

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

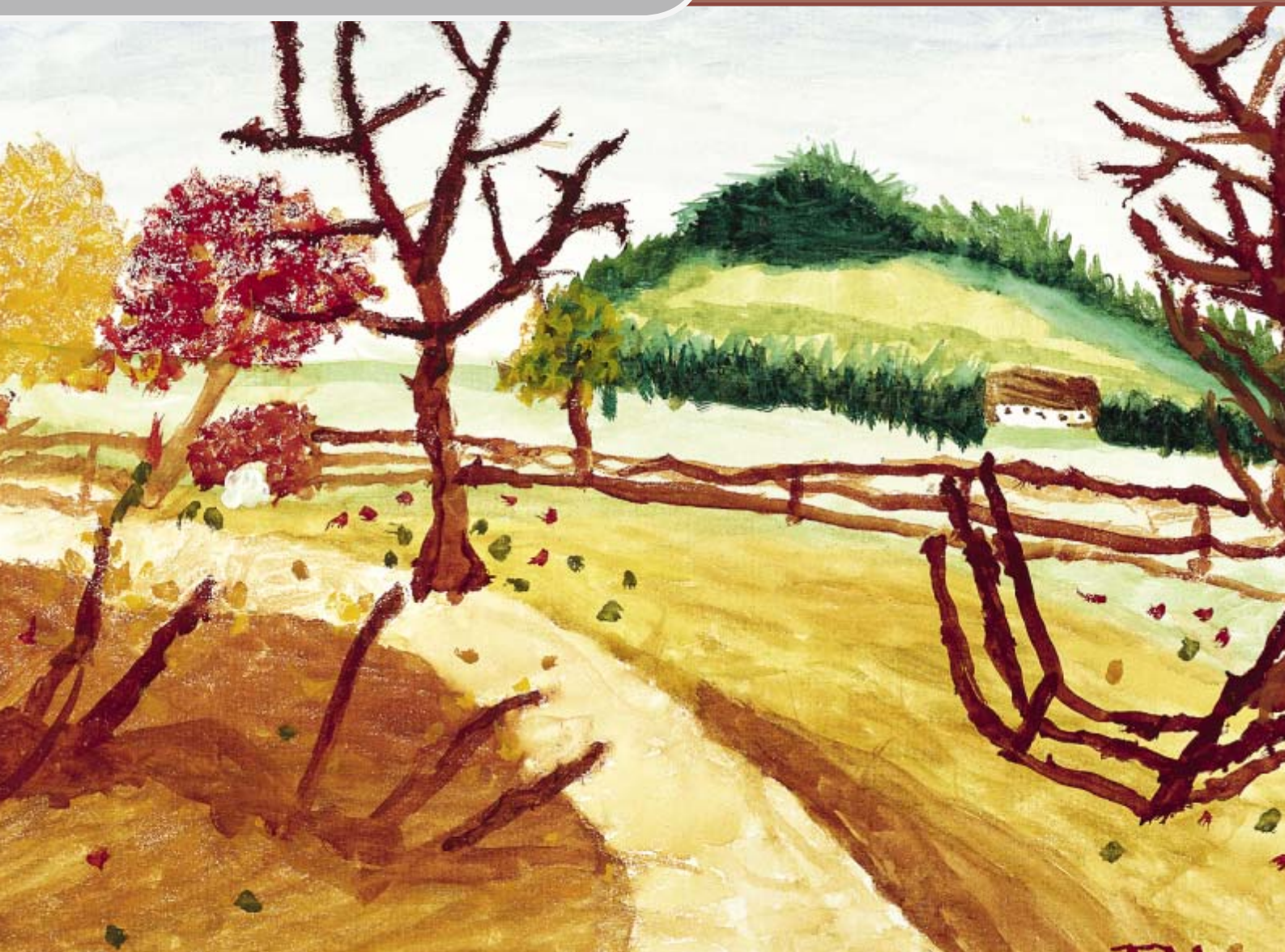
PEDIATRIAE

listopad 2013
číslo 9 • ročník 13



téma čísla

Poruchy imunity



- Problematika očkování
- Termínový kalendář akcí SPLDD a OSPDL na rok 2014
- Primární imunodeficiency v pediatrii
- Aktuální možnosti využití imunomodulátorů přírodního původu v pediatrii
- Exogenní alergická alveolitida v dětském věku
- Hypertenze u IgA nefropatie



Pracujeme pro zdravější svět™



NUTRICIA
Nutrilon

pokračovací a batolecí mléka





Správná volba pro úspěšný rozvoj dítěte

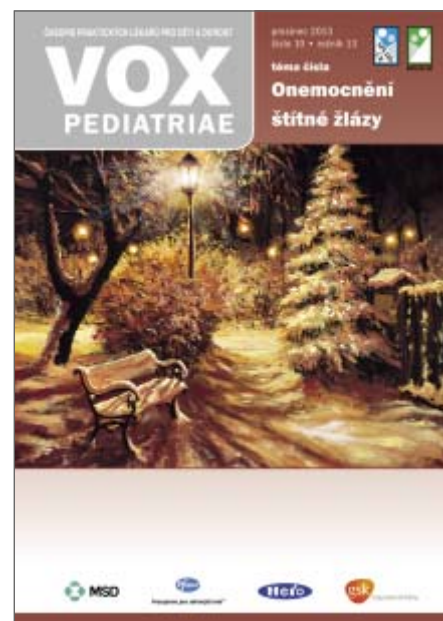
- Unikátní prebiotická směs scGOS/lcFOS (9:1)
podporuje imunitní systém*
- Optimální zastoupení LCPUFA pro rozvoj kognitivních funkcí
- Inspirováno 30 lety výzkumu mateřského mléka



Kojení je nejpřirozenějším 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.nutrikub.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 Právní rubrika: Posuzování způsobilosti ke vzdělávání	7
	Problematika očkování	8
	Předávání dat do ÚZIS – sdělení ČLK	10
	Termínový kalendář akcí SPLDD a OSPDL na rok 2014	12
	Informace k novému výkonu – Potní test	13
	Informace OSPDL ČLS JEP	14
	prof. MUDr. Anna Šedivá, Ph.D. Primární imunodeficiencie v pediatrii – popis, diagnostika a léčba	15
	PharmDr. Lucie Kotlářová Aktuální možnosti využití imunomodulátorů přírodního původu v pediatrii	21
	MUDr. Marcela Kreslová Exogenní alergická alveolita v dětském věku	26
	prof. MUDr. Václav Monhart, CSc. Hypertenze u IgA nefropatie	29
	Dr. Tom Soukup Dětská pohotovostní služba v jihozápadním Německu	32
	Ze světa odborné literatury	34
	Aktuality	35
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Akutní stavy	38
	Vzpomínky na Pavla Neugebauera	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

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

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX
PEDIATRIAE**

www.detskylekar.cz

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

Vydavatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc., MUDr. Jana Sudková

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

Redakce VOX:

telefon: 267 184 065

e-mail: centrum@detskylekar.cz

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

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



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

a máme tu podzim. Letos mi připadá, že přišel strašně rychle. Z letního tepla a slunečných dní najednou byly plískanice, mlhy a pochmurno. A právě tak i „život v SPLDD“. Z poklidu a pohody najednou špatné zprávy, dokonce ty nejhorší. Nebo snad může existovat pro organizaci něco horšího než úmrtí předsedy ve věku, kdy již má spoustu zkušeností a kdy by měl být ještě plný síly a elánu jich využít? S Pavlem Neugebauerem odešla jedna dlouhá a plodná epocha SPLDD. Budeme jistě s vděčností vzpomínat a snažit se při jednáních představit, jak by to řešil on.

Zdálo by se, že prázdniny a pád vlády nám přinesou období klidu. Současná vláda příliš nových věcí netvoří a řešení některých věcí odkládá. Ale objevily se problémy jiné. Zpoždování plateb od VZP, které je „putovní“ – každý měsíc v jiném okrese či kraji, strhávání plateb za výkon očkovaní, nebyl-li vykázán spolu se ZULP, nemožnost psát posudky na brigády a na praxe studentů u nás registrovaných. To vše nám jistě velmi zneprůjemňuje naši práci. A do toho se objevil článek dr. Elekové. Pro ty, kdo netuší, kdo to je (jak jim závidím), snad doporučení, ať raději část profesních článků přeskochí. Pro ty, kteří vědí, co tato lékařka (praxí PL a homeopat) svými vyjádřeními proti očkovaní tropí mezi laickou veřejností, otiskujeme reakce hlavního hygienika a ČLK. Snad se nám společnými silami podaří zastavit ten nebezpečný tlak odpůrců očkovaní. Vše se odráží v našich ordinacích, protože více než kdy jindy musíme rodičům vysvětlovat přínos a bezpečnost očkovaní a stojí nás to jistě mnoho času a nervů. Vakcinologická společnost vydala velmi cenný materiál, který jsme otiskli v minulém čísle. Formou otázek a odpovědí nám dává do rukou argumenty pro tyto diskuse.

SPLDD pořádá po regionech semináře s problematikou očkovaní a další chystáme i pro příští rok. I když by se zdálo, že je těchto seminářů nadbytek, opak je pravdou. Jen tímto způsobem můžeme získat dostatek vědomostí, protože každou nejistotu v našich odpovědích rodiče odhalí. Těžko může očkovaní doporučovat a hájit lékař, který sám pochybuje nebo neví. Mohu vás ujistit, že programy sestavujeme s velkou pečlivostí. Nepodléháme vlivu firem a témata se snažíme vybírat tak, aby byla pro vás zajímavá a hlavně přínosná pro praxi. Pokud se vám témata nelíbí, napište nám to a navrhněte jiná. Pokud se vám líbí, zúčastněte se našich akcí. Svou účastí oceníte práci lidí, kteří je připravují.

Těším se na setkání s vámi.

MUDr. Jiřina Dvořáková

Kongres primární péče

Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP

si Vás dovolují pozvat na

8. kongres primární péče s mezinárodní účastí 28. 2.–1. 3. 2014

TOP HOTEL Praha, Congress Hall, Blažimská 1781/4, 149 00 Praha 4

Registrační formulář najdete na internetových stránkách www.splcr.cz, www.detskylekar.cz a www.ahou.cz.

Akce je určena pro lékaře a sestry v primární péči a je zařazena do kreditovaného systému celoživotního vzdělávání.



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová

1. místopředsedkyně SPLDD ČR

Měsíc září začal pracovním tempem obvyklým po prázdninovém dovolenkovém období. Začali jsme plnit výstupy a úkoly, které byly přijaty na společném jednání Předsednictva SPLDD a Výboru OSPDL poslední víkend v srpnu. Rozeběhla se pracovní jednání. A pak přišel šok. V pátek 27. 9. 2013 náhle a nečekaně zemřel náš dlouholetý předseda MUDr. Pavel Neugebauer. Stál v čele Sdružení 15 let. Dlouho a statečně bojoval s těžkou nemocí, ale ten náhlý konec nás všechny zaskočil. Je to velká ztráta pro SPLDD i pro OSPDL. Dne 1. 10. 2013 se mimořádně sešel Výkonný výbor SPLDD a do jeho řad byla koptována MUDr. Jana Kulháňková, která ve volbách v minulém roce skončila šestá v pořadí. Byla jsem pověřena vedením SPLDD do Konference SPLDD, která se bude konat 2. 11. 2013.

Poslední rozloučení s předsedou Sdružení MUDr. Pavlem Neugebauerem proběhlo v sobotu 5. 10. 2013 ve velké obřadní síni krematoria v Praze-Strašnicích. Doufám, že takové těžké a smutné dny se nebudou opakovat.

3. 9. 2013

Na MZ se konalo další kolo jednání nad metodickým pokynem k předčasnému propouštění novorozenců. Naše připomínky, společně za SPLDD i OSPDL, byly překvapivě přijaty bez námitek. Čekáme na další výstup z MZ.

17. 9. 2013

Na MPSV se konalo jednání, jehož předmětem bylo připomínkování Návrhu posuzování zdravotního stavu pro účely řízení o přiznání průkazu osob se zdravotním postižením. V novele příslušného zákona je kladen důraz zejména na funkční postižení, sleduje vazbu na stupeň závislosti a vazbu na příspěvek na mobilitu. Novela by měla vstoupit v platnost v r. 2015, a tak budeme nadále sledovat její vývoj, neboť posuzování zdravotně postižených je součástí práce každé ordinace

PLDD. Přezkumy by měla ČSSZ postupně zahájit již v r. 2014.

17. 9. 2013

Na pravidelném setkání proběhlo jednání zástupců Koalice soukromých lékařů. Pozvání přijal i náměstek ministra zdravotnictví Ing. Nosek. **Mluvíme Koalice soukromých lékařů** se pro dalšího půl roku stává **MUDr. Pavel Chrz**, prezident České stomatologické komory. O výstupech jednání informujeme na dalších stránkách časopisu.

27. 9. 2013

Na MZ proběhlo jednání s MUDr. Rážovou z odboru hlavního hygienika. Řešila se problematika posudkové činnosti v návaznosti na vyhlášku č. 79/2013 Sb. a zákon č. 373/2011 Sb., která mj. znemožňuje

PLDD vystavovat posudek pro praktické vyučování studentů. Již tradicí se stává s blížícím se koncem roku jednání o Zdravotním a očkovacím průkazu, jehož vydání je každoročně finančně ohroženo. Připomněli jsme dopis, který byl zaslán hlavnímu hygienikovi MUDr. Valentovi v souvislosti s narůstajícími aktivitami a mediálními výstupy odpůrců očkování, zejména MUDr. Elekové. Dopis a odpověď na něj najdete na dalších stránkách časopisu. Stejně tak výstup Vědecké rady ČLK, která se tím také zabývala.



V noci na sobotu 19. října 2013 v době konání Pracovních dnů dětské gastroenterologie a výživy v Plzni náhle zemřel předseda Pediatrické společnosti ČLS JEP doc. MUDr. Oldřich Pozler, CSc.

Čest jeho památce.



Koalice soukromých lékařů

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 17. září 2013

1. Jednání s Ing. Noskem

- Ing. Nosek seznámil zástupce Koalice s návrhem úhradové vyhlášky na rok 2014, ve které se počítá s navýšením finančních prostředků ve srovnání s rokem 2012 u lůžkových zařízení o 5 % a u ambulantní péče o 3 %. Se záměrem, který zvýhodňuje nemocnice v neprospěch ambulantních zařízení, vyjádřila KSL nesouhlas již ve veřejné výzvě Koalice soukromých lékařů ředitelům zdravotních pojišťoven a ministru zdravotnictví ČR k úpravě zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven ze dne 16. 9. 2013.
- Zástupci Koalice vyjádřili své obavy ze zpoždování plateb od VZP, která podle informací, které má KSL od svých členů k dispozici, zasílá úhrady za zdravotní péči bez vysvětlení s pěti- až desetidenním zpožděním. Podle Ing. Noska je VZP v situaci, za které mohou být platby koncem roku zasílány až 20 dnů po splatnosti.
- Kultivace Seznamu výkonů i nadále pokračuje, Ing. Nosek předpokládá, že alespoň ta část, která je již připravena, by mohla být do skončení funkčního období současného ministra zdravotnictví zaslána do vnitřního připomínkového řízení v rámci resortu.

2. Hodnocení setkání zástupců KSL s ministrem zdravotnictví

- Ministr zdravotnictví na setkání se zástupci Koalice přislíbil nepodlehnut tlaku odborových skupin a zachovat proporcionalitu úhrad. S řadou problémů, se kterými se potýká soukromý ambulantní sektor, se vzhledem k délce svého působení ve funkci zatím nestihl seznámit.

3. Regulační poplatky

- Dr. Kudyn znovu připomněl dopad zrušení regulačních poplatků lékařům, kteří ošetřují děti a dorost, na provoz jejich zdravotnických zařízení. Zástupci KSL se shodli na tom, že kompenzace chybějících finančních prostředků je povinností státu. Je třeba zformulovat pádnou argumentaci pro zachování vybírání regulačních po-

platků (k jakému účelu regulační poplatky slouží a jak jsou využívány) pro případ, že by se je nová vláda rozhodla zrušit zcela. Zatím Ústavní soud zrušil pouze stokorunový poplatek za pobyt v nemocnici.

4. Různé

- Povinnost vystavovat **neschopenky a recepty v elektronické podobě** byla zatím odložena, Koalice se bude tímto problémem zabývat na příštím jednání.
- Dr. Chrz informoval o rozporu mezi příslibem Ing. Noska, že i nadále bude možné předávat **údaje do NZIS v papírové i elektronické podobě**, a dopisem MZ ČR všem poskytovatelům zdravotních služeb, ze kterého jednoznačně vyplývá, že již údaje za rok 2013 je třeba předávat pouze v elektronické podobě. Stejný požadavek zveřejnil na svých webových stránkách ÚZIS. Dr. Chrz navrhl zaslat Ing. Noskovi společné prohlášení ke zrušení povinných hlášení v elektronické podobě. Návrh textu dopisu připraví právní poradce ČSK Mgr. Slavík (*poznámka: dopis byl Ing. Noskovi zaslán 27. 9. 2013*).
- **Mluvčím Koalice soukromých lékařů** se pro dalšího půl roku stává **MUDr. Pavel Chrz**, prezident České stomatologické komory.

■ Milovy 2013

Na svém tradičním setkání se ve dnech 3.-6. září 2013 sešli zástupci SPL v Milovech. Ze svého jednání vydali následující prohlášení.

Prohlášení konference okresních a krajských zástupců SPL ČR

Během tří denního jednání přítomní lékaři projednali nejaktuálnější problematika témata týkající se našeho oboru. Přítomní pozvaní hosté – ministr zdravotnictví, zástupci všech zdravotních pojišťoven a ČSSZ – byli seznámeni s problémy, které komplikují práci praktických lékařů.

Z jednání vyplynuly následující výstupy:

1. Konference všeobecných praktických lékařů (VPL) konstatuje, že ambulantní sektor trpí výrazným finančním nedo-

statkem, přinejmenším ve stejné míře jako lůžková zařízení. Výše úhrad stagnuje již pátý rok po sobě. Díky reálnému poklesu úhrad stačí finance pouze na udržení základní činnosti, nikoliv však na potřebné investice. Proto požadujeme spravedlivé navýšení finančních prostředků i pro něj.

2. Současná finanční situace ve zdravotnictví vede k tomu, že povinnosti nemocnic i ambulantních specialistů v preskripci léčiv, PZT, indikaci dopravy a dalších vyšetřeních komplementu jsou přenášeny na VPL, což odporuje nejen zákonným normám, ale je to nesprávné i po stránce odborné, etické i ekonomické.
3. Nepovažujeme za vhodné navyšovat v systému počet lékařů specialistů, v jejichž počtu se již dnes zcela vymykáme evropskému průměru. Návrh na vznik mezičlánku mezi primární a specializovanou péčí vytvořením „institutu“ všeobecného internisty v primární péči s úkolem převzít a sledovat polymorbidní pacienty pokládáme za nesystémový, racionálně nepodložený a zbytečně prodražující celé zdravotnictví.
4. Přímo za zbytečné plýtvání považujeme fakt, že ministerstvem zdravotnictví dosud nebyla vydána připravovaná norma k provádění předoperačních vyšetření a nebyla dořešena ani problematika indikace výkonů v PZSS. Jejich přijetím a dořešením by došlo k výrazné úspoře zbytečné a chaoticky vydávaných prostředků z všeobecného zdravotního pojištění.
5. Z debaty se zástupci ČSSZ o povinném vystavování elektronické DPN vyplynul jasný nesouhlas přítomných lékařů s návrhem v jeho současné podobě. Odmítáme další finanční i časové zatížení, které tímto na nás přenáší ČSSZ. Projekt shledáváme technicky nepřipravený. Reálný provoz ve vybraných ordinacích jednoznačně ukázal na jeho nefunkčnost. Nezohledňuje reálné možnosti, podmínky a okolnosti denní praxe a je ekonomicky a časově náročný. Elektronizaci zdravotnictví se nebráníme a jsme na ni připraveni, ale trváme na tom, aby v zákoně zůstaly zachovány



- obě alternativy komunikace – papírová i elektronická.
6. Všeobecní praktičtí lékaři upozorňují, že není možné, aby příjemci dotace rezidenčních míst byli nuceni financovat kontroly účetnictví auditorskou firmou ze svých prostředků. Tyto náklady nejsou kryty státní dotací dle finančních plánů a jdou k tíži školitele.
 7. Se zájmem jsme vyslechli zkušenosti našich slovenských kolegů. Zejména

nás zaujala jejich zkušenost s faktickým monopolem jedné zdravotní pojišťovny. Tento monopol přinesl zhoršení postavení ZZ vůči pojišťovně i zhoršení kvality zdravotních služeb.

Závěr: Praktičtí lékaři požadují, aby proklamovaná podpora primární péče, kterou na našem zasedání ministr zdravotnictví i všechny zdravotní pojišťovny deklarovali, byla skutečně také naplněna. V souladu s úrovní primární péče ve vyspělých evrop-

ských zemích požadujeme rozšíření našeho spektra výkonů a zrušení neopodstatněných preskripčních omezení.

V Milovech dne 6. 10. 2013

Pro VOX připravila:
MUDr. Jiřina Dvořáková

Právní rubrika: Posuzování způsobilosti ke vzdělávání

Mgr. Jakub Uher
právník SPLDD ČR

Posuzování způsobilosti ke vzdělávání je kompetencí registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost. Zákon č. 373/2011 Sb. v ustanovení § 51 odst. 1 uvádí: Zdravotní způsobilost ke vzdělávání posuzuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává registrující poskytovatel. Posuzujícím lékařem je lékař se způsobilostí v oboru praktický lékař pro děti a dorost nebo v oboru všeobecné praktické lékařství, pokud tento zákon nebo jiný právní předpis nestanoví jinak.

Podle § 8 vyhlášky č. 79/2013 Sb. rozlišujeme lékařskou prohlídku uchazeče o vzdělávání ve střední škole nebo vyšší odborné škole; provádí se před podáním přihlášky ke vzdělávání do příslušného oboru vzdělání, a lékařskou prohlídku žáka nebo studenta v průběhu vzdělávání – buď při změně zdravotního stavu, nebo před zařazením do praktického vyučování nebo praktické přípravy; lékařská prohlídka se neprovádí, je-li při praktickém vyučování nebo praktické přípravě vykonávána pouze práce zařazená do kategorie první podle zákona o ochraně veřejného zdraví a není-li součástí této práce činnost, pro jejíž výkon jsou podmínky stanoveny jiným právním předpisem.

V daném případě se jedná o prohlídku před podáním přihlášky ke vzdělávání do příslušného oboru vzdělání. Tu tedy je kompetentní provádět praktický lékař pro děti a dorost.

Existuje i právní předpis, kterým by se měl při posuzování řídit (není zde tedy volná úvaha). Tímto předpisem je v současné době nařízení vlády č. 211/2010 Sb., které v příloze č. 2 stanovuje onemocnění nebo zdravotní obtíže pro účely stanovení podmínek zdravotní způsobilosti uchazeče ke vzdělávání. Příloha č. 1 pak obsahuje seznam oborů s uvedením příslušných kategorií.

Tím tedy zjistíme například u obchodní školy, že tento obor nemá žádné zvláštní zdravotní požadavky. U oboru pedagogika pro asistenty ve školství jsou kontraindikací pro vzdělávání v tomto oboru závažné duševní nemoci a poruchy chování. U ladění klavíru pak jsou kontraindikací pro vzdělávání prognosticky závažná onemocnění horních končetin znemožňující jemnou motoriku a koordinaci pohybů a rovněž přecitlivělost na alergizující látky používané při praktickém vyučování.

