po 4 měsících od počátku obtíží kolonoskopie prokazuje ulcerózní kolitidu (ANCA nadále negativní, 30× zvýšená hodnota kalprotektinu – markeru neinfekčního střevního zánětu – ve stolici). Po nasazení imunosupresivní terapie je dívka nyní bez klinických obtíží. Navzdory poměrně typickému průběhu u Pavlinky je ulcerózní kolitida v tomto věku spíše nečekanou diagnózou.

■ Případ č. 11

Nečekanou diagnózou skončil i případ šestileté Veroniky. V rodině není známo postižení střeva. Již v kojeneckém věku trpěla na nadýmání a obtíže s defekací, vyžadující často manuální vybavení stolice. Tento problém se upravil po zavedení smíšené stravy v druhém půlroce života. Pak se naopak objevovaly stolice četnější, 3–4× denně,

řidší, napěněné, kysele páchnoucí. Mezi 4. a 5. rokem se ve stolici objevuje opakovaně i čerstvá krev. Asi jednou týdně udává kolikovitě bolesti s pocitem nechutenství, v poloze vleže dochází do 15 minut k úlevě. Přechodné zlepšení nastalo po vysazení mléčných výrobků, stále má ale 2–3 stolice denně, koliky méně časté, zlepšena chuť k jídlu. Kolem 6. roku se opakují po měsíci několikadenní ataky febrilí s příměsí čerstvé krve ve stolici, hematochezie se ale objevuje i v mezidobí. Dívka zvolna prospívá – výškou se mezi 3. a 6. rokem propadá z 10. na 3. percentil, hmotnostně z 50. na 10. percentil. Opakovaná laboratorní vyšetření vylučují celiakii, neprokazujeme ani potravinovou alergii. Sono břicha opakovaně bez patologie, jednou při probíhající enteroragii diskrétní výpotek mezi střevními klíčky, jednou zachycuje sonografista drobnou invaginaci v oblasti tenkého střeva. Mírně zvýšená FW 25/56, stolice na OK střídavě pozitivní nebo negativní, nízké CRP i při febrilní enteroragii, biochemie včetně imunoglobulinů v normě. Krevní obraz bez pozoruhodností. Během ročního sledování mírně stoupá hladina ASCA v třídě IgA (z normálních hodnot na mírně zvýšené – maximum 25 U/ml), gastroenterolog soudí na možný rozvoj Crohnovy choroby. Indikovaná endoskopická vyšetření nacházejí mnohočetnou polypózu tlustého střeva, známky postižení i v oblasti duodena. Histologicky jde o adenomy s tzv. low grade dysplazií, nález odpovídá familiární adenomatózní polypóze. Dívka je pravidelně sledována kolonoskopicky, v plánu je genetické vyšetření a na základě dalšího vývoje lze předpokládat nutnost „preventivní“ totální kolektomie s ohledem na vysoké riziko malignizace adenomů. I zde můžeme říci, že takto časně klinické projevy u tohoto onemocnění nejsou běžné a svědčí, bohužel, pro tíž tohoto autozomálně dominantního onemocnění. V tomto případě se zdravým příbuzenstvem jde zřejmě o mutaci de novo.

■ Případ č. 12 a 13

Se specifickou skupinou chorob projevu jících se krvácením do střeva se setkáme u novorozenců či malých kojenců. Natálka se narodila spontánně, v termínu, bez jakýchkoliv komplikací ze strany plodu i maminky. Byla ošetřena dle platných standardů, včetně aplikace Kanavitu p.o. Druhý den života se objevilo masivní zvracení čerstvé

krve, opakované, později i meléna. Došlo k poklesu hemoglobinu z 208 g/l na 86 g/l a rozvoji oběhového selhání. To se během dvou dnů upravilo po transfuzi skupinové erymasy. Dívce byl při prvních projevech krvácení aplikován znovu Kanavit – tentokrát intramuskulárně. Další průběh byl bez komplikací, krvácení se již neopakovalo. Vyšetření koagulace (APTT, Quick, AT III, fibrinogen, D dimery) provedené ještě před transfuzí nevykazovalo patologii vzhledem k věkové skupině.

Michaela byla zdravý kojeneček, plně kojeneč a řádně prospívající. Doma v pěti týdnech věku začala zvracet větší množství čerstvé krve, jinak v jejím projevu nebylo nic nápadného. Zvracení pokračovalo do druhého dne. Přestože jsme u maminky zjistili ragády na obou prsech, laboratorní pokles hemoglobinu ze 106 na 90 g/l během 24 hodin (hematokrit 0,28; 0,25) svědčil pro primární krvácení z GIT. Koagulační parametry byly stejně jako v prvním případě normální. Již vstupně dostala dívka dávku Kanavitu i.m. (stejně jako po porodu – další profylaxe Kanavitem však již neproběhla) a krvácení do druhého dne zcela ustalo, přechodně byla pozorována 2. a 3. den meléna.

U obou dětí se s největší pravděpodobností jednalo o krvácivou nemoc novorozence (morbus haemorrhagicus neonatorum), způsobenou nedostatkem vitamínu K – v prvním případě o tzv. časnou, v druhém případě o pozdní formu. Obě se mohou rozvinout navzdory aplikaci vitamínu K po porodu (u perorální aplikace je tato možnost vyšší). Základní koagulační parametry mohou být normální, a to i tehdy, kdy dochází k masivnímu krvácení. Specifické vyšetření na deficit vitamínu K, tzv. test PIVKA (Proteins Induced by Vitamin K Antagonism or Absence) se běžně v klinické praxi neprovádí, diagnóza je tedy stanovena „per exclusionem“ – vyloučením jiných příčin. Včasné podání terapeutické dávky vitamínu K obvykle vede k rychlé úpravě stavu.

Mezi nejtěžší případy krvácení do trávicího traktu (a nejen do něj) patří ty, kde se (podobně jako u zmíněné krvácivé choroby novorozence) jedná o poruchu koagulace, ať už „známou“ (v rámci chronického onemocnění), nebo „nově se objevivší“.

**■ Případ č. 14**

Pětiletá dosud zdravá Zuzanka začala týden po „viróze“ večer krvácet z nosu a udávala bolesti břicha. Epistaxe pokračovala i druhý den ráno. V místě bydliště byla zjištěna anémie – Hb 96 g/l, trombocytopenie – $9 \times 10^9/l$ a výrazně prodloužená krvácivost (více než 11 minut). Byla podána hemostyptika (Dicynone), dívka odeslána do místně příslušné ORL ambulance, kde byla provedena oboustranná tamponáda, a následně byla dívka přijata na dětské oddělení. Klinicky tlakově kompenzovaná, zpočátku tachykardie 140/min, ale při infuzní terapii krystaloidy klesá na 88/min, na těle a končetinách četné petechie. Slabě krvácí ušní lalůček po vpichu při koagulačním vyšetření, epistaxe v důsledku tamponády ustala. Vzhledem k významné trombocytopenii a krvácivým projevům stanovena diagnóza akutní idiopatické trombocytopenické purpury a zahájeno podávání imunoglobulinů i.v. Monitorována – klinický stav se zdál dobrý, nebyly patrné zevní známky krvácení. Po 4 hodinách od příjmu masivně zvrací – celkem asi 350 ml natrávené spolýkané krve (odpovídá asi 30 % cirkulujícího objemu) a navzdory parenterálnímu příjmu krystaloidů a koloidů se rozvíjí oběhový šok s poruchou vědomí (GCS 7–8) a oligurií až anurií (7 hodin nemočila, močový měchýř prázdný). V krevním obraze významný pokles Hb na 42 g/l, hkt 0,14, ery $1,7 \times 10^{12}/l$, klesají i trombocyty na $6 \times 10^9/l$. Zrychlen přívod i.v. tekutin, pro hypotenzi zahájena terapie Dopaminem (iniciálně 10 µg/kg/min, po zlepšení oběhových parametrů snižena na 5 µg/kg/min), urgentně zahájen převod erymasy. Během dvou hodin zvýšené oběhové podpory se obnovuje diuréza, zmírňuje se tachykardie (ze 140 na 112 tepů/min) a stoupá krevní tlak (z 70/30 na 95/40 mm Hg – měřeno neinvazivně). Zvažujeme podání trombocytárního náplavu, který však není bezprostředně k dispozici. Po převodu celkem 350 ml erymasy a podání 2 g Ig/kg v průběhu 24 hodin dochází k úpravě anémie (Hb 102 g/l) a k rychlému vzestupu trombocytů i bez nutnosti substituce trombocytárního koncentrátu (druhý den trombocyty $35 \times 10^9/l$, po 3 dnech $156 \times 10^9/l$). Krvácení ustalo zcela. Zásadním faktem počátečních komplikací bylo to, že ač tamponáda navenek krvácení z nosu „zastavila“, ve skutečnosti toto

krvácení pokračovalo a vedlo k rozvoji oběhového hypovolemického šoku. Naštěstí se tento průběh podařilo razantní léčbou včas zvrátit. Ex post jsme se dozvěděli, že ráno v den přijetí dostala dívka od babičky „na chřipku“ dávku Superpyrinu, která nejspíše krvácivé projevy ještě eskalovala.

■ Případ č. 15

Silně stresující byl i případ tříletého Ladislava. Jinak zdravý chlapec byl přijat pro kožní projevy akutní Henoch-Schönleinovy purpury. Vstupně drobné nečetné petechie kolem kotníků, prosáknutí perimaleolárně, při chůzi kulhá, sliznice čisté, chlapec mrzutý, nechce jíst, udává bolesti břicha, to ale volně prohmatné. Již vstupně erytrocyturie a pozitivní stolice na OK (makroskopicky normální barvy), od třetího dne dostával kromě terapie Ascorutinem a Curantylem Prednison v dávce 1 mg/kg a den. Chlapec je afebrilní, ale mrzutý, málo jí, nechce chodit a udává bolesti břicha, postupně až kolikovitého charakteru. Sonograficky v dutině břišní nezobrazen patologický nálezu. Pátý den nemoci se objevují řídké stolice s příměsí velkého množství krve světlé barvy. Zároveň se objevuje hematoma v břišní stěně a prosáknutí skrota a varlat. Vzhledem k obrazu systémového postižení orgánů a známkám krvácení do GIT přecházíme na i.v. podávání metylprednisolonu v pulsních dávkách (10 mg/kg a den). Poté dochází k zlepšení celkového stavu, zlepšuje se Ládíkova nálada, stále přijímá jen malé dávky p.o., proto na parenterální výživě. Laboratorně leukocytóza ($12-17 \times 10^9/l$), mírně anemizuje (Hb 128 g/l; 112 g/l), nadále nízká FW 6/10 i CRP 7 mg/l. APTT, Quick i krvácivost v normálních hodnotách. Osmý den se rozvíjí obraz náhlé příhody břišní, na UZ edematózní stěna kliček tenkého střeva, irigografie prokazuje invaginaci s následnou desinvaginací v oblasti colon transversum. Zvažovaná chirurgická revize dutiny břišní nebyla nutná, krvácení do střeva se po několika dnech uklidnilo. V dalším průběhu progredoval močový nálezu, rozvinul se laboratorní obraz nefrotického syndromu. Renální biopsie prokázala obraz IgA nefropatie s počínajícími sklerotickými změnami, proto kortikoterapie změněna na podávání cyklofosfamidů s výborným efektem. Chlapec pak až do 18 let bez známek relapsu onemocnění, prakticky zdravý. Již v dospělém věku prodělal

retrobulbární neuritidu, nálezu je suspektní z rozvoje roztroušené sklerózy.

Henoch-Schönleinova purpura je vaskulitida, postihující střevo v asi polovině případů. Přítomnost krve ve stolici je často pouze mikroskopická (pozitivita stolice na OK), závažné krvácení (hemateméza, hematochezie či meléna) se vyskytuje jen asi u 2 % pacientů. Nejčastěji je příčinou právě invaginace zánětem prosáklé a tudíž hypomobilní části střeva. Ještě dramatictější průběh může mít infarkt střeva s jeho perforací.

■ Případ č. 16

Pevné nervy vyžadoval (opakovaně) také pacient Tomáš. Zdatný aktivní sportovec (lyžař, cyklista), ale bohužel zároveň hemofilik. Hemofilie typu B u něj byla diagnostikována již perinatálně, kdy se masivní krvácení po snesení pupku podařilo zastavit až velkými dávkami mražené plazmy. Následně byl vyšetřen a sledován hematologem (těžká forma onemocnění s nulovými hodnotami faktoru XI), koncentráty faktoru XI byly aplikovány symptomatically (při známkách krvácení), později pravidelně „preventivně“. Vzhledem k jeho sportovním aktivitám docházelo ke krvácení poměrně často – především do měkkých tkání (svaly, klouby). V 17 letech navštívil lékaře pro intenzivní bolesti břicha v pravém epigastriu, po kterých následovalo zvracení bez patrné příměsi krve. Chlapec oběhově kompenzovaný, vyhledává polohu na pravém boku. Celkový stav alterován povšechnou třesavkou, je opocení, ale afebrilní. Břicho aspejí bez známek poranění, palpačně citlivé v pravém hypochondriu a mezogastriu, hůře prohmatné, v pravé polovině se známkami peritoneálního dráždění, v ostatních partiích měkké. Patrné zvětšení jater o 3 cm přes oblouk žeberní. V laboratorním nálezu není anémie – Hb 147, hkt 0,42, ery $5,04 \times 10^{12}/l$, leukocytóza $20 \times 10^9/l$, urea, kreatinin, bilirubin, transaminázy a GMT v normě, lehký (cca trojnásobný) vzestup sérové amylázy (9,6 µkat/l), CRP nízké. Poslední dávku koncentráty faktoru XI dostal o den dříve po úrazu kloubu ruky. Sonografie prokazuje rozsáhlý hematoma ve stěně duodena (rozměry 120 × 50 × 45 mm), obturující střevo a bránící pasáži, stlačující též žlučník a pravou ledvinu. Chlapec následně strávil téměř 2 měsíce na hematologickém pracovišti, byl



opakovaně kontrolován chirurgy. V průběhu pobytu se rozvinula mechanická pankreatitida, Tomáš byl sondován, živen několik týdnů parenterálně, dostával opakované dávky koncentrátu faktoru XI. Opakovaně bylo zvažováno operační řešení, hematoma v duodenu byl punktován přes stěnu břišní. Pevné nervy lékařů se nakonec vyplatily, postupně došlo k resorpci hematomu a plnému obnovení pasáže trávicím traktem. Po stanovení diagnózy si Tomáš vybavil, že dva týdny před začátkem obtíží spadl s kola a mírně se udeřil do břicha. Dnes je dospělý muž, dále sportuje a s kola padá, bohužel, i nadále. Po jednom pádu si například zlomil 6. krční obratel. Nicméně nechybí mu optimismus a nadšení a všechna jeho dosavadní poranění se zhojila.

Věřím, že optimismus a elán neztratí ani jeho lékaři a optimismus a elán by měl dodat tento článek čtenářům časopisu Vox

pediatriae. Bylo to asi dvacetileté ohlédnutí za případy krvácení do trávicího traktu na našem oddělení. A kdyby tu byl můj první primář a položil svou obvyklou otázku po návratu z dovolené: „Jak to šlo, byly nějaké ztráty?“ odpověď by zněla: „Šlo to, ztráty nebyly.“ A to přeji dnes nám všem – aby ztrát bylo co nejméně. Diagnostické možnosti dosáhly v dnešní době nebývalého rozvoje a i dříve obtížně dostupné patologické stavy střeva nám dokážou přiblížit s mimořádnou přesností. Přesto nadále zůstává rozhodující pečlivá a úplná anamnéza, kvalitní erudice pediatra i konziliářů a také jakýsi „šestý smysl“ nebo intuice napovídající, že „tento-krát se opravdu něco děje“.

Tento přehled si jistě nečiní nárok na úplnost, přesto doufáme, že může být poučením a inspirací pro pediatrickou obec, neboť především závažné stavy krvácení do trávicího traktu nejsou v dětském věku – naštěstí – příliš časté.

■ Zkratky použité v textu

EBV – virus Epstein-Barrové
GIT – gastrointestinální trakt
ANCA – Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies (protilátky proti cytoplasmě neutrofilů)
ASCA – Anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies (protilátky proti Saccharomyces cerevisiae)
Hb – hemoglobin
Hkt – hematokrit
UZ – ultrazvuk
Ig – imunoglobuliny
GMT – gama-glutamyltransferáza
CRP – C-reaktivní protein
APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AT III – antitrombin III

QuikRead go®

– pomocník při rozhodnutí o léčbě

- spolehlivost a vysoká kvalita
- rychlost a snadné použití
- připojitelný k PC

Modernizujte
svoji ordinaci!

CRP
CRP+Hb
Strep A
hsCRP+Hb
...a již brzy iFOBT

ORION
DIAGNOSTICA

www.oriondiagnostica.cz, orion@oriondiagnostica.cz
tel: +420 233 350 533, mobil: +420 602 647 793





Meckelův divertikl – zdroj krvácení do GIT v dětském věku

MUDr. Martin Vyhnánek, MUDr. Ondřej Petru

Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Krvácení do gastrointestinálního traktu (GIT) v dětském věku není časté. Může se manifestovat hematemézou, melénou nebo enteroragii. Mezi možné příčiny enteroragie patří anální fisury, enteritida, polypy střevní, invaginace, duplikatury střevní, volvulus a krvácení z Meckelova divertiklu.

Autoři prezentují dvě kazuistiky krvácení do GIT, které se manifestovalo masivní enteroragií.

V obou případech se jednalo o první ataku krvácení a oba případy bylo nutné akutně operačně řešit.

V prvním případě se jednalo o 6leté děvče, dosud zdravé, beztrvalé medikace. Pacientka byla vyšetřena na chirurgické ambulanci v místě bydliště pro febrilie a bolesti břicha.

