

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

květen 2014
číslo 5 • ročník 14



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Možnosti jednodenní chirurgie



- 24hodinová dostupnost lékařské péče
- Možnosti ambulantní a jednodenní chirurgie v dětském a dorostovém věku
- Onemocnění nadledvin
- Traumatická poranění jícnu a cizí tělesa v jícnu a žaludku
- Zvláštnosti kraniocerebrálních poranění u dětí
- 8. kongres primární péče Chirurgové a praktici rukou společnou...
- Kazuistika – Infaustní průběh pneumonie u adolescenta
- Kazuistika – Pozdě, ale přece... Kawasakiho syndrom
- Metodický postup k vykazování očkování



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



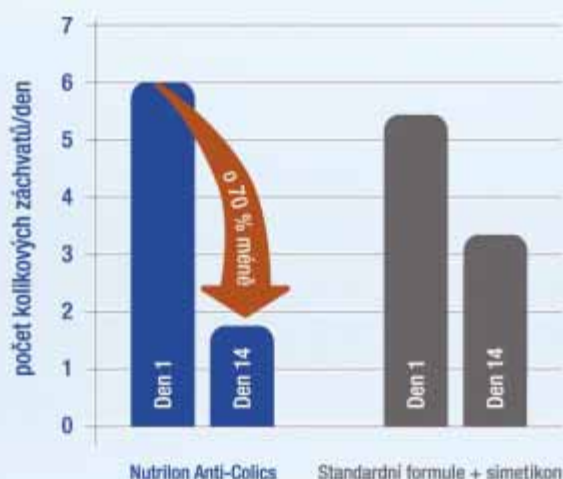
Na koliky mají experti účinný recept

STOP
kolikám

**Pokles kolikových
záchvatů pláče o**

70 %

**NUTRILON ANTI-COLICS
JE ÚČINNĚJŠÍ NEŽ SIMETIKON¹**



- Částečně hydrolyzovaná bílkovina
- Nízký obsah laktózy
- Prebiotická směs scGOS/lcFOS (9:1)



NUTRILON JE JEN JEDEN



¹ Savino F et al., Reduction of crying episodes owing to infantile colic: a randomized controlled study on the efficacy of a new infant formula. European Journal of Clinical Nutrition (2006), 60: 1304-1310.

Kojení je nejvhodnějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na webových stránkách www.nutrikulub.cz a na infolince 800 110 000. Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	MUDr. Ilona Hülleová	10
	24hodinová dostupnost lékařské péče	
	Informace OSPDL ČLS JEP	13
	MUDr. Libor Janeček	
	Možnosti ambulantní a jednodenní chirurgie v dětském a dorostovém věku	14
	Prof. MUDr. Jiří Nevoral, CSc.	
	Traumatická poranění jícnu a cizí tělesa v jícnu a žaludku	16
	MUDr. Róbert Leško	
	Zvláštnosti kraniocerebrálních poranění u dětí	20
	MUDr. Renata Pomahačová, Ph.D.	
	Onemocnění nadledvin	24
	MUDr. Nora Gregorová	
	Kazuistika – Infaustní průběh pneumonie u adolescenta	26
	MUDr. Dagmar Karbanová	
	Kazuistika – Pozdě, ale přece... Kawasakiho syndrom	28
	8. kongres primární péče	
	Chirurgové a praktici rukou společnou...	29
	Prof. MUDr. Milan Macek ml., DrSc.	
	Vzácná onemocnění bychom měli rozpoznat dřív	32
	Ze světa odborné literatury	34
	Aktuality	35
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Meningokoková onemocnění	38
	Metodický postup k vykazování pravidelného, nepovinného, zvláštního a mimořádného očkování od 1. 1. 2014	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**ABBOTT
GSK
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION**

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

Titulní strana: Nelinka, foto Jiří Prokeš.

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR 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.

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, MUDr. Ctirad Kozderka

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

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



Chybí nám řád.

Když se ráno probudíme, máme jistotu, že se rozední. Víme, že Slunce stále svítí, i když je někdy za mraky, že se večer setmí a nastane noc s pravidelnými fázemi Měsíce, že hvězdy zůstávají na svém místě. Je to vesmírný řád. Ještě před sto lety i přes různá politická dění žili lidé v cyklických obdobích, v jakési spirále času – od Velikonoc k Letnicím (svatodušním svátkům), od žní s dožínkami přes Dušičky k Vánocům a Třem králům a tak pořád dokola. Tento řád platil po staletí pevně zakotven v křesťanské kultuře, o kterou se evropská civilizace opírá dodnes. I přes své jisté obrovské osobní problémy měl člověk kořeny, věděl, kam patří, měl jistotu ve své rodině a svých předcích. Spravedlnost byla jen jedna, protože zákony se nedaly vykládat jinak. Lidé měli řád v sobě a kázeň. K uzavření dohody stačilo slovo či stisk ruky.

V posledních desetiletích to ale člověk změnil. Ze spirály se stala lineární křivka a později exponenciála se stále strmějším růstem. A člověk si s tím přestává vědět rady. Marně se snaží najít něco nového, co by mu dodávalo bývalou jistotu. Tu socialistické rovnostářství, tu tržní hospodářství, dnes snahu o udržitelný rozvoj. A je z toho nešťastný. Užívá stále více antidepressiv, utíká se k sektám, protože byl připraven o své zázemí. Někdo hledá uspokojení v hromadění majetku, ale není jeho správcem, aby ho předal dalším generacím. Jiný žije životy postav televizních seriálů. Někdo žije ze dne na den jako zvíře. Další se snaží navracet zpět k přírodě. Přestože nás přibývá a každou vteřinu jsou ve vzduchu tisíce letadel, u lidí na opačném konci světa jsme za několik hodin, o spojení internetem nemluvě, přesto zůstává stále více lidí osamocených. Tradičních pevných rodin s mezigeneračními vazbami a odpovědností je pořád méně a méně.

A teď přeskočme do naší profese. Ani tady nemůže panovat řád, když celá společnost je rozklížená. Nemocnice jsou nuceny vydělávat ambulancemi, nikoli hospitalizovanými pacienty, pro které jsou určeny, ale mnohde jde péče o ně stranou. Přesto získaly i tyto nemocnice akreditaci, která je převážně formálním aktem. Akreditace má chránit pacienta, ale ubírá mu čas, který by měli lékaři a sestry trávit s ním. Váha akreditací klesá s rostoucím počtem nemocnic, které ji mají. Sestřičky jsou odváděny od pacientů k administrativním úkonům. Lékař u počítače sedí k pacientovi zády a vlastní vyšetření je výrazně kratší dobou ze všech jeho činností. Pohotovosti, které jsou v primární péči ryze ambulantní službou a měly by být předvojem chránícím lůžková zařízení před neřízeným přívalem pacientů, jsou dnes v nemocnicích, které pacienti zaplavují ve dne v noci. Pacient se chová jako dítě, které když nemá určené meze svého chování, vyvíjí se špatným směrem, až zcela zdivočí. Postavení lékaře je znevažováno kontrolami řady institucí, při kterých uspěje ten, kdo je zdatný administrativně, ale nemusí být zdatný medicínsky. Lékaři se nemohou dohodnout mezi sebou. Některé jejich organizace jsou silnější než jiné. Princip solidarity tady neplatí. Májová dohoda mezi ČPS, SPLDD a OSPDL byla podepsána v květnu 2013 jako deklarace společné vůle jednat o zajištění péče o dítě a společném postupu při hájení zájmů všech dětských lékařů. Přesto dnes jednají zástupci České pediatrické společnosti s ČLK a Ministerstvem zdravotnictví bez našeho vědomí. Oborová zdravotní pojišťovna si změnila kritéria úhrad bez dohody s druhou smluvní stranou a platí lékařům o 10 % méně za stejnou práci. Přestože minulá vláda měla ve svém programovém prohlášení podporu primární péče, ubíjela nás soustavně špatná politická rozhodnutí. Tato vláda už nás ve svém textu ani neuvádí.

Komunisté nás učili, že husitství byl boj za sociální spravedlnost. Historici se ale dnes shodují, že příčinou lidových bouří bylo především čtyřicetileté církevní schizma: dvojpapežství a později trojpapežství – řád věcí byl narušen.

Váš Milan Rytíř, vědecký sekretář OSPDL



www.detskylekar.cz

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Milan Kudyn

1. místopředseda SPLDD ČR

Během března bylo hlavním těžištěm činnosti SPLDD pořádání regionálních konferencí. Jako červená nit se stále vleče problém, kterým je velmi malá účast naší členské základny na těchto stěžejních profesních setkáních. Důvody jsme se, stejně jako vloni, pokusili analyzovat, leč bez konkrétního výsledku.

Během března pokračovala klíčová jednání týkající se posudkové činnosti naší odbornosti i posudkové činnosti k tělesné výchově a sportu, řešila se problematika 24hodinové péče o pacienta. Po složitých jednáních jsme se dočkali vydání Metodiky očkování 2014, která by měla být závazná jak pro poskytovatele provádějící pravidelné i nepovinné očkování, tak i pro revizní lékaře ZP, pokud se týká úhrad za tato očkování. Znění Metodiky očkování otiskujeme na jiném místě. Zásadním problémem při těchto jednáních je nechutná argumentační a legislativní bitva zúčastněných (ZP a MZ ČR), kteří se ohánějí dvěma zákony, jejichž dikce týkající se očkování jde proti sobě. Co je víc? Pro pojišťovny zákon příkazující hradit nejméně ekonomicky náročnou variantu (umožněnou i příslušným SPC vakcíny), nebo zákon o ochraně veřejného zdraví, příkazující PLDD očkovat dle schématu určeného na základě vyjádření vakcinačních odborníků? Uvidíme!?

6.3.2014 – v Poslanecké sněmovně proběhla konference „24hodinová dostupnost lékařské péče“, pořádané ČLK. Příspěvek SPLDD prezentovala předsedkyně MUDr. Hulleová.

7.3.2014 – proběhlo zasedání Předsednictva SPLDD. Vzhledem k tomu, že se blíží termín zdaňovací povinnosti, na jednání byli účastní též pokladníci regionů a náš daňový poradce Ing. Adamec.

12.3.2014 – proběhla první regionální konference. Konferenci Západočeského regionu hostilo letos město Tachov.

19.3.2014 – již poněkoličkáte se sešli zástupci SPLDD, OSPDL, MZ ČR a zdravotních pojišťoven nad textem Metodiky očkování. Pokusili se vyřešit kvadraturu kruhu, danou proti sobě jdoucími zákony (viz výše). Na základě aktivity SPLDD se řešil problém výpadku v registracích pacientů a možnosti individuálního nasmlouvání kodů výkonů. Standardně by měl být nasmlouván kod screeningu a rescreeningu novorozenců.

22.3.2014 – proběhla společná regionální konference Regionů Vysočina, Jihomoravského a Zlínského u Vyškova. Ze společného usnesení vyplynuly některé zásadní problémy týkající se budoucnosti

oboru PLDD, zejména problematiky generační výměny.

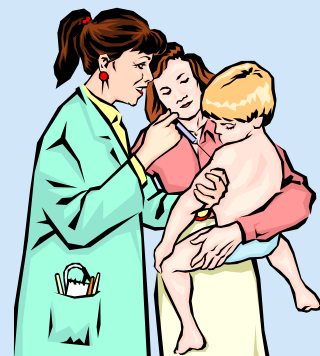
29.3.2014 – pražský hotel Olympic hostil společnou konferenci Regionu Praha a Střední Čechy. Za tradičně nízké účasti PLDD, ale i nezájmu pozvaných krajských úředníků prodiskutovali účastníci jednání s přítomnými zástupci některých ZP svoje konkrétní zkušenosti s jednáním na pobočkách ZP při řešení svých stížností. Před jednáním konference byl svolán Výkonný výbor, na jehož programu byla aktuální témata, týkající se naší každodenní práce.

Soutěž

Redakční rada časopisu Vox pediatryae vyhlašuje výtvarnou soutěž na obrázky na titulní strany časopisu pro ročník 2015 na téma „Moje návštěva u dětského lékaře“.

Vážené kolegyně a kolegové, oslovte své pacienty, aby namalovali obrázek na výše uvedené téma – nejlépe barevně (*pastelky, fixy, vodovky, tempery apod.*) na pevný papír (*např. čtvrtka*) formátu A4 (*papír nepřekládat!*). Maximálně 5 Vámi vybraných obrázků zašlete do 15. září 2014 na adresu redakce. Redakční rada vybere 10 nejlepších a jejich autory odměníme. Vybrané obrázky budou otištěny na titulních stranách časopisu Vox pediatryae v roce 2015.

Na zadní stranu obrázku dejte razítko své ordinace, napište jméno (ev. příjmení) a věk autora (*např. Lucinka Králová, 6 let*).





Informace SPLDD

V tomto čísle naleznete vloženou předlohu žádosti o vystavení lékařského posudku pro sportovní účely. Z této žádosti by mělo být jasné, k jakému sportu se máte vyjádřit, a dále postupujte dle vyhlášky č. 391/2013 Sb. (viz Vox č. 2/2014). Dále vkládáme „Plnou moc k zastupování...“ Je ve vašem zájmu, aby vás zastupovalo Sdružení, nikoliv například ČLK. Je potřeba obnovit tento formulář, i když jste ho již v minulosti poslali. Plnou moc by zvláště měli poslat ti z vás, kteří provedli změnu na s.r.o. Pozornost věnujte, prosím, i vložené pozvánce na konference „Očkování od A do Z.“ Program na tyto konference byl koncipován tak, abyste dostali co nejvíce informací k diskusím s odmítači očkování. Doufáme, že početnou účastí vyjádříte svou podporu očkování v ČR.

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 18. 3. 2014

Přítomni: dr. Hülleová, dr. Jojko, dr. Kudyn, dr. Stará, dr. Dvořák, dr. Chrz, dr. Houbá
Omluveni: dr. Šmatlák, dr. Tautermann
Host: dr. Janulík, poslanec (ANO 2011)

1. Jednání s MUDr. Miloslavem Janulíkem

- Zástupci Koalice diskutovali s dr. Janulíkem o situaci ve zdravotnictví a výhledech do budoucna v souvislosti se současným politickým seskupením a rozložením sil v PSP ČR. Kritizovali zejména pokračující zvýhodňování nemocnic na úkor privátní ambulantní sféry a připravované rušení regulačních poplatků v ambulancích bez záruky jejich kompenzace.
- Zástupci KSL požádali dr. Janulíka o zprostředkování schůzky s vedením politického hnutí ANO, které se jeví jako přístupný partner pro hledání společného řešení těchto problémů.

2. Účast zástupce ČLK při jednáních zástupců profesních organizací zastoupených v KSL

- Dr. Jojko informoval o dohodě mezi VZP a vedením ČLK, podle které by se zástupci komory měli účastnit všech vyjednávání o úhradách ve všech segmentech lékařské péče. Podle dr. Kubka většina lékařů není informována o výsledcích jednání, která VZP vede s jednotlivými sdruženími poskytovatelů (v dohodě jsou zmíněna

sdužení Koalice soukromých lékařů). Dr. Janulík potvrdil, že nebyl vydán žádný pokyn, aby se zástupce ČLK účastnil všech jednání s VZP, jde tedy pouze o interní dohodu mezi dr. Kubkem a Ing. Kabátkem.

- S takovým ujednáním zástupci KSL zásadně nesouhlasí. Ti, kterých se tento problém týká, jsou ochotni zpracovat z jednání svých sdružení s VZP tiskový výstup, který mohou VZP a ČLK zveřejnit prostřednictvím svých sdělovacích médií.

3. Elektronická preskripce léků

- Elektronická preskripce by měla povinně platit od 1. 1. 2015, ale tomuto záměru neodpovídá počítačová gramotnost a přístrojové vybavení lékařských praxí. KSL na tuto skutečnost upozornila již v roce 2012, kdy odmítla poslanecký návrh, podle kterého měla být povinnost předepisovat léky jen elektronicky zavedena. Přestože proti tomuto návrhu protestovali lékaři i lékárníci, byla povinná elektronická preskripce od roku 2015 v novele zákona o léčivech schválena. Je třeba se touto problematikou znovu zabývat a prosadit zrušení nebo odložení této povinnosti.

4. Různé

- Ministr zdravotnictví dosud nereagoval na žádost Koalice o setkání. Zástupci KSL navrhuji ministra znovu oslovit.
- Dále navrhuji pozvat na další jednání dr. Zuzanu Roithovou.

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Usnesení společné konference regionů Zlínského, Vysočina a Jižní Morava konané dne 22. 3. 2014 v Drnovicích u Vyškova

Konference se zúčastnilo 93 členů sdružení.

Hosté:

MUDr. Dvořáková – VV SPLDD, MUDr. Matoušková – OSPDL, MUDr. Šindler – ČLK, MUDr. Nečas – zdr. rada Zlínského kraje, Ing. Hovorka – poslanec Parlamentu ČR

Konference zvolila:

Návrhovou komisi ve složení:

MUDr. Chvátalová, Poláčková, Beneš

Mandátovou komisi ve složení:

MUDr. Kalabusová, Kvíčalová

Konference schválila navržený program.

Konference bere na vědomí:

Zprávu o činnosti regionů JM, ZL, VYS, přednesenou MUDr. Benešem

Zprávu revizní komise za všechny tři regiony přednesenou MUDr. Buškem

Zprávy pokladníka o hospodaření jednotlivých regionů přednesené MUDr. Poláčkovou. Od roku 2014 dochází ke změně rozdělování financí ze společných akcí (příjmy i výdaje) všech tří regionů poměrnou částí podle počtu členů, nikoli rovným dílem jako dosud. (JMR 54 %, Vysočina 16 %, Zlín 30 %).

Konference schválila návrhy rozpočtů jednotlivých regionů na rok 2014 již podle nových rozpočtových pravidel.

V dopoledním bloku bylo provedeno školení BOZP paní Ing. Milenou Mazurkovou – technik BOZP a PO, Uherskohradištská nemocnice, a.s. (osoba odborně způsobilá k zajišťování úkolů v prevenci rizik na základě osvědčení vydaného dle § 9 zákona č. 309/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů dne 22. října 2009 pod evid. číslem OZ-R/140).

Poté následovali odborné přednášky:

MUDr. Libuše Přidalové z ORL kliniky Brno: Sinobronchiální syndrom.

Sdělení RNDr. Marka Petráše – Jaká je ochrana vyvolaná očkováním proti dávivému kašli.

Sdělení MUDr. Marie Nejedlé ze Státního zdravotního ústavu Praha – Závislost na soli aneb Češi solí 3× více, než doporučuje WHO. Závěr dopoledního bloku tvořilo krátké sdělení firem Sanofi-aventis, NextForce.

Odpolední program byl vyhrazen hostům a diskusím na aktuální témata:

MUDr. Jiřina Dvořáková informovala o aktuální problematice, kterou nyní řeší předsednictvo SPLDD – registr pojištěnců, posudková činnost, problematika 19letých, problematika LSPP, kreditování vzdělávání, metodika předčasně propuštěných novorozenců, generační výměna, změna sdružení na zapsaný spolek SPLDD, jak vyžaduje nový občanský zákoník.

MUDr. Matoušková informovala o činnosti OSPDL.

Ing. Hovorka podrobně informoval o změnách ve zdravotnictví (narovnání číselníků, zrušení VIP úhrad atd.).

Konference vyslechla návrh MUDr. Nečase, aby přípravu mladých lékařů k atestaci převzala celorepubliková organizace, která



by nahradila bývalý ILF a nezatežovala tak akreditovaná pracoviště velkou administrativní činností.

Všem členům SPLDD bylo dáno za úkol zamyslet se nad plánovanými změnami stanov SPLDD – promyslet otázky: cíle SPLDD?, formy členství?, aktivita členů? atd. a zaslat návrhy a připomínky MUDr. Gricové (gricovap@gmail.com), aby mohly být na květnovém Sněmu SPLDD rozpracovány.

Konference ukládá výkonnému výboru jednat o navrácení kompetence PLDD vystavovat pracovnělékařské posudky pro své registrované pacienty.

Konference doporučuje pokračovat v úsilí prosadit alternativní cestu získání očkovacích látek pro nepovinná očkování (recept), pokračovat v jednáních o prolomení věkové hranice 19 let a o kompenzaci zrušených RP.

Konference doporučuje řešit problémy s přidělováním RČ u novorozenců přes právníka SPLDD Mgr. Jakuba Uhra.

Konference ukládá předsednictvu SPLDD projednat se zdrav. pojišťovnami kód otiskopování (dosud možno jen u pojišťovny 207).

Konference vyzývá představitele státu k řešení problematiky odmítání zákonem uloženého očkování ze strany zákonného zástupce dítěte (odmítači, posouvači, rozkladači očkování), předčasně propuštěných novorozenců, porody doma, které jsou v současné době nepostižitelné.

■ Usnesení jihočeské konference SPLDD konané dne 29. 3. 2014

Konference se zúčastnilo 32 členů SPLDD z našeho regionu, za hosty MUDr. Kozderka a MUDr. Kudyn z VV SPLDD, MUDr. Šebková z OSPDL a za VZP MUDr. Fantová a Ing. Šimková.

Byla zvolena mandátová komise ve složení MUDr. Hejnová, MUDr. Bukovinská, MUDr. Plocková, a návrhová komise ve složení MUDr. Rytíř, MUDr. Fialová a MUDr. Lukešová.

Na konferenci byla přednesena dr. Verdánovou zpráva o činnosti jihočeského SPLDD za rok 2013, MUDr. Čišeckou zpráva o hospodaření za rok 2013 a návrh rozpočtu na rok 2014 a MUDr. Hejnovou zpráva revizní komise. Rozpočet na rok 2014 byl schválen. Konference vyzývá okresní zástupce k důslednému výběru finančních příspěvků za prezentaci firem na okresních seminářích. Zároveň doporučuje preferovat semináře

našeho sdružení a OSPDL, doporučuje získat ročně minimálně dvacet kreditů (z celkového počtu třiceti) z našich seminářů.

Konference požádala zástupce VZP o prodloužení termínu k předložení dokladu o celoživotním vzdělávání alespoň o měsíc, tedy minimálně do 30. 4. 2014. K vyplacení bonifikací za rok 2013 by mělo dojít zpětně od ledna letošního roku. Bylo doporučeno využívání Portálu ke komunikaci s VZP, byli jsme upozorněni na rozšíření spektra hrazených výkonů.

Přítomným byla vysvětlena problematika OSPDL, mimo jiné problematika předčasného propouštění novorozenců, akreditačních pracovišť, nových očkování, problematika odpíračů očkování a dalších témat.

Zapsala: MUDr. K. Lukešová

■ Usnesení konference regionu Praha a Střední Čechy konané dne 2. 4. 2014 v Hotelu Olympik v Praze 8

Konference vzala na vědomí **zprávu o činnosti za rok 2013** přednesenou MUDr. J. Němečkem.

Konference vzala na vědomí **zprávu o hospodaření regionu v roce 2013** přednesenou MUDr. R. Růžkovou a **zprávu revizní komise za rok 2013** přednesenou MUDr. K. Kopeckým.

Konference schválila návrh rozpočtu na rok 2014.

Konference byla seznámena předsedkyní OSPDL MUDr. Alenou Šebkovou s prací a novými úkoly OSPDL.

Konference byla seznámena MUDr. Ilonou Hülleovou s prací výkonného výboru SPLDD.

Usnesení konference:

1. Konference žádá výbor OSPDL, aby obhajoval existenci oboru PLDD, a žádá, aby usiloval o navýšení počtu rezidenčních míst pro příští vzdělávací rok.
2. Konference apeluje na zástupce OZP, aby pojišťovna přehodnotila platby praktickým dětským lékařům, které poklesly bez reálného zdůvodnění, a ukládá Regionálnímu výboru, aby pokračoval v jednání s vedením OZP o změně v pravidlech přiznávání bonifikací.
3. Účastníci konference apelují na členskou základnu a vybízí ji k vyšší aktivitě, k účasti na všech pořádaných akcích a ke spolupráci s Regionálním výborem a tím i k podpoře činnosti vedení SPLDD.

4. Konference žádá VV, aby zajistil součinnost s orgánem ochrany veřejného zdraví při řešení problematiky odmítačů očkování. Zároveň žádá VV o jednání na MZ ČR ke změně příslušné legislativy.

5. Konference doporučuje VV a členům Předsednictva SPLDD, aby iniciovali vytvoření materiálů propagujících náš obor a rozšířili je mezi studenty lékařských fakult. Tím by se obor PLDD lépe zviditelnil a atraktivní pro potenciální zájemce.

6. Konference upozorňuje na narůstající problém nefungující generační výměny a potíže při obsazování nelukrativních pediatrických praxí.

Zapsala: MUDr. Dana Vurmová, MUDr. Ruth Adamová, MUDr. Jiřina Štrobachová

■ Usnesení regionální konference SVČ regionu SPLDD ČR konané dne 5. 4. 2014 v Ústí nad Labem

Konference vzala na vědomí:

- zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedkyní SVČ regionu MUDr. Balatkovou
- zprávu o hospodaření za minulé období přednesenou pokladníkem SVČ regionu MUDr. Sudkovou

Konference schválila:

- návrh rozpočtu SVČ regionu na rok 2014

Konference přijala:

- zprávu revizní komise SVČ regionu za uplynulé období přednesenou jejím předsedou MUDr. Michálíkem

Konference dále vzala na vědomí: vystoupení hostů, odborné přednášky

Konference konstatuje: účast členské základny na konferenci je méně než 1/5 z celkového počtu, v průběhu let přibližně na stejné úrovni. Opakovaně to svědčí o nízkém zájmu členské základny o dění ve Sdružení. Stále narůstá administrativní zátěž ordinací PLDD bez patřičného ocenění práce.

Konference upozorňuje: členy SPLDD, že vydání potvrzení o provedeném očkování, které ve skutečnosti provedeno nebylo, může naplňovat skutkovou podstatu trestného činu – viz § 350 tr. zák. s trestem odnětí svobody až na 2 roky nepodmíněně nebo zákazem činnosti.

Konference podporuje: předsednictvo SPLDD v úsilí o zachování statutu oboru PLDD; všechny snahy, které vedou k vyššímu finančnímu ohodnocení naší práce.



Konference vyzývá: členy SPLDD k větší účasti na akcích Sdružení.

MUDr. Valentová, MUDr. Fastrová,
MUDr. Michalík

■ Prohlášení XXIV. konference SPL ČR, 5. dubna 2014, Praha

Delegáti celorepublikové konference se zabývali současnou situací ve zdravotnictví a naléhavě žádají vládu, aby přehodnotila své rozhodnutí zrušit regulační poplatky v ambulantním sektoru a lékárnách. Důrazně upozorňujeme, že zrušení poplatků by znamenalo významný výpadek v příjmech ambulancí. V situaci, kdy od roku 2009 nedošlo k navýšení základní sazby kapitační platby, to bude znamenat pro řadu ordinací praktických lékařů existenční potíže. Proto trváme na tom, že pokud k zrušení poplatků dojde, musí být kompenzováno v plné výši a musí být předem jasné, jakým způsobem a z jakých prostředků to bude uskutečněno! Protestujeme proti populistickým úvahám o zavedení 24hodinové péče praktickým lékařem. Nepřetržitá zdravotní péče pro pacienty s akutními stavy je v ČR dlouhodobě dobře zajištěna, nelze ji však zaměňovat se 24hodinovou dostupností primární péče. V souladu se společným stanoviskem Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, Společnosti urgentní medicíny a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost podporujeme myšlenku maximálně posílit oddělení urgentních příjmů v nemocnicích a zapojení praktických lékařů do tohoto systému. Jiný způsob nelze v kvalitě odpovídající úrovni medicíny 21. století zajistit po stránce personální, technické ani finanční.