Registrující praktický lékař pro děti a dorost je tedy oprávněn posuzovat zdravotní způsobilost ke vzdělávání a dokonce má poměrně přesně právním předpisem stanoveno, jaká kritéria má u jakých oborů vzdělávání při posouzení zvažovat. Z praxe bych řekl, že o tomto předpisu nebude mít mnoho lékařů potuchy...

Jiná věc je posouzení ke konkrétní praxi – praktické výuce nebo praktickému vy-

učování. Zde skutečně platí, že je praktik pro děti není oprávněn posuzovat a toto posouzení musí dle zákona před zahájením praxe provést poskytovatel pracovnílékařských služeb.

MANAGEMENT³

SPLDD ČR si Vás dovoluje pozvat na vzdělávací konferenci Management lékařské praxe PLDD

Odborný garant: MUDr. Jiřina Dvořáková, místopředsedkyně SPLDD



Více informací naleznete na stránkách www.detskylekar.cz a www.ahou.cz.





Problematika očkování

Asi jste všichni zaznamenali zvýšenou aktivitu „odmítačů očkování“. V minulém čísle Voxu ve středové příloze jsme otiskli „Odpovědi České vakcinologické společnosti a jejich členů v souvislosti s popíráním významu a účinnosti očkování“. Chtěli jsme vám poskytnout argumenty pro diskusi s rodiči. Ovšem článek dr. Elekové nás doslova „vystřelil ze židlí“, oslovili jsme dopisem hlavního hygienika, ten zase ČLK, reagovala Česká vakcinologická společnost. Snad se nám společnými silami podaří zabránit podobným nebezpečným snahám, které by mohly mít negativní dopad na proočkovanosť dětí v ČR.

■ Oslovení hlavního hygienika



CENTRUM PRIMÁRNÍ PÉČE
SDRUŽENÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ
PRO DĚTI A DOROST ČR, o.s.

MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.
náměstek pro ochranu a podporu veřejného zdraví, hlavní hygienik ČR
V Praze dne 12. 9. 2013

Vážený pane náměstku, obracíme se na Vás jménem praktických lékařů pro děti a dorost ČR. Jsme silně znepokojeni mediální prezentací (viz příloha) týkající se „škodlivosti“ očkování s následkem možného úmrtí dětí. V našich ordinacích bohužel přibývá rodičů, kteří jsou na základě takovýchto podobných informací rozhodnutí nenechat své děti očkovat. Domníváme se, že je v gesci Vašeho úřadu (MZ ČR) a Vaší vysoké resortní funkce (hlavní hygienik ČR) posoudit, zda takováto veřejná „prezentace“ očkování nespĺňuje kritéria šíření poplašné zprávy. Věříme, že se tomuto problému budete aktivně věnovat a ev. podniknete příslušné právní kroky k tomu, aby se minimalizovala podobná mediální vystoupení, znevažující naši práci. Jinak hrozí to, že praktičtí dětskí lékaři nebudou schopni čelit ve svých ordinacích slovním útokům rodičů, směřujícím proti principům očkování, které je nařizováno státem a jehož vykonavatelé jsou právě PLDD.

V úctě MUDr. Milan Kudyn,
místopředseda SPLDD ČR

■ Odpověď hlavního hygienika



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

V Praze dne 1. října 2013
Č.j.: 33389/2013/OVZ

Vážený pane doktore, dopisem ze dne 12. 9. 2013 jste se na mne obrátil jménem praktických lékařů pro děti a dorost ČR s upozorněním na aktivity dr. L. Elekové, kterými zcela ignoruje vědecky podložený význam očkování proti infekčním nemocem a zpochybňuje bezpečnost vakcín s tím, že očekáváte z mé strany patřičnou reakci.

Mohu Vás ujistit, že jsem stejně jako Vy a praktičtí lékaři pro děti a dorost silně znepokojeni možnými dopady dr. L. Elekovou prezentovaných hypotéz, matoucích laickou veřejnost, které mohou vést k poklesu dosud vysoké proočkovanosťi v České republice. V příloze Vám zasílám na vědomí kopii korespondence mezi mnou a prezidentem České lékařské komory. Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s právním odborem ČLK bude hledat konkrétní právní nástroje, kterými by bylo možné aktivity jmenované lékařky usměrnit.

Vedle toho reagovalo na články jmenované autorky Ministerstvo zdravotnictví, Státní zdravotní ústav a Česká vakcinologická společnost ČLS JEP na svých webových stránkách. Ministerstvo zdravotnictví, tiskový odbor, v současnosti jedná se serverem www.prozeny.cz o zveřejnění svého stanoviska v podobě, která je publikována na webu Ministerstva zdravotnictví.

S pozdravem
MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.,
hlavní hygienik České republiky a náměstek pro ochranu a podporu veřejného zdraví

■ Česká lékařská komora považuje odmítání očkování za „non-lege artis“

Nejenom Ministerstvo zdravotnictví ČR, ale již také Česká lékařská komora (ČLK) se ostře ohradila proti odmítání očkování. V dopise z 19. září 2013, adresovaném hlav-

nímu hygienikovi a ministru zdravotnictví v demisi, prezident ČLK pan MUDr. Milan Kubek informuje o odborném stanovisku Vědecké rady ČLK, které jednoznačně odmítá popírání významu očkování a přeceňování nežádoucích účinků po očkování.

Komora nezastírá, že po očkování, stejně jako u kterékoli jiné léčby, se mohou vyskytnout nežádoucí účinky, avšak ty se v případě správně diagnostikovaného a řádně provedeného očkování vyskytují pouze v minimálním počtu a v naprosté většině se navíc jedná o méně závažné a krátkodobé změny zdravotního stavu (zvýšená teplota, zarudnutí, bolestivost v místě vpichu).

ČLK zdůrazňuje, že při zavádění každého nového očkování jsou samozřejmě výskyt a závažnost nežádoucích účinků sledovány a analyzovány. Zároveň jsou všechny nežádoucí účinky související s očkováním důkladně sledovány a lékaři jsou s nimi seznamováni.

ČLK považuje zpochybňování přínosu očkování ze strany lékařů za postup „non-lege artis“, tedy za postup v rozporu s nejvyšším dosaženým vědeckým poznáním.

Lékař, který zpochybňuje přínos očkování nebo dokonce odmítá provádět očkování, tak porušuje nejenom zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (§ 4 odst. 5), ale také Etický kodex ČLK (§ 2 odst. 1) a Úmluvu o lidských právech a biomedicíně (článek 4)!

■ Oslovení hl. hygienika ČLK

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA
Kancelář v Olomouci

Vážený pan MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.
Hlavní hygienik ČR a náměstek pro ochranu a podporu veřejného zdraví
V Praze dne 19. 9. 2013
Č.j. 501/2013



Vážený pane náměstků,

Česká lékařská komora je znepokojena případy zpochybňování účinnosti a bezpečnosti očkování. Nevědecké názory prezentované v nedávné době v některých sdělovacích prostředcích, bohužel i ze strany některých lékařů, považujeme za nebezpečné. Na základě odborného stanoviska Vědecké rady komory přijalo představenstvo ČLK na svém zasedání dne 6. 9. 2013 jednomyslně následující usnesení:

ČLK protestuje proti zpochybňování účinnosti a bezpečnosti očkování. V poslední době se v některých celostátních médiích určených široké veřejnosti objevila tvrzení popírající benefit povinného očkování a dokonce zdůrazňující, že nežádoucí účinky očkování údajně převažují nad těmi pozitivními. ČLK upozorňuje, že díky povinnému očkování se v ČR již několik desítek let ne-

vyskytují některé nemoci, které v minulosti běžně ohrožovaly zdraví a životy obyvatel.

ČLK nezastírá, že i u očkování se stejně jako u kterékoliv jiné léčby mohou vyskytnout nežádoucí účinky, avšak ty se v případě správně indikovaného a řádně provedeného očkování vyskytují pouze v minimálním počtu a v naprosté většině se navíc jedná o méně závažné a krátkodobé změny zdravotního stavu (např. zvýšená teplota, zarudnutí v místě vpichu, bolestivost v místě vpichu...). ČLK zdůrazňuje, že při zavádění každého očkování jsou samozřejmě výskyt a závažnost nežádoucích účinků sledovány a analyzovány, a pokud očkovací látka nespĺňuje náročná bezpečnostní kritéria, pak nesmí být, obdobně jako jakýkoliv jiný lék, používána. Všechny nežádoucí účinky související s očkováním jsou důkladně sledovány a lékaři jsou s nimi seznamováni. ČLK považuje vědeckými důkazy nepodložené zpochybňování přínosu očkování ze strany

lékařů za postup „non-lege artis“. ČLK varuje veřejnost před skutečností, že odmítnutí povinného očkování by mohlo vést k návratu některých chorob, které se v naší zemi již několik desítek let nevyskytují nebo vyskytují zcela sporadicky a které přitom ještě v nedávné minulosti běžně invalidizovaly či zabíjely nemalé procento populace. Toto oficiální stanovisko České lékařské komory dáváme tímto ministerstvu zdravotnictví a orgánům hygienické služby České republiky k dispozici jako oporu pro razantní postup podporující prospěšné a zdravé obyvatel chránící očkování. Česká lékařská komora je připravena s orgány státu v této věci dále spolupracovat.

S uctivým pozdravem
MUDr. Milan Kubek,
prezident České lékařské komory

Stanovisko České vakcinologické společnosti ČLS JEP k článku

„Případ smrtelné žloutenky“ uveřejněnému v časopise Týden dne 30. 9. 2013

Jménem České vakcinologické společnosti považujeme za nutné se vyjádřit k článku „Případ smrtelné žloutenky“. Především bychom rádi objasnili domnělý problém nedostatku protilátek, který byl po vakcinaci zjištěn u některých jedinců, a upřesnili tak znění celého článku, který nebyl autorizován. Na základě dlouhodobého sledování výskytu virové hepatitidy B a monitorování hladin protilátek po očkování upřesňujeme, že klesající hladina protilátek v čase je běžným jevem. Jedná se totiž o přirozenou reakci imunitního systému. V průběhu času může po jakémkoliv očkování stav protilátek v těle klesnout až na téměř nulovou hodnotu, v některých případech i na nulovou. Při očkování proti virové hepatitidě B vznikají nejenom protilátky, ale také tzv. paměťové buňky. Tyto lidské buňky využívají schopnosti paměťového efektu, díky kterému začne organismus v případě kontaktu s virem okamžitě obnovovat potřebnou obranyschopnost. Přestože tedy můžeme naměřit nulovou hodnotu protilátek, očkovanému jedinci jejich množství začne stoupat, jakmile se s virem (proti kterému je očkován) setká, a zabrání vzniku onemocnění. To je právě případ očkování proti virové hepatitidě B.

Obranyschopnost totiž v závislosti na zdravotním stavu jednotlivce a prostředí, ve kterém se pohybuje, není vždy nutné udržovat

v nejvyšší pohotovosti. V těle očkovaných tedy pokles protilátek představuje zcela běžný jev, který neznamená, že jedinec v případě virové hepatitidy B není proti nemoci chráněn nebo že vakcína je neúčinná. Jedinou výjimku tvoří přibližně 2–3 % lidí v populaci, tzv. non-respondenti, kteří na vakcinaci nereagují a protilátky si nevytvoří vůbec. V tomto případě se jedná o vzácnou reakci imunitního systému.

Dalším ústředním tématem článku bylo možné testování přítomnosti protilátek, které se vytvořily po očkování, s měsíčním odstupem od aplikace vakcíny. Zde musíme zdůraznit, že tím bychom byli schopni rozpoznat v populaci jedince, kteří nemají schopnost vytvořit si protilátky, tedy již zmíněná 2–3 % lidí, kteří by protilátky buď neměli vůbec, nebo pod ochrannou hladinou. Naopak, pokud by hladina přesáhla požadovanou hranici (10 mIU/ml), mohli bychom předpokládat, že tito jedinci budou doživotně chráněni, přestože jim hladiny následně klesnou. Prakticky má toto testování význam pouze u zdravotnických pracovníků. Vedle dalších nepřesností v článku chceme upozornit, že v ČR dle platné legislativy nebyla hexavakcínou očkována žádná skupina dětí ve věku 12 let. Dle platného SPC lze hexavakcínou použít pouze do 3 let věku. Rovněž tak není pravdivé tvrzení, že používaná očkovací

látka Infanrix hexa by mohla být méně účinná. Pokles protilátkové odpovědi u jedné z používaných očkovacích látek před rokem 2007 (před zavedením do povinného očkování) neznamená automaticky pokles její účinnosti. Tento pokles byl zaznamenán u konkurenční očkovací látky, a to v případech, kdy byla aplikována kojencům současně s jinými očkovacími látkami, což v té době opět nebyla praxe používaná v České republice. Tato očkovací látka pak byla stažena z evropského trhu a přestala být používána. Od roku 2007 používáme bezpečnou a účinnou kombinovanou očkovací látku od jiného výrobce (Infanrix hexa) a jednu z jejích složek, samostatnou vakcínu proti hepatitidě B (Engerix) pro očkování dosud neočkovaných dětí, případně dospělých.

prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.,
předseda společnosti
MUDr. Hana Cabrnová,
místopředsedkyně společnosti
prof. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D.,
vědecký sekretář společnosti

V Hradci Králové dne 1. 10. 2013
výbor společnosti



Předávání dat do ÚZIS – sdělení ČLK

Vážený pane prezidente,

pro předávání dat do Národního zdravotnického informačního systému (dále jen „NZIS“) pochopitelně chceme v maximální míře využít elektronickou formu. Jsme si vědomi, že je to běh na delší dobu a že dosažení absolutní elektronizace je v současné době nereálné.

Chceme však, aby poskytovatelé zdravotních služeb, kteří již nyní mají podmínky pro elektronické předávání dat do NZIS, tyto možnosti využívali a aby se jejich řady do budoucna rozšiřovaly. V příloze Vám posílám tabulku, která ukazuje vybavení počítači a připojením k internetu jednotlivých druhů poskytovatelů zdravotních služeb, a jak z tabulky vyplývá, není situace až tak špatná.

Situace a možnosti se u různých poskytovatelů pochopitelně liší, a proto u těchto poskytovatelů, zejména však u samostatných ordinací lékařů i nelékařů, budeme uplatňovat diferencovaný přístup a zcela určitě vyhovíme žádostem těch lékařů, kteří požádají o výjimku a o možnost po přechodné období předávat výkazy ještě v listinné podobě. Takto informujeme i všechny tazatele, kteří nám volají nebo píší, že nemají podmínky pro elektronické předávání údajů do NZIS.

Opravdu se většinou jedná o velmi staré lékaře, kteří nemají patřičné vybavení anebo kteří plánují do několika měsíců ukončení své praxe. Těm pochopitelně bez problémů výjimku dáme.

Pochopitelně sledujeme v tomto ohledu veškeré dění ve zdravotnictví, např. současný problém s „elektronickou neschopenkou“ nebo kolem zavádění povinného elektronického receptu, a víme, že neexistuje jednoduché řešení. Proto chceme dosáhnout plného podílu předávání elektronických dat až v roce 2015, nicméně vítáme všechny lékaře, kteří se k elektronickému předávání dat již přihlásili a v současnosti hlásí. Postupný náběh a průběžné vylepšování je určitě přijatelnější postup než jednorázová akce ke konkrétnímu datu.

Chtěl bych upozornit na skutečnost, že předání požadovaných výkazů nemusí lékař provádět sám, u řady z nich to zajišťuje někdo jiný (např. účetní firma, rodinný příslušník), podobně jako je tomu u účetnictví nebo při komunikaci se zdravotními pojišťovnami. V tom máme určitou výhodu proti výše zmíněné elektronické neschopence. U výkazů se nejedná o činnosti bezprostředně spojené s léčbou a za přítomnosti pacienta,

kteří je nutno učinit v daný okamžik. Zde má vždy každý poskytovatel definované období, ve kterém má povinnost data předat.

Na závěr Vás chci, pane prezidente, ujistit, že pro sběr výkazů za rok 2013 zašleme tiskopisy všem poskytovatelům zdravotních služeb, kteří nebudou v době jejich rozesílání přihlášení v Centrálním úložišti výkazů. Tím jim umožníme i jejich listinné předání do NZIS. Současně bych Vás a další představitele soukromých lékařů chtěl požádat o podporu elektronického sběru dat do NZIS u těch poskytovatelů zdravotních služeb, kteří pro to mají již v současnosti odpovídající technické vybavení.

Se srdečným pozdravem

Mgr. Jiří Holub,
ředitel ÚZIS ČR

DĚTSKÁ VÝŽIVA A OBEZITA V TEORII A PRAXI

PODĚBRADY, 6. a 7. prosince 2013



SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU, o.s., ve spolupráci s Českou pediatrickou společností ČLS JEP a Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP, Lázně Poděbrady a.s. a Léčebna Dr. L. Filipa si Vás dovolují pozvat na

8. konferenci odborníků zabývajících se obezitou dětí a dorostu pod záštitou PhDr. Ladislava Langra, starosty města Poděbrady, MUDr. Petra Tláskala, CSc., předsedy Společnosti pro výživu, JUDr. Josefa Rambouska, generálního ředitele Lázní Poděbrady.

Odborné zajištění: MUDr. Petr Tláskal, CSc., primář Dětské polikliniky FN v Praze-Motole Kongresové centrum Lázeňská kolonáda, nám. T. G. Masaryka 433/II, Poděbrady
Ubytování: Hotel Zimní lázně a další hotelové kapacity

PŘIHLÁŠKA TAKÉ NA WEBU WWW.SPOLVYZIVA.CZ,
INFORMACE TEL. 602 304 516, 267 311 280

Hydrolyzát v BEBA H.A., jediný originál již 25 let!



- ✓ BEBA 1 H.A. – nejvíce klinicky testovaná – snižuje riziko atopické dermatitidy v 1. roce života o více než 50 %
- ✓ Ochranný účinek je potvrzen až do 6. roku věku dítěte
- ✓ Ochranný účinek potvrzen studií GINI, 2 meta-analýzami a dalšími uznávanými klinickými studiemi
- ✓ Dobrá chuť a rozpustnost, praktické balení



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.

**Účinná prevence
atopické dermatitidy**



Termínový kalendář akcí SPLDD a OSPDL na rok 2014

28. 2.–1. 3.	Celorepubliková		Praha, Hotel TOP
12. 3.	Západočeský	konference SPLDD	Tachov, Regionální vzdělávací středisko
22. 3.	Jihomoravský	konference SPLDD	hotel ALLVET, Vyškov
29. 3.	Jihočeský	konference SPLDD	Zvíkov
29. 3.	Jihomoravský	vzdělávací seminář	Brno, hotel Avanti
29. 3.	Východočeský	vzdělávací seminář	Pardubice, hotel Labe
2. 4.	Středočeský + Praha	konference SPLDD	Hotel Olympik
5. 4.	Severočeský	konference SPLDD	Ústí nad Labem, Masarykova nemocnice
12. 4.	Severomoravský	konference SPLDD + vzdělávací seminář	hotel ABÁCIE, Nový Jičín
12. 4.	Západočeský	vzdělávací seminář	Plzeň, Šafránkův pavilon
26. 4.	Severočeský	vzdělávací seminář	Děčín, hotel Česká koruna
26. 4.	Východočeský	konference SPLDD	hotel Jezerka, Seč
17.–18. 5.	Celorepubliková	Sněm	Bystřice nad Pernštejnem, hotel Skalský Dvůr
24. 5.	Jihočeský	vzdělávací seminář	Hluboká nad Vltavou, Parkhotel
7.–8. 6.	Celorepubliková	Školitelé	hotel Jezerka, Seč
11. 10.	Severomoravský	vzdělávací seminář	Ostrava, hotel Imperial
11. 10.	Západočeský	vzdělávací seminář	Plzeň, Šafránkův pavilon
18. 10.	Jihočeský	vzdělávací seminář	Hluboká nad Vltavou, Parkhotel
18. 10.	Středočeský + Praha	vzdělávací seminář	Praha, hotel Krystal
1. 11.	Celorepubliková	Celostátní konference	Praha, hotel Floret, Průhonice
8. 11.	Jihomoravský	vzdělávací seminář	Brno, hotel Avanti
8. 11.	Severočeský	vzdělávací seminář	Děčín, hotel Česká koruna
29. 11.	Východočeský	vzdělávací seminář	Hradec Králové, Krajský úřad



Informace k novému výkonu – Potní test

Dozvěděli jsme se o nové metodice k provádění potního testu. V našich ordinacích tento test asi provádět nebudeme, ale je dobré vědět, že nový způsob existuje a co je k němu potřeba.

■ Potní test – důležité upozornění na změnu provádění a změnu sazebníku

V novém seznamu výkonů hrazených ze zdravotního pojištění, který má vstoupit v platnost od ledna 2014, bude jako jediná metoda provádění potního testu uveden Potní test: stimulace pocení a sběr potu do kapiláry.

■ Důvod

Dosud prováděná metoda (kód 31110) bude zrušena, protože může být zatížena řadou chyb (falešně negativní i falešně pozitivní výsledky) i rizikem popálení pacienta. Celosvětově se od ní ustupuje a za metodu volby je pokládán sběr potu do kapiláry označovaný jako **Macroduct systém**.

Nový výkon má v sazebníku omezení „S“ (specializovaná pracoviště), podmíněné certifikátem vystaveným MZ ČR.

Následné stanovení koncentrace chloridů v potu zůstává stále jako samostatný výkon č. 81221 a nemění se.

■ Výhody nové metody

Standardizace, bezpečnost, eliminace chyb z odpařování, z vážení či z pipetování. Velkou

výhodou nového testu je to, že pracoviště vybavená speciálními analyzátory (např. Chloride analyzer 926) mohou výsledek potního testu sdělit několik minut po skončení iontoforézy. Pokud pracoviště nemají možnost přímého stanovení koncentrace chloridů z malého množství materiálu (cca 20 mikrolitrů), lze bez problému pot z kapiláry zaslat poštou do Centra CF FN Motol v malé zkumavce, která je součástí vybavení.

■ Co je třeba udělat do konce roku 2013

1) Vybavení pracoviště:

- Nový zdroj pro iontoforézu (cena cca 75 000 Kč). Tato investice je vratná, protože kód je kalkulován tak, aby se náklady na zakoupení přístroje a materiálu vrátily.
- Spotřební materiál (pilogelové disky, sběrače potu se zavínutou kapilárou ad.).

2) Absolvování dvoudenního kursu v Centru CF ve FN Motol v Praze.

Pracovník, který bude na svém pracovišti test provádět, musí být proškolen v nové

metodice, seznámen se způsobem objednávání materiálu i se vším, co s novým testem souvisí. Splnění podmínek, resp. absolvování kursu, bude účastníku stvrzeno **certifikátem**, vystaveným MZ ČR, opravňujícím k provádění nové metody, čímž bude splněno omezení „S“.

Kurz je **bezplatný**. Přihlašovat se můžete již nyní, formulář přihlášky na adrese: <http://www.fnmotol.cz/odborna-verejnost/celozivotni-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych/certifikovane-kurzy/>.

Školením provází sestra **Eva Kinclová**.

Je třeba, aby pracoviště, která mají s potními testem zkušenost a provádějí je, na novou metodu přešla, aby neklesla dostupnost tohoto vyšetření a nezhoršila se tak diagnostika cystické fibrózy.

Text informovaného souhlasu pro pacienty dá k dispozici Centrum CF FN Motol.