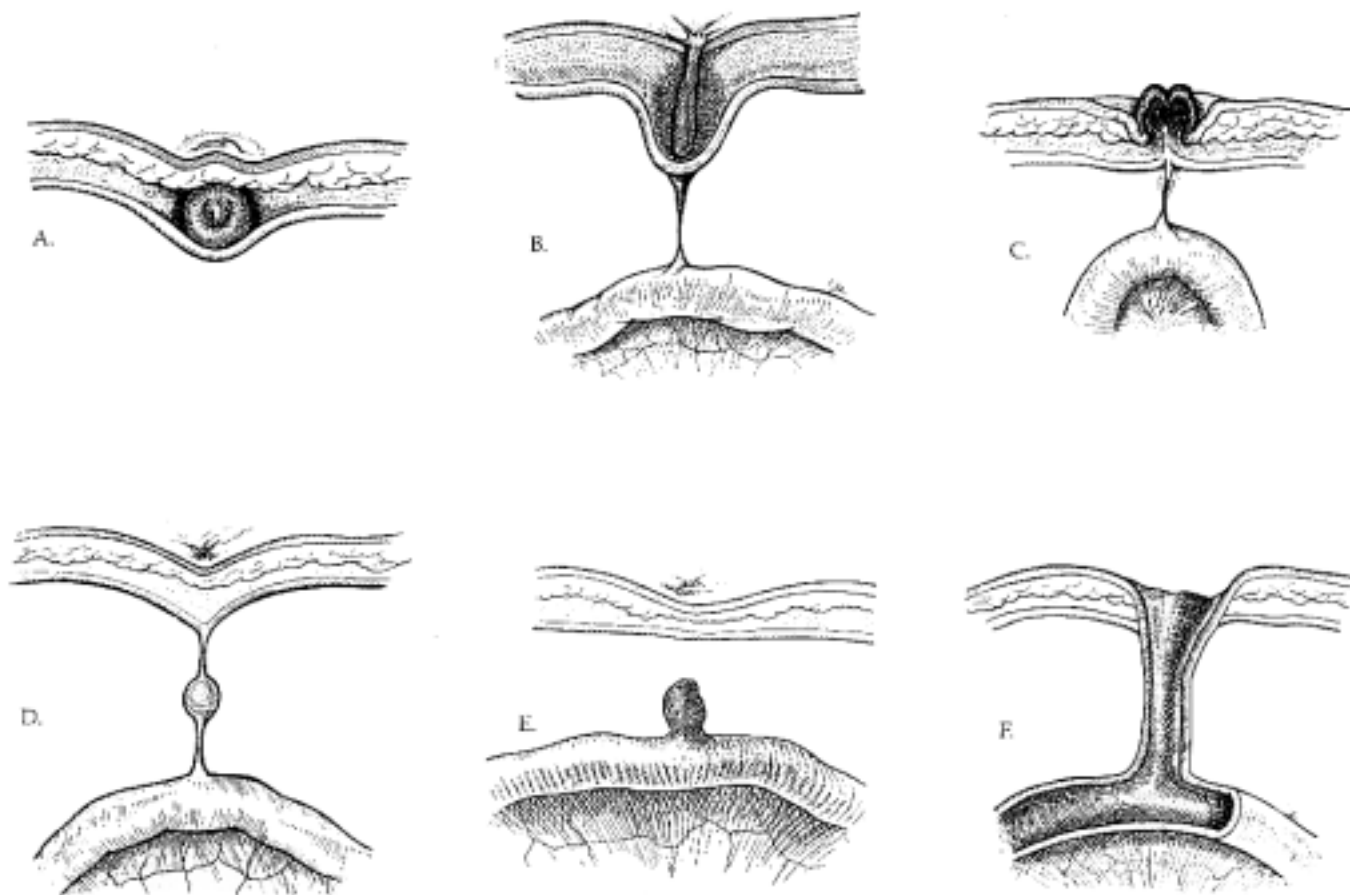
Byla vyloučena apendicitida, pacientka byla se symptomatickou terapií propuštěna do domácí péče. Následující den byl klinický stav pacientky lepší, bolesti mírnější, nezvracela, měla normální stolici. Druhý den měla pacientka 3× větší množství stolice s masivní příměsí tmavé krve. Byla přijata a zajištěna na dětském oddělení v místě bydliště a poté přeložena na naše pracoviště. Pacientka při přijetí nezvracela, neměla bolesti břicha, byla afebrilní. TK 115/65, puls 124/min. Ve vstupním krevním obraze byly následující hodnoty: leuko 16,8, ery 3,58, Hb 101, hkt 0,29, koagulace a biochemie byly v normě. Byla indikována ke gastroskopii, která byla provedena v celkové anestezii na operačním sále. Nález při vyšetření horní části GIT byl

negativní, takže v pokračování téže anestezie byla provedena laparoskopická revize s nálezem Meckelova divertiklu. Divertikl se nacházel 40 cm před Bauhinovou chlopní. Aborálně od divertiklu bylo střevo vyplněno krví. Divertikl byl vyluxován před stěnu břišní, kde byla provedena klínovitá resekce divertiklu a sutura střeva. Pooperační průběh byl bez komplikací, pacientka byla zatížena enterálním příjmem od 5. pooperačního dne. 7. den byla propuštěna do domácího léčení, rána zhojena p.p. Při vyšetření divertiklu byla v jeho lumen prokázána žaludeční sliznice s mělkou ulcerací.

Ve druhém případě se jednalo o ročního chlapce, který byl ve 4. měsíci věku operován pro koarktaci aorty (resekce CoA a ná-

Obr. 1 Varianty perzistujícího ductus omphaloentericus

A. Umbilikální cysta obsahující střevní sliznici. B. Umbilikální sinus s vazivovým pruhem ke střevu. C. Umbilikální polyp obsahující střevní sliznici. D. Cysta ductus omphaloentericus. E. Meckelův divertikl. F. Enteroumbilikální píštěl.



Pomůže českému zdravotnictví Čína? Ministr Holcát vyrazil dojednat obchody

Martin Holcát je v úřadu ministra zdravotnictví od 10. 6. a nezdrží se v něm už příliš dlouho. Přesto ale stíhá sedmidenní návštěvu Číny. Patnáctičlenná delegace tam domlouvá vzájemnou spolupráci obou zemí. „Návštěva se koná ve dnech 13. až 20. 8. na pozvání čínské ministryně zdravotnictví paní Li Bin, které panu ministrovi předal její náměstek v červnu v rámci návštěvy čínské zdravotnické delegace v České republice,“ sdělila zástupkyně tiskové mluvčí ministerstva zdravotnictví Dana Šalamunová. Spolu s Holcátem, který v čele resortu vydrží do jmenování nové vlády, do Číny odcestovali ještě další dva pracovníci ministerstva, ale také ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv Pavel Březovský, ředitel Fakultní nemocnice (FN) Ostrava a stínový ministr zdravotnictví ČSSD Svatopluk Němeček i jeho manželka, primářka popáleninového centra ve FN Ostrava Zdenka Němečková Crkvenjaš, ředitel FN Hradec Králové a šéf České vakcínologické společnosti Roman Prymula nebo lidé z vedení FN Motol či státních lázní Karlova Studánka. Do Číny odcestovali také zástupci tří farmaceutických firem. Podle Šalamunové čítá delegace devět členů, dalších šest s nimi odletělo jako doprovodná mise. „Cílem je jak upevnění kontaktů ministerstev obou zemí, jednotlivých nemocnic a léčeben, tak spolupráce medicínských firem,“ vysvětlila Šalamunová. Ministra v demisi Martina Holcát čeká jednání s čínskou ministryní a vystoupení na tamějším zdravotnickém fóru. Podle Šalamunové pohovoří o aktuálním stavu českého zdravotnictví a kvalitě medicínského výzkumu a oborů. Březovský zase bude s Čínským institutem pro kontrolu léčiv a potravin vyjednávat o přípravě dohody podporující spolupráci v oblasti regulace léčiv a zdravotnických prostředků. Podrobněji obsah jednání zatím ministerstvo nekomentovalo s tím, že o nich bude informovat po návratu delegace. Ministerstvo připomnělo, že už nyní spolupracuje FN Motol s Pekingskou dětskou nemocnicí nebo FN Hradec Králové s Nemocnicí Xiangya při Středojížní univerzitě. Pozvání do Číny těsně minulo bývalého ministra zdravotnictví Leoše Hegera. Šéf tehdejšího kabinetu Petr Nečas přinesl prezidentovi Miloši Zemanovi demisi 17. června. Už Hegerův šéf kabinetu Jan Růžička, který vede kabinet i Holcátovi, jel do Asie vyjednávat o vzájemné spolupráci.

Zdroj: H. Váľková, iDnes.cz, 15. 8. 2013



Obr. 2 Peroperační foto Meckelova divertiklu

hrada chlopně), dlouhodobě na medikaci fraxiparinem.

Chlapec upadl na zadek, udeřil se do zad a hlavy. V bezvědomí nebyl, 3× zvracel (bez příměsi krve). Následně se objevilo masivní krvácení z konečníku. Chlapec byl převezen RZP na dětské oddělení, primárně zajištěn pro rozvoj hemoragického šoku (krystaloidy, transfuze, ČŽK a remestyp) a přeložen na naše pracoviště. Při přijetí byl pacient oběhově stabilní, TK 85/50, puls 110, v krevním obraze leuko 15,6, ery 2,73, Hb 75, hkt 0,22, nezvracel, břicho bylo významně vzedmuté, z rekta odcházela masivně krevní koagula. Pacient byl převezen na operační sál, doplněno kolonoskopické vyšetření a odsátí krve z tračníku, jinak byl nález negativní. V pokračování těžké anestezie byla provedena střední laparotomie. Při revizi byl nalezen Meckelův divertikl 45 cm před Bauhinovou chlopní. Distálně od něj bylo střevo vyplněno krví. Byla provedena jeho resekce i s částí ilea a následně anastomóza ilea ve dvou vrstvách. Po operaci byl pacient stabilizován na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Od 5. pooperačního dne byl pacient zatížen stravou, 10. pooperační den byl propuštěn do domácí péče. Histologicky byla v Meckelově divertiklu prokázána sliznice gastrického typu s ulceracemi zasahujícími do submukózy.

Meckelův divertikl se nachází 20–60 cm od Bauhinovy chlopně na antimezen-

teriální straně ilea. Jedná se o pozůstatek ductus omfaloentericus, jehož část bližší střevu zůstala zachována jako střevní výčlipka. Vyskytuje se u 2–3 % populace, bývá 1–10 cm dlouhý a 0,5–3 cm široký. V 75 % je klinicky němý. Zbytek se manifestuje krvácením ve 40 %, intestinální obstrukcí ve 30 %, zánětem v 20 %, případně abnormalitou v oblasti pupku. Divertikly mohou obsahovat heterotopickou sliznici žaludeční nebo pankreatickou, vzácně i jinou.

Pro krvácení z Meckelova divertiklu je typické, že se projevuje u dětí v předškolním věku. Může být různého rozsahu od drobného okultního krvácení až po masivní enteroragii s anemizací a nutností krevní transfuze. Krvácení není provázáno bolestí, většinou se spontánně zastaví.

Diagnostika Meckelova divertiklu je obtížná. Přínosné může být scintigrafické vyšetření pomocí radioizotopu Tc, který se vychytává v ektopické žaludeční sliznici. Senzitivita metody se udává kolem 50–60 %. V případě přetrvávání chronických obtíží a vyloučení možného zdroje krvácení kolonoskopií a gastroskopií se indikuje laparoskopická operační revize. Léčba je chirurgická, provádí se klínovitá resekce nebo při širší bázi divertiklu resekce přilehlé části střeva a anastomóza end to end.



Krvácení do GIT u 2,5letého dítěte. Kazuistika

**MUDr. Petra Dubská, prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.,
MUDr. Milan Machart, MUDr. Martin Čepelík**

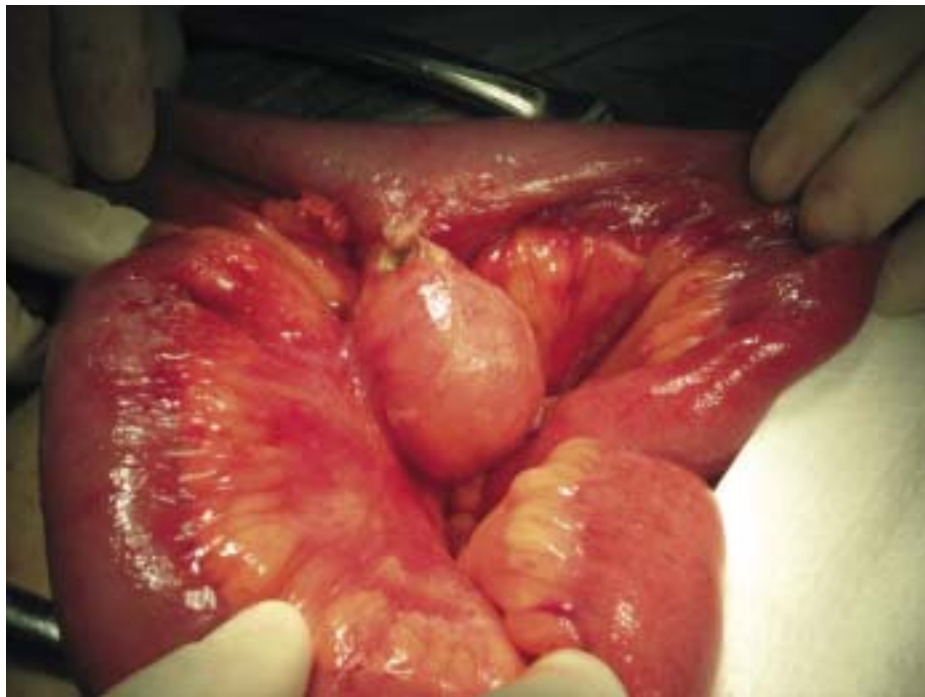
Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha

■ Úvod

Krvácení do gastrointestinálního traktu (GIT) je v dětském věku poměrně častým důvodem k návštěvě lékaře. Etiopatogeneticky i klinicky se liší krvácení do horní a do dolní části gastrointestinálního traktu.^{1,2,3}

Krvácení do horní části GIT (od dutiny ústní po duodenojejunální ohbí). U novorozenců je nejčastějším důvodem krvácení z horní části GIT spolýkání mateřské krve během porodu nebo ezofagitida. Vzácnější příčinou může být gastritida nebo hemoragická nemoc novorozenců. U dětí od 1 měsíce do 2 let pomýšlíme opět na ezofagitidu nebo gastritidu, není vzácné ani spolknutí cizího tělesa. Méně běžné je krvácení při pylorostenóze, peptickém vředu nebo cévní malformaci. Ve věkové skupině od 2 do 12 let převažuje jako příčina krvácení do horní části GIT opět ezofagitida, gastritida a spolknutá cizí tělesa. Ve skupině adolescentů dominuje peptický vřed, gastritida, vzácněji jícnové nebo žaludeční varixy. K vzácným příčinám pak patří eozinofilní gastroenteropatie či Münchhausenův syndrom.

Krvácení do dolní části GIT (od duodenojejunálního ohbí po rektum). Napříč všemi věkovými skupinami dominuje anální fisura jako nejčastější příčina krvácení z dolní části GIT, s maximem výskytu do 2 let nebo u dětí s chronickou obštipací. V novorozeneckém věku je nutné myslet na nekrotizující enterokolitidu, malrotaci či volvulus nebo vzácné cévní malformace. Častou příčinou je dyspepsie. U dětí od 1 měsíce do 2 let je velmi častá gastroenteritida infekční etiologie, alergická proktokolitida, invaginace, Meckelův divertikl či lymfonodulární hyperplazie. Vzácněji se setkáváme s duplikaturou střevní či poraněním spolknutým cizím tělesem. U adolescentů se dostávají do popředí kromě výše jmenovaných příčin i nespecifické střevní záněty (IBD, manifestace Crohnovy choroby či ulcerózní kolitidy) a střevní polypy. Vzácněji můžeme vidět krvácení do GIT při Henoch-Schönleinově purpuru nebo hemolyticko-uremickém syndromu.



Obr. 1 Meckelův divertikl

Krvácení z horní části GIT se projevuje nejčastěji hematemézou, meléna mívá určitou latenci. Meléna je potom hlavním symptomem krvácení do dolní části GIT. U menších dětí se ale může i krvácení z tenkého střeva projevit enteroragii, tedy odchodem velkého množství čerstvé červené krve. Krvácení do GIT je v dětství u většiny chorob nevelké a nevede k bezprostřednímu ohrožení života. Výjimkou, kdy krevní ztráta může být velká a vést k hypovolémii, je krvácení z gastroduodenálního vředu, Meckelova divertiklu, případně u některých vzácnějších chorob (jícnové varixy).

Chtěli bychom prezentovat kazuistiku 2,5letého hošíka s život ohrožujícím krvácením do GIT.

Klíčová slova: meléna, krvácení z GIT, Meckelův divertikl

■ Kazuistika

Chlapec ve věku 2 roky a 7 měsíců se dostavil na ambulanci naší kliniky 5. 12. 2012 před půlnocí. V týž den kolem 22:00 hod.

zpozorovala matka odchod většího množství temně krvavé až dehtovité stolice. Do té doby pacient žádné potíže neměl. Hoch se narodil v termínu, porod byl spontánní, záhlavím, porodní hmotnost 3430 g, poporodní adaptace normální a ani v další osobní a rodinné anamnéze nebyly žádné patologie. Krvavá stolice typu melény se objevila bez jakýchkoli subjektivních potíží hocha i bez jiných klinických symptomů.

Při příjmu kolem půlnoci byl hoch v celkově dobrém stavu, mrzutý, plačtivý, nespolutracující. Při fyzikálním vyšetření bylo břicho nevezduťné, měkké, dýchalo celé, nebyla hmatná žádná rezistence, nebylo přítomno peritoneální dráždění a hoch nereagoval bolestivě na hlubokou palpaci. Při vyšetření per rectum byla nalezena pouze natrávená krev v ampule, jiná patologie nebyla patrná. I ostatní interní pediatrický nález byl normální, hoch k nám byl poslán z dětské kliniky.