Znovu varujeme před hrozícím nedostatkem praktických lékařů a jejich nedostatečnou generační obměnou. SPL a SVL JEP se, s prokazatelnými výsledky, dlouhodobě snaží o řešení tohoto problému a hodlá v tom i nadále pokračovat, ale není v našich silách tento trend zcela odvrátit. Proto apelujeme na vládu, kraje a zdravotní pojišťovny, aby se tímto problémem systematicky zabývaly. Řešením však není prosté přesunutí lékařů jiných odborností do našeho oboru, které by nutně vedlo ke zhoršení péče a je v evropském kontextu zcela nepředstavitelné. Trváme nekompromisně na nutnosti složit atestaci z všeobecného praktického lékařství po předchozí, pro rekvalifikující se kolegy zkrácené, specializační přípravě.

Se znepokojením sledujeme současnou snahu o sanování ekonomických ztrát lůž-

kových zařízení. V minulosti jsme byli svědky oddlužení nemocnic již několikrát a nikdy to nevedlo k dlouhodobému výsledku. Bez zavedení systémových změn, bez racionalizace sítě zdravotnických zařízení, redukce lůžkových zařízení a zajištění podmínek pro maximálně možný přesun péče z lůžkových do ambulantních zařízení, ale také jasné nastavených pravidel kontroly pohybu pacienta zdravotnickým systémem, včetně prosazení rozumné míry jeho spoluúčasti, je prosté dosypání chybějících prostředků odsouzeno k neúspěchu. Povede jen k další disproporcii v rozdělení finančních prostředků mezi lůžková a ambulantní zařízení, které je již nyní zcela opačné, než je tomu ve vyspělých zemích.

Primární péče je základem fungujícího systému zdravotní péče ve všech vyspělých zemích. Dobře pracující, motivovaný a maximem možných kompetencí vybavený praktický lékař je základním kamenem celého systému zdravotní péče. Je schopen poskytovat velmi efektivně kvalitní a přitom ekonomicky dostupnou péči. V našich podmínkách segment praktických lékařů spotřebuje jen cca 6 % prostředků vydaných z veřejného zdravotního pojištění. Potenciál praktických lékařů přitom v ČR není ve srovnání s vyspělými zeměmi EU dobře využit. Voláme po větších kompetencích a posílení role primární péče a zejména praktických lékařů ve zdravotnickém systému ČR.

S politováním konstatujeme, že si nový ministr zdravotnictví dosud nenašel čas k jednání s reprezentanty tak významné složky zdravotního systému, a žádáme jej naléhavě o přijetí a zahájení dialogu nad uvedenými problémy.



■ Metodika k provádění pravidelného očkování proti tuberkulóze (TBC) v ČR

Ke sjednocení postupu při pravidelném očkování proti TBC prováděném podle platné legislativy pro tzv. rizikové skupiny pojištěnců (selektivní BCG vakcinace) připravilo Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR, Svazem zdravotních pojišťoven ČR, Českou pneumologickou a ftizelologickou společností ČLS JEP a Národní jednotkou dohledu nad TBC v ČR níže uvedenou metodiku.

Očkování proti TBC (selektivní BCG vakcinace) patří mezi pravidelná očkování hrazená z veřejného zdravotního pojištění prováděná podle § 30 odst. 2 písm. a) a § 17 odst. 2 (do 31. 3. 2012 – odst. 3) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů.

V praxi to znamená, že:

- Selektivní BCG vakcinace se provádí u dětí v riziku nákazy TBC, specifikovaném shora citovanou vyhláškou. Zpravidla do jednoho měsíce po převzetí dítěte do péče registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost jsou děti indikovány podle výše uvedené vyhlášky k provedení selektivní BCG vakcinace odesílány na pracoviště kalmetizace, kde se očkování provádí.
- Očkování provádějí v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, odborní lékaři pneumoftizeologové.
- Selektivní BCG vakcinace je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění a je vykazována kódem 25313 dle platného Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami s vykazáním přípravku – očkovací látky jako ZULP – ve skutečně spotřebovaném množství, tj. 0,01 – kód SÚKL 0058227- BCG VACCINE
- Očkovací látku dodává distributor bez finanční účasti poskytovatele, vakcína je hrazena zdravotními pojišťovnami přímo distributorovi.
- Bližší podmínky provádění, vykazování a ostatní činnosti související s tímto druhem povinného očkování se provádějí v souladu s „Metodikou provádění pravidelného očkování v roce 2012 a 2013“; tato metodika určená pro potřeby praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost při provádění pravidelného očkování se použije i pro potřeby pracovišť kalmetizace, která provádějí pravidelná očkování proti TBC u tzv. rizikových skupin pojištěnců.

Metodika je dostupná na webu:
www.szpcr.cz; www.distribucevakcin.cz.

V ostatních medicínských neindikovaných případech, kdy zákonný zástupce dítěte žádá jeho očkování (primovakcinaci) proti TBC,



hradí náklady (aplikaci, vakcínu a veškeré úkony a materiály) spojené s tímto očkováním zákonný zástupce dítěte. Revakcinace není prováděna ani na žádost rodičů, neboť jde o postup, který nemá odborné opodstatnění a není doporučován národní odbornou společností (CPFS) ani WHO.

2. aktualizované znění

V Praze dne 20. listopadu 2013



**SWEDEN
LOVES
CHILDREN**

■ Sweden Loves Children

Projekt zaměřený na podporu bezpečnosti dětí a prevenci úrazů

Mezi hlavní problémy z hlediska zdravého vývoje dětí patří bezpečnost v různých oblastech života. Průzkumy ukazují, že nejčastější příčinou úmrtí dětí a mládeže ve věku 1–19 let v rozvinutých zemích jsou úrazy a nehody. Nehody jsou obvykle považovány za zásahy vyšší moci, ke kterým dochází nevyhnutelně a proti kterým nemůžeme nic dělat. Ve skutečnosti lze většinu úrazů předcházet.

Česká republika musí udělat ještě hodně, aby se snížil počet a závažnost dětských úrazů. Průměr pěti nejvyspělejších zemí činí 14 případů dětských úmrtí na 100 000, zatímco Česká republika dosahuje 19 případů. Kdyby byla bezpečnost dětí v České republice na stejné úrovni jako ve Švédsku, dětská úmrtnost v důsledku úrazů by klesla o 50 %. „Sweden Loves Children“ navazuje na úspěšný projekt „Ze Švédska pro děvčata“ z roku 2009 a jeho cílem je podpořit šíření informací a znalostí a zvýšit povědomí o bezpečnosti dětí napříč celou společností. Součástí projektu je brožurka a webový portál s informacemi o vybraných klíčových tématech (bezpečný domov, bezpečnost venku, v dopravě, první pomoc, atd.) a také rodinný víkend, který bude probíhat ve dnech 16.–18. května v areálu IKEA v Praze 5-Zličín. V rámci této akce budou uspořádány semináře a různé aktivity pro děti související s uvedenou tematikou.

Projekt organizuje Velvyslanectví Švédska a Business Sweden (obchodní oddělení) ve spolupráci se švédskými a českými společnostmi a organizacemi, přičemž mezi hlavní partnery patří Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR.

Více informací o projektu naleznete na stránkách <http://www.swedenloveschildren.cz>, které budou spuštěny začátkem května.

■ ČLK představila návrhy řešení krize zdravotnictví

Zvýšení odvodu státu do zdravotnictví a pravidelnou valorizaci podle růstu průměrné mzdy, zdravotní daň za tabák a za alkohol, slučování zdravotních pojišťoven a nulovou sazbu DPH na léky navrhuje Česká lékařská komora (ČLK) v souboru opatření, která by měla ozdravit ekonomiku českého zdravotnictví. Novinářům je představil prezident ČLK Milan Kubek, jenž uvedl, že materiál dostali premiér a ministři financí a zdravotnictví. Podle Kubky by měl stát zdravotnictví vrátit to, co mu vzal růstem DPH nebo devalvací koruny.

„Zdravotnictví je katastrofálně podfinancované, je nedostatek zdravotníků a prohlubují se rozdíly dostupnosti péče mezi regiony. ČLK proto dala dohromady plán, kudy z krize. Pokud politici plán převezou, mohl by během dvou let přinést reálné výsledky,“ řekl Kubek.

Kubek: Šetřit můžeme, ale kde to skončí?

Upozornil, že další šetření ve zdravotnictví, o němž mluví politici, by bylo už na úkor občanů a dostupnosti péče. Pokud se mluví o únicích peněz korupcí, nelze proti ní podle Kubky bojovat izolovaně jen ve zdravotnictví. I proto návrh ČLK mluví o tom, že žádné veřejné zakázky nesmějí dostat firmy s nejasnou vlastnickou strukturou.

Pro objasnění toku peněz, jak to požaduje ministr financí Andrej Babiš (ANO), žádá ČLK zveřejňování smluv pojišťoven s nemocnicemi a praxemi, včetně úhradových dodatků a cen výkonů. Reálné ceny by měl stanovit nový seznam výkonů. ČLK navrhuje slučování zdravotních pojišťoven, v první fázi Všeobecné zdravotní pojišťovny s pojišťovnami vojenskou a vnitra.

ČLK navrhuje vznik komisí na ministerstvu pro posuzování efektivity nových léků a zdravotnických technologií a pro rozmisťování nákladné zdravotnické techniky. V návrhu je i zjednodušení dalšího vzdělávání lékařů

a zákon o veřejných neziskových nemocnicích.

K přínosu daně za tabák doplnil Kubek, že v ČR se vykouří 20 miliard cigaret za rok. Když dostane resort dvacet haléřů z každé cigarety, získá čtyři miliardy korun ročně, což kompenzuje zrušené regulační poplatky.

Velká míra shody

Kroky ke stabilizaci resortu chystá také ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD), v řadě návrhů se shoduje s komorou. Počítá například s větším využitím centrálních nákupů ve státních nemocnicích a zřízením přístrojové komise. Návrh změn dá příští týden vládě.

Němeček rovněž připravil návrh zákona, podle kterého stoupnou odvody státu do zdravotnictví od letošního července ze 787 na 845 korun. Pojišťovny by musely navýšit denní platbu za lůžko, nemocnice by tak ve 2. pololetí dostaly 2,1 miliardy korun za zrušené poplatky. V koalici se kvůli této kompenzaci rozhořel spor. Babiš souhlasí s náhradou výpadku pro letošní rok, o dalších letech se prý teprve bude jednat.

Na problémy financování nemocnic poukázala Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN), sdružující menší zařízení. Podle ní má ČR příliš mnoho velkých, a tedy drahých nemocnic, a málo menších, a tedy levnějších. „Rakousko vystačí s 5500 lůžky ve třech fakultních nemocnicích, my jich máme 15 000. Jsou ovšem dobrým byznysem, proto je dodavatelská lobby chrání a propaguje,“ uvádí AČMN v materiálu, který dala Babišovi.

Za nezbytné považuje AČMN zveřejňování smluv s pojišťovnami i s dodatky, aby veřejné peníze byly pod veřejnou kontrolou. Kritizuje praxi, kdy nemocnice zadávají služby firmám, a také to, že ziskové obory, jako dialýza a laboratoře, předávají do soukromých rukou. Poukazuje i na nevyřešené financování dlouhodobé péče a špatnou lékovou politiku. Se zásahy právě v těchto oblastech Němeček počítá.

zdroj: ČTK, zdravi.E15.cz, 9. 4. 2014



24hodinová dostupnost lékařské péče

Lékařská pohotovostní služba

MUDr. Ilona Hülleová

Předsedkyně SPLDD ČR o.s.

Konference České lékařské komory, Praha, PS PČR, 6. března 2014

Lékařská pohotovostní služba (LPS, dříve LSPP) pro děti má svá specifika. V ČR není jednotný systém. Je velká variabilita dle krajů, v minulých letech proběhla „živelná“ redukce sítě. Některá pracoviště zanikla zcela, a to bez negativního dopadu na časovou a místní dostupnost pro pacienty. Zcela odpadla návštěvní služba, superakutní a naléhavé stavy převzala zdravotnická záchranná služba. Pokud byla v některých okresech zrušena dětská LPS, zajišťují ji příslušná dětská oddělení. Dětská LPS musí mít návaznost zejména na spádová dětská oddělení, ideálně je zřizována v areálu nemocnic. Personálně ji zajišťují lékaři a zdravotní sestry s odpovídajícím vzděláním v péči o děti. Ordinance LPS musí mít příslušné vybavení, nejlépe s možností využít přístroje rychlé diagnostiky, jako je CRP, močový analyzátor, krevní obraz, musí

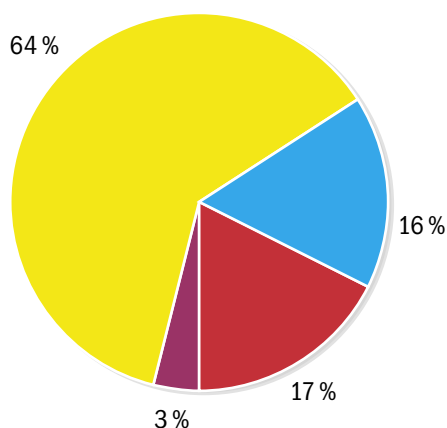
mít zajištěnu návaznost na komplement (rtg, sonografické vyšetření, laboratoř...), další odborné ambulance a v neposlední řadě i na lékárenskou službu. To vše za podmínek vyhovujícího finančního zajištění. Celkem bylo dle dat z ÚZIS v r. 2012 v rámci LPS ošetřeno 309 364 dětí, absolutně na 100 obyvatel se jednalo o 2,9 případu.

Dne 15. 5. 2012 bylo profesními organizacemi praktických lékařů, Společností urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a Společností všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně podepsáno „Memorandum k LPS“ o zrušení LPS jako takové a nahrazení této služby systémem pracovišť urgentních příjmů ve vstupních traktech nemocnic. Toto memorandum vzbudilo poměrně značný negativní ohlas ze strany zástupců České pediatrické společnosti

(ČPS JEP), primářů dětských oddělení, ale i dalších pediatriů, neboť vznikly obavy, že by se celé zajištění lékařské pohotovostní služby přesunulo na jejich bedra. Proto jsme se rozhodli v loňském roce vytvořit společný dotazník SPLDD a ČPS JEP, který by zmapoval a zanalyzoval situaci ohledně zajištění dětské LPS v ČR. Dotazník byl vyplněn okresními zástupci PLDD (praktických lékařů pro děti a dorost) a následně pak i primáři dětských oddělení v ČR. Společně výstupy zpracovala ČPS JEP a celá prezentace je vyvěšena na webových stránkách ČPS JEP. Dovolím si některé společné výstupy zde prezentovat.

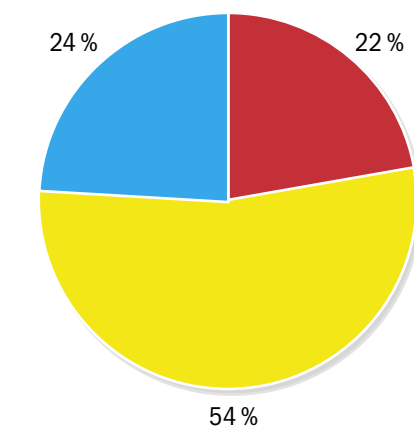
Údaje ČPS byly získány ze 72 pracovišť (z počtu cca 100 pracovišť), údaje SPLDD také ze 72 stanovišť, z toho 52 pracovišť bylo identických. Celkem jsme získali údaje z 95 pracovišť. Uvedu jen některé z otázek a jejich společný výstup.

Kdo je zřizovatelem dětské LPS?



■ kraj
■ obec
■ NZZ
■ MZ

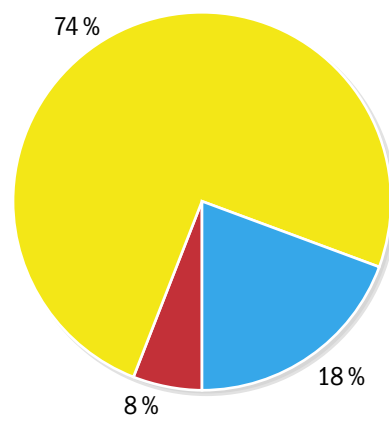
Jak je zajišťován provoz LPS ve všední den?



■ Večer
■ Non-stop
■ Nezřízena

V nadpoloviční většině je zajištěn od 17 hod. do 20 hod. či 22 hod. Ve velkých městech, převážně krajských městech, je dětská LPS od 17 hod. do 7 hod. ráno.

Jak je zajištěna LPS pro děti ve dnech pracovního volna?

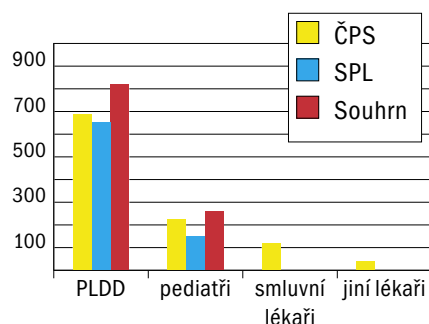


■ Den
■ Non-stop
■ Nezřízena

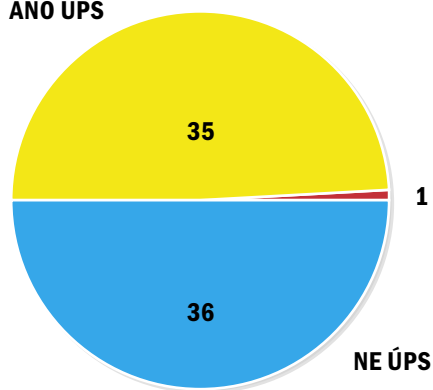
Většinou se jedná o LPS od 8 hod. do 20 či 22 hod. večer, dále je pak LPS zajištěna v rámci ÚPS na dětských odděleních.

**Počty lékařů, kteří zajišťují dětskou LPS.**

Na zajištění dětské LPS se podílí cca 850 PLDD (tj. 40 % PLDD), je to dáno i tím, že v některých lokalitách není poptávka po těchto službách u příslušných PLDD. Např. Brno má profesionální LPS, které se PLDD nemusejí účastnit. Dále se na zajištění podílí cca 250 pediatriů z lůžkových zařízení (cca 22 % nemocničních pediatriů) a dále jiní smluvní lékaři, např. z jiných odborností.

**Jaký je podíl PLDD na ÚPS na dětských odděleních?**

Prekvapivě bylo zjištěno, že téměř na polovině pracovišť dětských oddělení se na zajištění ústavní pohotovostní služby účastní PLDD (jednalo se o 75 lékařů – bez ohledu na to, jakou mají specializovanou způsobilost). Ukazuje se, že bez jejich účasti by některá dětská oddělení nebyla schopna zajistit svůj nepřetržitý provoz.

ANO ÚPS

V dotazníku ČPS JEP byla také otázka, zda primární dětských oddělení podporují zavedení urgentních příjmů pro děti. Podpora byla jen v 6 %. Ukázalo se, že takovéto urgentní příjmy pro děti jsou v ČR v současnosti raritou.

Souhrnně lze konstatovat, že současný stav zajištění dětské LPS vyhovuje (úplně

či částečně) 85–90 % dotázaných. Některé okresy nemají LPS pro děti, v řadě okresů existují souběhy ÚPS a LPS, často bez odpovídajícího finančního ohodnocení sloužících lékařů. PLDD se podílejí na zajištění ÚPS. Nikde není výjezdová LPS. Hodinová mzda na LPS se pohybuje ve všední den v průměru 260 Kč/hod., v So + Ne + svátky v průměru 320 Kč/hod. 93 % LPS je zřízeno v areálu nemocnic, komplement je dostupný v 85 %. Komplement často není dostupný v krajských městech! Existují některá problematická místa, kde není dobře vyřešeno zajištění dětské LPS, jako například v Nemocnici Na Bulovce a v Českých Budějovicích. Zástupci SPLDD se ve spolupráci se zástupci ČPS JEP snaží situaci řešit. Většinou dohodě brání nedostatečné finanční ohodnocení práce lékaře.

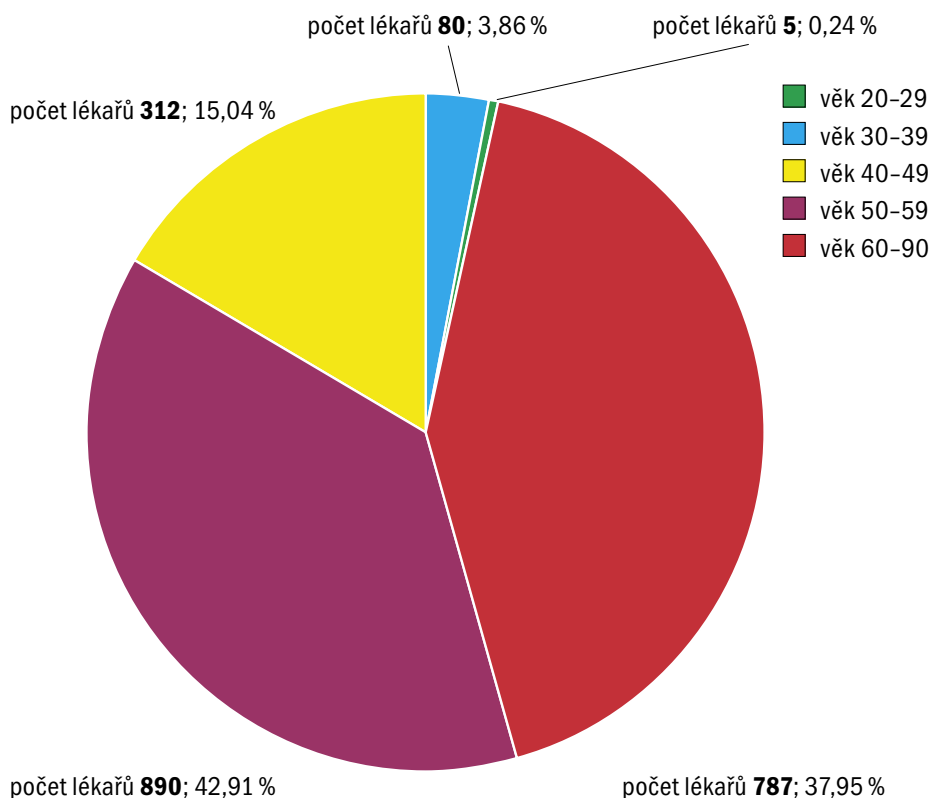
Pokud se bavíme v širším kontextu o dostupnosti péče pro děti v ČR, nemohu se nezmínit o alarmujících demografických ukazatelích v oboru PLDD. Máme velmi nepříznivé věkové složení, zájem o obor u mladých lékařů je, ale klesá v okamžiku, kdy se odhalí reálné příjmy běžných praxí PLDD, zejména

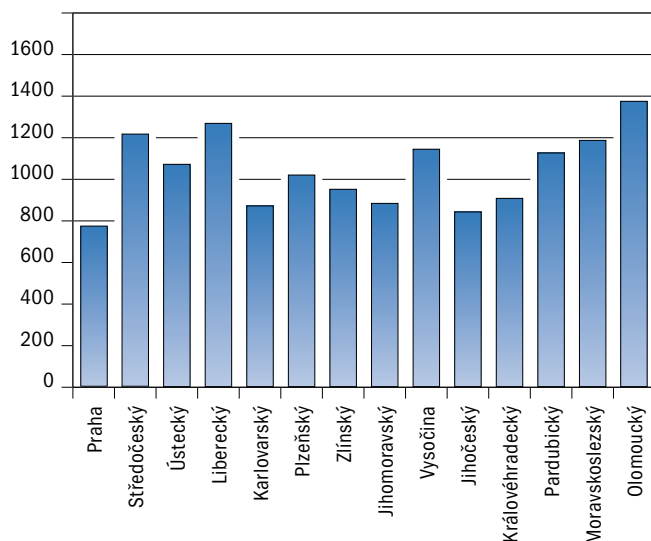
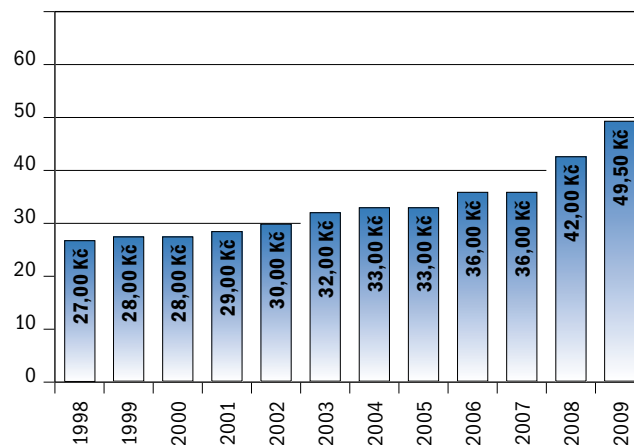
na vesnicích a malých městech, kde klesá počet narozených dětí. Negativně vnímáme nedostatečnou podporu státu, jak MZ ČR, tak i jiných odpovědných orgánů. Malý počet rezidenčních míst a složitost administrativy s tím spojené jen prohlubují současný problém v budoucím zajištění primární péče o děti. Naproti tomu je velká poptávka ze strany veřejnosti, každý rodič chce pro své dítě dostupného a kvalitního PLDD, každý starosta by chtěl mít pro své občany zajištění tuto péči. A tak pokud se situace nezmění, možná už v příštích volbách se budou muset politici tímto problémem zabývat. Vychovat mladé lékaře se však nepodaří ze dne na den. V dnešní době se snažíme navíc ve svých ordinacích rozšiřovat spektrum služeb či výkonů pro své pacienty, vyléčíme spoustu pacientů ambulantně. Promítlo se to v posledních letech i na tzv. obložnosti některých dětských oddělení. V neposlední řadě je péče PLDD pro zdravotní pojišťovny péčí nejlevnější, na to by se nemělo zapomínat.

Z následujícího grafu je vidět, že nad 50 let věku je 81 % PLDD. Věkový průměr je 58 let. To jsou alarmující čísla.

Věkové složení PLDD

zpracovala Ing. Veronika Drahovzalova



**Počet obyvatel do 19 let na jednoho PLDD****Kapitace**

Pokud srovnáme vývoj za poslední tři roky, je vidět, jak prudce se tento negativní trend prohlubuje. V roce 2010 bylo nad 50 let 68 % a v roce 2013 již 81 % PLDD. V roce 2010 bylo do 49 let 25 % PLDD, v roce 2013 jen 19 %.

Pokud se podíváme na počet dětí do 19 let připadajících na jednoho PLDD v jednotlivých krajích, můžeme vidět, které kraje budou mít problém s dostupností PLDD mezi prvními. Jedná se o kraj Olomoucký, Liberecký, Středočeský, Moravskoslezský i Vysočinu.