Za pracovní skupinu pro cystickou fibrózu České pediatrické společnosti:
MUDr. Veronika Skalická,
V Praze 23. 9. 2013

Dovolujeme si Vás pozvat na **XII. ODBORNÉ PEDIATRICKÉ SYMPOZIUM ZLÍNSKÉHO KRAJE**, které se koná 30. listopadu 2013 v DK Elektra Luhačovice.
Možnost přihlášení on-line, odborný program a další informace naleznete také na <http://www.bpp.cz/zlinska4>.

Zlínská 4
30. listopadu 2013

přihláška a více informací na
www.bpp.cz/zlinska4

přihlášení možné i telefonicky od 7,30 - 15,00 hod.
tel.: 577 219 803 – p. Klabanová



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

25. 9. – dr. Šebková, dr. Svobodová – účast na jednání akreditační komise – kromě agendy schvalování akreditací diskuse o postupu při prodlužování akreditací stávajících akreditovaných pracovišť. Většinou totiž končí akreditace na podzim příštího roku. Paní Stříbná z MZ bude nápomocna při tomto procesu.

26. 9. – dr. Šebková spolu s dr. Hülleovou – účast na kongresovém výboru ČPS – spolupráce při přípravě Kongresu ČPS v příštím roce. Byla diskutována možná témata a forma aktivní účasti PLDD. Volena témata z nemocnic i primární péče tak, aby každý pediatr našel své.

26. 9. – Výbor OSPDL – vybrané informace:

- Hostem na výboru byl MUDr. Kabíček, který bude odborným garantem nového předatestačního kursu Posudkové lékařství. Finalizuje se náplň a přednášející.
- Páteční témata – již domluvena Dětská sexuologie, garantem MUDr. Hana Fíková, jsou domlouvány termíny a obsah seminářů. Dětské psychiatry osloveni – dr. Rytíř.
- Školitelé 2014 – konat se budou v Seči, odsouhlaseny dva dny, obdrženi kreditů pouze za účast na celé akci, návrhy tématu na další výbor – dr. Rytíř.
- Diskuse o metodickém pokynu MZ pro předčasné propuštění novorozenců – dosud jsme neodbrželi verzi z MZ, která by měla vycházet z poslední schůzky MZ, OSPDL, SPLDD, neonatologie, kde došlo k domluvě na rozumném kompromisu.
- OSPDL byla oslovena hlavním hygienikem s žádostí o proškolení lékařů na základě Směrnice pro postup při vzniku mimořádné události při vzniku nakažlivého onemocnění. ČR k této směrnici přistoupila, neměla připomínky. Školení proběhnou ve spolupráci s epidemiologi v krajích, ev.

infektology. Zajišťují regionální zástupci OSPDL, dle dostupných informací pojetí v regionech či krajích různé.

- Očkování – diskuse kolem článku dr. Elekové, reakce hlavního hygienika, České vakcinologické společnosti, ČLK, po domluvě odeslána reakce výborem SPLDD, výbor OSPDL vydá stanovisko k očkování (dr. Šebková). Stále se zvyšující počet odmítačů očkování, z tohoto důvodu dosud dostupné informace a argumenty sesumarizujeme na web (dr. Kulháňková), finalizuje se brožura s pro-argumenty pro lékaře. Cítíme nedostatečnou podporu státu, který dostatečně negarantuje zájem na pravidelném očkování, slyšet jsou spíše odpůrci.
- Spolupráce s ČPS – výborem ČPS byla schválena tzv. Májová dohoda, která obsahuje základní body spolupráce, na kterých se dohodli zástupci OSPDL, ČPS a SPLDD v květnu t.r. Vnímáme to jako velmi dobrý počátek užší spolupráce s kolegy. V prosinci se z iniciativy předsedy ČPS uskuteční neformální schůzka zástupců ČPS, OSPDL, SPLDD, neonatologů a sociálních pediatrů.
- BCG – předsedkyně OSPDL kontaktována prof. Kolkem, předsedou pneumologické a ftizeologické společnosti – žádost o spolupráci při dodržování vyhlášky o očkování BCG. Pan profesor upozorněn na některé problémy související s vakcinací proti BCG. Toto téma po domluvě s MUDr. Kvášovou bude i zařazeno na jednání NIKO – existuje petice za zavedení dobrovolného očkování proti BCG včetně revakcinace.
- Diskuse nad pracovními skupinami ve spolupráci s ČPS + zastoupení v nich – vzdělávání, koncepce péče o děti, doporučené postupy, LPS.

27. 9. – schůzka – dr. Šebková, dr. Kozderka, dr. Rážová, vedoucí odboru hlavního hygienika MZ – žádost o posouzení možnosti změny vyhlášky č. 79/2013 Sb. – PLDD nemohou potvrzovat praxe na středních školách, učňovských školách atp. Tento předpis postihuje PLDD – odregistrace k VPL, postihuje i naše klienty – vydávají více peněz, časová náročnost, postihuje i školy – opět především většími výdaji za posudky. Upozorněno i na další problémy – přestože není třeba, jsou požadována potvrzení na krátkodobé brigády – a zde opět „nejsme kompetentní“. MUDr. Rážová upozorněna na zavedení předatestačního kursu Posudkové lékařství. Dále diskutována problematika očkování, především odmítačů. Sdělena potřeba existence „Národní strategie očkování“, stát by měl jasně garantovat, jaké očkování chce, aby byla zachována kolektivní imunita, a jaké ev. důsledky by mělo mít „svobodné rozhodnutí rodičů“, že nechtějí očkovat. Zatím všechna tíže včetně zodpovědnosti za NÚ při očkování lege artis leží na PLDD (zde znovu uveden příklad Rakouska). Dále proběhla diskuse nad podobou ZOP. Jednání bylo věcné, s příslibem pomoci při řešení.

3.–4. 10. – předsedkyně OSPDL – účast na Hradeckých vakcinologických dnech na oficiální pozvání ČVS – účast i dalších členů výboru a hojného počtu PLDD. Akce měla výbornou úroveň, obsahovala mnohé přínosné informace. Z akce bude v info v některém z příštích čísel Voxu.

10. + 12. 10. – proběhly další očkovací semináře s garancí OSPDL.





Primární imunodeficience v pediatrii – popis, diagnostika a léčba

prof. MUDr. Anna Šedivá, Ph.D.

Institut imunologie FN Motol, Praha

■ Úvod

Imunodeficience jsou stavy charakterizované poruchou struktury či funkce imunitního systému. Ve většině případů vedou imunodeficience ke zvýšené náchylnosti k infekcím, ale mohou přispívat také k rozvoji autoimunitních onemocnění, alergií nebo nádorů. Imunodeficience se dělí na primární, vrozené, způsobené mutacemi genů pro jednotlivé složky imunitního systému, a na sekundární, získané v průběhu života. Primární imunodeficience jako vrozené poruchy jsou obzvláště důležité pro dětský věk. Mohou postihnout imunitní systém v každé jeho složce. Klasicky rozlišujeme imunodeficience humorální, buněčné a kombinované, poruchy fagocytózy a poruchy komplementu. Nově se přidávají nově definované a nově objevené formy imunodeficiencí, které postihují hlavně vrozenou imunitu a často s sebou nesou vnímavost pouze k omezenému spektru infekcí, jako jsou poruchy v rozpoznání a zpracování infekčních činitelů (poruchy v systému TLR, NLR a CLR receptorů) či autoinflamatorní stavy. Nové dělení primárních imunodeficiencí odráží pokroky v porozumění funkci imunitního systému a je uvedeno v tabulce 3. Imunodeficience jsou svou nízkou frekvencí řazeny mezi vzácná onemocnění. Nejčastějším imunodeficientem je deficit IgA s frekvencí přibližně 1:500, nejtěžší forma, těžký kombinovaný imunodeficit, se vyskytuje přibližně v počtu 1:100 000 narozených dětí.

■ Klinické projevy

Základním klinickým příznakem imunodeficiencí je zvýšená náchylnost k infekcím, která je do určité míry obdobná u jednotlivých kategorií imunodeficiencí.

Infekce u imunodeficientních pacientů jsou charakteristické svým prodlouženým, komplikovaným, atypickým nebo recidivujícím průběhem. U většiny typů imunodeficiencí je nejčastěji infekcemi postižen dýchací systém, zejména dolní cesty dýchací. Z oblasti

ORL pro poruchu obranyschopnosti mohou svědčit recidivující otitidy, mastoiditidy a sinusitidy. Dalším systémem postiženým u imunodeficientních pacientů je gastrointestinální trakt. Průjmy a jiné symptomy postižení GIT mohou být způsobeny bakteriálními a parazitárními patogeny nebo střevní dysmikrobií. První nespecifickou manifestací u malých dětí může být neprospívání, u větších dětí váhový úbytek. Imunodeficience se dále může projevit sepsí, meningitidou, kožními a slizničními eflorescencemi (pyodermiemi, flegmónami, ekzémy), dále artritidami, osteomyelitidami, abscesy vnitřních orgánů. Neobvyklý mikrobiologický nálezu u výše popsaných infekcí (zejména oportunní mikroorganismy) je vždy suspektní z poruchy imunity.

Respirační infekce bývají známkou humorálních deficiencí, v těžší formě a u infekcí intracelulárními patogeny známkou buněčných a kombinovaných imunodeficiencí. Hnisavé komplikace provázejí deficiente fagocytární. První manifestací imunodeficience může být také reakce na očkování, hlavně na živé vakcíny. Absence reakce však diagnózu imunodeficience nevylučuje.

Věk manifestace příznaků imunodeficience záleží na typu postižené složky. Protilátkové imunodeficience se obvykle neprojeví dříve než po prvním půlroce života (do té doby je kojenec chráněn mateřskými protilátkami přenesenými transplacentárně). Těžké kombinované imunodeficience se projeví již několik dní až měsíců po narození v závislosti na molekulární podstatě poruchy imunity a v závislosti na podmínkách, ve kterých dítě vyrůstá. Některé vrozené syndromy spojené s poruchou imunity se mohou dříve manifestovat přidruženými symptomy, infekce nastupují až později (např. diGeorgův syndrom – projev se křečemi nebo srdeční vadou, Wiskottův-Aldrichův syndrom se může nejdříve projevit ekzémem nebo krvácivými projevy).

U imunodeficientních pacientů se také ve zvýšené míře vyskytují nádorová onemocnění,

zejména lymfomy, a dále alergické a autoimunitní choroby. Většinou se tyto komplikace vyvíjejí až v průběhu onemocnění, ale mohou být i jednou z prvních manifestací (např. autoimunitní poruchy postihující krevní buňky).

■ Diagnostika

Diagnostika imunodeficiencí spočívá na anamnéze, a to jak osobní, tak rodinné. Anamnéza je dále doplněna klinickým vyšetřením, které zachycuje většinou příznaky probíhající akutní infekce či další komplikace. Při podezření na imunodeficienci v diagnostice pomáhají varovné příznaky, které jsou uvedeny v tabulce 1 – Deset varovných příznaků imunodeficiencí. Z nich má největší váhu pozitivní rodinná anamnéza a neprospívání dítěte.

Klinické podezření na poruchu imunity se dále potvrzuje laboratorním imunologickým vyšetřením, které je hierarchicky členěno a začíná základními vyšetřeními, která umožní hrubé zařazení imunodeficience, a pokračuje specifickými testy upřesňujícími etiopatogenetické příčiny stavu.

Orientačním vyšetřením je **krevní obraz**. Ke specifikaci poruchy tvorby protilátek je třeba stanovit **koncentraci imunoglobulinů** v séru, eventuálně jejich podtypů. Funkčním testem protilátkové imunity je **stanovení specifických protilátek** po očkování nebo vyšetření izohemaglutininů. Testy **buněčné imunity** představují vyšetření **subpopulací lymfocytů**. Funkčním testem je test schopnosti proliferace lymfocytů na stimulaci nespecifickými mitogeny a specifickými antigeny (tzv. blastická transformace). Kvalitativní poruchy **fagocytujících buněk** se diagnostikují pomocí baktericidních testů, vyšetřením schopnosti produkovat kyslíkové radikály a fenotypovou analýzou důležitých molekul na polymorfonukleárních leukocytech. Defekty **komplementu** lze diagnostikovat kvantitativním stanovením jednotlivých složek a funkčním testem.



S postupným zpřesňováním znalostí o imunitním systému a s objevováním dalších stavů imunodeficiency se stále více uplatňují specifické testy, které umožní bližší zařazení imunodeficiency. Řada z nich využívá metod detailního stanovení lymfocytárních populací průtokovou cytometrií, další metody se potom zaměřují na funkční testy, například produkce cytokinů po specifickém stimulu a další metodiky. Specifikace genové podstaty vrozených imunodeficiency se provádí pomocí molekulárněbiologických metod ve specializovaných laboratořích.

■ Přínosné je mikrobiologické vyšetření

Imunologická a základní doplňující vyšetření hematologická a mikrobiologická jsou dále rozšiřována podle aktuálního stavu pacienta a podle individuální situace o paletu dalších diagnostických možností, zahrnujících biochemická vyšetření, zobrazovací metody a další přístupy k základní diagnostice a sledování pacienta s imunodeficientem. Vyšetření se též používají k monitorování léčby těchto nemocných, například dlouhodobé sledování hladin imunoglobulinů při jejich substituci.

■ Léčba

Léčba poruch imunity je rozdílná u jednotlivých jednotek a pečlivě se řídí podle diagnózy. V každém případě je namístě ochrana před infekcemi režimovými opatřeními, léčba interkurentních infekcí, racionálně uplatňovaná antibiotická terapie a rekonvalescence. **Kauzální terapie** je možná u některých jasně definovaných vrozených imunodeficiency, kdy přichází v úvahu genová terapie nebo transplantace kostní dřeně. Genová terapie se nejvíce blíží léčbě kauzální. Je možná v zahraničí u několika vybraných jednotek, mezi než patří těžké kombinované imunodeficiency na podkladě deficiency adenosindeaminázy, dále na podkladě mutací ve společné gama podjednotce cytokinového receptoru a u některých forem chronické granulomatózy (viz tabulku 3). Další nozologické jednotky se zvažují. Léčba je stále riziková, první pokusy o léčbu SCID (těžkého kombinovaného imunodeficientu) genovou terapií byly komplikovány vznikem leukémie u některých pacientů. Tato komplikace není stále zcela vyřešena. Některé další jednotky z vrozených imunodeficiency lze kauzálně léčit transplantací

hematopoetických kmenových buněk kostní dřeně, eventuálně periferních kmenových buněk či pupečnickové krve, prakticky se to týká hlavně těžkých kombinovaných imunodeficientů, nověji též chronické granulomatózy a některých vzácnějších forem imunodeficiency – hyperIgM syndrom, XLP (na X chromozom vázané lymfoproliferativní onemocnění) a další.

Symptomatická terapie spočívá hlavně v substituci imunoglobulinů, většinou v intravenózní, ale nyní i v subkutánní formě. U protilátkových deficitů je tato strategie téměř léčbou kauzální. Imunoglobuliny se podávají u obou aplikací podle sledování jejich hladin a účinnosti. Přibližné dávkování je stejné u obou forem, pohybuje se kolem 0,4 g imunoglobulinu/měsíc, přičemž při intravenózním podání je aplikováno v jedné měsíční dávce, u subkutánního podávání je rozděleno ve frekvenci přibližně 2× týdně, ev. s individuální úpravou.

U pacientů s primárními i sekundárními formami granulocytopenií a agranulocytóz jsou indikovány cytokiny stimulující kmenové prekursorů granulocytů – GM-CSF (faktor stimulující tvorbu kolonií granulocytů a makrofágů) a G-CSF (faktor stimulující tvorbu kolonií granulocytů). Použití dalších cytokinů, hlavně interferonu gama, je indikováno u chronické granulomatózy v období akutních komplikací. Podle klinických příznaků je dále indikováno léčebné i preventivní podávání antibiotik, případně antimykotik a virostatik. Projevy autoimunity v rámci imunodeficientů vyžadují individuálně nastavenou imunosupresivní strategii.

Dále jsou u všech pacientů s imunodeficiency používána antibiotika tak, jak to vyžaduje aktuální situace a charakter probíhající infekce. U poruch fagocytózy jsou antibiotika a antimykotika podávána v preventivní terapii denně, a to celoživotně. Ostatní léky ovlivňující imunitní funkce mají u primárních imunodeficiency velmi omezený význam a prakticky se nepoužívají. Souhrn terapeutických možností uvádí tabulka 2.

■ Přehled primárních imunodeficiency

Primární imunodeficiency jsou v různých zdrojích různě rozdělovány. Nové moderní

dělení je uvedeno v tabulce 3, výčet však není úplný, v současné době je známo přibližně 200 jednotek primárních imunodeficiency. V následujících odstavcích uvedeme pouze některé jednotky, které se mohou vyskytnout v pediatrické praxi. Řada nemocí je velmi vzácných a jejich detailní diagnostika i léčba musí probíhat na specializovaných pracovištích.

■ Poruchy buněčné imunity a kombinované poruchy imunity

Poruchy specifické buněčné imunity zasahují na různých úrovních do komplexních pochodů spojených se vznikem, diferenciací a funkcí T lymfocytů. Vzhledem k nutné spolupráci T a B lymfocytů při tvorbě protilátek se porucha T lymfocytů obvykle sekundárně projeví i v poruchách protilátkové imunity (viz přehled v tabulce 3) Jedná se o nejtěžší poruchy imunity, u kterých je indikována transplantace kmenových buněk kostní dřeně nebo genová terapie. Bez této terapie je jejich prognóza infaustní. Čím dříve je transplantace provedena, tím lepší vyhlídky přináší do budoucna, s nejlepšími výsledky u transplantací provedených do 3 měsíců života. Velmi tedy záleží na včasné diagnóze. Pomocným ukazatelem je v naprosté většině případů lymfopenie, rozložení lymfocytů potom dokreslí vyšetření lymfocytárních populací, které umožní zařadit SCID do kategorie T-B+ nebo T-B-, viz též tabulku 3. Dítě s podezřením na SCID je nutné ihned odeslat na specializované pracoviště.

■ Další definované syndromy

Do této kapitoly patří syndromy spojené s projevy imunodeficiency. Zde uvádíme diGeorgův syndrom a hyperIgE syndrom.

■ DiGeorgův syndrom

DiGeorgův syndrom je vrozená porucha embryonálního vývoje 3. a 4. žaberní výchlípkou, která vyústí v poruchu vývoje tymu spojenou se srdečními malformacemi a poruchou vývoje příštítých tělísek. Metabolické projevy a projevy srdeční vady jsou dominující v klinických projevech většinou brzy po narození. Imunodeficiency je způsobena poruchou vývoje T lymfocytární řady v důsledku patologie tymu. Málokdy jde však o úplnou absenci tymu a vývoj lymfocytů T je zajišťován buď reziduální tymovou tkání,



nebo extratymickou diferenciací T lymfocytů v zažívacím traktu. Velmi závažná je porucha u tak zvaného kompletního syndromu diGeorge, kdy zcela chybí tymová tkáň i T lymfocyty. Stav může být komplikován autoimunitou, zvláště namířenou proti štítné žláze, nebo autoimunitní trombocytopenií. Incidence onemocnění je asi 1:50 000, příčinou jsou delece 22. chromozomu prokazatelné ve většině případů.

HyperIgE syndrom

HyperIgE syndrom, dříve označovaný také jako syndrom Jobův nebo syndrom Buckleyové, je vzácná imunodeficience s typickými klinickými projevy infekcí vyvolaných hlavně kmeny *Staphylococcus aureus* a *Candida albicans*. Infekce postihují hlavně kůži, kde nasedají do terénu ekzému, a dále často plíce ve formě abscedujících pneumonií. Ve shodě s názvem onemocnění je velmi vysoká sérová hladina IgE, dosahující desetitisícových hodnot U/ml, a eozinofilie. V roce 2007 byla objevena genová podstata tohoto onemocnění, která spočívá v mutacích proteinu STAT3, faktoru v signální cestě řady cytokinů a růstových faktorů, který má důležitou úlohu v různých buněčných procesech. V patogenezi hyperIgE syndromu se tato porucha projevuje na mnoha úrovních, včetně postižení skeletu a pojivových tkání, jež potom vedou k fenotypickým projevům syndromu.

■ Protilátkové imunodeficiencie

Jako primární protilátkové deficiencie se označují stavy, kdy organismus není schopen tvořit specifické protilátky proti antigenům. Klinicky se tyto stavy projevují opakovanými infekcemi hlavně extracelulárními mikroorganismy. Virové infekce jsou většinou eliminovány adekvátními imunitními mechanismy, ale následná protilátková imunitní odpověď je v důsledku imunodeficiencie nedostatečně vyvinuta. Neschopnost tvořit specifické protilátky může, ale nemusí být spojena i s kvantitativním snížením koncentrace imunoglobulinů. Snížené koncentrace imunoglobulinů v séru se označují jako hypogamaglobulinémie (snížení všech tříd imunoglobulinů) nebo dysimunoglobulinémie (je snížena pouze některá třída nebo podtřída imunoglobulinů, zatímco hladiny jiných tříd jsou normální nebo mohou být i zvýšeny). Poznání molekulární podstaty

některých protilátkových deficitů ukazuje, že v řadě případů jde o regulační poruchu tkvící spíše v T lymfocytech nebo jejich produktech, kterou lze vysvětlit asociované projevy autoimunity a další projevy dysregulace imunitního systému, jako je tomu například u hyperIgM syndromu.

Prototypem humorálních imunodeficiencí je Brutonova agamaglobulinémie. Jedná se o X vázané onemocnění, které je charakterizováno poruchou vývoje B lymfocytů na podkladě mutací v BTK, genu pro Brutonovu tyrozininázu, která zasahuje do vývojové B řady. B lymfocyty se zarazí ve stadiu preB, v periferní krvi jsou prakticky nepřítomny. Klinické projevy jsou typické pro humorální imunodeficienci.

Jednotlivá onemocnění jsou charakterizována v tabulce 3.

■ Poruchy regulace imunity

Do této skupiny patří hlavně vzácné a závažné hemofagocytyující syndromy a onemocnění spojená s autoimunitou, hlavně monogenní autoimunitní lymfoproliferativní syndrom, viz tabulku 3. Jedná se o výjimečně vzácné těžké stavy, které je nutno řešit na specializovaných odděleních.

■ Poruchy fagocytózy

Poruchy v systému fagocytózy vedou k projevům hlavně stafylokokových infekcí a k hnisavým afekcím. Jsou způsobeny poruchou funkce fagocytárních buněk, ve většině případů poruchou v systému NADPH oxidázy u onemocnění chronickou granulomatózou. Onemocnění se léčí denní preventivní léčbou antibiotiky a antimykotiky, protože pacienti jsou kromě stafylokoků náchylní též k plísnovým onemocněním, hlavně kmeny aspergillových infekcí. V poslední době se nicméně i u těchto pacientů uplatňuje transplantace kmenových buněk. Ta je jasně indikována, pokud je k dispozici HLA identický sourozenec, s excelentními vyhlídkami. Dále je indikována u potvrzeného onemocnění se závažnou komplikací. I zde platí, že čím dříve je transplantace provedena, tím lepší vyhlídka má pacient z hlediska prognózy. Chronická granulomatóza je nejčastější poruchou fagocytózy, vzácnější jednotky jsou opětovně v tabulce 3.

V Evropě roste poptávka po zdravotnících

Zvýšení poptávky po pracovní síle ve zdravotnictví potvrzuje nejnovější Evropský monitor volných pracovních míst.

Volná místa ve zdravotnictví v EU rostla mezi roky 2008 a 2012 téměř o 2 % ročně.