V rámci příjmu bylo provedeno sonografické vyšetření břicha, kde kromě pneumatózy nebyla patrná žádná patologie, invaginace byla



vyloučena. Laboratorní hodnoty při příjmu vykazovaly pokles červeného krevního obrazu (ery 3,73; hb 97; htk 0,292; leuko 9,5) a lehký vzestup AST (0,86). Hemokoagulační vyšetření bylo v normě.

Protože jinak bezpříznaková meléna vzbuzovala podezření na krvácení do horních částí GIT, indikovali jsme gastroduodenofibroskopii. Ta byla provedena hodinu po příjmu a až na ojedinělé eroze v aborální části žaludku nevysvětlovala původ krvácení. Proto byl pacient nadále sledován na jednotce intenzivní a resuscitační péče, monitorován, podávány infuze krystaloidu. Během noci, od půlnoci do 7,00 hod. následujícího dne, měl pacient další stolici s natrávenou krví, melénu, a došlo k dalšímu poklesu krevního obrazu (ery z 3,73 na 3,07; hb z 97 na 83; htk z 0,292 na 0,237). Proto jsme podali transfuzi erymasy a indikovali pacienta k revizi dutiny břišní. Operace proběhla 13 hodin po příjmu. Z dolní střední laparotomie byly zrevidovány kličky tenkého střeva. Asi 40 cm orálně od ileocekálního přechodu jsme našli Meckelovu výchlípku velikosti 3 × 1 × 1 cm,

v apexu hrbolatu, tuhou, zajizvenou. Tlusté střevo obsahovalo natrávenou krev, zatímco orálně od Meckelovy výchlípky krev v tenkém střevu nebyla. Provedli jsme resekci celého krátkého úseku ilea s divertiklem a anastomózu end-to-end. Nasadili jsme zajišťovací léčbu Unasynem. Histologické vyšetření divertiklu oproti našemu očekávání nezastihlo sliznici gastrického typu v resekátu.

Hoch se zhojil bez jakýchkoli dalších komplikací, antibiotika vysazena 5. pooperační den, pasáž střešní se upravila do několika dnů a hoch byl 10. pooperační den propuštěn domů.

■ Závěr

Krvácení do GIT může být v dětském věku způsobeno mnoha různými příčinami, ty jsou závislé především na věku dítěte. Ve většině případů se nejedná o masivní, život ohrožující krvácení, ale např. o pouhou dyspepsii, gastritidu či anální fisuru. Několik málo chorobných stavů však může i v dětském věku vést k velkému krvácení do GIT a k ohrožení života. Patří mezi ně především

krvácení z peptického vředu. Typická je lokalizace vředu v gastroduodenální oblasti, může však také způsobit závažné krvácení z ektopicky uložené sliznice v Meckelově výchlípce. Krvácení z peptického vředu žaludku a duodena lze diagnostikovat i ošetřit gastrofibroskopií, krvácení z Meckelova divertiklu se diagnostikuje obtížně. Sonografie většinou selhává, někdy pomůže izotopový sken, jindy, zvláště při masivním krvácení, je stav akutní a vyžadá si chirurgickou revizi dutiny břišní bez předchozí exaktní lokalizace krvácení.

■ Literatura:

1. Dillon PA, Warner BW. Gastrointestinal bleeding. In: Coran AG (ed.). Pediatric surgery. Saunders, 2012, p. 1147-1154
2. Arensman RM. Gastrointestinal bleeding. In: O'Neill JA (ed.). Pediatric surgery. Mosby, 1998, p. 1253-1256
3. Šnajdauf J, Škába R. Dětská chirurgie. Praha: Galén, 2005.

Kdyby Češi dbali na prevenci a žili střídavě, ušetřilo by se 25 miliard

Lékaři by měli pacientům pečlivě vysvětlovat, co udělat pro zlepšení svého zdravotního stavu, domnívá se lékař Oto Košta, který to vyzkoušel ve vlastní ordinaci. Třiceti procentům jeho pacientů se jejich stav zlepšil jen změnou životosprávy. Efektivní prevencí by zdravotnictví mohlo ušetřit až 25 miliard za rok. Lékaři by však museli mít na pacienty více času. Existuje studie, která říká, že na zdraví lidí se podílí z poloviny životní styl, z 20 % to, kde člověk žije, a z 10 % dědičnost. Pouhých dvacet procent zdravotního stavu může ovlivnit sama medicína. Olomoucký lékař Oto Košta to vyzkoušel ve vlastní ordinaci. Po celý rok sledoval skupinku vybraných pacientů a upozorňoval je, že moc kouří, pijí nebo jsou obézní. Pečlivě jim vysvětloval, proč je důležité, aby se víc hýbali a jedli jinak. A u těch, kde se slova minula účinkem, nasadil léky na snížení krevního tlaku a hladiny cholesterolu. Tam, kde nezabraly, se pídil po tom, proč: nasadil jiné, nebo pacienta rozebral tak důkladně, až se dotýcný přiznal, že pilulky nebere, jak má. Načež se po roce ukázalo, že se skoro všem pacientům tlak i vyšší cholesterol dostaly do normálu. U třiceti procent lidí jen díky samotné změně životosprávy. „Teď bych chtěl totéž zkusit ve spolupráci s ostravskou pobočkou Všeobecné zdravotní pojišťovny jako pilotní projekt, kde bychom vybrali větší vzorek lidí a sledovali ještě i hladinu cukru v krvi,“ říká.

Efektivní prevence ušetří zdravotnictví miliardy

A VZP se tomu nebrání. „Jsme ve fázi vzájemných diskusí o tom, jak sledovat kvalitu péče v segmentu praktických lékařů, jaký je přínos prevence. Nevylučujeme možné partnerství na nějakém budoucím projektu,“ říká mluvčí VZP Oldřich Tichý. Aby ne: Státní zdravotní ústav minulý týden spočítal, kolik by se ušetřilo, kdyby u nás prevence fungovala pořádně. „Efektivní primární prevencí by bylo možné

v brzké době dosáhnout snížení závažných chronických onemocnění přinejmenším o pět procent. Přineslo by to úspory okolo 25 miliard za rok. Jenže přesvědčit českou populaci o výhodách zdravého životního stylu se nedaří. Přestože je střídmost levnější, volí ji stále menší část populace,“ uvádí Marie Nejedlá ze Státního zdravotního ústavu. Ústav také vůbec poprvé zveřejnil emotivní dokument, kde nabádá Čechy, aby se vzpamatovali a žili zdravěji: „O tom, zda své stáří prožijeme plnohodnotně, zda se vůbec dokážeme jen dívat z okna, jak někdo venčí psa, o tom rozhodujeme už dnes,“ píše se tu.

Lepší prevenci? Ano, ale...

Oto Košta o svém testu, a nejen o něm, napsal knihu. Je to jakýsi breviář praktického lékaře, který má ostatním pomoci zařadit si a vést ordinaci. A v knize taky poctivě přiznává, na jaké limity lékař naráží, když se chce věnovat pacientům tak, aby se nejen léčili, ale i vyléčili. Ten první je čas. „Na jednoho praktika připadá zhruba 1660 lidí, což představuje v průměru 46 až 47 ošetřených pacientů denně. To znamená deset minut na každého z nich,“ popisuje. „Ve své ordinaci provádím sedmdesát preventivních prohlídek za měsíc, takže i já, a to mě oblast prevence velmi zajímá, jsem schopen jen s největším úsilím dodržet kalendář pravidelných preventivních prohlídek pacientů,“ vysvětluje. Na prevenci má totiž lékař pojišťovnou vyměřený delší čas, půl hodiny. Což však málokdo dodržuje, protože by nestihl vyšetřit ostatní čekající pacienty a vyřídit všechnu nutnou administrativu. Druhé omezení je finanční. Lékaři mají limit na počty vyšetření i na to, když pacienta odesílají k dalším specialistům. A také mají limit na léky: ty lepší a modernější jsou pochopitelně dražší, proto nejsou moc motivováni je předepisovat.

Zdroj: L. Petrášová, iDnes.cz, 14. 8. 2013



Fotoprotekce u dětí

Doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.

Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN v Hradci Králové

■ Úvod

Sluneční záření, které dopadne na zemský povrch, obsahuje ultrafialové záření (energeticky tvoří 5 %), viditelné (50 %) a infračervené (45 %) záření (může se lišit dle nadmořské výšky a zeměpisné šířky). Ultrafialovou část (UV) dělíme na UV-B (290–320 nm) a UV-A (320–400 nm). Kratší vlnové délky jsou odfiltrovány průchodem atmosférou, významná v tomto směru je zejména stratosférická ozónová vrstva (ve výšce 15–50 km).

UV-B záření proniká pokožkou; jen velmi malá část zasáhne horní část koria. UV-B je zodpovědné zejména za vyvolání zarudnutí kůže (erytému) a novotvorbu pigmentu – melaninu. UV-B také umožňuje v kůži přeměnu vitamínu D na aktivní formu.

UV-A díky delší vlnové délce proniká ve větší míře do koria. Může vyvolat také erytemovou a pigmentační odpověď, ale s mnohem nižší účinností než UV-B.

■ Účinky UV záření na kůži

Přirozené (sluneční) i umělé UV záření může mít také řadu nežádoucích účinků. Akutně může způsobovat solární dermatitidu (popálení), které se projevuje zarudnutím a pálením kůže, závažněji i otokem a puchýři. Reakce může být umocněna i fototoxickým mechanismem, tj. zvýšením citlivosti kůže systémově podanými léky nebo lokálně aplikovanými léky, kosmetikou a chemikáliemi (dehet, bergamotový olej, ropné přípravky, rostlinné šťávy). Abnormální citlivost na světlo může přetrvávat a dávat základ skutečnému onemocnění – fotodermatóze.

Dlouhodobé působení UV záření může na kůži vyvolat i chronické změny, které již mohou být do jisté míry nevratné – aktinické stárnutí kůže a narušení imunitních reakcí, které se může spolupodílet na rozvoji rakoviny kůže. I když tyto efekty jsou typické pro seniory, lze se s nimi zřídka setkat i u dětí s defektem DNA reparačních enzymů (např. u xeroderma pigmentosum).

■ Kožní fototypy a přirozená ochrana

Je všeobecně známo, že reakce na oslunění není u každého člověka zcela stejná. Lidská kůže vykazuje určité rasové odchylky, které se projevují zejména odlišnou barvou. Tendence

kůže ke zrudnutí a schopnost ztmavnout dovoluje rozdělit lidi všech barev do tzv. kožních fototypů (je jich celkem 6, pro hodnocení bílé kůže se uplatňují první čtyři).

FOTOTYP	REAKCE KŮŽE
I	Vždy zrudne, nepigmentuje
II	Zrudne, pigmentuje jen mírně
III	Zrudne zřídka, pigmentuje
IV	Nerudne, pigmentuje dobře
V	Tmavší kůže
VI	Černoši

Základní obranné mechanismy lidské kůže zahrnují několik složek, z nichž největší význam má tloušťka rohové vrstvy a melaninová (hnědá) pigmentace.

■ Ochrana proti UV záření Stínění a oděv

Proti silnému působení slunečního světla je vhodné používat stín (klobouk, slunečník, stromy atd.). Ochrana oděvem je závislá na jeho barvě. Nejlépe chrání barevné oděvy, které pohlcují nejen více UV, ale i viditelného světla a infračerveného záření. Tím se ale nepříjemně zahřívají. Tenké, bílé nebo dokonce vlhké tkaniny chrání méně. Syntetické materiály (nylon, dacron atd.) propouštějí méně UV záření než bavlněná vlákna. U pružných látek je důležité jejich smrštění či natažení. Některé oděvy mají dokonce od výrobce deklarovaný tzv. UPF (UV protecting factor), který udává propustnost pro UV záření. UPF nad 30 znamená dostatečnou ochranu.

Tmavé oční brýle (nejlépe s testovaným UV filtrem) jsou vhodnou oční ochranou.

Sunscreeny

Sunscreeny jsou látky, které ochraňují lidskou kůži před UV poškozením. Tyto přípravky jsou dodávány v podobě roztoků, gelů, krémů, popř. rtěnek, které pohlcují nebo odrážejí UV záření. Jejich aplikace se doporučuje zejména na místa maximálně vystavovaná slunci – nos, rty, uši. Účinnost ochranného prostředku je charakterizována ochranným faktorem (SPF, který je poměrem minimální erytemové dávky – MED – na kůži ošetřené 2 mg/cm² sunscreenu a MED kůže bez sunscreenu u téhož jedince). Fototesty lze provádět provádět na nejméně 10 probandech. Získaný průměrný SPF slouží jako základ pro označení výrobku. Vždy je potřeba

zaokrouhlovat dolů k nejbližší povolené hodnotě. Nejnižší SPF může být 6, nejvyšší 50+ (produkty označené 50+ však musejí mít ve skutečnosti SPF 60 nebo vyšší). Termín „sunblock“ se již nesmí používat.

Označování prostředků individuální fotoprotekce (sunscreenů) vykazovalo doposud značnou nejednotnost, a tak Evropská komise ve spolupráci s Evropskou asociací kosmetického průmyslu (COLIPA) vypracovala na jaře 2006 doporučení, které nabízí sjednocení a srozumitelnější označování účinnosti fotoprotekce sunscreenů.

Doporučení definuje přípravek UV ochrany jako jakýkoliv přípravek (krém, olej, gel, sprej), který je určen ke kontaktu s lidskou pokožkou s cílem výhradně nebo hlavně chránit ji před UV zářením. Informace pro spotřebitele pak deklaruje, že přípravek slouží jako ochrana před popálením kůže při slunění, jako prevence aktinického stárnutí kůže a oslabení imunitního systému i předcházení některým typům rakoviny kůže. Důležité je konstatování, že účinnost přípravku je dána jeho schopností chránit lidskou kůži před negativními účinky UV-B i UV-A záření. Každý přípravek UV ochrany by měl poskytovat minimální ochranu současně před UV-B i UV-A záření – nebude možné deklarovat ochranu jen v jedné části spektra UV záření.

■ Rozdělení sunscreenů

Podle mechanismu působení své aktivní složky se většinou rozděluje na *chemické sunscreeny* (absorbéry, filtry) a *fyzikální sunscreeny* (blokátory, opony), popř. přírodní oleje (ochrannou látku lze těžko chemicky přesně definovat). Dnes převažují smíšené přípravky s vysokou či velmi vysokou ochrannou kapacitou.

a) **CHEMICKÉ ABSORBÉRY** jsou látky, které pohlcují UV záření. Dříve se rozdělovaly na UV-B filtry (deriváty PABA, salicyláty), které byly vždy pravidelnou součástí sunscreenu, a UV-A filtry, které byly inkorporovány do ochranného prostředku spíše fakultativně. Proti UV-A, které podle novějších výzkumů zejména při chronické expozici může také působit významné poškození, se používaly benzofenony (oxybenzon, dioxybenzon, sulisobenzon) a dibenzoyl methany. Moderní sunscreeny však mají stále vyšší účinnost a chrání



ve spektru UV-B i UV-A. K současným nejúčinnějším chemickým filtrům řadíme Tinosorb S (bis-ethylhexyloxyphenol methoxyphenyl triazine), Tinosorb M (methylen bis-benzotriazolyl tetramethylbutylphenol), které vykazují i některé vlastnosti fyzikálních filtrů. Mexoryl SX se vyznačuje zase unikátním fotostabilním systémem (s oktokrylémem). Určitým potenciálním rizikem může být schopnost některých chemických sunscreenů vyvolávat fotoalergickou kontaktní reakci (cinnamáty, benzofenony). Vhodné je požadovat preparáty s důkladným dermatologickým otestováním a bezpečným profilem.

b) **FYZIKÁLNÍ BLOKÁTORY** jsou látky, které rozptylují a odrážejí neselektivně UV i viditelné záření. Jejich účinnost je do jisté míry určena velikostí a dokonalým rozptýlením jejich částic. Jsou to oxid titaničitý (TiO_2 , částice 0,3 μm) a oxid zinečnatý (ZnO , 1–3 μm). Tyto minerální látky nealergizují, avšak při vyšší koncentraci jsou kosmeticky již nepříjemné – mají nápadnou bělavou barvu. To je v současné době odstraňováno jejich mikronizací: tím se také posouvá jejich fotoprotekce do kratších vlnových délek. Přílišná mikronizace však má svůj limit (částice pod 13 nm pronikají kůži), navíc každý výrobek s obsahem nanočástic (pod 100 nm) musí být od listopadu 2013 označen.

c) **PŘÍRODNÍ OLEJE** – používají se extrakty z aloe, jojobový olej a vitamin E (alfa-tokoferol). Jejich ochranná funkce je nízká, spíše se uplatňují jako příjemná promašťovadla kůže, hlavně pokud se tato činnost opakuje. Alfa-tokoferol acetát a kyselina askorbová se uplatňují jako antioxidant a pomáhají tlumit následné sluneční popálení.

Také novější trendy v obohacování sunscreenů některými látkami sledují tuto **komplexnost fotoprotekce**. Přidatky antioxidantů (kyselina askorbová, alfa-tokoferol apod.) mají zabránit poškození volnými radikály. Lyáza (DNA endonukleáza) zase představuje enzym, který má posílit autoreparativní schopnost buněk při odstraňování zářením poškozené DNA.

■ Vodostálост

Během letní opalovací aktivity dochází při koupání, ale i pocením, k rychlému smývání přípravků a kůže se tak stává nechráněnou, pokud se aplikace okamžitě neopakuje. Přípravky označené „*water resistant*“ vydrží 40minutové máčení kůže ve vodě, „*very water resistant*“ vydrží 80 minut máčení.

Čerstvá a slaná voda snižují SPF více než pouze voda chlorovaná. Voděodolné přípravky se pak smývají mírně alkalickým mýdlem a vodou. Jejich odolnost umožňují akrylátové a metakrylátové polymery, které po nanesení zůstávají absorbovány na kůži.

