ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

# VOX PEDIATRIAE

prosinec 2017
číslo 10 • ročník 17

SPLDD ČR
OSPDL ČLS JEP

téma čísla

## Dětská psychiatrie

- Schizofrenie v dětství
- Placebo zbavené mýtů
- Pervitin a jeho vliv na dutinu ústní
- Atopický ekzém
- Geneticky podmíněné rizikové faktory trombofilie v ordinaci praktického lékaře
- Problematika odchodu dětí opouštějících dětské domovy
- Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí

Pfizer
Pracujeme pro zdravější svět™
NUTRICIA BABY NUTRITION
gsk do more feel better live longer
Nestlé
MSD

Časopis je pravidelně podporován:

# Nutrilon HA – pro děti s výskytem alergie v rodině

- ✓ Unikátní prebiotická směs scGOS/lcFOS (9 : 1) inspirovaná mateřským mlékem
- ✓ Částečně hydrolyzovaná bílkovina pro minimální styk s antigeny

ÚČINKY KLINICKY PROKÁZÁNY[1,2]

1. Tang, M., et al., Hypo-antigenic and immune modulatory properties of a partially hydrolyzed cow's milk formula supplemented with prebiotic oligosaccharides EAACI, 2014 (Abstract number 1929).
2. Arslanoglu S. Moro GE. Schmitt J. Tandoi L. Rizzardi S. Boehm G. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. J Nutr 2008, 138, 1091-5.

Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Potravina pro zvláštní výživu – dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Způsob použití a další informace najdete na obalech a webových stránkách www.nutriklub.cz. Infolinka: 800 110 000. Materiál pro odbornou veřejnost. 03/2017.

**Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období** 5

**Informace SPLDD**
- Prohlášení a usnesení celorepublikové Konference Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
- Dopis výboru a revizní komise ČPS členské základně týkající se průběhu jednání o vzdělávacím programu v pediatrii 6
- Otevřený dopis členům České pediatrické společnosti ČLS JEP
- Změny v očkování od 1. 1. 2018
- Úhradová vyhláška a vyhláška se seznamem zdravotních výkonů pro rok 2018

**Informace OSPDL ČLS JEP** 13

Doc. MUDr. Eva Malá, CSc.
**Schizofrenie v dětství** 14

MUDr. Radkin Honzák, CSc.
**Placebo zbavené mýtů** 17

kpt. Ing. Radim Viktora
**Pervitin a jeho vliv na dutinu ústní** 19

Veronika Kašáková
**Problematika odchodu dětí opouštějících dětské domovy** 22
(Projekt NOVÝ START s Veronikou)

Doc. MUDr. Tomáš Kvasnička, CSc.
**Geneticky podmíněné rizikové faktory trombofilie v ordinaci praktického lékaře** 26

MUDr. Kateřina Libigerová
**Atopický ekzém** 32

**Ze světa odborné literatury** 35

**Aktuality** 36

**Řádková inzerce** 37

**Silvestrovský test** 38

§ **Vyhláška č. 355/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, platné znění** -

**připravujeme další číslo VOX**

**V tomto čísle inzerují:**

**GSK**

**NESTLÉ**

**NUTRICIA**

**ORION**

**PFIZER**


ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX PEDIATRIAE**

**www.detskylekar.cz**

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

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

**Odborná garance:** Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

**Redakční rada:**
MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc., MUDr. Ctirad Kozderka, MUDr. Klára Vitoušová

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

**Úřední hodiny SPLDD ČR**

| | |
|---|---|
| **Pondělí** | **10 00 – 15 00 hod.** |
| **Úterý** | **10 00 – 15 00 hod.** |
| **Středa** | **10 00 – 15 00 hod.** |
| **Čtvrtek** | **10 00 – 15 00 hod.** |
| **Pátek** | **10 00 – 13 00 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

Titulní strana: Adrian Van Ostade – Prodavač brýlí (Oblastní galerie Liberec)



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

A už se nám opět blíží konec roku – čas předvánočních úklidů, shánění dárků, pečení cukroví a čas bilancovaní. Je pravdou, že máme na výběr. Můžeme se honit, trápit a stresovat, nebo můžeme úklid zadat firmě, cukroví koupit, dárky objednat v e-shopu a místo přemýšlení o tom, jak dopadl předcházející rok, si číst knížku nebo dívat na film. Vlastně si každý může vybrat. Já se přiznám, že bych bez toho stresu asi neměla ty pravé Vánoce. Miluji ten pocit uvolnění a uspokojení, když jsou dárky pod stromečkem, celá domácnost voní cukrovím a rodina se schází u společného stolu.

Ne vždy máme bohužel na výběr, protože někdo jiný rozhodl za nás. Tak tomu je mimo jiné i v zavedení elektronizace do našich ordinací. Dosud jsme měli na výběr, zda si zakoupíme počítač a využijeme ho, nebo nám bude stačit papír a tužka. Zda si koupíme nějakou techniku, nebo nám bude stačit špátle, fonendoskop a močový papírek. Nyní někdo řekl, že si ten počítač koupit musíme, protože pacient musí dostat elektronický recept. Bez příslušného vybavení ho nevystavíme. Částka, kterou musíme dát za toto vybaveni, je ve srovnání s částkou, kterou bychom dostali jako pokutu, zanedbatelná. Ale máme zase na výběr. Pokud jsme v důchodovém věku, můžeme odvést karty na krajský úřad a jít pěstovat na zahrádku zeleninu. Pokud je důchod ještě v nedohlednu, tak přejít do nemocnice nebo do zcela jiné profese. Ideální je třeba ministerský úředník. Je mi moc líto, že toto je nucena v současnosti řešit řada mých kolegů – skvělých lékařů. Všichni bychom měli mít zájem na tom, aby dále pracovali, protože bez nich bude velký problém. Budou mít problém pacienti, protože budou obtížně hledat v okolí lékaře, který by je vzal do péče. Budou mít problém zdravotní pojišťovny, protože ani ony svým klientům péči nezajistí. Budou mít problém krajské úřady, protože budou muset převzít karty osiřelých pacientů. Ale hlavně budou mít problém lékaři v okolí, protože se na ně vrhnou rodiče, budou vyžadovat ošetření svých dětí a těžko budou chápat důvody odmítnutí. Možná ještě zajistíme akutní péči, ale kdo zajistí preventivní prohlídky a očkování? Kde vezmeme lékaře do prázdných ordinací? Zatím věda tak nepokročila, abychom je klonovali, což vidím jako jedinou možnost. Na poplach bijeme již několik let – marně. Tento stát zatím věci řeší až v okamžiku zhroucení. Asi to dlouho trvat nebude.

Já sice nejsem naštěstí v takové situaci. Počítač používám dlouhou řadu let, mám veškeré vybavení a eRecept i EET bez problému zvládnu. Ale nelíbí se mi ta povinnost a ještě pod sankcí. Na proběhlých seminářích „Komunikace“ jsme se snažili vám předat veškeré informace, protože jsme doufali, že budete mít možnost se na jejich základě rozhodnout, zda to pro vás bude zajímavé. Jak to tak vypadá, ve chvíli, kdy píši tyto řádky, možnost mít nebudete. Asi budeme rádi, když se podaří aspoň odvrátit pro začátek ty hrozné pokuty. Tak využijte všechny informace, které jsme vám připravili v tomto časopise nebo na webových stránkách sdružení. S jejich pomocí to určitě zvládnete.

Držím vám palce, užijte si krásné a klidné Vánoce, seberte sílu do dalšího roku. Budeme ji všichni potřebovat, řítí se na nás další zákony a vyhlášky, o všech se včas dozvíte na našich seminářích, v časopise a hlavně na www.detskylekar.cz. V současné době tyto stránky usilovně upravujeme, aby byly přehlednější a zajímavější. Také chystáme Vox info – budeme vám v pravidelných intervalech zasílat ty nejčerstvější informace a novinky včetně zpráv ze SÚKL. Chystáme další semináře, které by vám měly přinést potřebné informace a znalosti. Budeme rádi, když nás v tom podpoříte, ať už návrhy vhodných témat, nebo hojnou účastí. Nemáme velké kongresové výbory, programy seminářů pro vás vymýšlí malá hrstka lidi. Ale děláme to se zápalem a rádi, největší odměnou jsou nám plné sály.

**Redakce časopisu Vox pediatriae a výbor SPLDD vám přeje klidné a radostné vánoční svátky, veselého Silvestra a v novém roce 2018 hodně štěstí, dobré zdraví a mnoho hezkých chvil v soukromém životě i v práci.**

MUDr. Jiřina Dvořáková

# Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

**MUDr. Ilona Hülleová**
předsedkyně SPLDD ČR

**Po protestním uzavření ordinací dne 18. 10. 2017 jsme mohli zaznamenat zvýšený zájem médií a zejména politiků o primární péči. Do posledních předvolebních debat se dostalo téma hrozícího rozpadu ambulantní péče a diskutovalo se především o problémech praktických lékařů. Konec měsíce října a měsíc listopad byl ovlivněn volbami do Poslanecké sněmovny, které proběhly 20. až 21. 10. 2017. Výsledky některých politických stran se daly očekávat, některé však byly velkým překvapením. Nyní očekáváme, jak dopadne obsazení klíčových postů ve sněmovně, sestavení zdravotního výboru a kdo usedne do křesla ministra zdravotnictví. Čekáme na partnery, se kterými se povedou další jednání. Naše požadavky zazněly a uvidíme, zda se podaří po dalších jednáních tyto požadavky prosadit, či bude potřeba pokračovat v protestních akcích v režii Koalice soukromých lékařů. V sobotu 4. 11. se konala celorepubliková Konference SPLDD ČR v Brně. Pozvání přijali zajímaví hosté, především náměstek ministra zdravotnictví prof. MUDr. Prymula, poslanec Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch (ANO), senátor a předseda zdravotnické komise Asociace krajů Jiří Čunek (KDU-ČSL), zástupci zdravotních pojišťoven. Konference se zúčastnil i nový předseda SPL ČR MUDr. Šonka. Měli jsme možnost si vyslechnout názory jednotlivých hostů a jejich odpovědi na naše otázky. Od všech hostů zazněla podpora primární péče a PLDD. Diskuse se točila také kolem povinnosti vystavování elektronických receptů a připravenosti celého systému a lékařů. Diskutovala se i problematika EET, oboru, úhradové vyhlášky. Některé přísliby nás potěšily, otázkou je, jak budou naplňovány. Konference přijala usnesení a prohlášení, které je zveřejněno na našich webových stránkách.**

**30. 10. 2017** jsem se na žádost MZ zúčastnila jednání předsedů akreditačních komisí, na kterém se měl projednávat obsah základních kmenů v rámci specializačního vzdělávání lékařů. K mému překvapení se o oboru pediatrie vůbec nejednalo a v předloženém materiálu byl v základním kmeni pediatrickém (v délce 30 měsíců) v části II. u povinné praxe na akreditovaném pracovišti PLDD uveden 1 měsíc. Tato doba neodpovídala předchozím společným jednáním se zástupci České pediatrické společnosti.

**1. 11. 2017** jsme se sešli na půdě Svazu zdravotních pojišťoven s jeho prezidentem Ing. Ladislavem Friedrichem, CSc. Předmětem jednání byly především problémy ohledně sítě PLDD, úhrad pro PLDD, možnosti změn ve zdravotnictví.

**4. 11. 2017** se konala v Brně celorepublikové Konference SPLDD ČR. Usnesení konference a prohlášení konference naleznete na stránkách našeho časopisu. V odpoledních hodinách proběhla panelová diskuse s hosty, kde byly hostům položeny dotazy, které momentálně zajímají členskou základnu.

Blíží se konec kalendářního roku a s tím se uzavírá roční cyklus získávání kreditů celoživotního vzdělávání SPLDD. Podle vzdělávacího řádu k vystavení **Certifikátu celoživotního vzdělávání** SPLDD je třeba získat:

a) 30 kreditů vystavených SPLDD – kontrolu všech akcí, které jsou certifikované SPLDD, naleznete na http://www.detskylekar.cz/content/seznam-kreditovanych-akci, nebo
b) 20 kreditů SPLDD + 10 kreditů vydaných jinou organizací, která kredity přiděluje, např. kredity ČLK přidělené za absolvování cyklu vzdělávání organizovaného OSPDL.

Žádost o uznání kreditů je ke stažení na www.detskylekar.cz v sekci Nepřehlédněte. Žádost je třeba vyplnit a s **kopiemi** certifikátů odeslat do Centra SPLDD, U hranic 16, 100 00 Praha 10 **do 31. 12. 2017, později došlé žádosti nebudou zařazeny**.

**Pokud nemáte minimálně 20 kreditů od SPLDD, nemá smysl zasílat žádost o extra kredity.**

Kontrolu je možno provést http://www.detskylekar.cz/vzdelavani/www/index.php?page=my-listing

**Upozorňuji, že akce OSPDL (páteřní vzdělávaní, semináře) jsou certifikovány ČLK, tudíž v systému na webu nejsou evidovány a lze je využít pouze jako extra kredity k doplnění do 30 kreditů.**

Přidělený certifikát si následně vytisknete z webových stránek sami.

# Informace SPLDD

## Prohlášení celorepublikové Konference Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Konference konstatuje, že na naše předchozí požadavky zdůrazněné protestními akcemi v průběhu října letošního roku MZČR nereagovalo. Dále hrozí násilné zavádění eReceptu, zavedení EET a narůstající administrativa a z toho hrozící výpadky v síti poskytovatelů primární péče v oboru PLDD. Zrušením oboru PLDD bez další návaznosti připraveného vzdělávání a zrušením rezidenčních míst dojde k dalšímu zhoršení dostupnosti zdravotní péče dětem v ČR.
Konference podporuje za stávající situace pokračování protestních akcí formou uzavření ordinací v rozsahu minimálně 2 dnů. Naším cílem je prosazení řádně připraveného dobrovolného přechodu na elektronickou preskripci a především koncepční podpora rozvoje primární péče z pohledu vzdělávání, kompetencí i financování.

## Usnesení celorepublikové Konference SPLDD ČR konané dne 4. 11. 2017 v Brně

I. Konference schválila:
- Program konference
- Volbu pracovních komisí ve složení:
- návrhová komise: MUDr. Kudyn, MUDr. Cabrnochová, MUDr. Hrunka, MUDr. Zemánková, MUDr. Pukovec, MUDr. Němeček, MUDr. Verdánová, MUDr. Růžičková, MUDr. Balatková, MUDr. Beneš, MUDr. Gricová
- mandátová komise: MUDr. Johnová, MUDr. Svobodová, MUDr. Matoušková, MUDr. Štrobachová
- Návrh rozpočtu na r. 2018

2. Konference vyslechla:
- Zprávu o činnosti SPLDD ČR
- Zprávu o hospodaření SPLDD ČR
- Zprávu kontrolní komise SPLDD ČR
- Vystoupení hostů: MZ, ZP, PSP ČR, OSPDL, SPL, mluvčí KSL

3. Konference konstatuje:
- Znepokojení nad vývojem situace v souvislosti se zrušením oboru PLDD
- Znepokojení nad vývojem financování primární péče včetně PLDD
- Obavy z násilného zavádění eReceptu
- Vítá jasné prohlášení pana náměstka MZČR prof. Prymuly a pana poslance Mgr. et Mgr. Vojtěcha o podpoře 3 + 6 měsíců praxe v akreditované ordinaci PLDD v rámci specializační přípravy oboru Pediatrie
- Vítá jasné prohlášení Mgr. et Mgr. Vojtěcha o nutné změně postoje MZČR ve prospěch podpory primární péče

4. Konference doporučuje:
- V jednání o úhradách pokračovat v systému KKPV
- V případě problémových žádostí o výběrové řízení informovat zdravotní ředitele jednotlivých ZP
- Podporu činnosti KSL

5. Konference ukládá:
- VV SPLDD ČR usilovat o výjimku zavedení EET v ordinacích PLDD
- Předsednictvu SPLDD, aby iniciovalo pokračování protestních akcí PLDD, v souvislosti s aktuální situací po zrušení oboru PLDD, neochotou MZČR jednat o možném navýšení úhrad lékařům primární péče, problematickém zavádění elektronizace a z toho hrozících výpadcích sítě PLDD
- VV SPLDD, aby podporoval zachování jednotné adresy www.detskylekar.cz
- VV SPLDD pokračovat v jednání o budoucnosti oboru PLDD
- VV SPLDD zahájit práce nad koncepcí péče o dítě v ČR
- Regionálním zástupcům SPLDD jednat ve spolupráci s VV o síti PLDD v regionu a zajištění péče po 1. 1. 2018 v souladu s nutností splnit nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb
- VV SPLDD, aby podpořil postupné (nepovinné) zavádění eReceptu s možností využití dalších funkcionalit a zajištění jednotné identifikace lékaře
- VV SPLDD, aby v jednáních o úhradách lékařům PLDD usilovali o navýšení v obdobné procentní výši odpovídající nárůstu úhrad lůžkové péči a aby pro rok 2018

zůstaly využity prostředky, které měly být vyčleněny na úhradu eReceptu, dojde-li k pozdějšímu zavedení

## Dopis výboru a revizní komise ČPS členské základně týkající se průběhu jednání o vzdělávacím programu v pediatrii

Vážení kolegové,
pro tento dopis jsme se rozhodli proto, že považujeme za vhodné, aby celá členská základna byla informována o průběhu jednání výboru ČPS týkajících se nového vzdělávacího programu v pediatrii. Větší část níže uvedeného textu bude věnována jednáním s PLDD, protože ta byla za celou dobu nejintenzivnější a v současné době závisí osud našeho oboru na možnostech dosažení kompromisu právě s PLDD.

Od přijetí **zákona č. 67/2017 Sb.** počátkem tohoto roku, kterým se s **účinností od 1. 7. 2017** změnil zákon č. 95/2004 Sb. a ve kterém byl nově definován **jednotný obor pediatrie**, probíhají intenzivní jednání výboru ČPS s cílem dohodnout kompromisní vzdělávací program v novém oboru pediatrie tak, aby vyhovoval co nejvíce všem zúčastněným stranám, pro které bude nové pediatrické curriculum školit budoucí lékaře. Jedná se o zástupce dětských oddělení a klinik, praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD), neonatologů, pediatrických subspecializací a dalších. **Podle uvedeného zákona je současný vzdělávací program minimálně 4,5letý, z toho 30 měsíců je kmen a 24 měsíců specializovaný výcvik.**

Nejprve se uskutečnila schůze výboru s primáři dětských oddělení – dne 23. 3. 2017 v Brně, kde byly diskutovány různé varianty návrhů vzdělávacího programu. Podle průzkumu mezi vedoucími pracovníky dětských oddělení bylo za optimální považováno **zastoupení praxe PLDD ve kmeni v délce 1 měsíc a ve specializační přípravě také 1 měsíc** [v předchozím průzkumu, který proběhl na hradeckém pediatrickém kongresu, byla preferována varianta 1 měsíc celkem (45 % respondentů) před variantou 3 měsíců celkem (36%)]. Bylo také vyjádřeno přání o dosažení **dostatečné variability** vzdělávacího programu tak, aby se budoucí pediatr mohl již v průběhu vzdělávání profilovat do oblasti svého budoucího zájmu (např. subspecializace, PLDD apod.).

Následně proběhlo dne 13. 4. 2017 jednání výboru ČPS se zástupci neonatologické společnosti (doc. Dort, prim. Čihař, prim. Kantor), na jehož základě bylo doporučeno:

1. Pro pediatry:
a) ve kmeni 3 měsíce neonatologie na vlastním (jakémkoliv) neonatologickém pracovišti.
b) po kmeni 1 měsíc na jakémkoliv neonatologickém pracovišti a minimálně 2 měsíce v. perinatologickém centru intenzivní péče (PCIP, kterých je 12 v ČR).
2. Pro neonatology a ostatní specializace využívající pediatrický vzdělávací program:
a) ve kmeni 3 měsíce na dětském lůžkovém zařízení s neselektovaným příjmem.
b) po kmeni 9 měsíců na dětském lůžkovém zařízení s neselektovaným příjmem.

Zároveň stanovil Výbor **mantinely pro jednání zástupců ČPS se zástupci PLDD** (viz. níže) následovně: Ve kmeni lze připustit 2–3 měs. PLDD, ve specializovaném výcviku volitelně 6–9 měsíců pro zájemce o budoucí obor PLDD. Uvedené mantinely platí pro případ, že bude dosaženo dohody o vzdělávacím programu jako celku.

Dne 19. 4. 2017 proběhlo jednání zástupců ČPS (doc. Houšťková, doc. Bronský, prim. Hrdlička) se zástupci PLDD (dr. Šebková, dr. Cabrnochová, dr. Hülleová, dr. Tvrdoňová).

- Na tomto jednání došlo **ke shodě na struktuře kmene**:

  Obecně povinná část 6 měsíců (ARO 2 měs., chirurgie dětská nebo pro dospělé, preferenčně ambulantní 2 měs., pediatrie 1. nebo 2. stupně 2 měs.). Další povinná část 24 měsíců (pediatrie 1. nebo 2. stupně 17 měs., akreditovaný PLDD 3 měs., novorozenci 1. nebo 2. stupně 3 měs., kurzy 1 měs.).

- Zástupci PLDD předložili **návrh povinných kursů**, kterými má být podmíněno získání způsobilosti k výkonu samostatné praxe PLDD [management soukromé praxe; očkování v praxi PLDD (včetně preventivních prohlídek a epidemiologie); racionální atb léčba v ordinaci PLDD; dorostové lékařství se zaměřením na rizikové chování v dospívání; posudková problematika v praxi PLDD; rychlá diagnostika v ordinaci PLDD (POCT metody)] v celkové délce 10 dnů.
- Zároveň byl ze strany PLDD navržen **kvalifikační kurs** financovaný ze zdrojů Ministerstva zdravotnictví (MZ), který by měli absolvovat lékaři se současnou ates-

tací v pediatrii, kteří pracují na lůžkových odděleních a chtějí začít provozovat praxi PLDD. Kvalifikační kurs by měl zahrnovat **3 měsíce praxe na akreditovaném pracovišti PLDD a 10 dní kursů** (např. výše jmenovaných).

- V oblasti **specializovaného výcviku nedošlo mezi zástupci ČPS a PLDD ke shodě**. PLDD navrhovali v rámci specializační náplně po kmeni **3 měsíce odborných ambulancí a 6 měsíců u akreditovaného PLDD**. Uvedených 6 měsíců by mohlo být nepovinných, ale pro budoucí získání specializované způsobilosti pro nasmlouvání výkonů odbornosti 002 by splnění této praxe mělo být podmínkou. **Pokud by budoucí PLDD v rámci svého výcviku neabsolvoval výše uvedenou praxi v plné délce, musel by dle návrhu PLDD absolvovat navíc výše uvedený kvalifikační kurs** se zohledněním dosavadní praxe. **Tento návrh nebyl zástupci ČPS přijat, neboť by se tím v podstatě vytvořilo dvojí vzdělávání** a jednotná atestace v oboru pediatrie by neopravňovala absolventa automaticky k výkonu praxe PLDD, pokud by v rámci přípravy neabsolvoval celkem 9 měsíců u akreditovaného PLDD + 3 měsíce odborných ambulancí.

Na základě výše uvedených jednání se 4. 5. 2017 výbor ČPS usnesl na následujícím návrhu vzdělávacího programu, který je v souladu s principy schválenými výborem dne 13. 4. 2017:

**Pediatrický kmen (30 měsíců):**
Obecně povinná část 6 měsíců (ARO 2 měs., chirurgie dětská nebo pro dospělé 2 měs., pediatrie 1. nebo 2. stupně 2 měs.)
Další povinná část 24 měsíců:
Pediatrie 1. nebo 2. stupně 17 měs., akreditovaný PLDD 3 měs., novorozenci 1. nebo 2. stupně 3 měs. Kursy 1 měs: zatím není náplň pro celý měsíc kursů; preferenčně ve kmeni kursy, které mají delší platnost (návykové látky, radiační ochrana) + kursy navržené PLDD: Očkování 1 den a Racionální atb léčba 1 den

**Specializovaný výcvik v pediatrii (24 měsíců):**
Pediatrie I nebo II 11 měs., z toho:
- II. typ alespoň 3 měs.
- JIRP 2 měs.

Novorozenci I nebo II 3 měs., z toho:
- perinatolog. centrum intenzivní péče 2 měs.

Odborná dětská ambulance dle výběru (ORL, oční, kožní apod..., ale nikoliv PLDD) 3 měs.
Dětské lůžkové odd. (Pediatrie I nebo II nebo dle seznamu – neonatol., kardio, neuro, infekce apod.) nebo ambulance akreditovaného PLDD 6 měs.
Kursy 1 měs. – preferenčně 1. pomoc, etika

Tento návrh je založen na principu variability, tzn. lékař se může již v průběhu specializovaného výcviku profilovat odborným směrem, kterému se v budoucnu bude věnovat (např. PLDD, neonatologie, subspecializace apod.). Návrh je pro ČPS přijatelný, pouze pokud bude odsouhlasen všemi stranami jako celek. **V tabulce 1 je uveden přehled možné praxe dle budoucího zaměření lékaře**.

Zároveň tento návrh zachovává jistotu, že **lékař se po atestaci bude moci věnovat pediatrii** jak v ambulantní praxi PLDD, tak na lůžku **bez nutnosti splnění dalších podmínek. Bez principu variability nelze vyhovět všem oborům,** které současná pediatrická atestace zastřešuje. **Jediným možným řešením,** jak všem vyhovět, **by bylo pouze prodloužení doby vzdělávání** na déle než 4,5 roku, což je v současné situaci personální krize – jak v lůžkové, tak v ambulantní pediatrické složce – nepřijatelné.

Na jednání dne 4. 5. 2017 byl také **schválen návrh PLDD na systém „překlápění" nemocničních pediatrů atestovaných podle stávajícího systému na lékaře PLDD (tzv. Kvalifikační kurs z DL na PLDD „financovaný ze zdrojů MZ")** – viz výše – jednání 19. 4. 2017 – s tím, že 10denní kurs by měl být součástí 3měsíční stáže u PLDD.

Dne 16. 6. 2017 proběhla další schůzka zástupců ČPS se zástupci PLDD. Na této schůzce byla přednostně **řešena problematika náplní** a odborných požadavků ve vzdělávacím programu, což bylo nutné upřednostnit vzhledem k požadavkům MZ na včasné rozpracování návrhů do vyhlášek. V oblasti definitivní podoby specializovaného výcviku nebylo opět dosaženo shody.