Nemohu se také nezmínit o často diskutované kapitační platbě, která je některými považována za samozřejmý příjem peněz, bez ohledu na množství práce, kterou lékař odvede. Je zavedena od roku 1996 a jedná se o paušální platbu na pacienta. Je kalkulována na osmihodinovou pracovní dobu. Její výše stagnuje od roku 2009! Její vývoj můžeme vidět na uvedeném grafu. PLDD navíc byli postiženi tím, že zrušené regulační poplatky u dětí i přes sliby politiků a zástupců MZ ČR nebyly doposud stále řádně vykompenzovány. Pro ordinace PLDD to znamenalo, že průměrně přišly o 6,5 tis. Kč měsíčně. Za rok jsou to nemalé peníze, které mohly být investovány do rozvoje ordinací. Za poslední léta dochází k výrazným kvalitativním změnám náplně práce u poskytovatelů v oboru PLDD. Jednak došlo ke kvalitativnímu zlepšení diagnostiky s pomocí používání metod rychlé diagnostiky (např. vyšetření CRP, streptestu, KO + diff) v ordinaci. V posledních letech byli PLDD nuceni

zajistit nový systém distribuce, skladování, evidence a složitý vykazování očkovacích látek, včetně nákupu očkovacích látek pro nepovinná očkování hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Staly se z nás svým způsobem malé lékárny, ale pouze s určitými kompetencemi a povinnostmi týkajícími se vakcín. Přineslo to velkou administrativní zátěž a opět bez odpovídající finanční kompenzace. K další administrativní i časové zátěži postupně dochází vydáváním nových vyhlášek týkajících se posuzování zdravotní způsobilosti dětí téměř ke všemu (školy, ozdravné pobyty, tělesná výchova, sport...). Postupně nám narůstá počet hodin, které jsme nuceni věnovat složitější posudkové činnosti dle těchto vyhlášek.

Když se vrátím k současné situaci LPS pro děti, je otázkou, zda jde o přežitek, či stav vyhovující, který je nutno pouze kultivovat a napravit tam, kde to nefunguje. Ukazuje se, že je nezbytná spolupráce PLDD a pediatrii dětských oddělení. Měla by být stanovena minimální kritéria na zajištění dětské LPS. Dostupnost dětských oddělení je více než dobrá, ale problém na některých z nich vidíme v personálním zajištění, chybějí lékaři s odpovídajícím vzděláním. Začínáme pocítovat nedostupnost některých odborných ambulancí pro děti a dorost. V neposlední řadě opakovaně upozorňujeme na problém lékárenské služby. Chybí její návaznost na LPS, zejména ve večerních hodinách. Nejsme na LPS oprávněni vydávat léky, jako jsou např. ATB, často v sirupových formách a s doplankem.

Závěrem bych chtěla upozornit, že PLDD nemohou zajišťovat 24hodinovou péči pro děti v ČR, a to z objektivních důvodů (věk, problém generační výměny, financování). Kapitační platba je kalkulována na osmihodinovou pracovní dobu. Jedním z řešení zajištění dětské LPS je kultivovat stávající stav. Dalším možným řešením je zřídit systém urgentních příjmů, ale ve své podstatě by provoz zajišťovala stávající dětská oddělení s pomocí PLDD, což při nedostatku lékařů, financí a hrozím zneužívání pacienty při dostupnosti takovéto služby není příliš reálné. Jedná se také o nákladné řešení pro zdravotní pojišťovny. Dalším řešením je možnost „privatizace“ dětské LPS ze strany PLDD. Opět upozorňuji na nedostatek lékařů, problém financování. Kapitační platba by musela být několikanásobně vyšší, bez nutné spoluúčasti pacientů si takovouto službu nedovedeme představit. PLDD stále více pociťují tlak na vyšetřování dětí nejlépe ve večerních hodinách, a to nejen z důvodů pracovních. Nejsme militantní skupinou lékařů, trpělivě pracujeme a zajišťujeme i přes kritiku některých kvalitní a fungující primární péči pro děti a dorost. Naší snahou je ji zlepšovat a zachovat v ČR. Bude ovšem potřeba i pomoci jiných kompetentních orgánů a osob k tomu, aby se tato péče nestala během příštích let nedostupnou pro děti a jejich rodiče.



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

14. 3. – SZÚ – dr. Šebková se účastnila jako členka hodnotící komise ve Státním zdravotním ústavu. Mimo jiné řešena i možná spolupráce se SZÚ – např. mohou být poskytovány edukační materiály, které jsou na SZÚ k dispozici, jako nejvhodnější se jeví elektronická forma k možnosti vyvěšení na web a stažení. Ze strany PLDD budou poskytnuty vhodné náměty na materiály, které bychom využili jako pomoc ve svých praxích. K tomuto účelu plánujeme zavést na webu OSPDL záložku „edukační materiály“.

18. 3. – dr. Šebková se zúčastnila jednání schůzky ČARO (Česká aliance proti chronickým respiračním onemocněním), předsedá prof. Kolek. OSPDL je členem jako jedna z odborných i laických společností, které si daly za úkol pořádat aktivity v prevenci chronických respirací. Naše aktivita by měla být součástí mezioborové spolupráce v kultivaci preventivních a léčebných postupů u dětí.

20. 3. – dr. Šebková – schůzka se zástupkyní firmy Nutricia – možnosti spolupráce.

Výbor OSPDL – vybraná témata:

- Výboru se účastnili v letošním roce poprvé regionální zástupci odborné společnosti, nově MUDr. Valeš ze severní Čechy. Řešila se tedy i regionální problematika.
- V návaznosti na kulatý stůl při Kongresu primární péče – skupina odborníků na školní stravování se ohradila vysvětlujícím dopisem ministerstvu zdravotnictví proti snaze vedoucí k neodborným zásahům do stravovacího systému ve školách ze stran zastánců spíše alternativního stravování. Kultivace stravování jistě prospěšná, ale musí být v rukách odborníků na dětskou výživu.
- Byla dokončena studie Výživa dětí v časném věku (spolupráce OSPDL se

Společností dětské výživy). V květnu t.r. se bude konat konference s první prezentací výsledků, v dalším by měly navazovat semináře s danou problematikou. Doporučený postup, který vypracoval kolektiv autorů z oborů dětská gastroenterologie, alergologie, neonatologie a který odpřipomínkovali zástupci naší společnosti, je připraven k vydání jako další brožura, která bude distribuována prostřednictvím VOXu.

- Dr. Šebková oslovena ke spolupráci OSPDL Ing. Vignerovou ohledně antropologického průzkumu českých dětí. Nutné upřesnění růstových dat, poslední údaje již několikaleté. Podpora schválena všemi přítomnými. Detaily spolupráce budou dohodnuty na osobní schůzce.
- 22. 4. v rámci Evropského vakcinačního týdne proběhne seminář na půdě Senátu ČR, dr. Šebková se zúčastní aktivním sdělením.
- Zlínský pediatrický kongres – stav příprav – postupně obsazovány odborné bloky zástupci PLDD – kazuistiky.
- V květnu by se měly konat dvě konference na podporu očkování pořádané ve spolupráci SPLDD a OSPDL – Praha, Brno.
- Školitelé – prakticky doladěn program – ústřední vzdělávací téma *Bolest a léčba bolesti*. Staronový blok kazuistik. Pozvánky půjdou po polovině dubna t.r.
- Prakticky dány dohromady pracovní skupiny OSPDL – půjdou přes regionální zástupce a školitelům k možnosti přihlásit se k účasti v nich.

25. 3. – schůzka dr. Šebková a pan Břečtan, místopředseda ČAVO (Česká asociace pro vzácná onemocnění). Spolupráci navázala MUDr. Kubátová, která je členkou komise pro vzácná onemocnění při MZ. OSPDL

byla požádána o spolupráci. ČAVO sdružuje pacientské organizace, které sdružují pacienty s vzácnými onemocněními. Tato onemocnění nemají mnohdy jasné příznaky a vzhledem k jejich malému počtu na ně lékaři mnohdy nepomyslí. Aktivity této organizace by měly ve spolupráci s odborníky přispět k včasné diagnostice a ke zlepšení komfortu takto nemocných lidí. V některém z příštích čísel VOXu vyjde vysvětlující odborný článek a leták upozorňující na některé příznaky, které nás mohou dovést k „vzácné diagnóze“. Stejně tak se toto téma jeví jako jedno z možných pro další vzdělávání PLDD.

26. 3. – dr. Šebková – NIKO (Národní imunizační komise) – na jednání mimo jiné bylo: doporučení pro očkování proti meningokokovým infekcím, možnosti očkování proti rotavirovým infekcím, změna schématu v očkování proti HPV, současná situace kolem převzetí záruky státu za nežádoucí účinky po očkování. Výstupy budou vyvěšeny na web, otištěny ve VOXu.

27. 3. – dr. Šebková – zástupkyně firmy Sanofi – možnosti spolupráce.

3. 4. – dr. Šebková – zástupce firmy Nestlé – možnosti spolupráce.

Zástupci OSPDL se účastní konferencí SPLDD, převážně předsedkyně, dále zástupci výboru MUDr. Rytíř, MUDr. Matoušková.

Probíhají semináře Očkování 2014 – opět velmi dobrá odborná úroveň, účast střídavě výborná a slušná. Vzhledem k tématům velmi doporučujeme účast.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR Praha a střední Čechy a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

si vás dovoluji pozvat na cyklus odborných seminářů pořádaných tradičně v Lékařském domě ČLS JEP v Praze, Sokolská 32, Praha 2 vždy první čtvrtek v měsíci v 16.30 hod.

5. 6. 2014

Hematurie

MUDr. Monika Kolská

Nefrologická ambulance, Praha



OSPDL ČLS JEP



Možnosti ambulantní a jednodenní chirurgie v dětském a dorostovém věku

MUDr. Libor Janeček

GALEN, Klinika ambulantní a jednodenní chirurgie, Ústí nad Orlicí

Jeden den příjem, druhý den operace, třetí, někdy i čtvrtý den propuštění. Stále ještě aktuální standard většiny pediatrickochirurgických pracovišť při léčbě jednoduchých chirurgických onemocnění či vrozených stavů dětského věku.

Varianata?

Příchod do zařízení, do 15 minut na operačním sále, do 2 (maximálně 4) hodin po výkonu propuštění do domácí péče, u složitějších operací do 24 hodin. Sci-fi? Nikoliv! Běžná praxe specializovaných zdravotnických zařízení zaměřených výhradně na poskytování ambulantní a jednodenní chirurgické péče.

Pojďme si nyní blíže, kriticky a ze všech pohledů popsat oba modely, přičemž je potřeba zdůraznit, že veškerá diskuse se týká JEN plánovaných výkonů (elektivní chirurgie), které řeší frekventně nejčastější onemocnění dětského (1 až 18 roků) věku. Zcela mimo diskusi ponechávám akutní onemocnění, úrazy a jiné závažné stavy s předpokládanou delší dobou léčby a nutností intenzivní léčebné a rehabilitační péče, kde je úloha lůžkových zařízení nezastupitelná.

■ Operace prováděné za hospitalizace na lůžkovém oddělení

První den hospitalizace: Příjmové vyšetření dítěte, založení chorobopisu, vlastní příjem – ubytování na oddělení (cca 30 minut). Čekání... Předanesteziologické vyšetření (cca 30 minut). Čekání... Noc před operačním zákrokem – v cizím prostředí, zpravidla s několika spolehospitalizovanými dětmi a jejich maminkami. Á propos. Maminky. Dle Charty práv dítěte má každé hospitalizované dítě nárok být přijato s rodičem (zpravidla maminkou, otec na jinak „ženském“ pokoji je málo žádoucí). Ale jak to udělat? Oddělení zpravidla nejsou stavebně (především dostatkem sprch a WC) uzpůsobena modelu dítě + vždy rodič. Není dostatek lůžek pro doprovod, který, je-li přijat, ubírá z vlastní lůžkové kapacity oddělení. Nejsou-li lůžka volná (obsazena nemocnými

děti), přichází i dnes varianta židle u lůžka, v lepším případě polohovací křeslo, někdy i karimatky na zemi. V těchto případech se několikadenní pobyt na oddělení stává nezapomenutelným zážitkem.

Druhý den hospitalizace – operační den: Čas vytoužené operace není pro každého stejně příznivý. Někdo je vypsán na 7.30 hodin, ale pracovní doba je osmihodinová, tedy někdo musí být operován i např. ve 14.30 hodin. Netrpělivé čekání... Oddělení dětské chirurgie však nedělají jen plánované výkony, ale řeší i případy akutní. A to může být nemilá komplikace. Při akutních výkonech se plánovaný operační program zcela pochopitelně přeruší. Ještě netrpělivější čekání... Stane-li se to v druhé polovině pracovní doby, je reálné i odložení operace na další den. Po vlastním výkonu krátká monitorace vitálních funkcí (60–120 minut), dále již jen podávání analgetik, pokud jsou třeba. Další noc v nemocnici rušená nutným provozem oddělení, jinými nemocnými či jejich doprovodem.

Třetí den hospitalizace – první pooperační den: Ranní vizita – pustí nás domů? Běda, otok a malý hematom v operační ráně! Teplota 37,3 °C! „Raději si vás tady ještě necháme.“ (Koneckonců každý lůžkoden se počítá.) Čekání... Jedinými opatřeními toho dne jsou občasná kontrola sestrou, lékařem, studené obklady a analgetika dle potřeby. Každý další den v nemocnici je delší a delší.

Čtvrtý den hospitalizace – druhý pooperační den: Ranní vizita – propuštění do domácí péče. No, ještě trpělivost, než se vyřídí všechny administrativní záležitosti. A hurá domů.

Platí-li teze, že pro dětské pacienty je vlastní hospitalizace (zvláště pak bez rodiče, ano, i takové děti na odděleních bývají) větší

zátěž než samotný operační zákrok, pak je výše popisovaná skutečnost alarmující.

Jaké zvláštní výhody by výše popsany model oproti ambulantní a jednodenní chirurgii mohl mít? Obvyklým argumentem je udávaná vyšší BEZPEČNOST výkonu! Ptáme-li se, čím je tato vyšší bezpečnost reprezentována, je již argumentace obtížnější. Předoperační příprava se neliší, celková anestezie bez odlišností, pooperační monitorace identická. A v okamžiku, kdy je ambulantní či „jednodenní“ pacient propouštěn do domácího ošetřování, je již zcela mimo riziko ohrožení akutními pooperačními komplikacemi a platí, že nikdo neposkytne dítěti lepší péči než vlastní matka.

V čem je naopak možné spatřovat další negativa hospitalizace? Kromě zcela nepochybného negativního emocionálního efektu z vytržení dítěte i matky z rodinného prostředí, někdy spojeného s nutností odloučení od dalšího dítěte, ev. nutností přijetí zdravého dítěte do nemocnice, zcela jistě ve zvýšeném riziku nozokomiální infekce!

■ Operace prováděné ambulantně a v režimu jednodenní chirurgie (one day surgery)

Tyto výkony jsou definovány jako operace prováděné v celkové anestezii, kdy pacient je propouštěn do domácí péče několik hodin (ambulantní chirurgie), ev. do 24 hodin (jednodenní chirurgie) po operaci. Z pochopitelných důvodů jde o výkony standardní, technicky snadné, kratší, málo extenzivní. Tyto parametry splňuje velká většina operací dětského věku, proto jsou ambulantní a jednodenní výkony pro pediatrickochirurgickou praxi obzvláště vhodné.



Nutné (nepodkročitelné) předpoklady této operativy:

- 1) Technicky i personálně vybavené pracoviště specializující se na ambulantní a jednodenní chirurgii a vyčleněné pouze k tomuto účelu.
- 2) Zdravé dítě (vždy starší 1 roku věku), respektive dítě bez anamnesticky závažných rizikových onemocnění či stavů, klinicky vyjádřeno pouze děti s ASA I a II.
- 3) Kompetentní rodič. Rodič, který operaci v daném modelu péče CHCE! Rodič, který je schopen garantovat dobu lačnění! Rodič, který je ochoten na sebe přebírat odpovědnost za dodržení pooperačních doporučení a další péči.
- 4) Rodiče dítěte musejí disponovat mobilním telefonem a osobním vozem.
- 5) Předoperační vyšetření provedené registrujícím obvodním dětským lékařem.
- 6) Erudovaný anesteziolog se zkušenostmi s dětskými pacienty.
- 7) Erudovaný dětský chirurg s příslušnou kvalifikací.
- 8) Zajištění následné domácí péče systémem „home care“ u jednodenní chirurgie.
- 9) 24hodinové zajištění ev. následné zdravotní péče při možných komplikacích.

Tyto předpoklady jsou nutné, ale z určitého pohledu důležitější je naprosto dokonalý soulad (až partnerský vztah typu osobní lékař) mezi chirurgem a rodičem. Maximální otevřenost a informovanost dítěte (adolescenta) i rodiče jsou samozřejmostí. Další

nutností je 24hodinová dostupnost chirurga na mobilním telefonu! Rodič musí vědět, že když bude potřebovat, bude mít svého lékaře k dispozici.

Spíše již jen pro informaci uvádím, že takováto specializovaná centra jsou ekonomicky rentabilní a zdravotními pojišťovnami preferovaná (úhrada systémem balíčkových cen), protože snižují nákladnost zdravotní péče při zachování její kvality.

Až dosud teoretická stať o ambulantní a jednodenní chirurgie dětského a dorostového věku. Ale výše uvedené není teorie, výše uvedené je potvrzeno praxí.

V letech 2009–2013 (5 let) jsem na Klinice ambulantní a jednodenní chirurgie GALEN v Ústí nad Orlicí provedl 2259 ambulantních operací a 230 operací v režimu jednodenní chirurgie u celkem 2081 dětí.

Vážené kolegyně, kolegové, k publikaci tohoto článku jsem byl vyzván vaší společností, jistě pro všeobecný zájem o danou problematiku. Ambulantní a jednodenní chirurgie má pro svoje charakteristiky aktuálně nezastupitelné místo v dětské chirurgii, což má článek dokumentovat. Doufám, že po přečtení sdělení třeba i změníte některé zažité postupy a že lepší informovaností dáte rodičům i dětem možnost výběru a volby.

www.liborjanecek.cz

Spektrum nejčastějších výkonů a jejich počty:

Ambulantní operace

plastika kýly (pupeční, tříselné, ventrální...)	854
orchidopexie	180
exstirpace hydrokély varlete	100
výkony na předkožce (deglutinance, discize...)	736
korekční otoplastika	24

Operace v modelu one day surgery

laparoskopická appendektomie	64
laparoskopická cholecystektomie	18
laparoskopická disekce spermatických cév u varikokély	135

Filtry v nosních dírkách pomáhají alergikům

Pomůcka o velikosti kontaktních čoček by měla ulevit pacientům, kterým vdechování pylu dělá ze života peklo. Vědci z univerzity v dánském Aarhusu uskutečnili klinickou studii, která dokázala, že takovéto filtry výrazně pacientům pomáhají. Vloží se do obou nosních dírek a podle své hustoty zachycují složky vzduchu, včetně travního pylu. Studie, zatím v laboratorních podmínkách, prokázala, že malé filtry ulevují v průměru o 75 % od typických symptomů alergie, aniž by byly pro uživatele nepohodlné. Filtry se však zatím nevyrábějí, ještě je čekají větší testy v reálném prostředí.

Zdroj: *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, doi: 10.1016/j.jaci.2014.01.004, doktorvlach.cz, 15. 3. 2014

Nová třída antibiotik, objevená v počítači, by měla zvládnout i MRSA

Našli ji američtí vědci pomocí rozsáhlých počítačových simulací, ověřili ji zatím na myších. Novou třídu antibiotik, která dokáže ničit methicilin-rezistentního zlatého stafylokoky (MRSA) a další odolné bakterie, objevil tým chemiků z univerzity Notre Dame v americké Indianě. Výzkumníci tyto látky „našli“ v počítači – přesněji, vytipovali je, když pomocí počítačových simulací posuzovali vlastnosti 1,2 miliónu známých sloučenin. Jako vhodný kandidát jim vyšla sloučenina oxadiazol. Její praktickou účinnost zatím ověřili na myších. Ukázalo se, že například brzdí projevy penicilin vázající bílkoviny PBP2a, která právě způsobuje odolnost bakterie vůči antibiotikům. MRSA i další bakterie si postupně vytvářejí rezistenci i proti těm antibiotikům, která proti nim zatím ještě účinkují. Už proto je nový lék velmi slibný. Jeho výhodou navíc je, že by mělo být možné podávat jej orálně.

Zdroj: *Journal of the American Chemical Society*, doi: 10.1021/ja500053, doktorvlach, 13. 3. 2014



Traumatická poranění jícnu a cizí tělesa v jícnu a žaludku

Prof. MUDr. Jiří Nevorál, CSc.

Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

■ Poleptání jícnu žíravinou

Etiologie

Poleptání jícnu žíravinou vzniká při větší-
nou náhodném požití louhu nebo kyseliny.
Nejčastěji postiženými jsou děti ve věku 1-4
roky. Přístup dětí tohoto věku k nebezpečným
látkám v domácnosti, přelévání nebezpeč-
ných roztoků do lahví, které děti znají jako
obaly obsahující tekutiny vhodné k pití, jsou
stálými příčinami tragických událostí. Požití
louhu je horší než požití kyseliny. Louh je bez
chuti, a tak také jeho požití množství bývá
větší než množství kyseliny, která je hořká.

Patogeneze

Průnik louhu do stěny jícnu vede ke kolik-
vační nekróze a perforaci. Sekundárně se
může připojit bakteriální infekce. Zvláště
nebezpečná jsou granula, která mohou
dlouhodobě působit na sliznici. Poleptání
kyselinou vede ke koagulační nekróze.

Klinický průběh

Na sliznici v dutině ústní mohou být vidět bo-
lestivé edematózní změny skelného vzhledu.
Díky polykacímu reflexu však mohou být
změny v dutině ústní jen málo vyjádřené.

**Nepřítomnost lézí v dutině ústní a faryngu
nevylučuje možnost závažného poleptání
jícnu!** Typické symptomy pro poleptání jsou
bolestivá dysfagie, slinění, zvracení, odmí-
tání pití, retrosternální bolesti, bolest břicha
a stridor. Asi u 20 % pacientů se vytvoří
striktura jícnu.

Diagnostika

Horní endoskopie je doporučována jako
nejefektivnější metoda k určení rozsahu
poleptání.

Léčba

Naředění mlékem nebo vodou je doporu-
čováno jako první pomoc. Vyvolávání zvr-
acení, neutralizace a výplach žaludku jsou
kontraindikovány. Při zvracení hrozí nové
poleptání a aspirace. Pokus neutralizovat

louh kyselinou je nepřipustný pro tvorbu
tepla. Nejdříve je třeba pacienta v celkové
anestezii intubovat, žaludek pomocí silné
sondy vyprázdnit a propláchnout studenou
vodou. Po výkonu je žaludeční sonda po-
nechána na místě, aby bránila otoku jícnu.
K profylaxi striktury se podává methylpred-
nisolon v dávce 1000 mg/1,73 m² tělesného
povrchu. Součástí léčby je podávání antibio-
tik, blokátorů protonové pumpy, analgetik
a substituce tekutin. Vzniklé striktury musejí
být dilatovány, u některých zvláště těžkých
případů musejí být resekovány a jícen na-
hrazen celým žaludkem nebo jeho částí,
případně tenkým střevem nebo kolon.

Komplikace

Časné komplikace jsou aspirační pneumo-
nie, perforace jícnu, mediastinitida, sepse.
Pozdní komplikace jsou tracheoezofageální
píštěl a striktury. V oblasti jizevnatých změn
je 1000× vyšší riziko vzniku karcinomu.
Mortalita se pohybuje mezi 5-14 %.

Obr. 1 Část cizích těles endoskopicky odstraněných na pediatrickém endoskopickém pracovišti ve FN
Motol



■ Malloryho-Weissův syndrom

Jedná se o akutní krvácení z trhliny v ezo-
fagogastrickém spojení, která je většinou
důsledkem silného zvracení. Typicky se
objevuje několik porcí zvracení bez krve
následovaných zvracením s příměsí žilek
nebo většího množství krve. Může však také
vzniknout při silném kašli, kýchání a dávení.
Tato traumatická léze jícnu je poměrně
častá u malých dětí a u pacientů léčených
chemoterapií, není vzácná u bulimie. Léčba
je konzervativní, většina dětí přestane sama
krváčet, méně často je třeba trhlinu endo-
skopicky ošetřit.

■ Cizí tělesa v jícnu a žaludku

Neexistuje nic, co by dítě nemohlo spolk-
nout. Ne nadarmo platí úsloví „ústa jsou
třetí ruka batolete“. V USA je ročně registro-
váno 91 000 cizích těles u dětí do pěti let
a zřejmě až 40 % případů unikne pozornosti.



Obr. 2a Špičaté cizí těleso na nativním snímku břicha ve stoje působí dojem, že cizí těleso je již mimo žaludek

Obr. 2b Stejně cizí těleso na snímku vleže, kdy je zřejmé, že je stále v žaludku. Snímek byl zhotoven se zpožděním několika dnů, kdy pacient měl již bolest v epigastriu

Existují tři skupiny pacientů, u kterých se cizí těleso v gastrointestinálním traktu vyskytuje nejčastěji. Jsou to především děti, které představují přibližně 75–80 % všech pacientů. Absolutní většina cizích těles je nalézána u dětí ve věku 6 měsíců až 4 roky, nejčastěji se jedná o děti ve věku 18–48 měsíců. Menší podíl pacientů tvoří psychiatrickí pacienti a bezzubí lidé.

Etiologie

Cizími tělesy jsou u dětí nejčastěji mince, knoflíky, malé součástky hraček, špendlíky, knoflíkové baterie a další (obr. 1).

Klinický průběh

Většina dětí přichází k lékařskému ošetření s cizím tělesem na základě svědectví, že dítě cizí těleso pozřelo. Tyto děti jsou v naprosté většině asymptomatické. Symptomy jsou potom odvozeny od polohy cizího tělesa. Počáteční záchvat kašle, dušení, zvracení, slinění, dysfagie, odmítání jídla a bolesti mohou být projevy uvízlého cizího tělesa v jícnu. **Nicméně až polovina dětí s cizím tělesem v jícnu může být bez symptomů. Proto jakýkoliv anamnestický údaj o spolknutí cizího tělesa musí být brán vážně a dítě vyšetřeno.** V případě, že cizí těleso tlačí na tracheu, mohou být přítomny rovněž respirační symptomy. Bolest v epigastriu může být projevem komplikací cizího tělesa v žaludku. Vzácně mohou cizí tělesa uvíznout dále v distálních částech gastrointestinálního traktu, např. v oblasti appendixu, kdy imitují akutní appendicitidu,

nebo mohou perforovat střevní stěnu a být příčinou abscesu.

Diagnostika

Anamnéza

Pečlivá anamnéza a fyzikální vyšetření jsou základem diagnostiky při podezření na přítomnost cizího tělesa v gastrointestinálním traktu dítěte.

Zobrazovací metody

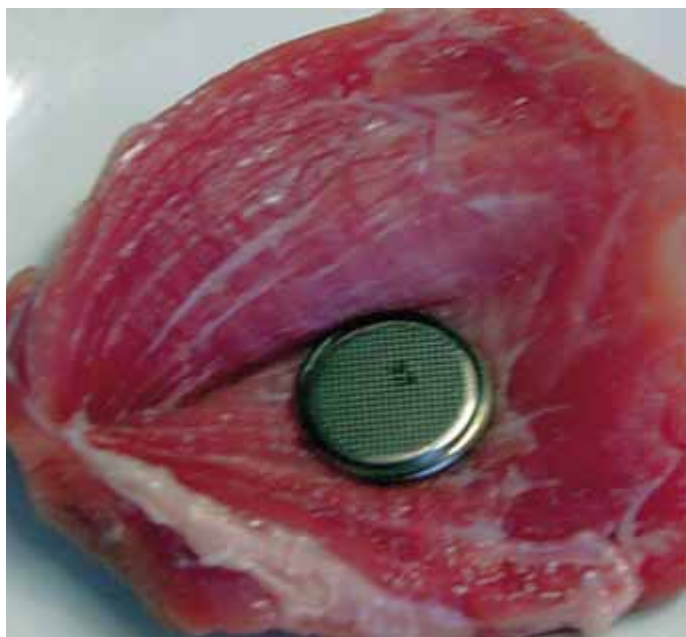
Lokalizace cizího tělesa. Diagnostický postup slouží především k ověření přítomnosti a k lokalizaci cizího tělesa a zjištění, zda není cizích těles více. Cizí tělesa v jícnu se většinou zachytí v místech fyziologického zúžení jícnu, tj. v místě *m. cricopharyngeus*, v místě křížení s aortou ve výši tracheální bifurkace a v místě dolního jícnového svěrače.

Při vyšetření se provádí předozadní rtg snímek krku, hrudníku a snímek břicha vleže. Při nejistotě o poloze cizího tělesa se doplňuje i boční snímek. Mince v jícnu se většinou zobrazuje při předozadní projekci plochou, zatímco mince v průdušnici svou hranou. **Ke zjištění, zda cizí těleso je umístěno v žaludku, je potřeba provést nativní snímek břicha vleže,** nativní snímek vestoje se používá k diagnostice perforace gastrointestinálního traktu (obr. 2a, 2b). CT je považováno za zobrazovací vyšetření volby u rtg nekontrastních cizích těles, zejména v jícnu. **Nemožnost zobrazit cizí těleso u symptomatického dítěte je indikací k urgentní endoskopii.**

Léčba

Cizí těleso v jícnu.

Terapie spočívá v endoskopickém odstranění cizího tělesa v celkové anestezii s endotracheální intubací. **Všechna cizí tělesa, která neprošla dále do žaludku, musejí být neprodleně endoskopicky odstraněna!** Zvláště nebezpečné jsou ostré předměty a knoflíkové baterie. Již po jedné hodině jsou patrné změny na sliznici a nebezpečí perforace jícnu narůstá s každou další hodinou. Baterie poškozuje tkáň třemi mechanismy: elektrickým proudem, tlakem a případně toxickým obsahem, z nichž první je z klinického hlediska nejdůležitější. V úzkém prostoru a vlhkém prostředí jsou oba póly knoflíkové baterie propojeny a elektrický proud může působit na tkáň. Hlavními komplikacemi jsou spáleniny, píštěle a perforace s nebezpečím úmrtí. Nejnebezpečnější jsou lithiové baterie, které mívají vyšší napětí (3 V) a větší kapacitu než jiné baterie. Významně vyšší množství komplikací působí nové, nabitě baterie. Nicméně i vybité baterie mají zbytkovou voltáž a kapacitu, jejich působení na tkáň nesmí být proto podceňováno. Malé dítě s polknutou baterií uvízlou v jícnu může být zprvu asymptomatické. Naopak častým symptomem může být náhlé odmítání jídla. V jedné studii hodnotící 13 úmrtí po polknuté baterii byla chybná diagnóza stanovena u 7 dětí, protože chyběla pozitivní anamnéza a děti měly nespecifické symptomy jako špatnou chuť k jídlu, teplotu, zvracení, letargii, kašel, dráždivost. Na obrázcích 3a, 3b je zobrazen experiment s nabitou bate-



Obr. 3a Experiment s nabitou knoflíkovou baterií v čase jeho začátku



Obr. 3b Nekróza tkáně po čtyřech hodinách trvání experimentu

rií, která je v krátké době příčinou nekrózy tkáně (MUDr. Luboš Zeman, Klinika dětské chirurgie FN Motol).

Potravinový bolus

Uvznutí bolusu jídla (většinou masa bez kosti) je častější u dospělých jedinců. U dětí bývá většinou příčinou jiné základní, třeba dosud nerozpoznané onemocnění jícnu, např. striktury, achalázie, poruchy motility, refluxní nebo eozinofilní ezofagitida. Při výrazné symptomatologii v podobě slinění či neschopnosti polykat sliny je třeba bolus neprodleně endoskopicky odstranit. Pokud symptomy nejsou příliš výrazné a pacient je schopen polykat vlastní sliny, lze se během prvních 12 hodin pomocí malých doušek minerální vody pokusit o spontánní posun uvízlého masa do žaludku. V případě, že tento postup je neúspěšný, je třeba bolus odstranit endoskopicky nejpozději do 24 hodin. Podávání proteolytických enzymů je kontraindikováno pro nebezpečí eroze a perforace jícnu. Podávání glukagonu s cílem vyvolat relaxaci jícnu a usnadnit tak průchod bolusu se ukázalo stejně neúčinné jako podávání placebo, kromě toho aplikace glukagonu mává časté vedlejší účinky, jako je nauzea a zvracení.

Cizí těleso v žaludku

Oblé a neostré předměty

U kulatých a neostrých předmětů s průměrem menším než 2 cm nebo u cizích těles kratších než 5 cm lze čekat, zda projdou spontánně, po dobu až 4 týdnů za předpo-

kladu, že dítě je asymptomatické. Nejčastěji se jedná o malé mince. Kontrolní rtg snímek se provádí jednou týdně. Asi 90 % těchto předmětů odejde *via naturalis*. Zvláštní dieta není potřebná. Odchod cizího tělesa musí být vždy ověřen kontrolou stolice.

Ostré a špičaté předměty

Ze žaludku se mají neodkladně vyjmout všechny ostré a špičaté předměty, brzy se rovněž odstraňují velké předměty (obr. 4). Výkon se u dítěte zásadně provádí v celkové endotracheální anestezii.

Obr. 4 Jehly perforující duodenum



Dlouhé předměty

Dlouhé neostré předměty jsou polykány obvykle staršími dětmi, adolescenty a dospělými. Obecně předměty delší než 6 cm obvykle neprojdou pylorem. Předměty delší než 5 cm až v 50 % případů uvízly v ileocekální oblasti. Proto všechna cizí tělesa takového délky mají být rychle odstraněna, pokud jsou ještě v žaludku. V případě, že jsou již dále v gastrointestinálním traktu, pacient musí být pečlivě monitorován pomocí rtg snímků a cizí tělesa musejí být chirurgicky odstraněna, přestanou-li postupovat.

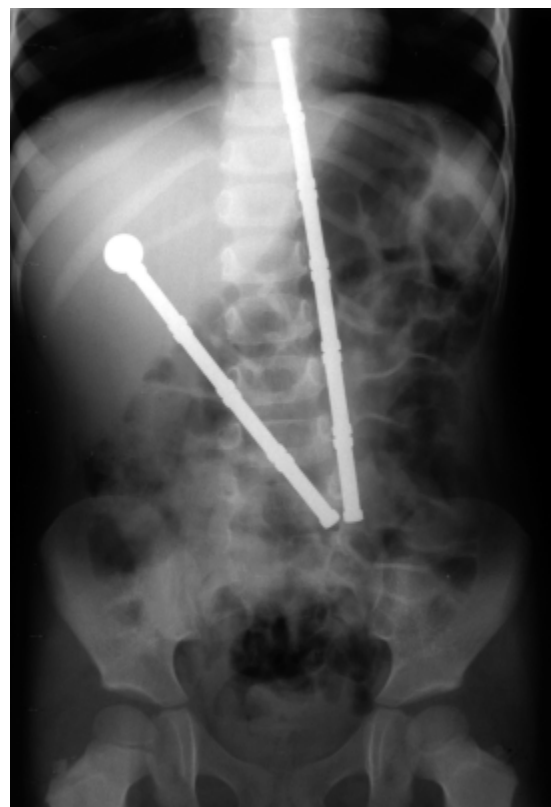
Knoflíkové baterie

Knoflíkové baterie jsou nejnebezpečnější, pokud uvíznou v jícnu. V případě, že projdou do žaludku, je jejich nebezpečnost podstatně menší. Vedle působení elektrického proudu však může kyselé prostředí v žaludku vést k rychlé korozi a porušení celistvosti baterie, kdy se uvolní silný hydroxid sodný nebo draselný, které mohou působit kolikvační nekrózy (obr. 5). Proces je zpomalen, pokud baterie již vstoupí do tenkého střeva, kde je vyšší pH. Kromě toho z baterií může unikát rtuť, oxid stříbrný, oxid hořečnatý, zinek a lithium. Riziko poškození baterií, která je již mimo jícen, je však podstatně menší, pokud baterie neuvízla v žaludeční nebo střevní sliznici.

V situaci, že baterie neopustí žaludek do 48 hodin nebo dítě má klinické symptomy, musí být baterie endoskopicky odstraněna. Baterie s průměrem větším než 15 mm mají



Obr. 5 Knoflíkové baterie, jedna z nich je již rozpadlá v korozivním prostředí žaludku



Obr. 6 Postupně spolykané magnety spojené do jednoho celku

u předškolních dětí podstatně menší schopnost projít pylorem.

Magnety

Malé magnety jsou velmi nebezpečné zvláště tehdy, pokud je jich postupně spolykáno více nebo jsou pozřeny spolu s jinými kovovými předměty. Po jejich vzájemném spojení při vmezežené střevní stěně vznikne v krátkém čase nekróza a perforace (obr. 6). Doporučeno je odstraňovat všechny magnety, pokud jsou endoskopicky dosažitelné, i v případě, že na rtg snímku je viditelný pouze jeden magnet. Další magnet nebo kovové těleso nemusí být na rtg snímku zobrazeny a mohou být příčinou perforace. Pokud již magnet nelze endoskopicky odstranit, musí být jeho průchod gastrointestinálním traktem pečlivě sledován ve spolupráci s chirurgem.

Předměty obsahující olovo

Akutní otrava olovem může vzniknout po pozření předmětů s velkým obsahem olova, jako jsou závaží na ubrusy a záclony, závaží používaná rybáři, broky do vzduchovkových zbraní a některé hračky. Kyselé prostředí v žaludku urychluje rozpouštění olova. Cizí tělesa s olovem mají být proto co nejrychleji endoskopicky odstraněna. Podávání

blokátorů protonové pumpy může zpomalit rozpouštění olova.

Bezoáry

Bezoáry vznikají nahromaděním cizího materiálu v žaludku. Podle složení se rozlišují:

- **Trichobezoáry** – obsahují vlastní vlasy pacienta. Trichobezoár může vyplňovat celý žaludek a projevuje se symptomy částečné gastrointestinální obstrukce. Může být provázen anémií a hypoproteinémií, které jsou způsobeny gastritidou.
- **Fytobezoáry** obsahují rostlinný a živočišný materiál. Vznikají u pacientů se závažnou gastroparézou z nestrávené rostlinné stravy. Symptomatologie je stejná jako u trichobezoáru.
- **Antacidové bezoáry** byly pozorovány u kojenců léčených velkými dávkami antacid.
- **Laktobezoáry** byly dříve nalézány u nedonošených dětí a malých kojenců, kteří byli živeni mlékem s vysokým obsahem kaseinu a vápníku.

Diagnostický je nativní snímek břicha, sonografie nebo CT vyšetření. Bezoáry mohou být vzácně odstraněny endoskopicky, častěji je nutno je odstranit chirurgicky. Laktobezoár může vymizet, je-li na několik dnů přerušeno krmení.

Podpořeno VZ FNM 64203/6001.

Poděkování. Autor děkuje MUDr. Luboši Zemanovi z Kliniky dětské chirurgie v Praze-Motole za poskytnutí obrazové dokumentace z experimentu s knoflíkovou baterií.

Použitá literatura

- Hradský O. Cizí tělesa v trávicím ústrojí a traumatická poranění jícnu. In: Nevorál J. et al. Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2863-9
- Nevorál J. Traumatická poranění jícnu a cizí tělesa v jícnu a žaludku. In: Lebl J, Janda J, Pohunek P et al. Klinická pediatrie. Praha: Galén, 2012
- Gershman G, Thomson M. Practical Pediatric Gastrointestinal Endoscopy. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy: Guideline. Management of ingested foreign bodies and food impactions. Gastrointestinal Endoscopy. 2011;73:1089–1091



Zvláštnosti kranocerebrálních poranění u dětí

MUDr. Róbert Leško, MUDr. Jiří Steindler, doc. MUDr. Jiří Kozák, CSc.,
doc. MUDr. Michal Tichý, CSc.

Neurochirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Poranění hlavy spolu s poraněními páteře představují přes čtvrtinu všech úrazů u dětí a tvoří tři čtvrtiny dětských pacientů hospitalizovaných pro úraz. Většina dětských úrazů hlavy způsobí naštěstí pouze lehká zranění, vyžadující pouze vyšetření či krátkodobou hospitalizaci s observací. Pouze malou část tvoří těžká kranocerebrální poranění (KCP), která jsou ale na druhou stranu hlavní příčinou úmrtí dětí nad 1 rok a na třetím místě v příčině úmrtí dětí do 1 roku života. Chlapci mají dvakrát vyšší úrazovost a troj- až čtyřnásobně vyšší mortalitu.

Rozdíly mezi poraněními hlavy v dospělé a dětské populaci jsou dány 1) epidemiologicky s vyšší pravděpodobností lehkých poranění u dětí, 2) mechanismem úrazu s problematikou porodního traumatu, pádů z malé výšky při nejisté chůzi, u syndromu týraného dítěte a nejčastěji při specifických dětských aktivitách (dětská hřiště, dětské hry ve volné přírodě, skateboard, kolo etc.), 3) odpovědi organismu na trauma. U adolescentů je reakce velmi podobná jako u dospělé populace, kdežto u mladších dětí je vyšší pravděpodobnost vzniku maligního mozkového edému při hyperémii či vzniku posttraumatických epileptických záchvatů v prvních 24 hodinách po úrazu.

Zlatým standardem ze zobrazovacích vyšet-

ření u pacientů s KCP je nativní CT mozku. RTG lbi modifikuje terapii pouze v 0,4–2 % případů.

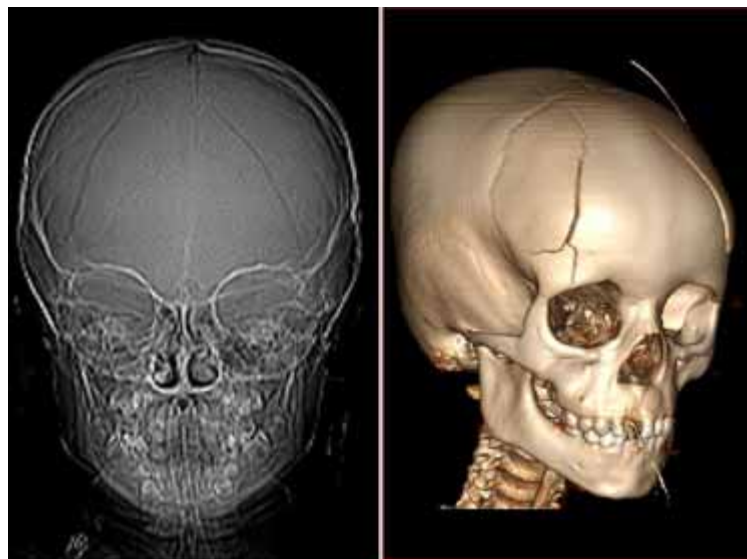
Významným klinickým rozhodnutím zůstává identifikovat děti s lehkým KCP (definovaných jako s GCS > 13), které mají nízké riziko intrakraniálního poranění a u kterých se můžeme vyhnout radiační zářezí z CT vyšetření. Jsou to **děti s normálním mentálním stavem, bez poruch chování, po nezávažném mechanismu úrazu, bez delší ztráty vědomí (do 5 sekund), bez známek intrakraniální hypertenze, bez hematomu skalpu kromě frontálního a bez hmatné fraktury lbi**. Je však potřeba vždy zvážit každý případ individuálně, vyloučit např. možnost týrání dítěte, atypické údaje v anamnéze apod.

V novorozeneckém a kojeneckém období se mohou vyskytnout různě závažná poranění, od poranění měkkých tkání po těžké KCP. Mezi méně závažná poranění náleží **post-traumatické subarachnoidální krvácení (SAK) u novorozenců** (rizikovým faktorem je protahovaný/klešový porod). Klinicky je většinou asymptomatické, ale s rizikem rozvoje hydrocefalu. Dalším možným poraněním je **kefalhematom** (nahromadění krve pod skalpem), který je možné rozdělit na dva podtypy:

- 1) subgaleální hematom (vyskytuje se u kojenců, často bez fisury, přesahuje švy, nikdy nekalcifikuje, může způsobit anemizaci),
- 2) subperiostální hematom (vyskytuje se u novorozenců, je omezen hranicí švů, v 80 % resorbuje do 3 týdnů, při přetrvávání déle než 6 týdnů hrozí deformace lebky s kalcifikací (10 %) – nutnost operace.

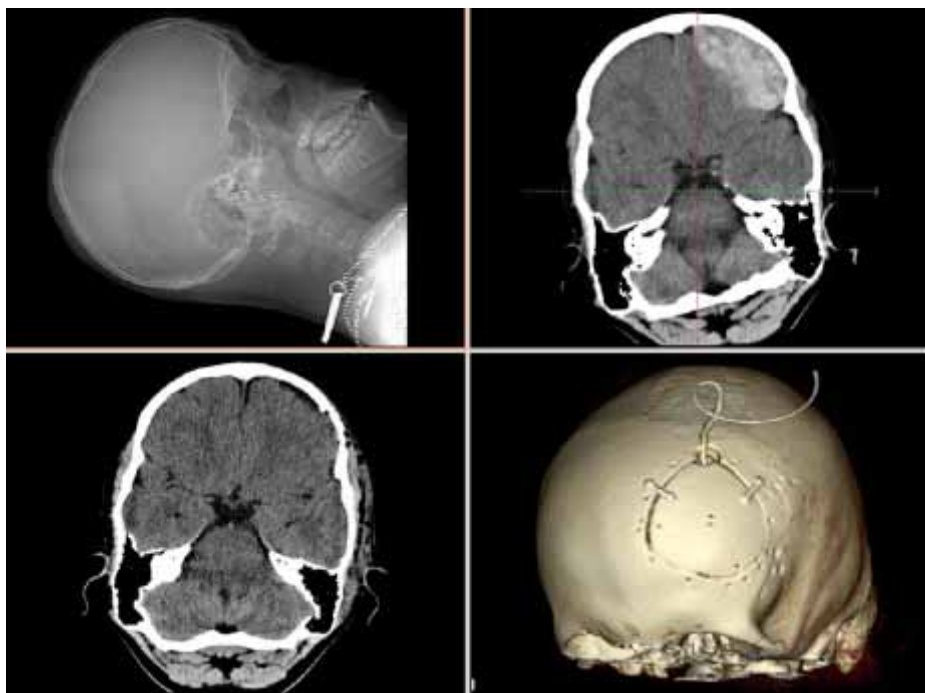
Diskutabilní jsou preventivní punkce subperiostálních hematomů – část autorů je považuje vzhledem k potenciální infekci a anemizaci za rizikové, část autorů naopak vzhledem k 10% riziku kalcifikace a deformace lbi s nutností operace při nízkém až nulovém *infection rate* pokládá jejich neprovedení za prakticky neobhájitelné. Výše zmíněný kefalhematom je odlišný od **porodního nádoru (caput succedaneum)**, což je poporodní otok měkkých tkání vzniklý nahromaděním serózně-hemoragického transsudátu mezi *galea aponeurotica* a periost, spontánně regredující do 24 hodin. Během porodu běžně dochází k lehké deformaci hlavičky s pohybem lebečních kostí, které při větším rozsahu mohou vzácně způsobit závažné žilní poranění včetně poškození *vena magna Galeni* a mozkových splavů [s rizikem vzniku

Obr. 1 Lineární fisura



Obr. 2 Ping-pong fracture





Obr. 3 Epidurální hematom

extracerebrálního hematomu – subdurálního či epidurálního (SDH/EDH)] či **osteodiatázu okcipitálních kostí** s natržením *sinus transversus* a poškozením kmene.

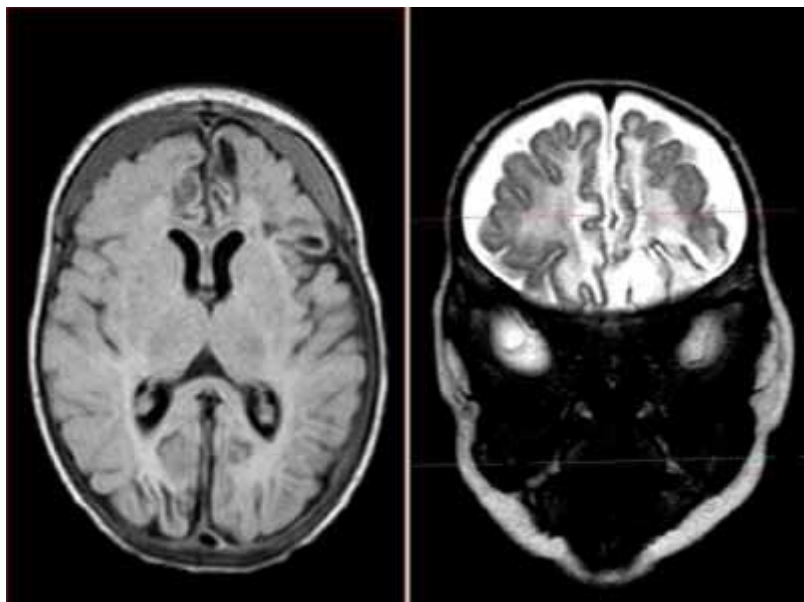
Poranění skalpu u dětí představuje nebezpečí především vzhledem k možnosti výrazné krevní ztráty s následným rizikem rozvoje hemoragického šoku. Jednou z nejčastějších jednotek řešených v rámci dětské neurotraumatologie je **lineární fisura** (obr. 1). Z klinického hlediska jde o nezávažnou jednotku diagnostikovanou RTG či CT zobrazením, která nabývá na významu v případě, že se vyskytuje spolu s intrakraniálním poraněním či s poraněním tvrdé pleny. V tomto případě pak je vyšší riziko rozvoje likvorey, podobně jako v případě **fraktury lební baze**, která je u dětí méně častá než u dospělých (větší elasticita lebky a menší pneumatizace paranasálních dutin u dětí). **Rostoucí fraktura (posttraumatická leptomeningeální pseudocysta)** se vyskytuje poměrně vzácně (1 % z lineárních fisur) a bývá lokalizována převážně parietálně. Výhřezem arachnoidey a pulsací dochází k vzdalování okrajů fisury a k vytvoření pulsujícího likvorového depa s nutností plastiky dury a fixací kostních fragmentů. Závažnější poranění lbi představuje **impresivní fraktura**, která je indikována k neurochirurgické revizi, pokud je otevřená, s impresí nad šíří kosti, nad elokventní oblastí, s neurologickým deficitem či s lacerací tvrdé pleny (stačí každá jednotlivá entita). Mortalita v případě korti-

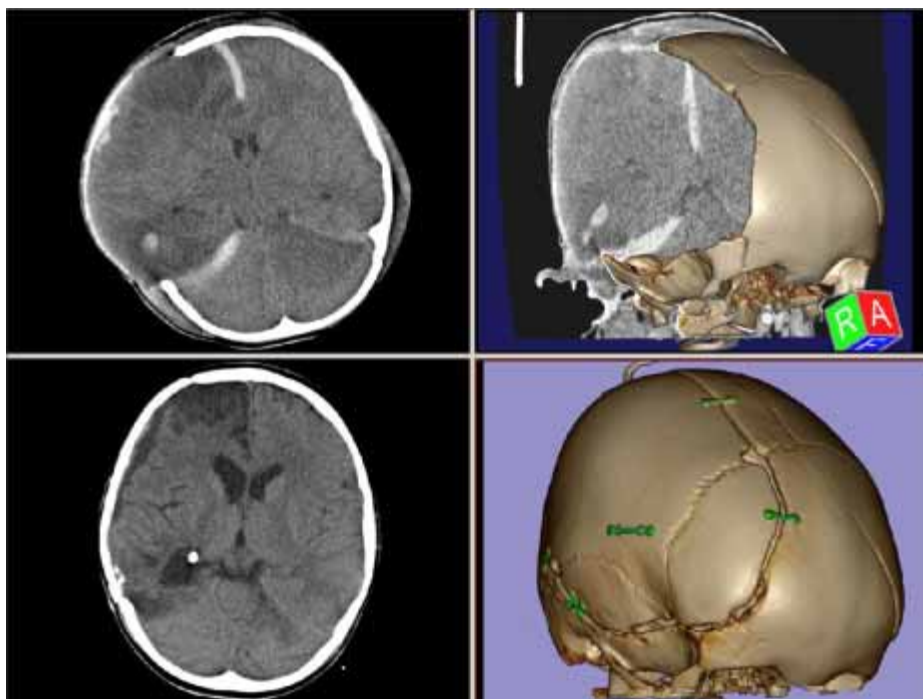
kální lacerace je do 2 %. Zvláštní jednotku v novorozeneckém a kojeneckém věku představuje **ping-pong fracture** (obr. 2), u které je v případě nepřítomnosti neurodeficitu intervence indikována pouze ve frontální lokalizaci z kosmetických důvodů.

Zdroj krvácení je u **epidurálního hematomu** (obr. 3) věkově podmíněný. U malých dětí je to především krvácení z kostí, po 4. roce života z diploe či splavů, u adolescentů stejně jako u dospělých může být zdroj krvácení i z *a. meningeal media*. Klinický obraz je nespecifický a rozmanitý, typický třífázový

průběh s lucidním intervalem se vyskytuje spíše výjimečně (do 10 %), 48 % nevykazuje žádnou poruchu vědomí, naopak 23 % je v kómatu. Vzhledem k obtížnému rozlišení kolekcí v subdurálním a subarachnoidálním prostoru byl v roce 1986 Carolanem zaveden a v současné době je široce používán koncept **extraaxiálních kolekcí/efuzí**. Zahrnuje **benigní subdurální efuze**, což jsou asymptomatické (tj. bez známek intrakraniální hypertenze, makrokranie či psychomotorické retardace), frontálně se vyskytující náhodné nálezy nejasné etiologie, patrně související s perinatálním traumatem. Zde je možné očekávat spontánní regresí při pravidelných USG a kranio-metrických kontrolách (až 3 měsíce, do 8–9 měsíců). Druhou jednotkou v rámci extraaxiálních kolekcí je **symptomatická chronická extraaxiální kolekce (efuze, hematoma, hygroma)** (obr. 4). Diagnostikují se pomocí USG, CT či MRI s odlišením subdurální kolekce (k likvoru hyperdenzní/hyperintenzní, bez fluid void fenoménu) a subarachnoidální kolekce (k likvoru izodenzní/izointenzní, s přítomným fluid void fenoménem). V případě, že dochází k vývoji symptomatologie, je nutné provádět opakované punkce velkou fontanelou, případně trepanace, zevní komorovou drenáž či dočasný (3 měsíce) subduro-peritoneální zkrat (v případě subdurální kolekce) či ventrikulo-peritoneální nebo lumbo-peritoneální zkrat (v případě subarachnoidální kolekce). Velmi závažnou klinickou jednotku představuje **akutní subdurální hematoma**. V případě, že vzniká roztržením přemostu-

Obr. 4 Symptomatická chronická extraaxiální kolekce





Obr. 5 Refrakterní intrakraniální hypertenze

jících žil, je prognóza přežití závislá mimo jiné na případném rozvoji herniační symptomatologie. V případě, že vzniká lacerací mozkové tkáně, je prognóza dána rozsahem poškození mozku.

Specifikem dětského věku u těžkých kranio-cerebrálních poranění je vyšší incidence rozvoje maligního edému mozku při mozkové hyperémii a difúzním otoku mozku. **Difúzní otok mozku** vzniká na podkladě kombinace cytotoxického (dominuje v úvodní fázi) a vazogenního edému, s typickým hypodenzním nálezem na CT – tzv. black brain. Při **mozkové hyperémii (brain swelling, turgescence)** dochází k poruše autoregulační schopnosti mozkových cév s vazoparalýzou při poruše na úrovni vazoregulačních center v hypothalamu a mozkovém kmeni nebo na úrovni vlastního cévního řečiště. V souvislosti s rozvojem brain swellingu je zmiňován trigeminovaskulární reflex. Otázkou zůstává **indikace k dekompresní kraniektomii při refrakterní intrakraniální hypertenzi (ICH)** (obr. 5). Samotný práh intrakraniální hypertenze, zejména u dětí, je diskutabilní. Obecně je nižší než pro dospělé (u dospělých by neměl být intrakraniální tlak dlouhodobě vyšší než 20–25 mm Hg). U adolescentů se neliší od dospělé populace, u dětí do 3 let je 15 mm Hg, mezi 4. a 15. rokem života se udává v rozmezí 15–20 mm Hg. Současné názory na efektivnost dekompresní kraniektomie na výsledný outcome u pediatrických paci-

entů s těžkým KCP a refrakterní intrakraniální hypertenzí jsou rozdílné. Redukce refrakterní intrakraniální hypertenze se ukazuje jako hlavní prediktor morbidity a mortality po KCP a mnohé studie potvrzují pozitivní efekt dekompresní kraniektomie na redukci intrakraniálního tlaku u KCP. Všechny studie se nabízejí k rozsáhlé diskusi vzhledem k limitacím v designu, počtu pacientů, interpretaci výsledků či době hodnocení po traumatu. **Defekty kalvy po dekompresních operacích** či odstranění infikované kosti při otevřených kominutivních frakturách se s výhodou kryjí vlastní kostí z kostní banky či split grafterem. U starších dětí se ke krytí rozsáhlých defektů při případné nezbytnosti užití allotransplantátu uplatňují tradiční materiály (kostní cement, titan a další). Nesporným benefitem např. materiálu typu PEEK je možnost vyrobit náhradu kalvy na míru na základě CT 3D rekonstrukce, tzv. **pacient specific implantat (PSI)**, nevýhodou je cena řádově v mnoha desítkách tisíc korun. U malých dětských pacientů, kde rostoucí kranium není vhodným terénem k implantaci tradičních kranioplastických materiálů, se s výhodou využívá systém vstřebatelných destiček.

Difúzní axonální poranění (DAP) a komoce mozku (jako nejmírnější a plně reverzibilní forma DAP) představují funkčně morfológické poranění axonů v důsledku střihného

mechanismu při akceleračně-deceleračních pohybech hlavy, rotačně či translačně, s různě dlouhou a závažnou poruchou vědomí (od krátké, plně reverzibilní po perzistující vegetativní stav). Vzniká v důsledku poškození kortikoretikulární dráhy na různých úrovních. Čím delší je působení sil, tím jsou poškozené struktury hlubší a důsledek závažnější. Klasická triáda u **mozkové komoce** (krátkodobé bezvědomí, nauzea/zvracení, amnézie) je u dětí často zvýrazněna mírnou opozicí šíje, anizokorií a spasticitou. Komoce je sice klinicky reverzibilní víceméně bezprostředně, avšak biochemické změny ve smyslu vyšší hladiny glutamátu jako důsledku hyperglykolýzy při hypermetabolismu přetrvávají 7–10 dní a mozek je v tomto období citlivý k druhotným traumátům. **Klasicky jde o sportovce, kteří odcházejí po druhém poranění „po vlastních“ a upadají do bezvědomí po 1–5 minutách.** Dochází k rozvoji maligního edému mozku při hyperémii s porušenou autoregulací mozkových cév, refrakterního na terapii s vysokou, 50–100% mortalitou. Tento stav byl poprvé popsán Schneiderem v roce 1973 a byl později pojmenován **second impact syndrome (SIS)**. Existují **standards pro „návrát do hry“ (return to play /RTP/)**. Obecně platí, že **žádný symptomatický sportovec se nesmí vrátit do soutěže** a platí striktní zákaz k návratu ke kontaktním sportům pro pacienty s postkomočním syndromem, permanentním neurodeficitem, s hydrocefalem, po spontánním subarachnoidálním krvácení jakékoliv etiologie a u pacientů se symptomatickou abnormalitou velkého týlního otvoru. Zároveň jsou vypracované **přesné postupy dle míry přechodného deficitu, zátěžové testy a postupy při opakovaných úrazech hlavy s mozkovou komocí.**

Specifickým poraněním pro dětský věk může být poranění měkkých tkání hlavy nebo v těžších případech i KCP u menších dětí po **kousnutí větším zvířetem**, nejčastěji psem. Např. v Německu je popisováno cca 8500 takovýchto poranění ročně, 1 % vyžaduje hospitalizaci. K úrazu dochází nejčastěji ve věku 5–10 let (dětské hry, menší výška dítěte s hlavou v dosahu čelistí zvířete). Většina poranění je v oblasti nos-rty-tváře (central target region), ale zvláště u menších dětí může dojít i k poranění krania a mozkového parenchymu (obr. 6). Krom neurologického deficitu je zde rizikem i rozvoj infekčních komplikací.



Předpokládá se, že asi 10 % dětí do deseti let věku ošetřených na dětských traumatologických odděleních jsou oběťmi týrání – **battered baby syndrome**. Nejčastějšími oběťmi týrání pak jsou děti do tří let věku. **Přítomnost a kombinace níže uvedených nálezů představuje suspekci na týrání dítěte:**

- 1) **retinální hemoragie,**
- 2) **bilaterální chronický subdurální hematom u dětí do dvou let věku,**
- 3) **mnohočetné fr. lbi v kombinaci s intrakraniálním poraněním,**
- 4) **signifikanční neurologický deficit bez výrazných známek zevního poranění.**

Zvláštní jednotku představuje **shaken baby syndrome**, kde se neuplatňuje jako mechanismus úrazu úder, ale angulární akceleračně-decelerační síly při vyšším head/body ratio a nesuficientních krčních svalech, s poraněním charakteru difuzního axonálního poranění, interhemisferálního subdurálního hematomu či subarachnoidálního krváčení.

Dětská kraniocerebrální poranění mají oproti poraněním dospělých specifika, na která je nutno vždy pomýšlet. Při menších úrazech je často nelehké rozhodnout o míře invazivity použitých vyšetřovacích metod (radiální zátěž CT vyšetření); na jednu stranu situaci nepodcenit, na druhou neskloznotout do alibismu při tlaku vystresované rodiny. U menších poranění (komoce) mladých sportovců je třeba zvážit omezení rizikových aktivit, opět s příslušným psychologickým kontextem dítěte i rodiny. Stále častěji je bohužel třeba zvažovat sociální stránku, pomýšlet na možné týrání dítěte. Obecně lze říci, že výsledky léčby KCP jsou u dětí lepší než u dospělé populace. Předpokladem pro kvalitní léčbu těžších KCP je soustředění pacientů ve specializovaných centrech a využití veškerých moderních postupů konzervativní i chirurgické terapie.

Literatura u autorů



Obr. 6 KCP po kousnutí větším zvířetem

Snižuje hypersekreci, léčí akutní průjem¹

HIDRASEC[®]

RACECADOTRILUM

Hidrased[®] pro kojence 10 mg zrněný prášek
Hidrased[®] pro děti 30 mg zrněný prášek

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

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

Literatura:

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

Základní informace o přípravku:

Název přípravku: Hidrasec[®] pro kojence 10 mg zrněný prášek. **Hidrased[®]** pro děti 30 mg zrněný prášek. **Složení:** 10 mg racecadotrilum resp. 30 mg racecadotrilum v jednom sáčku. **Léková forma:** zrněný prášek pro perorální suspenzi. **Indikace:** Doplnková symptomatická léčba akutního průjmu u kojenců (starších 3 měsíců) a u dětí spolu s perorální rehydratací a obvyklými podpůrnými opatřeními, pokud tato opatření sama nestačí ke kontrole klinického stavu a pokud kauzální léčba není možná. Je-li kauzální léčba možná, může být racecadotril podáván jako doplňková léčba. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na jakoukoli pomocnou látku přípravku. Tento léčivý přípravek obsahuje sacharózu. Pacienti se vzácnou dědičnou nesnášenlivostí fruktózy, syndromem malabsorpce glukózy-galaktózy nebo deficitem sacharózy-izomaltázy by neměli tento léčivý přípravek užívat. **Dávkování:** Hidrasec[®] pro kojence 10 mg je určen pro děti o hmotnosti <13 kg. **Doporučená dávka:** 1,5 mg/kg na jednu dávku (odpovídá 1 až 2 sáčkům), 3× denně v pravidelných intervalech. U dětí pod 9 kg: jeden sáček 3× denně. U dětí od 9 kg do 13 kg: dva sáčky 3× denně. **Hidrased[®]** pro děti 30 mg je určen pro děti o hmotnosti ≥13 kg. **Doporučená dávka:** 1,5 mg/kg na jednu dávku (odpovídá 1 až 2 sáčkům), 3× denně v pravidelných intervalech. U dětí od 13 kg do 27 kg: jeden sáček 3× denně. U dětí nad 27 kg: dva sáčky 3× denně. Léčba by neměla přesáhnout 7 dní. Léčba by neměla přesáhnout 7 dní. Zrněný prášek může být přidán k potravě, rozpuštěn ve sklenici vody nebo v kojenecké lžičce, dříve se zamíchá a ihned podává. **Zvláštní upozornění:** Racecadotril by neměl být podáván v případě přítomnosti krvavé nebo hnisavé stolice a horečky, tyto příznaky mohou ukazovat na přítomnost invazivních bakterií jako příčinu průjmu nebo na přítomnost jiného závažného onemocnění. Racecadotril by neměl být podáván při průjmu vyvolaném antibiotiky. U pacientů s diabetem je třeba uvážit skutečnost, že každý sáček Hidrasec[®] pro kojence 10 mg obsahuje 0,966 g sacharózy resp. každý sáček Hidrasec[®] pro děti 30 mg obsahuje 2,899 g sacharózy. Přípravek nesmí být podáván kojencům mladším 3 měsíců, protože pro tuto populaci chybí klinické studie. Přípravek nesmí být podáván dětem s nitřním nebo hepatálním podkazením jádrových stupňů závažnosti, protože pro tyto skupiny pacientů chybí informace. Přípravek nesmí být podáván pacientům s dlouhodobým nebo nekontrolovaným zvracením, protože u těchto pacientů je možná nižší biologická dostupnost léku. **Interakce:** Dosud nebyly popsány interakce s jinými léčivými přípravky. **Nežádoucí účinky:** Poruchy nervového systému: bolest hlavy. Poruchy kůže a podkoží: vyrážka, erytém. **Velikost balení:** 10, 15, 20, 30, 50 a 100 sáčků (100 sáčků pro nemocniční užití). **Podmínky uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Registrační číslo:** Hidrasec[®] pro kojence 10 mg: 48/554/11-C. Hidrasec[®] pro děti 30 mg: 48/555/11-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Biotest Europe Ltd, 29 Earlsfort Terrace, Dublin 2, Irsko. **Způsob výdeje:** Lék je vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Přípravek není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 11. 9. 2012. Tato verze je platná ke dni vydání materiálu (3/2014). **Důležité, než přípravek předpíšete, seznáňte se, prosím, s úplnou informací o přípravku.**

Abbott Laboratories, s.r.o.,

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



Onemocnění nadledvin

(2. část)

MUDr. Renata Pomahačová, Ph.D.

Dětská klinika LF UK a FN v Plzni

■ Obecné poznatky

V **kůře nadledvin** jsou produkovány *glukokortikoidy (kortizol), adrenální androgeny (androstendion, dehydroepiandrosteron, dehydroepiandrosteronsulfát) a mineralokortikoidy (aldosteron)*. Sekrece glukokortikoidů a adrenálních androgenů je řízena z adenohypofýzy prostřednictvím ACTH (adrenokortikotropní hormon) a CRH (kortikoliberin) z hypotalamu. Sekrece mineralokortikoidů je řízena především z ledvin systémem renin-angiotenzin. Ve **dřeni nadledvin** jsou produkovány *katecholaminy (adrenalin, noradrenalin, dopamin)*.

Hyperfunkce kůry nadledvin provází *primární hyperaldosteronismus* nejčastěji při adenomu kůry nadledvin a *Cushingův syndrom* s nadprodukcí kortizolu.



Hyperfunkce dřene nadledvin provází *feochromocytom*.

V této kapitole jsou uvedeny nejčastější příčiny hyperfunkce kůry a dřene nadledvin. Klinické jednotky spojené s hyperfunkcí kůry a dřene nadledvin je třeba zvažovat u dětských pacientů s hypertenzí.

■ Primární hyperaldosteronismus

Je způsoben autonomní nadprodukcí aldosteronu v kůře nadledvin při **adenomu** (Connův syndrom) a dále při **hyperplazii** nebo **karcinomu kůry nadledvin**, kde bývají současně přítomny klinické známky patologické nadprodukce androgenů (například vývoj hirsutismu u ženského pohlaví). Nadprodukce aldosteronu vede k **retenci sodíku a vody s rozvojem volumové hypertenze**, naopak ke zvýšené exkreci draslíku s rozvojem **hypokalémie a metabolické alkalózy**. V séru je vysoká hladina aldosteronu a suprimovaná hladina reninu (u renovaskulární hypertenze je vysoká hladina reninu i aldosteronu).

■ Cushingův syndrom (CS)

Nejčastější příčinou endogenního hyperkortizolismu u dětí do 5 let věku je **ACTH-independentní forma Cushingova syn-**

dromu při adenomu, hyperplazii nebo karcinomu kůry nadledvin. U dětí nad 5 let věku je nejčastější příčinou **ACTH-dependentní forma** nejčastěji při mikroadenomu hypofýzy (**Cushingova nemoc**).

Stejně jako v dospělosti převažuje u dětí a adolescentů s CS typický cushingoidní habitus (obr. 1). Mezi **hlavní klinické příznaky CS** v dětském věku patří **progredující obezita, porucha růstu se zpomalením růstového tempa** (supresivní vliv hyperkortizolismu na produkci růstového hormonu), **porucha vývoje pravé centrální izosexuální puberty** (supresivní vliv hyperkortizolismu na osu hypotalamus-hypofýza-gonády), kdy puberty nenastupuje v předpokládaném období nebo dojde k zástavě již nastoupené puberty; **klinické známky patologické nadprodukce adrenálních androgenů**, které se u dítěte mohou projevit jako předčasná pseudopuberta (izosexuální u mužského pohlaví s růstem penisu, předčasným pubickým ochlupením při prepubertálních testes a heterosexuální u ženského pohlaví s předčasným pubickým ochlupením) nebo u dívek rozvojem hirsutismu a akné. Mezi další klinické příznaky CS patří **měsícovitý obličej, purpurové strie** (obr. 2), **hematomy, atrofie kůže, podkoží a svalů, arteriální hypertenze, porucha sacharidového metabolismu, psychické změny** (deprese,

Obr. 1
14letá dívka s plně
vyjádřeným klinickým
obrazem CS



Obr. 2
Purpurové strie
typické pro CS



porucha spánku), **infekce a osteoporóza**. U malých dětí s CS dominuje progredující obezita a porucha růstu se zpomalením růstového tempa.

Laboratorní diagnostika CS spočívá v potvrzení narušeného diurnálního rytmu sekrece kortizolu s chyběním fyziologického nočního poklesu kortizolémie; vysoký odpad kortizolu močí za 24 hodin; chybění supresibility v hladině kortizolu po podání dexametasonu. Koncentrace ACTH je rozhodující pro diagnózu periferní nebo centrální etiologie CS. Pokud je příčina v nadledvině, je ACTH suprimované. Zvýšená nebo normální koncentrace ACTH ukazuje na centrální etiologii CS.

Léčba je chirurgická. U Cushingovy nemoci se provádí resekce adenomu hypofýzy transsfenoidální cestou.

■ Kazuistika pacientky s Cushingovou nemocí s plně vyjádřeným klinickým obrazem

14letá dívka s plně vyjádřeným klinickým obrazem CS (obr. 1). K diagnóze vedla progredující obezita, hirsutismus, vývoj purpurových strií, měsícovitý obličej, arteriální hypertenze, primární amenorea a v růstové křivce patrné zpomalení růstu. Endogenní hyperkortizolismus byl potvrzen **narušeným diurnálním rytmem kortizolu** s chyběním fyziologického poklesu noční kortizolémie (**ranní kortizol v séru 685 nmol/l při normě 250–600 nmol/l, kortizol v séru ve 24 hodin 991 nmol/l při normě do 50 nmol/l**) a **vysokým odpadem kortizolu do moče za 24 hodin 1200 nmol při normě 80–300 nmol/l**. Normální hladina **ACTH 58,3 pg/ml při normě 10–60 pg/ml** svědčila pro centrální etiologii CS. MR hypofýzy potvrdila mikroadenom hypofýzy. Pacientka podstoupila úspěšnou transsfenoidální resekci adenomu hypofýzy.

■ Kazuistika pacientky s Cushingovou nemocí s iniciálními klinickými příznaky

13letá dívka s iniciálními klinickými příznaky CS. K diagnóze vedl vývoj měsícovitého obličeje a hirsutismus. Měla psychické potíže s depresemi a poruchou spánku. Při prvovýšetření pacientka nebyla obézní, měla těžkou arteriální hypertenzi, hypokalcemii, masivní soor cavi oris jako projev imunoprese při hyperkortizolismu. Strie se začaly tvořit v netypické lokalizaci na dolních končetinách

a měla nápadný sklon k tvorbě hematomů. Růstová porucha se zpomalením růstu byla přítomna od 11 let věku, kdy nebyly přítomny jiné známky hyperkortizolismu. Endogenní hyperkortizolismus byl potvrzen **narušeným diurnálním rytmem kortizolu** s chyběním fyziologického poklesu noční kortizolémie (**ranní kortizol v séru přes 1000 nmol/l při normě 250–600 nmol/l, kortizol v séru ve 24 hodin přes 1000 nmol/l při normě do 50 nmol/l**) a **vysokým odpadem kortizolu do moče za 24 hodin 12000 nmol při normě 80–300 nmol**. Vysoká hladina ACTH 200 pg/ml při normě 10–60 pg/ml svědčila pro centrální etiologii CS. MR hypofýzy potvrdila mikroadenom hypofýzy. Pacientka podstoupila úspěšnou transsfenoidální resekci adenomu hypofýzy. Zrecidivovala 2 roky po první operaci. Druhý operační výkon nebyl úspěšný. V současné době je po ozáření rezidua adenomu Leksellovým gama nožem a do účinku ozáření blokuje steroidogenezi kombinovanou léčbou metyrapon, ketokonazol, dopaminergní agonista.

■ Feochromocytom

Jedná se o nádor secernující katecholaminy. V 80 % vychází ze dřene nadledvin a ve 20 % z extraadrenální chromaffinní tkáně hlavně ze sympatických ganglií břicha (paragangliomy). V 80 % je výskyt sporadický s unilaterální lokalizací v nadledvině a ve 20 % familiární v rámci např. MEN 2A, 2B (mnohočetná endokrinní neoplazie) s bilaterální lokalizací. V 90 % je feochromocytom benigní a v 10 % maligní (většinou nádory z extraadrenální tkáně).

Klinické příznaky jsou trvalé nebo periodické při vyplavování katecholaminů z nádoru. Hypertenze je přítomna v 90 % a je trvalá nebo paroxysmální. Hlavní trias příznaků zahrnuje **bolesti hlavy, palpitace a pocení**. Mezi další příznaky patří **váhový úbytek, horečka, bolesti na hrudi, pocity úzkosti, návaly se zrudnutím, pocením a hyperglykémie**.

Laboratorní diagnostika spočívá ve stanovení metabolitů adrenalinu a noradrenalinu v krvi a v moči (metanefriny a normetanefriny).

Lokalizace feochromocytomu je možná pomocí CT, ev. MR nadledvin a břicha. Téměř 100 % specifitu má celotělová scintigrafie 123I MIBG (metaiodobenzylguanidinium značený radioaktivním jódem, který má afinitu k chromaffinním buňkám) a nově je

možná lokalizace pomocí PET/CT vyšetření (pozitronová emisní tomografie). **Léčba** je chirurgická a v případě metastáz chemoterapie, léčba MIBG (131I).

■ Kazuistika pacienta s feochromocytomem

17letý astenický pacient měl rok trvajících únavu, záchvatovitě pocení a flash, palpitace, zadýchával se při chůzi, v posledních měsících hmotnostní úbytek 3 kg a intermitentní průjmy bez příměsí. Vyšetření potvrdilo trvalou **systolicko-diastolickou hypertenzi** s průměrným denním TK 170/100. **Vysoké hladiny metabolitů katecholaminů (normetanefriny 6000 pg/ml při normě do 200 pg/ml, metanefriny 113 pg/ml při normě do 90 pg/ml)** vedly k **podezření na feochromocytom**. Sonografické vyšetření nadledvin a následně scintigrafické vyšetření 123I MIBG potvrdilo **expanzi v pravé nadledvině** průměru do 50 mm. Možnost MEN byla vyloučena. Pacient podstoupil úspěšnou chirurgickou léčbu.

■ Závěrečná doporučení pro praxi

- U dětského pacienta s hypertenzí je nutno v diferenciální diagnóze myslet na endokrinně podmíněnou hypertenzi. Suspektní je zjištění hypokalcémie s metabolickou alkalózou.
- Na Cushingův syndrom je třeba myslet při náhlém progresivním vývoji obezity s dalšími typickými klinickými symptomy. Nesmíme zapomínat na postupný vývoj symptomů hyperkortizolismu, kdy pacienta můžeme zachytit v časně fázi onemocnění s chyběním plně vyjádřeného klinického obrazu.
- U obézního dítěte je třeba hodnotit křivku BMI a současně růstovou křivku. Na rozdíl od prosté obezity je hyperkortizolismus vždy u dítěte provázen zpomalením růstového tempa.
- Při zpomalení růstového tempa nejasné etiologie u dítěte musíme v diferenciálně-diagnostické rozvaze zvažovat hyperkortizolismus. Zpomalení růstu může být časným příznakem vývoje Cushingova syndromu.



Kazuistika

Infauštní průběh pneumonie u adolescenta

MUDr. Nora Gregorová

PLDD Chrást u Chrudimi

RH, narozen 18. 3. 1987, studující 2. ročníku zdravotní školy v Pardubicích

RA: bezvýznamná

OA: Dítě z 2. fyziologické gravidity, porod v termínu, spont., záhlavím. PM 3400 g/49 cm. V poporodním období bez obtíží, nekříšen. Očkování řádné + nadstandartní Menjugate 2011 FSME imunn 4×. Prodělal varicellu. Nemocnost celkově malá, občas respirační infekce – rýma, kašel. Vážněji nestonal. Hospit. 6/2004 – APPE, 2/2011 – komoče mozková po úrazu – byl zbit ve škole spolužákem.

AA: negat.

EA: Student 2. ročníku zdravotní školy; 21. 10. 2013 při vykonávání praxe na chir. oddělení krátce v kontaktu s pacientkou MRSA+.

NO: Od pátku 25. 10. 2013 si stěžuje na bolest v krku, 26. 10. rýma serózní, lehce dráždivě kašle, od 27. 10. ráno vzestup teplot do 39 °C, dráždivě kašlal, až vykašlával krev, udával bolest na hrudi, bolest břicha, opakovaně zvracel. 27. 10. večer v 19 hod. byl vyšetřen na dětském oddělení v Chrudimi – tou dobou již byl tak schvácný, že nedokázal dojít z centrálního příjmu na DO.

Při přijetí:

Objektivní nález:

16letý chlapec, eutrofický, vědomí bez alterace, GCS 15, febrilní, unavený, bez alterace celkového stavu. Bez dušnosti, cyanózy a ikteru. Dutina ústní čistá, jazyk povleklý, oschlé sliznice a rty. Hrdlo prosáklé, zarudlé. Tonzily zvětšeny, bez povlaků. Dýchání čisté, alveolární v celém rozsahu. Akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené. Břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé. Meningeální příznaky negativní.

Výsledky vyšetření (výsledky ranního vyšetření v závorce):

FW: 2/4, TK: 103/79 (90/55) mm Hg, hmotnost: 65 kg

Krevní obraz: LE: 3,95 (1,73) × 10⁹/l; ER: 5,49 (5,36) × 10¹²/l; HB: 168 (167) g/l; HTC: 0,464 (0,460); MCV: 84,5 (85,8) fl; MCH: 30,6 (31,2) pg; MCHC: 362,0 (363,0) g/l; TROM: 147 (169) × 10⁹/l

Diferenciál KO: NSEG: 0,823 (0,477) LY: 0,139 (0,375) ESEG: 0,003 (0,023) NTYC: 0,000 (0,000); BSEG: 0,000 (0,011) MO: 0,035 (0,114)

Diferenciál:

NEU Abs. poč.: 0,840 × 10⁹;

LY Abs. poč.: 0,660 × 10⁹;

EO Abs. poč.: 0,040 × 10⁹;

MON Abs. poč.: 0,200 × 10⁹;

BAS Abs. poč.: 0,020 × 10⁹

Sérum: GLU: 9,72 (12,47) mmol/l

Minerály: Na: 134 mmol/l;

K: 3,6 mmol/l;

Cl: 96 mmol/l; Ca: 2,29 mmol/l;

Mg: 0,56 mmol/l

OSMV: 281 mmol/kg;

OSME: 278 mmol/kg

Dus. met.: UREA: 3,2 mmol/l;

KREA: 100 μmol/l

Enzymy: ALT: 0,37 μkat/l;

AST: 0,43 μkat/l; GMT: 0,21 μkat/l;

AMS: 0,70 μkat/l

Proteiny: CRP: 15 (97) mg/l

ABR: kapil. pH: 7,309 (7,327);

PO₂: 5,83 (6,15) kPa;

PCO₂: 4,40 (4,11) kPa;

AKTB: 16,2 (15,8) mmol/l;

STAB: 17,8 (17,9) mmol/l;

BB: 40,0 (40,1) mmol/l;

BE: -8,77 (-8,69) mmol/l;

sat. O₂: 0,758 (0,795)

Mikrobiologické vyšetření:

Stolice na viry: Rotaviry – negativní;

Adenoviry – negativní; Noroviry – negativní;

Astroviry – negativní

Výtěr krk: masivně *Staphylococcus aureus* (+ OXA, TET, VAN, CLIN, GEN, ERY, AIN, CRX)

Výtěr nos: masivně *Staphylococcus aureus* (+ OXA, TET, VAN, CLIN, GEN, ERY, AIN, CRX)

Výtěr rectum: nepatogenní flóra

Stolice na *Campylobacter* – negativní

RTG PLIC: 28. 10. 2013 07:27 Kontury bránic nepřehledné. Srdce nezvětšeno. Rozsáhlá splývající zastření v obou dolních a částečně středních pl. polích (více vpravo) – nejspíše kombinace zánětl. infiltrátů a pleur. výpotků. Vaskul. kresba v normě.

Terapie:

infuze s Ringer roztokem, Paralen, Ibalgin, Novalgín, inhalace s FR, Ventolin spray, Solumedrol, oxygnoterapie 5–10 l/min.

Průběh: Přijat na odd. s krátkou anamnézou bolestí v krku, kašlem, bolestmi v krku a zvracením. Při přijetí bez dušnosti, pokračoval, byl hraničně hydratovaný. Zajištěn parenterálním příjmem tekutin, zde již nezvracel, febrilní s maximem ke 40,2 °C.

Od 2. hodiny ranní zhoršení stavu, ztížené dýchání, stěžoval si na bolesti na hrudníku, byl bez teploty. Vstupní zánětlivé parametry nízké, při kontrole dnes ráno vzestup CRP na 97, výrazná leukopenie, hyperglykémie. I přes podaný Solumedrol, Ventolin a oxygnoterapii se dýchání nezlepšuje. Přetrvává tachypnoe – 45–50/min., tachykardie – 120–130/min., saturace O₂ max. 88 %. Ráno hemoptýza. V krevních plynech metabolická acidóza, kompenzovaná tachypnoí. Na rtg plic výrazná oboustranná pneumonie s pleurálním výpotkem. Po telefon. domluvě překlad na JIP do Hradce Králové. Po domluvě ATB zatím nepodávána.

Na dětskou JIP FNHK přivezen se závažnou hypoxémií, extrémní dušností a tachypnoí – spontánně ventilující. Zde ihned intubován, napojen na UPV, zahájena tekutinová resuscitace, alkalizace při těžké kombinované acidóze a podpora oběh. selhání noradrenalinem, při jeho progresi Dobutaminem. Ve 14.05 přeložen na ARO, dochází k multiorgánovému selhávání – zahájena ATB léčba Meropenem + Amikinem, přes opakovanou KPR chlapec v 18 hod. umírá.



Příčinou úmrtí byla fatální pneumonie vyvolaná kmenem *Staphylococcus aureus* produkujícím Pantónův-Valentinův leukocidin. Výskyt bakterií *S. aureus* s produkcí PVL je zaznamenáván od roku 1999 na různých místech světa, především v souvislosti s nekrotizující pneumonií. PVL je velmi účinný cytotoxin, který se zanoří do buněčné membrány polymorfonukleárů nebo makrofágů a vytvoří v nich otvory, kterými unikne buněčný obsah. Bakterie prostřednictvím tohoto toxinu zabíjí leukocyty ještě dříve, než se k ní mohou přiblížit – dochází k rychlé nekrotizaci tkání. Velice závažné jsou především abscedující pneumonie, které i u jedinců v předchorobí naprosto zdravých probíhají úděsně rychle, bez adekvátní reakce na jakoukoliv terapii.

První případ letálně končící abscedující pneumonie publikovaný v ČR zaznamenal Petráš a kol. (Prakt. lék. 2008;88(4):236–239). Zdravý 22letý mladík umírá po 2 dnech hospitalizace, které následovaly po 4 dnech respiračního onemocnění. Dosud je v NRL pro stafylokoky SZÚ zdokumentováno 13 případů velice těžkých průběhů PVL

pnemonií, z nichž devět pacientů zemřelo. Nekrotizující pneumonie způsobené PVL pozitivními kmeny *S. aureus* patří mezi onemocnění s největší smrtností. V literatuře se uvádí smrtnost u kmenů dobře citlivých na antibiotika až 75 % a u kmenů MRSA dokonce ještě vyšší. Naprosto zásadní věcí u takových případů je včasné odhalení etiologie a tím i správné diagnózy. To ale přichází obvykle až v době, kdy kvantita toxinu ve tkáni je již příliš vysoká a vyhlídky na úspěšnou léčbu tudíž nízké.

Je proto velmi významné již při prvním kontaktu s pacientem dobře odebrat anamnézu, zejména s ohledem na předchorobí (prodělaná viróza nebo jiný infek, DM, imunosuprese aj.), všimnout si i relativně nevýznamných hnisavých procesů na těle pacienta a zejména včas odebrat adekvátní materiál na mikrobiologické vyšetření a upozornit mikrobiologa na možnost toxigenní infekce. Důležité je okamžité nasazení správné antimikrobiální léčby. Dosud neexistují žádná standardizovaná odborná oficiální doporučení pro terapii. Ve většině případů je nutné nasazovat antibiotika empiricky a zde je

třeba vždy pamatovat na možnost výskytu MRSA. Z tohoto důvodu a také existuje-li důvodné podezření na producenta PVL, není vhodné nasazovat oxacilin.

Zásadou by mělo být použití antimikrobiálních preparátů s účinkem na potlačení produkce toxinu. Takový efekt je ověřen u klindamycinu a linezolidu. Linezolid, tato jediná látka ze skupiny oxazolidinonů, nejen snižuje produkci PVL, ale zároveň je v této době jen malé riziko výskytu rezistentních kmenů *Staphylococcus aureus*. (Linezolid 2 × 600 mg à 12 hodin.)

Jak psal profesor Beneš z infekční kliniky na Bulovce: Tato nemoc je vzácná – ale kdo se s ní setká, ten si ji bude pamatovat nado smrti.

A já jsem mamince toho kluka slíbila, že se budu snažit, aby se co nejvíce pediatriů o tomto případě dozvědělo a při svém leckdy nelehkém rozhodování jej mělo na mysli.





Kazuistika

Pozdě, ale přece... Kawasakiho syndrom

MUDr. Dagmar Karbanová
PLDD Lužec nad Vltavou

RA: bezvýznamná

OA: Chlapec narozen z fyziologického těhotenství v termínu, porodní hmotnost 3700 g, Apgar skóre 10, 10, 10, poporodní průběh bez komplikací. Kojen 18 měsíců. V kojeneckém věku rehabilitace pro lehkou centrální koordinační poruchu. Očkován řádně dle očkovacího kalendáře, navíc proti klíšťové encefalitidě – vše bez reakce. Nemocnost nízká – dvakrát antibiotická léčba pro bronchitidu. Dispenzarizován není, léky trvale neužívá, alergie nemá, varicellu dosud neprodělal, hospitalizován nebyl. Závěr poslední preventivní prohlídky – fyziologický nález, zdrav.

SA: bydlí spolu s rodiči a 2 bratry, rodinný domek, bez zvířat

NO: Vysokoškolsky vzdělaná matka přichází se čtyřletým chlapcem do mé ordinace PLDD pro výsev exantému – vstupně na nártech a ploskách nohou, následně po celém těle, současně zarudnutí plosek nohou, teplota 37,6 °C. Příznaky trvají 2–3 dny. Při vyšetření celkový stav není alterován, po těle necharakteristický exantém, prosáknutí kolem očí, malinový jazyk, enantém na patře, tonzily bez obsahu. Mírně zvětšené lymfatické uzliny submandibulárně. Akce srdeční bez šelestu, pravidelná. Dýchání čisté. Břicho volně prohmatné, játra a slezina nezvětšeny. Odesílám pacienta ke konzultaci na infekční ambulanci místní nemocnice ještě týž den. Tam již teplota 38 °C, provedeny odběry – FW 10/20, CRP 43, leukocyty 4,6, bilirubin 53, ALT 8,95!, AST 14,47!, GMT 1,67, další laboratorní hodnoty bez pozoruhodností. Závěr: morbiliformní exantém, vzhledem k laboratornímu nálezu vysoké aktivity enzymu jaterní cytolýzy doporučena hospitalizace. Matka preferuje hospitalizaci v Praze-Motole, kam kvečeru

přijíždí. Zde doplněno sonografické vyšetření břicha – mírná hepatomegalie, pacient odeslán domů se závěrem virové infekční onemocnění. Další den matka s chlapcem přichází opět do mé ordinace pro trvalý teplotu 38,1 °C a stále necharakteristický exantém. Pro nejasnou diagnózu doporučuji opět hospitalizaci – nyní se matka rozhodla pro krajskou nemocnici, kde je chlapec přijat. Doplněn výtěr z krku (*Haemophilus influenzae*). Febrilie, malinový jazyk, enantém na patře, konjunktivitida, exantém na kůži, pro suspektní scarlatinu nasazen penicilin intramuskulárně. Po dvouhodinové hospitalizaci matka podepisuje revers a odjíždí s dítětem domů. Druhý den ráno pro trvalý febrilie matka přijíždí s chlapcem na infekční kliniku Praha-Bulovka, kde pacient přijat k hospitalizaci. Pokračováno v terapii prokain-penicilinem celkem 3×, poté aplikován pendepon compositum a s diagnózou spála, syndrom infekční mononukleózy v.s., hepatopatie v. s. parainfekční propuštěn do domácí léčby. Po dobu hospitalizace byl ještě febrilní – celkem 6 dní, jaterní testy pokles: ALT 4,8, AST 2,3, GMT 1,42, CRP 19. Po celou dobu akutní fáze onemocnění byl pacient bez celkové alterace, v klinickém obraze dominovala horečka, exantém, slizniční změny v dutině ústní a laboratorně hepatopatie. Tři dny po propuštění kontrola v mé ordinaci – loupající se prsty u nohou, přetrvává malinový jazyk, *anguli infectiosi*, na kůži odeznívající exantém. Dále chlapec opakovaně ambulantně kontrolován na infekční ambulanci, postupně pokles ALT, AST, GMT k normálním hodnotám. Sérologie morbilli, rubeola, enteroviry, EBV, CMV, ASLO – vše opakovaně negativní. K úplné úzdavě včetně normalizace jaterních testů došlo během jednoho měsíce.

Po zhodnocení celého průběhu onemocnění a na opakované dotazy matky „od

čeho to vlastně bylo?“ stanovuji diagnózu Kawasakiho syndrom a pacienta odesílám ke kardiologickému vyšetření.

Výsledek – v dosahu vyšetření bez patologie, bez aneurysmat koronárních tepen, bude nadále kardiologicky sledován.

Pacient splnil kritéria pro Kawasakiho chorobu: horečka trvající více než 5 dní, oboustranná konjunktivitida, slizniční změny v dutině ústní (malinový jazyk, enantém na patře, trhliny kolem rtů), polymorfní exantém, hepatopatie, krční lymfadenopatie, periunguální deskvamace.

Kawasakiho choroba je vzácné onemocnění, ale je třeba na ni myslet!

Kawasakiho choroba je akutní horečnaté onemocnění raného dětství, postihující častěji chlapce a Asijce. Jednoznačné laboratorní kritérium pro toto onemocnění dosud neexistuje. Stanovuje se pouze dle klinických kritérií – horečka trvající déle než 5 dní a přítomnost 4 z 5 následujících kritérií: oboustranná konjunktivitida, slizniční změny v nosohltanu či v dutině ústní, erytém či edém dlaní a plosek nohou, periunguální deskvamace, polymorfní exantém, krční lymfadenopatie. Nejzávažnější u tohoto onemocnění je skutečnost, že u pacientů se mohou objevit aneurysmata koronárních tepen. Prognóza onemocnění závisí právě na postižení koronárních tepen. U dětí bez srdečního postižení je prognóza dobrá a i bez léčby dochází k uzdravení přibližně během jednoho měsíce. V terapii se doporučuje intravenózní imunoglobulin v kombinaci s prednisonem. Souvislost s očkováním zatím nebyla prokázána.

8. kongres primární péče

Chirurgové a praktici rukou společnou...

■ **Jaká je role laparoskopie v dětské chirurgii? Co obnáší a pro koho je vhodná „one-day surgery“? Kdy lze aplikovat sedací či analgezii v ordinacích praktických lékařů? Co by měla zahrnovat předoperační příprava a vyšetření? Především na tyto otázky se zaměřil blok věnovaný současným možnostem chirurgie.**

MUDr. Libor Janeček z Oddělení dětské chirurgie a traumatologie FN Hradec Králové nabídl praktický pohled na využití laparoskopie jako zcela běžné diagnostické i terapeutické metody u dětských pacientů. Mezi výhody této techniky patří především snížení pooperační bolesti, zkrácení doby hospitalizace i rekonvalescence, rychlý návrat k perorálnímu příjmu, nižší frekvence pooperačních komplikací a vynikající kosmetický efekt. K nevýhodám se pak řadí vyšší náklady a frenikový příznak. „Využití laparoskopie má dnes skutečně minimum limitací. Mnohaletá praxe přinesla kritéria pro její efektivní využití – zásadní je erudice chirurgického týmu a odpovídající vybavení pracoviště,“ uvedl MUDr. Janeček.

Laparoskopie se jako metoda volby u dětských pacientů uplatní v případě appendektomie, cholecystektomie, varikocelktomie, divertikulektomie či biopsie. Vhodná je také pro revizi při patologii adnex, revizi ventrikuloperitoneálního shuntu či revizi při abdominální retenci varlete, kterou je třeba řešit do jednoho roku věku. „Při ponechání varlete v břišní dutině se riziko malignizace zvyšuje 20–50násobně,“ zdůraznil MUDr. Janeček a dodal: „Jedním z nejčastějších společných problémů praktického dětského lékaře a dětského chirurga jsou pak suspektní náhlé příhody břišní. Zde se laparoskopie uplatní jako metoda diagnostická. K peroperačním nálezům mohou patřit chronická appendicitida, adheze, patologie adnex, Meckelův divertikl aj.“

Mezi výkony fakultativně laparoskopické, kterých u dětí není tolik, patří fundoplastika, splenektomie, adheziolýza při ileu, nefrek-

tomie, hernioplastika, pyloromyotomie, desinvaginace nebo revize břicha při poraněních. Do specializovaných center pak patří laparoskopické výkony řešící vrozené vývojové vady gastrointestinálního traktu, dále resekce u Crohnovy choroby, pyeloplastiky a výkony zaměřené na bariatrii, onkochirurgii a fetální chirurgii. „Miniinvasivní laparoskopické operace přinesly do dětské chirurgie skutečně kvalitativní změnu. Dominují nejen u širokého spektra běžných chirurgických onemocnění, ale mnohdy vyřeší i diagnostické rozpaky. Mají minimum komplikací – pokud však nastanou, jsou velmi závažné až fatální. Proto je nezbytné operovat bez komplikací,“ zdůraznil MUDr. Janeček.

■ Když 24 hodin stačí

Problematické jednodenní chirurgie – „one-day surgery“, nebo také jednodenní péče na lůžku – se v dalším vystoupení věnoval MUDr. Jiří Jarošek z Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN Praha. Připomněl, že jednodenní chirurgie je definována jako plánovaná chirurgická léčba vybraných onemocnění, která umožňuje nahradit pooperační péči na nemocničním lůžku péčí na lůžku domácím. Pacient při ní neprojde standardním lůžkovým oddělením, není vystaven riziku nosokomiální infekce a do zdravotnického zařízení je přijat maximálně na 24 hodin. „K dalším benefitům patří menší fyzická a psychická zátěž nemocného, snížení nákladů na ošetření, zkrácení čekací doby na operaci i pracovní neschopnosti,“ doplnil MUDr. Jarošek a zdůraznil, že požadavkem na pracoviště jednodenní chirurgie je zajištění stejné úrovně bezpečí jako při operačních výkonech na standardním lůžku. Splňovat musí určité technické a personální vybavení – od bezbariérového přístupu parkoviště přes ambulantní, operační, lůžkovou a pooperační část až po zajištění spolupráce s pracovištěm „vyššího typu“ v případě komplikací.

„Pokud jde o obecná indikační kritéria, pacient pochopitelně musí souhlasit s léčbou v režimu jednodenní chirurgie a musí plně porozumět průběhu léčby. Musí jít o jedince jinak zdravého nebo s nezávažným onemoc-

něním, které funkčně neomezuje – to odpovídá klasifikaci ASA I–II. Důležité také je, aby měl nemocný dobré sociální zázemí, doprovod a dozor po propuštění. Výhodou je dojezd do 60 minut,“ vysvětlil MUDr. Jarošek. Do spektra „one-day surgery“ patří výkony chirurgické, ortopedické, gynekologické a urologické. Jedná se především o miniinvasivní operace kýl, cholecystektomie, elektivní appendektomie, záchovné operace prsu, operace varixů dolních končetin, dále o artroscopie kloubů, odstranění osteosyntetického materiálu, hysteroskopie, adheziolýzy, kyretáže, cirkumcize či orchiektomie. „Před propuštěním do domácího ošetření musí být pacient plně orientován, mobilizován, schopen přijímat tekutiny perorálně a vymočít se. Nesmí krvácet, zvracet či mít nauzeu. Odstranění drénů není nezbytné,“ upřesnil MUDr. Jarošek a shrnul: „Styčným bodem mezi chirurgem a praktickým lékařem je předoperační prevence tromboembolie v indikovaných případech a rovněž pooperační podání analgezie – ať už perorálně, nebo intramuskulárně. To už je skutečně spíše na praktících.“

■ Zkuste to (nejen) s rajským plynem

Techniky sedace a analgezie vhodné pro využití v ordinaci praktického lékaře při nepříjemných vyšetřeních či terapeutických výkonech dále představil doc. MUDr. Ladislav Hess, DrSc., z Centra experimentální medicíny IKEM, Praha. „Nejpopulárnější sedace je orální s využitím benzodiazepinů, jejímž benefitem je jednoduché a bezbolestné provedení, cenová dostupnost a velmi málo závažných komplikací. Nevýhodou jsou volba vhodné dávky a interindividuální rozdíly. Největší účinek je u pacientů s mírným nebo středně velkým strachem,“ uvedl doc. Hess s tím, že k nežádoucím účinkům patří kolísání v chůzi, nekoordinovaná motorika a útlum kognitivních schopností. Volba vhodné dávky farmaka závisí na věku, hmotnosti, předchozích onemocněních i aktuálním zdravotním stavu pacienta. Provedení orální sedace by mělo podle doc. Hesse

probíhat následovně – večerní premedikace, příchod pacienta hodinu před výkonem, podání sedace se 125 ml vody, kontinuální dohled, zhodnocení lékařem, zda je nutno čekat déle, nebo již může začít s plánovaným výkonem, monitorování pulsní oxymetrie a krevního tlaku. „Při odeznění účinku může být nemocný v doprovodu druhé osoby propuštěn, musí však být orientován časově, prostorově i osobou. Pozor je potřeba dát na přetrvávající parciální amnézii, a tudíž na osobní i písemné poučení pacienta,“ zdůraznil doc. Hess.

Z benzodiazepinů se zmínil krátce o diazepam, jehož nástup účinku je za 15–60 minut, maximální účinek za 60 minut a biologický poločas 20–40 hodin, u starších lidí však může dosahovat délky 100–200 hodin! Diazepam má minimální vliv na ventilaci a hemodynamiku, proto je jeho aplikace poměrně široká. Možné je i intravenózní podání. „Pooperačně ale přetrvává 6–8 hodin značné ovlivnění psychomotoriky, proto je pro ambulantní použití diazepam méně vhodný,“ konstatoval doc. Hess. V současnosti je pro svůj krátký biologický poločas 2,5 hodiny a dobrou řiditelnost oblíben především midazolam, který je nejčastěji používaným benzodiazepinem k anxiolýze. Nástup účinku je za 10 minut, maximální intenzity pak dosahuje za 30 minut. Terapeutická šíře midazolamu je velká. V klinickém dávkování minimálně ovlivňuje kardiopulmonální parametry, u dětí a starších osob však může být vyšší výskyt paradoxních reakcí, vzácně může dojít k rebound fenoménu se strachem a neklidem. Midazolam může být aplikován perorálně, intravenózně, rektálně i nazálně. „Orální“ roztok je velmi hořký, nutná je proto korekce sladkým sirupem nebo medem, nástup účinku je ale rychlejší než po podání tablet. Základní dávkování pro dospělého člověka je 10–15 mg, u dětí pak 0,5 mg/kg do celkové dávky 15–20 mg.

Jak dále uvedl doc. Hess, v posledních letech se stále častěji dostává do popředí oxid dusný (neboli rajske plyn) s anxiolytickým, analgetickým, anamnestickým i anestetickým účinkem. Jedná se o stabilní bezbarvý plyn slabě příjemné nasládlé vůně, který má rychlý nástup a odeznění účinků v mozku. Eliminován je převážně plicemi, malé množství kůží a střevem. Oxid dusný vede k mírnému zvýšení dechové i srdeční frekvence, tepového objemu a periferní rezistence. „Po ukončení inhalace se může objevit difúzní

hypoxie, pro prevenci je vhodná inhalace 100% kyslíku po dobu tří minut,“ vysvětlil doc. Hess a dodal: „Pokud se týká klinických projevů inhalace rajskeho plynu, u pacientů se vyskytuje pocit omámení a točení hlavy, u někoho značná euforie, hyperakuzie, parestezie horních i dolních končetin, pocit tepla v těle či výrazný pocit lehkosti dolních končetin.“

Oxid dusný najde uplatnění takřka ve všech oblastech medicíny – doc. Hess uvedl mj. následující indikace:

- ambulantní chirurgie – repozice kloubů, zavedení a odstranění hrudních drénů, incize abscesu, repozice fraktury, tlumení bolesti při akutním infarktu myokardu;
- gynekologie – vyjmutí a zavedení nitroděložní antikoncepce – tělíska, hysteroskopie, biopsie děložního čípku, rozšíření nepoddajného hymenu, chemická ablace Bartholiniho žlázy;
- dermatologie – transplantace vlasů, chirurgické odstranění névů, chemický peeling kůže;
- podiatrie – ošetření diabetické nohy;
- psychiatrie a sexuologie – poruchy orgasmu u žen, závislost na alkoholu, marihuaně a nikotinu, tlumení abstinenčních příznaků;
- radiologie – klaustrofobie u vyšetření magnetickou rezonancí;
- neurologie – migrény;
- paliace – zvýšení aktivity, emočního naladění a komunikace terminálně nemocných, snížení anxiety.

„Důležitý je vždy kontakt lékaře s pacientem, který je v sedaci velmi přístupný slovní sugesci a nachází se ve vulnerabilním stavu, tudíž citlivě reaguje na negativní podněty z okolí,“ dodal doc. Hess a upozornil, že absolutní kontraindikací podání rajskeho plynu je pneumotorax, srdeční insuficience, zvýšený intrakraniální tlak, snížené vědomí a chybějící kooperace, ušní operace, perforující oční poranění, těžká dilatace zažívacího traktu a první trimestr těhotenství. Velkou výhodou oxidu dusného, který se v kombinaci s kyslíkem používá ve směsi Entonox, je možnost jej aplikovat zaškolenými sestrami.

Z netradičních způsobů sedace doc. Hess upozornil mj. na nazální aplikaci farmak s rychlým nástupem účinku během 3–10 minut; účinek je krátkodobý, dobře

řiditelný a titrovatelný (lze podat každých 5–15 minut). Plocha čichové sliznice o velikosti 15 cm² umožňuje přímý vstup farmaka do mozku a mozkomíšního moku přes *lamina cribiformis*. Indikací k nazální aplikaci je především sedace dětí, pooperační akutní tlumení bolesti, analgezie u chronické bolesti, aplikace opiátů, ketaminu a sedativ při paliativní péči, sedace akutně neklidných pacientů, útlum křečové aktivity aj.

Mezi předoperační a předanestetické vyšetření rovnítko nepatří

„Identifikace pacientů ohrožených – mimo základní onemocnění – v perioperačním období vyšší morbiditou a mortalitou a hledání způsobu, jak tato možná rizika snížit, je hlavním smyslem předoperačního vyšetření,“ konstatoval v závěrečné přednášce prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., emeritní přednosta Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče 2. LF UK a FN Motol, Praha. „Ke zhodnocení rizika máme k dispozici klasifikaci ASA – nástroj, který by měl být praktickému lékaři vlastní a na kterém není nic nedostupného,“ zdůraznil s tím, že podle zhodnocení zdravotního stavu nemocného před výkonem se klasifikace ASA dělí následovně:

- třída I – normální zdravý pacient (udávaná mortalita 0,06–0,08 %);
- třída II – pacient s nezávažným onemocněním, které funkčně neomezuje (0,27–0,4 %);
- třída III – pacient se středně závažným či závažným onemocněním s mírným omezením (1,8–4,3 %);
- třída IV – pacient se závažným onemocněním, které ohrožuje život a významně funkčně omezuje (7,8–23 %);
- třída V – umírající pacient, u kterého se neočekává přežití 24 hodin, ať už bude operován, či nikoli (9,4–51 %);
- třída E – urgentní výkon, doplňuje klasifikaci podle ASA (v každé kategorii zvyšuje mortalitu o 10–15 %).

„Pokud jde o fyzickou zdatnost, tedy funkční kardiopulmonální rezervu, nejjednodušší způsob, jak ji zjistit, je zeptat se pacienta, zda například bez problémů vyjde do schodů alespoň dvě patra či jedno patro bez zastávky,“ připomněl prof. Cvachovec. Stupeň operační zátěže jednotlivých operací s ohle-

dem na ovlivnění kardiálních, respiračních a nutričních rezerv pak rozdělil následovně:

- **kategorie A – výkony malého rozsahu:** např. endoskopické, ambulantní výkony na kůži, prsu, očích, ve stomatologii, plastická a rekonstrukční chirurgie, diagnostické výkony;
- **kategorie B – výkony středního rozsahu:** např. cévní výkony na dolních končetinách, operace v podbřišku, výhřezu ploténky, většina ortopedické, traumatologické a ORL operativy, videotoraskopie, prostatektomie, hysterektomie, strumektomie, většina laparoskopických výkonů;
- **kategorie C – výkony velkého rozsahu:** např. resekce GIT, pankreatu, torakotomické, dvoudutinové výkony, radikální výkony na urogenitálním traktu, operace na aortě či velkých cévách a ostatní operace se zásadním zásahem do hemodynamiky, výkony spojené s očekávanou velkou krvní ztrátou.