■ Správné používání ochranných opalovacích prostředků

Ochrana proti slunečnímu záření by se měla stát každodenním návykem zejména u lidí s nízkým fototypem a zvýšenou citlivostí na UV záření. Zabrání se tak nejen akutnímu spálení, ale i rozvoji aktinického stárnutí kůže. Prevenci je nutné zahájit již výchovou u dětí. Do 6 měsíců věku by se neměli kojenci vystavovat přímému slunci vůbec, pod 2 roky věku by se měla batolata chránit oděvem a nevystavovat se polednímu slunci. Děti starší by měly používat sunscreensy s vyšším SPF (15–30), vždy podle intenzity záření a doby slunění. Doporučují se přípravky s fyzikálními sunscreensy – fungují na mechanismu odrazu a kůži nealergizují.

Dětská pokožka je tenčí než u dospělých – v praxi to znamená, že i kratší vlnové délky (UV-B) mohou proniknout hlouběji a způsobit tak silnější fotoimunosupresi. Navíc poměr tělesného povrchu k tělesnému jádru je hlavně u malých dětí vyšší než u dospělých, hrozí tedy větší riziko přehřátí (úpalu). Podle činnosti, kterou plánujeme, je nutné zvolit i druh sunscreenu. Ke koupání či pocení jsou vhodné voděodolné prostředky, které je potřeba obnovovat alespoň po 2–3 hodinách. Při volbě ochranného prostředku musíme také počítat s předpokládanou dobou pobytu na slunci – čím bude delší, tím vyšší SPF. Opakovaným natřením stejným přípravkem se SPF podstatně nezvýší, jen udrží. Úvodní natření sunscreenu by mělo být pečlivé a provedené dvakrát – při druhé aplikaci se zatrou zapomenutá místa a nanesená vrstva bude dostatečná. U chemických prostředků by natření mělo být provedeno 20 minut před opalováním, aby se dobře navázaly na rohovou vrstvu. Volba hodnot SPF při používání sunscreenů závisí na aktuální intenzitě UV slunečního záření, která je podmíněna stavem atmosféry, ročním obdobím, geografickou polohou, nadmořskou výškou a denní dobou. Se zvyšující se nadmořskou výškou se na každých 300 m zvýší intenzita slunečního světla o 4 %, tzn. ve výšce 1500 m n. m. je o 20 % vyšší než u hladiny moře. **Zeměpisná šířka** pobytu také ovlivňuje intenzitu záření – v tropech je až 5× vyšší než ve Skandinávii. Důležitá je **denní doba** – nejvíce erytemogenní je slu-

neční světlo mezi 11. a 14. hodinou, kdy také obsahuje nejvyšší podíl UV-B (ráno a večer roste podíl UV-A díky fyzikálním poměrům průchodu silnější vrstvou atmosféry při sluneční pozici nízko nad obzorem). Proto by citlivější lidé neměli chodit na slunce v době od 10 do 15 hodin.

Pomocným vodítkem by mělo být také zpravidla ve sdělovacích prostředcích, které informuje o tzv. UV indexu (u nás nabývá hodnot 1–9, čím je vyšší, tím větší intenzita záření).

■ Přípravky po slunění

Kůže reaguje na oslunění pigmentací (proto se většina lidí opaluje) a ztluštěním rohové vrstvy, probíhají fotochemické děje s tvorbou kyslíkatých radikálů. Ty potom vstupují do reakcí s buněčnými strukturami kůže, poškozují je a mohou být i příčinou mutací genetické informace kožních buněk, což může odstartovat maligní bujení. „After sun lotions“ jsou přípravky, které mají zotavit kůži po slunění, tzn. splňují funkci emolencia (zvlhčují a promazávají, udržují vláčnost kůže) a mírní nepříjemné šupení fyziologického ztlustění rohové vrstvy pokožky. Dále obsahují antioxidanty (nejčastěji vitamin E a C), které napomáhají tlumit následné fotochemické poškození. Nověji se v těchto přípravcích budou objevovat reparační enzymy DNA (lyáza) inkorporované do lipozomů, které mohou posílit opravné mechanismy DNA a tak bránit aktinickému stárnutí kůže a mutacím.

■ Systémová ochrana

Tento způsob fotoprotekce zatím nenabyl příliš na významu, a to zejména pro svou malou účinnost. Většího rozšíření doznal jen beta-karoten. Mírný ochranný efekt může mít na fotosenzitivitu v oblasti viditelného záření – absorbuje vlnové délky 360–500 nm s maximem 450–475 nm. Je tedy lékem volby u porfyrií. Podávání beta-karotenu v jiných případech je založeno na jeho selektivní akumulaci v podkožní tukové tkáni, které dovoluje, aby tento pigment (rozptýlený jak v epidermis, tak v dermis) účinkoval jako membránový stabilizátor a vychytávač různých forem reaktivního kyslíku, které jsou vyvolány UV ozářením.

■ Závěr

Jako v jiných oborech činnosti, i při opalování platí zásada „všeho s mírou“. Při znalosti svého fototypu, správném ocenění klimatických podmínek a při odpovídající ochraně lze prožít spokojenou slunečnou dovolenou beze strachu z nepříjemného popálení a znepokojujících následků.



Antileukotrieny – vhodná alternativa v léčbě alergických onemocnění

MUDr. Jarmila Turzíková

Antileukotrieny máme k dispozici pro léčbu průduškového astmatu od konce 90. let. Podle mezinárodních doporučení byly tyto léky určeny zpočátku pouze pro monoterapii lehkého perzistujícího astmatu u dospělých a dětí nad 5 let jako alternativa k léčbě nízkou dávkou inhalačních kortikosteroidů. Později se možnosti využití rozšířily i na ostatní typy perzistujícího astmatu, u středně těžkého a těžkého astmatu je doporučeno užívat antileukotrieny v kombinaci s inhalačními kortikosteroidy (IKS). Na základě doporučení dokumentu Practall z roku 2008 (obr. 1 a 2) a GINA z roku 2009 (obr. 3) lze v léčbě astmatu již od 6 měsíců věku používat antileukotrieny (montelukast) v monoterapii nebo v kombinaci s inhalačními kortikosteroidy. Tato kombinace by měla být u dětí do 4 let věku vždy vyzkoušena před kombinovanou léčbou IKS s LABA (dlouhodobě působící beta-2 agonisté). Léčba montelukastem je vhodná zejména u dětských astmatiků s exacerbacemi vyvolanými virovou infekcí a u zátěží indukovaného astmatu. Antileukotrieny mají podle doporučení ARIA 2007 své indikace také v léčbě alergické perzistující rýmy (obr. 4). Uvažuje se o využití antileukotrienů v léčbě eozinofilních zánětů GIT, v současné době probíhají studie u dospělých pacientů s eozinofilní ezofagitidou, jsou již také zkušenoosti s použitím antileukotrienů v léčbě chronické urtiky a atopického ekzému (obr. 5), efekt léčby je však individuální.

V současné době je u nás k dispozici jediný přípravek ze skupiny antileukotrienů – montelukast – pro všechny věkové kategorie od 6 měsíců věku až do dospělosti. Jeho nevýhodou je, že nebývá stejně efektivní u všech pacientů, u pacientů, kteří na léčbu výrazně neodpovídají, není jeho podávání dále indikováno. Mezi výhody antileukotrienů patří systémový účinek léčby (výhodné u komorbidit, jako je alergická rýma a ekzém), jednoduché použití, bezpečnost léčby a výborná compliance pacienta. Léčba montelukastem je obecně velmi dobře snášena, nebyly pozorovány závažnější nežádoucí účinky. Uplatňuje se často významně u pacientů s kortikofobií.

■ Kazuistika č. 1

Honzík, 9 let

RA: Matka astma a alergická rýma, otec atopický ekzém

OA: Od 2 let projevy atopického ekzému – lokálně kortikosteroidy, od 7 let příznaky alergické rýmy – užíval při zhoršení antihistaminikum Alerius. Léčba měla příznivý efekt na rýmu, ekzém beze změny. Od 8 let první projevy dušnosti, zejména při větší zátěži, začal hrát fotbal. Proto byl Honzík doporučen k vyšetření do naší pneumologické ambulance.

Objektivní nález: Eupnoický, bez posledního nálezu. Kůže suchá na hrudníku, v loketních jamkách a v podkolení ložiska atopického ekzému.

Vyšetření při 1. návštěvě:

Alergologické kožní prick testy – inhalační alergen: pozitivní pouze roztoči Celkové IgE norma (94,8 kU/l), specifické IgE: roztoči pozitivní, ostatní inhalační a potravinové alergen negativní (pyly travin, stromů, plevelů, plísň, kočka, pes, kravské mléko, vejce, mouka, arašíd) Spirometrie: norma – dilatační test negativní

Zátěžový test na bicyklu: pozitivní – pokles FEV_1 v 10. minutě po zátěži o 13 %

FeNO: 38 ppb (lehce zvýšené)

Diagnóza: atopický ekzém, alergická rýma, průduškové astma

Doporučená léčba: Alerius 2,5 mg 1 × 1 tbl + Singulair 5 mg 1 × 1 tbl

Již po 2 týdnech léčby výrazné zlepšení ekzému, pacient je zcela bez obtíží, nemá rýmu, kůže v klidu, zátěžové problémy nemá. Kontrolní zátěžový test na léčbě po měsíci – již negativní. Po čase matka zkusila vysadit Alerius, stav beze změny, alergická rýma, ekzém i astma byly stále pod kontrolou. Kontrola v naší ambulanci po roce, protože plánovány kontrolní alergologické testy, matka dítěti vysadila na 14 dní Singulair, i když to nebylo doporučeno. Záhy se výrazně zhoršila rýma i ekzém.

Vyšetření po roce: Alergologické kožní prick testy – pozitivní stále pouze roztoči Spirometrie: norma – dilatační test negativní

FeNO: 22 ppb (v normě)

Nasazena znovu léčba, do 2 týdnů opět zcela v pořádku. Matka i dítě jsou s léčbou velmi spokojeni.

Závěr: Léčba antileukotrieny příznivě ovlivnila astma, alergickou rýmu i atopický ekzém.

■ Kazuistika č. 2

Táňa, 49 let

RA: Matka astma, pylová alergie, otec zemřel v 70 letech na infarkt myokardu, dcera 15 let se léčí pro alergickou pylovou rino-konjunktivitidu, lehké astmatické projevy v pylové sezóně, je v péči naší ambulance od 10 let.

OA: V dětství trpěla na kašel, měla od 3 let atopický ekzém, nyní jen ojedinělá ložiska, suchá kůže. Od puberty celoroční alergická rýma, zhoršuje se v zimních a jarních měsících, časté sinusitidy. Od 40 let první projevy astmatu – často dušná, hlavně při námaze a při nachlazení. V posledních dnech před prvním vyšetřením dušnost několikrát týdně, proto na vlastní žádost vyšetřena v naší pneumologické ambulanci.

Vyšetření: Alergologické prick testy – inhalační alergen: pozitivní roztoči a pyly stromů

Celkové IgE zvýšeno (384,5 kU/l), specifické IgE: pozitivní roztoči a pyly břízy, specifické IgE proti ostatním inhalačním i potravinovým alergenům negativní

Spirometrie: Mírná obstrukce v periferních dýchacích cestách – dilatační test + FEV_1 o 15 %

Zátěžový test: pozitivní – v 5. minutě po zátěži na bicyklu pokles FEV_1 o 16 %

Diagnóza: atopický ekzém, alergická rýma, průduškové astma

Doporučená léčba: Symbicort 2 × 200/6 µg + Claritine 10 mg 1 × 1 tbl

Klinický stav se na léčbě výrazně zlepšil, dušnost zcela ustoupila, spirometrie se zcela normalizovala, výrazné zlepšení o 10–20 % ve všech parametrech. Pacientka ale začala trpět na záněty hrtanu, často měla dysfonie. Opakovaně vyšetřena na ORL, léčena lokálně obstrukcí, opakovaně antibiotika. To začalo být velkým problémem vzhledem



k profesi pacientky, jednalo se o divadelní herečku. Uvažováno i o možné refluxní etiologii, provedena pH-metrie s negativním výsledkem. Bylo zřejmé, že by poruchy hlasu mohly souviset s užíváním inhalačních kortikosteroidů, a protože současně u pacientky byla přítomna výrazná kortikofobie, Symbicort vysazen. Léčba změněna na Singulair 10 mg 1 × 1 tbl, pokračováno v Claritinu 10 mg 1 × 1 tbl.

Vyšetření po roce:

Spirometrie – mírná reverzibilní periferní obstrukce
FeNO – 28ppb – norma
Od nasazení Singulairu pacientka neměla chrapot ani laryngitidu, což pro ni vzhledem k její profesi hodně znamená, je s léčbou velice spokojená. Astmatické potíže popírá, pouze při velké tělesné zátěži, při náročném divadelním představení občas preven-

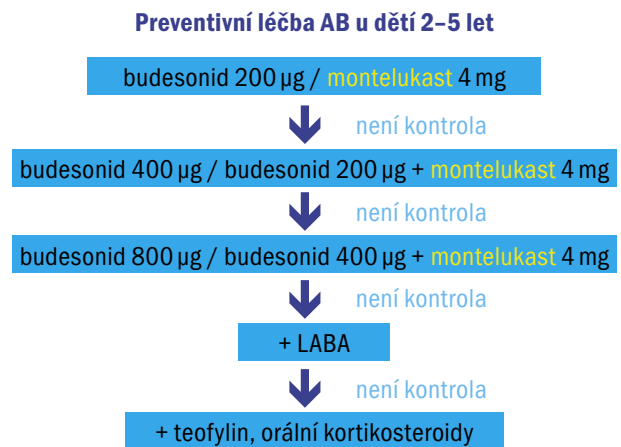
tivně aplikuje Symbicort, který nasazuje krátkodobě také při nachlazení. Příznaky alergické rýmy nemá, kůže je v klidu, zcela čistá. Spirometrická křivka se po vysazení Symbicortu zhoršila, odchylka od normy však není výrazná.

Závěr: Léčba antileukotrieny i u dospělé pacientky příznivě ovlivnila astma, alergickou rýmu i atopický ekzém.

obr. 1



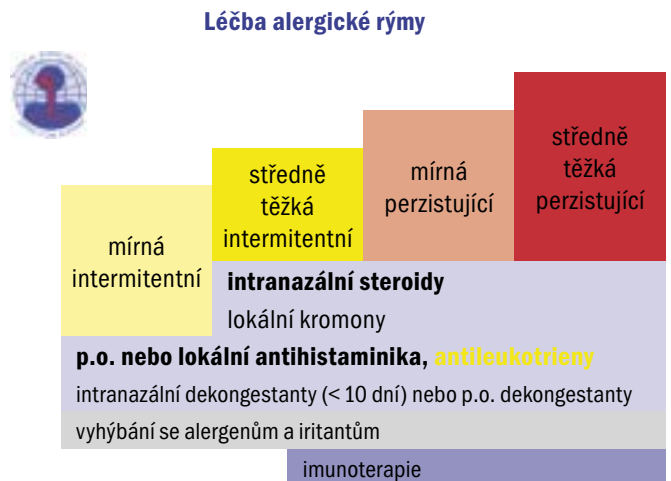
obr. 2



obr. 3



obr. 4



obr. 5





Kazuistika

Horečka a exantém jako příznak

MUDr. Helena Gastová
FN Olomouc

Exantém je pravidelným příznakem tzv. infekčních exantémových chorob, též doprovází onemocnění neinfekční, zejména se jedná o exantémy alergického původu, dále polékové exantémy, kožní projevy při systémových nemocech, dermatologických onemocněních a jiné. Diferenciální diagnostika exantémových infekčních nemocí je široká, v etiologii se nejčastěji uplatňují viry a bakterie, méně plísňe a parazité. Našimi nejčastějšími dětskými exantémovými onemocněními jsou plané neštovice, spála, šestá a pátá dětská infekční nemoc. Většina exantémových infekcí je vysoce nakažlivá. Exantémy doprovázející závažné život ohrožující onemocnění, jako je např. meningokoková seps, syndrom toxického šoku, bakteriální septický šok a jiné, vyžadují okamžité zahájení antibiotické terapie a transport na jednotku intenzivní péče. Exantém doprovázející tzv. klasické infekční exantémové nemoci bývá dosti charakteristický a diagnóza není obtížná. U celé řady jiných infekčních nemocí může být exantém atypický s vývojem v čase, což diagnostiku značně komplikuje. Opožděná diagnostika a terapie může být u některých onemocnění, jako např. Kawasakiho syndrom nebo invazivní meningokokové onemocnění, příčinou těžké morbidity nebo mortality.

■ Popis případu

V kazuistice popisují případ 4,5leté dívky. Eliška je z druhé nerizikové gravidity, porozená v termínu spontánně záhlavím, nekříšená, časná poporodní adaptace probíhala bez komplikací. PH 3950 g, PD 52 cm. Měla novorozeneckou žloutenku v pásmu observace. Byla kojená do půl roku plně, poté batolecí strava bez dietního omezení. Očkována dle očkovacího programu, bez reakce, nadstandardní očkování nemá. PMV fyziologický.

Doposud nebyla hospitalizována, operace v osobní anamnéze neuvádí. Překonala běžné lehké infekty HDC, nemocnost je minimální. Bez pravidelné medikace, alergická anamnéza negativní. Kontakt s infekční nemocí rodiče negují.

Rodinná anamnéza nevýznamná.

■ Nynější onemocnění

Dne 21.5.2013 byla Eliška odeslána z chirurgické ambulance k hospitalizaci na dětské oddělení v Prostějově pro bolesti břicha, které lokalizuje periumbilikálně, a nechutenství, jiné dyspeptické potíže neguje. Druhý den trvají febrilie do 38,5 °C, dále rodiče udávají kašel a mírnou rýmu.

Při fyzikálním vyšetření je břicho měkké, bez patologické rezistence, bez organomegalie, v krku tonzilofaryngitida. Dýchání je sklíp-

kové, čisté, srdeční akce pravidelná, kůže čistá. DKK bez otoků, klouby bez patologie. Vstupně v laboratoři elevace C-reaktivního proteinu 55,1 mg/l, elevace aminotransferáz v séru (AST 8,35 µkat/l, ALT 4,02 µkat/l, GMT 1,01 µkat/l), též LD 9,89 µkat/l. V krevním obraze leukocytóza $25,25 \times 10^9/l$. V močovém sedimentu mírná proteinurie, hematurie, též bilirubin, urobilinogen. Ultrazvuk břicha bez patologie na nitrobřišních orgánech.