Dne 30. 8. 2017 proběhlo na MZ zasedání nové akreditační komise (AK) pro obor pediatrie. Zápis z tohoto jednání není doposud k dispozici. V rámci jednání nebylo dosaženo konsensu mezi ČPS a PLDD. **Návrh ČPS ze dne 4. 5. 2017 nebyl ze strany PLDD přijat, naopak bylo požadováno zakotvit povinnou praxi u PLDD í ve specializovaném výcviku v délce 6 měsíců. Na schválení podoby kmene bez záruk o podobě specializační části jsme nepřistoupili.**

Na základě schůzky AK a ve snaze dosáhnout konsensu vypracoval výbor ČPS nový kompromisní návrh, který byl schválen na zasedání výboru ČPS dne 7. 9. 2017. Výbor ČPS se po velké diskusi a konzultacích přiklonil k návrhu: **3 měsíce povinné praxe u PLDD ve kmeni a další povinné 3 měsíce v rámci specializační přípravy (navíc 6 měsíců nepovinně pro budoucí zájemce o PLDD), pokud představitelé oboru PLDD dají záruku, že společná atestace z pediatrie jednoznačně platí i pro samostatnou práci v primární sféře, a to bez nutnosti dalšího přeškolování.**

**Nový kompromisní návrh ČPS:**
**Ve kmeni:**
3 měs. PLDD povinně
**Ve specializ. části:**
3 měs. PLDD povinně
6 měs. PLDD (z toho lze část v odborných ambulancích) nepovinně
**Tedy celkem: 6–12 měs. u PLDD, dle zaměření školence.**

Tento návrh by předpokládal, že povinná praxe u PLDD bude nově absolvována v čase, kde předchozí návrh specializovaného výcviku počítal s **absolvováním odborných ambulancí i pro jiné obory** než PLDD (neonatoiogie, subspecializace). Z tohoto důvodu by musela být těmto oborům dána možnost volitelných stáží v délce 3 měsíců např. v průběhu lůžkové péče na dětském oddělení. Nový kompromisní návrh by umožnil zájemcům o obor PLDD strávit až 12 měsíců v praxi akreditovaného PLDD.
Navíc výbor souhlasil s tím, že veškeré **povinné kursy** navržené PLDD na společném jednání dne 19. 4. 2017 by byly **zahrnuty do základního vzdělávání všech pediatrů** (ať už ve kmeni, nebo ve specializovaném výcviku) tak, aby si nemusel budoucí lékař PLDD kursy potřebné pro výkon své praxe již doplňovat.
Tento kompromisní návrh byl následně předložen 22. 9. 2017 OSPDL a SPLDD k projednání a nebyl těmito společnostmi přijat. **PLDD trvají na minimální délce**

**povinného vzdělávání v délce 3 měsíce ve kmeni + 6 měsíců ve specializovaném výcviku + nepovinně 3 měsíce na odborných ambulancích.** Jedním z důvodů neshody je názor, že variabilní vzdělávací program nemá oporu v zákoně. **Panuje obava, že díky variabilnímu vzdělávacímu programu bude některým atestovaným lékařům zakázáno vykonávat činnost v rámci lůžkové péče či ambulantní péče nebo že lékaři s novou atestací budou v rozsahu své činnosti omezeni, dokud si nedoplní nějaký kurs.** Tento výklad považujeme za nepochopení celé situace. **Jednoznačně není naším cílem štěpit vzdělávání a omezovat kompetence po atestaci dle náplně či podmiňovat výkon konkrétní praxe doplněním dalších kursů. Všechny výše uvedené snahy výboru ČPS směřovaly a směřují k vytvoření jednotné atestace uznatelné v plném rozsahu jak pro PLDD, tak pro nemocniční pediatrii.** Naopak nesouhlasíme s původním návrhem PLDD, který podmiňoval výkon praxe PLDD doplněním kvalifikačního kursu u lékařů, kteří neabsolvovali plných 9 měsíců v ambulanci PLDD.

**Jaké jsou naše další plány ?**

- I přesto, že se nám doposud nepodařilo dosáhnout dohody, **budeme se nadále snažit posunout jednání** tak, aby současní absolventi – zájemci o obor pediatrie – nebyli odrazováni od vstupu do oboru současnou neexistencí vzdělávacího programu. Nové lékaře potřebuje jak lůžková, tak terénní složka.
- Máme v plánu **získat právní stanovisko MZ k možnosti variabilního vzdělávání,** a pokud bude kladné, budeme se snažit nadále prosazovat současný kompromisní návrh. **Jsme si vědomi toho, že větší část pediatrů, kteří budou v novém systému atestovat, půjde do praxe PLDD.** Zároveň však považujeme povinných 6 měsíců praxe u PLDD za dostatečné pro to, aby se budoucí lékař mohl po atestaci oboru PLDD věnovat. Navíc zájemci o obor PLDD budou moci využít dalších volitelných 6 měsíců v praxi PLDD, což je doba identická se současným vzdělávacím programem PLDD. Pokud by měl o vykonávání praxe PLDD zájem i lékař, který strávil volitelných 6 měsíců na lůžkovém oddělení, jsme přesvědčeni, že ho to po odborné stránce nebude v ambulanci PLDD nikterak limitovat.
- K PLDD chceme být i nadále vstřícní, protože považujeme obor za základ pediatrické péče a je v zájmu všech pediatrů, aby obor PLDD měl jasně zakotvené a pevné postavení v naší legislativě. **Výbor ČPS nabídl zástupcům PLDD veškerou součinnost při vypracovávání a prosazení návazných právních předpisů** tak, aby lékaři s novou atestací z pediatrie mohli bez překážek vykonávat praxi PLDD včetně nasmlouvání a vykazování výkonů odbornosti 002, posudkové činnosti a veškerých dalších kompetencí, které současná praxe PLDD obnáší.
- Spolu se zástupci PLDD se chceme snažit o získání **dostatečného počtu rezidenčních míst** pro obor pediatrie, abychom zajistili hladký průběh vzdělávání současných absolventů.
- V případě shody na kompromisním návrhu budeme společně pracovat na **dalších aspektech vzdělávání** – požadavky na školitele, akreditace pracovišť, zkušební řád zkoušek a složení zkušebních komisí, přechod ze současného oboru PLDD do oboru „DL“, tedy nemocniční pediatrie, apod.
- Nadále máme zájem o odbornou spolupráci s PLDD a pokračujeme v ní (národní pediatrický kongres, doporučené postupy, společné semináře apod.)

**Poznámka na závěr**

Zároveň s probíhajícím jednáním o vzdělávacím programu proběhl v Poslanecké sněmovně na podnět PLDD pokus o **projednání tzv. „malé novely“** zákona č. 95/2004 Sb. navržené poslanci ODS dne 5. 9. 2017. Tato novela navrhuje opětovné rozdělení pediatrie na 2 obory (dětské lékařství a PLDD). Zatím se nepodařilo tuto novelu projednat, ale je možné, že v budoucnu se tak stane, a pokud bude novela schválena, přinese to další zásadní změny do systému vzdělávání, které mohou odradit absolventy od toho, aby si náš obor zvolili. Také veškerá výše popsaná jednání tím budou anulována.

Vážení kolegové,

i přes výše uvedené neúspěchy v jednání věříme, že se nakonec podaří shody dosáhnout.
Pozitivním faktem je dosavadní shoda na podobě kmene, náplni kursů a systému „překlápění“ nemocničních pediatrů atestovaných podle stávajícího systému na lékaře PLDD (tzv. Kvalifikační kurs).
Definitivní souhlas s výše uvedenými částmi vzdělávacího programu však nemůžeme udělit bez současné jasné dohody o podobě specializovaného výcviku.
Kompromis je pro nás prioritou, současný poměr hlasů v AK je však nepředvídatelný a je vysoká pravděpodobnost rozhodnutí AK v náš neprospěch.
Chtěli jsme vás požádat, abyste i přes současnou neexistenci vzdělávacího programu podpořili příjem a zápis absolventů do oboru pediatrie.
Tento zápis je i za současného systému možný a nové pediatry bude potřebovat jak lůžková, tak ambulantní složka.

Děkujeme vám za vaši trpělivost a podporu.

Výbor a revizní komise ČPS (v abecedním pořadí, bez titulů):
Bronský, Houštěk, Houšťková, Hoza, Hrdlička, Kuhn, Lebl, Skálová, Svitálková, Škvor, Šumník, Votava, Zeman

V Praze, dne 12. 10. 2017

**Přehled možné praxe (dle návrhu ČPS ze dne 4. 5. 2017) podle budoucího zaměření lékaře**

**1) pro budoucí PLDD:**
- 3 měs. u PLDD ve kmeni
- 3 měs. v odb. ambulancích ve spec. vzdělávání
- 6 měs. u PLDD ve spec. vzdělávání

**Celkem 12 měs.**

**2) pro budoucí neonatology:**
- 3 měs. novorozenci ve kmeni
- 3 měs. novorozenci – lůžka ve spec. vzdělávání
- 3 měs. odborné ambulance (např. perinatolog. poradna) ve spec. vzděl.
- 6 měs. novorozenci – lůžka – v rámci volitelného bloku ve spec. vzdělávání

**Celkem 15 měs.**

**3) pro budoucí pediatry na dětských odděleních:**
- 2 + 17 měs. na domovském pracovišti – pediatrie – ve kmeni
- 3 měs. na domovském pracovišti – novorozenci – ve kmeni
- 6 měs. na domovském pracovišti – pediatrie – ve spec. vzděl.
- 1 měs. na domovském pracovišti – novorozenci – ve spec. vzděl.

- 3 měs. odborné ambulance / na domovském prac. – ve spec. vzděl.
- 6 měs. na lůžku na domovském pracovišti v rámci volitelného bloku ve spec. vzdělávání

**Celkem 38 měs.** (na klinikách ještě více) s tím, že z toho je 6 měs. ještě **možnost se dovzdělat na vyšším pracovišti nebo v subspecializaci** (pro zájemce)

## Otevřený dopis členům České pediatrické společnosti ČLS JEP

v Praze dne 27. 10. 2017

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

obracíme se na vás otevřeným dopisem ve věci specializačního vzdělávání v oboru Pediatrie.
Novelou zákona o způsobilosti k výkonu lékařských povolání byly zrušeny oba obory, tedy Praktické lékařství pro děti a dorost i Dětské lékařství. Zákon zavedl nový obor, Pediatrie. Je zřejmé, že v následujících letech budou v tomto novém oboru atestovat kolegové, kteří se připravují pro práci na lůžkových odděleních i pro práci v primární péči. Vzhledem k počtu lékařů pracujících aktuálně na lůžkových odděleních i v primární péči i k jejich věkovým průměrům je velmi pravděpodobné, že mladí lékaři atestovaní v novém oboru Pediatrie budou pracovat především v primární péči.
Nám, stávajícím praktickým lékařům pro děti a dorost, PLDD, záleží na kvalitě práce v našem oboru, a tedy i na kvalitě specializačního vzdělávání. V minulých třinácti letech jsme pracovali se čtyřletým specializačním vzděláváním, kde strávil školenec tři roky na lůžkovém oddělení a rok v akreditované ordinaci PLDD.

Aktuálně stojíme před úkolem připravit společně s představiteli lůžkové péče takovou náplň specializačního vzdělávání, prodlouženého o 6 měsíců, která zaručí, že bude mladý lékař po atestaci připraven ke zcela samostatné práci v ordinaci primární péče. Uvědomujeme si, že nároky kladené na takového lékaře jsou zcela jiné než na kolegu, který se po atestaci vrátí na lůžkové oddělení, kde pracuje v týmu starších a zkušenějších kolegů pod vedením primáře a se zázemím nemocnice v zádech.
Jsme připraveni podpořit takovou náplň specializačního vzdělávání, která bude obsahovat pouze 3 měsíce práce v akreditované ordinaci PLDD v kmeni a 6 měsíců práce v akreditované ordinaci PLDD po kmeni, i s vědomím, že se praxe, kterou získávají mladí PLDD dnes, zkrátí o celou jednu čtvrtinu.

Podporujeme takové specializační vzdělávání, které dovolí každému absolventovi po atestaci bez rozdílu jít ihned pracovat jak do týmu v lůžkové péči, tak samostatně v primární péči.
Nezbývá nám než se důrazně ohradit proti nepravdivým tvrzením o našich jiných či narůstajících požadavcích, o neochotě k jednání, o oddalování kompromisu či o jiných požadavcích, než je uvedeno výše. Obáváme se, že tyto myšlenky šíří ti, kdo se snaží o něco jiného než jednotu české pediatrické obce.
Jsme připraveni podpořit společné konsensuální řešení specializačního vzdělávání ve společném novém oboru Pediatrie. Respektujeme realitu, ve které musíme společně pracovat. Současně prosíme, aby naši kolegové z nemocnic a klinik respektovali náš názor, podle kterého by bylo správnější a pro péči o děti prospěšnější ponechat dva samostatné, propojené a spolupracující základní obory Dětský lékař pro kliniky a PLDD pro primární péči.

předsednictvo SPLDD ČR,
výbor OSPDL ČLS JEP

## Změny v očkování od 1. 1. 2018

Dnem 1. 1. 2018 nabývá účinnosti vyhláška č. 355/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů.
Pro běžnou praxi PLDD se změny v očkování týkají hexavakcíny a vakcíny proti MMR.
Hexavakcína se bude nově očkovat ve schématu 2 + 1, u nedonošených dětí bude zachováno schéma 3 + 1. Dotazem na MZ je za nedonošeného novorozence dle definice WHO považován každý novorozenec, který se narodil dříve než za 37 dokončených týdnů gestace (tj. 36 + 6 dnů gestace a méně).
Očkování donošených dětí bude zahájeno první dávkou od započatého 9. týdne po narození, druhá dávka bude aplikována za 2 měsíce po první dávce. Třetí dávka bude aplikována mezi 11. a 13. měsícem věku dítěte.

| hexavakcína | donošení | nedonošení |
|---|---|---|
| I. dávka | od 9. týdne | jakmile je to možné, nejdříve od 9. týdne |
| II. dávka | 2 měsíce po I. dávce | 1 měsíc po I. dávce |
| III. dávka | mezi 11. a 13. měsícem | 1 měsíc po II. dávce |
| IV. dávka | --- | min. 6 měsíců po III. dávce |

**Očkování proti MMR** se bude i nadále očkovat ve dvoudávkovém schématu, ale dochází k prodloužení intervalu mezi I. a II. dávkou, přičemž jsou stanoveny pevné termíny, do kdy musí být očkování provedeno. V dosavadní vyhlášce nebyl termín dokončení očkování stanoven.

| MMR | Věk dítěte |
|---|---|
| I. dávka | 13.–18. měsíc |
| II. dávka | 5.-6. rok |

Dětem, které mají do 31. 12. 2017 aplikovánu jen I. dávku vakcíny MMR, bude II. dávka aplikována dle nové vyhlášky, tedy až ve věku mezi 5. a 6. rokem.
Děti, u kterých nebylo ze zdravotních důvodů provedeno pravidelné očkování ve stanovených termínech, se provede **očkování i v pozdějším věku,** a to v souladu se souhrnem údajů k jednotlivým očkovacím látkám. To se vztahuje i na děti cizinců pobývající na území ČR. Nová vyhláška také ruší přílohu č. 1 k vyhlášce z r. 2006, která uváděla indikace očkování konjugovanou pneumokokovou vakcínou.
Nově je také vyhláškou stanoveno, že do očkovacího průkazu dítěte a mladistvého se kromě názvu očkovací látky zaznamenává, **proti kterým chorobám je očkovací látka určena**. V očkovacích průkazech vydaných po r. 2014 se tato povinnost splní zakřížkováním příslušných políček v řádku u uvedené očkovací látky. Důvodem je jednoznačná identifikace, proti které nemoci je dítě očkováno, a to nezávisle na firemním názvu očkovací látky.

Plné znění vyhlášky č. 355/2017 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, uvádíme v příloze tohoto čísla.

## Úhradová vyhláška a vyhláška se seznamem zdravotních výkonů pro rok 2018

**Úhradová vyhláška č. 353/2017 Sb.** nabývající účinnosti 1. 1. 2018 ponechává pro obor PLDD kombinovanou kapitačně výkonovou platbu.

**1. Základní kapitační sazba** pro PLDD je stanovena ve výši:

a) **54 Kč** pro poskytovatele, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
b) **50 Kč** pro poskytovatele, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a),
c) poskytovateli, který předloží rozhodnutí MZ o udělení akreditace ke vzdělávání v oboru PLDD a doloží, že školí lékaře v rámci vzdělávacího programu, navýší se základní kapitační sazba o 1 Kč.

**2. Hodnota bodu:**

a) Pro **výkony nezahrnuté do kapitační platby**, výkony za neregistrované pojištěnce a za zahraniční pojištěnce je hodnota bodu ve výši **1,08 Kč**.
b) Pro **výkony očkování** č. 02100, 02105, 02125 a 02130 je hodnota bodu ve výši **1,12 Kč**.
c) Pro **výkony č. 02021, 02022, 02031, 02032** je hodnota bodu ve výši **1,16 Kč**.
d) Pro **výkony dopravy v návštěvní službě** je hodnota bodu ve výši **0,90 Kč**.

3. PLDD, který do 31. 3. 2019 předloží zdravotní pojišťovně potvrzení, že se účastnil alespoň 10 služeb v rámci **lékařské pohotovostní služby**, se zvýší roční úhrada o **35 000 Kč**.

4. V místech, kde bylo na služby PLDD ze strany zdravotních pojišťoven nejméně jednou neúspěšné výběrového řízení, navýší zdravotní pojišťovna poskytovateli celkovou úhradu pomocí koeficientu 1,3.

5. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období obdrží poskytovatel za každou vystavenou a uznanou **položku na receptu v elektronické podobě**, na základě níž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši **1,70 Kč**.
Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace a regulační omezení nedoznaly změn proti roku 2017.

**Ve vyhlášce č. 354/2017 Sb. se seznamem zdravotních výkonů s účinností od 1. 1. 2018 jsou pro** obor PLDD nově zařazeny dva výkony:

a) **výkon č. 02222** – průkaz infekcí močových cest kultivací na třech médiích dip-slide testem, 1*/den, ambulantně, čas výkonu 10 minut, 110 bodů, bez ZÚM a ZÚLP. Tento výkon je v kategorii fakultativních výkonů, tzn. při splnění podmínek si jej PLDD musí aktivně nasmlouvat do přílohy č. 2
b) **výkon č. 01185** – předoperační vyšetření praktickým lékařem, čas výkonu 15 minut, 181 bodů. Tento výkon je v kategorii výkonů obligatorních, tzn. bude v příloze č. 2 uveden automaticky a není třeba o něj žádat.

**Režijní sazba za minutu výkonu má hodnotu 3,04 bodu.**
**Výkon 10 – přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě má hodnotu 13,38 bodu/km.**

Do konce roku ještě proběhnou individuální jednání se všemi zdravotními pojišťovnami o úhradových dodatcích na r. 2018. Odsouhlasené dodatky zveřejníme na www.detskylekar.cz.

*Pro VOX připravil:*
*MUDr. Ctirad Kozderka*

# MANAGEMENT ORDINACE **PLDD**

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR si Vás dovoluje pozvat na celorepublikový cyklus konferencí Management ordinace PLDD, který vznikl za laskavé podpory společnosti Pfizer a MSD.

Odborný garant: MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD ČR
Pořadatel: SPLDD ČR
Organizátor: PHARMA NEWS, s.r.o.

Vzdělávací akce je pořádána dle vzdělávacího řádu SPLDD ČR, je ohodnocena **7 kredity** a je určena pouze pro lékaře.

Pro členy SPLDD ČR je stanoven registrační poplatek ve výši 500 Kč, pro nečleny 1000 Kč a rezidenti mají účast zdarma. Platba na místě člen 700 Kč, nečlen 1200 Kč.

Bližší informace na **http://www.pharmanews.cz/konference-pro-lekare/**

13. 1. 2018 **Brno**, Hotel Holiday Inn
20. 1. 2018 **Praha**, Top Hotel Praha
27. 1. 2018 **Hradec Králové**, Hotel Tereziánský Dvůr

# Informace OSPDL ČLS JEP

**MUDr. Alena Šebková**
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

## Problematika „oboru“ PLDD

V jednom z předchozích VOXů a i ústně jsem měla ještě o prázdninách dojem, že v nastalé situaci kolem zrušení oboru PLDD se přeci jenom najde prostor pro racionální spolupráci a řešení.
Dnes, bohužel, máme opět zkušenosti rozporuplné, tak jako několik let nazpět, po dobu „obhajoby“ samostatného oboru PLDD.

1. S kolegy z ČPS jsme se již na první schůzce pracovní vzdělávací skupiny shodli na náplni pediatrického kmene, kde budou 3 měsíce praxe na pracovišti PLDD. Přesto vyšel z ministerstva zdravotnictví materiál s jedním měsícem – odkud se vzal?
2. Od počátku jsme požadovali 6 měsíců praxe ve specializační části programu pediatrie, jsme obviňováni, že stupňujeme požadavky. Rozdíl ale je pouze v tom, že původní návrh mluvil o variabilitě programu, u níž ale nelze dle právníka „vymáhat“ skutečné absolvování praxe u PLDD a podmínit absolvováním této praxe vydání specializované způsobilosti k výkonu samostatné praxe. Není k tomu legislativní prostředí.
3. Po zrušení oboru bylo slibováno paritní zastoupení PLDD ve všech příslušných orgánech – objevují se protesty proti paritě v akreditační komisi. Stejně tak MZ hýřilo sliby o spolupráci. Výsledek? Vše se dozvídáme jaksi mimochodem, na schůzky buď nejsme zváni, nebo na poslední chvíli, a to ještě zcela nestandardně.
4. Před zrušením oboru jsme žádali o předchozí analýzu, koncepci, varovali jsme, že není vhodné něco rušit, když nic nového není připraveno. Vyslyšeni jsme nebyli a situace již přináší první problémy: Mladí lékaři jsou v nejistotě, jak bude vypadat jejich vzdělávání. Není jasné, jestli a jak budou vypisována rezidenční místa, jak se bude plánovat, když nevíme, kam ve finále mladý lékař půjde pracovat – jestli do nemocniční, nebo primární sféry. Někteří primáři dětských oddělení již začali odmítat mediky 6. ročníku, pokud jen tuší, že by mohli jít po absolvování do praxe. Kolegové-zájemci o akreditaci nemají o co žádat (přitom je nám vyčítáno, že je málo akreditovaných pracovišť z řad PLDD). Krajské úřady vydávají nepřesné registrace na poskytování péče v odbornosti 002. PLDD visí právně „ve vzduchu“...

Situace je vážná a není naší chybou. Upřímně – v tuto chvíli vám, vážení kolegové, nejsme schopni říci, jak se vše bude vyvíjet. Můžeme jen doufat, že budou splněny sliby dané náměstkem MZ prof. Prymulou a zdravotním expertem hnutí ANO Mgr. Adamem Vojtěchem – podpora primární péče, zachování „oboru“ PLDD i při existenci společného vzdělávání, podpora požadavku dostatečného vzdělávání u PLDD v rámci společné pediatrie – na celostátní konferenci SPLDD v listopadu t.r.

## Mezioborová spolupráce

1. Zástupci OSPDL a SPLDD se podílejí na přípravě kongresu Pediatrie 2018 – kongres pořádaný Českou pediatrickou společností ČLS JEP.
2. Upřesňujeme další spolupráci s dětskými psychiatry. Jednak v rámci vzdělávání – MOK, jednak i v rámci včasného záchytu PAS – kolegové ještě připomínkují vykazování diagnózy F 84 z důvodu možné nepřesnosti ve statistickém vykazování. Výstupy DP, OSPDL a SPLDD budou jasně dány na vědomí všem kolegům.
3. O pokračování spolupráce projevili zájem dětští gynekologové v osobě nové předsedkyně společnosti MUDr. Ondrové.
4. Pokračuje spolupráce se SZÚ.

## Očkování

Od 1. 1. 2018 vstoupí v účinnost novela vyhlášky o očkování, která přinese již dlouho avizované změny. Vzhledem k dotazům a některým možná ne zcela jasným formulacím připraví výbor OSPDL „výklad“ k této vyhlášce ve smyslu odpovídajících postupů.

### Některé plánované události do konce roku

29. 11. – účast předsedkyně OSPDL na tiskové konferenci – podpora očkování
30. 11. – účast předsedkyně na setkání adiktologů – garantování vzájemné spolupráce na poli rizikového chování dětí a adolescentů
1. 12. – předsedkyně OSPDL – návrh forem spolupráce v rámci Konference paliativní dětské péče
13. 12. – předsedkyně OSPDL – jednání s předsedkyní Vládního výboru pro práva dětí – možné formy spolupráce v oblasti syndromu CAN – v plánu Zdravotnické fórum na toto téma

**Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a OSPDL ČLS JEP** si vás dovolují pozvat na odborné semináře v roce 2018. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30. Vzdělávací akce mají charakter postgraduálního vzdělávání a jsou garantovány ČLS JEP ve spolupráci s ČLK (ohodnoceny kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.
Odborný garant: MUDr. Alena Hanzlová, MUDr. Bohuslav Procházka

**4. ledna 2017**
**Neurofibromatózy v dětském věku**
**MUDr. Bořivoj Petrák, CSc.**
Klinika dětské neurologie FN Motol

OSPDL ČLS JEP

# Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

# POTVRZENÁ ÚČINNOST V REÁLNÉ PRAXI[1]

**Prevenar 13** je jediná pneumokoková konjugovaná vakcína, která obsahuje důležité sérotypy 3, 6A a 19A.[1,2]



**Prevenar 13** prokázal v zemích s vysokou proočkovaností významné snížení invazivních pneumokokových onemocnění, pneumonií i akutních zánětů středouší.[1]

**Zkrácená informace o přípravku. Prevenar 13 injekční suspenze.** Pneumokokový polysacharidový konjugovaná vakcína (13-valentní, adsorbovaná).