Prof. Cvachovec také upozornil, že předoperační vyšetření není v žádném případě shodné s vyšetřením předanestetickým. Odlišují se zaměřením a smyslem, časem provedení i tím, kdo je provádí. Předoperační vyšetření patří do rukou praktika nebo ambulantního specialisty a vždy předchází předanestetickému. To je konziliární vyšetření lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a intenzivní medicína nebo pod jeho odborným dohledem. Je součástí komplexní anesteziologické péče před jakoukoli vyžádanou anestézií nebo monitorovanou anesteziologickou péčí. Cílem je mj. zhodnocení dostupných výsledků předoperačního vyšetření a stanovení anesteziologického plánu. „Na formuláře žádánek o předoperační vyšetření proto nepatří věty typu „pacient je schopen operačního výkonu v anestezii“, protože to praktický lékař opravdu neposuzuje a posuzovat nemůže. Pro nás je podstatné, když uvede, zda je zdravý, či zda stoná, jak moc, ev. jaká opatření praktický lékař učinil, aby jeho stav zlepšil,“ shrnul lapidárně prof. Cvachovec.

Kdy indikovat laboratoř či konzilium před operací?

A co by mělo předoperační vyšetření obsahovat? Zcela určitě prostudování zdravotnické dokumentace, anamnézy, klinické vyšetření, případnou ordinaci dalších konziliárních či

laboratorních vyšetření a určení potřeby jiné předoperační přípravy či změny medikace. „Otázkou zůstává, kdy a zda vůbec je doplňující laboratorní či konziliární vyšetření indikováno. Musíme si odpovědět na to, zda je schopno správně identifikovat poruchu, zda ovlivní dříve stanovenou diagnózu, zda změním na základě výsledku náš postup či zda se změní na základě znalosti vyšetření léčebný výsledek,“ konstatoval prof. Cvachovec. Laboratorní vyšetření by podle něj měl lékař ordinovat na základě anamnézy a klinického vyšetření. „Abnormální výsledek – jehož pravděpodobnost narůstá s věkem – je však potřeba vždy dořešit a diagnózu uzavřít!“ zdůraznil prof. Cvachovec s tím, že u zdravých pacientů (ASA I) a minimálně invazivních výkonů je výsledek laboratoře jen zřídka kdy přínosem.

Pacienti se závažným onemocněním oběhového ústrojí – s anginou pectoris či recentním infarktem myokardu, dekompenzovaným srdečním selháním, symptomatickou arytmií či symptomatickým onemocněním chlopní – vyžadují konziliární vyšetření kardiologem. Prof. Cvachovec se také zmínil o tom, jak předcházet rizikům plicních komplikací. „Nutné je, aby pacient přestal kouřit nejméně 4 týdny před operací, optimálně však 6–8 týdnů. Rutinní rentgenový snímek hrudníku nelze doporučit, protože málokdy změní způsob péče, stejně tak je tomu v případě předoperační diagnostické spirometrie – s výjimkou výkonů hrudní chirurgie. Doporučena je naopak pečlivá strukturovaná anamnéza pacientů se spánkovou apnoí,“ vysvětlil prof. Cvachovec.

Vyššímu riziku renálních komplikací jsou vystaveni pacienti s indikovanou interperitoneální operací, předchozí poruchou funkce ledvin, ascitem, městnavým srdečním selháním, diabetem či hypertenzí a také muži a osoby starší 55 let. „Lepší predikci rizika nám poskytne vyšetření glomerulární filtrace, nikoli stanovení sérového kreatininu,“ dodal prof. Cvachovec. V případě diabetiků je podle něj do předoperačního vyšetření třeba zahrnout informace o přítomnosti, závažnosti, délce trvání a léčbě diabetu, stejně jako údaje o glukózové intoleranci. Není doporučeno, aby bylo rutinně prováděno vyšetření glykémie. Pokud jde o poruchy hemokoagulace, jejich předoperační korekce snižují perioperační krvní ztráty. Rutinní vyšetření krvní srážlivosti a krvácivosti opět není doporučeno, pokud pro po-

ruchu nesvědčí údaje v anamnéze či povaha výkonu. Anamnéza je rozhodující také u jedinců se zvýšenou spotřebou alkoholu (výhodné je nechat pacienta vyplnit dotazník, nikoli se ho ptát přímo) a u alergiků. „Alergie na pravděpodobně užitá farmaka, latex, ovoce, zeleninu či cereálie, dále informace o předchozí anestezii představují zásadní údaj pro předanestetické vyšetření,“ uvedl prof. Cvachovec.

Představil také souhrn minimálních požadavků na předoperační vyšetření praktickým lékařem – v případě nemocných s ASA I/A–II/A jde o klinické vyšetření, v případě ASA I/B–II/B navíc o zjištění koncentrace Na, K, kreatininu, glukózy, krevního obrazu a provedení aPTT a Quick testu.

„Domnívám se, že v tomto ohledu je odbornost praktického lékaře využívána málo a z pohledu anesteziologie ji v předoperační přípravě lze rozšířit,“ shrnul prof. Cvachovec s tím, že by bylo vhodné vytvořit doporučený postup jako konsensuální stanovisko České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a praktiků.

Otázce, jak k takovému dokumentu dojít, byla věnována následující uzavřená diskuse u kulatého stolu. Jak se představitelé odborných společností vypořádali s tím, že různá zdravotnická zařízení v různých regionech mají různé, často kuriózní požadavky na rozsah předoperačního vyšetření? Dá se zabránit tomu, aby praktičtí lékaři byli rukojmími nemocnic, resp. svých pacientů, které nemocnice odmítají přijmout k hospitalizaci, pokud nepřinesou výsledky všech požadovaných vyšetření? Jsou praktičtí lékaři povinni vyhovět, i když jim hrozí regulace za překročení indukovaných nákladů? Odpovědi nejen na tyto otázky vám přineseme formou záznamu diskuse u kulatého stolu v příštím vydání ZN (vychází 24. března) v rubrice Pro lékařskou praxi.

jat

Převzato: ZN Kongresový list, odborná příloha Zdravotnických novin, 2/2014



Vzácná onemocnění bychom měli rozpoznat dřív

Prof. MUDr. Milan Macek ml., DrSc.¹, Bc. Anna Arellanesová²

1) přednosta Ústavu biologie a lékařské genetiky 2. lékařské fakulty UK a FN Motol;

2) předsedkyně České asociace pro vzácná onemocnění

Včasná diagnostika vzácných onemocnění

Předpokladem úspěšné léčby je správné a včasné stanovení diagnózy daného onemocnění, avšak to je u vzácných onemocnění složité. Proto Česká asociace pro vzácná onemocnění (ČAVO) ve spolupráci s Národním koordinačním centrem pro vzácná onemocnění při Ústavu biologie a lékařské genetiky 2. lékařské fakulty UK a FN Motol, za podpory Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD) a Odborné společnosti praktických dětských lékařů (OSPDL) ČLS JEP připravila projekt zaměřený na zlepšení informovanosti praktických lékařů v této oblasti. Jedná se o informační materiály, které mají především upozornit na existenci typických časných příznaků vzácných onemocnění a na zdroje informací o nich. Tyto materiály jsou určeny především praktickým pediatrům, protože 80 % vzácných onemocnění se projevuje už v dětském věku. Pro odborné konzultace k jednotlivým případům bude možné využít také mail help@vzacna-onemocneni.cz, kam se se svými dotazy mohou obracet jak lékaři, tak i rodiče.

Pokud je prevalence určitého onemocnění nižší než 5:10 000, říkáme, že jde o onemocnění vzácné. Takových nemocí je v současnosti známo více než šest tisíc. Absolutní většina z nich není prostředky dnešní medicíny vyléčitelná „ad integrum“. Pro pacienty je však velmi důležité, aby u nich byla diagnóza stanovena co nejdříve. Pokud existuje symptomatická léčba, je možné zabránit postupnému zhoršování zdravotního stavu. V případech, kde léčba dosud neexistuje, je možné alespoň zmírnit příznaky onemocnění. Pokud není možné ani to, zamezí se alespoň diagnostické „odysseji“, kdy pacienti navštěvují bez úspěchu různé lékaře, kteří si s jejich onemocněním nevědí rady. Pacienti a jejich rodiny zjistí, že nejsou sami. I to pro mnohé z nich znamená velkou psychickou úlevu.

Stanovení správné diagnózy nebývá u vzácných onemocnění jednoduché. Velmi nízké prevalence, vysoký počet nemocí a často nespecifické příznaky tento úkol ještě znesnadňují. Množství poznatků v této oblasti navíc díky postupujícímu výzkumu v molekulární biologii stále narůstá a tento trend bude pravděpodobně dále pokračovat. Je zapotřebí přenášet tyto poznatky do praxe a umožnit, aby se k odpovídající péči dostalo co nejvíce pacientů. Předpokladem úspěchu je na vzácná onemocnění pomyslet



a v případě pochybností využít všech dostupných zdrojů informací, domácích a mezinárodních.

■ Čtvrtina pacientů čeká na diagnózu více než 5 let

Před několika lety (v roce 2009) provedla organizace EURORDIS, která sdružuje pacienty se vzácným onemocněním na evropské úrovni průzkum, podle jehož vý-

sledků „nebyla u 40 % pacientů se vzácnými onemocněními správně stanovena diagnóza, což vedlo k závažným zdravotním důsledkům (nevhodné léčbě), a 25 % pacientů čekalo na stanovení správné diagnózy 5–30 let.“¹ Takové zjištění je závažné, protože opožděná diagnóza může mít pro pacienty vážné zdravotní důsledky. S časem také ubývají možnosti využití dostupné léčby. Zlepšení diagnostiky u vzácných onemocnění je také součástí národního akčního plánu pro vzácná onemocnění, který tuto situaci odráží a vytváří administrativní rámec pro řešení této problematiky.²

■ Tři čtvrtiny vzácných pacientů jsou děti

Vzácná onemocnění jsou velmi různorodá, chronická, progresivní, degenerativní a život ohrožující onemocnění. Mnohá z nich způsobují pacientům chronické utrpení a postupnou ztrátu soběstačnosti. Více než tři čtvrtiny (80 procent) z nich postihují děti a asi 30 procent pacientů se vzácným onemocněním umírá před pátým rokem věku. Velká většina těchto onemocnění je genetického původu, proto se někdy nazývají „mendelistická onemocnění“. Z tohoto důvodu historicky sekundární linií diagnostického kontaktu byla pracoviště lékařské genetiky.



■ Novorozenecký screening: diagnóza pro sto dětí ročně

Velmi efektivní metodou stanovení diagnózy u vzácných onemocnění je novorozenecký screening. V České republice se narodí přibližně sto tisíc dětí ročně. Díky screeningu je správná diagnóza stanovena asi stovce z nich. Úspěšnost stanovení správné diagnózy tímto způsobem je velmi vysoká. Plošné testování pomocí tandemové hmotnostní spektrometrie, které v ČR funguje poslední čtyři roky, umožňuje odhalit i nemoci s velice nízkou prevalencí. Takové případy by bylo v běžné praxi velmi obtížné odhalit. Novorozenecký screening navíc umožňuje velmi rychlou reakci a neprodlené zahájení léčby, což je u některých diagnóz nezbytné. Rozvoj novorozeneckého screeningu má na starosti Národní koordinací centrum pro novorozenecký screening ve VFN Praha (www.novorozenecky-screening.cz).

■ Vzácní pacienti v ordinaci pediatra

V současné době je v ČR do screeningu zařazeno 13 nemocí. To odpovídá situaci běžné v evropských zemích. Další rozvoj screeningu je sice pravděpodobný a testování dalších nemocí již bylo v pilotním projektu vyzkoušeno, nicméně vzhledem k celkovému počtu vzácných onemocnění zůstane i do budoucna hlavní břemeno v diagnostice na lékařích v první linii, tedy především pediatrech. Rozpoznání neobvyklých symptomů, pozornost k závažným detailům při diskusi s rodiči, rozhodnutí o odeslání pacienta na odpovídající pracoviště leží pouze na nich.

Kolektiv odborníků Národního koordinací centra pro vzácná onemocnění při Ústavu biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol sestavil následující „desatero“, které by mělo pomoci při identifikaci pacientů se vzácnými onemocněními.

Zvýšenou pozornost vyžadují děti, které:

- dlouhodobě a bez zjevné příčiny neprospívají na váze, mají poruchu růstu nebo jsou často nemocné;

- mají zpomalený či zastávající se psychomotorický vývoj (například opožděný vývoj lezení, vzpřimování, chůze nebo porucha vývoje řeči a porozumění);
- netypicky vnímají okolní svět, nenavazují oční kontakt, nereagují na úsměv nebo mají sklon k stereotypnímu chování;
- mají svalovou slabost, nadměrnou únavu nebo fyzicky nestačí svým vrstevníkům;
- se pohybují netypicky vzhledem k věku nebo mají svalové záškuby či opakované křeče;
- mají opakující se respirační infekty s netypickým průběhem;
- mají nápadně křehkou a snadno zranitelnou kůži připomínající motýlí křídla nebo naopak hrubou a šupící se kůži nebo u kterých se v průběhu dětství objevují na kůži různé zbarvená ložiska;
- trpí poruchou vývoje zubů, vlasů nebo nehtů;
- mají zvláštní vzhled obličeje s hrubými rysy (například výrazně vpáčený kořen nosu, nápadně vystouplé nadočnicové oblouky nebo nepoměr mezi velikostí hlavy a těla);
- mají pot, moč nebo stolici netypické barvy nebo zápachu (pokud ji rodiče zaznamenají).

■ Zdroje informací i konzultace k jednotlivým případům

Rostoucí množství poznatků týkajících se vzácných onemocnění i jejich diverzita je důvodem obtížné orientace v této oblasti. O systematizaci a zpřístupňování informací o vzácných onemocněních dlouhodobě usiluje mezinárodní referenční portál Orpha.net. Tam je možné nalézt vedle přehledu a klasifikace všech dosud popsanych vzácných onemocnění, encyklopedie vzácných onemocnění, seznamů registrů a klinických studií, odborných pracovišť i patientských organizací také aplikaci určenou k usnadnění stanovení diagnózy. Ta umožňuje prohledávání databáze například skrze zadávání jednotlivých symptomů (tato služba je zatím k dispozici v angličtině). Existuje však i limitovaná česká verze tohoto

portálu – Orphanet.cz a informační server www.vzacnenemoci.cz.

V konkrétních případech je možné se obrátit na konzultační e-mail pro lékaře i rodiče pacientů help@vzacna-onemocneni.cz. Provoz informačního e-mailu po odborné stránce zajišťuje Národní koordinací centrum pro vzácná onemocnění ve spolupráci s ostatními centry a příslušnými odborníky z celé České republiky.

Od letošního roku je k dispozici také první přehledová publikace v češtině věnovaná vzácným onemocněním – Vzácná onemocnění v kostce. Připravil ji kolektiv autorů napříč specializacemi pod vedením MUDr. Kateřiny Kubáčkové z FN v Motole. Větší část knihy je věnována jednotlivým diagnostickým skupinám a vybraným vzácným onemocněním. Prostor je věnován především diagnostice a možnostem terapie. Kniha obsahuje také seznam kontaktů na jednotlivá specializovaná pracoviště. Konečně pro praktické lékaře rovněž vyšlo speciální číslo časopisu Postgraduální medicína (1/2014), které je věnováno relativně častým diagnostickým skupinám vzácných onemocnění.

■ Včasná diagnostika vzácných onemocnění

Společný projekt ČAVO a ÚLGB

Česká asociace pro vzácná onemocnění
<http://www.vzacna-onemocneni.cz>
Ústav biologie a lékařské genetiky 2. lékařské fakulty UK a FN Motol
<http://ubl2.cuni.cz/>

Za podpory

Odborné společnosti praktických dětských lékařů (OSPDL) ČLS JEP
<http://www.detskylekar.cz>
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD)
<http://www.detskylekar.cz>

1. EURORDIS. The Voice of 12.000 patients. Impression Design, 92100 Boulogne- Billancourt, France, 2009
2. Národní akční plán pro vzácná onemocnění na léta 2012 – 2014, usnesení vlády ČR č. 633 ze dne 29. 8. 2012





Ze světa odborné literatury...

■ Agresivní vs. konzervativní fototerapie u dětí s extrémně nízkou porodní hmotností

Je zatím nejasné, zda agresivní fototerapie má preventivní neurotoxický efekt ve vztahu k hladině bilirubinu, nebo zda tato fototerapie dětí s velmi nízkou porodní hmotností poškozuje. Autoři náhodně rozdělili 1974 sledovaných dětí s velmi nízkou hmotností mezi 12–36 hodinami po porodu a s ikterem do skupin s agresivní a konzervativní fototerapií. Předpokládá se, že každých 86 $\mu\text{mol/l}$ Bi může u těchto dětí zapříčinit vývojový a neurologický deficit. Jiní zase tvrdí, že průměrně zvýšený bilirubin nemá žádný neurotoxický efekt; protože bilirubin je antioxidant, má dokonce efekt užitečný.

Studie léčby bilirubinem se konají již od roku 1970, ale při tom se nevynořily otázky o možné příčině smrti ve vztahu k fototerapii. Uvažují o tom, že intenzita vlastního ozařování se může sice zvyšovat, ale s nejasným efektem. Proto předložili dlouhodobou srovnávací studii konzervativní a agresivní fototerapie. Srovnávali incidenci smrti a nervově-vývojového poškození u novorozenců narozených mezi 18. a 22. týdnem gestace. Agresivní fototerapie zřejmě redukuje nervově-vývojové postižení. Redukce incidence bronchopulmonální dysplazie ve skupině s agresivní fototerapií nebyla zařazena do hypotetických zkoumání.

Ukazuje se nakonec, že agresivní fototerapie by měla být preferována pro děti s porodní hmotností 750–1000 g, pro děti s porodní hmotností 501–750 g je pak vhodná fototerapie neagresivní.

N. Engl. J. Med. 2008 Oct;359(18):1885–1896

■ Respirační RS virus a rekurentní kašel u zdravých předtermínových novorozenců

RS virus je asociován s rekurentním kašlem. Studie však nemohou určit, zda je RS infekce příčinou kašle, nebo je rekurentní kašel první indikací preexistující plicní dráždivosti u nezralých dětí. Monoklonální protilátka palivizumab se sleduje pro efekt v prevenci těžké RS infekce u vysoce rizikových dětí. RSV virus (respiratory syncytial virus) je společnou příčinou přijetí k hospitalizaci v zimním období během prvních let života. V časném dětství má kašel po RSV infekci velmi vysokou prevalenci a je srdce zatěžující. Kromě toho je těžká bronchiolitida asociována se zvýšeným počtem nemocných s astmatem a senzibilizací v pozdějším věku. Patogeneze rekurentního kašle po RSV infekci

je stále nevyjasněna. Někteří autoři odlišují dvě neexkluzivní relace mezi RSV infekcí a kašlem. Za prvé, bronchiolitida může interferovat s normálním plicním vývojem nebo imunním dozráváním a následně zapříčinit rekurentní paroxysmy kašle. Za druhé RSV infekce může být včasným stimulem pro kašel u dětí geneticky disponovaných nebo s již abnormálními plicními funkcemi od narození. Celá porodní kohorta byla limitována evidencí relace mezi RSV. Další autoři se domnívají, že užívání RSV profylaxe a její efekt potvrzují tyto vazby. Monoklonální protilátka palivizumab (Synagis) je vlastně, jak bylo výše sděleno, protilátkou v podstatě příčinnou.

Od roku 2008–2010 zařazovali do studie pacienti gestačního věku 33–35 týdnů z jedné univerzity a 15 nemocnic v Nizozemsku. Všichni tito pacienti byli jinak zdraví, 6 měsíců věku a méně, v době začátku sezóny. Vyloučili děti s VCC, bronchopulmonární dysplazií, Downovým syndromem, s mechanickou ventilací při porodu, pacienti, kteří byli léčeni surfaktantem, a pacienti s dg. chronickým kašlem před sledováním. Terapie uvedeným preparátem je v Nizozemsku sice preventivní, ale zde byla užívána v terapii léčebné. Dávka preparátu se pohybovala 15 mg/kg nebo placebo během zimní sezóny. Epizody kašle byly definovány jako respirační epizody, kdy dítě prokašlalo více než jeden den. Post-profylaktická epizoda byla definována jako posledních 7 dnů zcela bez symptomů. Po léčbě třemi dávkami do roku věku musely být pacientům provedeny nazofaryngeální výtěry. Z nich určována přítomnost 16 respiračních virů a 4 respiračních bakterií. Celkem bylo zahrnuto 1550 nezralých dětí gestačního věku od 33. do 35. týdne, které prošly screeningem, zařazeno nakonec 429 dětí. Průměrné datum narození vzhledem k ročnímu období bylo 22. srpna. Průměr 4 injekcí během RSV sezóny byl podán v preventivní i v placebo skupině. Efekt RSV prevence na počet prokašlaných dní perzistoval – během post-profylaktické periody byl počet dětí s rekurentním kašlem nižší ve skupině s RSV prevencí než v placebo skupině. Také poměr užívání bronchodilancií byl nižší v preventivní skupině. Počty kašlajících dětí v preventivní skupině se nelišily při anamnéze atopie a bez atopie. Podobný efekt byl v rodinách s hereditárním astmatem. Počet respiračních epizod byl v obou skupinách léčených stejný. Počet epizod bez kašle byl ale přece jen větší ve skupině léčené.

Důvodem pro hospitalizaci v RSV preventivní skupině byla většinou gastroenteritis. Důvod pro hospitalizaci v placebo skupině byla RSV infekce, gastroenteritis a chirurgické dg.

Ukázalo se, že léčba s monoklonální protilátkou pro RSV prevenci evidentně redukuje počet prokašlaných dnů během prvního roku života, zvláště po skončení terapie. Nálezy také doplňují vazbu mezi bronchiolitidou, astmatem a infekty. Ukazuje se dále, že RSV a komplikace z toho plynoucí dělají lokální imunologickou alteraci v plicích.

N. Engl. J. Med. 2013;368(19):1791–1799

■ Vliv bronchiální obstrukce na sportovní aktivitu astmatiků školního věku

Ke zhodnocení sportovní aktivity a léčby dětských astmatiků s bronchiální obstrukcí indukovanou námahou bylo vyšetřeno 124 dětí ve stáří 8–17 let. Diagnóza byla provedena anamnesticky a testem volným během. Účast na školním tělocviku byla pravidelná u 38 % dětí, nepravidelná u 45 % a chyběla u 17 %. Účast na mimoškolním sportu byla ještě menší. 26 % pravidelně, 18 % nepravidelně a chyběla u 56 %. 17 % dětí neprovozovalo žádný sport. Bronchiální obstrukce vyvolaná námahou byla u 31 % stanovena dříve. Při testu během se u těchto dětí snížil vrcholový expirační průtok v průměru o 41 % klidové hodnoty a po profylaxi salbutamolem o 2 %. Ochrana před námahou bronchiální obstrukcí byla úplná u 94 % dětí a činila v průměru 95 %. Protektivní efekt salbutamolu byl vyšší než efekt kromoglykátu. *Mschr. Kinderheilk. 1988;136(12):819–823*

■ Pediatrická flexibilní bronchoskopie a její použití u kojenecké atelektázy

Bylo provedeno vyšetření 46 dětí flexibilním fiberoptickým bronchoskopem – 29 kojenců a 17 batolat. Indikací byly atelektázy. Atelektáza byla zvládnuta u všech kojenců a 60 % batolat bronchiální laváží, odstraněním hlenové zátky nebo odsátím sekretu přímo pomocí fibroskopu. U jednoho kojence došlo k epistaxi. Výkon nebyl zatížen morbiditou ani mortalitou. Jednou byl popisován minimální stridor, u batolat se nevyskytly žádné další komplikace. Výkon vedl k vymizení příznaků do 24 hodin.

Clin. Pediatr. 1985;24(7):379–382

Zpracoval MUDr. Jiří Liška, CSc.



Aktuality...

Antibiotika při léčbě akutního kašle v ordinaci PL

Kašel patří k nejčastějším příznakům, s nimiž se pacient ocitne v ordinaci praktického lékaře a ještě častěji v ordinaci pediatrické. Příčin kašle, jak akutního, tak chronického, je tolik, že diferenciální diagnostika a správná léčba nemusejí být zcela bezproblémové.

V prvním kontaktu s pacientem bývá nutné správně indikovat antibiotika nebo rozhodnout, zda postačí léčba symptomatická, resp. kdy odeslat pacienta na další vyšetření.

Nejčastější příčinou akutního dráždivého kašle jak u dospělých, tak u dětí jsou záněty horních dýchacích cest, rinosinusitidy, faryngitidy, laryngitidy provázející často běžné choroby z nachlazení, které jsou až na výjimky virového původu a jejich léčba je symptomatická. Kašel, zpočátku suchý dráždivý, který se během několika dní mění v produktivní, je hlavním příznakem tracheitidy a bronchitidy, nejčastěji opět virové etiologie, u nichž nejsou antibiotika indikována. K symptomatické léčbě nepatří jen antitusika a mukolytika, ale i režimová opatření, klid, „izolace“ nemocného v domácím a nekuřáckém prostředí, dostatečný přísuv tekutin.

Ze symptomatických léků se podle novějších doporučení i u dospělých vyhýbáme populárnímu kodeinu pro možnost vzniku závislosti a další nežádoucí účinky (útlum dechového centra, obstrukce, biliární spazmy, útlum CNS, ospalost, ale také euforii, miózu a některé méně specifické symptomy – palpitace, sucho v ústech, rash). Interakce kodeinu jsou četné; při podání jakékoli látky tlumící CNS současně s kodeinem dochází k potenciaci, podání anticholinergních látek může vyústit v závažnou obstrukci až paralytický ileus a retenci moči. Kodein může zvýraznit hypotenzivní efekt antihypertenziv. Tak jako u většiny opioidních antitusik byly i u kodeinu sporadicky hlášeny případy intoxikací, někdy i fatálních. Možné intoxikace se týkají především rizikových pacientů (dětí, starší pacienti, astmatici, pacienti s chronickou obstrukční plicní nemocí, pacienti s genotypem ultrarychlých metabolizátorů CYP2D6).

V poslední době se proto dává přednost neopioidním antitusikům a mukolytikům s minimálními nežádoucími účinky. Jde konkrétně například o butamirát, dropropizin a levodropropizin v případě suchého dráždivého kašle, pro léčbu produktivního kašle se především pro dostatečně prokázanou bezpečnost uplatňuje ambroxol a bromhexin, následovány ostatními léčivy – především acetylcysteinem a erdoesteinem.

Infekce plic

Diagnostika pneumonií je spíše zkušební otázkou pro studenty medicíny, takže jen pro úplnost: pro přítomnost pneumonie svědčí počáteční dráždivý, později produktivní kašel, únava, schvácenost, zvýšená teplota, dušnost (různého stupně), bolesti na hrudi, zvýšené FW a CRP, leukocytóza (exprimace jednotlivých příznaků závisí na původci, stadiu, rozsahu, někdy je přítomna minimální symptomatologie při poměrně závažném rtg nálezu a naopak). Suverénní diagnostickou metodou je rtg snímek v předozadní projekci. Ten by měl být proveden ve všech případech kašle, který beze změny přetrvává déle než 3 týdny (i u tzv. postinfekčního kašle může být

lékař překvapen nálezem jakéhokoli charakteru od zánětlivých až po maligní změny).