Sérologie na hepatotropní viry (infekční hepatitidy A, B, C, E, EBV, CMV) negativní.

Po přijetí na dětské oddělení zahájena symptomatická terapie, dietní režimová opatření. Dívka je febrilní. Od druhého dne pozorujeme výsev generalizovaného skarlatiniformního exantému v podbřiších, na zádech, dále erytém na dlaních i ploskách. V krku tonzilofaryngitida, malinový jazyk a krční lymfadenopatie. Proveden Streptest s pozitivním výsledkem, doplněno kulturační vyšetření s tonzil s citlivostí, které je však negativní. Pro výše uvedený klinický obraz, elevaci CRP (80 mg/l), zahájena parentálně ATB terapie krystalickým PNC.

Dívka je schvácená, nedostatečný perorální příjem hrazen parentálně. Pro výraznou bolestivost břicha opakovaně vyšetřena chirurgem, vyloučena NPB. Dle UZ

i RTG břicha dominuje výrazná pneumatóza. Po podání laxativ a vyprázdnění stolice se dívka ulevilo. V kontrolní laboratoři přetrvává vysoká zánětlivá aktivita: FW 100/110, CRP 125 mg/l, aminotransferázy s poklesem (AST 1,25 µkat/l, ALT 2,54 µkat/l, GMT 1,92 µkat/l) normalizuje se LD 3,35 µkat/l. V krevním obraze mírná anemizace Hb 99 g/l, leukocytóza $14,64 \times 10^9/l$ s neutrofilii. Kulturační vyšetření stolice, moče i hemokultivace je negativní.

Pátý den hospitalizace je zdravotní stav Elišky i přes ATB terapii beze změny, trvají intermitentní febrilie s maximem do 39 °C. Dále v klinickém obraze dominuje scarlatiniformní exantém na trupu, erytém dlaní i plosek, rozpraskané rty, malinový jazyk, též oboustranná krční lymfadenopatie bez regrese. Nově se u dívky objevuje oboustranná konjunktivitida a artralgie kloubů dolních končetin. Realizujeme překlad na JIP dětského oddělení, kde jednorázově podán bolus kortikoidů (pro neutišitelnou bolest hlavy a hyperpyrexii), pro trvající vysokou aktivitu zánětu v krvi (CRP 179 mg/l) změna ATB terapie na cefuroxim. Dále proveden RTG S+P, kde hodnocena hraniční velikost srdečního stínu, EKG záznam bez známek ischemie nebo arytmie. Srdeční enzymy v mezích normy.



Pro výše uvedený klinický obraz – 6. den febrilie, polymorfní exantém, palmární i plantární erytém s prosáknutím akrálních částí, nepurulentní konjunktivitida, krční lymfadenopatie a artralgie je vysloveno podezření na Kawasakiho syndrom. Zrealizováno echokardiografické vyšetření s nálezem lemu perikardiálního výpotku podél volné stěny levé komory s dobrou funkcí LK, bez průkazu patologie na koronárních arteriích.

■ Diagnostika: Kawasakiho syndrom

Dívka je přeložena na JIP dětské kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci. Při stanovení diagnózy splňuje 5 z 5 diagnostických kritérií. 7. den od počátku febrilie je zahájena léčba vysokodávkovanými imunoglobuliny v kontinuální infuzi a podání ASA ve vysokých dávkách. Odpověď na uvedenou terapii je promptní, dochází k lytickému poklesu teplot, odeznívají též jiné klinické projevy, jako je exantém, erytém s otokem dlaní a plosek, regreduje krční lymfadenopatie.

Při kontrolním echokardiologickém vyšetření je perikard bez výpotku, lehce zvýšená separace listů perikardu, obě koronární arterie bez dilatace nebo aneurysmatických změn, s normální funkcí LK. Po poklesu teplot je redukována dávka ASA.

Hospitalizace dívky na JIP dětské kliniky probíhala bez komplikací. 5. den propuštěna do ambulantní péče s medikací ASA v nízké dávce až do následné kardiologické kontroly.

■ Diskuse

Kawasakiho syndrom (KS) byl popsán v roce 1967 na souboru 50 dětí T. Kawasakim jako akutní vaskulitida s horečkou a exantémem neznámé etiologie. Původně byl pokládán za benigní onemocnění. Později pitvění nálezy u dětí, primárně uzdravených, překvapivě prokázaly aneurysmatické změny koronárních arterií s trombotickou okluzí a infarktem myokardu. V akutním stadiu umírají 1–2 % pacientů náhlou smrtí a kardiiovaskulární komplikace se vyvíjejí u čtvrtiny neléčených pacientů.

Incidence KS v ČR je odhadována na 1,6/100 000 dětí. Téměř 80 % představují děti do 5 let s převahou chlapců. Nejvyšší incidence je u asijské populace. Onemocnění se vyskytuje více v zimních a jarních měsících. Sezónnost výskytu a charakteristická věková skupina spíše svědčí pro infekční etiologii. Uvažuje se o možné souvislosti se streptokokovou infekcí, EBV nebo HHV-6 infekcí, které mohou iniciovat spouštěcí

mechanismus KS. Recidiva je popisována ve 2 % případů.

V patogenezi KS se uplatňuje abnormalita imunoregulace s nárůstem počtu a aktivity CD4+, CD36, CD8, dále cytokinů IL-1, 2, 6, 18 a TNF α , které mají za následek lýzu cévního endotelu protilátkami. Pro KS je prvotně charakteristická generalizovaná mikrovaskulitida s maximem v proximálních segmentech koronárních arterií a jejich větvení. U neléčených pacientů mohou tyto změny progredovat s následnou tvorbou aneurysmat, se vznikem okluzivního trombu, těžké stenózy, která může vést k infarktu myokardu (nejčastěji během prvních 6–8 týdnů). Další vývoj dilatace nebo aneurysmat koronárních arterií v čase probíhá ve smyslu neointimální proliferace. Arterie se zhojenými aneurysmaty dlouhodobě vykazují endoteliální dysfunkci.

Klinický obraz KS v akutní fázi je charakterizován horečkou, polymorfním exantémem podobným spále, nepurulentní oboustrannou konjunktivitidou, krční lymfadenopatií, rozpraskanými rty. Dále děti mají malinový jazyk, enantém na bukalní sliznici, erytém dlaní a plosek s tuhým otokem akrálních částí končetin a artralgie. V subakutní fázi (2.–4. týden) se objevuje deskvamace plosek i dlaní, vzácně i Raynaudův fenomén nebo gangréna prstů.

Během akutní fáze cca 50 % postižených mívá známky akutní myokarditidy s poruchami srdečního rytmu, výjimečně dojde k srdečnímu selhání nebo kardiogennímu šoku.

Perikarditida je přítomna u třetiny postižených. U 15–20 % neléčených případů se během 1–3 týdnů (průměrně kolem 10. dne) vyvíjejí aneurysmata koronárních arterií s rizikem infarktu myokardu, které je nejvyšší v prvním roce od vzniku nemoci. Ruptura aneurysmatu s následkem náhlé smrti je vzácná.

Kromě výše uvedených hlavních příznaků se KS může v akutní fázi manifestovat postižením hepatobiliárního systému (hepatopatie, hepatomegalie, hydrops žlučníku), u třetiny pacientů bolestmi břicha často probíhajícími velmi dramaticky pod obrazem NPB. Též mohou být přítomny artralgie, artritidy nebo uretritidy s pyurií.

Pro diagnostiku KS jsou rozhodující klinická kritéria tzv. hlavní (vždy musí být horečka trvající min. 5 dní, celkem 5 ze 6 kritérií),

z laboratorních vyšetření přítomnost trombocytózy (počet trombocytů stoupá ve 2. týdnu), dále vysoké parametry zánětu (FW, CRP a jiné). Echokardiografické vyšetření je důležité pro průkaz změn na koronárních arteriích, pro posouzení funkce LK, chlopní, ev. přítomnost perikardiálního výpotku. Vysoce senzitivní v detekci koronárních obstrukcí nebo myokardiální hypoperfuze je scintigrafie. K lokalizaci aneurysmat, posouzení stenózy, okluze, případně kolaterál je přínosem koronarografie, její alternativou může být magnetická rezonance.

Včasná terapie je rozhodující pro další vývoj nemoci. Při zahájení léčby po 10. dnu trvání KS je vyšší frekvence kardiiovaskulárních komplikací. Lékem volby jsou vysokodávkované imunoglobuliny (IVIG) a podávání kyseliny acetylsalicylové (ASA) k potlačení systémového zánětu. Kortikoidy jsou indikovány při selhání opakovaných dávek IVIG. Při komplikacích, jako např. infarkt myokardu nebo okluze trombem, je indikována trombolyza.

U refrakterních typů KS se mohou uplatnit kombinace kortikoidů a cyklosporinu A, nově též anti-TNF α (infliximab) s velmi rychlým efektem.

■ Závěr

KS patří mezi vzácné, v 1–2 % případů potenciálně letální choroby. U řady pacientů je diagnóza stanovena opožděně pro polymorfní příznaky, též však dynamiku příznaků v čase. Nesmí být opomíjena neúplná forma KS, která je častější než klasická a uniká správné diagnóze a terapii. Tito pacienti jsou ve vyšší míře ohroženi kardiálními komplikacemi se všemi důsledky (např. infarkt myokardu, náhlá smrt, ICHS). Prognóza u dětí, které překonaly akutní fázi beze změn na koronárních arteriích, jako u naší pacientky, je velmi dobrá.

Dostatečné povědomí o rozmanitosti příznaků KS nám v praxi umožní včas správně diagnostikovat toto vzácné onemocnění jen v tom případě, kdy budeme mít na paměti, že horečka a exantém jsou jen příznaky.



Snižuje hypersekreci, léčí akutní průjem¹

HIDRASEC®

RACECADOTRILUM

Hidrasec® pro kojence 10 mg zrněný prášek

Hidrasec® pro děti 30 mg zrněný prášek



**Lék 1. linie
léčby při akutním
průjmu + výbava
pro cesty
na dovolenou**

- specifický inhibitor enkefalinázy¹
- ovlivňuje hypersekreci, hlavní projev akutního průjmu¹
- působí antisekrečně výlučně ve střevě¹
- rychlý nástup účinku do 30 minut²
- bez ovlivnění střevní motility a bazální sekreční aktivity¹
- bez účinků na CNS¹
- bezpečnost a snášenlivost srovnatelné s placebem³
- děti a kojence od 3 měsíců¹

Literatura:

1. SPC Hidrasec®, datum revize textu 11. 9. 2012. 2. Schwartz JC. Racecadotril: a new approach to the treatment of diarrhoea. Int J Antimicrob Agents 2000;14:75-79. 3. Leher P. Racecadotril for childhood gastroenteritis: an individual patient data meta-analysis. Dig Liver Dis 2011;43(9):707-713.

Základní informace o přípravku:

Název přípravku: Hidrasec® pro kojence 10mg zrněný prášek, Hidrasec® pro děti 30mg zrněný prášek. **Složení:** 10mg racecadotrilum resp. 30mg racecadotrilum v jednom sáčku. **Léková forma:** zrněný prášek pro perorální suspenzi. **Indikace:** Dopřiková symptomatická léčba akutního průjmu u kojenců (starších 3 měsíců) a u dětí spolu s perorální rehydratací a obvyklými podpůrnými opatřeními, pokud tato opatření sama nestačí ke kontrole klinického stavu a pokud kauzální léčba není možná. Je-li kauzální léčba možná, může být racecadotril podáván jako dopřiková léčba. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na jakoukoli pomocnou látku přípravku. Tento léčivý přípravek obsahuje sacharosu. Pacienti se vzácnou dědičnou nesnášenlivostí fruktosy, syndromem malabsorpce glukosy-galaktosy nebo deficitem sacharózy-isomaltázy by neměli tento léčivý přípravek užívat. **Dávkování:** Hidrasec® pro kojence 10mg je určen pro děti o hmotnosti <13kg. **Doporučená dávka:** 1,5 mg/kg na jednu dávku (odpovídá 1 až 2 sáčkům), 3x denně v pravidelných intervalech. U dětí od 9kg do 13kg: jeden sáček 3x denně. Hidrasec® pro děti 30mg je určen pro děti o hmotnosti ≥13kg. **Doporučená dávka:** 1,5 mg/kg na jednu dávku (odpovídá 1 až 2 sáčkům), 3x denně v pravidelných intervalech. U dětí od 13kg do 27kg: jeden sáček 3x denně. U dětí nad 27kg: dva sáčky 3x denně. **Léčba by neměla přesáhnout 7 dní.** **Zvláštní upozornění:** Racecadotril by neměl být podáván v případě přítomnosti krvavé nebo hnisavé stolice a horečky, tyto příznaky mohou ukazovat na přítomnost invazivních bakterií jako příčinu průjmu nebo na přítomnost jiného závažného onemocnění. Racecadotril by neměl být podáván při průjmu vyvolaném antibiotiky. U pacientů s diabetem je třeba uvážit skutečnost, že každý sáček Hidrasec® pro kojence 10mg obsahuje 0,966g sacharosu resp. každý sáček Hidrasec® pro děti 30mg obsahuje 2,999g sacharosu. Přípravek nesmí být podáván kojencům mladším 3 měsíců, protože pro tuto populaci chybí klinické studie. Přípravek nesmí být podáván dětem s renálním nebo hepatálním poškozením jakéhokoli stupně závažnosti, protože pro tyto skupiny pacientů chybí informace. Přípravek nesmí být podáván pacientům s dlouhodobým nebo nekontrolovaným zvracením, protože u těchto pacientů je možná nižší biologická dostupnost léku. **Interakce:** Dosud nebyly popsány interakce s jinými léčivými přípravky. **Nežádoucí účinky:** Poruchy nervového systému: bolesti hlavy. Poruchy kůže a podkoží: vyrážka, erytém. **Velikost balení:** 10, 16, 20, 30, 50 a 100 sáčků (100 sáčků pro nemocniční užití). **Podmínky uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Registrační číslo:** Hidrasec® pro kojence 10mg: 49/554/11-C. Hidrasec® pro děti 30mg: 49/555/11-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bioprojet Europe Ltd, 29 Earlsfort Terrace, Dublin 2, Irsko. **Způsob výdeje:** Lék je vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Přípravek není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 11. 9. 2012. Tato verze je platná ke dni vydání materiálu (6/2013).

Abbott Laboratories, s.r.o., Hadovka Office Park, Evropská 2591/33d, 160 00 Praha 6, Česká republika, hidrasec@abbott.cz, www.abbott.com

Abbott
A Promise for Life



Akutní gastroenteritis a současné možnosti jejího ovlivnění

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha

■ Definice

Akutní gastroenteritis (AGE) je definována jako snížení konzistence stolice a/nebo zvýšení frekvence stolic, ev. s horečkou a zvracením. Průjem obvykle trvá méně než týden, ne déle než 2 týdny.

■ Epidemiologie

V Evropě incidence AGE činí 0,5–1,9 epizody na dítě a rok u dětí mladších 3 let. Nejčastějším vyvolavatelem je rotavirus. Nejčastější bakteriální příčinou je *Campylobacter* nebo *Salmonella*. Ve 45–60 % případů není vyvolávající agens zjištěno. Kojení snižuje výskyt AGE, pobyt v kolektivních zařízeních výskyt AGE zvyšuje. Přehled nejčastějších vyvolatelů AGE v tabulce 1. Vzhledem k rozšiřujícímu se očkování proti rotaviřům se v poslední době relativně zvyšuje počet norovirových infekcí.

Tabulka 1: Nejčastější vyvolavatelé AGE

kojenci	1–4 roky
rotavirus	rotavirus
norovirus	norovirus
adenovirus	adenovirus
Salmonella	Salmonella
	<i>Campylobacter</i>
	<i>Yersinia</i>

■ Klinický obraz

Horečka nad 40 °C, krev ve stolici, bolesti břicha, příznaky iritace CNS (iritabilita, apatie, křeče, kóma) vedou k podezření na bakteriální původ AGE. Zvracení a respirační příznaky (rýma, kašel) bývají spojeny s virovou etiologií AGE. Není však objektivní průkaz, že z kombinace klinických projevů lze jednoznačně soudit na vyvolavatele AGE. Nejpodstatnějším markerem pro další postup je stanovení míry dehydratace. Nejobjektivnějším parametrem je procento poklesu váhy dítěte a z toho vyplývající indikace míry dehydratace (podle WHO je hodnocena lehká až střední dehydratace jako 3–9 % ztráta hmotnosti, těžká nad 9 %). Nejvýznamnější klinické známky dehydra-

Tabulka 2: Stupně dehydratace

příznak	lehká dehydratace	střední dehydratace	těžká dehydratace
kapilární návrat	normální	zpomalený	zpomalený
turgor	normální	snížený	výrazně snížený
dýchání	normální	hluboké	tachypnoe, hluboké
oči/fontanela	normální	halonované/vkleslá	halonované/vkleslá
sliznice	normální	oschlé	suché
puls	normální	tachykardie	tachykardie, nitkovitý
produkce slz	normální	snížená	chybějící
diuréza	normální	snížená	oligurie

Tabulka 3: Dávkování rehydratačního roztoku

dávkování roztoku	úvodní 4 hodiny	udržení hydratace
mírná dehydratace	30–50 ml/kg	10 ml/kg na každou vodnatou stolicí
střední dehydratace	50–100 ml/kg	10 ml/kg na každou vodnatou stolicí
těžká dehydratace	100–150 ml/kg	10 ml/kg na každou vodnatou stolicí
pozn.	nutno zhodnotit efekt rehydratace	pokračuje kojení

tace jsou: prolongovaný kapilární návrat, snížení kožního turgoru a abnormální respirační projevy (tachypnoe, prohloubení dechu), dále halonované oči, suché sliznice, chladná akra, slabý puls, absence slz, tachykardie, vkleslá fontanela (viz tabulku 2).