Obyvatelstvo stárne

Důvodem byl souběh faktorů, jako je stárnutí obyvatelstva, pokrok v technologiích a v péči, očekávání kvalitnějších služeb a větší důraz na preventivní péči. V roce 2012 byl v tomto odvětví přijat do práce téměř milión lidí.

Po pracovnících osobní péče v oblasti zdravotnictví patří mezi povolání s nejvyšším nárůstem počtu zaměstnanců analytici a vývojáři softwarových aplikací, administrativní pracovníci a odborní asistenti a učitelé na prvním stupni a v oblasti předškolní výchovy.

Odvětví zdravotní péče má potenciál

„Evropský monitor volných pracovních míst umožňuje uchazečům o zaměstnání zjistit, ve kterých odvětvích mají nejlepší vyhlídky na získání práce. Pomáhá rovněž orgánům veřejné správy investovat do odborné přípravy kvalifikovaných pracovních sil, aby se předešlo jejich nedostatku. Nejnovější zpráva potvrzuje, že zdravotní péče je jedním z odvětví s největším potenciálem k vytváření pracovních míst v Evropě,“ uvedl komisař pro zaměstnanost, sociální věci a sociální začleňování László Andor.

Stárnou i zdravotníci

Zpráva rovněž zdůrazňuje, že řada zemí se zřejmě musí zabývat problematikou stárnutí pracovní síly ve zdravotnictví. Například věk více než 40 % pracovníků v oblasti zdravotní péče v Bulharsku a pobaltských státech se pohybuje mezi 50 a 64 lety, což značně převyšuje průměr v EU.

Zdroj: právo, 4. 10. 2013



■ Poruchy rezistence k infekcím, poruchy vrozené imunity

Do této kategorie se kromě fagocytárních poruch a poruch komplementu nově zařazují deficity postihující receptory a signální cesty účastníci se iniciálních, vrozených kroků imunitní reakce a dále celá skupina periodických zánětlivých stavů.

K defektům receptorů a signálních cest patří poruchy spojené s TLR receptory a následnými signálními cestami. Dosud jsou popsány deficity TLR3 a UNC93B, které jsou klinicky asociovány s projevy herpetické encefalitidy.

Do stejné skupiny spadají mutace v molekule IRAK4 a nedávno objevené mutace v MyD88, které vedou k opakovaným a těžkým pneumokokovým infekcím a zasahují stejně jako výše popsané mutace do drah prvního rozpoznání patogenu rodinou TLR molekul.

Do širší oblasti vrozené imunity též spadá skupina zvýšené vnímavosti k mykobakteriálním infekcím a infekcím atypickými mykobakteriemi, která zahrnuje řadu molekul z oblasti cytokinů, jejich receptorů a signálních molekul, IFN γ R, IL-12, IL-12R, IL-23, STAT1.

■ Autoinflamatorní stavy

Poslední jasně definovanou skupinou je celá oblast periodických horeček a tzv. autoinflamatorních stavů, kde dochází k poruše kontroly zánětu. Jedná se o novou problematiku, zahrnující relativně častější onemocnění, jako je syndrom PFAPA, i extrémně vzácná onemocnění kryopyrinopatie. Jednotlivá monogenní onemocnění jsou uvedena v tabulce 3. Společným znakem je vystupňování zánětu, většinou způsobené účinkem IL-1. V terapii se uplatňují protizánětlivé léky, výrazných úspěchů u závažných stavů se dosahuje právě blokadou IL-1. Vzhledem k ucelené nově definované problematice odkazujeme na zvláštní publikace věnující se tomuto tématu.

■ Poruchy komplementu

Poruchy v oblasti komplementu se vymykají z ostatních kategorií imunodeficiencí hlavně svými odlišnými klinickými příznaky. Deficity časných složek kaskády jsou spojovány se vznikem autoimunitních systémových imunokomplexových onemocnění, jako je SLE. Deficity pozdních složek kaskády zasahují do tvorby membranolýtického komplexu a způsobují náchylnost k neisseriovým infekcím. Deficity komplementu jsou obecně velmi

vzácné. Zvláštní jednotkou je hereditární angioedém, chybění inhibitoru C1 složky. Ten je zároveň inhibitorem v koagulační kaskádě a jeho porucha funkce vede k nekontrolovaným aktivacím jak komplementové, tak koagulační kaskády, vede posléze až k sekreci bradykininu a vzniku jím mediovaného otoku. Jednotka je dědičná autozomálně dominantně a je závažná pro možnost otoku dýchacích cest. Popsány jsou i smrtelné případy. Pacienti se soustřeďují v centrech, kde je možná léčba právě inhibitorem C1 či inhibitorem bradykininu.

■ Závěr

Uvedený přehled uvádí zcela recentní rozdělení a nové znalosti o oblasti primárních imunodeficiencí. Jedná se o vzácné nemoci, které se objeví zřídka, ale které jsou v některých svých formách velmi závažné a je třeba na ně pomyslet, udělat základní diferenciální diagnostickou rozvahu a odeslat dítě ke specializovanému vyšetření imunitních funkcí. V současné době jsou možné i zásadní terapie, jako je transplantace kostní dřeně u nejtěžších poruch, které při včasné diagnostice vedou k záchraně dítěte.

Tabulka 1

10 varovných příznaků primárních imunodeficiencí:	
1.	osm a více infekcí středního ucha za rok
2.	dvě a více závažných infekcí vedlejších nosních dutin za rok
3.	dva a více měsíců antibiotické léčby s malým efektem
4.	dva a více zápalů plic za rok
5.	neprospívání kojence (nepřibývání na váze, zástava růstu)
6.	opakované hluboké kožní nebo orgánové abscesy
7.	přetrvávající plísňová infekce úst nebo kůže u starších jednoho roku věku
8.	potřeba nitrožilní antibiotické léčby k vyléčení infekce
9.	dvě a více hluboce lokalizovaných infekcí
10.	rodinná anamnéza primární imunodeficiency

Tabulka 2

terapie	možnosti
substituce imunoglobuliny	intravenózní, subkutánní (intramuskulární)
terapie antibiotiky a antimykotiky	preventivní, léčebná, profylaktická
terapie cytokiny	interferony, interleukiny, růstové faktory – ve specializovaných zařízeních
transplantace kostní dřeně	u indikovaných případů v určených specializovaných centrech
transplantace tymu a tymové tkáně	u indikovaných případů v určených diagnózách, v evropských a světových centrech
genová terapie	u indikovaných případů v určených diagnózách, v evropských a světových centrech
substituce enzymové	ADA u deficiencie purinového metabolismu
ovlivnění imunity	bakteriální lyzáty, leukocytární transfer faktor, další působky, přírodní produkty, probiotika – velmi omezené použití u primárních imunodeficiencí, uvážené indikace u konkrétních pacientů



Tabulka 3
Stručný přehled primárních imunodeficiencí

onemocnění	dědičnost	genetický defekt	klinické důsledky	poznámka
Kombinované B a T imunodeficiency				
SCID těžké kombinované imunodeficiency				
T-B+SCID	X, AR	CD132 (společný γ řetězec cytokinového receptoru), JAK3 kináza, IL7R α	těžké kombinované imunodeficiency	X vázaná forma je nejčastější příčinou SCID diagnostikovaných v České republice
T-B-SCID	AR	RAG1/2, Artemis, DNA ligáza IV	těžké kombinované imunodeficiency	poruchy v procesech rekombinace při tvorbě imunoglobulinů a TCR (receptory T lymfocytů)
Deficity purinového metabolismu	AR	ADA (adenozin deamináza) PNP (purinnukleosid fosforyláza)	kombinované imunodeficiency spojené s metabolickým onemocněním	asociace s vrozenými abnormalitami
CID kombinované imunodeficiency				
HyperIgM syndrom	6 různých forem s odlišnou dědičností, X i AR	CD40L, CD40, další molekuly s funkcí v procesech izotypového přesmyku a somatických hypermutací	snížení imunoglobulinů kromě IgM	nejedná se o čistě humorální deficienci, porucha v kooperaci B a T lymfocytů
Ommenův syndrom	AR	RAG1/2	závažná imunodeficiency, systémové projevy, typické kožní příznaky, oligoklonální expanze T lymfocytů	poruchy v procesech rekombinace
Ostatní dobře definované syndromy				
HyperIgE syndrom	AD, AR	STAT3, DOCK8	závažná atopie, staf. infekce, systémové projevy	poruchy v signalizaci
Wiskott-Aldrich syndrom	X	WAS	atopie, ekzém, trombocytopenie a trombocytopenie	poruchy signalizace, poruchy cytoskeletu
Ataxia Teleangiectasia	AR	ATM	ataxie, imunodeficiency, nádorová onemocnění	
Protilátkové deficiencie				
Brutonova agamaglobulinémie	X vázaná	BTK Brutonova tyrozinkináza, defekt ve vyzrání B lymfocytů	praktické chybění všech tříd imunoglobulinů	
IgA deficiencie	?	?	porucha přesmyku na IgA	nejčastější primární imunodeficiency
CVID	?, známá u přibližně 10 % pacientů	ICOS, TACI, BAFF-R, CD19 u malého počtu pacientů	imunodeficiency, porucha regulace	časté autoimunitní komplikace
Přechodná hypogamaglobulinémie v dětství	?	?	snížení imunoglobulinových tříd, většinou IgG a IgA	spontánní úprava většinou v předškolním věku



Poruchy regulace imunity				
Hemofagocytující lymfohistiocytóza	různé formy, deficity cytotoxicity, lymfoproliferace spojené s EBV	perforin, MUNC13-4, syntaxin, XLP1,2	hemofagocytóza, lymfoproliferace, komplexní imunodeficiencie, autoimunity	
Syndromy asociované s autoimunitou ALPS	AD, AR	Fas FasL CASP10	porucha apoptózy, splenomegalie, adenopatie, autoimunita	
Fagocytární deficiencie				
Neutropenie, těžká kongenitální a Kostmanův syndrom	AD, AR	ELA2 (elastáza) HAX1 (zatím neznámá přesná funkce)	vrozené neutropenie	
Chronická granulomatóza	X, AR	složky komplexu NADPH oxidázy	závažné poruchy fagocytózy	
LAD (leukocyte adhesion deficiency)	AR	deficity v systému integrinů a selektinů	několik forem poruchy adhezivity a chemotaxe leukocytů	výrazná leukocytóza v periferní krvi
Poruchy resistance k infekcím, poruchy vrozené imunity				
Snížená rezistence k infekcím mykobakteriemi	X, AR, AD	NEMO IFN γ R, IL12, IL12R, IL23, STAT1	infekce mykobakteriemi a salmonelami	
Herpetická encefalitida	AR	TLR3, UNC93B	poruchy v signalizaci TLR	vrozené závažné herpetické encefalitidy
Závažné infekce pneumokoky	AR	IRAK4, MyD88	poruchy v signalizaci TLR	
Autoinflamatorní syndromy				
Familiární středozevní horečka	AR	pyrin	porucha regulace zánětu, horečky, serozitidy, kožní projevy	možnost výskytu i v České republice; riziko vzniku amyloidózy
HyperIgD syndrom	AR	MVK	opakované horečky spojené s bolestmi břicha, serozitidy	
TRAPS	AD	TNFSFR1	epizody opakovaných horeček, odděleny delšími intervaly klidu, otoky, stěhovavé bolesti	riziko vzniku amyloidózy
Kryopyrinopatie Familiární chladová urtika Muckle Wells syndrom NOMID/CINCA	AD	NLRP3 kryopyrin	různá tíže postižení, kožní projevy urtiky, systémové projevy skeletárního aparátu, systémové zánětlivé projevy, neurologické komplikace	
Deficity komplementu				
deficity jednotlivých složek	AR	C1-C9	infekce, hlavně neisseriové, riziko vzniku autoimunitních onemocnění	
deficit C1 inhibitoru	AD	hereditární angioedém	opakované ataky otoků	léčba ataky aplikací C1 inhibitoru



Aktuální možnosti využití imunomodulátorů přírodního původu v pediatrii

PharmDr. Lucie Kotlářová, PharmDr. Vladimír Végh, MUDr. Pavel Kostíuk, CSc.

Edukafarm s.r.o., Praha

Běžná respirační onemocnění k dětskému věku nevyhnutelně patří. Maturace imunitního systému si vyžaduje nasazení „v plné zbroji“, které ve spojení s ostatními zátěžovými prvky (kolektiv, životní prostředí, stres) vede ke zvýšené nemocnosti dětí ve srovnání s dospělými. Do jisté míry tak jsou běžné dětské nemoci fyziologickým projevem a není potřeba je obzvlášť řešit.

V současné době se však stále častěji u dětí setkáváme s nespecificky oslabenými imunitními reakcemi, jejichž výsledkem je evidentně zvýšená náchylnost k respiračním infekcím. V klinické praxi se nejčastěji využívá definice italské pediatrické skupiny (*Gruppo di Studio di Immunologia della Società Italiana di Pediatria, 1988*), která definuje míru „nefyziologické“ nemocnosti jako:

- ≥ 6 infekcí dýchacích cest za rok,
- ≥ 1 infekce měsíčně v období říjen–únor,
- ≥ 3 infekce dolních dýchacích cest za rok.

Překročení těchto frekvencí je známkou narušené funkce imunitního systému. Ve většině případů však není možné současnými diagnostickými metodami zjistit ve funkčních schopnostech žádnou významnou odchylku (to však neznamená, že by imunologické vyšetření nemělo žádný význam – je potřeba vyloučit skryté, potenciálně závažné imunodeficiency). Jednou z často využívaných terapeutických možností je pak aplikace imunomodulační léčby. Pro její aplikaci neexistují jednoznačná doporučení a je tak potřebné řídit se jak vlastním klinickým úsudkem, tak zkušenostmi a publikovanými informacemi. U dětí je pak často v počátečních stádiích upřednostňována imunomodulace s využitím látek přírodního původu. Přinášíme přehled nejběžnějších možností.

■ Bakteriální imunomodulátory

Zkušenosti s bakteriálními lyzáty jsou publikovány přibližně v posledních 30 letech. S ohledem na prevenci respiračních infekcí

se dají považovat za nejpřirozenější imunomodulátory, protože představují typické PAMP (*Pathogen-Associated Molecular Patterns* – molekulární vzory asociované s patogenem) struktury odvozené od nejčastějších původů těchto infekcí. Při podávání perorální cestou se zpočátku uplatňuje hlavně nespecifická aktivace imunitní odpovědi, která v pozdějším období (řádově v týdnech) může být doplněna i o specifickou imunitní odpověď. Slizniční aplikací je prokazována v některých studiích i indukce specifických protilátek zejména třídy IgA vůči mikroorganismům obsaženým v lyzátech. Toto „systémové“ působení však může být dalším faktorem naznačujícím souvislost s rizikem autoimunitních onemocnění.

Obecně jsou bakteriální lyzáty považovány za dobře tolerované, ale v odborné literatuře jsou uváděny některé možné komplikace jejich podávání. Za nejzávažnější vedlejší účinek podávání bakteriálních imunomodulátorů je považována možnost vyvolání autoimunitní aktivity. Tyto obavy jsou založeny na experimentálních dokladech, že některé součásti bakteriálních těl mohou *in vitro* aktivovat autoimunitní buněčné klon. Řada autorů poukazuje na vliv bakteriálních superantigenů na vznik autoimunitních T lymfocytů. Docent Bystroň, který ve svém přehledu účinnosti a bezpečnosti bakteriálních imunomodulátorů shrnuje výše uvedenou literaturu k možným komplikacím léčby těmito látkami, uvádí, že jde o potenciální nebezpečí, které v dostupných studiích nebylo dokumentováno. Připomíná, že je však třeba si uvědomit aktivační potenciál bakteriálních imunomodulátorů a nikdy je nepodávat při jakýchkoliv náznacích možné autoimunitní aktivity. Nelze podle něj nikdy vyloučit riziko vzniku autoimunitních chorob po dlouhodobém a zejména opakovaném užití těchto látek. Zřejmě neexistuje žádná dlouhodobá studie zabývající se výskytem autoimunitních onemocnění u osob, jimž byly podávány přípravky tohoto typu.

Při používání je proto doporučována opatrnost a rozhodně nejsou vhodné pro plošné používání „na posílení imunity“. Je proto zajímavé, že v poslední době se bakteriální lyzáty stále častěji objevují i ve formě doplňků stravy, které nevyžadují klinickou dokumentaci.

Vybrané léčivé přípravky

ATC klasifikace: L03AX: Jiná imunostimulancia

Název	forma/balení
BRONCHO-VAXOM	por cps dur
PRO INFANTIBUS	30 × 3,5 mg
LUIVAC	por tbl nob 28
RIBOMUNYL	por tbl nob 20
URO-VAXOM	por cps dur 30 × 6 mg

Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: Bakteriální lyzáty

Obchodní název	Výrobce
GS Imunostim	Green Swan
RespiVaxin HP	Helvetia Pharma
Olimunovac	Bioveta

■ Bioaktivní polysacharidy (beta-glukany)

Beta-glukany patří mezi přírodní biologicky aktivní polysacharidy, jejichž imunomodulační vlastnosti jsou založeny na podobném principu jako u bakteriálních lyzátů – jedná se opět o typické PAMP rozpoznávané nejstaršími složkami nespecifické imunity. Tvoří charakteristickou stavební složku houbových pletiv, jejichž účinky jsou známé především v tradiční východní medicíně. K nejprozkoumanějším imunostimulačně působícím houbám patří např. *Lentinus edodes* (shii-take), *Shizophyllum commune* a *Pleurotus ostreatus* (hlíva ústříčná). Molekulárněbiologický výzkum ukázal, že jejich účinky jsou založeny právě na těchto



trojhelikálních vláknitých strukturách s postranními beta-1,6 glykosidovými řetězci.

V současné době se dává přednost purifikovaným beta-glukanům, a to nejen kvůli lepší možnosti standardizace, ale hlavně z důvodů lepší účinnosti a bezpečnosti: uvolněním z matrix houbového pletiva dochází k obnažení „molekulárního vzoru“, který je pak lépe dostupný kompetentním buňkám. Purifikaci dochází též k odstranění nežádoucích příměsí, které mohou mít nežádoucí vlastnosti (např. surová tkáň hlívy ústříčné může obsahovat 1–2 hmotnostní procenta lovastatinu). Přípravky s purifikovaným (1,3/1,6) beta-glukanem jsou tak např. americkou Agenturou pro potraviny a léčiva (FDA) řazeny do kategorie látek obecně považovaných za bezpečné (GRAS, *Substances Generally Recognized as Safe*). Intenzita imunomodulačního účinku beta-glukanů je závislá na konkrétní struktuře (velikost molekuly, rozsah větvení) i stupni purifikace, které jsou specifické pro jednotlivé zdroje i konkrétního výrobce. Z tohoto pohledu lze upozornit zejména na komplex biologicky aktivních polysacharidů s názvem *imunoglukan*, který díky patentovanému postupu purifikace dosahuje v praxi velmi významných imunomodulačních účinků. Z hlediska klinické dokumentace představuje mezi doplňky stravy světlou výjimku, protože jeho účinnost je dokumentována řadou humánních klinických studií publikovaných v renomovaných zahraničních časopisech, a to včetně pediatrické oblasti.

Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: hlíva ústříčná a jiné houby	
Obchodní název	Výrobce
Dr. Řádek Cordyceps	PharmDr. Pavel Řádek
GS Hlíva Forte	Green Swan
Hlíva ústříčná	Terezia Company
Shii-Take 100% houbový přípravek	Terezia Company

Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: imunoglukan	
Obchodní název	Výrobce
Imunoglukán P4H tobolky	Pleuran
Imunoglukán P4H sirup na posílení obranyschopnosti	Pleuran

Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: beta-glukany	
Obchodní název	Výrobce
Walmart Imunactiv tbl. bls. 30	Walmart
Imunit tob. 32	Simply You
Beta glukan 555 tbl. 30	Favea

■ Probiotika

Současná odborná literatura o probiotikách přinesla jednoznačné důkazy o imunomodulačních účincích symbiotických mikroorganismů v tlustém střevě. Probiotika jako původně cizorodé mikroorganismy vstupují do intenzivních vzájemných kontaktů se střevním imunitním systémem a mají typický imunomodulační účinek: mohou normalizovat nedostatečnou i nadměrnou imunitní odpověď. Imunomodulační aktivitu probiotik charakterizuje několik mechanismů:

- Stimulace mechanismů přirozené imunity, tvorby sekrečního IgA a místní imunitní odpovědi.
- Udržování neatopického fenotypu stimulací tvorby Th1 lymfocytů a fyziologické rovnováhy mezi Th1 a Th2 lymfocyty.
- Snížení neregulovaného zánětu v GIT a přecitlivělosti na potravinové alergeny prostřednictvím zvýšené tvorby regulačních subpopulací pomocných T lymfocytů.

Slibné výsledky byly zjištěny při použití probiotik u autoimunitních onemocnění: idiopatických střevních zánětů, ulcerózní kolitidy, atopické dermatitidy i jako prevence alergií. O oblasti existujících imunodeficiencí existuje několik studií, které dokumentují preventivní účinek podávání probiotických kmenů na incidenci sezónních respiračních onemocnění u dětí. Vzhledem k jejich bezpečnosti a k výskytu narušení střevní mikroflóry u často nemocných dětí (především následkem opakované antibiotické léčby) je proto lze jednoznačně doporučit. Při současném podávání s antibiotiky je však potřebné věnovat pozornost jejich odolnosti vůči antibiotikům. Odolnost probiotického kmene *Bacillus clausii* vůči širokému spektru antibiotik a chemoterapeutik (kromě streptomycinu a ciprofloxacinu) se na rozdíl od ostatních probiotik opírá o odborné průkazy v odborné literatuře, stejně jako o mnohaleté používání v této indikaci v Evropě.

Vybrané léčivé přípravky

ATC klasifikace: A07FA: Protiprůjmové mikroorganismy	
Název	forma/balení
LACIDOFIL	por cps dur 45
MUTAFLO MITE	por cps etd 20 × 20 mg
COLINFANT NEW BORN	por lyo sus 12 × 1 ml

Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: probiotické bakterie	
Obchodní název	Výrobce
Enterina p.o. lah. 8	InPharm
Linex Forte	Lek Pharmaceuticals
Swiss Laktobacily 5	Swiss Herbal Remedies
Biopron 9	Valosun

Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: probiotické bakterie odolné vůči širokému spektru antibiotik/chemoterapeutik	
Obchodní název	Výrobce
Probacin p.o. lah. 8	InPharm

■ Echinacea sp.

Extrakt z rostlin rodu *Echinacea sp.* patří k nejpoužívanějším bylinným doplňkům stravy vůbec. Obsahují komplex různých látek s imunomodulačním působením – fenolické látky: deriváty kyseliny kávové, lipidové frakce: alkylamidy, heteropolysacharidy: beta-1,3, resp. 1,6 glukany. Imunostimulace je vyvolána komplexním mechanismem, zahrnujícím aktivaci makrofágů, stimulaci fagocytózy, stimulaci fibroblastů, zvýšení buněčné respirace a zvýšení mobility leukocytů.

Vzhledem k rozšířenosti užití potvrzuje účinnost extraktů *Echinacea sp.* při prevenci běžných respiračních onemocnění několik rozsáhlých metaanalýz a přehledových prací. Tyto práce však zmiňují neexistující závaznou jednotnou metodiku standardizace obsahu extraktů, což vede k nemožnosti vzájemného porovnání.

Při užívání je potřeba věnovat pozornost možným alergickým reakcím (nejčastěji kopřivka, ale i závažnější alergické projevy), které jsou spojovány se zkříženou alergickou reakcí na ostatní rostliny čeledi *Asteraceae*. Obecně se nedoporučuje užívání extraktů



Echinacea sp. delší než 8 týdnů, protože obsažené pyrrolizidinové alkaloidy bývaly podezřívány z hepatotoxických účinků. Jejich obsah je však relativně nízký a ve své struktuře neobsahují nenasycený necinový kruh. Opatrnost je ale vhodná zejména při kombinaci s jinými potenciálně hepatotoxickými léčivy (nejčastěji např. paracetamol). Pokud jde o nežádoucí účinky, může se vyskytnout hepatitida, hypersenzitivní reakce, nevolnost, svědění, erytém, exantém, trombocytopenická purpura.

Vzhledem k výše uvedeným aspektům nežádoucích účinků a riziku lékových interakcí se v oblasti doporučují pouze léčivé přípravky, jejichž uznaná účinnost a přijatelná bezpečnost je deklarována registrační autoritou – SÚKL.

Vybrané léčivé přípravky

ATC klasifikace: V11 Fytofarmaka a živočišné produkty	
Název	forma/balení
IMMUNAL	por gtt sol 1 × 50 ml
IMMUNAL tablety	por tbl nob 20 × 80 mg

Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: <i>Echinacea sp.</i>	
Obchodní název	Výrobce
Aromatica Echinacea Aktiv bylinné kapky	Aromatica
Dr. Theiss Echinacea forte kapky	Dr. Theiss
Echinacea kapky Galmed	Biomedica

■ Nukleotidy

Při intenzivní aktivaci imunitního systému stoupají požadavky leukocytů na nukleotidy. Protože leukocyty mají omezenou schopnost syntézy *de novo*, jsou odkázány zejména na vychytávání cirkulujících nukleotidů syntetizovaných v játrech. Příznivý efekt suplementace nukleotidů na imunitní systém se potvrdil zejména u kojenců v náhradní mléčné výživě nebo při parenterální výživě dospělých. Průměrný denní příjem nukleotidů (dNT) v dietě představuje u dospělého přibližně 1–2 g. U kojenců by měl denní příjem odpovídat 160 mg/kg tělesné hmotnosti. Při běžném stravování se však nedostatek nukleotidů téměř nevyskytuje a v kojeneckých formulích je jejich obsah regulován na úrovni Evropské unie.

V České republice jsou na základě empirických zkušeností oblíbené deriváty hovězí krve, obsahující kombinaci nukleotidů, aminokyselin a oligopeptidů. Přesné složení přípravku však není zřejmé a mnoho není známo ani o mechanismu účinku. Ve dvou klinických studiích výrobce bylo zaznamenáno zvýšení hladiny sekrečního IgA ve slinách, vztah k nemocnosti však nebyl sledován. Žádné další relevantní literární zdroje se nepodařilo nalézt.

Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: nukleotidy, aminokyseliny a peptidy	
Obchodní název	Výrobce
Juwik forte	Juwital
Preventan	SVUS Pharma

■ Systémová enzymoterapie

Systémová enzymoterapie (SET) je založena na perorální aplikaci proteolytických enzymů, které dokážou vstupovat neporušené do systémové cirkulace. V systémové cirkulaci jsou chráněny vazbou na specifické antiproteázy, přičemž si zachovávají proteolytickou aktivitu. Štěpí porušenou buněčnou hmotu a urychlují vstřebávání hematomů a otoků, částečný fibrinolytický a trombolýtický účinek zlepšuje stav kapilár. Výsledkem je rychlejší odbourávání imunokomplexů, modulace tvorby cytokinů a interference s adhezivními molekulami. Podle empirických zkušeností SET ovlivňuje zejména zánětlivé procesy, indikací k podávání jsou proto různé akutní i chronické záněty, otoky a hojení ran. Zkušenosti s preventivním podáváním u opakovaných respiračních infekcí a otitid pocházejí z retrospektivní multicentrické studie uskutečněné v našich podmínkách u dětí.

Vybrané léčivé přípravky

ATC klasifikace: M09AB: Enzymy	
Název	forma/balení
Wobenzym	por tbl ent 800
Phlogenzym	por tbl flm 800

Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: enzymy	
Obchodní název	Výrobce
Apo-Curenzym PROFI	Apotex
Imunoenzym	Favea

■ Kolostrum

Mateřské mléko nezastává pouze nutriční funkci, ale podílí se významným způsobem na zabezpečení funkčnosti nezralého imunitního systému; organismus savců je tak připraven na příjem těchto složek perorální cestou. Mezi nejvýznamnější imunomodulační složky mateřského mléka patří zejména kolostrum a laktoferin.

Kolostrum obsahuje velké množství imunoglobulinů, cytokinů a antibakteriálních látek. Existuje několik klinických studií, řada pozorování a kazuistik, jež skutečně dokazují příznivé působení zejména u střevních infekcí. Klinická dokumentace u nejčastějších respiračních infekcí je však slabá.

Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: kolostrum	
Obchodní název	Výrobce
Barny's Kolostrum	Fortius Natural Nutrition
Kolostrum Klasik Dr. Bojda	Jankar Profi
Symbiotics Colostrum Immune	Symbiotics

■ Vitamin C

Vitamin C je tradičně doporučován jako podpora při nachlazení a jiných infekcích. V metaanalýze 30 studií (celkový počet pacientů 11350) bylo při preventivním podání 200 mg vitamínu C (a více) riziko onemocnění mírně sníženo (RR = 0,96). Terapeutický efekt vitamínu C po vzniku symptomů onemocnění nebyl sice v této velké metaanalýze u dospělé populace celkově prokázán, významný efekt byl však deklarován u osob vystavených vyšší fyzické zátěži (maratonští běžci, lyžaři, vojáci v subarktických oblastech) – zde riziko onemocnění pokleslo na polovinu (RR = 0,5). Děti bohužel v této studii nebyly zahrnuty.

Vybrané léčivé přípravky

ATC klasifikace: A11G: Kyselina askorbová (vitamin C) včetně kombinací	
Název	forma/balení
ADDITIVA VITAMIN C BLUTORANGE	por tbl eff 20 × 1 g ml
CELASKON TABLETY 250 MG	por tbl nob 100 × 250 mg
VITAMIN C-INJEKTOPAS 7.5 G	inf cnc sol 7,5 g/ 50 ml



Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: kyselina askorbová	
Obchodní název	Výrobce
Cetebe	Smithkline
GS Vitamin C 500 se šípky	Green swan
Walmart MegaC jahoda	Walmart

Poznámka: Role vitamínu C jako antioxidantu chránícího buňky imunitního systému je velmi důležitá. Imunitní buňky (např. fagocyty, makrofágy) generují značné množství reaktivních sloučenin kyslíku (ROS), jejichž prostřednictvím napadají patogenní mikroorganismy. Pro svou vlastní ochranu před působením ROS a udržení potřebují tyto buňky značné množství vitamínu C jako intracelulárního antioxidantu. Je prokázáno, že při chronických a recidivujících infekcích je zásoba askorbátu v imunitních buňkách často výrazně snížena a tím je narušena jejich funkce. Podle některých autorů je pro doplnění chybějícího askorbátu v imunitních buňkách a jejich ochranu při infekcích vhodné (vzhledem k omezené kapacitě vstřebávání vitamínu C ze střeva) intravenózní podání tohoto vitamínu. Nové studie prokazují, že efekt vitamínu C je závislý na dávce, se zvyšující se dávkou prokazuje vitamin C účinky imunomodulační/imunostimulační, protizánětlivé až netoxicky chemoterapeutické.

Rakytník

Rakytníku řešetlákovému je přisuzována řada pozitivních účinků na organismus, pro které byl údajně použit i jako ochrana proti kosmickému a ionizačnímu záření u kosmonautů. Využíván je především díky vysokému obsahu vitamínu C, obsahu flavonoidů, taninu, vitamínu E a A, minerálů, nenasycených mastných kyselin. Popisuje se jeho vliv na podporu imunitního systému a protizánětlivá aktivita, opět však zejména z hlediska tradičního léčitelství.

Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: rakytník řešetlákový	
Obchodní název	Výrobce
AVILUP rakytníkový sirup s příchutí pomeranče	Vakos
Grešík Rakytníkový čaj n.s.	Valdemar Grešík

Rakytník řešetlákový Terezia Company
100% prášek z plodů

Propolis

Propolis je látka vzniklá zpracováním rostlinných pryskyřic z pupenů a mladých lístků včelami. Ty jej využívají nejen jako těsnící prostředek do pláství, ale též k zabránění šíření infekcí rodu. Použití v medicíně vychází především z tradic lidového léčitelství. Převážnou složku představují obvykle flavonoidy, kterým je přisuzován protizánětlivý efekt (diskutováno je např. zvýšení aktivity makrofágů či NK buněk nebo stimulace tvorby protilátek), protialergický a antioxidantní účinek. V propolisu lze nalézt řadu dalších organických kyselin a jejich derivátů. Širší použití propolisu omezuje přítomnost různých pylových a včelích alergenů.

Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: propolis	
Obchodní název	Výrobce
DR. DUDEK Propolisová tinktura	Dr. Dudek
MedPharma Včelí mateří kašička + propolis + pyl	MedPharma
Propolki pastilky	Apimed

Česnek

Česnek patří mezi látky s imunomodulačním a antimikrobním účinkem. Jeho rozšíření do oblasti pediatrie je však do určité míry omezeno rizikem nežádoucích účinků dlouhodobě podávaného česneku, mezi které patří bolesti hlavy a dráždění sliznic, anti-koagulační působení, která může vyústit v krvácení, dále možnost výskytu alergických reakcí včetně rozvoje bronchiálního astmatu. Důležitá je též možnost lékových interakcí, které nejsou u dětí uspokojivě popsány.

Vybrané doplňky stravy

Obsahová látka: česnek	
Obchodní název	Výrobce
Allisor česnek	Naturvita
Bioaktivní česnek	PharmaNord
Walmart Alicin	Walmart

Nanofarmakologická a subfarmakologická léčiva

Na základě zejména empirických zkušeností se i v praxi běžných pediatrů používají

homeopatické léčebné postupy. V případě prevence nejčastějších respiračních infekcí se jedná zejména o *Anas barbariae hepatitis et cordis extractum 200 K (oscillococtinum)*. Více exaktní přístup přináší principy fyziologické regulační medicíny, která kombinuje principy medicíny nízkých dávek (nanofarmakologie) s nejnovějšími poznatky o komunikaci buněčných systémů (cytokiny, hormony a další). Novinkou minulého roku byl v tomto případě léčivý přípravek *Gunaprevac (Anas barbariae hepatitis et cordis extractum 200 K, Haemophilus influenzae, Echinacea, Vincetoxicum officinale, Cuprum, Belladonna, Aconitum napellus)*, jehož účinnost je u dětí popsána také v prospektivních, multicentrických, randomizovaných, kontrolovaných studiích. Receptura tohoto přípravku zohledňuje kromě imunomodulačního a stimulačního účinku i účinek stabilizující sliznice, což je velmi příznivý předpoklad pro dosažení účinku u dětí s predispozicí k alergickým reakcím. Recentní studie prokazuje u tohoto přípravku efekt preventivní i léčebný na chřipku.

Vybrané léčivé přípravky

ATC klasifikace: V12 Homeopatika (česká ATC skupina)	
Název	forma/balení
GUNAPREVAC	por gra 6 × 1 gm
OSCILLOCOCCINUM	por gra 6 × 1 gm

Vybraná literatura

- Suchopár J et al. Volně prodejné přípravky v praxi lékárníka a lékaře. Praha: Edukafarm, 2011
- Jeseňák M et al. *Recidivující infekce dýchacích cest a imunomodulácia u detí*. Praha: Mladá Fronta, 2012
- Lee BY, Shah M. Prevention of influenza in healthy children. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2012;10:1139-1152
- Bystroň J. Imunomodulační léčba v pediatrii. *Pediatr. pro Praxi* 2010;11:298-304
- Vitamin C Hochdosis-Infusiotherapie. Wissenschaftliche Belege. Giesen: Pascoe 2012



Nimenrix™

Konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W₁₃₅ a Y



Nabídněte ochranu dětí již od 12 měsíců věku proti invazivním meningokokovým onemocněním¹

Nimenrix™ je jako první a jediná konjugovaná vakcína proti séro skupinám A, C, W₁₃₅ a Y schválen v Evropě pro použití již od 12 měsíců věku^{1,2}

Zkrácená informace o léčivém přípravku Nimenrix™

Nimenrix™ prášek pro přípravu injekčního roztoku s rozpouštědlem v předplněné injekční stříkačce. Konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W-135 a Y. **Složení:** Po rekonstituci 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: *Neisseria meningitidis* A polysacharidum 5 µg, *Neisseria meningitidis* C polysacharidum 5 µg, *Neisseria meningitidis* W-135 polysacharidum 5 µg, *Neisseria meningitidis* Y polysacharidum 5 µg. Antigeny konjugovány na proteiny nosiče tetanický toxoid 44 µg. **Terapeutické indikace:** Nimenrix™ je indikován k aktivní imunizaci osob od 12 měsíců věku a starších proti invazivnímu meningokokovému onemocnění způsobenému *Neisseria meningitidis* skupiny A, C, W-135 a Y. **Dávkování a způsob podání:** Nimenrix se má podávat v souladu s dostupnými oficiálními doporučeními. Základní očkování: K imunizaci se používá jedna dávka 0,5 ml rekonstituované vakcíny. Přeočkování: Nimenrix™ lze podat jako druhou (booster) dávku subjektům, kteří byli dříve očkováni obyčejnou polysacharidovou meningokokovou vakcínou. Nutnost podání druhé dávky u osob primárně očkovaných vakcínou Nimenrix™ nebyla dosud stanovena. Bezpečnost a účinnost vakcíny Nimenrix™ u dětí mladších 12 měsíců nebyla dosud stanovena. K dispozici nejsou žádné údaje týkající se osob ve věku > 55 let. Imunizace se provádí pouze intramuskulární injekcí, nejdepo do deltového svahu. U dětí ve věku 12 až 23 měsíců lze vakcínu rovněž aplikovat do anterolaterální strany stehna. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoliv pomocnou látku tohoto přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Nimenrix™ se nesmí za žádných okolností podávat intravaskulárně, intradermálně ani subkutánně. Podle zásad správné klinické praxe předcházení očkování zhodnocení anamnézy (zejména s ohledem na předchozí očkování a možný výskyt nežádoucích účinků) a klinické vyšetření. Pro případ závažné anafylaktické reakce po podání vakcíny musí být vždy k dispozici příslušná lékařská péče a dohled. Očkování vakcínou Nimenrix™ je třeba odložit u osob trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Lehká infekce, jako je např. nachlazení, by neměla být důvodem k odložení očkování. Během jakéhokoli očkování, nebo dokonce před ním, může dojít zejména u dospívajících v důsledku psychologické reakce na injekční jehlu k synkopě (mdlobě). Je důležitě přijmout příslušná opatření, aby při mdlobách nedošlo k poranění. Nimenrix™ je třeba podávat s opatrností osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoliv poruchou krevní srážlivosti, protože po intramuskulární aplikaci může dojít u těchto osob k krvácení. Nimenrix™ poskytuje ochranu pouze proti *Neisseria meningitidis* skupiny A, C, W-135 a Y. Tato vakcína nechrání proti žádným jiným skupinám *Neisseria meningitidis*. K vyvolání protektivní imunitní odpovědi nemusí dojít u všech očkovaných osob. Lze očekávat, že u pacientů s nízkými imunitními odpověďmi nebo u pacientů s imunodeficiencí nemusí dojít k vyvolání odpovídající imunitní odpovědi. Ačkoli po očkování vakcínou Nimenrix™ bylo pozorováno zvýšení koncentrace protilátek proti tetanickému toxoidu (TT), přípravek Nimenrix™ nenasazuje očkování proti tetanu. Podávání vakcíny Nimenrix™ společně s vakcínou obsahující TT, nebo jeden měsíc před jejím podáním během druhého roku života nemělo vliv na odpověď na TT ani výjimečně neovlivnilo bezpečnost. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Nimenrix™ lze podávat společně s jakoukoliv z následujících očkovacích látek: vakcíny proti hepatitidě A (HAV) a hepatitidě B (HBV), vakcína proti spalničkám, příušnicím a zardělkám (MMR), vakcína proti spalničkám, příušnicím, zardělkám a (járním neštovicím) (MMRV), desetištěnná pneumokoková konjugovaná vakcína nebo neadjuvovaná vakcína proti zápné chřipce. Nimenrix™ lze rovněž podávat společně s kombinovanými vakcínami proti zářrtku, tetanu a černému kašli (acelulární pertuse) během druhého roku života, včetně kombinace vakcín DTap a vakcínou proti hepatitidě B, dítěcké ebrole (neaktovaná vakcína) nebo *Haemophilus influenzae* typu b, jako je vakcína DTap-HBV-IPV/Hib. Kdyžkoli je to možné, mají se vakcína Nimenrix™ a vakcína obsahující TT, jako je např. vakcína DTap-HBV-IPV/Hib, podávat společně, nebo je třeba přípravek Nimenrix™ podat alespoň jeden měsíc před podáním vakcíny obsahující TT. Pokud se vakcína Nimenrix™ podává spolu s jinou injekční vakcínou, je třeba vakcíny aplikovat do různých míst. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nimenrix™ by se měl v těhotenství a při kojení použít pouze pokud málo nežádoucí převaží nad možným rizikem. Studie se zvláště nenaznačují na přímé ani nepřímé škodlivé účinky s ohledem na fertilitu. **Nežádoucí účinky:** Ve všech věkových skupinách byly nejčastěji hlášenými lokálními nežádoucími účinky po očkování bolest, zarudnutí a otok. Ve věkových skupinách 12 – 23 měsíců a 2 – 5 let byly nejčastěji hlášené celkové nežádoucí účinky po očkování podrážděnost, spavost, ztráta chuti k jídlu a horečka. Ve věkových skupinách 6 – 10, 11 – 17 a ≥ 18 let byly nejčastěji hlášené celkové nežádoucí účinky po očkování bolest hlavy, únava, gastrointestinální příznaky a horečka. Dalšími hlášenými nežádoucími účinky byly respavost, plic, hypotenze, závrať, svědění, vyrážka, myalgie, bolest kloubů, malátnost, hematom v místě vpichu injekce, reakce v místě vpichu injekce (větrná indurace, svědění, ztupění a necitlivost). **Doba použitelnosti:** 3 roky. Po rekonstituci musí být vakcína použita okamžitě. Chemická a fyzikální stabilita byla nicméně po rekonstituci prokázána po dobu 24 hodin při teplotě do 30 °C. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Druh obalu a velikost balení:** Prášek v injekční lahvičce (sklo typu I) se zátkou (butylová pryč) a rozpouštědlo v předplněné injekční stříkačce se zátkou (butylová pryč). Velikost balení 1 a 10, s jehlami nebo bez jehel. Na trhu nemusí být k dispozici všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals S.A., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **Registrační číslo(a):** EU/1/12/767/001-004. **Datum první registrace:** 20. 4. 2012. **Datum revize textu:** 20. 4. 2012. Verze SPC platná ke dni 15. 10. 2012. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na adresu společnosti: GlaxoSmithKline s.r.o., Praha 4, www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky nám prosím hláste na cz.esafety@gsk.com.



Reference: 1. SPC Nimerix™, duben 2012.
2. EMA, www.ema.europa.eu.
CZ/NIM/0004a/12





Exogenní alergická alveolitida v dětském věku

**MUDr. Marcela Kreslová¹, prof. MUDr. Jiří Kobr, Ph.D.¹, MUDr. Katarína Beránková²,
MUDr. Tereza Kučerová¹, MUDr. Renata Vondráková³**

1 Dětská klinika FN a LF UK Plzeň, 2 Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol,
3 Klinika zobrazovacích metod FN a LF UK Plzeň

■ Úvod

Exogenní alergická alveolitida (EAA) neboli hypersenzitivní pneumonitida je intersticiální plicní onemocnění, které se vyskytuje v dětském věku vzácně. Jedná se o difuzní imunologicky podmíněné plicní postižení, které je u disponovaného jedince způsobeno inhalovaným organickým antigenem. Nejčastěji se jako kauzální antigeny uplatňují bakterie, houby, zvířecí proteiny, spory nebo chemikálie. Ke kontaktu s těmito antigeny dochází v dětském věku v domácím prostředí. V dospělosti dochází ke kontaktu s alergeny převážně v pracovním prostředí, proto je toto onemocnění známé pod názvem farmářská plíce či nemoc chovatelů holubů. Poměrně novou nozologickou jednotkou je nemoc z horkých lázní a vířivek (hot tub lung), kde kauzálním antigenem je *Cladosporium sp.*, a nemoc z klimatizace způsobená termofilními aktinomycetami kontaminujícími zvlhčovače vzduchu a klimatizace.

Podstatou EAA je zánětlivé postižení plicního intersticia, distálních dýchacích cest a plicních sklípků. EAA může probíhat jako akutní, subakutní nebo chronické onemocnění. Interval mezi senzibilizací antigenem a klinickými projevy je individuální. Patogeneze onemocnění není zcela objasněna.

U akutní formy se uplatňuje alergická reakce III. typu s difuzní infiltrací bronchiolů, alveolů a plicního intersticia neutrofilů a ukládáním imunokomplexů s následným vznikem intersticiálního plicního otoku a exsudací do alveolů. Za 4–8 hodin po expozici antigenu dochází k dráždivému neproduktivnímu kašli, dušnosti, někdy i tlaku na hrudi a manifestaci mimoplicních příznaků: horečka s třesavkou, cefalea, myalgie, artralgie. Dítě má tachypnoe, poslechově na plicích jsou slyšitelné inspirační chrůpky a praskoty oboustranně při plicních bazích, expirační praskoty nebývají časté. Tyto projevy za 24 až

48 hodin vymizí, ale při reexpozici antigenu se mohou opět objevit. Prognóza akutní formy onemocnění, která plně regreduje někdy i spontánně při zabrání další expozici antigenu, je velmi dobrá.

Opakovaná expozice alergenu vede ke vzniku subakutní formy onemocnění s postupným rozvojem dušnosti a kašle v časovém intervalu dnů až týdnů po expozici. U subakutní a chronické formy EAA se v patogenezi uplatňuje IV. typ alergické reakce – opožděný typ přecitlivělosti zprostředkovaný T lymfocyty s tvorbou nekaseifikujícího granulomatózního intersticiálního zánětu převážně v okolí respiračních bronchiolů. Chronická forma onemocnění vzniká postupně, plíživě (až měsíce) v důsledku dlouhodobé expozice antigenu o nízké koncentraci. V klinickém obraze dominuje progredující ponámahová dušnost přecházející v klidovou, produktivní kašel, cyanóza s tachypnoe, únava, nechutenství, hmotnostní úbytek a v důsledku chronické respirační insuficience paličkovité prsty. Vyvíjí se ireverzibilní intersticiální plicní fibróza, pravostranná srdeční nedostatečnost a chronická respirační insuficience.

Stanovení diagnózy EAA je obtížné. Jedná se o kompletizaci klinických, laboratorních, radiologických a histopatologických nálezů. Důležitá je důkladně odebraná anamnéza včetně environmentální. U dětí je důraz kladen na zájmovou činnost, sociální prostředí včetně kontaktu se zvířaty a ptáky. Při fyzikálním vyšetření ve všech fázích onemocnění dominuje poslechový nález inspiračního krepitu oboustranně bazálně. Laboratorně je typicky leukocytóza s neutrofilii, zvýšená sedimentace a C-reaktivní protein, hypergamaglobulinémie ve třídách IgG a IgA. Radiologický nález na plicích se mění v závislosti na fázi onemocnění, u akutní formy je zastřeni charakteru mléčného skla,

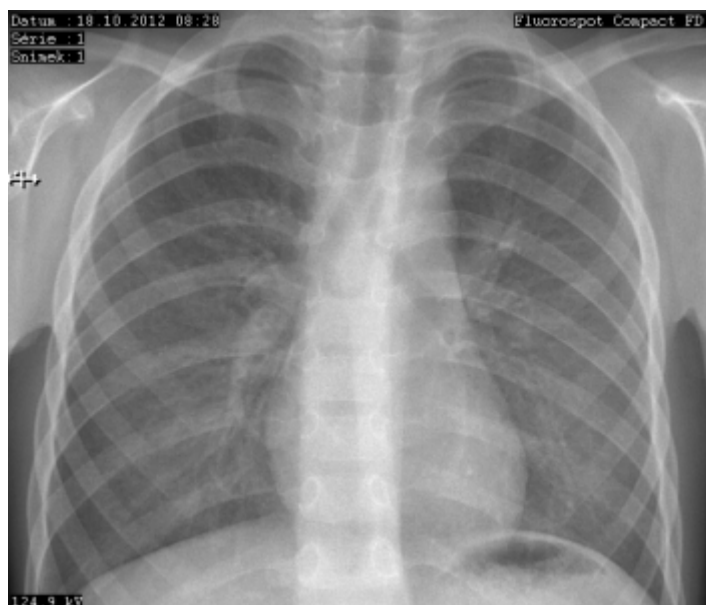
u chronické formy retikulonodulární kresba až voštinovitá plíce.

Kromě pozitivní anamnézy expozice se vznikem obtíží je pro diagnózu EAA typický nálezní HRCT plic, průkaz specifických IgG proti danému antigenu, lymfocytóza a snížený poměr CD4/CD8 v bronchoalveolární lavážní tekutině a porucha plicních funkcí. V případě nejednoznačného nálezu je dalším diagnostickým krokem provedení transbronchiální biopsie. V počátečních stádiích onemocnění dochází k poklesu transfer faktoru (TLco), typická je restriktivní porucha ventilace, někdy kombinovaná s obstrukční ventilační poruchou. Porucha výměny krevních plynů se projeví hypoxémií, prohlubující se po námaze. V séru pacientů s EAA lze prokázat specifické protilátky ve třídě IgG proti alergenu. Zvýšené titry specifických protilátek IgG lze prokázat po expozici alergenu také u asymptomatických jedinců.

Prognóza EAA závisí na délce expozice, typu antigenu a genetické predispozici jedince. Léčebně je na prvním místě snaha o eliminaci expozice inhalačnímu alergenu, proto je primárně nutná jeho identifikace. V léčbě se užívá kombinace systémové a inhalační aplikace kortikosteroidů. Podpůrná terapie (oxygenoterapie, klidový režim, ventilační podpora) je nezbytná u akutní formy onemocnění.

■ Kazuistika

7,5letý chlapec byl přijat v polovině října 2012 na naši kliniku pro dušnost. Rodinná anamnéza byla nevýznamná. Chlapec má dva zdravé mladší sourozence. Narodil se v termínu, nepostupující porod byl veden forcepsem. Po porodu byl krátce křišen, další poporodní adaptace byla nekomplikovaná. V kojeneckém věku rehabilitoval vzhledem k axiální hypotonii, dále pokračoval psychomotorický vývoj normálně, chlapec prospíval, dosud nebyl vážněji nemocný, prodělal



Obr. 1 RTG plic před léčbou



Obr. 2 HRCT plic před léčbou

infekty horních cest dýchacích a angíny, má mírné projevy ADHD. Dispenzarizován je na logopedii, je bez trvalé medikace a bez alergických projevů. Žije v úplné rodině v rodinném domě bez plísní, rodiče nekouří, domácí zvířata ani vířivku nemají, saunu ne navštěvuje, nebyl v přímém kontaktu s ptáky či holuby, spí v péřových dekách, chodí do 2. třídy ZŠ, ve volném čase maluje.

V červenci 2012 byl s rodinou na dvoutýdenní dovolené v Chorvatsku. Od poloviny srpna rodiče pozorovali u dítěte pozvolna narůstající ponámahovou dušnost s tachypnoe, od září ranní kašel, dušnost klidovou a cirkumorální cyanózu. Začátkem září byl chlapec vyšetřen lékařem, pro akutní faryngitidu byla zahájena léčba penicilinovým antibiotikem. Po 3 dnech léčby stav nezlepšen, opět ambulantně vyšetřen. Poslech na plicích byl již asymetrický, CRP 41 mg/l, FW 23/50, proto byla změněna léčba na makrolidové antibiotikum. Koncem září byl chlapec hospitalizován na spádovém dětském oddělení, kde byl na RTG snímku plic nález reziduí po proběhlé pravostranné pneumonii. Sérologicky známky aktivní chlamydiové infekce a současně aktivní infekce adenoviry a virem Influenza typu A. Kardiologické vyšetření k vyloučení myokarditidy bylo provedeno opakovaně, vždy s normálním echokardiografickým a EKG nálezem. Troponin byl v normě s mírnou elevací myoglobinu a CK-MB fragmentu. Chlapec byl dependentní na oxygenote-

rapii, léčen makrolidovým antibiotikem 3 týdny. Klinický stav se významněji neměnil, ponámahová dušnost se spíše postupně horšila. V polovině října pacient přišel na ambulantní kontrolu. Na vzduchu saturoval na 91–92 %. Nové kardiologické vyšetření vyloučilo kardiologickou příčinu obtíží, laboratorně byla v krevním obraze leukocytóza, krevní plyny s nálezem respirační alkalózy, CK-MB v normě. Pro trvající dušnost byl pacient odeslán k hospitalizaci na naši kliniku. Kardiologický nález před přijetím byl bez patologie. Vzhledem k tachypnoe jsme doplnili vyšetření plicních funkcí. První funkční vyšetření prokázalo těžkou redukcí vitální kapacity (VC 20 %, restriktivní tvar křivky). Chlapec saturoval na vzduchu na 90–92 %. V době přijetí byl afebrilní, bledý, s tachypnoe, bez klidové dušnosti, s normálním symetrickým poslechoвым nálezem na plicích, v dobrém stavu výživy. Byla zahájena oxygenoterapie nostrilami průtokem 3l/min a inhalační léčba fixní kombinací salmeterolu s flutikasonem. V příjmových laboratorních vyšetřeních byla zvýšená sedimentace a eozinofilní kationický protein, mírná mikrocytární anémie, krevní plyny uspokojivé a kardiální enzymy v normě. Imunologické vyšetření prokázalo slabě pozitivní autoprotilátky (ANA, ENA), cirkulující imunokomplexy a významnou hypergammaglobulinemii ve třídách IgG (19,9 g/l) a IgA (4,06 g/l). Sérologicky prokázána infekce Coxsackie virem B1, kultivace z horních cest dýchacích byla negativní. Vstupní RTG

snímek plic (obr. 1) prokázal intersticiální kresbu parahilózně a bazálně parakardiálně oboustranně, více vlevo. Následně jsme doplnili HRCT hrudníku (obr. 2), které potvrdilo oboustranně difúzní sníženou transparentci plicního parenchymu při masivní alveolární infiltraci, intersticiální kresba byla přítomna již na předchozích snímcích. Vzhledem ke špatné spolupráci nebylo možné u pacienta vyšetřit difúzní kapacitu plic. Po zahájení inhalační léčby fixní kombinací steroidu a beta-2 agonisty postupně klesala potřeba oxygenoterapie.

Pátý den hospitalizace jsme provedli bronchoskopické vyšetření, bronchoalveolární laváž (BAL) ze středního bronchu a endobronchiální i transbronchiální biopsii z pravého dolního laloku. Endoskopický nález byl normální, sliznice bledá, nezánětlivá, bez výraznější hlenové sekrece. V lavážní tekutině byl obraz lymfocytární alveolitis – lymfocytóza 62,4 % (norma do 10 %), v diferenciálu převaha CD8+ T lymfocytů – až 79,0 %. Mykologické, virologické i kultivační vyšetření bylo negativní. Výsledek histologického vyšetření nebyl validní ani stěžejní pro diagnostiku. S odstupem po transbronchiální biopsii byl proveden kontrolní RTG snímek hrudníku k vyloučení pneumotoraxu. Plicní funkce byly opakovaně kontrolovány. Usilovná vitální kapacita (FVC) byla po endoskopickém vyšetření maximálně 32 %. Spolupráce dítěte při prvních měřeních byla horší, výdech byl nestejněměrný, proto bylo



ještě doplněno vyšetření plicních funkcí v laboratoři pro nespolupracující děti, které prokázalo výrazně sníženou velikost plic (totální plicní kapacita TLC 51 %), FVC 41 %, významný stupeň statické (fixované) hyperinflace plic (RV/TLC 162 %) a mírnou obstrukci periferních i centrálních dýchacích cest. Stále však nebyl jasný kauzální antigen, proto jsme doplnili velmi podrobně a cíleně environmentální anamnézu a zjistili jsme, že během pobytu na dovolené spala rodina v péřových lůžkovinách a prostorech, které nebyly v příliš dobrém hygienickém stavu (apartmán, plíseň).

Specifické IgG	Hodnota
IgG m2 Cladosporium	94,00 mgA/l
IgG m3 Aspergillus fumigatus	152,00 mgA/l
IgG m5 Candida	86,50 mgA/l
IgG ex71 peří1 (husa, kuře, kachna, krocan)	152,00 mgA/l
IgG ex72 peří2 (andulka, papoušek, kanárek)	162,00 mgA/l

Výsledek vyšetření lavážní tekutiny s převahou lymfocytů a v diferenciu s výraznou převahou CD8+ T lymfocytů se současně výraznou hypergamaglobulinémií v séru (IgG

19,9 g/l, IgA 4,06 g/l) podporuje diagnózu exogenní alergické alveolity, proto byla následně odeslána krev k vyšetření specifických IgG proti inhalačním antigenům. Vyšetření potvrdilo senzibilizaci antigeny plísňe a ptačího peří. V dětském věku nejsou stanoveny přesné hodnoty normálních rozmezí, za normu považujeme hodnoty do 20 mgA/l. Hodnoty IgG kolem 100 mgA/l jsou jasně pozitivní.

Od 5. dne po přijetí byl chlapec bez potřeby oxygenoterapie, s trvale čistým poslechového nálezu na plicích. Po obdržení výsledků z BAL jsme zahájili léčbu systémovými kortikosteroidy úvodním bolusem methylprednisolonu v dávce 30 mg/kg rozdělené ve třech dávkách, celkem byly aplikovány tři pulsy s odstupem čtyř týdnů, v mezidobí jsme pacienta zajistili Prednisonem p.o. v dávce 0,5 mg/kg/den se snížením dávky po třetím pulsu. Doplnkovou terapií byla intenzivní respirační fyzioterapie s edukací správného dýchání a užitím rehabilitačních pomůcek (flutter, Acapella). Léčba systémovými kortikosteroidy v postupně se snižující dávce v celkové délce 7 měsíců byla bez nežádoucích účinků – denzitometrie, glykémie i hladina kortizolu v normě, chlapec byl trvale normotenzní. Před ukončením kortikoterapie jsme provedli zátěžový test k objektivizaci tolerance fyzické zátěže (rychlá chůze s volným během), který byl s normálním výsledkem. Současně jsme upravili i léčbu

inhalačními kortikosteroidy vzhledem k lepší periferní dostupnosti ciclesonidu a aktivaci molekul až po podání do plic, tato léčba byla ponechána dlouhodobě. Došlo k normalizaci radiologického nálezu, dítě je nyní zcela bez subjektivních obtíží s dobrou tolerancí běžné fyzické zátěže. S odstupem týdnů po ukončení systémové léčby jsou plicní funkce stabilní na úrovni mírné redukce vitální kapacity s mírnou obstrukcí periferních dýchacích cest.

Závěr

Pro osud nemocného s intersticiálním plicním zánětem je důležité časně stanovení diagnózy a zahájení komplexní léčby. Ne vždy se podaří prokázat etiologické agens. Důraz je kladen na získání podrobné anamnézy, včetně environmentální. Po důsledné eliminaci alergenu a kombinované léčbě systémovými a inhalačními kortikosteroidy došlo u pacienta k normalizaci radiologického nálezu, imunologických parametrů a zlepšení plicních funkcí. Pacient dobře toleruje běžnou fyzickou zátěž.

	Plicní funkce	Radiologický nálezu	Tolerance fyzické zátěže	Ostatní
Před léčbou	VC 20–30 %, TLC 51 %, významná plicní hyperinflace, mírná obstrukce dýchacích cest	výrazné intersticiální plicní změny, air trapping	ponámahová dušnost při pomalé chůzi	desaturace na vzduchu 90–92 %, tachypnoe
Po 1. bolusu Solu-medrolu	VC 46 %	zvýrazněná plicní kresba, částečná regrese nálezu	chůze po rovině bez zadýchávání	ranní kašel minimální, pokles FW k normě, odstranění peřin
Po 2. bolusu Solu-medrolu	VC 55 %	další regrese zvýrazněné plicní kresby	vyjde 2 patra a 300 m po rovině bez zadýchávání	nekašle, ověření tolerance zátěže (chůze do schodů): bez dušnosti, bez desaturací či zhoršení plicních funkcí
Po 3. bolusu Solu-medrolu	VC 67 %	další regrese intersticiální kresby	dobrá tolerance rychlé chůze 500–1000 m	normalizace imunologických parametrů a krevního obrazu k normě
7 měsíců po zahájení léčby	VC 78 %, TLC 89 % (norma), snížení difuzní kapacity plic na 54 %	normalizace nálezu na HRCT plic	bez omezení	ukončení systémové kortikoterapie, pokračuje v léčbě IKS



Hypertenze u IgA nefropatie

prof. MUDr. Václav Monhart, CSc.

Interní klinika 1. lékařské fakulty UK a Ústřední vojenské nemocnice Praha;
Nefrologická ambulance Synlab Czech s.r.o. Praha

IgA nefropatie (IgAN) je celosvětově jednou z nejčastějších primárních glomerulonefritid a také častou příčinou terminálního selhání ledvin. Jako první ji popsal v roce 1968 Jean Berger po zavedení imunofluorescence do histologického vyšetřování ledvin. IgAN má nejvyšší prevalenci v Asii (30–40 %), následuje Austrálie a Evropa (10–20 %) a nejméně je zastoupena v USA (5%). Vyskytuje se v každém věku, ale nejčastěji u dětí a mladých jedinců. Až šestkrát častěji bývá u mužů a je vzácná u černochoů.

Charakteristickým a diagnostickým morfoloogickým nálezem u IgAN je difuzní granulární depozice imunoglobulinu A a C3 složky komplementu v mesangiu při imunofluorescenčním vyšetření biopsií získané tkáně ledviny (obr. 1). Světelná mikroskopie obvykle prokazuje globální či segmentální mesangiální proliferaci, v pokročilejších stadiích onemocnění navíc různý stupeň glomerulární sklerózy a jizevnatých tubulointerstiálních změn. Část nemocných má zvýšenou hladinu IgA v séru. IgAN je často spojena s určitým HLA fenotypem a dalšími genetickými markery (HLA-DR4 se vyskytuje až u 50 % nemocných).

Nejčastějším klinickým projevem IgAN je asymptomatická mikroskopická hematurie s proteinurií nepřesahující 1–2 g/24 hod (u 30–40 % pacientů). Častá rekurentní makroskopická hematurie, kterou předchází akutní onemocnění horních dýchacích cest nebo vedlejších dutin nosních, je typická pro děti a mladistvé. Přítomnost samotné proteinurie je u IgAN méně obvyklá a výskyt nefrotického syndromu (s proteinurií > 3,5 g/24 hod) nepřesahuje 5 %. Akutní renální selhání (při nekrotizujícím glomerulárním postižení) je vzácné.

Kromě nejčastější prvotní renální manifestace (tzv. Bergerova choroba) se IgAN může vyskytovat u Henochovy-Schönleinovy purpury a řady dalších onemocnění (tab. 1).

Prognózu IgAN ovlivňuje věk, výše krevního tlaku (TK), velikost proteinurie, úroveň renální funkce a histologický nález v renální biopsii. Přibližně 20–30 % pacientů s IgAN dospěje za 20 let od diagnózy k potřebě náhrady funkce ledvin dialýzou nebo transplantací.

Primární IgA nefropatie	Bergerova choroba
IgA se systémovými projevy	Henochova-Schönleinova purpura
IgA sdružená s jinými onemocněními	GIT (onemocnění jater, celiakie, Crohnova choroba)
	Kožní (psoriáza, herpetiformní dermatitida)
	Systémová onemocnění pojiva (SLE, Běchtěrevova choroba, séronegativní spondylartritida, Reiterův a Sjögrenův syndrom)
	Cévní (ANCA asociované vaskulitidy, obliterující tromboangiitida – Bürgerova choroba)
	Krvetvorby (monoklonální IgA gamapatie)
	Respirační (plicní hemosideróza)
	Infekce (AIDS, lepra, tbc, toxoplazmóza)
Nádory (plic, pankreatu)	

Tab. 1. Přehled onemocnění s výskytem depozit IgA v mesangiu glomerulů

■ Henochova-Schönleinova purpura

Je nejčastější primární dětskou vaskulitidou postihující malé cévy (kapiláry), nejčastěji v kůži, trávicím ústrojí a ledvinách. Nejčastěji se vyskytuje ve věku 5–15 let, ale může se projevit i u dospělých. Chlapci onemocní asi 2× častěji než dívky. Onemocnění má sezónní výskyt s maximem od podzimu do jara.

Kožní projevy, které jsou přítomné u 100 % pacientů, začínají jako erytematózní makulo-papulózní nebo urtikariální eflorescence s vývojem do hmatné purpury symetricky postihující extenzorové plochy dolních končetin, hýždě a paže.

Kloubní příznaky (artralgie či artritida) se objeví až u 80 % pacientů a nejčastěji postihují klouby dolních končetin (kotníky, kolena).

Gastrointestinální poruchy se vyskytují u 50–75 % pacientů, nejčastěji jako kolikovitá bolest břicha a zvracení. Meléna bývá u přibližně 10 % pacientů. Vzácnou komplikací může být invaginace.

Renální projevy má 30–50 % pacientů, nejčastěji v podobě izolované mikroskopické hematurie, makroskopické hematurie a proteinurie, vzácněji nefritického či nefrotického syndromu a akutního renálního selhání. Postižení ledvin je histologicky neodlišitelné od IgAN. Diagnóza se opírá o přítomnost extrarenálních projevů.



Zdravotnické odbory vstoupily do stávkové pohotovosti

Zdravotnické odbory, jejichž členskou základnu tvoří nejrozličnější zaměstnanci ve zdravotnictví, vstoupily ve středu do stávkové pohotovosti. Informovala o tom předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Dagmar Žitníková, podle které tak odbory reagují na hrozící krizi ve zdravotnictví. Od politických stran chtějí slyšet, jak budou po volbách situaci řešit.

„Výkonná rada vyhlášením stávkové pohotovosti reaguje na neřešené naléhavé problémy ve zdravotnictví, včetně lázeňství, a v sociální péči. Na kritickou situaci, kdy mnoha nemocnicím hrozí krach, některé lázně již zkrachovaly a další jsou vážně ohroženy, odborový svaz opakovaně upozorňoval ministra zdravotnictví Martina Holcáta, premiéra Jiřího Rusnoka a na jednání tripartity i další ministry,“ uvedla Žitníková. Podobně vážná je podle ní i situace v pobytových zařízeních sociálních služeb. Výkonná rada pověřila Žitníkovou, aby se dotázala předstevů politických stran, které pravděpodobně zasednou v Poslanecké sněmovně, jak konkrétně budou kritickou situaci ve zdravotnictví a v sociálních službách řešit. Od minulého pátku jsou ve stávkové pohotovosti odboráři v pražské Nemocnici na Bulovce, nespokojeni jsou odboráři v řadě nemocnic i v lázních.

Zdroj: *čtk*, 9. 10. 2013

Rakovina stála v roce 2009 země EU 3,2 biliónu, spočítali vědci

Rakovina stála v roce 2009 členské země Evropské unie 126 miliard eur (3,22 biliónu korun). Uvedli to výzkumníci z Oxfordu v článku, který zveřejnil britský odborný časopis *The Lancet*. Většinu částky přitom připisují ztrátám mimo oblast zdravotnictví.

„Stanovit, jakou ekonomickou zátěží je rakovina v EU, chce nejen zvážit náklady zdravotního systému, ale také odhadnout finanční ztráty spojené s pracovní neschopností (invalidita, předčasná smrt) a péčí, kterou poskytují zdarma blízcí pacienta,“ vysvětlili vědci. Náklady na zdravotnictví představují u ekonomické zátěže rakoviny v Unii méně než polovinu, 40 procent. Například ztráty produktivity v důsledku předčasných úmrtí přijdou podle vědců země EU na zhruba 43 miliard eur (1,01 biliónu korun).

Zdroj: *čtk*, 14. 10. 2013

Henochova-Schönleinova purpura má většinou mírný průběh a spontánně odeznívá zpravidla do 8 týdnů. K rekurenci během prvního roku dochází u 30–40 % nemocných. Onemocnění má většinou dobrou prognózu. Určujícím prognostickým faktorem je přítomnost renálního postižení. K progresi do chronického selhání ledvin dochází u 1–7 % pacientů s renální manifestací. Rizikové faktory trvalého postižení ledvin zahrnují věk > 7 let, přetrvávání proteinurie, nefrotický syndrom, časný výskyt poruchy funkce ledvin a přítomnost > 50 % srpků v renální biopsii. Naopak perzistující izolovaná mikroskopická hematurie je prognosticky příznivým nálezem. Pacienti s prodělanou nefritidou vyžadují dlouhodobé sledování pro riziko rozvoje arteriální hypertenze.

Arteriální hypertenze u IgAN

Arteriální hypertenze je spolu s proteinurií hlavním nepříznivým prognostickým znamením. Prospektivní studie 332 pacientů s IgAN potvrdila vyšší incidenci dialýzy či smrti u pacientů s hypertenzí (definovanou jako TK > 140/90 mm Hg v době stanovení diagnózy) v porovnání s pacienty bez hypertenze (15 % vs. 3 % po 10 letech; 41 % vs. 6 % za 20 roků). Obdobné závěry vyplývají i z prospektivní studie 542 pacientů s IgAN, kde vyšší střední arteriální TK byl spojen se zvýšeným rizikem progresivního onemocnění bez ohledu na velikost proteinurie. Kontinuální ambulantní monitorací TK byly u nemocných s IgAN, ve srovnání se zdravými osobami stejného věku a pohlaví, zjištěny vyšší hodnoty TK (v rámci normálního rozmezí) a při echokardiografickém vyšetření širší stěna levé srdeční komory. Tato „prehypertenze“ může být příčinou časných orgánových změn.