Komunitní pneumonie mohou být terapeutickým problémem, protože z příznaků a průběhu nelze jednoznačně stanovit původce: zda jde o typickou (např. *Streptococcus pneumoniae*), či atypickou bakterii (například chlamydie a mykoplasmata). Izolace bakteriálního původce komunitní pneumonie může být obtížná. Malý záchyt kmenů *Streptococcus pneumoniae* závisí na době transportu. Čím je tato doba kratší, tím větší je naděje na jeho izolaci. Pro stanovení původce však není relevantní používat jako materiál ke kultivaci výtěr z horních dýchacích cest a je zbytečné a nesprávné jej pro tyto účely provádět. K mikrobiologickému vyšetření posíláme materiál získaný z dolních dýchacích cest (například sputum), který se ještě v laboratoři zpracovává kvantitativně. Výjimku tvoří vyšetření sputa na mykobakterie a legionely, jejichž nález svědčí o pravděpodobné etiologické roli. U atypických původců (chlamydií, mykoplasm a legionel) jsou důležité také sérologické diagnostické metody. K průkazu infekce vyvolané kmenem *Legionella* sp. se používá stanovení legionelového antigenu v moči. Též u pneumokokových pneumonií lze prokázat antigen v moči i v případech bez jiného průkazu *Str. pneumoniae*.

Druh bakteriálních patogenů souvisí také s věkem pacientů. U dětských pneumonií se nejčastěji vyskytují G+: *Str. pneumoniae*, *Str. pyogenes*, *Staph. aureus*; G-: *H. influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, z atypických *Mycoplasma pneumoniae* (hlavně u dětí nad 5 let). U dospělých pacientů převažují spíše kmeny *Str. pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* a *Mycoplasma pneumoniae*. Podle studie (CAP) v pražských nemocnicích činil podíl mykoplazmových pneumonií 21 %. Výskyt atypických (komunitních) pneumonií se z tohoto pohledu zdá být přeceňován. Význam antibiotik u bronchopneumonií a pneumonií nelze zpochybňovat. Diskusi vzbuzují spíše dílčí problémy, zda má jít o útočné dávkování, případně využití kombinací léčby, což nelze zobecnit. Záleží na konkrétním stavu nemocného a rozsahu nálezu. Podle epidemiologické situace posledních let je většina komunitních pneumonií v Česku dobře léčitelná ATB první volby a v domácím prostředí. Patogeny, které působí komunitní pneumonie u dětí i dospělých, jsou dobře citlivé na peniciliny a aminopeniciliny. „Starý“ perorální amoxicilin stále neztratil své opodstatnění, nutné je jen dostatečné a správné dávkování (viz SPC konkrétního přípravku). U pneumonií má dostat přednost „čistý“ amoxicilin před přípravkem s amoxicilin klavulanátem, kde je amoxicilin poddávkován a přípustné je podávat tento přípravek jen v kombinaci se samotným amoxicilinem.

V ČR se nevyskytují kmeny *Streptococcus pneumoniae* rezistentní k penicilinu (amoxicilinu), pouze 5–8 % je intermediárně citlivých, proto podávání potencovaných aminopenicilinů nemá smysl.

Indikací makrolidů jsou primárně mykoplazmové, chlamydiové, rickettsiové infekce, legionelózy, kampakobakterií. Uplatňují se v kombinaci léčbě helikobakterií a toxoplazmózy (komb). V léčbě typických komunitních pneumonií nejde o lék první volby, ale o alternativu.

Sinusitidy a otitidy

Příčinou kašle, zejména nočního, může být zánět sliznic paranasálních dutin. Jeho akutní forma patří k obrazu všech chorob z nachla-



zení provázených současně rinitidou nebo rinofaryngitidou, což jsou onemocnění v 95 % působená viry. ATB v tomto případě nejsou indikovány. O bakteriální superinfekci nebo primárně bakteriální infekci svědčí vysoké teploty (či druhý vrchol teplotní křivky), intenzivní bolesti hlavy, světloplachost, někdy i meningeální příznaky. Bakteriální spektrum je podobné jako u komunitních pneumonií (nejčastěji *Str. pneumoniae*, *H. influenzae*), takže lékem volby jsou aminopeniciliny. K terapeutickým doporučením patří i správná aplikace nosních dekongesčních přípravků k zmírnění otoku sliznic, uvolnění komunikace mezi nosní a paranasální dutinou a drenáží paranasální dutiny vyplněné zánětlivým sekretem.

Podobné terapeutické zásady lze uplatnit u častých komplikací banálních infekcí horních dýchacích cest u malých dětí – purulentní otitis media, která by měla být verifikována otoskopicky.

Méně časté příčiny akutního kašle

Plicní absces nebo tuberkulóza jsou dnes již podstatně méně častými diagnózami než v minulém století. Musíme na ně ale myslet u bezdomovců, asociálů, psychotiků, závislých na legálních i nelegálních drogách a u diabetiků nebo u lidí s postižením GIT a imuno-kompromitovaných osob.

Léčba rozpoznatého plicního abscesu i tuberkulózy patří do rukou pneumologa, který rozhodne, jestli se pacient bude léčit ambulantně, nebo je nutná hospitalizace.

V ČR se nevyskytují kmeny *Streptococcus pneumoniae* rezistentní k penicilinu (amoxicilinu), pouze 5–8 % je intermediárně citlivých, proto podávání potencionálních aminopenicilinů nemá smysl.

Akutní kašel u chronických plicních onemocnění

Záchvatovitý suchý kašel nebo záchvatovitá expektorace bývá u *asthma bronchiale*, ale i u exacerbací CHOPN. Kašel může být i jediným příznakem refluxní choroby či bronchiektazií. V neposlední řadě je kašel nežádoucím účinkem léků, nejčastěji pravděpodobně u ACE inhibitorů.

Zdroj: M. Šimůnková, *Medical Tribune*, 19. 12. 2013

Babiš: Nechci propást příležitost zabránit vysávání zdravotnictví

Ministr financí Andrej Babiš vyjmenoval tři systémové změny, jimiž podmínil případné uvolnění dalších financí do zdravotnictví. Jde o tyto tři věci – zveřejnění smluv pojišťoven se zdravotnickými zařízeními, zavedení centrálních nákupů zdravotnického materiálu a referenčních cen....

Přisype peníze do zdravotnictví, tlačí na mě poslední týdny premiér a ministr zdravotnictví. Po ministrovi financí chtějí, aby uvolnil prostředky na pokrytí deficitu, který vznikne výpadkem peněz za zrušení regulačních poplatků.

Současný stav zdravotnictví umožňuje nekontrolovatelný odtok veřejných peněz mimo veřejné zdravotnictví. Jde o mnohem více, než na co poukázaly nedávné reportáže o nákupu předražených přístrojů ve fakultních nemocnicích. Pokud mám uvažovat o tom, že požadované peníze ministerstvo financí uvolní, musím mít jistotu, že ministerstvo zdravotnictví provede systémové změny, které budou platit bez ohledu na to, kdo v jeho čele stojí.

Zdravotní pojišťovny konečně začnou dodržovat zákony. Konkrétně – zveřejní všechny smlouvy s poskytovateli o poskytování a úhradě zdravotní péče, včetně všech dodatků a úhradových ujednání. Díky tomu tak budou konečně známy ceny, za které pojišťovny hradí

služby zdravotnickým zařízením za státní peníze. Toto je důležité. Dosud pojišťovny tyto informace odmítaly poskytnout, ačkoliv soudy opakovaně rozhodly, že veřejnost na ně má nárok.

Zatajování smluv umožňuje pojišťovnám zákulisní jednání se zdravotnickými zařízeními. Pokud pojišťovny smlouvy zveřejní, poprvé uvidíme, kolik platí pojišťovna za tutéž operaci dvěma různými zařízeními. A pojišťovna bude muset tyto rozdíly racionálně zdůvodnit.

Média píší, že některá zdravotnická zařízení jsou proti jiným bezdůvodně finančně zvýhodňována a že zde hraje roli korupce. Objevují se dokonce fámy, že pojišťovna řízeně nechává některé nemocnice „vyhladovět“, aby je pak mohli převzít spříznění investoři. Těmto spekulacím nahrává právě to, že jsou smlouvy tajné. Pojišťovny tak nejsou nuceny odpovědět, proč některým zařízením platí za tutéž péči výrazně jinak než jiným. Okamžitému zveřejňování smluv se zařízeními nic nebrání, lze je udělat prakticky hned.

Samotné zveřejnění smluv konkrétní finance do zdravotnictví ihned nepřinese. Díky těmto informacím se ale mohou na příští rok upravit úhradové předpisy, zejména úhradová vyhláška, ale také číselníky či seznam výkonů. A tam je cesta k úsporám.

Ministr zdravotnictví zkrátka může chtít po ministrovi financí peníze, až když budou na stole ceny, za které se v jeho resortu služby nakupují. Zveřejňování smluv by se přitom mělo týkat také smluvních závazků nemocnic i vůči projektům EU, jejichž nenaplnění by mohlo vyvolat vrácení evropských peněz.

Centrální nákupy

Další podmínkou pro transparentní zdravotnictví je zavedení systému centrálních nákupů nákladného zboží do státních nemocnic – jde zejména o drahá léčiva, zdravotnické prostředky a přístroje.

Dnes si může každá státní nemocnice vyjednat podmínky nákupů podle svého. Jsou tak centrem zájmu firem, které se snaží prosadit ceny výhodné pro ně, nikoliv ceny výhodné pro stát – viz otázky vlivu Ivo Rittiga, Romana Janouška a dalších lobbistů ve státních zdravotnických zařízeních. Vliv těchto pánů klesá, ale hlavní organizátor nevýhodných operací, podle Bruselu Richelieu českého zdravotnictví, Marek Šnajdr, který dosadil do VZP pana Kabátka, si významný vliv udržuje díky přátelům v ČSSD.

Média už popsala řadu podezření, že některé státní nemocnice napomáhají maximalizovat zisky soukromých firem na úkor veřejných peněz. Státní nemocnice přitom spravují desítky miliard korun ročně. Velké úspory by tak přineslo jednotné nakupování drahého zboží, využití množstevních slev a podobně.

To je racionální jednání každého hospodáře, který chce minimalizovat náklady. A je to jedna z mála věcí, ze které by si stát měl vzít příklad ze soukromého řetězce Agel. První věc, kterou při svém rozjezdu tato finanční skupina podnikla, byla centralizace nákupů.

Referenční ceny

S centralizací nákupů musí být zaveden také systém tzv. referenčních cen. Dnes je situace taková, že zařízení nakupují podle číselníků VZP. Tyto číselníky ale uvádějí ceníkové ceny výrobců a pojišťovny hradí podle nich, ač musejí vědět, že tržní ceny materiálu jsou ve skutečnosti třeba poloviční. Pojišťovna a nemocnice tak plýtvají a „krmí“ veřejnými penězi různé dodavatelské firmy (viz například šetření Nejvyššího kontrolního úřadu č. 12/23 ohledně porovnání cen číselníku VZP u kardiostimulátorů a kardioverterů, v porovnání s reálnými tržními cenami).

Státní nemocnice se musí chovat tak racionálně, jako se chová běžný člověk, který nakupuje ze svého. Znáte ve svém okolí někoho, kdo například nakoupil běžné dveře za 200 tisíc korun, aniž se po-



díval na internet, za kolik se toto zboží reálně prodává? Podobných otázek, které vycházejí ze selského rozumu, vyvstává ve zdravotnictví řada. Patří k nim také systém určování cen a úhrad léků, vývozy levných léků do zahraničí, regulační omezení preskripce, kapitální platba a podobně.

Nemocnice i ambulantní zařízení dnes nejsou v jednoduché situaci, nezajímají je dohady mezi politiky. Potřebují peníze, které kvůli zrušení poplatků budou chybět. Nechci je brát jako rukojmí. Jako ministr financí mám ale jedinečnou šanci odstranit hlavní příčiny toho, proč se peníze ze zdravotnictví ztrácejí. Nechci ji propást.

Zdroj: A. Babiš, Právo, 20. 3. 2014

ČR by měla mít Akční plán rozvoje péče o předčasně narozené děti

V České republice by měl vzniknout Akční plán rozvoje péče o předčasně narozené děti s návrhy dalšího rozvoje i mezioborové spolupráce. Chystá ho České zdravotnické fórum (ČZF), nyní koordinuje práce na analýze současného stavu.

ČTK to řekl předseda ČZF Michael Vích.

Plán bude obsahovat i návrhy změn zákonů, včetně vyčíslení financí, které na zlepšení péče budou potřeba. ČZF předá plán politikům.

„S výstupy projektu seznámíme koncem jara nejširší veřejnost. Zaměříme se na pojmenování rizik spojených s předčasným porodem ve vztahu k odkládání rodičovství do vyššího věku matky, na což navazuje výchova k zodpovědnému rodičovství,“ uvedl Vích.

Materiál dostanou ministerstva zdravotnictví, školství a práce a sociálních věcí. Vích očekává, že pokud plán podpoří, budou následně prosazovat i potřebné změny zákonů a zajištění financí. V ČR se ročně rodí osm procent dětí předčasně, s porodní váhou pod 2500 gramů. Přibývá jich, důvodem je rostoucí počet vícečetných těhotenství, vyšší podíl žen, které rodí po 35. roce věku, kdy už je riziko předčasně narození větší. Také se daří zachraňovat víc dětí extrémně nezralých, narozených v 26. týdnu těhotenství a dřív. Analýza se zaměří na lékařskou péči i péči psychologickou a pedagogickou. Zahrne i předškolní problematiku nedonošených dětí, jejich zařazení do kolektivu a společnosti. Současný systém péče podle odborníků právě kvůli nárůstu předčasných porodů přestává plně fungovat a hrozí, že se kvalita péče v perinatologických centrech zhorší. Postrádají podrobný popis současného stavu, stejně jako jednotný následný systém léčebně preventivní péče, aby se rizika ve vývoji těchto dětí omezila. Nedostatečná je psychologická pomoc matkám předčasně narozených dětí. Studie přitom ukazují, že psychický stav matky může výrazně ovlivnit následný vývoj dítěte. Omezené jsou i služby poskytované rodině předčasně narozeného dítěte po předání do domácí péče, uvedl Vích.

„I proto nedílnou součástí analýzy bude také přímá podpora rodičů předčasně narozených dětí. Budeme se snažit o zkvalitnění informovanosti rodičů a komunikace mezi odborníky a rodiči prostřednictvím brožur či zdravotní sestry, která jim poskytne zdravotně sociální poradenství a psychosociální podporu, a také zprostředkovat kontakt s lékaři,“ shrnula Barbora Chmelíková z ČZF, s níž na těchto cílech spolupracují nezisková organizace Nedoklubko a nadační fond Porozumění.

Zdroj: ČTK, 19. 3. 2014

INZERCE

297 1-14

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost v **Berouně** s možností nástupu od léta, příp. podzimu 2014. Bližší informace na tel. 777 337 858.

298 1-14

Přijmu lékaře do zavedené ordinace PLDD v **okrese Nový Jičín** s předpokladem prodeje. Tel. 604 638 331.

299 2-14

Přenechám ordinaci PLDD v **Příbrami**, tel. 318 629 877.

300 2-14

Prodám zavedenou **ordinaci PLDD v Praze 5-Radotíně**. Informace na tel. 724 529 544.

301 2-14

Hledám pediatra na 1 den v týdnu a **zástup** za dovolenou. Vhodné pro důchodce nebo mladou kolegyni, které bych mohla výhledově předat dobře zavedenou praxi. **Jedovnice**. tel. 605 156 956; e-mail: evakratochvilova@atlas.cz.

302 2-14

Hledám lékaře pro převzetí pediatrické praxe na **Vysočině**. Tel.: 603 732 466.

303 3-14

Přenechám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost v **Brně**. Tel. 605 459 765.

304 3-14

Hledám nástupce do ordinace PLDD ve **Znojmě**. Telefon: 607 761 320.

305 3-14

Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze**. Tel.: 737 600 021; jkduli@seznam.cz.

306 3-14

Hledám lékaře na **zástup** na odpolední poradnu, 1x v týdnu, nebo 1x za 14 dní. Nejlépe lékařka na mateřské dovolené. **Praha 6, Petřiny** 604 988 174.

307 4-14

Přenechám zavedenou **praxi PLDD v centru Prahy**. Tel.: 702 034 920.

308 4-14

Hledám lékaře do ordinace PLDD v **Ústí nad Labem**, výhledově prodej praxe. Telefon 721 131 329.

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

Autodidaktický test 5/2014

Meningokoková onemocnění

1. *Neisseria meningitidis* je z mikrobiologického hlediska:

- a) grampozitivní diplokok
- b) grampozitivní streptokok
- c) gramnegativní stafylokok
- d) gramnegativní diplokok
- e) gramnegativní streptokok

2. U *Neisseria meningitidis* rozlišujeme 13 sérotypů, celosvětově jsou rozšířené sérotypy A, B, C, Y a W135. V současné době v Evropě dominuje séroskupina:

- a) A
- b) B
- c) C
- d) Y
- e) W135

3. Pro invazivní meningokokové onemocnění (IMO) je typický náhlý začátek s necharakteristickými příznaky (teplota, únavnost) s rychlým rozvojem dalších symptomů a se vznikem typických petechií větších než 2 mm, které mohou splývat či se vytvářejí sufuze. Petechie při IMO nacházíme typicky:

- a) jen v oblasti kotníků a bérců
- b) pouze na hlavě, krku a horní polovině trupu
- c) výhradně na hýždích
- d) kdekoliv

4. Petechie je nutno odlišit od jiných nehemoragických exantémů. K tomu je možné použít sklíčkové metody (přitlačení hodinového sklíčka na kůži v místě projevu).

- a) petechie při tlaku sklíčka vyblednou až vymizí
- b) exantém při tlaku sklíčka vybledne až vymizí
- c) petechie při tlaku sklíčka přetrvávají
- d) exantém při tlaku sklíčka přetrvává

5. Diagnostika IMO je vzhledem k rychlému průběhu klinická a zahrnuje hemoragický exantém, febrilie, psychickou alteraci, šok (tachykardie, tachypnoe, chladná akra, periferní cyanóza, hypotenze, opožděný kapilární návrat nad 2 vteřiny, oligurie). Úkolem PLDD je při kontaktu s dětským či dospělým pacientem s podezřením na IMO:

- a) doporučit rodičům transportovat dítě na spádové dětské lůžkové odd. k potvrzení diagnózy
- b) odebrat výtěr z krku na kulturační vyšetření a empiricky nasadit p.o. širokospektré antibiotikum
- c) ihned kontaktovat dispečink zdravotnické záchranné služby a všem kontaktům ihned aplikovat penicilin i.m.
- d) ihned kontaktovat dispečink zdravotnické záchranné služby, zajistit intravenózní, ev. intraoseální přístup se zahájením objemové resuscitace krevního oběhu a monitorovat životní funkce (P, D, TK) se zajištěním adekvátní oxygenace
- e) ihned odebrat krev na kultivaci a následně podat cefalosporin 3. generace i.v. (ceftriaxon či cefotaxim), který je povinným vybavením každé ordinace PLDD



KOJENÍ JE PRO DĚTI TO NEJLEPŠÍ

NOVÁ


BEBA
AL110 Lactose Free

**PŘI LAKTÓZOVÉ INTOLERANCI A PRO RYCHLEJŠÍ ZOTAVENÍ
PŘI PRŮJMOVÝCH ONEMOCNĚNÍCH**



- Neobsahuje laktózu
- Obsahuje aktivní probiotické bakterie *Lactobacillus reuteri*
- Bakterie *L. reuteri* podporují rozvoj střevní mikroflóry pro rychlejší zotavení při průjemových onemocněních



materiál určený pouze pro pracovníky ve zdravotnictví

Myslete na ochranu proti HEPATITIDĚ A včas!



Nabídněte rodičům očkování dětí před nástupem do kolektivu.

HavrixTM
720 JUNIOR
Vakcína proti hepatitidě A

AKCE VÝRAZNÁ ÚSPORA NA OČKOVÁNÍ PROTI HEPATITIDĚ A od 1. 4. do 30. 6. 2014

SLEVA 20 % OD VÝROBCE NA VAKCINU HAVRIX JUNIOR*

* Sleva 20 % je poskytnuta na vakcínu Havrix 720 Junior Monodose na úrovni výrobce a je platná v období od 1. 4. do 30. 6. 2014 nebo do vyprodání zásob.

ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU:

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Havrix 1440 a Havrix 720 Junior monodose, injekční suspenze. Vakcína proti hepatitidě A inaktivovaná adsorbovaná. **SLOŽENÍ:** Havrix 1440 Jedna dávka vakcíny (1 ml) obsahuje virus hepatitidy A inaktivovaný 1440 ELISA jednotek, Havrix 720 Junior monodose obsahuje virus hepatitidy A inaktivovaný 720 ELISA jednotek formaldehydem inaktivovaný virus hepatitidy A, je adsorbovaný na hydroxid hlinitý, celkem: 0,50 miligramů Al₃+. **KLINICKÉ ÚDAJE:** **Indikace:** Vakcína Havrix je indikována k aktivní imunizaci proti infekci vyvolané virem hepatitidy A (HAV) u jedinců vystavených riziku nákazy HAV. V oblastech s nízkou až střední prevalencí hepatitidy A je vakcína Havrix doporučována především osobám, které jsou nebo budou ve zvýšeném riziku infekce virem hepatitidy A. Vakcína Havrix nevyvolává ochranu proti infekční hepatitidě způsobené virem hepatitidy B, hepatitidy C, hepatitidy E ani proti dalším patogenům vyvolávajícím játemní infekce. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí a mladiství od 16 let výše – k základnímu očkování podává jedna dávka vakcíny Havrix 1440 (1,0 ml suspenze). Děti a mladiství od 1 roku do 15 let (včetně) – k základnímu očkování se podává jedna dávka vakcíny Havrix 720 Junior monodose (0,5 ml suspenze). Pro mladistvé až do 16 let (včetně) je přijatelné podání jedné dávky vakcíny Havrix 720 Junior monodose. K zabezpečení dlouhodobé ochrany po základním očkování vakcínou Havrix 1440 nebo vakcínou Havrix 720 Junior monodose se doporučuje podat posilovací dávku kdykoli v době od 6 měsíců do 5 let, přednostně mezi 6. a 12. měsícem po první dávce. **Způsob podání:** Vakcína je určena pro intramuskulární aplikaci. Dospělým a dětem se podává do deltoidní oblasti, malým dětem do anterolaterální strany stehna. Vakcína se nemá podávat do gluteální oblasti. Vakcína Havrix v žádném případě nesmí být podána intravenózně. Osobám s trombocytopenií nebo poruchami srážlivosti krve se musí vakcína Havrix podávat opatrně, neboť u nich po intramuskulární aplikaci může dojít ke krvácení. Na místo vpichu má proto být po dobu nejméně 2 minut přiložen tlakový obvaz (bez mrazení). **Kontraindikace:** Vakcína Havrix nesmí být aplikována jedincům se známou přecitlivělostí na kteroukoliv její složku nebo jedincům, u nichž se po předchozím očkování vakcínou Havrix projevil známky přecitlivělosti. **Zvláštní upozornění:** Podobně jako u jiných vakcín i očkování vakcínou Havrix by mělo být odloženo u jedinců trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Mírná infekce není kontraindikací očkování. Vzhledem k délce inkubační doby hepatitidy A je možné, že očkovaná osoba by mohla být v průběhu očkování již nositelem infekce. V takových případech není známo, zda očkování přípravkem Havrix ochrání proti rozvoji hepatitidy A. U hemodialyzovaných pacientů a osob s poškozeným imunitním systémem se po jedné dávce vakcíny Havrix nemusí docílit odpovídajícího titru anti-HAV. Může tak u nich být nutné podat další dávky vakcíny. Podobně jako u všech jiných injekčních vakcín musí být pro případ, že se po aplikaci vakcíny Havrix začne vyvíjet anafylaktická reakce, okamžitě dostupná lékařská pomoc. Z tohoto důvodu je nutné, aby byla očkovaná osoba 30 minut po očkování pod dohledem lékaře. Vakcína může být podána HIV pozitivním osobám. Séropositivita proti hepatitidě A není kontraindikací

očkování. Podobně jako u jakékoliv injekční aplikace se může po podání vakcíny Havrix nebo i před ní vyskytnout vzácněji synkopa jako psychogenní reakce na injekční jehlu. Je důležité zajistit, aby při ev. mdlobě nedošlo k úrazu. **Interakce:** Vzhledem k tomu, že Havrix je inaktivovaná vakcína, je nepravděpodobné, že by současné podání s jinou inaktivovanou vakcínou vedlo k ovlivnění imunitní odpovědi. Současné podání vakcíny proti břišnímu tyfu, žluté zimnici, choleře (injekční vakcína) nebo tetanu neovlivňuje imunitní odpověď na vakcínu Havrix. Současné podání imunoglobulinů neovlivňuje ochranný účinek vakcíny. Pokud je nezbytné nutné současné podání více vakcín nebo imunoglobulinů najednou, přípravky musí být podány rozdílnými injekčními stříkačkami a jehlami do odlišných míst. **Nežádoucí účinky:** Bezpečnostní profil uvedený níže je podložen údaji získanými od více než 5300 subjektů. Mezi velmi časté nebo časté nežádoucí účinky patří: snížená chuť k jídlu, podrážděnost, bolest hlavy, ospalost, gastrointestinální symptomy (jako průjem, nevolnost, zvracení), bolest a zarudnutí v místě vpichu injekce, únava, otok v místě vpichu injekce, malátnost, horečka (37,5 °C), reakce v místě vpichu (jako je zabrvnutí). **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** obsahuje stopové množství neomycin-sulfátu (Havrix 720: méně než 10 ng a Havrix 1440: méně než 20 ng). Podle údajů získaných po 17 letech používání vakcíny lze předvídat, že protitítky (>15 mlU/ml) přetrvávají 30 až 40 let po očkování nejméně u 95 % až 100 % očkovaných subjektů*. **Inkompatibility:** Vakcína Havrix nesmí být smíchána s jinými vakcínami ani s imunoglobuliny v téže injekční stříkačce. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Vakcína musí být uchovávána při teplotě od +2 °C do +8 °C a chráněna před světlem. Pokud vakcína zmrazí, musí být znehodnocena. Havrix je bílá opalescentní suspenze. Během uchovávání se může vytvořit jemná bílá usazenina s bezbarvým supernatantem. Před aplikací vakcíny je nutné obsah lahvičky nebo stříkačky protřepat. Před použitím musí být vakcína vizuálně zkontrolována na přítomnost cizorodých částic a na netypické změny vzhledu. Při jakémkoliv vizuálně zjištěném odchylce musí být vakcína vyřazena. **Druh obalu a velikost balení:** Havrix 720 Junior Monodose 1 = 0,5 ml v předplněné stříkačce, Havrix 1440 1 = 1 ml v předplněné stříkačce. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a. Rue de l'Institut 69, B-1330 Rixensart, Belgie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Havrix 1440: 59/691/96-C, Havrix 720 Junior monodose: 59/690/96-C. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE:** 13. 11. 1996 / 4. 7. 2012. **DATUM REVIZE TEXTU:** 24. 4. 2013. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se prosím seznáme s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskkompandium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4. Případné nežádoucí účinky nám prosím nahláste na cz.safety@gsk.com. *Prosím věnujte pozornost změnám v SPC. Verze SPC platná ke dni 13. 2. 2014.