Kapilární návrat je standardně hodnocen na prstu horní končetiny, který je ve výši srdce, v místnosti s normální teplotou. Tlak na distální článek na palmární straně prstu je postupně zvyšován a po jeho skončení má být návrat kapilárního prokrvení u dehydratovaného dítěte do 1,5–2 vteřin.

■ Postup v rámci domácí péče

Nejdůležitější kroky v laické pomoci při terapii dětských průjmů jsou:

1. Prevence a léčba dehydratace (viz tabulka 3)
2. Dostatečný přísun potravy
3. Užití další medikace

1. Prevence a léčba dehydratace

Doporučují se rehydratační roztoky se sníženou anebo nízkou osmolaritou – roztoky ESPGHAN (60 mmol/l Na⁺). V domácích

podmínkách je obvykle možné předejít dehydrataci zvýšením příjmu tekutin (např. polévkou, rýžovým odvarem apod.), jakmile dítě začne mít průjem. Dávkování rehydratačního roztoku je uvedeno v tabulce 3. Rehydratační roztoky s rýží jako zdrojem polysacharidů u necholerických průjmů nepřinášejí žádný benefit ve srovnání se standardním roztokem ESPGHAN, a proto nejsou doporučovány.

2. Dostatečný přísun potravy

Podání jídla by nemělo být přerušeno na více než 4–6 hodin. U uměle živěných kojenců není ve většině případů nutné užívat formule se sníženým obsahem laktózy. Po skončení průjmu se doporučuje přidat navíc jednu porci jídla denně po dobu jednoho týdne pro vyrovnání ztráty hmotnosti během průjmu.

3. Užití další medikace

Racecadotril

Racecadotril je léčivá látka, která působí antisekrecně výlučně ve střevě. Snižuje intestinální hypersekreci vody a elektrolytů vyvolanou cholerickým toxinem nebo zánětem a nemá vliv na bazální sekreční aktivitu.



Racecadotril má rychlý protiprůjmový účinek bez ovlivnění délky střevního tranzitu. Jedná se o symptomatickou léčbu akutního průjmu u kojenců (starších 3 měsíců) a u dětí spolu s perorální rehydratací, pokud tato opatření sama nestačí ke kontrole klinického stavu a pokud kauzální léčba není možná.

U dětí pod 9 kg: jeden sáček obsahující 10 mg 3× denně. U dětí od 9 kg do 13 kg: dva sáčky obsahující 10 mg 3× denně. U dětí od 13 kg do 27 kg: jeden sáček obsahující 30 mg 3× denně. U dětí nad 27 kg: dva sáčky obsahující 30 mg 3× denně.

Suplementace zinku

Podání zinku během epizody průjmu zkracuje trvání průjmu, snižuje jeho intenzitu a také snižuje incidenci průjmu v nejbližších 2–3 měsících. Na základě mnoha klinických studií doporučuje WHO a UNICEF suplementaci zinku u dávce 10 mg denně u dětí do 6 měsíců a 20 mg denně u dětí nad 6 měsíců věku po dobu 10–14 dní jako univerzální léčbu všech dětských průjmů. Tento postup navíc snižuje výskyt průjmu v následujících 2–3 měsících. Při užívání zinku ve studiích u evropských dětí, které nemají porušený stav výživy před začátkem průjmu, nejsou výsledky suplementace zinkem při AGE tak přesvědčivé.

Antibiotika ve většině případů nejsou nutná ani účinná, protože velké množství průjmů je virového původu.

Probiotika snižují trvání a intenzitu symptomů. Doporučuje se výhradní použití přípravků s ověřenými kmeny, tj. *Lactobacillus rhamnosus* GG a *Saccharomyces boulardii* jako doprovodná léčba k rehydrataci.

Střevní adsorbencia (aktivní uhlí, kaolin/pektin apod.) a antisekreční látky (bismut) nepřinášejí při akutním průjmu významný efekt. Mírně zlepšují konzistenci stolice, ale neredukují ztráty vody a iontů. U dětí nejsou doporučeny. Může se zvážit použití smektitu.

Léky ke zpomalení střevní pasáže (loperamid apod.) jsou u dětí kontraindikovány. Prodlužují setrvání patogenů v organismu a mohou průjmovou epizodu prodloužit, což může mít u dětí i fatální následky.

Antiemetika nejsou doporučována.

Telefonickou konzultací nelze bez klinického vyšetření řešit tyto situace:

- více než 8 průjmových stolic/den,
- perzistující zvracení,
- existence závažné choroby (diabetes, renální selhávání),
- dítě ve věku do 2 měsíců.

Indikací k hospitalizaci jsou:

- šok,
- těžká dehydratace nad 9 %,
- neurologické abnormality (křeče, letargie),
- neztížitelné zvracení či biliární zvracení,
- selhání perorální rehydratace,
- obava z nedostatečné péče v domácím prostředí,
- suspekce na chirurgickou příčinu obtíží.

■ **Potřeba laboratorních vyšetření**

Kultivační vyšetření stolice není u AGE rutinním vyšetřením. Je indikováno v případě prolongovaného průjmu v situaci, kdy je předpokládáno užití antibiotik (imunokompromitované dítě, suspekce na dysenterii), a v situacích, kdy vylučujeme infekci v rámci diferenciálnědiagnostického postupu (nespecifické střevní záněty). Neexistují laboratorní markery umožňující rozlišení mezi virovou a bakteriální etiologií AGE. Jediným laboratorním markerem použitelným k vyloučení dehydratace nad 5 % je normální hodnota bikarbonátu.

■ **Terapie v rámci hospitalizace**

Na prvním místě je použití perorální rehydratace roztoky ESPGHAN (60 mmol/l Na⁺). Podání roztoku per os nebo sondou je stejně efektivní – ne však lepší – ve srovnání s intravenózní cestou, kterou je třeba užít v případech těžké dehydratace a za stavů, kdy ztráty zvracením převyšují dodávku tekutin rehydratačním roztokem.

Prevence:

V současné době je kromě hygienických opatření směřujících k zabránění přenosu infekčního agens jediným racionálním opatřením očkování proti rotavirům.

■ **Literatura**

Guarino A et al. ESPGHAN/ESPID Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. JPGN 2008;46:S81–122.

Na receptech může být jen účinná látka

Pacienti se od konce července mohou setkat se zcela novým způsobem předepisování léčivých přípravků.

Na recept jim mohou lékaři psát místo firemního názvu jen účinnou látku. Vyznačit musejí lékovou formu, sílu a množství přípravku. 22. srpna to řekl mluvčí České lékárnické komory Aleš Krebs. Zatím se v lékárnách objevují takto psané recepty jen ojediněle, uvedl.

Předepisování léku podle účinné látky, generickou preskripci, začal chystat v roce 2011 v balíku reformních zákonů tehdejší ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09). Lékaři návrh kritizovali, léky se stejnou účinnou látkou mohou obsahovat různé další látky, což pacientovi nemusí vyhovovat. Tvrdili, že ztratí kontrolu nad léčbou, za niž nesou odpovědnost. Podle lékárníků se ale lékaři obávali, že ztratí část svých pravomocí. Při výběru léku naopak stoupne vliv pacienta a lékárníka, na kterého se pacient obrátí o radu.

„Na receptu může být nově také mezinárodní nechráněný název účinné látky, s vyznačením lékové formy, síly a množství daného přípravku. Výběr přípravku záleží na dohodě lékárníka s pacientem, který má i nadále svobodnou volbu ve výběru svého léku v rámci předepsané účinné látky a její lékové formy, síly a velikosti balení,“ uvedl Krebs.

Pokud je lék, který pacient doposud užíval, běžně dostupný a pacient ho nadále považuje za nejvhodnější pro svoji léčbu, zvolí si tento lék. Rozšíření způsobu předepisování léčivých přípravků nic nemění na právech pacienta a dostupnosti léčivých přípravků.

„Pacientova svobodná volba musí být upřednostněna před jakýmkoli jiným zájmem,“ zdůraznil Krebs v reakci na spekulace, že by výběr léku mohl být ovlivněn i tím, jakého dodavatele léků lékárna má.

Zdroj: čtk, 23. 8. 2013



Bodová cvičební metoda MUDr. Kleplové® v pediatrii

MUDr. Věra Kleplová

Pohybové studio MUDr. Kleplová

Bodová cvičební metoda MUDr. Kleplové® je název pro originální reflexní techniku, která vznikla při práci na pediatrickém obvodě. Je to vedle techniky manželů Bobathových a techniky MUDr. Vojty další reflexní technika ověřená více než 30 lety praxe. První prezentace byla zveřejněna v roce 1995 pod názvem Reflexní technika bodů s přímou pohybovou odpovědí. (1)

Technika vznikla v Pohybové poradně, která byla součástí pediatrického úvazku, díky vnímavosti adolescenta při jeho rehabilitaci s posttraumatickou parézou brachiálního plexu technikou manželů Bobathových. Pacient s vážnou atrofií paže začal na původně necitlivé paži označovat body a dráhu, kde vnímal jistý druh pocitu. Po určité době se v těchto místech začal objevovat pohyb, který byl vázaný pouze na tuto paži.

V analogii jsem použila body u novorozenců s poporodní parézou brachiálního plexu. Zde se prokázalo, že se nejedná pouze o pohyb paže, ale celého těla. Z bodů poškozené paže reagoval automaticky pohyb druhé paže, trupu a dolních končetin. Nabízel se

proto opačný postup – z dolních končetin ovlivnit pohyb trupu, paží a hlavy.

U zdravého novorozence nebo kojence po lehkém dotyku místa na patě dojde k rozvíjení trojflexe kyčel, koleno, hlezno – zvedá nožky s abdukci v kyčlích. Pohyb je plynulý, stejnoměrný. Nástup reakce na obou DKK do 2 sekund. Jestliže v konečném postavení body pat držíme dál, přejde pohyb na trup a paže, které se přetáčí směrem ke středu těla, a na hlavu, která jde do středního postavení. Žádnému pohybu nedopomáháme, pouze následujeme. Soubor pohybů na sebe plynule navazuje. V konečném postavení jsou osy ramen a spojnice vrcholů kolen rovnoběžné. Střední osa obličeje a trupu je přímka kolmá na tyto rovnoběžky. Pokud se žádaný obraz vodorovných rovnoběžek a svislé kolmice neobjeví, můžeme počítat s problémem. Pomocí dalších korekčních bodů zjišťujeme druh problému. (2,3) Bodů k jemné diagnostice a diferenciaci problémů je více, jejich umístění je relativně stabilní. Bodů ke korekci vývoje je daleko více, ale pro každé dítě je výběr těchto bodů

naprosto individuální a proto na jiné dítě nepřenositelný. Soubor bodů se mění při každé změně posturální situace. Od lékaře to předpokládá velmi dobrou znalost vývoje pohybu a průběh reakce na jednotlivé body. Musím zdůraznit, že tyto body nejsou body akupunkturní ani body z techniky MUDr. Vojty, jsou originální.

Z mých pediatrických obvodů mám zkušenosti, že u „zdravého“ novorozence, spontánně ležícího, do 14 dnů věku nemusí být žádná asymetrie zřetelná. Viditelně se rozvíjí až kolem 1 měsíce, a to především „predilekci hlavy“. Při stimulaci body můžeme jemné odchylky odhalit, diferencovat původ problému dříve a hned na něj reagovat. Význam včasného odhalení odchylek spočívá v rychlé úpravě stavu, a hlavně – odchylky se nepřenesou do dalšího pohybového vývoje. Jakmile se na „predilekci“ začne pracovat až po třetím měsíci nebo později, máme 100% jistotu, že mozek si „pamatuje“ nesrovnalosti v koordinaci pohybu, s nástupem každé nové fáze vývoje se připomene a problém se přenáší až do školního věku i dále.



Obr. 1: Dítě – inklinace a predilekce hlavy l. sin, brání se přetočení hlavy, asymetrie ramen a pánve



Obr. 2: Dítě hlavu udrží ve střední ose, linie osy trupu a obličeje porušena, asymetrie osy těla, asymetrie osy ramen a pánve



Obr. 3: Osa obličeje se blíží ose těla, ramena symetrická, pánve se vyrovnávají
Snímky zapůjčeny rodiči, souhlas se zveřejněním.



Znalost Bodové cvičební metody MUDr. Kleplové® pro praktického lékaře pro děti a dorost má tyto výhody:

- I. včasná diagnostika drobných odchylek
- II. ovlivnění těchto odchylek
- III. odstranění budoucích starostí s pacientem (odesílání na logopedii, ortopedii, neurologii, ped.-psych. poradnu, psychiatrii)
- IV. respekt rodičů dětí

To jsou mé zkušenosti z praxe obvodního pediatra, v nynější nomenklatuře praktického lékaře pro děti a dorost.

■ Závěr

Bodová cvičební metoda MUDr. Kleplové® – je originální reflexní technikou, – je použitelná k diagnostice, prevenci i terapii.

Použité body nejsou body akupunkturní ani body z techniky MUDr. Vojty.

■ Využití

- Diagnostika jemných odchylek v novorozeneckém věku
- Predilekční držení hlavy. Tortikolis, „nezralá jaderka“, dysplazie kyčlí a luxace
- Frustrní postižení brachiálního plexu, poporodní fraktura klíčku
- Klasická poporodní paréza brachiálního plexu, DMO
- LMD/ADHD

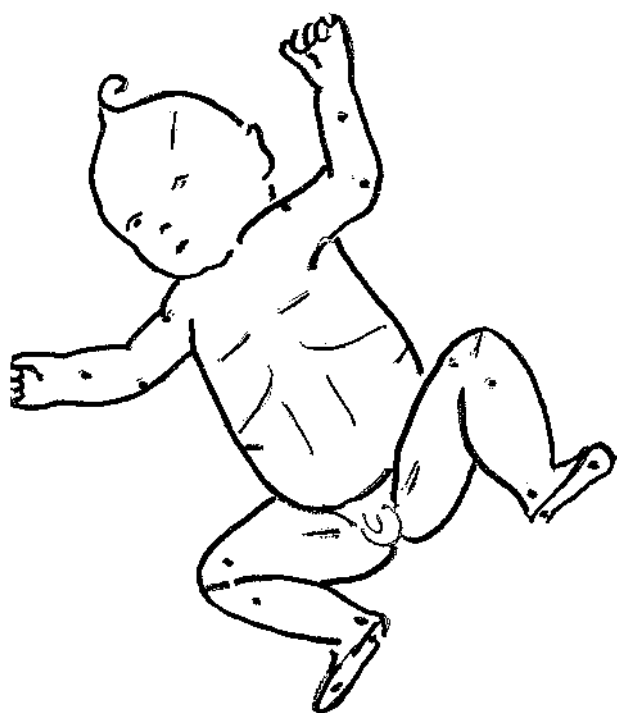
Bodová cvičební MUDr. Kleplové není účinná u dětí léčených antiepileptiky a sedativy.

Upozornění:

Body Bodové cvičební metody MUDr. Kleplové® nejsou body akupunkturní ani body techniky MUDr. Vojty. Výsledky jsou ověřeny 30 lety praxe s touto metodou. Celostní přenos popisem od dospělých osob a termovizními snímky.

■ Literatura

1. Kleplová V. Reflexní technika bodu s přímou pohybovou odpovědí. REFOR. 1995;6:58
2. Kleplová V. Bodová cvičební metoda MUDr. Kleplové®. Vyšetření a hodnocení novorozenců. XI. Hradecké pediatrické dny, 13.–14. 11. 2009
3. Kleplová V. Bodová cvičební metoda MUDr. Kleplové® a její možnosti v časně diagnostice jemných odchylek u novorozenců. XXVIII. neonatologické dny s mezinárodní účastí, Ostrava, 7.–9. 11. 2012
4. Pavlů D. Elektromyografická a kineziologická analýzy Vojtova terapeutického principu. K objektivizaci účinků Vojtovy metody. Grant: GA UK /1998/



Poláci hromadně zneužívají mezeru ve slovenském zdravotním systému

Až 3675 Poláků se zdravotním pojištěním na Slovensku platí jen symbolické odvody, ale nechávají si proplácet léčbu za tisíce eur. Slovenský deník Hospodárske noviny poukázal na to, že Poláci tímto způsobem využívají mezeru ve slovenských zákonech. Deset nejdražších Poláků stálo například ZP Dôvera 174 tisíc eur. Dôvera doposud proplatila Polákům léčbu v celkové výši přes milion eur (přes 26 milionů Kč). Poláci se přitom dávají ošetřovat většinou doma. Využívají totiž zákon, který na Slovensku stanovuje minimální částku povinných odvodů do zdravotního pojištění pouze živnostníkům a pro zaměstnance to neplatí. Poláci proto na Slovensku zakládají firmy, kde fiktivně zaměstnávají své krajany například na 40 hodin měsíčně za symbolickou mzdu a platí za ně zdravotní odvody ve výši jen několik centů. Mají však nárok na plnohodnotnou zdravotní péči. Tu jim slovenské zdravotní pojišťovny musí zajistit i v cizině.

Vláda chce situaci změnit

Hospodárske noviny uvedly příklad, když zaměstnankyně firmy Spacey s polským jednatelem odpracovala na Slovensku loni v červenci jednu hodinu, když v Nitře roznášela letáky. Za tuto práci dostala plat ve výši 1,88 eura a do zdravotní pojišťovny na základě této mzdy odvedla pouze 8 centů. Zdravotní péči však mohla čerpat v plné výši i v zahraničí. Finanční ředitel zdravotní pojišťovny Dôvera Radomír Vereš vyjádřil pochybnosti nad tím, proč by někdo z Katovic jezdil do Nitry roznášet letáky, když cestovné je vyšší než výdělek. Dalším příkladem je společnost, která zaměstnává 59 lidí a do zdravotního pojištění za ně odvádí pouze 17,11 eura. Slovenští živnostníci přitom odvádějí do zdravotního pojištění minimálně 55 eur měsíčně. V případě zaměstnance činí průměrné zdravotní odvody přes 100 eur měsíčně. Stát však zrušil minimální zdravotní odvody pro zaměstnance. „Myšlenka to možná nebyla špatná, jen nebyla domyšlena do všech důsledků. Chtěli omezit bariéry v přístupu k zaměstnání, na druhé straně umožnili různým spekulantům, aby systém zneužili,“ dodává Vereš. Slovenská vláda proto ve středu schválila novelu zákona, která pro zahraniční pojištěnce zavede povinnost uvádět výdělků získané mimo území Slovenska. Na základě toho jim budou stanoveny zdravotní odvody.