Prevalence hypertenze u IgAN

Přítomnost hypertenze v době stanovení diagnózy IgAN se dříve uváděla v rozmezí 20–37 %. Podle současných dat je prevalence hypertenze u IgAN v České republice vyšší. V souboru 343 osob (68 % mužů, medián věku 32,3 roku, sérového kreatininu 119 $\mu\text{mol/l}$ a proteinurie 1,8 g/24 hod) s histologicky diagnostikovanou IgAN na Klinice nefrologie 1. LF UK a VFN Praha v letech 1992–2007 byla arteriální hypertenze (TK >140/>90 mm Hg, nebo TK < 140/90 + antihypertenzní medikace) zjištěna

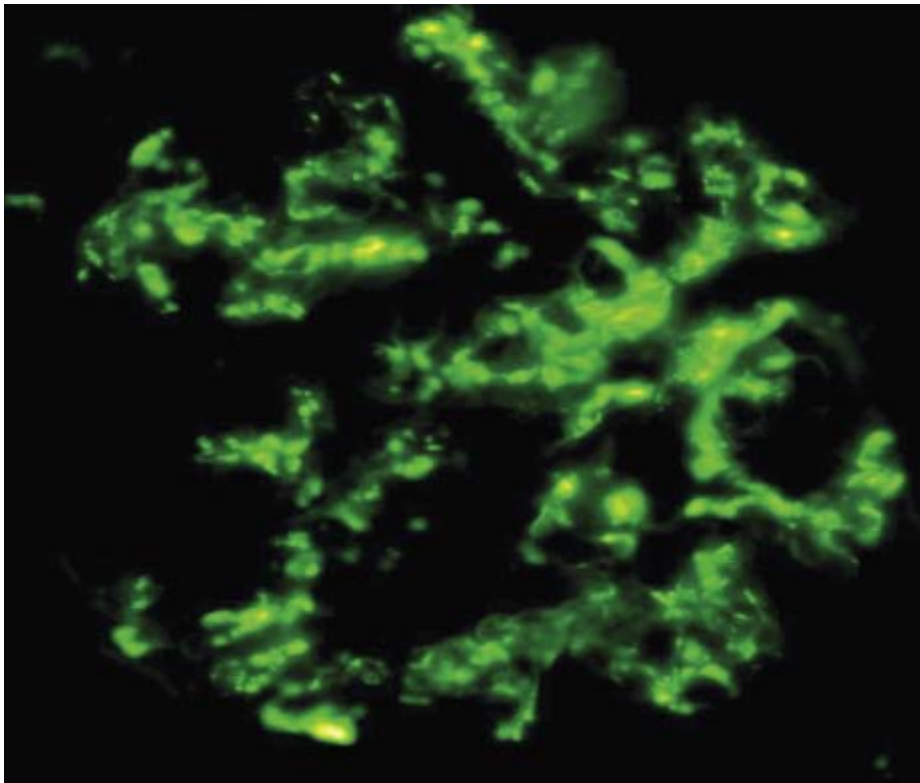
u 56,7 % pacientů. Léčbu inhibitory ACE mělo 80 % a AT₁ blokátory 43 % hypertenzních. Po čtyřletém sledování se prevalence hypertenze nezměnila (56,1 %). V léčbě stále převládaly inhibitory ACE (82 %) a AT₁ blokátory (52 %). Hypertonici měli v porovnání s normotoniky na konci sledování výraznější jak proteinurii, tak také pokles renální funkce.

V početně menším souboru 42 osob (78 % mužů, medián věku 44 roků, snížená funkce ledvin u 24 %) s bioticky ověřenou IgAN v ÚVN Praha v období 1978–2006 byla prevalence hypertenze 26,2 %. Avšak po dlouhodobém sledování trvajícím 5–30 roků (medián 14,5 roku) byla hypertenze prokázána u 83,3 % pacientů. Léčba inhibitory ACE byla u 71 % a AT₁ blokátory u 35 % hypertenzních. Celkem 65 % léčebných mělo kombinaci 2–6 antihypertenziv. Snížená funkce ledvin na konci sledování byla přítomna již u 36 % pacientů.

Cílový krevní tlak při IgAN

Evropská doporučení pro léčbu arteriální hypertenze z roku 2007 uváděla pro pacienty s chronickým onemocněním ledvin cílovou hodnotu TK \leq 130/80 mm Hg, a to především z důvodu ovlivnění zvýšeného kardiovaskulárního a renálního rizika. V roce 2009 bylo v rámci přehodnocení evropských hypertenziologických doporučení oznámeno, že hodnoty cílového TK < 130/80 mm Hg u diabetiků, pacientů s metabolickým syndromem, rizikem podle projektu SCORE > 5 %, renální dysfunkcí, proteinurií, po infarktu myokardu a po cévní mozkové příhodě nadále již neplatí. Zdůvodnění – dřívější cílové hodnoty TK byly na základě současných důkazů zpochybněny a vyžadují další ověření prospektivními randomizovanými studiemi. Nově bylo navrženo, aby u všech pacientů s hypertenzí byl TK snižován na 130–139/80–85 mm Hg a potenciálně k dolním hranicím tohoto rozmezí.

Posouzení tří dřívějších nefrologických studií: MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study), AASK (African American Study of Kidney Disease and Hypertension) Trial a REIN-2 (Ramipril Efficacy in Nephropathy 2), kterých se účastnilo 2272 pacientů s nediabetickým chronickým onemocněním ledvin, neprokázalo přednost intenzivní kontroly TK (125/70–130/80 mm Hg) oproti standardní kontrole TK (< 140/90 mm Hg). Prospěch z intenziv-



Obr. 1 Imunofluorescenční mikroskopie glomerulu s IgAN

ního snížení TK by mohl být jen u pacientů s proteinurií $> 0,3\text{--}1\text{ g}/24\text{ hod}$.

Nová zahraniční doporučení pro léčbu hypertenze u chronických onemocnění ledvin (KDIGO – Kidney Disease Improving Global Outcomes) navrhuje pro dospělé nediabetické pacienty dosažení cílových hodnot TK diferencovaně podle hodnot albuminurie:

- normoalbuminurie
(albuminurie $< 30\text{ mg}/24\text{ hod}$)
 $\text{TK} \leq 140/\leq 90\text{ mm Hg}$ (hodnocení 1B)
- mikroalbuminurie
(albuminurie $30\text{--}300\text{ mg}/24\text{ hod}$)
 $\text{TK} \leq 130/\leq 80\text{ mm Hg}$ (hodnocení 2D)
- proteinurie
(albuminurie $> 300\text{ mg}/24\text{ hod}$)
 $\text{TK} \leq 130/\leq 80\text{ mm Hg}$ (hodnocení 2C).

Česká doporučení pro diagnostiku a léčbu hypertenze – verze 2012 uvádějí pro pacienty s vysokým rizikem, např. diabetiky, osoby po prodělané kardiovaskulární příhodě nebo s renálním postižením, cílový TK kolem $130/80\text{ mm Hg}$.

■ Léčba hypertenze u IgAN

Cílem léčby je snížení nejen renálního (progrese IgAN), ale také kardiovaskulárního rizika. Základem léčby je, kromě nefarmakologických opatření, preferenční použití

antihypertenziv blokujících systém renin-angiotenzin. Více důkazů je u jedinců s proteinurií než s mikroalbuminurií. Inhibitory ACE nebo blokátory AT_1 receptorů (sartany) se podávají v maximální tolerované dávce. Při nedostatečné kontrole TK se přidávají další vhodná antihypertenziva, především blokátory kalciových kanálů. Kombinace s diuretiky zvyšuje antihypertenzní a anti-proteinurický účinek inhibitorů ACE/blokátorů AT_1 receptorů a snižuje riziko hyperkalemie. V současnosti se preferují thiazidům podobná diuretika (indapamid), při výraznějším poklesu renální funkce jsou nutná kličková diuretika. Dříve často používaná kombinace inhibitorů ACE s blokátory AT_1 receptorů se dnes nedoporučuje. Výjimkou jsou pacienti s chronickým onemocněním ledvin, u nichž navzdory dosažení cílového TK maximální dávkou inhibitoru ACE nebo blokátoru AT_1 receptorů přetrvává proteinurie $> 1\text{ g}/24\text{ hodin}$. Nezbytnou podmínkou je, kromě zajištění optimální hydratace, pečlivá monitorace nežádoucích účinků sledováním sérových hladin draslíku a kreatininu. Vícekombinační léčba hypertenze u IgAN je často úspěšná při kontrole TK v době denní. Problémem je přetrvávání poruchy fyziologického nočního poklesu TK v době spánku, zvláště u jedinců se současnou léčbou kortikosteroidy.

■ Měření TK v ordinaci, nebo 24hodinová ambulantní monitorace TK?

V souboru 32 nemocných sledovaných v ÚVN Praha (78 % mužů, medián věku 45,6 roku) s biopticky prokázanou IgAN a dostupnou 24hodinovou ambulantní monitorací TK (AMTK) vyšetřenou monitorem Spacelabs 90207/90217 byla hodnocena prevalence a úroveň kontroly hypertenze. Kritéria hypertenze: TK v ordinaci $\geq 140/90\text{ mm Hg}$ nebo TK $< 140/90\text{ mm Hg}$ + antihypertenzní léčba; AMTK: 24hodinový průměr TK $> 130/80\text{ mm Hg}$, denní průměr $> 135/85\text{ mm Hg}$ a spánkový průměr $> 120/70\text{ mm Hg}$.

Arteriální hypertenzi mělo v době stanovení diagnózy IgAN 9 (28 %) pacientů a po mediánu sledování 21 roků již 31 (97 %) pacientů. Kontrola hypertenze posuzovaná měřením TK v ordinaci byla u 23 (74 %) jedinců, ale jen u 19 (61 %) osob při vyšetření AMTK. Kritéria maskované hypertenze (zvýšený TK při AMTK, normální hodnota TK v ordinaci) byla přítomná u 6 (19 %) pacientů. Non-dipping (chybění fyziologického poklesu TK během spánku o více než 10 %) byl zjištěn u 9 (29 %) pacientů. Všichni hypertenici, kromě dvou, byli léčeni farmakologicky. Průměrný počet antihypertenziv byl 2,5 (od 1 do 6 preparátů). Nejčastějšími antihypertenzivy byly inhibitory ACE (76 %). Na konci sledování mělo 18 (56 %) pacientů sníženou filtrační funkci.

■ Závěr

Prevalence arteriální hypertenze, která je spolu s proteinurií nepříznivým prognostickým rizikovým faktorem IgAN, narůstá s dobou trvání onemocnění, závažností morfologických změn a úrovní poklesu renální funkce. Cílem snížení krevního tlaku na hodnoty $130/80\text{ mm Hg}$ je ovlivnění renálního a kardiovaskulárního rizika. Základem farmakoterapie hypertenze a současného ovlivnění proteinurie jsou inhibitory ACE nebo blokátory AT_1 receptorů. Ambulantní 24hodinová monitorace krevního tlaku je, ve srovnání s měřením krevního tlaku v ordinaci, přínosnější k posouzení kontroly hypertenze u pacientů s IgAN.



Dětská pohotovostní služba v jihozápadním Německu

Dr. Tom Soukup

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Člen představenstva PädNetz Stuttgart, Baden-Württemberg

Vespolkovézemi Bádensko-Württembersko žije kolem 10 miliónů obyvatel a v dětských soukromých praxích pracuje necelých 800 odborných dětských lékařů. Všichni pediatři jsou smluvními partnery všech zdravotních pojišťoven, kterých je necelých 300 v celém Německu.

Zdravotní pojištění je povinné pro všechny obyvatele. Kolem 10 % pacientů je pojištěno u privátních pojišťoven, 90 % u klasických pojišťoven. V posledních letech se objevil paradox, kdy privátní pojišťovny hospodaří v červených číslech a naopak ostatní zdravotní pojišťovny mají výrazné úspory. Některé zdravotní pojišťovny vracejí část zdravotního pojištění pacientům. Úspory ovšem vznikly velmi přísnými opatřeními ve všech oblastech poskytování zdravotní péče, zejména u cen léků a zdravotních pomůcek. Všichni lékaři mají limity na léky, konziliární vyšetření a laboratorní vyšetření.

Dětská pohotovostní služba je organizována plošně v celém Bádensku-Württembersku. Každý lékař má povinnost podílet se na pohotovostních službách. Organizace pohotovostních služeb je zákonem uložena Společenství smluvních lékařů, které musí tento úkol plnit. Stát, resp. obecní úřady neposkytují žádnou další podporu. Oddělena je pohotovostní služba pro dospělé, na které se podílejí všechny ostatní odbornosti. Před rokem neprošel návrh na zrušení dětské pohotovostní služby,

protože profesní sdružení dětských lékařů – BVKJ a PädNetz Stuttgart – protestovala. Druhým rokem tu probíhá reforma všeobecné pohotovostní služby, kdy byl počet asi 380 všeobecných pohotovostí zredukován na 90. Dětská pohotovostní služba je organizována různě. V metropolitní oblasti Stuttgart v dětských nemocnicích za účasti dětských lékařů z praxí do 22 hodin, přes noc za pomoci kolegů z dětských oddělení. V ostatních větších městech obdobně – Karlsruhe, Freiburg nebo Kostnice. Nejčastější je model, kdy je dětská pohotovost organizována na okresní úrovni přímo z našich dětských praxí. Např. naše skupina asi 11 pediatrů poskytuje pohotovost ve všedních dnech od 19 hodin a o víkendech a svátcích 24 hodin. Ordinační doba v mimopracovních dnech je 9–12 a 16–19 hodin.

V těchto hodinách je přítomna i asistentka, zbytek služby držíme telefonní pohotovostní službu s ev. ošetřením ve vlastní praxi dle potřeby. Výhodou této služby je flexibilita, možnost vykonávat ji ve vlastních prostorech a s vlastní asistentkou. Během pohotovostní služby je možné formou občanské pomoci vydávat léky, bohužel zde není koordinace našich služeb se službami lékáren. Existuje tu monopolní postavení, obdobně jako v ČR. Ideální je situace ve Švýcarsku, kde lékaři primární péče – pediatři a GP – mohou provozovat výdej z vlastních minilékáren, včetně rabatu. Návštěvní služba během pohotovostní služby je výjimečná

událost. Úhrada výkonu při pohotovosti je kombinovaná, paušál na hodinu plus hodnota daného výkonu.

Návštěvnost dětské pohotovosti je poměrně velká, u dětí neexistuje žádný poplatek. Kontrolní výkony během pohotovosti nejsou propláceny. Nastupující mladá generace lékařů, resp. lékařek nemá služby příliš v oblibě. Je možné se nechat zastupovat známým kolegou či přes placené zástupy organizované několika firmami.

Během pohotovostní služby provádějí všichni dětské lékaři i některá základní vyšetření, např. krevní obraz, vyšetření moči, uricult, streptest, CRP, někdy i sonografii. Ve všech ordinacích při první pomoci děti inhalují většinou systémem pari boy pro obstrukční bronchitidy, resp. astma, laryngitidy inhalují také, většinou Infecto Krupp s epinefrinem.

V posledních letech vzrůstá čekací doba na pohotovosti ve velkých centrech. V menších místech je ovšem čekací doba minimální, protože je nutné se objednat na určitý termín.

Služby dětských pohotovostí převážně vyhledávají rodiče dětí do 6 let, resp. do 10 let věku. Do šesti let je monopol výrazný, kolem 95 %.

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP a SPLDD ČR regionu Praha a Středočeského kraje si vás dovoluji pozvat na odborný seminář. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30 hodin. Vzdělávací akce jsou pořádány dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a jsou ohodnoceny 2 kredity. Odborný garant: MUDr. Natálie Szitányi.

5. 12. 2013

Nespecifické střevní záněty

doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D.



OSPDL ČLS JEP

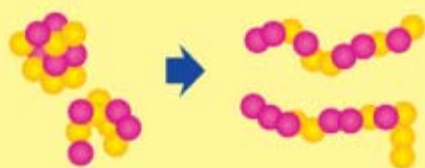
Novinka



Kojenecké mléko Hami Citlivé bříško při nadýmání

- Unikátní kojenecká formule s obsahem fermentovaného (zakysaného) mléka
- Díky procesu fermentace Hami Citlivé bříško při nadýmání obsahuje:
 - snadno stravitelnou bílkovinu¹, která omezuje nadměrnou tvorbu plynů²
 - laktázu pro lepší stravitelnost laktózy^{3,4}
- Poskytuje tak úlevu dětem trpícím nadýmáním²

Změna struktury bílkoviny



Laktáza pro štěpení laktózy



REFERENCE:

1. Huybers, S., et al., A Fermented Infant Milk Formula reduces Ileal Proteolytic Activity, in ESPH 2011, 2011; Newcastle, UK, OCT 14-17.
2. Roy, P., et al., Benefits of a thickened infant formula with lactase activity in the management of benign digestive disorders in newborns. Arch Pediatr, 2004, 11(12): p. 1546-54.
3. Kearney, P.J., et al., A trial of lactase in the management of infantile colic. Journal of Human Nutrition and Dietetics 1998, 11: p. 281-285.
4. Kanabar, D., M. Randhawa, and P. Clayton, Improvement of symptoms in infant colic following reduction of lactose load with lactase. J Hum Nutr Diet, 2001, 14(5): p. 359-63.

www.klub-maminek.cz / info@klub-maminek.cz / infolinka: 800 500 700 (po-pá 8.30-16.00)

KOJENÍ JE NEJPŘIROZENĚJŠÍM ZPŮSOBEM VÝŽIVY KOJENCŮ. KOJENECKÁ VÝŽIVA BY MĚLA BÝT POUŽÍVÁNA NA DOPORUČENÍ LÉKAŘE.

ZPŮSOB POUŽITÍ A DALŠÍ INFO NA OBALECH A WEBOVÝCH STRÁNKÁCH. POTRAVINA PRO ZVLÁŠTNÍ VÝŽIVU – POTRAVINA PRO ZVLÁŠTNÍ LÉKAŘSKÉ ÚČELY.

URČENO PRO ODBORNOU VEŘEJNOST. BF312276.

Hami
Speciální mléka



Ze světa odborné literatury...

■ Ohodnocení skórovacího systému přežití při jaterním selhání v dětském věku

Jaterní selhání u dětí má většinou rychlou progresi od prvních symptomů a objevuje se do 8 týdnů. U dospělých je častá přítomnost hepatické encefalopatie, u dětí není vždy prezentována. Do studie k následnému ohodnocení zahrnuli 709 účastníků. Snažili se porovnávat hladiny bilirubinu, protrombinový čas, INR a hladiny amoniaku, a to vždy hladiny při příjmu a hladiny nejvyšší. Z toho se snažili vytvořit skórovací systém. Nejužitečnějšími se jeví být prediktivní hodnoty před příjmem k hospitalizaci.

J. Pediatr. 2013;162:1010-1016

■ Metabolické riziko pro adolescentky se syndromem polycystických ovarií

Přibývají informace pro diagnostiku syndromu polycystických ovarií. Bylo vypracováno několik kritérií pro dospívající. Podle Rotterdamských kritérií sem patří přítomnost oligomenorey/anovulačních cyklů a klinického a biochemického hyperandrogenismu spolu s nálezem polycystických ovarií na sono. Ostatní klinické obrazy, které mohou imitovat hypothyreózu, hyperprolaktinémii a adrenální poruchu, jsou vylučovány. Zcela nepravidelné menses jsou společné během prvních let po menarche. Většinou je ale možné konstatovat, že cyklus se upraví během dvou let. Diagnóza polycystického ovariálního syndromu by mohla být uvažována během prvních dvou let po menarche. Klinický hyperandrogenismus je tedy důležitý ke zhodnocení během adolescence. Rizikové faktory pro vývoj tohoto syndromu včetně prenatální expozice androgenům, nízké porodní hmotnosti a pubarche se nepodařilo dobře prokázat. Do vlastní studie byly zahrnuty adolescentky dva roky po menarche, které byly v letech 2008-2010 ohodnoceny pro kritéria syndromu polycystických ovarií a zároveň vyšetřeny pro metabolická rizika. Bylo ohodnoceno 205 adolescentek, 66 % mělo PCOS (polycystický ovariální syndrom) stanovený na základě kritérií Androgen Excess and PCOS Society. Nejčastějším společným symptomem je nepravidelná menstruace, následovaná akné, hirsutismem a váhovým přírůstkem. Také zde byla větší prevalence obezity, hypertenze a nízké hladiny HDL

cholesterolu. Subjekty s PCOS měly více než jedno metabolické riziko ve srovnání se subjekty bez PCOS. Mnoho adolescentek s PCOS mělo více než dva abnormální rizikové faktory při porovnání body mass indexu. Více než tři rizikové metabolické faktory mělo 10,8% adolescentek ve srovnání s 1,7% adolescentek bez tohoto syndromu. Také zde byla konstatována vysoká koincidence mezi BMI a obvodem pasu. Autoři si též všímají akné jako klinické známky hyperandrogenismu, ale poznamenávají, že akné se objevuje i u pacientek bez PCOS. Všímají si metabolických kritérií pro možný vývoj diabetu 2. typu.

J. Pediatr. 2013;162:937-941

■ Diagnostická přesnost testů u pediatrického gastroezofageálního refluxu

Autoři se pokusili určit diagnostickou přesnost testů pro gastroezofageální reflux u dětí před 18. měsícem a po 18. měsíci věku. Prošli přesnost pH-metrie, pH impedance, ezofagogastroskopie, využití baryové kontrastní látky, scintigrafie a léčebné empirie. Vycházeli z toho, že gastroezofageální reflux (GER) je v podstatě fyziologický proces. Regurgitace je pozorována u 70% kojenců během dne, tato tendence mizí ve věku 12-14 měsíců. GER je diagnostikován, pokud je provázen symptomy nebo komplikacemi. Prevalence v USA se pohybovala kolem 12%. U starších je nejčastějším pozorovaným symptomem pálení žáhy. Testy kvalifikují schopnost měření události nebo jejích následků (ezofagogoskopie). Z 2178 nalezených studií bylo vybráno 6 studií splňujících kritéria, které zahrnovaly 408 účastníků ve věku od 1 měsíce do 13 let, a 145 kontrol s účastníky ve věku od 1 měsíce do 16 let. Ve všech studiích byla vyšetřena diagnostická pH-metrie, ve 2 studiích byla vždy provedena gastroezofagoskopie. Diagnostická přesnost testů však zůstává nejasná. Ukazuje se potřebné zjistit efekt léčby a závěry testů srovnatelné skupiny. Zatím nelze zjistit jasné závěry, i když pH pod 4 v jícnu je všeobecně uznáváno jako průkaz refluxní epizody.

J. Pediatr. 2013;162:983-987

■ Odpověď obézních a hubených děvčat cvičících v horku a v teplotně neutrálním prostředí

Obezita je brána jako rizikový faktor při cvičení v horku. Tato porucha termoregulace obézních je i následkem nízké fyzické zdatnosti ve

srovnání s hubenými. Termoregulační a percepční odpověď, tělesná teplota, teplotní vjemy klasifikovány při stejné zátěži. Obdobné studie probíhaly mezi obézními a hubenými chlapci v horku při teplotě 35 stupňů a vlhkosti 45% a při teplotách 38 stupňů a vlhkosti 50%. Nenašli žádné rozdíly mezi rektální a intragastrickou teplotou. U děvčat proto vytvořili skupinu 27 dívek (14 hubených a 13 obézních) ve věku 9 let. Absolvovaly zátěžové 30minutové cykly v horku při teplotě 35 °C a vlhkosti 40% a v termoneutrálním prostředí při teplotě 24 °C a vlhkosti 50%. Iniciální rektální teplota byla vyšší u obézních oproti hubeným v horku i v termoneutrálním prostředí. Během zátěžových cyklů zůstala vyšší u obézních, ale hodnoty u hubených se zvýšily více. Změny byly více pozorovány v horkém prostředí, kdy konečná rektální teplota hubených dívek byla dokonce vyšší než u obézních. Objem potu v ml na plochu byl obdobný u hubených i obézních v horku i v termoneutrálním prostředí. Srdeční výdej byl obdobný v obou skupinách, nezávisle na termálním stavu. Zátěžové cykly v horkém prostředí vedly k poklesu teplotního komfortu i ke zvýšení dráždivosti u hubených děvčat.

J. Pediatr. 2013;162:1054-1060

■ Gastroezofageální reflux, funkce, motilita před fundoplikací a po ní

V práci hodnotili GER, motilitu, funkce, vyprazdňování žaludku před chirurgickou fundoplikací a po ní. K vyšetřování použili všech dostupných metod. V souboru sledovali celkem 25 dětí s rezistentním GER, 10 z nich prodělalo fundoplikaci - průměrný věk 6,4 roku, 4 měly neurologické postižení. Po fundoplikaci GER epizody poklesly z 97 na 66 za 24 hodin. Peristaltické kontrakce nebyly alterovány. Relaxace dolního ezofageálního sfinkteru poklesla z 92% na 62%. U 40% pacientů se vyvinula přechodná postoperativní dysfagie 96 minut versus 48 minut. Rizikový index pro dysfagii se zvýšil. Fundoplikace redukuje GER bez alterace ezofageální motility. 4 pacienti s dysfagií měli pomalejší gastrické vyprazdňování.

J. Pediatr. 2013;162:566-573

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



Aktuality...

Zeman: Zdravotnické poplatky porušují listinu základních práv

Prezident Miloš Zeman je pro zrušení regulačních poplatků ve zdravotnictví, které podle něj porušují Listinu základních práv a svobod. Řekl to v pondělí krajským zastupitelům při zahájení třídní návštěvy středních Čech. Středočeský kraj je posledním tuzemským regionem, který úplně nezrušil úhradu regulačních poplatků a dál je zájemcům proplácí.

Listina základních práv a svobod podle Zemana jednoznačně uvádí, že lékařská péče není bezplatná, ale hrazená z výnosů zdravotního pojištění. „To znamená, že lidé, kteří si platí toto pojištění, mají samozřejmě nárok na bezplatnou zdravotní péči,“ uvedl Zeman. Podle něj listinu zřejmě neporušuje jen poplatek za pobyt v nemocnici, který jde na úhradu nemocniční stravy. Podle Zemana by se měla současná špatná ekonomická situace některých nemocnic zlepšit tím, že začnou používat špičkové technologie. Za další oblast úspor označil lékovou politiku a změnu úhradové vyhlášky, v níž by se prý měly změnit body týkající se neodkladné péče, za kterou podle Zemana nemocnice dostávají placeno jen 70 procent.

Navíc podle Zemana dostávají nemocnice za stejné zákroky různé množství peněz. „Myslím si, že konvergence těchto plateb by přispěla ke zlepšení finanční situace ve zdravotnictví,“ dodal Zeman.

Setkal se s Řihákem

Svou třídní návštěvu Středočeského kraje zahájil Zeman přímo v jeho sídle. V budově krajského úřadu v Praze se setkal s hejtmánem Josefem Řihákem (ČSSD) a zastupiteli. Budova kraje se kvůli tomu změnila v takřka nedobytnou pevnost, kterou od rána hlídaly desítky policistů a členů prezidentovy ochranky, která mu „čistila“ cestu. Během setkání s představiteli kraje si hned na začátku rýpl do novinářů a pak se věnoval debatě se zastupiteli.

„Prezident nemá být zavřen na Hradě nebo na lánském zámku, ale má jezdit mezi obyvatele a vnímat jejich názory a ty tlumočit vládě i budoucímu parlamentu. Proto je můj program naplněný setkáními s obyvateli šesti měst,“ uvedl v úvodu Zeman.

Z krajského úřadu prezident zamířil do příbramské nemocnice, která podobně jako další zdravotnická zařízení v kraji loni skončila v červených číslech. Zařízení vykazalo ztrátu 45,8 miliónu korun. Podle vedení hejtmanství je hospodaření oblastních nemocnic ovlivněno tím, že v minulých letech investovaly do rekonstrukcí a vybavení, a nyní musejí tyto nákladné investice splácet.

Hejtmánovi daroval lampu

Poté potvrdil, co už řekl v Lidicích během letošní tamní vzpomínky na lidický masakr. „Až budu 28. října udělovat státní vyznamenání, jednou z vyznamenaných bude Marie Uchytlová – autorka památníku lidických dětí. Není zatím vyznamenaná, ač si to zasloužila víc než mnoho jiných vyznamenaných, tak chci tuto chybu napravit,“ uvedl Zeman. Posléze se dotkl snad všech zásadních problémů z oblasti školství, zdravotnictví, bezpečnosti i dopravy. Zdůraznil například, že je důležité dostavět důležité dopravní tepny.

„Vím o problémech dostavby dálnice D3 a jsem zásadní odpůrce takzvaných občanských iniciativ, které brání výstavbě,“ zmínil pre-

zident a vymezil se také proti ekologickým iniciativám, které brání rozvoji turismu i podnikání v chráněných oblastech a národních parcích nebo ve stavbě jezů na Labi.

Před odjezdem do Příbrami si hejtmán s prezidentem vyměnili dary. Prezident dostal koš středočeských potravin a kopii vzácného výtvarného díla Kutnohorské iluminace (výjev z kroniky dokumentující těžbu a zpracování stříbra). Hejtmán na oplátku dostal lampu.

Zdroj: čtk, 15. 10. 2013

USA skončily v platební neschopnosti kvůli sporům o reformu zdravotnictví

Americký Senát v pondělí podle očekávání znovu zavrhl návrh zákona o vládních výdajích, který krátce předtím schválili opoziční republikáni ve Sněmovně reprezentantů, kde k němu přidali sporný dodatek měnící reformu zdravotnictví, zvanou Obamacare. Po 17 letech jsou tak USA v platební neschopnosti, protože rozpočet nebyl schválen do 1. října, kdy začíná nový fiskální rok.

Obama poslal po půlnoci amerického času (6:00 SELČ) zprávu: „Udělal to. Skupina republikánů ve sněmovně dotlačila vládu k platební neschopnosti kvůli Obamacare místo toho, aby nechala projít reálný rozpočet.“

Postupně proto vstupují v platnost omezení. Prvním dopadem bylo uzavření twitterového účtu Kapitolu, kde pracují poslanci. Zavřeno také bude středisko pro návštěvníky v Kapitolu. Krize oslabila dolar, je na nejnižší hodnotě vůči euru za osm měsíců. Sněmovna schválila republikánský text zákona o výdajích v poměru 228 ku 201 hlasů krátce poté, co prezident Barack Obama telefonoval s republikánským šéfem sněmovny Johnem Boehnerem a naléhal na rychlé schválení zákona o financování vládních výdajů. Obama ale požadoval text „bez jakékoliv nesouvisející ideologické klauzule“, jenže sněmovna jej schválila s dodatkem, který blokoval peníze na reformu zdravotnictví. Senát pak hlasy 54 demokratických senátorů předlohu „očistil“ od zdravotnického přívěsku a vrátil dolní komoře.

Marná snaha Obamy

Po hlasování Senátu americký prezident Barack Obama upozorňoval, že se lze kritické situaci vyhnout, ale že zbývá jen pár hodin. Telefonoval s republikánským šéfem Sněmovny reprezentantů Johnem Boehnerem a naléhal na rychlé schválení zákona, který by vládě zajistil financování výdajů na šest týdnů v zájmu vyhnout se hrozící platební neschopnosti. Obama také požádal Bohnera, aby republikáni přestali vázat schválení vládních výdajů na odročení Obamovy zdravotnické reformy, což je základní kámen úrazu v celém sporu. „Prezident dal vedení republikánů jasně najevo, že (ve sněmovně) musejí konat a stejně jako Senát schválit zákon o vládních fondech na šest týdnů, a to bez jakékoliv nesouvisející ideologické klauzule,“ uvedl Bílý dům v komuniké. Republikáni ve sněmovně přišli s návrhem, aby se rychle vytvořila vyjednávací komise, která by vypracovala kompromisní zákon a na poslední chvíli ukončila hrozící krizi. Ale demokraté v Senátu to odmítli. Šéf demokratické většiny v Senátu Harry Reid řekl, že nehodlá začínat vyjednávání „s pistolí přiloženou k hlavě“ a že na vyřešení sporu je zapotřebí více času



než jedna hodina. Vybídl republikány, ať ve sněmovně raději schválí předlohu ze Senátu, která by umožnila udržet financování vládních úřadů do poloviny listopadu.

„Vláda to nyní zasekla, nevím na jak dlouho,“ řekl Davin Nunes, když opustil kancelář Boehnera. Demokratický zastupitel Chris Van Hollen ale uvedl, že na vině jsou republikáni, kteří odmítali měsíce jednat a teď by chtěli na konferenci domluvit vše za 45 minut. Podle něj právě to vedlo podle něj k tomu, že nebyl schválen rozpočet.

Dopad sporů o reformu

„Albert Einstein definoval šílenství slovy, že děláte stejnou věc znovu a znovu ve snaze, že byste mohli dosáhnout odlišného výsledku,“ zazářoval Reid. Republikáni se opakovaně snaží zablokovat reformu zdravotnictví, která by zajistila nutnou péči miliónům Američanů.

Prezident Obama ještě dříve před televizními kamerami prohlásil, že hrozícímu ochromení vládních úřadů šlo zcela předejít a obvinil republikány z vytváření krize, která bude mít „velice reálné ekonomické dopady na reálné lidi“.

Uzavření vládních úřadů, respektive nouzový režim, znamená, že stát financuje jen nutné výdaje, jako jsou národní a veřejná bezpečnost a například zdravotní pojištění a sociální dávky pro seniory. Taková situace naposledy nastala na přelomu let 1995 a 1996. Nyní bude mít nucenou dovolenou na 700 000 federálních úředníků, zavrou se mnohé úřady, instituce, i zoo a národní parky. Dopad to bude mít i na veterány.

Víza se vydávat budou

I když bude omezena činnost ministerstva zahraničí, americké konzuláty budou přinejmenším zpočátku dále pokračovat ve vydávání víz pro cizince. „Činnost konzulátů bude pokračovat, což znamená, že budou vydávat víza a pasy,“ uvedla mluvčí americké diplomacie Jennifer Psakiová podle agentury AFP. Fiskální rok začíná v USA 1. října. Ve stejný den vstupuje v platnost i zdravotnická reforma, Obamův největší reformní projekt.

Zdroj: novinky.cz, 1. 10. 2013

Od října VZP nabízí bezplatné očkování proti chřipce

Kvůli očkování proti chřipce se v ČR rozjíždí masivní kampaň. Ministerstvo zdravotnictví vyzývá občany, aby očkování nezanedbali. A Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) nabízí od 1. října bezplatné očkování všem šesti miliónům svých klientů.

Hlavní hygienik Vladimír Valenta doporučuje vakcinaci zejména seniorům, u nichž má snížit riziko úmrtí až o 80 procent a výrazně omezit nutnost léčení se zápalem plic v nemocnici. U zdravých dospělých zabrání až v 90 procentech onemocnění chřipkou. V ČR je očkováno jen kolem pěti procent obyvatel.

Valenta připomněl, že senioři nad 65 let a lidé se závažnými chronickými nemocemi mají očkování zdarma. Doporučil očkování také těhotným a lidem, kteří se pohybují ve větším nakupení lidí a v rizikových prostředích, tedy zdravotníkům, sociálním pracovníkům či třeba zaměstnancům pošt. Podle světových doporučení by mělo být očkováno proti chřipce 30 procent populace, v ohrožených skupinách až 95 procent. Valenta uvedl, že v souvislosti s chřipkou umírá ročně v ČR kolem 2000 lidí. Loni bylo v ČR 574 závažných případů s nutností léčení v nemocnici, z nich 151 zemřelo. Nejmladšímu pacientovi byl jeden měsíc, nejstaršímu 97 let, upřesnil. Epidemie obvykle trvá osm až 12 týdnů, letos lze podle Valenty očekávat, že

v prosinci, nejpozději počátkem ledna, se chřipková vlna objeví. Předseda České vakcinologické společnosti Roman Prymula řekl, že účinnost a bezpečnost očkování potvrdily studie. Odmítl pochybnosti kritiků, zda je očkování účinné, a zdůraznil, že sama vakcína chřipku vyvolat nemůže.

O očkování letos uvažuje jen 17 procent lidí

O očkování proti chřipce letos uvažuje jen 17 % obyvatel ČR. Ve skutečnosti se ale nechá očkovat jen pět procent lidí. Češi odmítají očkování především kvůli předsudkům. VZP nabízí bezplatné očkování od začátku října do konce prosince letošního roku. Každý klient může o očkování požádat svého praktického lékaře, který by měl mít vakcínu k dispozici. Případně ji může pacientovi předepsat, ten si ji vyzvedne v lékárně a přinese do ordinace, kde mu ji lékař aplikuje. Za vakcínu by měl pacient zaplatit částku kolem 150 korun, přibližně stejně dá za aplikaci očkovací látky.

Pak stačí, aby s účtem přišel na kteroukoliv pobočku VZP, kde mu ho proplatí. Protože u různých lékařů se mohou ceny mírně rozcházet, je VZP připravena proplácet i účty s tímto malým rozdílem.

Zdroj: novinky.cz, 30. 9. 2013

VZP potřebuje 2,5miliardovou půjčku

Největší zdravotní pojišťovna, u které je zaregistrováno přes šest miliónů státních pojištěnců, potřebuje do konce listopadu získat pro stabilizaci svého hospodaření a financování českého zdravotnictví od státu 2,5miliardovou půjčku, uvedl v nedělních otázkách Václava Moravce na ČT1 ředitel největší zdravotní pojišťovny VZP Zdeněk Kabátek. Zda ji vláda VZP poskytne, se rozhodne za týden.

Samotná největší zdravotní pojišťovna totiž jinak může letos skončit ztrátou 2,5 miliardy, pojišťovna aktuálně registruje pohledávky ve výši tři miliard po lhůtě splatnosti.

Rusnokova vláda v demisi již přijala rozhodnutí o navýšení plateb za státní pojištění, které by měly zdravotním pojišťovnám pomoci. Státní platba ve výši 723 korun měsíčně by se měla zvýšit podle rozhodnutí Rusnokovy vlády o 65 korun měsíčně. Do systému zdravotnictví by to přineslo 4,7 miliardy ročně. To podle Kabátka pomůže, nicméně bez půjčky se pojišťovna jen těžko obejde.

Zdravotnictví může letos chybět až 10 miliard korun

Českému zdravotnictví hrozí, že letos skončí ve ztrátě osm až deset miliard korun, potvrdil ředitel Svazu zdravotních pojišťoven Jaromír Gajdáček. Část nemocnic už řeší, jaké operace by bylo možné omezit či přesunout. Navíc v příštím roce přestanou pacienti platit poplatek za pobyt v nemocnici, což pro zdravotnictví znamená výpadek příjmů ve výši kolem dvou miliard korun ročně.

Je třeba přijmout rychle konkrétní opatření, aby se systém veřejného zdravotnictví stabilizoval nejen v letošním, ale i v dalším roce, upozornil Kabátek. Vedle navýšení plateb za státní pojištění bude nutné příští rok rozhodnout o odkupu pohledávek za zdravotními pojišťovnami a přerozdělení finančních zdrojů mezi zdravotními pojišťovnami.

Zdroj: právo, 29. 9. 2013



Provokativní tvrzení: Lékařky léčí lépe než muži, ale méně produktivně

Do kontroverzních genderově laděných výzkumů zasáhl tým **Montrealské univerzity**. Zvolil zajímavé srovnání.

Kanadští výzkumníci chtěli porovnat práci lékařů s prací lékařek. To je samozřejmě hodně těžký úkol, zúžili ho proto na terapii starších pacientů s diabetem. Prozkoumali účetní záznamy týkající se činnosti 870 praktických lékařů provincie Québec, z nichž polovinu tvořily ženy.

Ženy pečlivější

Výzkumníci porovnávali, jak sledování lékaři a lékařky dodržovali postup lege artis v přístupu k diabetickým pacientům od 65 let věku, který stanovila Kanadská diabetická asociace.

Jak je dodržovali lékaři a jak lékařky? Praktičtí lékaři mají své starší diabetické pacienty posílat jednou za dva roky na oční vyšetření. Povinnost splnilo 75 % lékařek a 70 % lékařů. Kanadští praktikové

také mají těmto pacientům předepisovat trojici léků, například statiny. Reálně tyto léky předepisovalo 71 % lékařek a 67 % lékařů (z toho statiny 68 % lékařek a 64 % lékařů). Dalším doporučením je zajistit pacientovi jednou ročně celkovou prohlídku. Řídilo se tím 39 % lékařek a 33 % lékařů.

Více výkonů na straně mužů

Výzkumníkům tedy vyšlo, že ženy-lékařky jsou o něco lepší a spolehlivější než lékaři.

Pak ovšem ještě srovnali, co lékaři vydělali. Muži v průměru vykázali o téměř tisíc výkonů za rok více než ženy. To výzkumníci vysvětlují zčásti tím, že lékařky zřejmě pacientům věnují víc času, takže nestihnou uskutečnit tolik vykazovaných úkonů. Druhou částí vysvětlení pak je, že ženy vzhledem k péči o rodinu věnují práci méně času. Klubu doktora Vlacha není známo, že by se nějaké obdobné srovnání dělalo i v Česku.

Zdroj: Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, doi: 10.1016/j.respe.2013.07.021

INZERCE

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 příjmy a radost z práce). Kontakt 602 884 240.

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 pronajmu 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.

279 8-13

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

280 9-13

Prodám praxi PLDD **na Vysočině**, telefon 603 732 466.

281 9-13

Předám zavedenou **praxi** PLDD **v okrese Tábor**, telefon 605 580 168.

282 9-13

Nabízím **zástup** na 1-2 dopoledne (či více dle dohody) v plně vybavené ordinaci PLDD **v Heřmanově Městci (Pardubicko)**. Dobré platové podmínky, náhrada cestovného. Vhodné k MD či penzi.

284 9-13

Po dohodě **přenechám** velmi dobře zavedenou **praxi** PLDD **u Českých Budějovic**. Nové vybavení. Solidní jednání. Bližší informace na telefonu 604 318 717 nebo e-mail: praxepldd@seznam.cz.

285 9-13

Prodám nový **přístroj Quik Read Go** na vyšetření CRP. Výhodně, končím praxi. Tel. 602 230 697.

286 10-13

Přijmu kolegu do své ordinace PLDD **v Praze 9**, na úvazek 0,5-1,0, plat dohodou, telefon 602 654 841.

287 10-13

Prodám dobře zavedenou ordinaci PLDD v klidném prostředí vesnice asi **30 km od Olomouce**. Tel. 732 600 744.

288 10-13

Prodám zavedenou praxi PLDD **v Praze**. Tel.: 608 729 182.

Zaměstnám českého pediatra s atestací, úvazek 60-100 %, od 1-2/2014, pro práci ve větší dětské lékařské praxi **nedaleko Stuttgartu**. Ubytování je možné zprostředkovat. Nutná znalost základní němčiny, zacvičení je samozřejmostí. Spolupráce možná i dlouhodobě. Pomoc při vyřizování dokladů. Nutné je příjemné vystupování, flexibilita a odbornost PLDD. Kontakt: Dr. Tom Soukup, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendarztpraxis, Nagold, Baden-Württemberg, e-mail: tomxsoukup@googlemail.com.

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

Autodidaktický test 9/2013

Akutní stavy

1. Srdeční a dechová zástava postihuje člověka bez ohledu na věk.

Dle Guidelines Basic Live Support Evropské rady pro resuscitaci z roku 2010 se v takové situaci

- a) vždy aktivuje nejprve zdravotnická záchranná služba (tísňová telefonní linka – v ČR 155) a teprve pak se zahájí neodkladná KPR
- b) u dospělých nejprve zahájí umělé dýchání a nepřímá srdeční masáž, ev. se použije AED, je-li dostupný, a pak se aktivuje zdravotnická záchranná služba (v ČR 155)
- c) u dětí nejprve zahájí umělé dýchání a nepřímá srdeční masáž a pak se aktivuje zdravotnická záchranná služba (v ČR 155)
- d) u dospělých nejprve aktivuje zdravotnická záchranná služba a následně zahájí umělé dýchání a nepřímá srdeční masáž, ev. se použije AED, je-li dostupný
- e) u dětí nejprve aktivuje zdravotnická záchranná služba a následně zahájí umělé dýchání a nepřímá srdeční masáž, ev. se použije AED, je-li dostupný

2. Srdeční masáž je nutno provádět na pevné podložce s dostatečnou hloubkou komprese a s dostatečnou frekvencí, na druhé straně ale nesmí být frekvence srdeční masáže příliš vysoká, protože v diastole pak nedojde k dostatečné náplni srdečních oddílů krví. Doporučená frekvence srdeční masáže bez ohledu na věk je

- a) 80–90/min.
- b) 80–100/min.
- c) 90–100/min.
- d) 100–120/min.
- e) 120–160/min.

3. Při popáleninách je nutné odstranit zdroj tepelného traumatu a postižené místo dostatečně dlouho chladit, např. studenou čistou vodou alespoň 10 minut. Takto můžeme chladit popáleniny nepřesahující

- a) 1 % tělesného povrchu
- b) 3 % tělesného povrchu
- c) 5 % tělesného povrchu
- d) 7 % tělesného povrchu
- e) 9 % tělesného povrchu

4. K orientačnímu určení popálené kožní plochy můžeme využít jednoduché pravidlo:

- a) plocha dětské ruky odpovídá 1 %
- b) plocha dlaně dítěte odpovídá 1 %
- c) plocha obličeje postiženého odpovídá 5 %
- d) plocha dlaně postiženého odpovídá 3 %
- e) plocha dlaně postiženého odpovídá 1 %

5. Mezi nejčastější křečové stavy patří epilepsie. V případě epileptických křečí GM bez možnosti medikamentózního zásahu

- a) zasuneme postiženému do úst měkký roubík, aby se nepokousal
- b) násilím přikurtujeme postiženého na lůžku, aby se neporanil
- c) zajistíme, aby se postižený neporanil o předměty v okolí a pády, a vyčkáme odeznění křečí, následně uvolníme dýchací cesty, ev. zahájíme KPR
- d) postiženého násilím znehybníme a zahájíme umělé dýchání k zajištění dostatečné oxygenace tkání, zejména CNS, během záchvatu

6. Při uštknutí zmijí obecnou

- a) zaškrtneme postiženou končetinu nad místem kousnutí směrem k srdci
- b) znehybníme postiženou končetinu proti pohybu
- c) ústy, ev. speciální pumpičkou vysajeme hadí jed z rány
- d) nařídíme místo kousnutí a necháme krev s jedem vytékat
- e) voláme zdravotnickou záchrannou službu

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



Přirozeně
mléčná chuť

Prebiotika GOS
– potřebná pro sřevní 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

Ted' se nosí zodpovědnost

Nechte své dítě očkovat proti závažným pneumokokovým infekcím.
Zeptejte se ošetřujícího lékaře na vakcínu Prevenar 13.



Přípravek Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje, a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako ostatní vakcíny ani přípravek Prevenar 13 nebude chránit 100 % očkovaných osob. V klinických studiích byly nejčastěji hlášené nežádoucí účinky reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a nespavost. Přecitlivělost na jakoukoliv složku přípravku představuje kontraindikaci jeho užití. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním.

**Prevenar 13 je registrovaný léčivý přípravek, jehož výdej je vázán na lékařský předpis.
Přečtěte si, prosím, pečlivě příbalovou informaci. O možnostech očkování se poraďte se svým lékařem.**