**Složení - léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcale polysaccharidum adsorptum 1*(2,2µg), 3*(2,2µg), 4*(2,2µg), 5*(2,2µg), 6A*(2,2µg), 6B*(4,4µg), 7F*(2,2µg), 9V*(2,2µg), 14*(2,2µg), 18C*(2,2µg), 19A*(2,2µg), 19F*(2,2µg), 23F*(2,2µg). *Konjugován s nosným proteinem $CRM_{197}$ a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,125 mg Al3+); a další pomocné látky. **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců, dětí a dospívajících ve věku od 6 týdnů do 17 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění a pneumonie způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ≥ 18 let a starších pacientů. **Dávkování:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů – 5 let: Doporučuje se, aby kojenci, kteří dostali první dávku přípravku Prevenar 13, dokončili očkování přípravkem Prevenar 13. Kojenci ve věku 6 týdnů – 6 měsíců a předčasně narozené děti: Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se podává ve věku 2 měsíců, nejdříve může být podána ve věku 6 týdnů. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. U kojenců ve věku 6 týdnů – 6 měsíců může být alternativně podána séria tvořená 3 dávkami po 0,5 ml. První dávka může být podána od věku 2 měsíců, druhá dávka o 2 měsíce později. Třetí dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. *Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců: Kojenci ve věku 7– 11 měsíců:* Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. *Děti ve věku 12-23 měsíců:* Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. *Děti a dospívající ve věku 2 – 17 let:* Jedna samostatná dávka 0,5 ml. Kojenci a děti dříve očkované přípravkem Prevenar: Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na přípravek Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. Malé děti (12-59 měsíců) kompletně imunizované přípravkem Prevenar by měly dostat jednu dávku 0,5 ml přípravku Prevenar 13, nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar. Děti a dospívající ve věku 5–17 let mohou dostat 1 dávku přípravku Prevenar 13, pokud byly očkovány jednou nebo více dávkami přípravku Prevenar, nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar. Dospělí ≥ 18 let a starší pacienti: Jedna samostatná dávka. Potřeba nevakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použití 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považováno za vhodné, Prevenar 13 by měl být podán jako první. *Specifický populace:* Jedinům s chorobami predisponujícími k invazivnímu pneumokokovému onemocnění (např. kdy se srpkovitou anémií nebo HIV infekcí) včetně jedinců dříve očkovaných jednou nebo více dávkami 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny může být podána nejméně jedna dávka přípravku Prevenar 13. U jedinců po transplantaci hematopoetických kmenových buněk (HSCT) se doporučené imunizační schéma skládá ze čtyř dávek přípravku Prevenar 13 po 0,5 ml. *Způsob podání:* Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna u kojenců nebo deltový sval horní části paže dětí a dospělých. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na difterický toxoid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by neměla být příčinou odložení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Nesmí být podán jako intramuskulární injekce kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, ale může být podána subkutánně v případě, že potenciální přínos jasně převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkované jedince před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů až 5 let: Prevenar 13 může být podáván současně s některou z následujících monovalentních nebo kombinovaných vakcín: vakcínou proti difterii, proti tetanu, acelulárními nebo celobuněčnou vakcínou proti pertusi, vakcínou proti *Haemophilus influenzae* typu b, inaktivovanou vakcínou proti poliomyelitidě, proti hepatitidě B, proti meningokokům skupiny C, proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám, proti planým neštovicím a vakcínou proti rotavirům. Mezi 12 – 23 měsíci může být také podán současně s konjugovanou polysacharidovou vakcínou proti meningokokům skupin A, C, W a Y, a to dětem, které byly adekvátně primárně očkovány přípravkem Prevenar 13. Děti a dospívající ve věku 5 – 17 let a dospělí ve věku 18-49 let: V současné době nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současného podávání s jinými vakcínami. Dospělí ve věku 50 let a starší: Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV) i se sezónní kvadrivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (QIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa očkování. **Těhotenství a kojení:** Nevztahují údaje o použití pneumokokové 13valentní konjugované vakcíny u těhotných žen. Přípravek by proto neměl být podáván během těhotenství. Není známo, zda je pneumokokové 13valentní konjugovaná vakcína vylučována do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí 6 týdnů až 5 let patřily reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, neuhasitelný, zvýšená spavost a/nebo nespavost, u dětí a dospívajících ve věku 6-17 let nechutenství, podrážděnost, reakce v místě očkování, asmolence, některý spánek. V případě současného podání přípravku Prevenar 13 a přípravku hřebenatkového byla pozorována zvýšená četnost hlášení střeží (s horečkou nebo bez ní) a hypotonicko-hyporesponzivních epizod (HHE). U dospělých osob byly velmi časté: snížení chuti k jídlu, bolest hlavy, vyrážka, artralgie, myalgie, zimnice, únava, zarudnutí, reakce v místě očkování, omezená pohyblivost paže. U osob ve věku 18 - 49 let nebo s HIV infekcí nebo po HSCT příjem a zvracení, u osob 18-29 let nebo s HIV infekcí nebo po HSCT zvracení. **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 – 8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek Prevenar 13 je stabilní při teplotách do 25 °C po dobu 4 dnů. Na konci této doby má být přípravek použit nebo zlikvidován. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce s pístovou zátkou, a ochranným krytem hrotu, s injekční jehlou nebo bez ní. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační čísla:** EU/1/09/590/001-6. **Datum poslední revize textu:** 23.2.2017. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro osoby splňující podmínky dané zákonem č.48/1997 Sb v aktuálním znění. Před předepsáním se prosím seznamte s úplnou informací o přípravku.

**Reference:** 1. SPC Prevenar 13. 2. SPC Synflorix.

PRV 2017.01.054

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

Pfizer

Pracujeme společně pro zdravější svět™

# Schizofrenie v dětství

**Doc. MUDr. Eva Malá, CSc.**
Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov

Duševní poruchy mají významný podíl na lidském utrpení. Psychiatrická diagnóza je stále ještě příčinou stigmatizace, je chápána jako znamení hanby, budí silné emoce s odporem, strachem a antipatiemi. Rodina i přátelé nejsou schopni se orientovat v psychotických projevech a neobvyklých, nesrozumitelných změnách chování jejich blízkého. Psychicky nemocný je vnímán jako neschopný, nespolehlivý, nekontrolovatelný, možná i hloupý člověk. Člověk, který nevyhovuje společenským normám, je veřejností odmítán s opovržlivými výrazy „psychouš, cvok, šílenec“ atd. Spolu s nemocným je „značkována“ i jeho rodina. Převládajícím postojem ve veřejnosti je názor, že tito jedinci jsou psychopati nebezpeční svému okolí. Ve skutečnosti se jen malé procento dopouští kvůli své chorobě násilí, spíše si ublíží sami, někdy bývají i obětí násilí a zločinu. Mínění, že duševně nemocný – nejčastěji schizofrenik – je nebezpečný, je jedním z nejrozšířenějších mýtů o této chorobě.

Bláznění, nepříčetnost, šílenství jsou lidová označení pro závažné duševní poruchy, které se označují jako psychózy. **Psychóza** je souhrnný název pro skupinu patologických stavů, kde dochází k porušenému kontaktu s realitou. V klinické medicíně jsou psychotické stavy diagnostikovány poměrně často, mají nejrůznější etiologii i průběh; co je však spojuje, je odlišné vnímání a myšlení. Psychóza je těžká duševní porucha, kdy pacient vnímá okolí odlišně, „žije“ v jiné realitě, ve vlastním vnitřním světě s odlišnými pravidly a zákonitostmi. Lidem, událostem i věcem přiřazuje jiné významy, vše má jiný smysl, který znemožňuje plnění denních povinností a běžné sociální fungování. U jedince s psychózou je změněn vztah jak k sobě samému, tak k okolí.

Psychózy se vyskytují např. u mnoha infekčních a neurologických onemocnění, včetně epilepsie, dále při intoxikacích a při zneužívání návykových látek, časté jsou v geriatrické praxi nebo jako komplikace onkologické terapie, mohou být indukovány farmaky či vzniknout v důsledku poruchy organismu jako celku (štítnice, játra) atd. Jde o psychotický syndrom.

Druhou skupinu psychóz – někdy označovaných jako „pravé“ nebo „funkční“ psychózy – tvoří schizofrenie, schizoafektivní porucha, porucha s bludy a afektivní poruchy. Psychózy v dětství mají stejné spektrum poruch jako v dospělé psychiatrii, ale v dětství představují větší zátěž pro vývoj osobnosti a mají obecně horší prognózu. Narušují vývojovou trajektorii dítěte, brání mu získat zkušenosti.

V ČR asi 13 % dětí a adolescentů vykazuje známky určité duševní poruchy nebo poruchy chování. Mezi ně se řadí i schizofrenie.

**Schizofrenie** je specificky lidské onemocnění dosud neznámé etiologie, projevující se transkulturálně stejnými symptomy – poruchami vnímání, myšlení, jednání, emocí a vůle. Je rozšířeno po celém světě a jeho celoživotní prevalence je asi 1 %. Schizofrenie je pouze fenomenologickým výkladem pro specifický klinický obraz. Jde o neurovývojovou poruchu neznámé, heterogenní etiologie, která je v dětství ještě modifikována nedozrálými strukturami CNS a zasahuje na všech úrovních vývoje – motorické, senzorické, emoční, kognitivní, interpersonálně-sociální i spirituální. **Specifika vývoje poruchy** v dětském věku, která mají určující význam pro její vznik:

1. *důležitost sociálních faktorů* – dítě často trpí symptomem sekundárně, tzn. reakcí okolí na jeho nevhodné, neodpovídající chování, které budí pozornost, a sociální odezva je posiluje;
2. *somatizace* – děti více vyjadřují své duševní problémy tělesnými příznaky, více somatizují než dospělí;
3. *kumulace stresových životních událostí* – řetězení negativních zážitků spolu s drobnými rizikovými faktory vytvářejícími funkční změny. Ty způsobují poruchy percepce, učení, paměti a poruchy adekvátního vytváření vzorců chování. Dochází k maladaptaci a odchylnému vývoji neurálních map, včetně změněné plasticity a kognitivní stability;
4. *úloha genetických faktorů.*

## Genetická predispozice a genetické studie schizofrenie

Genetická analýza je odkázána na lidské rodokmeny, proto jsou v oblasti vysvětlení etiologie schizofrenie nejrůznější hypotézy. Na jednom pólu jsou to hypotézy, které v podstatě vysvětlují schizofrenii jen jako výsledek působení zevních traumatizujících faktorů, zejména psychologické povahy, působících v časném věku, na druhé straně jsou to teorie, které předpokládají větší či menší podíl vlivu genetických faktorů při vzniku tohoto onemocnění. Klasické geneálogické studie přinášejí doklady o zvýšeném riziku onemocnění schizofrenií pro příbuzné schizofrenních probandů (pro rodiče schizofreniků 4 %, pro sourozence 8 %, pro děti schizofreniků 12 %, pro vzdálenější příbuzné asi 2–4 %). Dvojčecí studie udávají, že u monozygotních dvojčat činí riziko, že druhé onemocní, 46 %, u dizygotních jen 14 %.

I když má jedinec genetickou, hereditární a biologickou vulnerabilitu (zranitelnost), je nesmírně důležitá jeho schopnost vzpamatovat se po ráně, šoku = **resilience** = **odolnost**. Odolnost je důležitým preventivním faktorem – je vývojovou silou umožňující uchování kompetence i schopnosti úzdravy.

U dětí schizofrenních matek hraje významnou roli **perinatální poškození**. Tyto děti tvoří zranitelnější skupinu a jsou rizikové. Výsledky se celkově dají shrnout do tří bodů:

1. Děti schizofrenních matek mají ve velkém počtu lehce sníženou porodní váhu, která je spojena s vývojovými abnormalitami v celém prvním roce života. Tyto nálezy potvrzují vliv perinatálního stresu jako precipitujícího faktoru u geneticky predisponovaných jedinců.
2. U rodičů neschizofrenických bylo více komplikací v těhotenství, když se narodili chlapci, ve skupině schizofrenních rodičů, když se narodily holčičky, zvláště když schizofrenií trpěl otec.
3. Důležité jsou i zevní vlivy z okolí, jde pravděpodobně o interakci a potenciaci genetických vlivů prostředím. Až do dnešní doby vztahy mezi psychiatrickým

onemocněním, pre- a perinatálními komplikacemi (např. preeklampsie, inkompatibilita Rh faktoru, podvýživa matky v prvním trimestru, nechtěné těhotenství, pokročilý věk otce, omotaný pupečník, asfyxie…) nejsou jednoznačně vyřešeny.

Schizofrenie s časným začátkem – **EOS (early onset schizophrenia)** – je definována vypuknutím poruchy před **18. rokem** pacienta, s podkategorií **schizofrenie v dětství – COS (childhood onset schizophrenia)** – s vypuknutím poruchy před **13. rokem** věku.
Schizofrenie v dětství (COS) je vzácná a představuje 1 % všech schizofrenií, s výskytem 1 z 10 000 porodů. Prevalence EOS (podíl populace postižený určitou nemocí v daném čase): udává se, že přibližně čtvrtina všech schizofrenií (12–34 %) má vznik před 18. rokem života.

## Epidemiologie

Počet existujících poruch ve vybrané populaci k velikosti této populace je u schizofrenie v dětství a adolescenci procentuálně vyjádřen přibližně takto s tím, že poměr chlapců k dívkám v adolescenci je 1 : 1, v mladším věku 2 : 1.

Věkové rozložení začátku onemocnění:

| | |
|---|---|
| 5–10 let | méně než 1 % |
| 10–14 let | 4 % |
| 14–16 let | 15–20 % |
| do 25 let | 75–80 % |

Do třicátého roku je diagnostikováno 85 % všech schizofrenií. Vondráček mluví o „syndromu třetího decennia“, projevujícím se zlomem životní linie.
Při stanovení **diagnózy schizofrenie** vycházíme z předpokladu, že porucha je dána defektem „já“ na všech úrovních. To znamená, že vede ke zhoršení všech kognitivních a adaptivních funkcí nemocného jedince. Schizofrenní děti mají výraznou poruchu v možnosti přijímání informací, v jejich zpracování, integrování, kategorizování a použití k logickým instrukcím. Nejvýrazněji je postižena řeč a komunikace. Typická je všudypřítomná anxieta spojená s neschopností navázat vztah k ostatním a s obrovským odporem ke změnám. To vše narušuje procesy poznávání a zpětně zase socializaci.

Při srovnání psychotických dětí se skupinou nepsychotických existují 2 symptomy, které se objevují jen u psychotických dětí:
- abnormální vztah k lidem,
- retardace řečového vývoje.

*(Poznámka: pro stejné symptomy byl autismus dříve řazen mezi schizofrenie.)*

Schizofrenní porucha někdy vznikne náhle, nečekaně, jindy se pomalu rozvíjí – jde o tzv. prodromální stadium, které se může „táhnout“ měsíce. V sociální anamnéze je často, až ve 40 %, popisován tzv. „rozbitý domov“ nebo konfliktní rodinné prostředí. Pacienti mají v dětství – oproti zdravým – častější zážitek smrti, včetně smrti rodičů. Již v předškolním věku jsou charakteristické špatné vztahy s vrstevníky. Ve školním věku je asi polovina pozdějších pacientů s diagnózou schizofrenie kolektivem odmítána.
Premorbidní kognitivní poruchy a fyzické abnormity se však vyskytují **jen u části dětí** a adolescentů. Pro dětskou schizofrenii je typické výrazné **zhoršení sociální adaptace** dávno **před vznikem onemocnění**. Změny se projeví zpomalením psychomotorického vývoje, poruchami interpersonální komunikace a sociální kompetence. Dnes je prodromální stadium schizofrenie u dětí definováno:
- neadaptivními osobnostními rysy,
- sníženou frustrační tolerancí, zvýšenou impulsivitou,
- afektivními rapty, agresivitou v rodině,
- poruchou kognitivních funkcí se školním selháváním.

Tyto nespecifické symptomy se objevují před propuknutím schizofrenie u 40–50 % dětí. Maladaptace od dětství přes adolescenci pokračuje do dospělosti a je spojena s **neuropsychologickými poruchami**. Jde o kognitivní deficity, poruchy exekutivních funkcí, nepřizpůsobivost v dětském kolektivu, sociální odtažení a zhoršení školní výkonnosti. Školní selhávání potencuje sociální ataxii, neschopnost učit se novému, vytváří se „bludný kruh“, který zhoršuje všechny symptomy. Drobné změny u psychotických dětí jsou způsobeny retardací maturace, která je patrná ve všech oblastech nebo úrovních vývoje a postupně mizí. Přestože projevy každého dítěte jsou individuální a etiologie je multifaktoriální, lze je rozdělit do dvou skupin. V jedné skupině jsou biologická predispozice, somatická stigmata a speciální poruchy CNS primárním faktorem při vzniku schizofrenie, ve druhé skupině zapříčiňuje adaptivní zvláštnosti psychosociální rodinné klima. Tuto hypotézu potvrzuje vysoký výskyt kongenitálních stigmat, výskyt drobných neurologických odchylek (stoj, chůze, taxe, koordinace, svalový tonus) a specifické vzory psychosociální interakce v rodinách dětí s diagnózou schizofrenie.
U dětí je výrazná **porucha emocí**. Ta je vyjádřena buď emoční plochostí, nebo naopak přecitlivělostí, náladovostí, emoční inkontinencí. Děti jsou bez zájmu a zvídavosti. Hrají-li si, tak rigidně, stereotypně, bez účasti vrstevníků. **Poruchy řečového** vývoje se projevují mutismem nebo atypiemi v řečovém projevu (nesprávná intonace, tempo, gramatická stavba vět) a přítomností echolálií. Typické je patologické **„fantazírování“**, depersonalizační pocity a kolébavé rytmické pohyby. Skoro u všech dětí jsou přítomny **strachy**, a to i z obyčejných předmětů (voda, pračka, dveře atd.). Obvykle začínají v noci, váží se na pohádky, bájné osoby a zvířata. Kolem 5. a 6. roku se mohou spojit **s fobiemi a s obsesemi** a transformovat se ve složité rituály. Nemocné dítě nerozumí zevnímu světu a situacím, ve kterých se nachází, a stává se zlým, může se objevit i agresivita. **Sluchové halucinace** jsou zjišťovány až u 80 % případů. Jde o „hlasy“, které vyhrožují, rozkazují, nařizují, mluví mezi sebou. Vyskytují se i **zrakové, viscerální a tělové halucinace**. Obsah halucinací a bludů se mění s věkem. U mladších jedinců jsou poruchy myšlení i vnímání méně komplikované, soustřeďují se hlavně na rodiče, pohádkové a seriálové postavy, zvířata a monstra. Objevují se **fantazie podobné bludům** (syndrom bludných fantazií). Děti trpící schizofrenií bývají někdy i **paranoidní**, mívají pocit ohrožení (např. mikroby, chorobami apod.). Věk, kdy se poprvé objevují halucinace a paranoidní příznaky, je kolem 7–8 let.

## Prognóza

Progrese onemocnění je různá – vývoj je náhle změněn, zpomalen, nebo dokonce zastaven. Jen 10–15 % má kompletní remise, 20 % má částečné remise a až 50–65 % se výrazně horší.
Dobrá prognóza je u většího počtu pacientů, kteří mají:
- akutní začátek onemocnění,
- vznik onemocnění až kolem 14.–18. roku věku,
- výrazně afektivní symptomatiku,
- psychotické pozitivní příznaky a psychotické chování,
- normální EEG,

## Drony vpadly do medicíny

*Ve Spojených státech amerických postihuje zástava srdce mimo zdravotnické zařízení ročně přibližně 55 na 100 000 obyvatel.*

Z toho se podaří zachránit pouze 8–10 % těch, u kterých je co nejdříve provedena defibrilace. Z tohoto důvodu jsou defibrilátory vybaveny letiště, sportovní arény, školy a další místa, kde se shromažďuje větší počet lidí. Ve Stockholmu si ověřili pro použití k záchraně osob se zástavou srdce moderní dopravní média, kterým jsou drony. Drony se v poslední době testují nejen pro válečné účely, ale jejich upotřebení narůstá při dodávce zboží, zvláště ve špatně dostupných oblastech, při hledání pohřešovaných osob a při monitorování dopravy a různých velkých shromáždění. Je logické, že byl systém dronů zapojen také do medicíny, zejména k rychlé dostupnosti medicínské pomoci.

Hlavním řešitelem úkolu byl Andreas Claesson, který byl zaměstnancem Centra pro resuscitace na Karolinska Institute ve Stockholmu. Výzkum ukázal, že kolem Stockholmu, zejména v letních dovolenkových měsících, trvá poskytnutí naléhavé zdravotní péče současnými opatřeními téměř 30 minut. Použití dronů podstatně zkrátilo tento čas na 5 minut. Ukázalo se, že drony byly v průměru o 17 minut rychlejší než záchranka. Výzkumníci používali malý lehký defibrilátor, vybavený textem s instrukcemi pro jeho použití. Přístroj byl připojen k malému dronu se čtyřmi rotory a místem pro kameru. Dron startoval z hasičské stanice, vzdálené přibližně 10 km od místa, kde byl zaznamenán poslední případ zástavy srdce.

Drony mohou být použity také k rychlému dodání adrenalinu pacientům s život ohrožující anafylaktickou reakcí nebo k doručení opiátů, k nalezení osob zavalených lavinou nebo topících se. Při pokusech byli nalezeni figuranti až ve vzdálenosti 60 m, a to podstatně rychleji, než toho byl schopen záchranář. Můžeme konstatovat, že používání dronů se rychle stane rutinním a levným prostředkem v medicíně, zvláště v odlehlých a špatně přístupných oblastech. Testy již dnes prokázaly, že tento systém má velký potenciál k záchraně lidských životů.

*Zdroj: www.tribune.cz, 14. 11. 2017*

- nadprůměrné IQ,
- syntonní vývoj premorbidní osobnosti,
- nepřítomnost hereditární zátěže.

Špatná prognóza je u většiny pacientů:

- s časným začátkem, nebo
- s pozvolným, plíživým začátkem onemocnění,
- s hereditární zátěží,
- s nižším IQ,
- s abnormním EEG.

Pro dětskou schizofrenii je typické výrazné zhoršení sociální adaptace dávno před vznikem onemocnění.

**Varovné počáteční příznaky, kdy by měl pediatr** v rámci diferenciální diagnostiky poslat dítě k psychiatrickému vyšetření:

Dítě se náhle izoluje, nebo naopak hledá pomoc u svého okolí se zvláštním „nalepením se“ nebo opakujícími se dotazy (např. „nezlobíš se?“, „není to špatně?“, „je to tak dobře?“ atd.) s tím, že jakákoliv odpověď dítě neuspokojí. Objevují se náhlé, neodůvodněné poruchy chování, změny nálady, odmítání sociálního kontaktu, regresivní chování; jindy je nápadný přechodný autismus u školních dětí. Typické jsou nesoustředivost, poruchy paměti, neschopnost učit se novému.

## Shrnutí

**Schizofrenie v předškolním věku** – spíš jde o prodromální = začínají příznaky schizofrenie – schizofrenní syndrom, který se projevuje zpomalením psychomotorického vývoje, poruchami interpersonální komunikace a sociální kompetence. Jde o centrální poruchu poznání.

**Schizofrenie u dětí mladšího školního věku** – nejvýraznějšími symptomy u této diagnostické jednotky jsou poruchy interpersonálního kontaktu a poruchy emocí. Schizofrenie starších školáků se projeví buď jako akutní manifestní porucha, nebo jako tzv. plíživá forma schizofrenie. Akutní porucha je charakterizována **paranoiditou, depersonalizací, halucinacemi a bludy**. Často je přítomna agresivita a hostilita obrácená dovnitř – projevující se sebezraňujícím chováním. Druhá forma schizofrenie, tzv. „plíživá“, má latentní průběh.

**Sociální komunikace** – kupodivu při své těžké poruše celkem dobře prospívají v normální škole a dosahují uspokojivých výsledků.

## Jak se léčí schizofrenie?

Léčení schizofrenie, zvláště u dětí a adolescentů, by mělo zahrnovat všechny faktory, které se na vzniku poruchy podílejí (biologické, psychologické, sociální).

**Terapeutické cíle** musejí být rozšířeny daleko za zvládnutí ataky a prevence rehospitalizace. Pro další vývoj a zlepšenou kvalitu života je nutná psychoterapie (téměř všechny její formy se specificitou pro dg schizofrenie), edukace (jak pacienta, tak rodinných příslušníků), kognitivní remediace, fyzioterapie i socioterapie. Nejčastěji se provádí psychoedukativní suportivní, kognitivně-behaviorální, individuální, skupinová a rodinná psychoterapie. **Léčba bez farmakoterapie není u schizofrenie myslitelná.**

U psychotických dětí je léčba moderními psychofarmaky nezbytná, je často *off-label* a vždy je nutný informovaný souhlas rodičů. K farmakologické intervenci přistupujeme, když chceme mobilizovat adaptivní chování, navázat psychoterapeutický vztah, zvýšit schopnost učení, práce, zájmových, sportovních aktivit, zlepšit kognici a socializaci, odstranit symptomy, vytvořit podmínky pro adekvátní vývoj a plnohodnotnou kvalitu života. K farmakoterapii je nutná – pokud je to možné – kognitivní remediace.

**Farmakoterapie schizofrenie v dětství** (doporučení z roku 2014–2016):

Údaje o rozdílné účinnosti u krátkodobé a dlouhodobé terapie naznačují, že klozapin má větší účinnosti oproti jiným antipsychotikům v terapii schizofrenie, která vznikne do 13 let, pacienti reagují na léčbu s větší citlivostí a lepším terapeutickým efektem. U začátku poruchy od 13 do 18 let je největší zlepšení symptomů během terapie olanzapinem. Ze všech posledních literárních údajů při léčbě EOS jsou nejúspěšnější – přes všechny negace – dvě antipsychotika: klozapin a olanzapin.

## Jak mohou k léčbě přispět rodiče?

Diagnóza schizofrenie vyděsí a zdrtí všechny rodiče. Počáteční období bývá hodně těžké. Pro rodiče je to velká zátěž, porucha jejich dítěte vyžaduje od nich velkou dávku trpělivosti, pochopení a mnoho láskyplné důslednosti. Tím nemocný získává zpět pocit jistoty v pro něj tolik nejistém světě.

# Placebo zbavené mýtů

**MUDr. Radkin Honzák, CSc.**
Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

Placebo je slovo naplněné mnoha omyly a nedorozuměními, od svého prvního objevení v překladu Žalmu 116 až po dnešní chápání, které je jednou vidí jako „nic“ v kontrolované studii, podruhé jako švindl na pacientovi, kterému nechceme dát aktivní lék („prostředek pro lékaře, na kterého neustále naléhají neurotičtí pacienti;“ Beecher, 1955). Přitom je placebo efekt složitý psychofyziologický, komunikační, ale i kulturní fenomén, podobně jako jeho zlé dvojče – nocebo, a jeho studium přináší řadu cenných poznatků o uzdravování, o něž vědecká medicína zatím projevuje minimální zájem.

Vulgata – bible, kterou přeložil svatý Jeroným, je sice jedním z nejlepších překladů do latiny, nicméně ani ona není bez chyb. Není zcela jasné, zda překlad žalmů byl pořízen z originálu, nebo z řecké transkripce, chyba se ale vloudila a místo správného „Budu kráčet před tváří Hospodina v krajině živých“ její text uvedl „Bohu se zalíbím v krajině živých“ – „Placebo Domino in regione vivorum“. Přitom tento žalm byl součástí svátosti posledního pomazání a uvedený verš byl první, který po předzpěvákovi opakoval chór.

Slovo placebo se stalo tím, čemu se dnes říká buzz-word, a původně sloužilo k označení plaček a najímaných (někdy také jen vlezlých) quasi truchlících, kteří očekávali od pozůstalých odměnu, nebo alespoň jídlo a pití. Do lékařského slovníku se dostává až v 18. století jako „něco, co je podáváno spíše pro potěšení pacienta než jako aktivní lék“, přičemž charakter aktivních léků a postupů té doby byl v zásadě mnohem nebezpečnější než pilulky vyrobené z chlebové střídy.

Myšlenka kontroly nějakého postupu není nikterak nová a církev této metody používala dříve než medicína. Je citován případ, jak v roce 1565 si povolal Karel IX. ženu, kterou posedl protestantský démon. Ten byl testován svěcenou vodou nalitou do červeného vína a řádil jak smyslů zbavený. Nevšiml si přitom, že při druhém pokusu mu nalili do vína obyčejnou vodu, řádil úplně stejně a tím na sebe prozradil, že neexistuje. Důkazy (ne)existence ďábla byly v tehdejší době velmi významné, protože šlo nejen o víru, ale často o skutečně velké majetky.

Členové Královské akademie na konci 18. století pod vedením amerického velvyslance Benjamina Franklina prokázali v placebem kontrolovaném pokusu, že neexistuje živočišný magnetismus v podobě, o níž byl přesvědčen Mesmer, a v roce 1863 Austin Flint použil placebo u nemocných s kloubním revmatismem (naředěná tct. Quassia) se závěrem, že *„onemocnění skončilo self-limitací“* a že používání placeba je podvod. Od počátku 20. století se placebo začíná používat ke kontrole léčebných postupů, nejprve hojně v kardiologii. Z té doby pochází i jedna z prvních systematických studií z pera Henryho Beechera, nazvaná The powerful placebo, která uvádí, že placebo-reaktorů je v populaci asi třetina (později se tento zobecňující závěr nepotvrdil; podle designu studie se počet pohybuje od 0 do 100 procent) a také placebo není „produkt sugesce“, ale komplexnější děj.

Představa, že skupina aktivně léčená je ta, v níž se „něco“ pro pacienty pozitivního odehrává, zatímco v placebové skupině se neděje „nic“, je zcela mylná. Placebo totiž může aktivovat všechny základní neurotransmitery, a tak tam mohou probíhat následující děje:

- placebo typu MAC;
- placebo typu učení a podmiňování;
- kombinace obou;
- spontánní zlepšení až uzdravení;
- kolísání klinického stavu;
- regrese k průměru;
- vlivy jiné léčby;
- projeví se důsledky špatného roztřídění pacientů;
- snaha zavděčit se lékaři.

## Placebo typu MAC

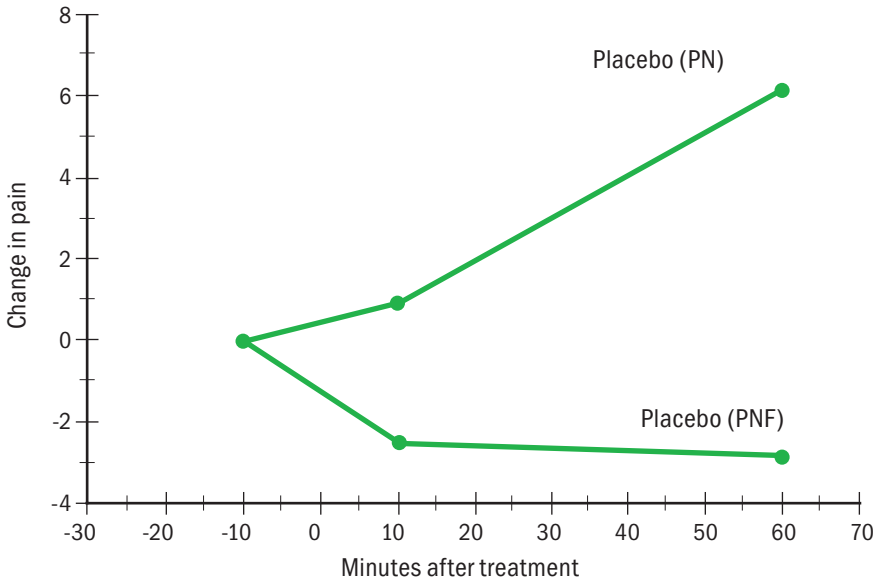
Tento typ placebo odpovědi vycházející z očekávání se nejčastěji objevuje v analgetických indikacích a je výsledkem aktivace systému opioidního, případně potlačení aktivity systému cholecystokininového na základě předchozí zkušenosti a současné anticipace výsledku. Jak uvádí řada studií, rozdíl mezi dvěma přístupy činí všeho všudy šest až osm slov: po stejném podráždění kůže předloktí dvou osob laserovým paprskem zavedeme oběma infuzi fyziologického roztoku – jedné bez upřesňujících informací a druhé s údajem: „Toto je nejsilnější lék proti bolesti.“

Zkratka MAC je akronymem pro „meaning and contex“, tedy význam v daných souvislostech. Je to jakási psychofyziologicky přidaná hodnota k samotnému lékovému účinku. Předchozí léčení bolesti vede také nyní a zde k očekávání a toto psychické nastavení vyvolá aktivaci opioidů působících na μ-receptor. Že právě a pouze tento proces je příčinou analgezie, můžeme jednoduše potvrdit tak, že analgetický efekt zrušíme podáním naloxonu.

Další aspekty konceptu MAC nám odhalují experimenty, při nichž bylo pro podané placebo použito názvů některých známých léků. Vědomí, že zkoumané osoby užívaly známý lék XY od firmy ABC, vyvolalo mnohem větší analgetický efekt než totéž placebo podané bez známé značky.

Ještě zajímavější pak je přínos lékaře, který demonstruje německá studie z osmdesátých let, kdy byl fentanyl králem, úžasným objevem mezi analgetiky; její výsledek tak trochu zavání až duchařinou. Na stomatologickou polikliniku přišli zástupci firmy nabídnout studii účinků tří přípravků: fentanylu, placeba a naloxonu. Některý z nich měl být podán pacientovi po extrakci zubu moudrosti, kde se při zákroku předpokládá větší bolestivost. Pacienti pak na přiložené kartě vyplnili, jak je to bolelo při zákroku a hodinu po něm.

Než se studie stačila rozjet, přišli zklamaní autoři projektu se zprávou, že ministerstvo nepovolilo tak volné zacházení s opiátem, že je nutné fentanyl přesně evidovat, a že tedy ve studii zůstávají jen dva zbývající přípravky. Lékaři tedy zahájili slepé podávání přípravků po extrakci a dělali to několik týdnů. Pak přišli rozradostnění designéři, že se jim podařilo fentanyl do studie dostat, a že tedy studie bude dál pokračovat s jeho přítomností. A zas vesele trhali dalších několik týdnů. Výsledky analgetického působení však byly mnohem lepší, navzdory tomu, že fentanyl mohl dostat jen jeden pacient ze tří. Souhrnné zpracování výsledků je zachyceno na přiloženém grafu přejatém z publikovaného sdělení.




Effects of physician knowledge on patient response to inert medication (*Source:* Gracely *et al.* 1985)

To všechno je moc hezké, nebýt momentu hodného filmu Podraz. Žádný fentanyl se nikdy neobjevil, stejně jako žádný naloxon, pacienti dostávali v obou časových obdobích placebo, aniž znali detaily studie; ty byly známy – v předestřené podobě – pouze lékařům. A není dodnes jasné, kudy se k pacientům dostala (ta falešná) informace, že mají naději na lepší analgezii. (Gracely RH et al. Clinicians' expectations influence placebo analgesia. Lancet. 1985 Jan 5;1(8419):43) Přesto můžeme říci, že doktor, který věří v účinnost podávaného léku, přidává už jen svou vírou na jeho efektivitě.

Další zajímavé zjištění je asi jen rok staré: kanadská metaanalýza několika posledních studií zaměřených na nová analgetika ukázala, že když se prodloužil interval sledování účinků na půl roku, rozdíl mezi aktivními látkami a placebem se snížil do nevýznamných rozdílů. Pacienti vstupovali do studie zhruba se stejnými obtížemi jako před lety, ani účinnost analgetik nebyla o nic menší, ale s prodlužující se dobou se zvyšoval analgetický účinek placeba tak, že se stírá významnost rozdílu mezi ním a analgetiky.

## Placebo efekt cestou podmíněného reflexu

Zatímco klasický nepodmíněný reflex – např. patelární – je automatický a probíhá pouze přes míšní úroveň, podmíněný reflex je jistou formou učení. Teprve po několikerém opakování dvojice podnětů (potrava – slinění a k tomu zvonek) dochází k vypracování a upevnění původně neexistujícího spojení mezi podmíněným podnětem a odpovědí. Ukázková v tomto směru je Aderova a Cohenova (navíc animální) studie z počátku 80. let minulého století. Účinná látka, cyklosporin, byla párována s podmíněným podnětem, představovaným sacharinem jako výrazně sladkou látkou.

Šlo o myši s modelovou chorobou podobnou lidskému lupus erythematodes, jejichž doba přežití byla zkrácena na méně než polovinu normálního času. Při léčení cyklosporinem se dožívaly kolem 90 % svého normálního času. Sacharin sám přežití neovlivnil. Pokud byl podáván sacharin v jiný den než cyklosporin, po přerušení léčby a samotném sacharinu myši rychle zmíraly, ale pokud byly oba přípravky podávány týž den, po přerušení cyklosporinu uprostřed předpokládané doby přežívaly myši „léčené" jen sacharinem mnohem delší dobu než v předchozím uspořádání.

Na rozdíl od placebo odpovědi vyvolané očekáváním výsledků tuto placebo reakci – v případě analgezie – neruší naloxon.

Jak se na placebo reakci podepisuje kulturní vliv, demonstruje studie sledující barvu. Nikdo se nediví, že teplé barvy působí povzbudivě a mají jako odpověď vesměs sympatikotonní reakce, zatímco studené vedou spíše k sedaci. Modrá je tedy uklidňující a látky, které mají navodit pohodu, relaxaci až spánek, jsou proto většinou v modré tónině. Výjimku tvoří Itálie, kde modrá barva působí na muže vysloveně stimulačně. Odpověď je kuriózní, ale prý pravdivá: italský fotbalový tým, Forza azura, je toho příčinou! Italští fotbalisté (na rozdíl od těch našich) své příznivce neuspávají.

Kde placebo nezabírá, je tam, kde orgány pracují autonomně, což jsou např. játra (i když je to z větší části ještě pole málo orané), a kupodivu na dětský funkční kašel daleko lépe působí přesvědčovací metody (a také to, když se maminka dítěti naplno věnuje v době, kdy dítě **nekašle**).

## Několik praktických rad:

- Předepisujte častější denní dávkování.
- Léčbu aplikujte vždy v terapeutickém uspořádání.
- Věnujte pozornost aplikační cestě (s.c. > p.o.).
- Registrujte účinky aplikovaného postupu.
- Atmosféra při aplikaci má být vřelá a pečující.
- Při aplikaci z vás musí vyzařovat jistota.
- Rozpoznejte, čemu pacient věří.
- Ujistěte se, že pacient věří vaší léčbě.
- Přidejte bezpečný a zřetelný podmíněný stimul (jehla, dotyk, vůně).
- Používejte známé a osvědčené značky firem.
- Jestliže je to pro pacienta významné, neváhejte způsobit – s dodržením všech kautel – mikrotrauma (jehla, skarifikace).
- Informujte pacienta, co může očekávat.
- Používejte světlo, laser, elektronické přístroje, které „dopravují" lék pacientovi do těla.
- Zařaďte do svého verbálního projevu opakovaná ujištění s nádechem sugesce.
- Používejte metody snižující úzkost pacienta.
- Vytvořte rituál při aplikaci jakékoliv terapie.
- Ceny doporučené terapie: nesmějí být ani příliš nízké, ani přehnaně vysoké.
- Dotýkejte se pacienta!

Závěrečná poznámka: přestože podání placeba v indikovaných případech není v rozporu s etikou, dle naší současné právní úpravy zdůrazňující požadavek informovanosti pacienta je (s výjimkou lékových studií, kde je placebová větev deklarována) použití placeba postupem *non-lege artis*.

radkinh@seznam.cz

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

# Pervitin a jeho vliv na dutinu ústní

**kpt. Ing. Radim Viktora[a)], MDDr. Renata Viktorová[b)]**
[a)] Policejní prezidium ČR, [b)] Soukromá stomatologická ordinace, Brandýs nad Labem

**Klíčová slova:** pervitin; závislost; stimulační droga; pervitinová ústa; účinky pervitinu; ústní péče

## Abstrakt

V České republice je míra užívání nelegálních drog vysoká. Přední pozice v konzumaci nelegálních drog u nás zaujímají pervitin a konopí. V ČR je pervitin nejčastěji zneužívanou látkou – uživatelé pervitinu tvoří 2/3 všech uživatelů drog. Popularita pervitinu je dána především jeho snadnou dostupností a relativně nízkou cenou. Uživatelů této drogy pořád přibývá a o tomto jevu hovoří i čísla z výroční zprávy z Národní protidrogové centrály, podle níž za rok 2015 došlo ke 100% nárůstu zajištěného metamfetaminu proti roku 2014, a to konkrétně z 50 238 g za rok 2014 na 107 363 g za rok 2015[*)].
V článku se zaměříme na dopad užívání pervitinu na dutinu ústní. Aby byli zubní lékař, sestra nebo dentální hygienistka schopni rozpoznat, že mají na křesle pacienta, který je uživatelem pervitinu, musejí mít správné informace, jaký má tato droga vliv na dutinu ústní. Následně by měli mít zubní lékař i dentální hygienistka představu o prevenci, která by omezila další zubní onemocnění, případně zabránila jejich vzniku.
Soubor změn vzniklých působením pervitinu na lidský chrup byl ve Spojených státech amerických nazván termínem „Meth mouth“ neboli „pervitinová ústa“.

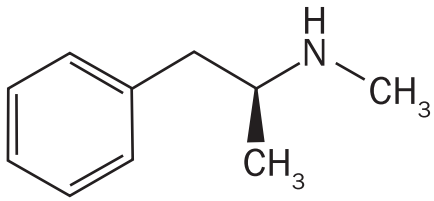
## Úvod

### Historie

Pervitin (metamfetamin) je **ilegální droga** patřící do stejné kategorie jako kokain. Má celou řadou přezdívek, jako je perník, péčko, peří, piko, sníh, ice, koks chudých, psaníčko, raketa, lajna a další.
Pervitin není nová droga. Amfetamin byl poprvé vyroben v Německu v roce 1887. Pervitin, účinnější a z hlediska výroby snadnější látka, byl **vyvinut** v roce 1919 **v Japonsku**. K rozšířenějšímu užívání pervitinu došlo v době 2. světové války, kdy se používal k udržení bdělosti bojových jednotek. Vysoké dávky drogy byly určeny japonským pilotům kamikadze před jejich sebevražednými misemi.
V padesátých letech byl pervitin předepisován jako pomocný prostředek při dietě nebo jako antidepresivum. Stále nebyl považován za návykový. Protože byl snadno dostupný, byl užíván vysokoškoláky, řidiči kamionů a sportovci jako stimulant, který nebyl vázán na lékařský předpis. Tím se rozšíření drogy ještě více zhoršilo.
V Československu se pervitin nelegálně vyráběl již od poloviny 70. let 20. století. Užívání této drogy ve větší míře u nás, ale i ve světě se objevilo až po roce 1990, tedy po pádu komunistického režimu, protože v dobách komunismu byla jednak vysoká sociální kontrola, která znemožňovala šíření této drogy, ale také se o této problematice málo vědělo.

### Dnes

Pervitin je zkázou osob různého věku, ale obvykle je oblíben jako **„klubová droga“** objevující se na večírcích v nočních podnicích a na tanečních párty. Jeho nejčastějším slangovým názvem je perník nebo ice. Jedná se o nebezpečnou a účinnou chemickou látku; podobně, jako je tomu u jiných drog, jde o jed, který **zpočátku působí jako stimulant**, pak ale začne systematicky ničit tělo i duši. **Vysoce návykový** pervitin spaluje tělesné rezervy a vytváří zničující závislost, kterou lze utišit pouze dalším, větším množstvím drogy.
Pervitin, genericky metamfetamin, chemicky pravotočivý fenylmethylaminopropan, je účinnější než amfetamin. Čistý má formu mikrokrystalického bílého prášku bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu může být zabarven do žluta nebo fialova z důvodu špatné domácí výroby neboli „varu“. Výchozí látkou je efedrin. K výrobě se používá louh, jód a červený fosfor. Vyrobit tuto drogu není úplně jednoduché, výrobce neboli „vařič“ by měl mít alespoň nějaké chemické znalosti.
Pervitin se u nás v ČR nečastěji **užívá šňupáním, nitrožilně a ústy**. Běžná dávka pro uživatele drogy je od 50 do 250 mg, hlavní příznaky intoxikace působí 8 až 24 hodin podle závislosti uživatele. Z těla se vylučuje močí, v moči se objevuje již za 20 minut po aplikaci.




Obrázek 1 Molekulární struktura pervitinu

## Užívání pervitinu

Pervitin a jeho krystalická forma vytváří falešný pocit pohody a zvýšené energie, a proto má uživatel tendenci nutit tělo k rychlejšímu a náročnějšímu fungování. Uživatelé této drogy nakonec mohou zažívat těžké fyzické i psychické „zhroucení“, jakmile účinky drogy pominou.

Obrázek 2 Foto z roku 1979[**)]
Obrázek 3 Foto z roku 1989[**)]

Obrázek 4 Foto z roku 1991[**)]
Obrázek 5 Foto z roku 2001[**)]

Obrázek 6 Foto z roku 1998**)
Obrázek 7 Foto z roku 2004**)

Znetvořující účinek užívání pervitinu je zřejmý na zjizvených a předčasně zestárlých tvářích závislých, viz obrázky 2–7**).
Pravidelná konzumace této drogy snižuje přirozený pocit hladu, dochází k extrémní ztrátě hmotnosti závislých. Další negativní účinky zahrnují narušení spánkového rytmu, hyperaktivitu, nevolnost, iluzi obrovské síly a moci, zvýšenou agresivitu a podrážděnost, zmatenost, halucinace, úzkost a paranoiu. V některých případech může užívání způsobit křeče, které nakonec končí smrtí. Při dlouhodobém užívání může pervitin způsobit nevratná poškození: srdeční arytmie s rizikem srdeční zástavy, zvýšený krevní tlak, poškozuje cévy v mozku, které mohou být příčinou mrtvice. Uživatelé mohou trpět poškozením mozku, včetně výrazného zhoršení paměti a schopnosti pochopit abstraktní pojmy.

## Poškození způsobená pervitinem

**Krátkodobé účinky**

- Anorexie
- Zvýšení krevního tlaku a tělesné teploty
- Arytmie
- Rozšíření zornic
- Výrazně zrychluje motoriku
- Euforie, ustupuje únava
- Urychluje tok myšlenek, na úkor kvality
- Nespavost
- Nevolnost
- Zmatenost, násilné chování
- Halucinace, nadměrná vzrušivost, podrážděnost
- Panika a psychóza, neuróza
- Nadměrné dávky mohou vést ke křečím, záchvatům a smrti

Jakmile dojde k odeznění účinku drogy, přijde další fáze, tzv. deprese, která se vyznačuje vyčerpaností a velikou skleslostí.

**Dlouhodobé účinky**

- Trvalé poškození jater, ledvin a plic
- Je-li látka kouřena – dýchací obtíže
- Je-li látka šňupána – zničení tkání v nosní dutině, přepážky, deformace nosu
- Je-li látka aplikována injekčně, infekční nemoci a hnisavé záněty tkání (abscesy)
- Nevratné poškození krevních cév v srdci a mozku
- Podvýživa
- Těžké zubní kazy, stomatologická onemocnění
- Dezorientace, apatie, zmatek a vyčerpání
- Silná psychická závislost
- Psychóza
- Deprese
- Poškození mozku podobné Alzheimerově nemoci, mrtvici a epilepsii

Ti, kterým se podaří uniknout ze závislosti, trpí často výpadky paměti a extrémními výkyvy nálad.

## Stadia pervitinových zážitků**)

**1. Nájezd** – Nájezd je prvotní reakce, kterou uživatel cítí poté, co vykouří, šňupe nebo injekčně aplikuje pervitin. Během nájezdu se výrazně zvýší srdeční tep a metabolismus, krevní tlak a puls uživatele. Na rozdíl od nájezdu spojeného s užíváním cracku, který trvá přibližně 2 až 5 minut, může pervitinový nájezd trvat až 30 minut.

**2. Úlet (vysmažení)** – Nájezd je následován úletem, kterému se taky někdy říká „výsmah“. Během úletu se uživatel často cítí agresivně a nanejvýš moudře a stává se velmi hádavým. Často skáče ostatním do řeči a dokončuje jimi započaté věty. Klam může vyústit do toho, že se uživatel velmi intenzivně soustředí na nepodstatný nebo nevýznamný předmět nebo činnost, například opakovaně po několik hodin čistí totéž okno. Úlet může trvat 4 až 16 hodin.

**3. Tah (delší mejdan, pařba)** – Tah je nekontrolované užívání drogy nebo alkoholu. Označuje nutkání uživatele udržet si stav intoxikace kouřením, šňupáním nebo píchnutím většího množství pervitinu. Tah může trvat 3 až 15 dní bez přerušení. Během tahu se uživatel stane jak duševně, tak fyzicky hyperaktivní. Pokaždé, co uživatel vykouří nebo aplikuje další a větší dávku drogy, zažívá další, ovšem menší nájezd, až nakonec necítí ani nájezd, ani úlet.

**4. Dojezd** – Uživatel pervitinu je nejnebezpečnější ve chvíli, kdy zažívá fázi závislosti nazvanou „dojezd“, což je stav dosažený na konci „tahu“, kdy pervitin přestává uživateli způsobovat stav nájezdu nebo úletu a kýžený opojný efekt. Uživatel, který není schopen ulevit si od strašlivých pocitů prázdnoty a touhy po droze (absťák), ztrácí smysl vlastní identity. Běžným příznakem je intenzivní svědění a uživatel může nabýt dojmu, že se mu pod kůži snaží zarýt brouci. Uživatel, který někdy není schopen usnout několik dní za sebou, je často v naprosto psychotickém stavu a existuje ve svém vlastním světě. Vidí a slyší věci, které nemůže vnímat nikdo jiný. Jeho halucinace jsou natolik živé, že působí reálně. Takto odtržen od reality může být uživatel velmi nepřátelský vůči sobě a ostatním. Riziko sebezmrzačení je v této fázi velmi vysoké.

**5. Zhroucení** – Uživatel, který drogu aplikuje na tzv. tahu, zažívá zhroucení, když jeho tělo selže, protože nadále nedokáže odolávat účinkům drogy, která na ně působí, a končívá extrémně dlouhým spánkem. Dokonce i ti nejničemnější a nejvíce násilničtí uživatelé jsou během fáze zhroucení téměř bez života a pro nikoho nepředstavují ohrožení. Zhroucení může trvat 1–3 dny.

**6. Pervitinové vyčerpání a psychóza** – Po fázi zhroucení se uživatel probouzí ve zcela zničeném stavu, vyhladovělý, dehydrovaný a fyzicky, duševně i emocionálně naprosto vyčerpán. Toto stadium obvykle trvá od 2 do 14 dní. To vede k silnější závislosti, protože „řešením“ těchto nepříjemných pocitů je další a větší dávka.

**7. Absťák** – Od poslední dávky často uplyne 30 až 90 dní, než si uživatel uvědomí, že se u něj projevují abstinenční příznaky. Nejprve je deprimován, postrádá energii a schopnost zažívat slast. Poté se dostaví touha po další dávce pervitinu a u uživatele se mohou projevit sebevražedné sklony. Protože abstinence na pervitinu je nanejvýš bolestivá a obtížně se snáší, většina uživatelů se k droze opět vrátí. Právě proto se až 93 % lidí léčených tradičními metodami vrátí ke svému návyku.

## Zubní péče

V roce 2012 byla ve Spojených státech amerických zveřejněna studie na téma pervitin a dutina ústní. Je zřejmé, že **uživatelé pervitinu** mají **prokazatelně vyšší výskyt zubních onemocnění** než lidé, kteří ho neužívají. Většina pacientů měla rozsáhlé eroze

a zbroušení zubní skloviny od bruxismu (skřípání a zatínání zubů). Zaznamenáno bylo i velké množství protéz (snímatelná zubní náhrada celková nebo částečná) u relativně mladých pacientů. Zásadní problém je chybění zubů, především stoliček, v důsledku rozsáhlého neléčeného zubního kazu. Bylo zjištěno, že dentální či jiné ústní onemocnění bylo jednou z nejvíce převládajících onemocnění (42 %) u uživatelů pervitinu, kteří jinak byli celkově zdraví.

Většina uživatelů – pacientů projevila obavy týkající se kosmetických aspektů zubního onemocnění, a do této oblasti zubní péče tedy cílila svoji intervenci a motivaci. Dále bylo prokázáno, že osoby, které užívají pervitin nitrožilně, mají mnohem horší stav dutiny ústní a závažnější zubní onemocnění než ti, co pervitin kouří nebo užívají nasálně.

**Vliv pervitinu na dutinu ústní – „pervitinová ústa“**

Termín „pervitinová ústa“ je do jisté míry zavádějící. Jde o souhrn rizikových faktorů, zahrnující užívání drogy, změnu chování a návyků, dispozice, nedostačující orální hygienu, nateklé krvácející dásně, zápach z úst, zkažené zuby, shnilé kořeny, nekvalitní slinu a další.

## Pervitinová ústa

**1. Xerostomie (suchost v ústech)**

Prvním faktorem ovlivňujícím orální zdraví uživatelů pervitinu je xerostomie. Xerostomie je odborný název pro suchost v ústech. Jde o sníženou produkci nebo změnu kvality slin. Metamfetamin zvyšuje sympatickou činnost v centrálním nervovém systému, způsobuje snížení slinné sekrece ze slinných žláz stimulací inhibičních receptorů. V důsledku hyperaktivity, kterou metamfetamin způsobuje, závislý sotva dodržuje pitný režim, což může zapříčinit dehydrataci organismu. Současně dochází k rozvoji xerostomie. Slina má zásadní význam v přirozené ochraně zubní skloviny proti zubnímu kazu a v důsledku její nekvality dochází k rychlému rozvoji destruktivních onemocnění tvrdých zubních tkání.

Při dlouhodobé suchosti v ústech se mohou projevovat problémy také na sliznicích. Mezi slizniční problémy patří atrofické glositidy (vyhlazené chuťové pohárky na jazyku), orální kandidózy (plísňová onemocnění dutiny ústní, kvasinky), angulární cheilitidy (infekční záněty v koutcích úst) a především zhoršená hojivost tkání.

**2. Bruxismus (patologické skřípání a zatínání zubů)**

Skřípání zubů neboli bruxismus bývá nejčastěji „na dojezdu“, kdy uživatelé bývají neklidní, úzkostní, podráždění, unavení. Během této doby mají tendenci sevřít čelisti a skřípat zuby. Postupně dochází k atrici zubů (obroušení skloviny až zarovnání anatomických hrbolků na stoličkách), někdy může chybět i značná část korunky. Bruxismus bývá většinou u začínajících narkomanů. V důsledku obroušení zubů, tedy ztráty zubní skloviny, která chrání citlivou složku zubu před vnějším prostředím, dochází k zvýšené citlivosti zubů, tzv. hypersenzitivitě. Při extrémním bruxismu může dojít ke změně mezičelistních vztahů, snížení skusu a opticky k zestárnutí obličeje.

**3. Kyselé přísady používané při výrobě pervitinu**

Kyselé přísady používané při výrobě pervitinu (kyselina fosforečná, sírová nebo chlorovodíková) přispívají k erozi skloviny (podobný důsledek vidíme u pravidelných popíječů kyselých nápojů typu Coca-Cola). Jedná se ale většinou o příměsi nekvalitně vyrobené drogy. Dochází k poklesu pH ve slině, tím dojde k demineralizaci a vzniká zubní kaz. Není pravdou, že kyseliny se do slin dostanou jen při orálním užití drogy. Častokrát lze od uživatelů slyšet, že po požití drogy změkne sklovina nebo že cítí, že se jim sklovina odvápňuje.

**4. Zubní kaz**

Nejčastějším problémem v dutině ústní u narkomanů je právě zubní kaz. Zubní kaz v důsledku demineralizace (odvápnění skloviny), nedostatku sliny nebo nekvalitní sliny a z nedostatku živin a ústní hygieny vzniká relativně rychle. Dochází k němu na typických ploškách zubů, a to zejména krčkových ploškách těsně nad dásní. Pokud nedojde k včasné sanaci a prevenci, dochází k rozšíření kazivé léze nejčastěji cirkulárně, kolem celého obvodu zubu, až se zub zlomí a klinická korunka celého zubu se odlomí. V puse zůstávají shnilé zapáchající kořeny – radixy.

**5. Zánět dásní**

V důsledku chybějící ústní hygieny, stravovacích návyků a pravděpodobně i pro bolest zubů dochází současně k rozvoji gingivitis (zánětu dásní). Dásně jsou nateklé, zarudlé, na dotek krvácející a velmi bolestivé. Na zubech se nacházejí vyzrálé povlaky a zubní kámen. Cítit můžeme výrazný zápach z úst – *foetor ex ore*.

## Závěr

**Zubní lékaři by měli být schopni podle stavu dutiny ústní rozpoznat, že se může jednat o člověka drogově závislého.**

Některými poznávacími znaky mohou být styl oblékání a mluvy, „vykroucené pohyby“, špatná pleť, vyhublá postava. Někdy je lze poznat i podle očí. Zubní lékaři by měli být opatrní při podezření na uživatele drog nejen z důvodu přenosu nemocí, jako je hepatitis C nebo AIDS, ale i při podání lokální anestezie obsahující vazokonstrikční látky. Doba působení metamfetaminu se pohybuje od 8 do 24 hodin podle velikosti dávky. Lokální anestetikum není vhodné podávat minimálně 24 hodin po požití pervitinu. Ačkoli po 24 hodinách se z těla odplaví pouze 75 % pervitinu, kardiovaskulární a klinické účinky skončí dříve, než se droga plně odplaví z těla.

**Zubní lékař tak může hrát klíčovou roli v časném rozpoznání uživatele pervitinu a podílet na péči o něj nebo pacienta včas odkázat do příslušného poradenství.**

## Literatura


1. Wedber T. Memorix zubního lékařství. 2. české vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3519-1
2. Štefunková M (ed.). Metamfetamin (pervitin): situace v EU a její globální kontext [online]. [cit. 2017-04-02]. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, 2010. ISBN 978-80-86620-24-4
3. Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010. ISBN 978-92-9168-450-2
4. Spadling F. Methamphetamine: the dangers of crystal meth [online]. [cit. 2017-03-02]. New York: Rosen Pub., 2007. ISBN 978-1-4042-0912-1


*) Národní protidrogová centrála. Výroční zpráva 2015: Obchod metamfetaminem. PČR, 2016. 6 s.

**) Publikováno na webu www.drogy.cz

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

# Problematika odchodu dětí opouštějících dětské domovy

## (Projekt NOVÝ START s Veronikou)

**Veronika Kašáková[1], Lucie Nápravníková[1], Matěj Ježek[2], Jakub Velemínský[3], Jana Stejskalová[4]**

[1] Nadace Veroniky Kašákové, [2] Gymnázium Jírovcova ulice České Budějovice, [3] Česko-anglické gymnázium České Budějovice, [4] Zdravotně sociální fakulta JU

### Abstrakt

Trvalý pobyt a odchod dětí z dětských domovů přináší dlouhodobě celou řadu problémů. Cílem studie je ukázat z hlediska dětí na některé problémy spojené jednak s pobytem v dětských domovech (dále DD), jednak s odchodem dětí po dovršení věku, tj. 18 až 26 let. Hlavní myšlenka autorů projektu „Nový start s Veronikou“ hledá odpovědi dětí na tyto problémy. Ústřední otázka zněla: „Jak se cítí dítě v dětském domově?“

Soubor dětí ze dvou dětských domovů (95, resp. 51) odpovídalo v dotaznících na 11 uzavřených otázek, 65 podotázek a tři otázky otevřené. Jednalo se o děti ve věku 14–15 let. Odpovědi navazovaly na jednodenní přednášku. Nejdůležitější a nejfrekventovanější otázky byly statisticky vyhodnoceny jednak metodou chí kvadrát, jednak deskriptivní statistikou.

Odpovědi respondentů ze dvou sledovaných souborů se lišily v celé řadě otázek. Nejsou rádi, že budou muset opustit DD. Jsou patrné vazby na „tety a strýčky“. Budou dbát na to, aby jejich děti nemusely jít do DD a aby měly dobrý školní prospěch. Sami se chtějí dále vzdělávat, aby mohli zajistit svoji rodinu.

Z výsledků je patrné, že pobyt dětí v dětských domovech a následující připravované odchody přinášejí z pohledu patnáctiletých problémy. Odcházející však udělají vše pro to, aby jejich děti nemusely být v budoucnu přijímány do DD a oni sami aby si doplnili vzdělání.

Klíčová slova: dětský domov – spokojenost s pobytem – problém odcházení

„Nový start s Veronikou“ je projekt zaměřený na problematiku dětí a mladistvých vyrůstajících v dětských domovech. Zakladatelka nadačního fondu Veronika Kašáková sama prožila své dětství i dospívání v dětském domově a právě na jejích zkušenostech stojí hlavní pilíře projektu. Idea projektu vychází ze skutečnosti, že děti a mladiství se v dětských domovech mnohdy už od narození potýkají s pocity odsouzení a samoty, chybí jim mateřská láska a pochopení, předávání životních zkušeností, následných rad i varování. Absence životních vzorů, rodičů, samostatnosti, nedůsledná výchova i malá možnost věnovat se každému dítěti umístěnému do dětského domova zvlášť jsou jednými z mnoha důvodů vedoucích k budoucí neschopnosti zařadit se do běžného života. Děti z dětských domovů mají zakódováno, že nejsou okolím milovány, a svým odložením do dětského domova se velice trápí. Tento projekt se zaměřuje na motivaci dětí do jejich budoucího života (jedná se většinou o děti starší 15 let). V rámci besedy s Veronikou Kašákovou se děti dozvědí o životním příběhu samotné Veroniky, tedy o životě před dětským domovem, ale i v něm, a také co se dělo po něm. Děti se učí sebelásce, sebevědomí a odpuštění, a to nejen sobě, ale i rodičům aj. Autorky tohoto šetření se snažily poukázat na vnímání života dětmi v dětském domově, tj. na problematiku v něm, ale i mimo něj. Usilovaly jednak definovat některé možné subjektivní nedostatky spojené s pobytem dětí v DD, jednak motivovat adolescenty, kteří prožili život v dětském domově, k **představám o jejich vlastní budoucnosti**. Zároveň se snažily zjistit efektivnost samotného projektu „Nový start s Veronikou“ a případně nalézt nedostatky či již pozitivně předané informace dětem.

Seznámení s projektem proběhlo v jednodenním semináři pod vedením Veroniky Kašákové.

### Témata besedy

- Kdo může za to, že jsem v dětském domově?
- Pocity k této osobě.
- Odpuštění – práce s minulostí, vůči rodičům/sobě.
- Sebevědomí – práce s negativními a pozitivními vjemy k sobě samému, jak s nimi pracovat a naučit se myslet pozitivně.
- Jaký vztah je v životě nejdůležitější? – Práce se sebou samým, naučit se v první řadě budovat vztah k sobě samému.
- Kdo se těší na odchod z domova? – Důvody, proč se těší/netěší.
- Život po odchodu z dětského domova. – Životní zkušenosti Veroniky, upozornění na povinné platby, na koho se obrátit apod.
- Co si přeješ? – Tabulka přání, kde si dětí zhmotňují a vytvářejí svá přání vzhledem k budoucnosti.

Projektu se zúčastnilo 28 dětských domovů, a to 19 ze Středočeského kraje a 9 z Plzeňského kraje. Správně vyplněný dotazník byl zhodnocen 95×, respektive 51×. Dotazníky byly rozdány účastníkům semináře po přednášce. Dotazník obsahoval 11 uzavřených otázek, 65 podotázek a 3 otevřené otázky. Nejvýznamnější výsledky byly zpracovány metodou deskriptivní statistiky a chí kvadrátem.

### Výsledky

(viz tabulku 1 až 4)

### Významně rozdílné odpovědi z obou souborů (deskriptivní statistika)

(viz tabulku 5 a 6)

**Významnost vztahu byla prokázána metodou chí kvadrát:**

**Otázka 1 (a)**

Svěřil bys své tajemství některé z tet nebo strejdovi?

Tab. 1 Odpovědi dětí z Plzeňského kraje (51 dotazníků – absolutní čísla)

| | a | B | c | d | e | F | g | h | i | j | k | l | m | N | o | p | q | R | S |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POHLAVÍ | 17 | 34 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VĚK | průměrný věk: 15,5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. otázka | 26 | 12 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. otázka | 27 | 10 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. otázka | 11 | 19 | 5 | 6 | 16 | 8 | 5 | 12 | 3 | 7 | 9 | 6 | 12 | 3 | 19 | 3 | 5 | 6 | 3 |
| 4. otázka | 41 | 43 | 26 | 24 | 29 | 33 | 27 | 1 | 4 | | | | | | | | | | |
| 5. otázka | 30 | 11 | 17 | 28 | 32 | 30 | 16 | 14 | 4 | 2 | 9 | 4 | 1 | 3 | | | | | |
| 7. otázka | 25 | 18 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. otázka | 46 | 29 | 1 | 0 | 1 | 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 11. otázka | 32 | 3 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tab. 2 Odpovědi dětí z Plzeňského kraje (51 dotazníků – v %)

| | a | b | c | d | e | F | g | h | i | j | k | l | m | N | o | p | q | R | S |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POHLAVÍ | 33 | 66 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VĚK | průměrný věk: 15,5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. otázka | 51 | 24 | 22 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. otázka | 53 | 20 | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. otázka | 22 | 37 | 10 | 12 | 31 | 16 | 10 | 24 | 6 | 14 | 18 | 12 | 24 | 6 | 37 | 6 | 10 | 12 | 6 |
| 4. otázka | 80 | 84 | 51 | 47 | 57 | 65 | 53 | 2 | 8 | | | | | | | | | | |
| 5. otázka | 59 | 22 | 33 | 55 | 63 | 59 | 31 | 27 | 8 | 4 | 18 | 8 | 2 | 6 | | | | | |
| 7. otázka | 49 | 35 | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. otázka | 90 | 57 | 2 | 0 | 2 | 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 11. otázka | 63 | 6 | 22 | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tab. 3 Odpovědi dětí ze Středočeského kraje (95 dotazníků – vyjádřeno v absolutních číslech)

| | a | b | C | d | e | f | g | H | i | j | k | l | m | n | o | p | q | R | S |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POHLAVÍ | 27 | 68 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VĚK | průměrný věk: 14,27473 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. otázka | 26 | 23 | 22 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. otázka | 53 | 13 | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. otázka | 20 | 32 | 18 | 12 | 27 | 21 | 8 | 23 | 9 | 13 | 20 | 4 | 33 | 13 | 41 | 11 | 23 | 9 | 9 |
| 4. otázka | 75 | 71 | 48 | 46 | 54 | 64 | 65 | 2 | 7 | | | | | | | | | | |
| 5. otázka | 64 | 34 | 36 | 61 | 62 | 45 | 30 | 33 | 15 | 16 | 8 | 5 | 4 | 5 | | | | | |
| 7. otázka | 46 | 33 | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. otázka | 77 | 67 | 3 | 1 | 1 | 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 11. otázka | 53 | 4 | 26 | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tab. 4 Odpovědi dětí ze Středočeského kraje (95 dotazníků – v %)

| | a | b | C | d | e | f | g | H | i | j | k | l | m | n | o | p | q | R | S |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POHLAVÍ | 27 | 72 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VĚK | průměrný věk: 14,27473 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. otázka | 27 | 24 | 23 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. otázka | 56 | 14 | 25 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. otázka | 21 | 34 | 19 | 13 | 28 | 22 | 8 | 24 | 9 | 14 | 21 | 4 | 35 | 14 | 43 | 12 | 24 | 9 | 9 |
| 4. otázka | 79 | 75 | 50 | 48 | 57 | 67 | 68 | 2 | 7 | | | | | | | | | | |
| 5. otázka | 67 | 36 | 38 | 64 | 65 | 47 | 32 | 33 | 16 | 17 | 8 | 5 | 4 | 5 | | | | | |
| 7. otázka | 48 | 35 | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. otázka | 81 | 71 | 3 | 1 | 1 | 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 11. otázka | 56 | 4 | 27 | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tab. 5: Rozdílné odpovědi, ze dvou souborů, 95 respondentů

| Otázka | Odpovědi | |
|---|---|---|
| **3. otázka: Čím tě nejvíc děcák štve?** | C | „Práce na zahradě“ |
| | m | „Nedostatek lásky, pochopení, tolerance“ |
| | n | „Konkrétní osoba – …“ |
| | q | „Ostatní děti“ |
| **4. otázka: Až budeš mít děti, co uděláš jinak než tví rodiče/vychovatelé/prarodiče?** | G | „Jako rodič dodělám školu, budu mít práci.“ |
| **5. otázka: Čeho chceš v životě dosáhnout?** | A | „Dodělat střední školu“ |
| | b | „Dostudovat vysokou školu“ |
| | d | „Založit rodinu“ |
| | i | „Založit si svou vlastní firmu“ |
| | j | „Pracovat ve velké firmě“ |
| **10. otázka: Jaký máš pocit z dnešní besedy?** | B | „Dozvěděl/a jsem se nové informace.“ |

Tab. 6: Rozdílné odpovědi ze dvou souborů (51, deskriptivní statistika)

| Otázka | Odpovědi |
|---|---|
| **3. otázka: Čím tě nejvíc děcák štve?** | L „Vykání“ |
| **4. otázka: Až budeš mít děti, co uděláš jinak než tví rodiče/vychovatelé/prarodiče?** | b „Nedovolím, aby šli do DD.“ |
| **5. otázka: Čeho chceš v životě dosáhnout?** | f „Mít úspěšnou kariéru“ |
| | k „Pracovat v zahraničí“ |
| **10. otázka: Jaký máš pocit z dnešní besedy?** | a „Bylo to zajímavé.“ |

Významnost na hodnotě: $p < 0,05$

**Otázka 2 (c)**
Důvěřuješ svým vychovatelům?
(Nevím): $p < 0,0536$

**Otázka 3 (a)**
Čím Tě děcák nejvíce štve?
(Budíček, ředitel/ka): $p < 0,03$

**Otázka 4 (e)**
Až budeš mít děti, co uděláš jinak než tví rodiče?
(Budu apelovat na školní prospěch): $p < 0,0270$

**Otázka 5 (e)**
Čeho chceš v budoucnu dosáhnout?
(Vychovat 5 dětí): $p < 0,003$

**Otázka 5 (g)**
(Cestovat): $p < 0,0006$

**Otázka 5 (j)**
(Pracovat ve velké firmě): $p < 0,0245$

**Otázka 7 (b)**
Těšíš se, až odejdeš z DD? (Netěším): $p < 0,004534$

## Další výsledky

Přednáška Veroniky byla hodnocena jako vysoce kvalitní.
Respondenti udávají velkou důvěru k vychovatelům, horší je to ve vztahu s vedením ústavů.
Budou podporovat školní prospěch a výchovu svých dětí.
Chtějí cestovat a pracovat ve velkých firmách.
Na odchod z DD se netěší.
Děti z obou skupin chtějí studovat, dokončit střední školu a mít trvalou práci.
Chtějí zabránit svým dětem v odchodu do DD.
V první skupině se projevují nedostatky spojené se sociální komunikací.

## Diskuse

Jelikož sama Veronika žila 16 let v dětském domově a zná pocity dítěte, které je opuštěné a žije v dětském domově, a také si sama prošla problémy po odchodu z domova, bylo nutné zjistit, jak se cítí i jiné děti z dětských domovů. Čím více názorů od těchto dětí je k dispozici, tím lepší je zaměření na tematiku a problematiku v této oblasti. Ve svých přednáškách stále upozorňuje, že je nutné věnovat se dětem i ***po odchodu z dětského domova***.
Celá řada prací uvádí, že děti z dětských domovů nejsou dostatečně připravovány na odchod do běžného života. Většina mladých lidí opouštějících dětské domovy není na samostatný život vůbec připravena. Mají před sebou velmi těžký start. Přitom málokdo ví, kde většina z nich končí a proč se nedokážou integrovat do společnosti. Lidé se naopak mylně domnívají, že po odchodu z DD začnou děti „konečně žít“.
O tom, jak je důležité sledovat tyto údaje, vypovídají např. počty přijatých dětí do DD z roku 2015 a 2016. V uvedených letech bylo přijato 2 010 dětí, 947 dětí bylo trvale propuštěných, 128 přešlo do pěstounské péče a 7 do adopce (http://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/kolik-deti-opousti-rocne-detske-domovy-v-cr-184.html).
Velkým přínosem pro řešení této problematiky byl výzkum provedený organizacemi Ipsos, Mimo domov, z. s., a Letní dům, z. ú. Autoři a řešitelé provedli široký průzkum zaměřený na mladé lidi opouštějící dětské domovy. Výsledky projektu jsou uvedeny v publikaci http://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/vstup-dospivajiciho-ditete-do-samostatneho-zivota-je-tezky-z-detskeho-domova-dvojnasobne-183.html.
Teoreticky se problematikou dětských domovů a následnou psychickou deprivací zabývají práce Dunovského (1999), Langmaiera a Matějčka (2014) a také Kukly et al. (2016).
Konkrétní problematikou psychické deprivace dětí opouštějících dětské domovy se pak ve svých pracích zabývají Matějček a Bubleová (1997), Pemová a Ptáček (2017) a Kovařík a Bubleová (2004).
Práce Matouška a Kroftové (1998) jsou zaměřené na delikvenci těchto dětí. Navrátil (2005) upozorňuje na problém týkající se hledání identity u dospívajících v souvislosti s odchodem z dětských domovů. Nadace Terezy Maxové vydala publikaci týkající se odchodu dospívajících z dětských domovů (2005).

Problematice odchodu dětí z dětských domovů se věnují závěrečné práce studentů některých univerzit. Blehová (2017) sleduje problematiku adolescentů vyrůstajících v dětských domovech s tím, že se snaží vytipovat jejich názory na „smysl života“. Freibergová (2015) se zabývá problematikou odchodu dětí ze dvou „domovů na půl cestě“. Kopřivová (2006) upozorňuje na celou škálu problémů dětí odcházejících z dětských domovů, tj. např. nejasnost jejich legislativního zakotvení, přítomnost depresí, absence rodinného prostředí, sexuální nezkušenost (především dívek), problémy finanční, nezaměstnanost, bydlení atd. Maršíková (2012) se zabývá možnostmi ubytování dětí odcházejících z dětských domovů a uvádí azylové domy, ubytovny, domy na půl cesty a noclehárny. Odcházející děti potřebují sociální podporu především od státu podle zákona č. 102/2002 Sb. (zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy, a zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí), a to především prostřednictvím OSPOD atd. Existují však projekty neziskových organizací, např. „Pomoz mi do života“ nebo „Pomoz mi na vlastní nohy“. Stejskalová (2011) upozorňuje na problematiku odcházejících dětí související s bydlením, zaměstnáním a absencí rodinného prostředí. Zahradníčková (2008) upozorňuje na projekty, které pomáhají odcházejícím v posledním roce před odchodem. Zmiňuje projekty jako např. „Můj byt“, „Šance pro budoucnost“ atd. Ubytování hledají odcházející v domovech na půl cesty, v azylových domovech a ubytovnách. Štětková (2014) upozorňuje na nutnost přípravy odchodu těchto „dospělých dětí“ na podkladě 7 kazuistik. Problematikou odchodu se zabývá projekt: Abeceda první kroky do života aneb jak se postavit na vlastní nohy.

## Závěr

Z přehledu literatury a výsledků výzkumů vyplývají některé charakteristiky problémů dětí spojené s pobytem v dětských domovech a s odchodem z nich. Uvádí se nižší úroveň vzdělání, což se projevuje především při získávání profesních zařazení. Tato skutečnost nevyplývá ze sníženého intelektu dětí z DD, ale z obsahu a kvality přípravy profesních přednášek, z nedostatku informací týkajících se života mimo DD, což přináší problémy s utvářením sociálních vztahů v otevřené společnosti. Často se výrazně odlišně vyvíjejí partnerské vztahy v rodině. Někdy jsou netradiční a odchylné. Děti z DD jsou často fixovány na „tety“ z DD. Velký počet biologických rodin tyto děti, které se vrátily z DD, nepřijme. Častěji se objevují sociálně patologické jevy. Nedostatečně je zajištěno ekonomické zázemí. Toto zajištění má dva aspekty. Finanční zajištění pro první období je nedostatečné. Druhé hledisko spočívá v tom, že jedinec z DD neumí hospodařit s financemi, chybí mu „finanční gramotnost“. U většiny dětí se po odchodu z domova dále objevovala potřeba sehnat levné, podporované či krizové bydlení. Často byly tímto bydlením domy „na půl cesty“. Po odchodu řeší mladí lidé nejčastěji téma sociálních dávek.

**Z vlastního výzkumu vyplývají závěry:** Je patrné, že děti opouštějící DD nejsou na tuto skutečnost dostatečně připravené. Největší problémy mají v oblasti bydlení, financí a sociálních vztahů. Kladné hodnocení přednášky Kašíkové svědčí o správné volbě jejího obsahu. Výzkum prokázal vysoce statisticky významný vztah, který svědčí o závislosti těchto dětí na pobytu v DD. To jistě souvisí s důvěrou k vychovatelům – fenoménem „tet“. Respondenti se kladně vyjadřují ke svému dalšímu studiu, ev. ke studiu svých dětí.

## Literatura


1. Blehová I. Vnímání podpory při hledání smyslu života adolescentů v ústavní výchově. Diplomová práce. Brno: MU, Fakulta sociálních studií, 2017
2. Čeganová Stejskalová R. Život mladých dospělých po odchodu z dětského domova. Bakalářská práce. České Budějovice/ Jindřichův Hradec: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta/Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta managementu v Jindřichově Hradci, 2011
3. Freibergová N. Integrace dětí z dětských domovů do společnosti. Bakalářská práce. Praha: UK, Husitská teologická fakulta, 2015
4. Dunovský J a kol. Sociální pediatrie: vybrané kapitoly. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. 279 s. ISBN 80-7169-254-9
5. Kovařík J a kol. Náhradní rodinná péče v praxi. Vyd. 1. Praha: Portál pro Středisko náhradní rodinné péče, 2004. 167 s. ISBN 80-7178-957-7
6. Langmeier J, Matějček Z. Psychická deprivace v dětství. Praha: Karolinum, 2011. 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5
7. Kukla L a kol. Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 432 s. ISBN 978-80-247-3874-1
8. Kopřivová L. Odchod dětí z dětského domova. Diplomová práce. Brno: MU, Pedagogická fakulta, 2006
9. Maršíková Z. Odchod plnoletých dětí z dětského domova. Bakalářská práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Filozofická fakulta, 2012
10. Matějček Z, Bubleová V, Kovařík J. Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. 69 s. ISBN 80-85121-89-1
11. Matoušek O, Kroftová A. Mládež a delikvence. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. 335 s. ISBN 80-7178-226-2
12. Navrátil P. Dospívání jako cesta ke smyslu. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2005. 260 s. ISBN 80-903070-2-7
13. Pemová T, Ptáček R. Zanedbávání dětí – příčiny, důsledky a možnosti hodnocení. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5695-0
14. Projekt Abeceda aneb „První kroky do života“. Tak už jsme dospělí aneb Jak se postavit na vlastní nohy, č. p. 1.07/1.2.25/01.0058. [online]. [cit. 2017-10-23]. Dostupné z: http://www.mestojilemnice.cz/data/jil_files/7760/brozurka-takuzjsmedospelianeb.....pdf
15. Štětková L. Příprava mládeže na odchod z dětského domova Domino v Plzni po ukončení ústavní výchovy. Bakalářská práce. Praha: UK, Pedagogická fakulta, 2014.
16. Kolik dětí opouští ročně dětské domovy v ČR? Zdroj: Výzkum organizace Ipsos a Mimo domov, z. s. a Letní dům, z. ú., 2016. [online]. [cit. 2017-10-23]. Dostupné z: http://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/kolik-deti-opousti-rocne-detske-domovy-v-cr-184.html
17. Zahradníčková R. První rok odchodu z dětského domova. Diplomová práce. Brno: MU Brno, 2008.
18. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.
19. Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy.

http://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/vstup-dospivajiciho-ditete-do-samostatneho-zivota-je-tezky-z-detskeho-domova-dvojnasobne-183.html

# Geneticky podmíněné rizikové faktory trombofilie v ordinaci praktického lékaře

**Doc. MUDr. Tomáš Kvasnička, CSc.**

Žilní tromboembolická nemoc (TEN) je stále velmi rozšířeným závažným onemocněním, u něhož hrají důležitou úlohu i genetické faktory. Předmětem tohoto přehledu je shrnutí stávajících znalostí o dědičných trombofiliích a uvedení jejich zjednodušené klasifikace. Je zde také uvedeno konsensuální doporučení tří odborných společností – České společnosti pro trombózu a hemostázu ČLS JEP, České hematologické společnosti ČLS JEP a Společnosti lékařské genetiky a genomiky ČLS JEP – pro genetická testování u vybraných skupin nemocných s vysokým rizikem TEN. (Kap Kardiol 2017;9:19–23)

**Klíčová slova:**
trombofilie, žilní tromboembolická nemoc, dědičnost, genetické testy, doporučení

## Úvod

Žilní tromboembolická nemoc (TEN) je třetí nejčastější příčinou kardiovaskulárního úmrtí, po infarktu myokardu a ischemické cévní mozkové příhodě, a představuje časté a nákladné onemocnění, které je spojeno s vysokou morbiditou a mortalitou v zemích Evropské unie a severní Ameriky. Na komplikace TEN umírá v současné době v Evropě více než 500 000 osob ročně. To je zhruba 12 % z celkového počtu všech úmrtí, přičemž jde o onemocnění, jemuž lze účinnou profylaxí zabránit. Za normálních okolností vykazuje systém krevního srážení rovnovážný stav a udržuje tok krve v uzavřeném cévním systému.

Žilní tromboembolická nemoc je stále velmi rozšířeným závažným onemocněním, u něhož hrají důležitou úlohu i genetické faktory.[1] Trombofilií je nazýván stav zvýšené dispozice k tvorbě trombů, který předchází vlastnímu procesu trombotizace. V žilním systému je příčinou trombózy zpomalení proudění krve spolu s nadbytkem koagulačních faktorů a selháním regulace hemostázy přirozenými inhibitory koagulace a fibrinolytickým systémem v krvi a cévní stěně, které jsou kombinovány s některými ze spouštěcích podnětů (operace, imobilita, patologická gravidita, dehydratace, nádorové bujení aj.). Je tedy onemocněním multifaktoriálním.[2] Pokud je v uvedených zátěžových situacích trombofilie včas rozpoznána, zvyšuje se šance, kdy je možné pravděpodobnému vzniku trombózy zabránit vhodnou profylaxí. Vyšetření trombofilního stavu může pomoci v rozhodování o intenzitě a délce trvání antikoagulační léčby, o profylaktických opatřeních v rizikových situacích, v kontextu komplexního posouzení individuálního rizika. Přehled nejdůležitějších žilních trombofilií podle jejich příčiny je uveden v tab. 1.

## Žilní trombofilie při zvýšené koncentraci koagulačních faktorů a inhibitorů fibrinolýzy

**Zvýšení protrombinu:** Protrombin (faktor II) je prekursorem trombinu, konečného produktu koagulační kaskády. Je to vitamin K dependentní protein, syntetizovaný v játrech. V roce 1996 byla poprvé popsána mutace v genu pro protrombin, spočívající v náhradě guaninu adeninem na pozici 20210.[3] Ta vede ke zvýšené produkci protrombinu – u heterozygotů asi o 30 %. Heterozygotní nositelé této mutace mají asi třikrát až šestkrát vyšší riziko TEN než obecná populace. Prevalence v české populaci je asi dvouprocentní, v jižní Evropě asi tříprocentní, v asijské či africké populaci je mutace extrémně vzácná. Diagnostika se provádí pomocí PCR (polymerázové řetězové reakce).

**Zvýšení faktoru VIII:** Se žilní trombofilií je spojeno i zvýšení faktoru VIII (> 1 500 j./l, což je asi 150 % normálu). Je zde nalézána i určitá souvislost s krevním skupinovým systémem ABO. Jedinci s krevní skupinou O mají méně F VIII než jedinci s krevní skupinou A, B nebo AB. V případě zvýšení hladiny F VIII však nejde o bezvýznamnou trombofilii. Primární zvýšení hladiny F VIII se vyskytuje asi u 11 % populace a u 25 % nemocných s žilní trombózou. Riziko vzniku žilní trombózy je u osob s vysokou hladinou F VIII zvýšeno oproti osobám s normální hladinou F VIII asi šestinásobně. Z klinického hlediska je důležité zjištění, že pokud byla u osob se zvýšenou hladinou F VIII ukončena za dva roky po prodělané žilní trombóze antikoagulační léčba, došlo u 37 % nemocných k opakovanému tromboembolismu.[4]

Tab. 1 Rozdělení žilních trombofilií podle jejich příčiny

| **Podle známé příčiny třídíme žilní trombofilie na:** |
|---|
| 1. Trombofilie při zvýšené koncentraci koagulačních faktorů a inhibitorů fibrinolýzy: |
| a) primární (genetické) příčiny: |
| zvýšení protrombinu |
| zvýšení faktoru VIII |
| zvýšení faktoru IX |
| zvýšení faktoru XI |
| zvýšení fibrinogenu |
| zvýšení PAI |
| b) sekundární příčiny: |
| těhotenství |
| zánět |
| maligní nádorové bujení |
| 2. Trombofilie při porušené regulaci hemokoagulace: |
| a) při nedostatku inhibitorů: |
| deficit antitrombinu |
| deficit proteinu C |
| deficit proteinu S |
| deficit inhibitoru cesty tkáňového faktoru |
| deficit trombomodulinu |
| b) při rezistenci koagulačních faktorů vůči účinku aktivovaného inhibitoru koagulace: |
| APC rezistence (Leiden) |
| c) při dysfunkci receptoru pro inhibitor koagulace: |
| dysfunkce receptoru pro protein C (EPCR) |
| 3. Trombofilie při dysfunkci nebo nedostatku některých koagulačních faktorů: |
| dysfibrinogenémie |
| nedostatek faktoru XIII |
| nedostatek faktoru XII (Hagemanova faktoru) |
| 4. Trombofilie při selhání aktivace fibrinolýzy (t-PA) |
| 5. Trombofilie při metabolických poruchách: |
| hyperhomocysteinémie |
| zvýšení koncentrace lipoproteinu (a) |
| 6. Autoimunitní trombofilie v žilním systému (antifosfolipidový syndrom) |

Zvýšenou hladinu F VIII však můžeme nalézt také u starých osob, u nichž – jak je známo – riziko TEN narůstá, a dále při zánětu. Faktor VIII je totiž proteinem akutní fáze.

**Zvýšení faktoru IX:** Žilní trombofilii vyvolává také primární zvýšení hladiny F IX. Dle Leidenské studie o trombofilii (Leiden Thrombophilia Study – LETS) jsou osoby, které mají hladinu F IX vyšší než 1 290 j./l, ohroženy dvakrát až třikrát častěji žilním tromboembolismem než osoby s normální hladinou F IX (kolem 1 030 j./l).[5] Faktor IX není na rozdíl od F VIII reaktantem akutní fáze, takže jeho zvýšení nemůže být způsobeno zánětem. Lze zde opět předpokládat vliv genetické mutace vyvolávající poruchu translace. Primární zvýšení hladiny F IX (> 1 290 j./l) se vyskytuje odhadem asi u 10 % populace.

**Zvýšení faktoru XI:** Translační poruchu je možné předpokládat při nálezu zvýšené hladiny F XI. Ta, jak se zdá, může být příčinou patologické trombofilie až u 11 % žilních trombóz. Výskyt zvýšené hladiny F XI v populaci se odhaduje na 10 %.[6] Zatím však není známo, zda je tato trombofilie vyvolána dědičnou mutací, nebo zda je spojena s vyšší produkcí F XI ve stáří, kdy se výskyt žilních trombóz rapidně zvyšuje.

**Zvýšení fibrinogenu:** U osob s polymorfismem genu G 455 A pro β řetězec fibrinogenu je zjištěna vyšší hladina fibrinogenu. Hyperfibrinogenémie je rizikovým faktorem jak pro žilní, tak pro arteriální trombózu. Může však být spjata i s vyšším věkem sledovaných osob nebo opět se zánětem.[7] Fibrinogen je proteinem akutní fáze. U některých osob dochází i ke zvýšení izoformy fibrinogenu γ A/γ´, která má řetězec αβγ´, vedle se vyskytujícího normálního fibrinogenu (s řetězci αβγ). Tato izoforma fibrinogenu, která obsahuje přídatné vazebné místo pro trombin a F XIII, je pak rezistentní vůči fibrinolýze.

**Zvýšení inhibitoru aktivátoru plazminogenu 1:** Primární zvýšení hladiny inhibitoru aktivátoru plazminogenu (PAI 1) se nalézá u jedinců s polymorfismem genu pro PAI 1: 4G/4G. PAI 1 je důležitý regulátor hemostázy. Stanovení polymorfismu genu pro PAI 1 je velmi spolehlivým markerem aterotrombózy. Promotor genu PAI 1 obsahuje 4G/5G inzerční/deleční polymorfismus. Varianta 4G vede ke zvýšenému přepisu genu, a tím dochází ke zvýšení proteinu PAI 1 v plazmě (jedinci s genotypem 4G/4G mají plazmatickou koncentraci PAI 1 o 25 % vyšší než jedinci s genotypem 5G/5G).[8] Přítomnost varianty 4G v promotoru genu PAI 1 zvyšuje riziko vzniku trombóz v případě, že jsou přítomny další rizikové faktory, jako je leidenská mutace faktoru V nebo antifosfolipidový syndrom. Jedinci s alelou 4G mají vyšší riziko vzniku koronárních syndromů a infarktu myokardu, ženy mají vyšší výskyt komplikací během těhotenství a porodu. Velká část případů infarktů myokardu a dalších akutních koronárních příhod souvisí se sníženou fibrinolytickou aktivitou v důsledku zvýšené koncentrace PAI 1. Bylo zjištěno, že u osob, které mají alelu 4G, je až dvojnásobně vyšší relativní riziko vzniku infarktu myokardu. Výsledek stanovení polymorfismu genu pro PAI 1 představuje podstatně spolehlivější metodu, než stanovení plazmatické aktivity PAI 1 která může být ovlivněna mnoha faktory.

## Žilní trombofilie při porušené regulaci hemokoagulace

Další příčinou žilní trombofilie je nedostatek některého z přirozených inhibitorů koagulace nebo porucha jeho funkce. Jedná se zejména o deficity následujících inhibitorů koagulace. Deficit antitrombinu: Dědičně podmíněný deficit antitrombinu byl poprvé popsán v roce 1965. Primární deficit antitrombinu se nevyskytuje často, v populaci asi jen u 0,02 % osob. U pacientů s hlubokou žilní trombózou je její příčinou asi v 1 %. Je však spojen se závažnějším průběhem tromboembolické nemoci.[9] Z tohoto hlediska je významný nález deficitu antitrombinu u žen, které často užívají estrogeny – buď ve formě antikoncepce, nebo při hormonální substituci v klimakteriu. Rozeznávají se dva typy dědičného nedostatku antitrombinu:

- deficit antitrombinu I. typu, kdy je redukce hladiny antitrombinu prokázána při vyšetření funkce (s chromogenním substrátem), ale i antigenu antitrombinu (detekce pomocí Elisa testů);
- deficit antitrombinu II. typu, kdy je prokazován jen funkční defekt. Hladina antigenu antitrombinu je v normě. Deficit antitrombinu II. typu se pak dále dělí do tří dalších podskupin.

Druhotný deficit antitrombinu je možné pozorovat při dysfunkci jater, kde je antitrombin syntetizován. U nemocných s pokročilou jaterní cirhózou byla zjištěna aktivita antitrombinu kolem 30–40 % normálu. Ještě nižší hladiny lze pak nalézt u jaterního selhání při akutní hepatitidě virového i nevirového původu. Nízké hladiny antitrombinu jsou přítomny také po transplantaci jater. Další příčinou druhotného deficitu antitrombinu je jeho konzumpce při intravaskulární koagulaci, u nemocných s polytraumaty, při sepsi a dále u gestóz, zejména spojených s těhotenskou hepatopatií. Deficit antitrombinu spojený s trombofilií bývá přítomen také při nefrotickém syndromu.

**Deficit proteinu C:** Kongenitální deficit proteinu C spojený se žilním tromboembolismem byl poprvé popsán v roce 1981. K poklesu proteinu C může docházet i druhotně, např. u septických stavů. Jeho dysfunkce se projeví také při antikoagulační léčbě antagonisty vitaminu K, neboť aktivita proteinu C je závislá na vitaminu K, který podporuje karboxylaci glutamových zbytků v Gla části jeho molekuly. Kongenitální deficit či dysfunkce proteinu C jsou způsobeny především mutacemi genu pro protein C.[10] Zatím jich bylo popsáno asi 160. U osob s deficitem proteinu C je riziko žilní trombózy asi desetkrát vyšší než u osob s jeho normální hladinou. Dědičný deficit proteinu C se v populaci vyskytuje asi u 0,2–0,4 % osob a je zjistitelný u 3 % nemocných se žilní trombózou. Při léčbě dikumarolovými antikoagulancii se pak jeho dysfunkce může projevit paradoxní žilní trombotizací, která je spojena s ischemickou nekrózou kůže (tzv. dikumarolová nekróza). Proto se doporučuje zahájit antikoagulační léčbu warfarinem vždy spolu s heparinem (4–5 dní), nejlépe s heparinem nízkomolekulárním. Protein C je totiž citlivější na nedostatek vitaminu K, respektive má kratší poločas než protrombin, a proto se jeho deficit může projevit dříve, než hladina účinného protrombinu klesne k hypokoagulační hranici (tj. pod 30 % normy). K tomu obyčejně dochází až po 3–4 dnech léčby s warfarinem, předtím je tedy tendence k „hyperkoagulaci".

**Deficit proteinu S:** Kongenitální deficit proteinu S spojený se žilním tromboembolismem poprvé popsali Schwartz a spol.[11] v roce 1984. Nalézá se asi u 1–5 % nemocných se žilní trombózou. Heterozygot s deficitem proteinu S má 5–10krát vyšší tendenci k žilní trombotizaci než jedinci s normální hladinou proteinu S.

Protein S se účastní inhibice koagulace jako neenzymatický kofaktor v systému aktivovaného proteinu C (APC), kde zvyšuje jeho schopnost degradovat aktivované faktory V a VIII. Inhibice F VIII s APC však vyžaduje nejen zapojení aktivovaného proteinu S, ale i funkčnost F V, který zde de facto spolupůsobí jako kofaktor APC. Fyziologicky k poklesu inhibitoru koagulace proteinu S (asi o 30 %) dochází v těhotenství, patrně vlivem těhotenských estrogenů.

**APC rezistence (leidenská mutace):** Do této skupiny trombofilií lze řadit zejména dědičnou nebo získanou žilní trombofilii vyvolanou rezistencí faktoru V vůči vlivu aktivovaného proteinu C (tzv. APC rezistence).[12] Dědičná APC rezistence je způsobena mutací genu pro faktor V, která se dle místa objevu nazývá leidenská. Jedná se o nejčastější vrozený hyperkoagulační stav. Tzv. rezistence na aktivovaný protein C byla popsána v roce 1993 (na základě funkčního testu založeného na měření aPTT). O rok později Bertina a spol.[13] identifikovali genotyp, který je nejčastěji podkladem APC rezistence. Jedná se o bodovou mutaci v genu pro faktor V, způsobující náhradu argininu na pozici 506 glutaminem. V důsledku této mutace se pak aktivovaný F V stává relativně rezistentním vůči proteolytickému účinku APC. Takto změněný faktor V byl nazván faktorem V Leiden. Rezistence F V Leiden vůči APC je způsobena bodovou mutací v kodonu 506 (F5G1691A). Ta vyvolá při syntéze F V záměnu aminokyseliny argininu v pozici 506 za glycin (F V R506Q), která způsobí, že vytvořený F V Leiden je rezistentní vůči štěpení aktivovaným proteinem C. U nositelů mutace F V:R 506Q (leidenské) sice vznikne až sedmkrát vyšší riziko hluboké žilní trombózy a čtyřikrát až pětkrát větší riziko její rekurence, ale k trombózám patrně dojde jen tehdy, když se tento defekt kombinuje ještě s dalšími protrombotickými riziky. Těmi jsou např. pooperační stav s nedokonalou profylaxí heparinem, léčba estrogeny, patologické těhotenství, obezita anebo imobilizace aj. Heterozygotní výskyt mutace F V Leiden se u nás vyskytuje asi u 5–7 % populace, četnost homozygotů F V Leiden je jeden na 5 000 obyvatel.[14] Detekce tzv. APC rezistence způsobené leidenskou mutací F V se provádí screeningovými koagulačními testy, nebo lépe vyšetřením DNA.

## Žilní trombofilie při dysfunkci nebo nedostatku některých koagulačních faktorů

**Dysfibrinogenémie:** Kongenitální dysfibrinogenémie může být vyvolána mutacemi ve třech genech řetězců Aa, Bb a g, které dohromady tvoří molekulu fibrinogenu.[15] Na základě funkčních testů s trombinem je hladina fibrinogenu (např. dle Clausse) při dysfibrinogenémii snížena, ale koncentrace antigenu fibrinogenu nebo tepelný test na průkaz fibrinogenu jsou v normě. Zatím bylo nalezeno 260 různých druhů kongenitální dysfibrinogenémie a u 100 z nich byla zjištěna mutace DNA, přepisu mRNA nebo syntézy proteinu. Z nich je asi 55 % asymptomatických, 25 % vyvolává u svých nositelů krvácení a u 20 % byl naopak zjištěn sklon k trombotizaci.

**Dysfunkce faktoru XIII:** Nestabilitu fibrinové sraženiny, spojenou s vyšším rizikem embolizace, může způsobit i dysfunkce F XIII. Fibrin stabilizující F XIII je transglutamináza o velikosti 320 kDa, skládající se z tetrameru dvou jednotek A a dvou jednotek B.[16] Zatím bylo popsáno asi 20 mutací genu pro jednotku A spojených s deficitem faktoru XIII, kde byl zjištěn sklon ke krvácení. Se žilní trombofilií je však spojen jen polymorfismus F XIII Val – 34 Val.

## Žilní trombofilie při selhání aktivace fibrinolýzy (t PA)

Fibrinolýza je děj, během něhož dochází k přeměně pevného trombu do tekutého stavu, dojde tedy k jeho rozpuštění. Fibrinolýza je výsledek štěpení fibrinu proteolytickým enzymem plazminem. Plazmin vzniká ve sraženině z plazminogenu. Aby se plazminogen mohl přeměnit na účinný plazmin, musí být přítomen tkáňový plazminogenový aktivátor (tPA) a aktivátor urokinázového typu (uPA). V případě trombofilie tedy jde o nedostatečnou tvorbu nebo uvolnění tPA a rezistenci plazminogenu vůči aktivaci přes tPA a uPA.

## Autoimunitní trombofilie v žilním systému (APS)

Antifosfolipidový syndrom (APS) je soubor různě závažných projevů způsobený přítomností protilátek zaměřených proti fosfolipidům buněčných stěn. Pokud prodlužují koagulační časy závislé na fosfolipidech, označujeme je jako lupus antikoagulans (LA). Objevují se při revmatických chorobách, u lymfomů, při některých infektech (přechodně, pouze laboratorně). Lupus antikoagulans může jevit i faktorovou specificitu a může se projevit jako krvácivý stav. Nejčastěji ale vede k trombofilii. Ruší ochranný vliv annexinu a aktivuje endotel, trombocyty, monocyty. Navíc znemožní aktivaci proteinu C a S nebo sníží účinnost antitrombinu, trombomodulinu. Aktivace trombocytů se také často projeví jako trombopenie. Gravidita vždy výrazně zhorší riziko způsobené LA, protože je omezen ochranný vliv annexinu, může se i v graviditě poprvé manifestovat. Často je příčinou recidivujících abortů.

Definice APS: současná přítomnost klinické manifestace (trombóza nebo reprodukční ztráta) a detekce antifosfolipidových protilátek typu IgG – APA (proti kardiolipinu a proti $\beta_2$ glykoproteinu I) a lupus antikoagulans (LA) (opakovaný průkaz v časovém odstupu 12 a více týdnů).

Pro diagnózu APS je nutné splnění nejméně jednoho klinického a jednoho laboratorního kritéria.

## Klinická kritéria

**Trombóza:** jedna či více klinických manifestací arteriální nebo venózní trombózy, případně trombózy malé cévy v kterékoli tkáni či orgánu; je prokázána objektivními validovanými kritérii, v případě histopatologického průkazu bez známek zánětu v cévní stěně. Lokalizace: v kterékoli části cévního řečiště (často „abnormální" lokalizace).

**Žilní tromboembolická nemoc:** HŽT: cca 40 % nemocných, PE: 14 %.

**Tepenné trombózy:** CMP (19,8 %), TIA (11,1 %), koronární tepny (5,5 %).

**Poruchy gravidity:**

a) jedno či více nevysvětlitelných úmrtí morfologicky normálního plodu v 10. nebo po 10. týdnu těhotenství s potvrzením normální morfologie plodu ultrasonograficky či přímým vyšetřením;
b) jedno či více předčasných narození morfologicky normálního novorozence před 34. týdnem těhotenství z důvodu eklampsie či těžké preeklampsie podle standardní definice nebo při prokázaných známkách placentární insuficience;
c) tři a více nevysvětlitelných následných spontánních potratů před 10. týdnem těhotenství po vyloučení anatomických či hormonálních abnormalit matky a po vyloučení chromozomálních abnormalit rodičů.

## Vyšetření u trombofilních stavů spojených se žilním tromboembolismem a jeho komplikacemi

Vyšetření trombofilního stavu může pomoci v rozhodování o intenzitě a délce trvání antikoagulační léčby, o profylaktických opatřeních v rizikových situacích. Je však nutný komplexní pohled na jednotlivého nemocného s pečlivým posouzením jeho individuálního rizika. Česká společnost pro trombózu a hemostázu ČLS JEP vypracovala návrh uvádějící, které genetické testy a v jakých klinických situacích mají být indikovány v klinické praxi (tab. 2).

Tab. 2 Molekulárněgenetická vyšetření u trombofilních stavů spojených se žilním tromboembolismem a jeho komplikacemi

1. Tromboembolická nemoc (žilní trombóza a plicní embolie, dále TEN) je multifaktoriální onemocnění, a proto nelze při hodnocení rizika trombofilie v současné době vycházet jen z určení molekulárněgenetických znaků.
2. Z molekulárněgenetických vyšetření mají při pátrání po trombofilním stavu spojeném s TEN za dnešního stavu vědomostí zásadní klinický význam pouze určení mutace F V-Leiden (1691G>A) a mutace genu pro protrombin (20210G>A).
   Pozn.: Mutace MTHFR: V současné době nejsou polymorfismy genu MTHFR (enzym 5,10-methylentetrahydrofolát reduktáza) považovány za trombofilní riziko, jejich asociace s těhotenskými ztrátami není signifikantní. Nedoporučuje se jejich stanovování.
3. Vyšetření těchto dvou genetických vyšetření doporučujeme zdravotnickým zařízením: indikovat pouze selektivně:
   a) před zahájením kombinované perorální hormonální kontracepce a/nebo hormonální substituční léčby estrogeny (HRT) prvního stupně (matky, otce, vlastních sourozenců a dětí probanda);
   b) u osob se stavem po prodělané idiopatické TEN, při pátrání po vyvolávající příčině a kvůli rozhodování o délce antikoagulační léčby (viz doporučení 9. konsensu ACCP 2);
   c) u žen po opakovaných třech potratech v prvním trimestru gravidity, nebo u každé ztráty plodu po tomto období gravidity;
   d) u těhotných žen: s pozitivním osobní nebo rodinnou anamnézou prodělané TEN (viz bod 3a), nebo s těmito komplikacemi v graviditě: při těžkých formách preeklampsie, retardaci plodu anebo po abrupci placenty;
   e) z jiných indikací po vyšetření v trombotickém centru. Pozn.: Při pozitivním záchytu uvedených mutací je vhodné provést tato vyšetření i u příbuzných prvního stupně, pokud se u nich vyskytují další rizika spojená s trombofilií. U dětí ale až po 12 letech jejich věku, pokud k tomu nejsou jiné důvody.
4. Mimo vyšetření F V-Leiden (1691G>A) a mutace genu pro protrombin (20210G>A) jsou vyšetření jiných polymorfismů spojovaných s TEN indikována ve vybraných případech pouze trombotickými centry nebo Ústavem hematologie a krevní transfuze v Praze.
5. Molekulárněgenetická vyšetření spojovaná s TEN provádějí pouze laboratoře s ověřenou a prováděnou externí kontrolou kvality. Dalším předpokladem je dokumentovaná pravidelná vnitřní kontrola kvality u každé série vyšetření.

## Působení antioxidantů je zřejmě omezené

**Starší pacienti, kteří užívají doplňky stravy s vitaminem E a selenem, mají stejně vysoké riziko rozvoje demence jako pacienti bez suplementace.**

Nová studie z americké University of Kentucky v Lexingtonu tak vyvrací představy, že užívání antioxidantů může být prevencí proti poklesu kognitivních funkcí.

Dosavadní studie dávaly antioxidanty do souvislosti s prevencí poškození buněk, které se objevuje jak s věkem, tak i při karcinomu a jiných onemocněních. Antioxidanty měly rovněž bránit oxidačnímu stresu, který je také spojován s progresí demence, nebo ho zpomalovat.

Pro uvedenou studii vědci prozkoumali údaje 7 540 starších osob, které participovaly na širší studii účinnosti vitaminu E a selenu na riziko rozvoje nádorového bujení. Účastníci byli náhodně rozděleni do čtyř skupin, které dostávaly suplementaci vitaminu E, selenu, kombinaci obou látek nebo placebo.

Polovina pacientů byla sledována po dobu pěti let, druhá ještě o šest let déle. Pozorování neprokázalo mezi skupinami žádné rozdíly, upozorňuje studie zveřejněná v JAMA Neurology.

Na počátku zkoumání bylo účastníkům v průměru 68 let a byli bez kognitivních či neurologických problémů. V průběhu pozorování se rozvinula demence u 325 z nich, a to v 4,4 procenta v každé ze sledovaných skupin.

Šéf výzkumu Frederick Schmidt uvedl: „Je možné, že antioxidanty v doplňcích stravy jsou méně účinné než ty, které se konzumují v potravě. Hlavním zjištěním ale je, že působení antioxidantů je omezené."

*Zdroj: www.tribune.cz, 20. 11. 2017*

## Závěr

U pacientů s TEN či po prodělání takové příhody je nutná pečlivá anamnéza a fyzikální vyšetření. Speciální pozornost je třeba věnovat faktorům, jako jsou věk pacienta, lokalizace trombózy, výsledky objektivních vyšetřovacích metod. Důležité je pátrat po provokujícím momentu, jako je operace, trauma, imobilizace, u žen zjistit podrobně gynekologickou anamnézu a užívání hormonální antikoncepce či hormonální substituční léčby. Velký význam má rodinná anamnéza, resp. výskyt tromboembolie u příbuzných prvního stupně. Speciální vyšetření na trombofilní stav je indikováno u nemocných s idiopatickou trombózou (hlavně ve věku do 45 let), s anamnézou dvou či více epizod recidivující trombózy, zejména spontánní, s trombózou v atypické lokalizaci (cerebrální, mezenterické), s pozitivní rodinnou anamnézou (výskyt trombózy u dvou či více příbuzných prvního stupně), u žen s trombózou vzniklou v graviditě či během hormonální léčby a u žen s nevysvětlenými potraty. Klinický dopad zjištěného trombofilního stavu je různě významný. Součástí laboratorního vyšetření trombofilního stavu je stanovení krevního obrazu, základní koagulační vyšetření (aPTT, PT, fibrinogen, D dimery, TT, APC R, antitrombinu, proteinu C a proteinu S, F VIII), dále screening na lupus antikoagulans a antifosfolipidové protilátky (proti kardiolipinu, proti $\beta_2$ glykoproteinu I – zvláště u opakovaných spontánních abortů). Některé trombofilní stavy jsou samy o sobě jen slabým rizikovým faktorem TEN. Při interakci se zevními vlivy však může dojít k synergickému působení, riziko narůstá rovněž při kombinaci více hereditárních defektů, vrozeného nebo získaného trombofilního stavu.

Práce byla vypracována za podpory projektu MZ ČR RVO VFN64165.

## Literatura


1. Gohil R, Peck G, Sharma P. The genetics of venous thromboembolism. A meta-analysis involving approximately 120,000 cases and 180,000 controls. Thromb Haemost 2009;102:360–370.
2. Margaglione M, Grandone E. Population genetics of venous thromboembolism. A narrative review. Thromb Haemost 2011;105:221–231.
3. Poort SR, Rosendaal FR, Reitsma PH, Bertina RM. A common genetic variation in the 3'-untranslated region of the prothrombin gene is associated with elevated plasma prothrombin levels and an increase in venous thrombosis. Blood 1996;88:3698–3703.
4. Kyrle PA, Minar E, Hirschl H. High plasma levels of factor VIII and the risk of recurrent venous thromboembolism. N Engl J Med 2000;243:457–462.
5. Van Hylckama V, Lieg A, Van der Linden IK. High levels of factor IX increase the risk of venous thrombosis. Blood 2000;95:3678–3682.
6. Meijers CM, Tekelenburg LH, Bouma BN. High levels of coagulation factor XI as a risk factor for venous thrombosis. N Engl J Med 2000;342:696–701.
7. Van Aken BE, Den Heijer M, Bos MJ. Recurrent venous thrombosis and markers of inflammation. Thromb Haemost 2000;83:536–539.
8. Sartori MT, Danesin C, Saggiorato G, et al. The PAI-1 gene 4G/5G polymorphism and deep vein thrombosis in patients with inherited thrombophilia. Clin Appl Thromb Hemost 2003;9:299–307.
9. Beauchamps NJ, Makris M, Preston FE, Bet AL. Major structural defects in the antithrombin gene in four families with type I antithrombin deficiency. Partial/complete deletions and rearrangement of the antithrombin gene. Thromb Haemost 2000;83:715–721.
10. Walker FJ, Fay PJ. Regulation of blood coagulation by the protein C system. FASEB J 1992;6:2561–2567.
11. Schwartz HP, Fischer M, Hopmeier P. Plasma protein S deficiency in familiar thrombotic disease. Bood 1984;64:1297–1300.
12. Dahlback B. Activated protein C resistance and thrombosis: molecular mechanisms of hypercoagulable state due to FVR506Q mutation. Semin Thromb Hemost 1999;25:273–289.
13. Bertina RM, Koeleman BP, Koster T, et al. Mutation in blood coagulation factor V associated with resistance to activated protein C. Nature 1994;369:64–67.
14. Kvasnička J, Hájková J, Bobaiková P, et al. Prevalence of thrombophilic mutations of FV Leiden, prothrombin G20210A and PAI-1 4G/5G and their combinations in a group of 1,450 healthy middle-aged individuals in the Prague and Central Bohemian regions (results of FRET real-time PCR assay). Čas Lék Čes 2012;151:76–82.
15. Carter AM, Catto AJ, Kohler HP. *-Fibrinogen Thr 312Ala polymorphismus and venous hromboembolism. Blood 2000;96:1177–1179.
16. Catto AJ, Kohler HP, Coore J. Association of common polymorphism in the factor XIII gene with venous thrombosis. Blood. 199; 93: 906–911.


*Zdroj: MT, 8. 6. 2017*

# Může jiná H.A. formule dnes nabídnout takové klinické důkazy jako BEBA H.A.1?

## Vaše jistota pro děti s výskytem alergie v rodině

## 30 let klinických důkazů

- ✓ Více než 17 klinických studií
- ✓ Krátkodobé a dlouhodobé účinky potvrzeny nezávislou, randomizovanou, dvojitě zaslepenou GINI studií s výsledky publikovanými:
  - v 1 roce[1]
  - ve 3 letech[2]
  - v 6 letech[3]
  - v 10 letech[4]
  - v 15 letech[5]
- ✓ 3 metaanalýzy[6,7,8]
- ✓ Zdravotní tvrzení US FDA 2012[9]
- ✓ Vyjádření EFSA 2014[10]
- ✓ Bezpečnost a vhodnost používání v počáteční a pokračovací kojenecké výživě schválena legislativou EU 2016[11]
- ✓ 8 zdravotně-ekonomických studií[12-19]

**Uvedené klinické důkazy platí pouze pro BEBA H.A. a nesmí být používány pro jiné H.A. formule.**

References
1. von Berg et al. J Allergy Clin Immunol 2003; 2. von Berg et al. J Allergy Clin Immunol 2007; 3. von Berg J Allergy Clin Immunol 2008; 4. von Berg et al. J Allergy Clin Immunol 2013; 5. von Berg et al. Allergy 2015; 6. Szajewska Curr Med Res Opin 2010; 7. Alexander J Pediatr Gastr Nutr 2010; 8. Szajewska World Allergy Organization Journal 2017; 9. FDA 2011; 10. EFSA Journal 2014; 11. Nařízení Komise v přenesené pravomoci (EU) 2016/127; 12. Bhanegaonkar et al. ScienceDirect 2014; 13. Bhanegaonkar et al. Journal of Pediatrics 2015; 14. Mertens et al. Pediatr Allergy Immunol 2012; 15. Su et al. J Med Econ 2012; 16. Iskedjian et al. J Med Econ 2012; 17. Iskedjian et al. Poster presentation 2010; 18. Iskedjian et al. Pediatr Allergy Immunol 2012; 19. Ngamphaiboon et al. J Med Econ 2012.

**Důležité upozornění:** Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře.

**Materiál určený pouze pro pracovníky ve zdravotnictví**

# Atopický ekzém

**MUDr. Kateřina Libigerová**
Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

## Definice a etiologie

Atopický ekzém (AE) je chronické recidivující onemocnění převážně dětského věku, provázené úporným svěděním a suchostí kůže. Stejně jako *asthma bronchiale* a alergická rhinitida je podmíněn atopií. Prevalence AE se odhaduje na 10–20 % u dětí a na 1–3 % u dospělých. V průmyslových zemích se během 30 let zvýšil výskyt AE trojnásobně. Vlivy zevního prostředí (včetně alergenů) často fungují jako spouštěče onemocnění. Nezbytná jsou proto preventivní opatření a odstranění provokačních faktorů, v neposlední řadě pak i důkladná edukace pacienta. Léčba musí být komplexní, kombinovaná, ale zároveň diferencovaná a individualizovaná.

## Etiologie a patogeneze

AE rozlišuje nejméně dvě formy: alergická (EXTRINZITNÍ) forma je spojena s IgE zprostředkovanou senzibilizací (70–80 % pacientů). U této skupiny pacientů nacházíme také senzibilizaci na alergeny zevního prostředí (potraviny, aerogenní alergeny). Vztah mezi AE a potravinovou alergií byl řadou klinických studií potvrzen přibližně v 30–50 %. Prevalence potravinové alergie se uplatňuje nejen v patogenezi onemocnění, ale i v exacerbaci ekzémových lézí. Projevy potravinové alergie má přibližně 8 % kojenců. S věkem dochází k poklesu její prevalence, která je u dospělých v rozmezí 1–2 %. Vymizení příznaků je nejčastěji vysvětlováno opožděným navozením orální imunologické tolerance na potravinové alergeny. Mezi nejčastěji se vyskytující potravinové alergeny patří kravské mléko, vejce, obilniny (nejde o celiakii!), sója, ořechy, citrusové plody, ryby a mořské plody, přičemž zastoupení se mění s věkem. Alergie na bílkovinu kravského mléka (beta-laktoglobulin, alfa-laktoglobulin, bovinní imunoglobulin, bovinní albumin) je nejčastější potravinovou alergií v raném dětství s incidencí 2–3 % během 1. roku života. V tomto věku je velice významná úprava výživy. Později již význam diety slábne a je spíše individuální. V prvních 6 měsících je velice důležité kojení dítěte. Pokud matka kojit nemůže nebo kojila jen krátce, je nutné převést kojence na hypoalergenní (HA) přípravky kojenecké výživy. Důvodem pro podání kojenecké výživy s hydrolyzovanou bílkovinou na prevenci alergií je fakt, že rodinná alergická zátěž zvyšuje riziko vzniku alergie u dítěte až o 80 %. Vzhledem k intaktní bílkovině v náhradních kojeneckých výživách je zátěž vystavení příjmu antigenů u nekojených dětí $10^6$× vyšší než u kojených dětí. Časné vystavení alergenům je rizikovým faktorem pozdějšího vzniku alergie. Cílem je tedy snížit alergenicitu mléčné výživy a navodit orální toleranci. Druhou formou AE je forma nealergická (INTRINZITNÍ) bez IgE zprostředkované senzibilizace. Obě formy AE jsou spojeny s eozinofilií.

I přes intenzivní výzkum zůstávají příčiny AE nejasné a ve své podstatě jsou zřejmě multifaktoriální, vznikající na podkladě složité souhry četných vrozených, imunologických, biologických, vaskulárních, psychologických a klimatických mechanismů. Jedná se o geneticky komplexní chorobu, vznikající jak vzájemnou interakcí mezi samotnými geny, tak mezi geny a zevním prostředím. Významným způsobem se uplatňuje i funkční porucha kůže. Ta je podmíněna xerodermií a narušenou bariérovou funkcí. Defekt kožní bariéry se považuje za primární a je příčinou zvýšené náchylnosti kůže ke kolonizaci kmeny *Staphylococcus aureus*, což přispívá ke vzniku, intenzitě a udržování atopického zánětu a také k senzibilizaci. Ztenčení rohové vrstvy kůže a zvýšená iritabilita vedou ke snížení alkalirezistence. Tím je vysvětlen nepříznivý účinek mycích a čisticích prostředků na atopickou kůži. Je také snížen práh pro svědění, což znamená, že již pouhé lehké podráždění kůže vyvolá svědění, které nutí ke škrábání. To zase vede k podráždění kůže a k dalšímu zhoršení ekzému a ještě intenzivnějšímu svědění.

## Klinický obraz

Atopický ekzém se vyskytuje ve čtyřech rozdílných formách, které se liší obdobím vzniku, lokalizací a vzhledem kožních projevů. Jednotlivá období mohou na sebe plynule navazovat nebo některé z nich může chybět. Průběh onemocnění je tedy variabilní a u každého nemocného jiný. Jsou známé i první ataky AE až v dospělosti. Podle věku rozlišujeme atopický ekzém kojenecký, dětský, dospívajících a dospělých.

### Kojenecký ekzém

Kojenecká forma AE začíná zpravidla již v prvních měsících života (mezi 2. a 6. měsícem věku). Mírně převažuje postižení chlapců. Charakteristickou oblastí AE kojenecké formy je obličej s bilaterálním postižením tváří, na kterých se vyskytují silně svědivé papulky, občas i puchýřky. Často dochází k mokvání kůže a povrch se pokrývá stroupky a šupinkami. Nález se může šířit na celý obličej, krk, do kštice či na ušní boltce. Současně může dojít k diseminaci projevů do plenkové oblasti. Ekzém silně svědí, což nutí děti ke škrábání a dalšímu zhoršení stavu s impetiginizací a regionální lymfadenitidou. Po zklidnění akutní fáze se kůže stává suchou, jemně se olupuje a v kožních záhybech se mohou objevit ragády. Podle charakteru eflorescencí lze odlišit suchý a exsudativní typ. Suchý typ je spíše u kojenců hubených, exsudativní u kojenců pastózních. Suchý typ je spojován s horší prognózou. Vyvolávajícími nebo zhoršujícími faktory se v tomto období zdají být potravinové alergeny, nejčastěji již zmiňované kravské mléko, vejce a citrusové plody, postupně převládá pozitivita na inhalační alergeny (pyl, domácí prach). Ze zevních faktorů je to tření prádlem, zapaření, iritace kůže močí. Děti v tomto období bývají často plačtivé, nevrlé a špatně spí. Průběh onemocnění je co do rozsahu a dalšího vývoje AE nepředvídatelný. Během jednoho roku je možná kompletní remise onemocnění, často se však ekzém vrací až do dvou let; pokud nedojde k regresi, může plynule přejít do další vývojové fáze. Podle výsledků prospektivní kohortové studie GINI (German Infant Nutritional Intervention Study), citované v článku The Journal of Allergy and Clinical Immunology 2/2010, bylo prokázáno, že

u dětí s diagnózou AE v průběhu prvních dvou let života statisticky významně narůstá riziko psychických problémů v 10 letech věku ve srovnání se „zdravými" dětmi. I když dochází v průběhu druhého roku života ke spontánní regresi AE, je tato pozitivní anamnéza spojována s hyperaktivitou a nepozorností v 10 letech věku. Kožní projevy AE určitým způsobem snižují kvalitu života dětí, narušují jejich denní aktivity a mohou být příčinou narušení osobních vztahů s okolím či soustředěností ve škole. Před touto prospektivní studií byla zkoumána souvislost mezi ekzémem a duševním zdravím na velkých vzorcích dětské populace. Zjištěná data z ambulantní praxe naznačují významnou souvislost mezi atopickým ekzémem a ADHD u dětí a dospívajících. V náhodném vzorku z německé populace bylo v ordinaci dětského lékaře (u dětí ve věku 3–17 let s pozitivní anamnézou AE) diagnostikováno ADHD častěji než u dětí bez průkazu AE.

### Dětský atopický ekzém

Dětská forma spadá do období předškolního a školního věku dítěte. Postiženy bývají nejčastěji ohybové partie končetin, loketní a podkolenní jamky, dále krk, zápěstí a hřbety rukou. Klinicky je kůže zhrubělá, místy až lichenifikovaná, s oděrkami po škrábání, protože silné svědění trvá i v tomto období. Kůže obličeje bývá ve srovnání s kůží ostatního těla bledá. Naopak bývá tmavší zhrubělá kůže očních víček a zdvojení záhybu pod očima (tzv. Dennieho-Morganiho infraorbitální řasa). Rozhodující obrat může nastat ve věku 2–7 let nebo v pubertě, kdy se průběh zmírňuje nebo nastává dlouhodobá až celoživotní remise, a to až v 75 % případů. U zbývajících se může choroba zhoršit nebo se znovu objevit až v pubertě.

### Ekzém dospívajících

V tomto období často dochází k novému vzplanutí ekzému vlivem hormonálních změn. K tomu přistupuje nervová labilita, zhoršení se dostavuje i u dívek v době menstruace. Klinický obraz atopického ekzému nabírá u dospívajících stále více charakteru lichenifikace. Dominuje symetrická, flexurální lokalizace s postižením loketních a podkolenních jamek. Bývají ale také postiženy horní partie hrudníku, popřípadě může dojít k opětovné diseminaci na obličej a krk. V tomto případě hovoříme o tzv. aerogenní distribuci atopického ekzému a předpokládáme účast aeroalergenů na provokaci a udržování ekzému. Nehty bývají v důsledku neustálého škrábání lesklé a vyhlazené, vlasy jsou naopak bez lesku, suché a někdy dochází k jejich prořídnutí. Mizí laterální partie obočí (Hertogheovo znamení). V adolescentním věku nabývají na intenzitě astmatické záchvaty a jarní senná rýma. U dospívajících dětí s AE je důležitá správná volba povolání. Nutno zvážit prašnost, vlhkost, mechanické a chemické dráždění kůže a také psychickou náročnost zaměstnání. Jako nevhodné je uváděno následující pracovní zařazení: kadeřník, krejčí, kuchař, malíř, obráběč kovů, ošetřovatel dobytka, pekař, stolař , uklízečka, veterinář, zahradník, zámečník, zdravotní sestra, zedník, dělník v gumárenském, dřevařském, textilním a kožedělném průmyslu.

### Ekzém dospělých

Dospělá forma se může objevit jako první projev onemocnění i u pacientů, kteří dříve ekzémem netrpěli. Obvykle však předchází kojenecká a dětská forma choroby či astma. Zhoršujícími faktory bývají převážně změny klimatu, zapocení, respirační virózy, stres a mechanická či chemická iritace kůže. U žen často dochází ke zhoršení kožního nálezu před menses, v graviditě ekzém často mizí, nebo naopak dochází k jeho výraznější exacerbaci. Aerogenní alergeny mírně ustupují do pozadí, potraviny se uplatňují pouze vzácně a spíše nespecifickými mechanismy. Klinický obraz může být totožný s obrazem u dospívajících nebo je omezen jen na některé lokality (tzv. frustní forma AE). Postižena mohou být jen bříška prstů – *pulpitis sicca*, dále atopická cheilitida (suchost rtů), ekzém prsních bradavek, vulvy, šíje a podobně. Xeróza kůže, tj. abnormální suchost kůže, se vyskytuje u 80–98 % pacientů s AE. Odlišná je i reakce krevních cév kůže na mechanické podráždění (bílý dermografismus), což je výsledkem paradoxní vazokonstrikční reakce na tlak.

## Nejčastější komplikace atopického ekzému

Děti s AE jsou velmi náchylné ke kožním infekcím různého typu. Nejčastější jsou bakteriální infekce, většinou způsobené zlatým stafylokokem. Zdrojem může být kdokoli z okolí nebo samo nachlazené dítě. V případě pozitivního kultivačního nálezu je nutné infekční agens eliminovat. Pro dítě se velmi nebezpečnou jeví i infekce virem *herpes simplex*. Může být příčinou závažného stavu s febriliemi (*eczema herpeticatum*). Okamžitá léčba antivirotiky je nezbytná. U dětí s AE častěji prokazujeme virové bradavice a moluska. Léčba je pak často zdlouhavější než u zdravých dětí.

## Diagnostika

Diagnóza AE se opírá především o klinický obraz, základem je i pečlivá osobní a rodinná anamnéza. Otázky směřují na různé druhy atopie v pokrevním příbuzenstvu, na objektivní i subjektivní obtíže pacienta. Při nejisté diagnóze může být provedena probatorní excize a její histologické vyšetření. Obvykle však stanovení diagnózy AE nečiní problém. V klinickém obraze dominuje kombinace dermatitidy, kožní xerózy a pruritu kůže. Z laboratorních výsledků je diagnóza AE podpořena zvýšenou hladinou sérových IgE (až 80 % pacientů) a eozinofi-

lií. V kojeneckém věku převažuje pozitivita na potravinové alergeny, postupně převládá pozitivita na inhalační a bakteriální alergeny. Pomoci může i nález bílého dermografismu.

## Terapie

Atopický ekzém je chorobou s vrozenou dispozicí. Při současných znalostech a možnostech medicíny není možné dítě tohoto onemocnění zbavit. Při dodržování léčebných a preventivních opatření je však možné „dostat ekzém pod kontrolu". U atopického ekzému platí, že nejlepší léčbou je prevence. Pro dítě se zvýšeným rizikem vzniku alergie má kojení mnohem větší význam než pro kojence bez atopické zátěže. Mateřské mléko je nejpřirozenější a nejúčinnější výživou. Obranné látky předávané mateřským mlékem chrání děti před řadou infekcí. Alergická reakce na bílkovinu kravského mléka (kterým bývá kojení nahrazováno) je poměrně častá. Pokud se tato alergie prokáže, jsou doporučovány přípravky, jejichž základem je bílkovinný hydrolyzát s vysokým stupněm štěpení. Podle stupně hydrolýzy bílkoviny se rozlišují částečně hydrolyzované (pHF) nebo extenzivně hydrolyzované (eHF) kojenecké výživy. Podle již zmiňované studie GINI je částečně syrovátkový (pHF-S) a extenzivní kaseinový (eHF-K) hydrolyzát dlouhodobě účinný v prevenci atopického ekzému. Studie GINI dále prokázala schopnost navození orální tolerance pHF-S a eHF-K v případě atopického ekzému.

Léčba atopického ekzému musí být vždy komplexní. Směřuje k omezení závažných příznaků onemocnění. Učíme rodiče, jak zabezpečit dlouhodobou péči o kůži dětí a tím dlouhodobý management AE, jak předcházet dalšímu vzplanutí onemocnění nebo alespoň jak omezit jejich počet. Dlouhodobou prevencí a systematickou léčbou se snažíme příznivě modifikovat celkový průběh chronického onemocnění. Výsledkem dlouhodobé léčebné strategie by mělo být získání kontroly nad průběhem onemocnění, zlepšení kvality života nemocného dítěte i jeho rodiny.

Základním předpokladem úspěchu léčby je úprava životosprávy. Ta zahrnuje edukaci rodičů o vhodném oblékání či správně zvolené mycí kosmetice. Stejně tak důležitá je i znalost a omezení faktorů vyvolávajících svědění kůže.

V lokální terapii AE hrají klíčovou roli emoliencia. Jako hlavní léčebný prostředek doporučujeme všem pacientům s atopickou xerózou a chronickými ložisky ekzému zvláčňující, změkčující a promašťující krémy a masti. Emoliencia je nutno aplikovat ihned po koupeli nebo sprše, nejlépe ještě do vlhké, jen lehce osušené kůže. Mezi emoliencia v širším smyslu řadíme i koupelové oleje. Prostřednictvím tvorby okluzivního ochranného filmu na pokožce nám olejové koupelové přísady zabezpečí velkoplošné promaštění a omezení transepidermální ztráty vody. Olejové přípravky používáme do koupele většinou obden jako nedílnou součást léčebného režimu. Ostatní dny doporučujeme jen krátkou rychlou sprchu. Důležité je znát „pravidlo tří minut": kůži je nutno ošetřit do tří minut po koupeli, dokud je ještě vlhká. Na druhou stranu aplikace emoliencií přímo na zánětlivou kůži je špatně tolerována. Nejprve je třeba léčit akutní projevy ekzému. Jen samotné používání emoliencií, bez protizánětlivé terapie, navíc zvyšuje riziko diseminace bakteriální či virové infekce. V době akutního zhoršení AE je nutné aktivitu procesu rychle utlumit pomocí lokálních kortikosteroidů, které mají protizánětlivý, vazokonstrikční, antiproliferační, imunosupresivní a antipruriginózní účinek. Bereme ohled na věk pacienta, ošetřovanou lokalitu (pozor na víčka, obličej, oblast genitálu, axily) a rozsah postižené plochy. Abychom snížili riziko atrofie kůže a vstřebávání účinné látky, zavádíme tzv. intervalovou léčbu, kdy po několika dnech ošetření kortikosteroidy (obyčejně 3–7 dní) přerušujeme léčbu na dobu nejméně stejně dlouhou, kdy aplikujeme na kůži pouze emoliencia nebo jiné lokální přípravky bez kortikosteroidů. Jako účinná alternativa léčby lokálními kortikosteroidy se pro řadu pacientů jeví imunomodulační prostředky pro lokální léčbu (topické imunomodulátory: pimecrolimus, tacrolimus). Léčba dehtovými preparáty, ichtamolem, ureou, kyselinou salicylovou vyžaduje určité praktické zkušenosti a znalost jejich nežádoucích účinků. Navíc je vhodná pouze pro některé formy AE, spíše pro subakutní či chronická stadia onemocnění.

I přes zmiňované možnosti léčby stále zbývá skupina nemocných, kde s běžnými prostředky neuspějeme. V těchto případech zvažujeme systémovou léčbu. Antihistaminika jsou u mírnějších forem AE většinou jen doplňková, pomocná, s cílem snížit svědění a působit celkově protialergicky. U závažných a nezvládnutelných forem AE je pak celková léčba součástí komplexní terapie, často jako kombinace různých protialergických a imunosupresivních či imunomodulačních léků.

## Literatura


1. Štork J et al. Dermatovenerologie. Praha: Galén/Karolinum, 2008. s. 162–165
2. Nečas M. Atopický ekzém. Česká dermatovenerologie. 2011;1(2):8–23
3. Benáková N. Atopická dermatitida. In Benáková N. Ekzémy a dermatitidy. Průvodce ošetřujícího lékaře. Třetí rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2013. s. 206. ISBN 978-80-7345-331-2
4. Darlenski R et al. Atopic dermatitis as systemic dinase. Clinics in Dermatology. 2014;32:409–413
5. Torrelo A. Atopic dermatitis in different skin types. What is known? JEADV. 2014;28(Suppl. 3):2–4
6. Pánková R, Kuklová I. Psychosomatický přístup z pohledu dermatovenerologa. Pediatr. pro Praxi. 2008;9(1):32–34
7. Gil KM, Keefe FJ, Sampson HA, McSakill CC, Rodin J, Crisson JE. The relation of stress and family environment to atopic dermatitis symptoms in children. J Psychosom Res. 1987;31:673–684
8. Williams HC. Epidemiology of atopic dermatitis. Clin Exp Dermatol. 2000;25:522–529
9. Rystedt I. Long term follow-up in atopic dermatitis. Acta Derm Venerol Suppl (Stockh). 1985;114:117–120
10. Spergel JM, Parrel AS. Atopic dermatitis and the atopic march. J. Allergy Clin Immunol. 2003;112(Suppl 6):S118–S127
11. Bieber T. Mechanism of disease: atopic dermatitis. N Engl J Med. 2008;358:1483–1495
12. Wuttrich B. Epidemiology and natural history of atopic dermatitis. ACI Int. 1996;8:77–82
13. Čapková Š. Jak pečovat o dítě s atopickým ekzémem. Informační leták. gsk. Mediforum
14. Čapková Š, Špičák V, Vosmík F. Atopický ekzém. Čtvrté přepracované vydání. Praha: Galén, 2009
15. Hercogová J. Léčebné možnosti u atopické dermatitidy. Komentář. Medicína po promoci. 2007;3(8):44–45
16. Čapková Š. Možnosti léčby atopické dermatitidy v roce 2008. Farmakoterapie. 2008;Suppl. 3:22–31
17. Strobel S. Dietary manipulation and induction of tolerance. J Pediatr. 1992;121:74–79
18. Halken S, Host A, Hansen LG, Osteraballe O. Preventive effect of feeding high-risk infants a casein hydrolysate formula on an ultrafiltrated whey hydrolysate formula. A prospective, randomized komparative clinical study. Pediatr Allergy Immunol. 1993;4:173–181

# Ze světa odborné literatury...

## Akutní hemoragický edém u malých dětí

Jedná se o formu leukocytoklastické vaskulitidy. Zkušenosti autorů se týkají 16 dětí (12 chlapců a 4 děvčat) ve stáří 5–28 měsíců, u kterých se objevil akutní hemoragický edém. Pacienti byli v dobrém stavu, většinou neměli ani teploty. Měli purpurově červené kožní léze, které během hodin neměnily svoji lokalizaci, někdy měly tendenci k indurativnímu zduření, bez postižení mukózní membrány nebo bez poškrábání. Ukazatele pro kloubní, ledvinová nebo abdominální postižení chyběly. Antinukleární nebo antineutrofilní protilátky chyběly. Klinické obrazy byly ošetřovány symptomaticky. Klinický obraz vymizel do 4 týdnů. Žádná rekurence nebo parita nebyly pozorovány. Onemocnění je nakonec uzavíráno jako benigní vaskulitis. Antineutrofilní protilátky nehrají roli. Celkem shrnuto: občas febrilní dítě, dobře vypadající, s targeoidními lézemi. Chybění extrakutánního postižení. Z hlediska laboratoře byl vyšší CRP jen u 9 dětí, jaterní testy a kreatinin u nikoho. Diferenciální diagnóza byla stanovena v rámci erythema multiforme, akutní hemoragický edém malých dětí, urticaria a urticaria multiformis. Akutní hemoragický edém ani Henochova-Schönleinova purpura nemají rodinný výskyt.

*Eur J Pediatr. 2016;175:557–561*

## Efekt systémových kortikosteroidů na vrozený a získaný imunitní systém u dětí se steroid responzivním nefrotickým syndromem (NS)

Dávky a trvání kortikosteroidní léčby jsou extenzivně studovány. Vzali v úvahu počáteční dávky léčby i dávky při dlouhodobé perzistující léčbě. Pacienti s NS byli léčeni dávkou 2 mg/kg/den. Krevní vzorky byly podrobeny imunologické analýze na začátku prvního a v druhém týdnu a pak v prvním, druhém a třetím měsíci terapie. Jednalo se o 14 pacientů (7 chlapců a 7 děvčat). Neléčené NS vykazují vysoký absolutní počet lymfocytů/ALC, absolutně vysoký počet CD3T lymfocytů a absolutně vysoký počet CD8T buněk ve srovnání s kontrolami. Suprese absolutního počtu lymfocytů byla pozorována a změny hodnot byly pozorovány zvláště v prvních měsících léčby ve srovnání se základem. CD4 a CD8T buňky poklesly signifikantně první týden léčby Zatímco bazální počet B buněk byl indiferentní od kontrol, radikálně se zvýšily druhý týden kortikoidní terapie, ale během další léčby poklesly – statisticky zhodnoceno. Jakkoliv po skončení kortikoidní léčby počet B buněk kontinuálně klesal a hodnoty byly nakonec signifikantně odlišné, než byl základ v prvním týdnu a 3. měsíci. Stranou od základního počtu v lymfocytových podtřídách změny pozorované u neléčených pacientů naznačují, že T buňky byly suprimovány velmi časně při kortikoterapii. Zajímavé je, že deprese počtu B buněk byla detekována později, ale perzistovala dlouho po ukončení kortikoterapie. Kvůli včasnému poklesu T lymfocytů by mohlo být užitečné předpokládat imunosupresi na začátku kortikoterapie, a vyloučit tak včas vliv infekce. Kortikosteroidy indukují neutrofilní leukocytózu s lymfopenií a eosinopenií při imunosupresi. Podskupiny T buněk a jejich proliferace jsou náchylné ke kortikoidům více než B buňky. Reverzibilita je ale rychlá s redukcí dávky kortikoidů. Změny B buněk a podtypů (CD27) ukazují prolongovaný efekt kortikoidů na B buňky, které by mohly produkovat protilátky ještě 3 měsíce po skončení kortikoterapie. Proliferativní odpověď lymfocytů na fytohemaglutinin byla narušena během terapie kortikoidy. Normalizovala se až po skončení léčby kortikoidy. V prvních 3 měsících léčby bylo také progresivně narušeno procento proliferativní kapacity lymfocytů.

*Eur J Pediatr. 2016;175:685–694*

## Nihilismus u terapie chronického srdečního selhání u dětí

Velkých pokroků v léčbě chronického srdečního selhání bylo dosaženo především u dospívajících a dospělých pacientů, zatímco vědecké zdůvodnění pokroků v předchozím věku zaostává. Na základě fyziologických studií receptorů a farmakologických znalostí byla léčba se specifickými beta1 adrenergními receptorovými blokátory (ARB), angiotensin konvertujícími enzymovými inhibitory (ACE) a mineralokortikoidními antagonisty doporučována u dětí navzdory datům. V příslušných zařízeních užívali bisoprolol, lisinopril a spironolakton. Využívali je u hypoplazie levé komory a kongenitálního levopravého zkratu, později u pacientů, u kterých bylo chirurgické řešení odkládáno. Chronická terapie s dlouhodobě působícími diuretiky a restrikcí tekutin nebyla obhajována, protože bylo dosahováno jen krátkodobého efektu. Zůstává nejasné, proč jsou diuretika doporučována. Je to k zamyšlení pro další kombinační léčbu. Doporučená farmakologická terapie pro systolické srdeční selhání je zajištěna na bázi reverzibilního plicního arteriálního bandingu jako nové strategie pro malé děti s dilatační formou kardiomyopatie. Ukazuje se, že srdeční selhání má mnohostrannou etiologii, ale nespecifické symptomy. Jsou zde neurohumorální a molekulární abnormality.

Pediatrická terapie je založena na diuretikách, restrikci tekutin a digoxinu. V rámci kardiální regenerace se terapie rozšiřuje na selektivní beta1 blokátory, ACE inhibitory a blokátory mineralokortikoidů, ale zase vyloučení diuretik jako jediného možného. Inhibice endogenních neurohumorálních stimulací je monitorována srdečním a dechovým výdejem a systolickým a diastolickým tlakem. Terapeutickým cílem je preloadová optimalizace s vyloučením intravaskulární, intraarteriální volumové deplece, redukce systémové vaskulární rezistence bez ohrožení koronárního perfuzního tlaku, dále pak optimalizace myokardiální kyslíkové spotřeby. Na závěr ještě opakovaně doporučují 1× denně aplikaci spironolaktonu u všech forem levostranného srdečního selhání.

*Eur J Pediatr. 2016;175:445–455*

## Endoskopické ošetřování volvulu sigmoidea u dětí

Účelem této studie bylo ohodnotit klinickou prezentaci volvulu sigmoidea u dětí. Vybrali si zpětně 13 pacientů s uvedenou diagnózou, z toho bylo 7 děvčat a 6 chlapců průměrného věku 13 let. Osm pacientů mělo asociované nemoci – zácpu a mentální retardaci nebo myopatii. Iniciálními symptomy byly abdominální bolesti, abdominální rozepnutí (distenze) a v polovině klinických obrazů zvracení. To bylo spojeno s vysokou citlivostí břišního poklepu. RTG vykazoval dilataci sigmoidea a hladinky u všech pacientů. Endoskopická redukce insuflací byla úspěšná bez komplikací u 12 pacientů, ale nejmladší pacient musel mít provedenu sigmoidektomii. Rekurence byla popisována u 7 ze 12 pacientů. Nakonec 11 pacientů muselo mít provedenu sigmoidektomii pro prevenci rekurence. Celkově se efekt irriga s baryem popisuje v 75 %, při rekurenci ve 20 %. U dospělých je efekt v 90 %.

*Eur J Pediatr. 2015;174:965–969*

*Ve spolupráci s firmou Pfizer připravil MUDr. J. Liška, CSc.*

# Aktuality...

## Kolik je v ČR autistů, se neví, nejsou pro ně ani programy

**Poruchy autistického spektra (PAS) v ČR podle odhadu postihují 200 000 lidí. Skutečný počet není znám, stejně jako škála postižení, věkových skupin a jejich zdravotních, sociálních či vzdělávacích potřeb.**

První vlaštovkou na cestě k vytvoření cílených programů je projekt Simple Steps. Jde o vzdělávací program přeložený z angličtiny, který provede rodiče autistických dětí, jejich pečovatele, sociální pracovníky a učitele na cestě k tomu, jak se stát dobrým terapeutem. Praktičtí lékaři pro děti dorost dostanou tištěnou příručku do ordinací spolu s informačním letákem pro rodiče.

„Simple Steps jsou multimediálním výukovým materiálem, který vychází z principů a praxe aplikované behaviorální analýzy (ABA). Projekt vznikl v roce 2007 v Severním Irsku, impulsem bylo pomoci rodičům lépe porozumět autismu a projevům chování potomků. Česko se letos stalo desátou zemí, kde vyšla jazyková mutace," informovala na tiskové konferenci garantka projektu Ing. Milena Němcová z České odborné společnosti aplikované behaviorální analýzy.

Tištěná příručka vyšla nákladem 8 000 kusů, dostávat ji budou nejen lékaři, ale také rodiče na přednáškách a seminářích a studenti oborů behaviorální technik a behaviorální analytik, které novelou zákona č. 96/2004 Sb., o vzdělávání nelékařských pracovníků, byly zařazeny mezi vzdělávací obory. Od října začne prvních 20 studentů navštěvovat přípravný kurs na Masarykově univerzitě v Brně. Dalších osm studuje v zahraničí.

Česká verze Simple Steps – Pomoc pro rodiny dětí s PAS je dostupná na portálu www.simplestepsautism.com. Cena za trvalou registraci činí 1 100 korun. Prvních 500 rodin s dítětem, které prošlo včasným záchytem s pozitivním výsledkem, má registraci zdarma. Poplatek za své pojištěnce uhradila Všeobecná zdravotní pojišťovna.

Materiál popisuje, co jsou behaviorální deficity, sebestimulující chování, příčiny záchvatů vzteku a agrese a jak s nimi nakládat, jak naučit dítě novým vzorcům chování. Vše je vysvětleno animovanými modelovými situacemi, grafikami a videotréninky. Na webu jsou také kontakty na další rodiny v podobné situaci a nejčerstvější novinky z oblasti technik a nástrojů používaných v ABA.

V ČR je od loňského října zavedeno v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost bezplatné testování dětí s podezřením na PAS v 18 měsících, třech a pěti letech. Test se provádí prostřednictvím screeningového testu M-CHAT/R. Dítě je následně doporučeno ke komplexnímu vyšetření u specialistů.

V případ podezření na PAS je velmi důležité začít ihned s dítětem pracovat a vyhledat nejbližšího poskytovatele sociální služby rané péče, která je ze zákona poskytována bezplatně. Problémem ale zůstává nedostatek odborníků, kteří by se péči o osoby s PAS věnovali. Kvůli nedostatku terapeutů jsou čekací doby na analýzu i rok.

„Simple Steps pomůže překlenout meziobdobí, kdy nemáme dostatek kvalifikovaných nejenom behaviorálních analytiků a behaviorálních techniků, ale dokáže překlenout i situaci, kdy nemáme ani dostatek odborníků, kteří jsou schopni diagnostikovat PAS, pedopsychiatrů je málo. Program by to měl výrazným způsobem pomoci řešit," řekl člen správní rady VZP a místopředseda Výboru pro zdravotnictví PSP ČR poslanec David Kasal.

„Simple Steps bych přirovnala ke slabikáři, kde se děti učí číst. Simple Steps nám podá souhrnnou informaci o tom, jakými postupy a principy k dětem s autismem přistupovat. Není využitelný jen v období, kdy rodina zjistí, že u dítěte je podezření na autismus, nebo už má diagnózu vyřčenou, ale na základě jednoduchých kroků se dá pracovat i s lidmi dospívajícími a dospělými. Materiál se dá využít nejen v rodinách, ale i v rámci práce jednotlivých odborností a profesí, využívá se jako výchozí seznamovací studijní materiál v oborech, které se začínají v ČR studovat – behaviorální analytik a behaviorální technik," shrnula Němcová.

K nejasnému počtu lidí s PAS uvedla, že dosud nikoho reálná čísla nezajímala. „Vždy jsme byli odkazováni k tomu, že se jedná o několik desítek lidí s podivínským, zvláštním nebo nepřizpůsobivým chováním. Není tomu tak. K číslu 200 000 osob jsme dospěli přepočtem zahraničních dat na počet obyvatel ČR," vysvětlila. Vyzdvihla zejména to, že program dokáže rodiče vyděšené po oznámení diagnózy uklidnit a nasměrovat. Zjistí z příkladů jiných rodičů, jak jim ABA změnila život, a i dítě se dokázalo více osamostatnit, než kdyby terapií neprošlo.

„Často se setkáváme s tím, že problémem není zdravotní péče, její dostupnost, ale především nedostatek informací. Rodiče se potýkají s poruchou u svého dítěte, jsou vyděšeni, nevědí, jak se chovat, na koho se obrátit. Tady mají průvodce, který je může uklidnit, může je nasměrovat, dát jasný návod, jak se k dítěti chovat. A může přispět i k odstranění stresu spojeného s touto situací," řekl ředitel VZP Ing. Zdeněk Kabátek.

Ing. Němcová připomněla, že autismus a PAS jsou známy už sto let, jen v ČR vystoupily z anonymity až v 90. letech minulého století, kdy se o nich začalo více mluvit. „Do té doby tu lidé s autismem také žili, nyní jsou už v důchodovém věku. Jenom v mládí byli jinak diagnostikováni, označeni za schizofreniky a zbytečně medikováni, nebo za mentálně postižené, nevzdělatelné a byli v psychiatrických léčebnách s jinou diagnózou a pod medikací," řekla.

Statisticky se v ČR zatím PAS nesledovaly, jedním z požadavků odborníků proto je zjistit reálná data, kde lidé s PAS žijí, v jakém stupni postižení jsou, v jaké věkové struktuře. „Od těchto dat se můžeme odvíjet při realizaci dalších opatření, jedním z nich určitě je zajistit těmto lidem důstojnou možnost bydlení," řekla Němcová s odkazem na to, že nyní žijí lidé s PAS v rodině, dokud se o ně zvládá postarat. Když už ale rodina nemůže, nastává problém. „Společnost není připravena na to, že podpora nejbližší rodiny skončí, systém těmto lidem nic nenabízí. Simple Steps jsou prevencí toho, aby děti, které projdou pozitivním záchytem, nebo dokonce mají PAS diagnostikované, byly na tom v dospělosti tak špatně jako současní dospělí s autismem, kteří bohužel už žádnou perspektivu nemají," shrnula.

*Zdroj: MT, 2. 10. 2017*

## Lékařská komora podá trestní oznámení kvůli zavádění elektronických receptů

**Česká lékařská komora (ČLK) podá trestní oznámení na neznámého pachatele kvůli zavádění povinného elektronického předepisování léků. Chce zjistit, zda eRecepty nemají korupční pozadí. V pořadu České televize Otázky Václava Moravce to v neděli řekl předseda ČLK Milan Kubek. Předsednictvo komory k tomuto kroku vyzvali minulou neděli lékaři na svém sjezdu.**

„Tady se utratilo 300 milionů korun veřejných peněz, to není málo. My hovoříme o tom, že recepty mají údajně něco ušetřit, nikdo ty peníze neviděl, ale my tady reálně vidíme peníze, které zmizely," uvedl v neděli Kubek. S tím, že by zavádění systému eReceptů měla prověřit policie, souhlasil v České televizi i poslanec (za ANO) a člen správní rady Všeobecné zdravotní pojišťovny Adam Vojtěch. „Je pravda, že když se podíváme, kolik ten systém stál do roku 2016, kdy to bylo, myslím, 318 milionů korun podle zprávy Nejvyššího kontrolního úřadu (NKÚ), a teď ho Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) vysoutěžil za 14 milionů na čtyři roky, tak ten nepoměr je obrovský. Tady by někdo měl vysvětlit, čím je dán ten rozdíl," řekl.

Podle kontroly NKÚ, kterou úřad zveřejnil v květnu, bylo úložiště elektronických receptů za 318 milionů korun minimálně využívané. SÚKL argumentoval tím, že eRecepty dosud fungovaly v dobrovolném režimu. Povinné budou od ledna příštího roku. Pochybení se týkala minulého vedení ústavu, to současné je podle svých vyjádření napravilo.

**Starší lékaři chtějí skončit, varuje komora**

Systém eReceptů má přinést úsporu v předepisování léků. Podle SÚKL by se mohla ušetřit až jedna miliarda korun, ministerstvo zdravotnictví počítá s nižší částkou, a to 400 milionů korun.

Podle Kubka kvůli zavedení povinných elektronických receptů mnoho lékařů, zejména těch starších, skončí. ČLK chce, aby systém zůstal nepovinný. Není prý obecně proti elektronizaci zdravotnictví, ke zvolené podobě eReceptů však má řadu výhrad. Pacient by podle Kubka měl mít možnost volby, zda přijme klasický, anebo elektronický recept. Stejnou možnost volby chce komora i pro lékaře.

Elektronické recepty zavedl v Česku zákon v roce 2007. Dosud jsou dobrovolné, od ledna 2018 budou povinné. Vytvoření nového systému, který nahradil dřívější sporný, jeho čtyřletá podpora a rozvoj vyšel SÚKL na 14 milionů korun. Samotný provoz pak vyjde na 100 000 korun měsíčně.

*zdroj: novinky.cz, ČTK, 19. 11. 2017*

# INZERCE

**493 8-17**
**Přijmu lékaře** do zavedené ordinace PLDD **v Odrách** s předpokladem prodeje. Kontakt tel. 604 638 331.

**494 8-17**
**Přenechám** standardně velký pediatrický **obvod v Českém Dubu u Liberce**. Skvěle pracující sestra k dispozici. Byt 2 + 1 ve městě. Kontakt: 607 683 935.

**495 9-17**
**Přenechám** (levně) nadstandardně velký pediatrický **obvod v okrese Ústí nad Orlicí** (vhodné i pro manželský pár pediatrů), možnost pronájmu bytu, telefon 721 930 615.

**496 9-17**
**Zaměstnám PLDD** 2–3× týdně s krátkodobým výhledem prodeje středně veliké a bezproblémové praxe. Ambulance je situována v **NsP Orlová**, sestřička je zkušená a vzdělaná v oboru. Telefon 603 508 933

**497 9-17**
**Hledám lékaře** do ambulance PLDD v okrese **Nový Jičín**, výhodné podmínky, možný i částečný úvazek. Kontakt: 739 306 071.

**498 9-17**
**Hledám pediatra** do soukromé ordinace v **Mělníce** od ledna 2018 na 6–12 měsíců na plný nebo částečný úvazek. Nadstandardní ohodnocení, výhodná pracovní doba, z Prahy městská doprava. Kontakt: dagmar.karbanova@centrum.cz, mobil 731 234 535.

**499 9-17**
**Nabízím zástup** 1× za týden nebo za 14 dní dle domluvy. Velmi dobré pracovní podmínky. **Praha 6**, tel: 604 988 174.

**500 10-17**
**Přenechám** dobře zavedenou **ordinaci** pro děti a dorost v **Chomutově**. Byt k dispozici. Kontakt: 603 173 534, E-mail: hakova@email.cz

**501 10-17**
Dětská lékařka **přenechá** zdarma soukromou, dobře zavedenou a finančně velmi zajímavou **praxi v Aši**. Ordinace je umístěna v přízemí budovy dětské polikliniky, ubytování lékaře je možné. Informace na tel. 777 11 62 72

**502 10-17**
**Hledám lékaře** do zavedené ordinace PLDD ve **Frýdku-Místku**, ev. přijmu na částečný úvazek s možností pozdějšího převzetí praxe. Kontakt: tel. 728 339 885, e-mail: kirsova@centrum.cz

**504 11-17**
**Hledám pronájem ev. prodej bytu v Praze** pro mou dceru, studentku medicíny 1. LF UK, děkuji případně i za kontakt. Tel.: 605 269 287, ordinace.jasova@gmail.com

**505 11-17**
**Hledám lékaře/lékařku** s atestací na zástup do ordinace PLDD **v Praze 6** z důvodu MD. Nástup od 2/2018, na částečný úvazek. Vhodné i pro lékařky na MD. Bližší info na tel. 607 134 103.

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

# Silvestrovský test 2017

## 1. Je správné tvrzení, že žába je obojživelník?

a) není, protože se nachází jen v jednom živlu – vodě
b) není, protože se nachází jen v jednom živlu – vzduchu
c) není, protože se nachází ve třech živlech – vodě, vzduchu, ohni (nebo vy jste ještě neochutnali žabí stehýnka na roštu?)

## 2. Tachyfylaxe je:

a) potřeba postupného navyšování léku (např. analgetika) pro dosažení žádoucího efektu při chronické medikaci pro snižování citlivosti na daný lék
b) opojení z rychlé jízdy
c) strach z rychlé jízdy
d) rychlá profylaxe

## 3. Když se řekne o muži, že má pekáč buchet, myslí se tím:

a) že je to Honza, který si místo uzlíku s buchtami nese do světa hned celý pekáč buchet
b) že má vypracovanou muskulaturu břišní stěny
c) že má mnoho žen a dívek = buchet

## 4. Jak se jmenuje nový přípravek proti parazitům?

a) Antiparazit
b) Protiblech kombi spray
c) SPD Tomio Okamury (Ne parazitům)

## 5. Když si chci užít Snídani s Novou, musím

a) uklidit svoji starou
b) si zapnout televizi
c) donést Nové snídani do postele

## 6. Jak dopadne orální sex u kanibalů?

a) Nevím
b) Vím, ale nepovím
c) Nechci ani domyslet

## 7. Kdo chce vidět vykopávky, jde se podívat do

a) muzea
b) domova seniorů
c) ordinací pediatrů

BEXSERO▼

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

# Od PRVNÍCH KRŮČKŮ k PRVNÍM SCHŮZKÁM

## Pomozte ochránit své pacienty proti MenB!

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

Nejvyšší riziko MenB* je u dětí do **1 roku.**[1]

V běžné praxi nemusí vakcína garantovat výsledky dosažené v klinických studiích. Neočekává se, že přípravek Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B.

**1.** Zprávy CEM (SZÚ, Praha) 2017; 26(2): 60-66. **2.** SPC Bexsero 18. 9. 2017. *Meningokokové onemocnění séroskupiny B.

**ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU BEXSERO**

▼Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.
**Název přípravku:** Bexsero injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti meningokokům skupiny B (rDNA, komponentní, adsorbovaná) **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje rekombinantní fúzní protein NHBA *N. meningitidis* B 50µg; rekombinantní protein NadA *N. meningitidis* B 50µg; rekombinantní fúzní protein fHbp *N. meningitidis* B 50µg; vnější membránové vesikuly (OMV) *N. meningitidis* B kmene NZ98/254 měřené jako množství celkové bílkoviny obsahující PorA P1.4 25µg. **Indikace:** Vakcína Bexsero je indikována k aktivní imunizaci jedinců od 2 měsíců věku a starších proti invazivnímu meningokokovému onemocnění způsobenému kmeny *N. meningitidis* skupiny B. **Dávkování a způsob podání:** Kojenci (2–5 měsíců) tři dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami a s první dávkou podanou ve 2 měsících věku; booster mezi 12 a 15 měsíci věku. Neočkovaní kojenci (6–11 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster v druhém roce života s prodlevou nejméně 2 měsíce od primární série. Neočkované děti (12 až 23 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster s prodlevou 12 až 23 měsíců od primární série. Děti (2 roky až 10 let) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; potřeba boosteru nebyla stanovena. Dospívající (starší 11 let) a dospělí – dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; potřeba boosteru nebyla stanovena. Vakcína se podává hlubokou intramuskulární injekcí, ideálně v anterolaterálním směru do stehna u kojenců nebo do oblasti m. deltoideus horní části ramene u starších subjektů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Podání vakcíny je vhodné odložit u subjektů s akutním závažným febrilním onemocněním. Je nutné mít vždy k dispozici odpovídající lékařskou péči pro případ anafylaktické reakce. Vakcínu se nemá podávat jedincům s trombocytopenií nebo s poruchami srážlivosti krve, pokud potenciální přínos jednoznačně nepřevýší riziko podání. Podobně jako jiné vakcíny nemusí přípravek Bexsero chránit všechny osoby, které byly vakcinovány. Neočekává se, že Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B. Jedinci s narušenou schopností imunitní odpovědi, ať už z důvodu imunosupresivní léčby, genetické poruchy nebo jiných příčin, mohou mít sníženou protilátkovou odpověď na aktivní imunizaci. Údaje o imunogenicitě jsou k dispozici u jedinců s deficitem komplementu, asplenií nebo s poruchou funkce sleziny.* Nejsou k dispozici žádné údaje o použití vakcíny u subjektů starších 50 let. Lékaři by měli před podáním této vakcíny pacientům s hypersenzitivitou na latex v anamnéze zvážit poměr prospěchu a rizika. **Interakce:** Bexsero lze podávat současně s následujícími vakcinačními antigeny ve formě monovalentních i kombinovaných vakcín: záškrtem, tetanem, acelulární pertusí, *H. influenzae* typu b, inaktivovanou poliomyelitidou, hepatitidou B, heptavalentní pneumokokovou konjugovanou vakcínou, spalničkami, příušnicemi, zarděnkami, varicelou a CRM konjugovanou vakcínou proti meningokokům skupiny C.* Profylaktické použití paracetamolu snižuje výskyt a závažnost horečky, neovlivňuje však imunogenitu přípravku Bexsero ani běžných vakcín. Při současném podání s jinými vakcínami musí být Bexsero podáno do jiného místa injekce. **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici dostatečné údaje o expozici v těhotenství i bezpečnosti v době kojení. Pokud jasně hrozí expozice meningokokové infekci, je nutné zvážit poměr prospěchu a rizika. **Nežádoucí účinky:** U dětí mladších 2 let byly nejčastější místní a systémové nežádoucí účinky citlivost a erytém v místě injekce, horečka a podrážděnost. U dospívajících a dospělých byly nejčastěji pozorované místní a systémové nežádoucí účinky bolest v místě injekce, malátnost a bolest hlavy. Velmi časté: poruchy příjmu potravy, aspalost, neobvyklý pláč, průjem, zvracení, vyrážka, horečka (≥38 °C), podrážděnost, bolest hlavy, nevolnost, malátnost, myalgie, artralgie; citlivost, erytém, otok, indurace a bolest v místě injekce. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce od 2 °C do 8 °C. Chraňte před mrazem a světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GSK Vaccines S.r.l, Via Fiorentina 1, 53100 Siena I, Itálie. **Datum revize textu:** 18. 9. 2017. **Registrační čísla:** EU/1/12/812/001-004. Přípravek Bexsero je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek aplikuje lékař intramuskulární injekcí. Před předepsáním léku se prosím seznamte s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskkompendium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hlaste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 31. 10. 2017. *Prosím, všimněte si změny SPC.

GSK s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00, Praha 4,
tel.: +420 222 001 422, fax: +420 222 001 444, www.gsk.cz.

CZ/BEX/0011/17(1)
Schváleno 11/2017

# Správné základy do života
## Spolehlivá péče podpořená vědou

**BEBA OPTIPRO® Comfort je evoluční kojenecká výživa vyvinutá na základě 60 let výzkumu mateřského mléka.**

- ✓ **Zajišťuje zdravý růst,** váhové přírůstky a metabolické parametry po vzoru kojených dětí, díky nejnižšímu množství vysoce kvalitní bílkoviny **OPTIPRO®** [1]
- ✓ Podporuje **správnou funkci imunity** [2]
- ✓ **Chrání zažívání** a bakteriální osídlení díky **Lactobacillus reuteri** [3 – 6]
- ✓ **Změkčuje stolici** kojenců díky probiotickým oligosacharidům **GOS/FOS** [7]
- ✓ Podporuje **optimální vývoj mozku** díky obsahu **LC-PUFA** [8]

**Tyto výrobky doporučuje Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR.**

Důležité upozornění:

Světová zdravotnická organizace (WHO*) doporučuje, aby těhotné ženy a matky byly informovány o výhodách a nadřazenosti kojení – zejména o skutečnosti, že mateřské mléko poskytuje dětem tu nejlepší výživu a ochranu před nemocemi. Matkám by měly být podrobně vysvětleny techniky kojení a způsoby udržení kojení se zvláštním důrazem na význam správně vyvážené stravy, a to jak v průběhu těhotenství, tak po porodu. Mělo by se zabránit zbytečnému zavádění částečného krmení z lahve nebo podávání jiných nápojů a potravin, protože by to mohlo mít negativní vliv na kojení. Matky by měly být upozorněny na obtížnost návratu ke kojení, pokud se rozhodují nekojit. Matkám by také měly být vysvětleny zdravotní, sociální a ekonomické důsledky takového kroku. Matkám by mělo být zdůrazněno, že mateřské mléko je pro dítě tou nejlepší výživou. Pokud se přijme rozhodnutí používat kojeneckou výživu, tak je nezbytně matky použít o správné přípravě a zdůraznit, že použití nepřevařené vody, nemyté lahve nebo nesprávného ředění může vést k onemocnění dítěte.

*viz Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka přijatý WHA v rezoluci 34.22 v květnu 1981.

References:
1. Grathwohl D.J et al. 2010. 2. Díky obsahu vitaminů A, D, C 3. Indrio F et al. 2011. 4. Reuter G. 2001. 5. Weizman Z et al. 2005. 6. Papagaroufalis K et al. 2012. 7. Vivatvakin B et al. 2010. 8. Agostoni A. et al. 1995.