Zdroj: Novinky.cz, 17. 8. 2013

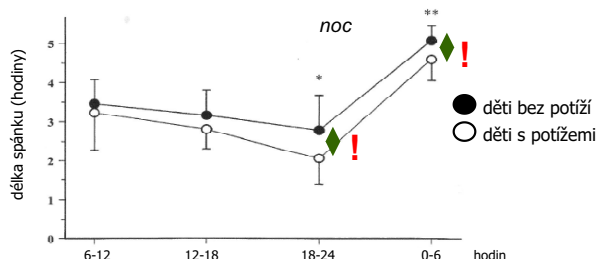
Nová BEBA Comfort s *L. reuteri* snižuje u kojenců dobu pláče

RNDr. Pavel Ježek, Ph.D.; Medical Advisor Nestlé ČR/SR

Všichni rodiče chtějí se svým dítětem prožívat všechny krásné okamžiky jeho života. Bohužel se ale stává, že dítě často bez příčiny dlouze pláče. Pláčem a neklidem děti vyjadřují, jak se cítí. Někdy ale tento pláč může trvat celé hodiny. Pláč ovlivňuje pohodu nejen dítěte, ale je frustrující i pro celou rodinu a může být i příčinou stresu matek. V prvních měsících po porodu z tohoto důvodu trpí depresemi přibližně 10% matek. V této souvislosti Vike T. et al. (1) testovali vztah mezi dlouhotrvajícím pláčem a depresemi matek. K měření používali dotazník Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), jehož hodnota cut off větší než 12 svědčí pro pravděpodobnou depresi. Výsledky studie ukázaly, že matky často plačících dětí mají na EPDS mnohem vyšší skóre, než matky, jejichž děti nepláčou.

Vysvětlit si příčiny dětského pláče je pro rodiče složité. Proč jejich dítě pláče? Co když je to závažné? Dítě je nakrmené, přebalené, uloženo do postýlky a přesto neustále pláče... Rodiče si připadají bezradní a neschopní porozumět potřebám dítěte a jejich neklid může narůstat. Tento neklid se může přenášet na dítě, které je velmi citlivé na maminčiny pocity, vnímá její úzkost a pláče ještě více. V ten moment se matky většinou obrací na svého praktického dětského lékaře s prosbou o pomoc a řešení.

V kojeneckém věku jsou časté drobné funkční gastrointestinální potíže, které mohou postihovat více než 50% kojenců do 6. měsíce věku dítěte (2). Příčinou těchto potíží je neklid dítěte, bolesti břicha, střevní nepohoda a výsledkem je právě neustávající pláč. Dlouhotrvající pláč má vliv nejen na pohodu matky a rodiny, ale také na spánek kojence. Ten je důležitý protože má vliv na zdravý vývoj dítěte a u neustále plačících dětí může být silně narušen (3, graf č.1).



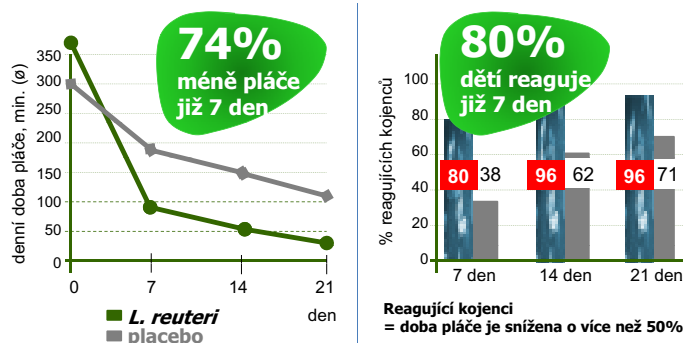
Graf č. 1 – Porovnání doby pláče u kojenců (Kirjavainen J et al., 2004)

Příčinou je skutečnost, že po narození si trávicí trakt musí na své „nové role“ nejprve zvyknout. Klíčovou roli pro dozrávání a regulaci funkcí trávicího traktu má kvalita a složení střevní mikroflóry. To je také důvodem, proč má smysl používat probiotické bakterie s prokázanými účinky. Všechny probiotické bakterie však v tomto ohledu nejsou stejné, mohou se ve svých účincích lišit. Každý kmen probiotických bakterií se proto musí v klinických studiích zkusit samostatně. Jinými slovy: účinky pozorované v klinických studiích jsou platné pouze pro konkrétní kmen použitý ve studii a nelze je automaticky přiřazovat k jiným kmenům.

■ *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 – probiotická bakterie, která chrání střevní komfort

Účinnost *L. reuteri* na snížení pláče u kojenců prokázaly 3 dobře navrhované, randomizované, kontrolované klinické studie. Výsledkem všech studií je to, že *L. reuteri* DSM 17938 je vhodnou probiotickou bakterií zvláště pro děti, které trpí střevním diskomfortem projevujícím se dlouhým pláčem.

Ve studiích Savino et al. (4, 5) bylo prokázáno, že *L. reuteri* snížil v průběhu 1 týdne průměrnou dobu pláče u dlouhodobě plačících kojenců o 74%. To znamená, že se doba pláče snížila na 95 min. oproti původním 6 hodinám denně! Toto snížení doby pláče se do 1 týdne projevilo u 80% kojenců (5, graf 2). Mezi možné mechanismy účinku patří zlepšení střevní motility a přímé účinky na zmírnění viscerální bolesti. Oba mechanismy mají na kojence uklidňující účinek a snižují dobu pláče.



Graf č. 2 – Snížení doby pláče při podávání *L. reuteri* DSM 17938 (Savino F et al., 2010)

Odkazy:

- Vik T, Grote V, Escribano J, Socha J, Verduci E, Fritsch M, Carlier C, von Kries R, Koletzko B. Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta Paediatrica* 2009; 98:1344-1348.
- Iacono G, Merolla R, D'Amico D et al. Paediatric Study Group on Gastrointestinal Symptoms in Infancy: Gastrointestinal symptoms in infancy: a population-based prospective study. *Dig. Liver Dis.* 2005; 37(6): 432-8.
- Kirjavainen J, Kirjavainen T, Huhtala V, Lehtonen L, Korvenranta H, Kero P. Infants with colics have a normal sleep structure at 2 and 7 month of age.. *J Pediatr* 2001; 138:218-23.
- Savino F, Pelle E, Palumeri E, Oggero R, Miniero R. *Lactobacillus reuteri* (American Type Culture Collection Strain ATCC 55730) vs Simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study. *Pediatrics* 2007; 119:e124-30.
- Savino F, Cordisco L, Tarasco V, Palumeri E, Calabrese R, Oggero R et al. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in infantile colic: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics* 2010; 126(3): e526-33.
- Szajewska H, Gyrzok E, Horvath A. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 for the Management of Infantile Colic in Breastfed Infants: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *J Pediatr* 2012.

Pro více úsměvů a méně slz



NOVÁ

Pláčem a neklidem děti vyjadřují, jak se cítí. Někdy ale jejich pláč může trvat celé hodiny, protože je bolí bříško. Pláč ovlivňuje pohodu nejen dítěte, ale celé rodiny. **Nová BEBA Comfort obsahuje L. reuteri**, probiotickou bakterii přirozeně se vyskytující v mateřském mléce s prokázaným klinickým účinkem pro snížení doby pláče.

Můžete nám věřit, o zdravý vývoj děťátek se staráme již 145 let.

www.kojeneckavyziva.cz



Důležité upozornění: Mateřské mléko představuje nejlepší způsob výživy kojence chránící jeho zdraví. Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje výhradní kojení nejméně do 6. měsíce věku dítěte. V případě přerušení kojení musí být matka informována o zdravotních, sociálních a finančních důsledcích takového rozhodnutí.



Ze světa odborné literatury...

■ Vitamin D je biomarkerem oxidativního stresu, zánětu a endoteliální aktivace obězních dětí

V práci vyšetřovali hladinu vitaminu D, parathormonu, hladiny kalcia a fosforu a potenciálních vaskulárních komplikací. Malondialdehyd a myeloperoxidáza je měřena u oxidativního stresu, dále měřeny plazmatické a močové nitráty, CRP, IL-6, TNF, adhezní molekuly, vaskulární endoteliální růstový faktor a další. Jednalo se o 66 obězních dětí ve věku 7–14 let, srovnávány se skupinou 39 neobězních dětí. Obězní děti měly signifikantně nižší 25(OH)D a vyšší intaktní hladiny parathormonu než neobězní děti. Koncentrace fosforu a poměr Ca/P byly signifikantně vyšší. Insuficientní sérová koncentrace 25(OH)D byla detekována u 5 % zdravých dětí a dokonce u 30 % obězních dětí. U obězních dětí byl mimo jiné vyšší interleukin 6 a další ukazatele oxidativního stresu. Analýza dále ukazuje inverzní relace koncentrace 25(OH)D s nitrotyrozinem a vaskulární adhezní molekulou. Závěrem možno konstatovat, že obězní děti mají zvýšené markery oxidativního stresu, zánětu a endoteliální aktivace.

Je dnes již všeobecně známo, že vitamin D je ve vazbě se zvýšeným rizikem tzv. imunologického nepořádku, včetně kardiovaskulárních nemocí. Není zatím jasné, proč je koncentrace vitaminu D tak provázána s dalšími ukazateli, jako koncentrací parathormonu, a proč to přímo přispívá k vaskulárním komplikacím. Obezita a vitamin D vedou k endoteliální dysfunkci a k časně ateroskleróze. Léze na intimě, mediální kalcifikace a vaskulární proliferace vedou k tvorbě plaků. U obězních dětí a adolescentů jsou nalézány kalcifikace v karotidách. Autoři referují až po intestinální bypassy extrémně obězních pacientů k prevenci jejich morbidit.

J. Pediatr. 2012;161:848–854

■ Vysoká hladina endogenního melatoninu u kriticky nemocných dětí

Melatonin je syntetizován z neurotransmiteru serotoninu u kriticky nemocných dětí. Endogenním rytmem je produkován z hypothalamu v závislosti noc/den. Během dne je sekrece nízká, vrchol je uprostřed noci, pokles v druhé polovině noci. Produkce je regulována tělesnou teplotou. Melatonin je důležitý antioxidant. Stimuluje aktivitu enzymů v glutathionovém cyklu. Reguluje produkci prozánětlivých cytokinů a chemokinů a dále leukocytů. Vyšetřovali hladiny v séru u 16 dětí, které měly sedativní terapii a byly mechanicky ventilovány.

Děti byly průměrného věku 5 let, byly hodnoceny v závislosti na rytmu noci a dne. Během celých 24 hodin byly vzorky analyzovány celkem šestkrát. Z výsledků je patrné, že sekrece melatoninu byla u kriticky nemocných dětí velice narušena. V době světelné expozice byla hodnota velmi nízká zvláště při nemoci alterovaném cirkadiánním rytmu. Vrchol hladiny melatoninu byl výrazně větší u zdravých dětí. Vyšší hladina melatoninu u kriticky nemocných dětí může být odpovědí na zvýšený oxidativní stres. To, zda zvýšení melatoninové hladiny přináší u kriticky nemocných pediatrických pacientů nějaký užitečný efekt, zůstává zatím neznámé.

J. Pediatr. 2013;162:357–360

■ Incidence neonatální hypoglykémie u rizikových novorozenců

Pro novorozence s rizikem neonatální hypoglykémie je rutinně doporučován glukózový screening. V našich současných podmínkách se to týká i dětských praktiků vzhledem k mnohdy velmi brzkému propuštění z neonatologických oddělení. Incidence hypoglykémie u různých skupin novorozenců stále není podrobně definována. Rozdělili 514 dětí na skupiny podle narození pod 35. týden a identifikovali riziko hypoglykémie. Monitorovali hladinu glukózy v prvních 48 hodinách po porodu, a to kontinuálně, permanentně! Polovina dětí uvedeného gestačního věku (260) byla hypoglykemická – pod 2,6 mmol/l, 19 % (97) bylo těžce hypoglykemických pod 2,0 mmol/l a 19 % (98) mělo více než 1 epizodu hypoglykémie. Střední trvání epizody bylo 1,4 hodiny. Většina epizod byla popisována v prvních 24 hodinách. Střední počet zaznamenaných měřených hodnot byl 9. Incidence hypoglykémie podobná v rizikových skupinách. Dopady těchto hypoglykemických epizod zůstávají nevyšetřeny, nejsou jasné rizikové faktory, není zatím ani stanovena včasnost krmení.

J. Pediatr. 2012;161:787–791

■ Prediabetičtí obězní adolescenti a vysoké hodnoty aterogenního lipoproteinového profilu

Srovnáván lipoproteinový profil u prediabetických a normoglykemických obězních adolescentů. Studie zahrnovala 95 obězních pubertálních adolescentů ve věku 12–17 let, kteří se podrobili orálnímu glukózovému tolerančnímu testu, lipidovému a lipoproteinovému panelu včetně NMR spektroskopie. Analyzováno srovnání prediabetické a normoglykemické skupiny. Z 95 obězních pacientů mělo 21 prediabetes. Diabetes je známý koronární ekviva-

lent. Prediabetes – narušená glukózová zátěž nebo tolerance. Obezita, inzulinová rezistence, diabetes jsou v asociaci se zvýšenými triglyceridy, poklesem HDL cholesterolu a vysokým LDL cholesterolem. Při vyšetření vzorků NMR spektroskopii je patrné zvýšení koncentrace nejrozličnějších frakcí LDL. Účelem studie bylo srovnání lipidů a lipoproteinových podskupin obězních prediabetiků a obězních pubertálních normoglykemických adolescentů. Prediabetičtí adolescenti by měli mít vyšší hodnoty aterogenního lipoproteinového profilu než ostatní. Obě skupiny měly podobné nálezy standardního lipidového spektra, ale prediabetici měli vyšší koncentraci malých LDL částic než normoglykemičtí pacienti. Prediabetici měli vyšší koncentraci malých a nižší koncentraci velkých HDL částic. Z toho vyplývá, že obězní prediabetičtí adolescenti měli více aterogenního lipoproteinu, proto u nich musí být intervence k poklesu kardiovaskulárního rizika agresivnější.

J. Pediatr. 2012;161:881–886

■ Incidence a průběh cholestázy u novorozenců s Downovým syndromem

Celkem 206 novorozenců s Downovým syndromem, z nichž 47 % mělo vrozenou srdeční vadu, 11,2 % gastrointestinální vrozenou poruchu, 3,9 % neonatální cholestázu a 3,4 % onemocnění kostní dřene. Neonatální cholestáza bývá právě u vrozených postižení gastrointestinálního traktu, zde u 3 pacientů z 23 s postižením GIT. Příčina neonatální cholestázy zůstává nejasná. Zvláště pacienti s Downovým syndromem a duodenální stenózou mívají častou neonatální cholestázu. Všechny 8 dětí s neonatální cholestázou mělo jedno nebo více extrahepatálních postižení, z nichž dominovala duodenální vrozená postižení. Také u dětí s vrozenou srdeční vadou mělo z 96 novorozenců 8 dětí cholestázu. Je zde otázka syntézy žluče, recirkulace žluče a nezralé funkce transportního systému. Popisují, že genetická malformace také může vést k jaternímu postižení, uplatnit se ev. může i zvýšený oxidativní stres v hepatocytech. Bylo také publikováno několik zpráv o cholelitiáze u Downova syndromu. Při jaterních biopsiích u Downova syndromu se nalézají známky jaterní fibrózy. Zvýšená role se přisuzuje CD 34. Nebyly však nalezeny žádné anomálie žlučových cest. Také při cholestáze u daného syndromu musíme pátrat po postižení kostní dřene.

J. Pediatr. 2012;161:899–902

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



Aktuality...

Léčebné konopí by mělo být v lékárnách od září, vyhláška je na světě

Konopí pro léčebné účely by se v tuzemských lékárnách mohlo objevit již v září. Od čtvrtka začne platit vyhláška ministerstva zdravotnictví, která umožní jeho distribuci dospělým pacientům. Dvě firmy chtějí konopí dovážet ze zahraničí a celkem pět společností chce v souvislosti s léčebným konopím získat povolení, aby s ním mohly nakládat. V úterý o tom informoval legislativní náměstek ministra zdravotnictví Martin Plíšek (TOP 09).

„Vyhláška stanoví jednotlivé indikace pacientů a odborníků, kteří mohou pacientům léčebné konopí předepisovat. Bude na elektro-nický předpis, tedy na předpis s omezením,“ upřesnil náměstek.

„My předpokládáme ukončení správního řízení zhruba do konce srpna, to znamená, že v září už budou jasné podmínky pro to, aby dovozci a distributoři distribuovali konopí do lékáren. Bude záležet na lékařích, zda budou pacientům léčebné konopí předepisovat,“ dodal.

Konopí má ulevit od chronické bolesti

Vyhláška umožní předepsat nejvýše 30 gramů léčebného konopí měsíčně. Pro děti tyto přípravky dostupné nebudou. Na jeden recept může lékař napsat pouze takové množství přípravku, které zajistí jednoměsíční léčbu, musí uvést dávkování a cestu podání, tedy zda se inhaluje, či polyká. Konopí budou moci psát lékaři na chronickou neutěšitelnou bolest, zejména při rakovině, bolest spojenou s degenerativním onemocněním pohybového aparátu, systémového onemocnění pojiva, jako revmatoidní artritida či systémový lupus, a také na neuropatickou bolest, která je průvodcem řady neurologických chorob. Dále na spasticitu, tedy zvýšené svalové napětí a s ním spojenou bolest u roztroušené sklerózy nebo při poranění míchy, na nevolnost a podporu chuti k jídlu při léčbě rakoviny či HIV a také na Tourettův syndrom, který je spojen s pohybovými a zvukovými tiky neovladatelnými vůlí. Zákon umožňující využití léčebného konopí platí od letošního dubna, pacienti ale museli počkat na vydání vyhlášky, která upřesní podmínky. Zatím se bude léčit konopím dovezeným z Nizozemska, od dubna příštího roku by mohly začít pěstovat léčebné konopí také české firmy.

Gram za 200 korun popuzuje zastánce léčby

Kritici tvrdí, že povolených 30 gramů nebude řadě pacientů stačit, argumentují dosavadní praxí i zahraničními příklady. Vadí jim také to, že nizozemská firma nabízí gram za 200 korun, pacient za povolených 30 gramů tak měsíčně bude muset dát 6000 korun. Za nesmyslný označují i zákaz používání léčebného konopí pro děti a mladistvé. Tvrdí, že při pečlivém lékařském posouzení stavu dítěte není riziko poškození jeho zdraví.

Konopí obsahuje stovky účinných látek, tzv. cannabinoidů, v lékárnách by měly podle vyhlášky být čtyři druhy konopí s odlišnou výší těchto látek. Řada lékařů léčbu konopím zpochybňuje, naproti tomu mezi pacienty je o tuto možnost poměrně velký zájem.

Zdroj: čtk, 30. 8. 2013

INZERCE

265 3-13

Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Brně**. Telefon 607 950 602.

266 3-13

Prodám plně funkční **přístroj** na vyšetření **CRP Quickread 101** a přístroj na stanovení hemoglobinu z kapilár. odběru Mission-Hb Hemoglobin testing system. Bližší info na tel. 724 058 303.

267 3-13

Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Brně**. Tel.: 723 761 652.

270 4-13

Přenechám praxi PLDD v Horní Lidči, tel: 721 134 356.

272 4-13

Přijmu ihned **lékaře** na částečný úvazek do ordinace PLDD 1-2 dny v týdnu nebo jinak dle dohody. S možností přenechání praxe během 2-5 let, není podmínkou. **Benátky nad Jizerou I**, tel.: 606 479 946.

274 4-13

Hledám nástupce do ordinace PLDD v malém městě **v Orlických horách** s možností nástupu od 1. 5. 2014.

Kontakt: 731 514 722.

275 6-13

Předám dobře zavedenou a prosperující dětskou ordinaci. Kvalitní klientela, v okolí nyní nová výstavba. Širší **centrum Prahy**. Tel. 776 169 559.

276 7-13

Ordinace PLDD **na Praze 4 hledá zástup** na 1-2 dny v týdnu (kolegyně na MD se zájmem o pozdější odprodej) či seniorky (pro přivýdělek a radost z práce). Kontakt 602 884 240. Moc díky za pomoc a a přeju hezké léto. MUDr. Karla Martinková.

277 7-13

Do soukromé ordinace PLDD **hledám kolegyni nebo kolegu** ke spolupráci. Pracovní doba po dohodě, 2-3 dny v týdnu. V průběhu 2-3 let možnost přenechání praxe a pronajmutí nemovitosti. Ordinace se nachází asi **25 km východně od Prahy směr Nymburk** v mé nemovitosti. Registrováno kolem tisíce pacientů. Velmi šikovná dětská sestra. Nástup možný ihned. Kontakt: +420 724 566 697.

278 7-13

Hledám lékařský zástup v době dovolených do ordinace PLDD, poliklinika **Břevnov, Praha 6**, barbara.cvancarova@seznam.cz.

279 8-13

Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Praze 5-Radotíně**. Informace na tel.: 724 529 544.

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

Autodidaktický test 7/2013

GENETIKA

1. Molekulární genetika:

- a) je rychlá metoda využívaná ke stanovení karyotypu probanda
- b) se zabývá studiem molekul nukleových bází
- c) se zabývá nukleovými kyselinami, geny, jejich produkty a dalšími procesy na molekulární úrovni

2. Nukleové báze (adenin – A, cytozin – C, guanin – G, thymin – T, uracil – U) jako základní složky nukleových kyselin se k sobě vážou navzájem vodíkovými vazbami, a to vždy jedna báze purinová s jednou bází pyrimidinovou. Tvoří tak kód přepisu genetické informace. Která z níže uvedených variant párů není možná?

- a) A-T
- b) A-C
- c) C-G
- d) A-U
- e) T-U

3. Intron

- a) spolu s exony tvoří základ genu
- b) je část pre-mRNA, která nenese genetickou informaci pro syntézu proteinu a při přepisu na mRNA se tzv. vystřihuje
- c) je norská společnost zabývající se vývojem a výrobou technologií pro detekci mutovaných sekvencí DNA pomocí rentgenového záření s měřením vzniklých subatomárních elementů, tzv. intronů

4. Od října 2009 je v ČR zavedeno nové spektrum šetřených vrozených a dědičných chorob ve screeningu novorozenců. Termín odběru na novorozenecký screening se také posunul ze 72 až 96 hodin po porodu na 48 až 72 hodin. Z původních tří screenovaných chorob je od října 2009 vyšetřována suchá kapka krve na:

- a) 10 chorob
- b) 13 chorob
- c) 17 chorob

5. Do spektra chorob vyšetřovaných v rámci novorozeneckého screeningu bylo v ČR od října 2009 zařazeno též vyšetření na cystickou fibrózu (CF). Ze suché kapky krve na odběrové kartičce se v první fázi vyšetřuje imunoreaktivní trypsin (IRT). Při zvýšené hladině IRT následuje druhá fáze vyšetření. V této druhé fázi je provedena DNA analýza 50 mutací CFTR genu odpovědného za poruchu sodíkového kanálu. Toto spektrum DNA analýzy odhalí

- a) 85 % onemocnění CF v české populaci
- b) 90 % onemocnění CF v české populaci
- c) 95 % onemocnění CF v české populaci
- d) 100 % onemocnění CF v české populaci (pozor – u jiných populací může být výtěžnost odlišná)

6. FISH je molekulárněcytogenetická metoda blíže objasňující strukturu DNA v chromozomech, ev. strukturu molekul RNA. Principem FISH metody je:

- a) vazba specifických barviv na konkrétní sekvence nukleových kyselin, které jsou následně hodnoceny v mikroskopu
- b) vazba specifických izotopů radionuklidů na konkrétní sekvence nukleových kyselin, které jsou následně hodnoceny na fotografii vytvořené detektorem ionizujícího záření
- c) vazba specifických protilátek značených fotoluminiscenční barvou na konkrétní sekvence nukleových kyselin, preparát je následně hodnocen mikroskopicky

Sunar

protože milujeme
naše děti

Sunar complex s naturbalance

Sunar complex 1



mléčný

Počáteční kojenecká mléčná výživa

- ✓ optimální množství bílkovin
- ✓ beta-palmitát
- ✓ prebiotika GOS
- ✓ nukleotidy
- ✓ 100 % laktózy
- ✓ vitaminy a minerální látky
- ✓ vynikající chuť

Sunar complex 2



mléčný

banán

Pokračovací a batolecí kojenecká mléčná výživa

- ✓ optimální množství bílkovin
- ✓ beta-palmitát
- ✓ prebiotika GOS
- ✓ vitaminy a minerální látky
- ✓ vynikající chuť

Sunar complex 3



mléčný

banán

vanilka

Sunar complex 4



mléčný

jahoda

broskev

Ještě lepší
receptura



Přírozeně
mléčná chuť

Prebiotika GOS
– potřebná pro zdraví mikroflóru

Beta-palmitát
– unikátní složka tuku, přirozeně obsažená
v mateřském mléce

Vitaminy a minerální látky
– včetně vápníku a vitamínu D pro zdravý růst kostí

Kojení je nejlepší způsob výživy. Potravina pro zvláštní výživu.
Materiál je určen pro odbornou veřejnost.

www.sunar.cz
www.facebook.com/sunar

☎ 800 201 102
✉ hero@hero.cz

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

seznamte se...



sérotyp
19A

- 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}

Distribuce sérotypů *S. pneumoniae* zahrnutých v konjugovaných vakcínách, děti pod 5 let věku, ČR, 2007–2012. Surveillance data^a



Graf adaptován dle publikovaných
dat SZÚ, 2013.¹

**Prevenar 13
je jediná
pneumokoková
konjugovaná vakcína,
která pokrývá
sérotypy
3, 6A a 19A.^{7,8}**

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

Děložní infekce a přípravek - Prevener 13 *léčebná souprava*. Preinaktivované polysacharidové konjugáty vakcíny (13 vakcín, adjuvanti).
Lečivo (vakcína). Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Prevener 13 obsahuje polysacharidové konjugáty 11/2,2 a 12/2,2 a 13/2,2 a 14/2,2 a 15/2,2 a 16/2,2 a 17/2,2 a 18/2,2 a 19/2,2 a 20/2,2 a 21/2,2 a 22/2,2 a 23/2,2 a 24/2,2 a 25/2,2 a 26/2,2 a 27/2,2 a 28/2,2 a 29/2,2 a 30/2,2 a 31/2,2 a 32/2,2 a 33/2,2 a 34/2,2 a 35/2,2 a 36/2,2 a 37/2,2 a 38/2,2 a 39/2,2 a 40/2,2 a 41/2,2 a 42/2,2 a 43/2,2 a 44/2,2 a 45/2,2 a 46/2,2 a 47/2,2 a 48/2,2 a 49/2,2 a 50/2,2 a 51/2,2 a 52/2,2 a 53/2,2 a 54/2,2 a 55/2,2 a 56/2,2 a 57/2,2 a 58/2,2 a 59/2,2 a 60/2,2 a 61/2,2 a 62/2,2 a 63/2,2 a 64/2,2 a 65/2,2 a 66/2,2 a 67/2,2 a 68/2,2 a 69/2,2 a 70/2,2 a 71/2,2 a 72/2,2 a 73/2,2 a 74/2,2 a 75/2,2 a 76/2,2 a 77/2,2 a 78/2,2 a 79/2,2 a 80/2,2 a 81/2,2 a 82/2,2 a 83/2,2 a 84/2,2 a 85/2,2 a 86/2,2 a 87/2,2 a 88/2,2 a 89/2,2 a 90/2,2 a 91/2,2 a 92/2,2 a 93/2,2 a 94/2,2 a 95/2,2 a 96/2,2 a 97/2,2 a 98/2,2 a 99/2,2 a 100/2,2 a 101/2,2 a 102/2,2 a 103/2,2 a 104/2,2 a 105/2,2 a 106/2,2 a 107/2,2 a 108/2,2 a 109/2,2 a 110/2,2 a 111/2,2 a 112/2,2 a 113/2,2 a 114/2,2 a 115/2,2 a 116/2,2 a 117/2,2 a 118/2,2 a 119/2,2 a 120/2,2 a 121/2,2 a 122/2,2 a 123/2,2 a 124/2,2 a 125/2,2 a 126/2,2 a 127/2,2 a 128/2,2 a 129/2,2 a 130/2,2 a 131/2,2 a 132/2,2 a 133/2,2 a 134/2,2 a 135/2,2 a 136/2,2 a 137/2,2 a 138/2,2 a 139/2,2 a 140/2,2 a 141/2,2 a 142/2,2 a 143/2,2 a 144/2,2 a 145/2,2 a 146/2,2 a 147/2,2 a 148/2,2 a 149/2,2 a 150/2,2 a 151/2,2 a 152/2,2 a 153/2,2 a 154/2,2 a 155/2,2 a 156/2,2 a 157/2,2 a 158/2,2 a 159/2,2 a 160/2,2 a 161/2,2 a 162/2,2 a 163/2,2 a 164/2,2 a 165/2,2 a 166/2,2 a 167/2,2 a 168/2,2 a 169/2,2 a 170/2,2 a 171/2,2 a 172/2,2 a 173/2,2 a 174/2,2 a 175/2,2 a 176/2,2 a 177/2,2 a 178/2,2 a 179/2,2 a 180/2,2 a 181/2,2 a 182/2,2 a 183/2,2 a 184/2,2 a 185/2,2 a 186/2,2 a 187/2,2 a 188/2,2 a 189/2,2 a 190/2,2 a 191/2,2 a 192/2,2 a 193/2,2 a 194/2,2 a 195/2,2 a 196/2,2 a 197/2,2 a 198/2,2 a 199/2,2 a 200/2,2 a 201/2,2 a 202/2,2 a 203/2,2 a 204/2,2 a 205/2,2 a 206/2,2 a 207/2,2 a 208/2,2 a 209/2,2 a 210/2,2 a 211/2,2 a 212/2,2 a 213/2,2 a 214/2,2 a 215/2,2 a 216/2,2 a 217/2,2 a 218/2,2 a 219/2,2 a 220/2,2 a 221/2,2 a 222/2,2 a 223/2,2 a 224/2,2 a 225/2,2 a 226/2,2 a 227/2,2 a 228/2,2 a 229/2,2 a 230/2,2 a 231/2,2 a 232/2,2 a 233/2,2 a 234/2,2 a 235/2,2 a 236/2,2 a 237/2,2 a 238/2,2 a 239/2,2 a 240/2,2 a 241/2,2 a 242/2,2 a 243/2,2 a 244/2,2 a 245/2,2 a 246/2,2 a 247/2,2 a 248/2,2 a 249/2,2 a 250/2,2 a 251/2,2 a 252/2,2 a 253/2,2 a 254/2,2 a 255/2,2 a 256/2,2 a 257/2,2 a 258/2,2 a 259/2,2 a 260/2,2 a 261/2,2 a 262/2,2 a 263/2,2 a 264/2,2 a 265/2,2 a 266/2,2 a 267/2,2 a 268/2,2 a 269/2,2 a 270/2,2 a 271/2,2 a 272/2,2 a 273/2,2 a 274/2,2 a 275/2,2 a 276/2,2 a 277/2,2 a 278/2,2 a 279/2,2 a 280/2,2 a 281/2,2 a 282/2,2 a 283/2,2 a 284/2,2 a 285/2,2 a 286/2,2 a 287/2,2 a 288/2,2 a 289/2,2 a 290/2,2 a 291/2,2 a 292/2,2 a 293/2,2 a 294/2,2 a 295/2,2 a 296/2,2 a 297/2,2 a 298/2,2 a 299/2,2 a 300/2,2 a 301/2,2 a 302/2,2 a 303/2,2 a 304/2,2 a 305/2,2 a 306/2,2 a 307/2,2 a 308/2,2 a 309/2,2 a 310/2,2 a 311/2,2 a 312/2,2 a 313/2,2 a 314/2,2 a 315/2,2 a 316/2,2 a 317/2,2 a 318/2,2 a 319/2,2 a 320/2,2 a 321/2,2 a 322/2,2 a 323/2,2 a 324/2,2 a 325/2,2 a 326/2,2 a 327/2,2 a 328/2,2 a 329/2,2 a 330/2,2 a 331/2,2 a 332/2,2 a 333/2,2 a 334/2,2 a 335/2,2 a 336/2,2 a 337/2,2 a 338/2,2 a 339/2,2 a 340/2,2 a 341/2,2 a 342/2,2 a 343/2,2 a 344/2,2 a 345/2,2 a 346/2,2 a 347/2,2 a 348/2,2 a 349/2,2 a 350/2,2 a 351/2,2 a 352/2,2 a 353/2,2 a 354/2,2 a 355/2,2 a 356/2,2 a 357/2,2 a 358/2,2 a 359/2,2 a 360/2,2 a 361/2,2 a 362/2,2 a 363/2,2 a 364/2,2 a 365/2,2 a 366/2,2 a 367/2,2 a 368/2,2 a 369/2,2 a 370/2,2 a 371/2,2 a 372/2,2 a 373/2,2 a 374/2,2 a 375/2,2 a 376/2,2 a 377/2,2 a 378/2,2 a 379/2,2 a 380/2,2 a 381/2,2 a 382/2,2 a 383/2,2 a 384/2,2 a 385/2,2 a 386/2,2 a 387/2,2 a 388/2,2 a 389/2,2 a 390/2,2 a 391/2,2 a 392/2,2 a 393/2,2 a 394/2,2 a 395/2,2 a 396/2,2 a 397/2,2 a 398/2,2 a 399/2,2 a 400/2,2 a 401/2,2 a 402/2,2 a 403/2,2 a 404/2,2 a 405/2,2 a 406/2,2 a 407/2,2 a 408/2,2 a 409/2,2 a 410/2,2 a 411/2,2 a 412/2,2 a 413/2,2 a 414/2,2 a 415/2,2 a 416/2,2 a 417/2,2 a 418/2,2 a 419/2,2 a 420/2,2 a 421/2,2 a 422/2,2 a 423/2,2 a 424/2,2 a 425/2,2 a 426/2,2 a 427/2,2 a 428/2,2 a 429/2,2 a 430/2,2 a 431/2,2 a 432/2,2 a 433/2,2 a 434/2,2 a 435/2,2 a 436/2,2 a 437/2,2 a 438/2,2 a 439/2,2 a 440/2,2 a 441/2,2 a 442/2,2 a 443/2,2 a 444/2,2 a 445/2,2 a 446/2,2 a 447/2,2 a 448/2,2 a 449/2,2 a 450/2,2 a 451/2,2 a 452/2,2 a 453/2,2 a 454/2,2 a 455/2,2 a 456/2,2 a 457/2,2 a 458/2,2 a 459/2,2 a 460/2,2 a 461/2,2 a 462/2,2 a 463/2,2 a

References: 1. Driscoll EG, Yorgo ZA. Expert Review Vaccines 2008; 8(5):507-595. 2. van Gile M, Verhoeven RH, Hak E, et al. JAMA. 2010;304(10):1099-1106. 3. Kaplan SL, Benson WJ, Li P, et al. Pediatrics. 2010;125:429-436. 4. Kozakova J, Motilova J, Bonnet C, et al. Investir v prevencii kožních onemocnění v ČR v roce 2012. Zpráva ICM (SGL, Praha) 2013;22(3): 97-104. 5. Ferrel A, Aguilu L, Vasson MD, et al. BMC Infectious Diseases 2011; 11:239. 6. Dogan P, Goren-Lavi N, Lobenz E, et al. J. Infect. Dis. 2006;196(5):775-85. 7. SPC Prevacid. 13. 8. SPC Sulfam.

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

www.prevenar13.cz



www.pearsoned.com.au | 020 330 3000 | 020 330 3000



PROVISED BY: