

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

# VOX PEDIATRIAE

září 2017

číslo 7 • ročník 17



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

## Celiakie, potravinové intolerance



- Obor PLDD – Poslanecká sněmovna, 30. června 2017
- Atopická dermatitida a potravinová alergie u dětí
- Dermatitis herpetiformis – herpetiformní dermatitida – Duhringova choroba
- Banální tříselná kýla
- Sedm mýtů o mléku
- Co je (a není) gastritida?
- Syndrom vyhoření u lékařů



Pracujeme pro zdravější svět™

**NUTRICIA**  
BABY NUTRITION



do more  
feel better  
live longer



# Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

## POTVRZENÁ ÚČINNOST V REÁLNÉ PRAXI<sup>1</sup>

**Prevenar 13**  
je jediná pneumokoková  
konjugovaná vakcína,  
která obsahuje  
důležité sérotypy  
3, 6A a 19A.<sup>1,2</sup>



**Prevenar 13** prokázal  
v zemích s vysokou  
proočkovanosť významné  
snížení invazivních  
pneumokokových  
onemocnění, pneumonií  
i akutních zánětů  
středouší.<sup>1</sup>

**Zkrácená informace o přípravku Prevenar 13 injekční suspenze.** Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná).




**Státní - léčivé látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: *Streptococcus pneumoniae* sérotypy 1\*(2,2µg), 3\*(2,2µg), 4\*(2,2µg), 5\*(2,2µg), 6A\*(2,2µg), 8B\*(4,4µg), 7F\*(2,2µg), 9V\*(2,2µg), 14\*(2,2µg), 18C\*(2,2µg), 19A\*(2,2µg), 19F\*(2,2µg), 23F\*(2,2µg). \*Konjugováno s nosným proteinem CRM<sub>197</sub> a adsorbováno na fosforovaný lehký (0,125 mg hliníku); s další pomocnou látkou. **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie u 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. **Kontraindikace:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů - 6 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 narození děti:** Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se podává ve věku 2 měsíců, následně může být podána ve věku 6 týdnů. Čtvrtá dávka se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. U kojenců ve věku 6 týdnů - 6 měsíců může být alternativně podána sérií z třech dávek po 0,5 ml. První dávka může být podána od věku 2 měsíců, druhá dávka z 3 měsíců později. Třetí dávka se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Děti neokřivení křivci a děti ve věku > 2 měsíců, kojenci ve věku 7 - 17 měsíců:** Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávka se doporučuje podat ve druhém roce života. **Děti ve věku 18-49 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 6-17 let očkováni přípravkem Prevenar, Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na přípravek Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. Májí obě (12-55 měsíců) kompletně imunizované přípravkem Prevenar by měly dostat jednu dávku 0,5 ml přípravku Prevenar 13, nejméně 6 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 6 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar. Dospělí > 18 let a starší pacienti:** Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 není stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použit 23valentní pneumokoková polysacharidová vakcína považovaná za vhodná, Prevenar 13 by měl být podán jako první. **Speciální popoznání:** Jedincům s chorobami prodávajícími k invazivnímu pneumokokovému onemocnění (například se anginou, anémií nebo HIV infekcí) včetně jedinců dříve očkováných jednou nebo více dávkami 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny může být podána nejméně jedna dávka přípravku Prevenar 13. U jedinců se transplantací hematopoetických kmenových buněk (HSCT) se doporučené imunizační schéma skládá ze čtyř dávek přípravku Prevenar 13 po 0,5 ml. **Zvláštní poznání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Především u dětí je podání je anterolaterální část stehna u kojenců nebo deltový sval horní části paže u dětí a dospělých. **Kontraindikace:** Přecitlivlost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na diaterický tvar. Podání jako u jiných vakcín i aplikací přípravku Prevenar 13 má být odloženo u jedinců s těžkými alergickými reakcemi 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 přesně převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganizmům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podání jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkovávané před pneumokokovým onemocněním. **Interakce:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů až 6 let: Prevenar 13 může být podáván současně s vakcínou z následujících menovovaných nebo kombinovaných vakcín: vakcína proti diftérii, proti tetanu, oslabená nebo očkovaná vakcína proti pertuzi, vakcína proti *Haemophilus influenzae* typu b, inaktivovaná vakcína proti poliomyelitidě, proti hepatitidě B, proti meningokokům skupiny C, proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám, proti planým neštovicím a vakcína proti mrtvým. Mezi 12 - 23 měsíci může být také podán současně s konjugovanou polysacharidovou vakcínou proti meningokokům skupin A, C, W a Y, a tu dětem, kteří byli dříve očkováni přípravkem Prevenar 13. **Děti a dospívající ve věku 6 - 17 let a dospělí ve věku 18-49 let:** U současně dříve očkováni k dispozici žádná údaj o jakékoli současně podání s jinými vakcínami. **Děti ve věku 6 let a starší:** Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sérií imunitní vakcinace chřipkovou vakcínou (IV) i se sérií kvadrivalentní vakcinace chřipkovou vakcínou (QIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každé do jiného místa očkování. **Vzájemnosti s kojenci:** Neexistují údaje o použití pneumokokové 13valentní konjugované vakcíny u těhotných žen. Přípravek by proto neměl být podáván těhotným ženám. **Není známo, zda je pneumokoková 13valentní konjugovaná vakcína vylučována do mateřského mléka. Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí 6 týdnů až 5 let patří reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo neuspávanost, u dětí a dospívajících ve věku 6-17 let nechutenství, podrážděnost, reakce v místě očkování, somnolence, neklidný spánek. V případě současně podání přípravku Prevenar 13 a přípravku Infranhexa byla pozorována zvýšená bolest hlavy křeč (střední nebo bez ní) a hypotonické-hyporepuzivních epizod (HPE). U dospělých seob byly velmi časté: snížení chuti k jídlu, bolesti hlavy, vyrážka, artralgie, myalgie, zvracení, 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 pyrexie. **Předovkávání:** Předovkávání přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobně vzhledem ke způsobu balení v předpřipravené injekční stříkačce. **Uchování:** Uchovávat v chladničce (2 - 8 °C). Chraňt před mrazem. Přípravek Prevenar 13 je stabilní při teplotách do 25 °C po dobu 4 dnů. Na konci této doby má být přípravek použit nebo zlikvidován. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předpřipravené injekční stříkačce s pásovou zátkou, s ochranným krytým hrotem, s injekční jehlou nebo bez ní. **Jména a adresy držitelů rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-6. **Datum poslední revize textu:** 23.2.2017. Výše jmenované přípravek je v seznamu léčivých přípravků v seznamu léků, které jsou v České republice dostupné pro veřejnost. Před předepisováním se prosím seznámet s úplnou informací o přípravku.

Referenční: 1. SPC Prevenar 13, 2. SPC Synflorix

HIV 2017/01/05A

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

Pfizer  
Pfizer je společnost s veřejnou obchodní závazností

	<b>Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období</b>	5
	<b>Informace SPLDD</b>	7
	<b>Obor PLDD</b>	
	- Poslanecká sněmovna, 30. června 2017	8
	- Kvalifikace dětských lékařů	
	<b>Právní rubrika</b>	11
	<b>SÚKL – Kortikosteroidy k injekčnímu podání – kontraindikace u pacientů alergických na bílkoviny kravského mléka</b>	12
	<b>Zpráva ze zahraniční cesty</b>	13
	Doc. MUDr. Miloslav Salavec, CSc.	
	<b>Dermatitis herpetiformis – herpetiformní dermatitida – Duhringova choroba</b>	14
	MUDr. Jarmila Čelakovská, Ph.D.	
	<b>Atopická dermatitida a potravinová alergie u dětí</b>	21
	MUDr. Ivana Petružjová	
	<b>Banální tříselná kýla</b>	24
	Petr Veselý	
	<b>Sedm mýtů o mléku</b>	27
	MUDr. Barbora Rybová	
	<b>Co je (a není) gastritida?</b>	29
	Prof. MUDr. Milan Šamánek, DrSc.	
	<b>Syndrom vyhoření u lékařů</b>	31
	<b>Ze světa odborné literatury</b>	35
	<b>Aktuality</b>	35
	<b>Řádková inzerce</b>	37
	<b>Autodidaktický test, Infekce – importované nákazy</b>	38
	<b>Nestlé Nutrition – Akutní stavy v pediatrii, Poruchy oběhu</b>	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**BOIRON**  
**GSK**  
**HIPP**  
**KONRÁD**  
**MSD**  
**NESTLÉ**  
**PFIZER**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX**  
**PEDIATRIAE**

[www.detskylekar.cz](http://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](http://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](mailto:veronika.drahovzalova@detskylekar.cz)

Jazykové korektury: Bohumila Weilová  
 Grafické zpracování: Michal Semerák

**Úřední hodiny SPLDD ČR**

**Pondělí** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Úterý** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Středa** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Čtvrtek** 10<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> hod.  
**Pátek** 10<sup>00</sup> – 13<sup>00</sup> 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](mailto:centrum@detskylekar.cz)

Titulní strana: Schikaneder Jakub – Bylinkářka (Galerie hlavního města Prahy)

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



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

byla jsem redakční radou oslovena k napsání editoriale pro zářijové číslo VOXu. Této nabídky si velice vážím a děkuji za ni, i když zároveň otevřeně přiznávám určitý podíl strachu a respektu z své „editoriální prvotiny“.

Neznáte mě, a proto je na místě se nejprve představit. Jsem Klára Vitoušová, rezident v oboru PLDD, toho času v posledním roce předatestační přípravy. Poslední rok mám navíc tu čest podílet se na spoluvytváření našeho časopisu, konkrétně jeho odborné části.

Při přemýšlení nad tématem tohoto úvodníku mi v mysli ustrnulo především to tolikrát zmiňované ožehavé téma sloučení oborů PLDD a Dětské lékařství do jedné společné specializace. Nemohu se k němu tedy nevyjádřit. Chtěla bych se pokusit vám poodhalit druhou stranu mince, pohled mladého lékaře, který se připravuje na atestaci z oboru, který v průběhu specializační přípravy přestane existovat. Ale zároveň lékaře, který bude muset absolvovat atestační zkoušku přibližně stejného obsahu dvakrát, pokud bude chtít ještě nějakou dobu pracovat v nemocnici, než se vydá privátní cestou. Povím vám tedy příběh ze života o třenici mezi mlýnskými koly.

Absolvent lékařské fakulty se rozhodne pro práci v pediatrickém oboru. Snaží se najít po škole místo v nemocnici na dětském oddělení, protože není zcela jisté rozhodnut, zda už po krátkých třech letech nemocničních zkušenostech zůstat zaměstnán na plný úvazek v ordinaci PLDD, nebo si dokonce vybudovat svoji vlastní praxi. Nikde na pediatrických odděleních v širokém okolí bydliště však nesežene místo pro absolventa a na druhý konec republiky se mu logicky stěhovat nechce. Nakonec se tedy situace vyřeší úspěchem ve výběrovém řízení na rezidenční místo, zapíše se do oboru PLDD a nastoupí na smluvní dětské oddělení k zahájení klinické praxe.

Tři roky utečou jak voda a zbývá poslední rok v ordinaci. Během tohoto roku však dojde ke zrušení oboru PLDD a sloučení pediatrie do jednotného oboru. Samozřejmě, že předatestační příprava pokračuje dál, ví, že bude atestovat řádně dle původního vzdělávacího programu. Nicméně... mít specializaci v oboru, který už neexistuje? To není zrovna pozitivní vyhlídka do budoucna. Vlastně by bylo z pohledu tohoto mladého lékaře „jednodušší“ absolvovat jen jednu atestaci, po které bude mít širší pole působnosti, bude moci ještě několik let pracovat na klinice, získávat zkušenosti jako atestovaný lékař a později, až bude vhodná příležitost, odejít do soukromí. Ty tři roky jsou tak krátké. Neznám snad nikoho z kolegů v obdobné situaci, komu by vadilo se připravovat o rok déle. Však náš obor je tak složitý a široký, nedá se to uspěchat. Samozřejmě, že to není jednoduché, nový vzdělávací program je třeba velice pečlivě promyslet a upůsobit tak, aby byl pro všechny strany co nejefektivnější variantou přípravy budoucího pediatra. Je bezpodmínečně nutné tedy zahrnout i dostatečně dlouhou dobu praxe v ordinaci PLDD, kde se náplň práce diametrálně liší od práce na klinice a jistě se nedá spolehlivě zarýt pod kůži během několika málo týdnů. Také by jistojistě nebylo od věci doplnit program o další specializované obory přímo se týkající naší každodenní práce, které v programu dosud zcela chyběly – dermatologie, ORL, neurologie, RHB apod.

Realita je však taková, že obor PLDD je zrušen již několik měsíců, novela vešla v platnost před pár týdny a nový vzdělávací program světlo světa stále nespátřil, tedy alespoň ne oficiálně. Letošní absolventi fakult neměli zatím ani šanci se do jakéhokoliv pediatrického oboru přihlásit, je tedy dost možné, že vzhledem k nejisté budoucnosti raději zvolili/zvolí jiný obor. Já znám pozadí vzniku samostatného oboru PLDD a chápu touhu po zachování nezávislosti na Pediatrické společnosti i hrdost, s jakou byl obor založen, rozvíjen a zušlechťován. Nicméně, obor je zrušen, pojďme se zamyslet nad tím, co je pro nás pediatrii skutečně důležité. Je to co možná nejlepší postgraduální příprava mladého lékaře, jejímž výsledkem bude kvalitní, dostupná, komplexní a kontinuální péče o dítě. Zkuste se prosím na vteřinku vžít do situace výše zmíněného lékaře. Na sloučení oboru nemusejí být jen samá negativa. Zapomeňme prosím na „žabomyší války“ mezi klinickými a praktickými pediatry. Však je to naše společná budoucnost. Nás a našich malých pacientů. I z jednoho společného oboru můžeme vytvořit fungující systém, který bude možná skutečně ve výsledku jednodušší a efektivnější. Je to o nás, o komunikaci, o spolupráci.

Tyto řádky byly psány s hlubokou úctou k praktické pediatrii, která je mimochodem daleko náročnější, časově, psychicky i fyzicky, než pediatrie klinická (klinik to sám okusí, až zasedne po letech v nemocnici do ordinace PLDD, uvidíte...).

Klára Vitoušová



## Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

**MUDr. Ilona Hülleová**  
předsedkyně SPLDD ČR

**Za námi je horké léto, naplněné krásnými slunečnými dny a poměrně nízkou nemocností dětí. Doufám, že jste si odpočinuli v rámci svých dovolených či zkrácených ordinačních hodin. Zdá se, že před námi je horký podzim. Tentokrát nezávisle na počasí nás čekají dny, kdy jednoznačně zazní naše NE dalším chystaným nevýhodným podmínkám pro naši práci. Jedná se zejména o další navyšování administrativní činnosti, násilnou a nevydiskutovanou elektronizaci zdravotnictví (povinný elektronický recept, EET) a nedohodu v dohodovacím řízení o úhradách pro rok 2018. Neustálým protežováním lůžkové péče dochází k nerovnoměrnému ohodnocení práce lékaře v jednotlivých segmentech, následkem je to, že není dostatek financí k adekvátnímu navyšování pro ambulantní soukromý sektor včetně PLDD.**

Během prázdninových měsíců jsme se věnovali přípravě podzimních vzdělávacích akcí pro PLDD, které jsou zaměřené na aktuální změny v činnosti PLDD. Připravili jsme pro vás v rámci pravidelného cyklu seminářů věnovaných komunikaci 10 odpovědných seminářů, věnovaných v tomto roce elektronické komunikaci v ordinaci PLDD. Semináře budou probíhat v 10 městech po celé ČR a první proběhne 14. 9. v Plzni, poslední 19. 10. v Pardubicích. Kapacita semináře byla již velmi brzy vyčerpána v Brně a taktéž v Praze zbývá posledních pár míst. Semináře mají část věnovanou elektronické komunikaci (především eRp, ale i blížící se EET) a část odbornou. Od 1. 1. 2018 hrozí zavedení povinného elektronického receptu

pro všechny lékaře a od 1. 3. 2018 zavedení EET. SPLDD opakovaně vyjádřilo nesouhlas s povinným zavedením elektronického receptu jako jediné možnosti vystavení receptu pacientovi. Nadále budeme usilovat o zrušení této povinnosti, budeme usilovat o to, aby elektronický recept byl nepovinný.

Vyhodnotili jsme v červenci vaše odpovědi na dotazník, který byl cestou okresních zástupců předán členům po jednání celostátního Sněmu SPLDD. Jednoznačně je vidět, že jen mizivé procento PLDD pracuje s dokumentací pouze elektronicky a je stále velká část PLDD, která vede dokumentaci pouze papírově (viz graf 1).

Z odpovědí členů je patrná masivní podpora a ochota zapojení se do protestních akcí proti chystaným záměrům MZ, politiků a dalších státních orgánů, které ztěžují práci lékařů, zabírají lékaři čas na další administrativní činnosti, a to na úkor času, který by věnovali pacientovi (viz graf 2). Důsledkem je, že hrozí omezení dostupnosti péče PLDD, především ve venkovských oblastech.

7. 6. 2017 proběhlo jednání Koalice soukromých lékařů. Zazněly informace o výsledku dohodovacího řízení o úhradách pro rok 2018, které skončilo většinou nedohodou. Projednávali jsme výzvu Sněmu SPLDD k vyhlášení společných protestů proti na-



### Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Vás srdečně zve na

## XXVI. Celorepublikovou konferenci SPLDD ČR

dne 4. listopadu 2017  
v aule Masarykovy Univerzity, Vinařská ulice, Brno.



růstajícímu direktivnímu zasahování státu do činnosti zdravotnických zařízení. KSL se shodla, že proti současné politice MZ ČR bude postupovat společně.

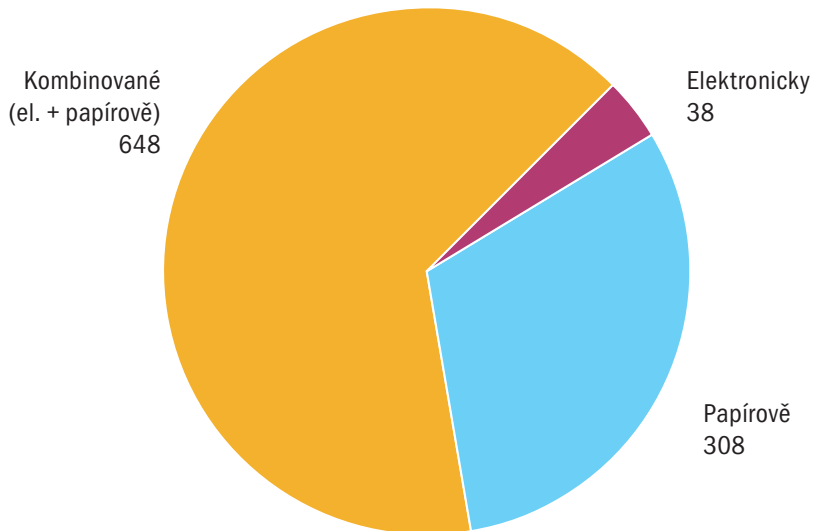
**16. 6. 2017** proběhlo další jednání zástupců SPLDD a OSPDL se zástupci ČPS. Předmětem naší společné schůzky byl zejména návrh nového vzdělávacího programu nově vzniklého oboru Pediatrie.

**30. 6. 2017** a **12. 7. 2017** jednala Sněmovna o návrhu zákona poslance doc. MUDr. Svobody a dalších poslanců, který zavádí zpět do zákona o vzdělávání lékařů obor PLDD. S průběhem jednání jste byli seznámeni prostřednictvím našich webových stránek, na kterých jsou zveřejněny i komplexní záznamy jednání PSP. Návrhem zákona se bude zabývat garanční zdravotní výbor sněmovny.

**18. 7. 2017** jsem se zúčastnila v dopoledních hodinách jednání Stálé komise Senátu pro rozvoj venkova. Předmětem jednání byl zájem starostů z venkovských oblastí řešit problém dostupnosti zdravotní péče na venkově. Diskuse byla poměrně obsírná a potvrdil se nedostatek lékařů, kteří jsou schopni za současných podmínek pracovat ve venkovských oblastech. Řešení problému je ovšem v nedohlednu.

**18. 7. 2017** se uskutečnila na MZ schůzka předsedkyně SPLDD a OSPLD s ministrem Ludvíkem. Jednání se zúčastnil i náměstek ministra prof. Prymula. Hovořili jsme o zrušeném oboru PLDD, o vzdělávacím programu nového oboru Pediatrie, o nedostatku informací o dalším vzdělávání v pediatrii pro zájemce o tento obor. Upozornila jsem pana ministra na rizika zavádění elektronického receptu jako jediné možnosti vystavení předpisu léků od 1. 1. 2018 a z možných negativních dopadů tohoto kroku. Naše obavy na možné negativní dopady na práci PLDD, na síť poskytovatelů v oboru PLDD

## Vedení zdravotnické dokumentace



Graf 1 Vedení zdravotnické dokumentace

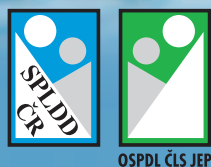
## Účast okresů na protestech



Graf 2 Účast okresů na protestech

pan ministr nesdílel. Nemá obavy, že se lékaři „nenaučí“ pracovat s elektronickým receptem. Prováděcí vyhlášku, kterou má MZ specifikovat možné výjimky z elektronického receptu, jsme dosud neviděli.

**17. 7. 2017** proběhlo další jednání Koalice soukromých lékařů, jediným bodem programu byl společný postup v protestních akcích.





## Informace SPLDD

### ■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 7. 6. 2017

Přítomni: dr. Hülleová, dr. Jojko, dr. Kudyn, dr. Chrz, dr. Tautermann  
Omluveni: dr. Šmatlák, dr. Houbá

#### 1. DŘ pro rok 2018

- Zástupci KSL se vzájemně informovali o výsledcích II. kola dohodovacího řízení o úhradách zdravotní péče v roce 2018. SPLDD ČR – nedohoda, SAS ČR – nedohoda, ČSK – dohoda, ale pouze proto, že bylo nutné ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami vyřešit situaci, která nastane v polovině příštího roku, kdy začne platit zákaz Evropské komise používat amalgám pro těhotné a kojící ženy a děti do 15 let.

#### 2. Výzva Sněmu SPLDD

- Zástupci Koalice diskutovali o výzvě Sněmu SPLDD ČR, ve které se jeho účastníci obracují na ostatní organizace KSL s výzvou k vyhlášení společných protestů proti narůstajícímu direktivnímu zasahování státu do činnosti zdravotnických zařízení. Výzva koresponduje s názory ostatních zástupců KSL. SAS ČR již projednalo návrh dalšího postupu proti MZ ČR, ČSK zahájila svou kampaň „zubařské neposlušnosti“ pod názvem Klapačka v listopadu loňského roku a SPLDD ČR je také připraveno se k protestům připojit. KSL se shodla, že proti současné politice MZ ČR bude postupovat společně. Protestní akce zahájí po skončení dohodovacího řízení tiskovou konferencí s výzvou k MZ ČR. Pokud nebude ministerstvo na výzvu reagovat, naplánuje protesty na konec září. Je třeba se shodnout na zásadních tématech protestních akcí tak, aby zahrnovala problémy všech organizací KSL.

#### 3. Různé

- Na žádost KSL o zaslání aktuálních dat, o kterých hovořil náměstek Philipp na setkání s KSL, obdržela Koalice data AK DŘ. Na zaslání informací MZ ČR nebude KSL zatím reagovat.
- Bod programu „Dlouhodobé ošetrovné“ byl přesunut na příští jednání, až bude

přítomen jeho předkladatel – zástupce SPLDD ČR.

Termíny dalších jednání KSL – 18.30, Apolenka, středa 19. 7. 2017  
V Praze dne 14. 6. 2017  
Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

### ■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů 19. 7. 2017

Přítomni: dr. Hülleová, dr. Šonka, dr. Jojko, dr. Kudyn, dr. Chrz, dr. Houbá, dr. Tautermann  
Omluveni: dr. Šmatlák

#### 1. Společný postup v protestních akcích

- Členové KSL se shodli na společné potřebě vyjádřit veřejně nespokojenost se současnou situací ambulantního sektoru.
- Prvním krokem bude společná tisková konference, jejímž nosným tématem bude potřeba systémových změn v řízení a financování zdravotnictví, odpor proti systematické snaze MZ o likvidaci soukromého zdravotnictví.

Další témata budou:

1. Nežádoucí nárůst administrativní zátěže.
2. Nesouhlas s povinnou e-preskripcí, EET.
3. Úhrady v roce 2018 a dále nesouhlas s protežováním lůžkových zařízení ze strany MZ, nesouhlas s úhradou některých výkonů pod úrovní jejich nákladů.
4. Odpor likvidaci PLDD.
5. Obhajoba svobodného výkonu lékařského povolání bez pro pacienty nežádoucího vlamování se státu, úředníků a politiků do vztahu mezi lékařem a pacientem (nejčastěji formou nuceného e-health).

Každé z témat bude vyloženo z hlediska krátkodobých a dlouhodobých cílů jednotlivých organizací.

- Dalším krokem bude některá forma občanské neposlušnosti – přerušení nebo jiná forma omezení provozu. Do příštího jednání KSL si jednotlivé organizace uvnitř projednají své možnosti, navrhnou její formu.

V Praze dne 19. 7. 2017  
Zapsal MUDr. Zorjan Jojko

### ■ Svaz zdravotních pojišťoven navrhuje dvě složky pojistného

Svaz zdravotních pojišťoven navrhuje dvě složky pojistného, z nichž výši jedné složky by stanovily samy pojišťovny. Mělo by to zajistit větší konkurenci mezi pojišťovnami, motivovat klienty pečovat o zdraví a umožnilo by to i nadstandard. Svaz, který sdružuje šest pojišťoven s asi 4,4 milionu klientů, o tom dnes informoval v tiskové zprávě. Stanovisko Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), která není členem sdružení, ČTK shání. Možnost dvousložkového pojistného navrhol v roce 2013 ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09), pojistné je nyní ale stále jednosložkové.

Ročně platí každý pracující do systému zdravotního pojištění asi 27 000 korun. Pojišťovny navrhují, aby si částku pro ty, za něž pojistné neplatí stát, mohly stanovit samy. Úroveň poskytovaných služeb by zůstala pro všechny pojištěnce stejná, navíc by měli možnost připlatit si za péči nad rámec standardu.

Podle předsedy svazu Ladislava Friedricha by pojišťovny byly nuceny lépe hospodařit, aby mohly nabídnout klientům nižší pojistné. „Optimalizací výdajů zdravotních pojišťoven bychom mohli docílit úspor v systému, což by znamenalo i více prostředků na nákladnou léčbu, která představuje stále větší část výdajů na zdravotní péči,“ dodal.

Novelu zákona, která by dvousložkové pojištění zavedla, připravoval již bývalý ministr Heger. Kvůli pádu vlády premiéra Petra Nečase (ODS) ale návrh nebyl schválen. V jeho návrhu by se druhá složka pojistného odvíjela od výdělku občana, státní pojištěnci by ji neplatili.

Celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění jsou letos plánovány na 276,59 miliardy korun, výdaje by měly být o 23,5 milionu nižší. Podle svazu by mohlo být dvousložkové pojištění jedním z kroků, jak snížit riziko deficitu systému.

Zdroj: [www.mediprofi.cz](http://www.mediprofi.cz), ČTK, 2. 6. 2017



## Obor PLDD

Na zasedání Poslanecké sněmovny dne 30. června 2017 předložil dle svého slibu poslanec doc. MUDr. Bohuslav Svoboda návrh k otevření již schválené novely zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře. V návrhu doporučuje Poslanecké sněmovně zařadit zpět do zákona obor Praktické lékařství pro děti a dorost jako obor základní, který byl jako jediný zrušen. V době hlasování o tomto návrhu (pátek ve 12:22 hod.) nebyla poslanecká sněmovna usnášeníschopná – z 200 poslanců bylo přítomno jen 60. Uvádíme vyjádření poslanců dle stenozápisu, kteří se k tomuto návrhu přihlásili do rozpravy.

### ■ Poslanecká sněmovna, 30. června 2017

Návrh poslance Bohuslava Svobody a dalších na vydání zákona, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (sněmovní tisk 1086) – první čtení podle § 90 odst. 2 (navrženo, aby PSP ČR s návrhem zákona vyslovila souhlas již v prvním čtení).

#### Poslanec Pavel Antonín (zpravodaj):

Je gynekolog, považuje za nesmyslné, aby byly pediatrie a PLDD oddělené obory – podle něj stejně nesmyslné, jako by se oddělovaly preventivní gynekologie a operační a porodnická gynekologie.

Pavel Antonín nesouhlasí s návrhem na změnu zákona a především s tím, aby byl projednáván podle § 90.

#### Obecná rozprava

**Roman Sklenák** (s přednostním právem předsedy poslaneckého klubu ČSSD): Stanovisko vlády k tomuto návrhu je negativní. Podle jejího názoru je tento návrh v rozporu s právem Evropské unie.

Roman Sklenák jménem dvou poslaneckých klubů (ČSSD a ANO 2011) navrhl, aby tento zákon nebyl projednán podle § 90 odst. 2.

#### Ludvík Hovorka

V oboru PLDD působí 2 000 lékařů. Je to jeden z největších oborů. A proto mě velmi překvapilo, že ta novela zrušila jen tento

jeden jediný vzdělávací obor, který má velmi dobrý zvuk v celé Evropě. Zástupci lékařů z Evropské unie na jednáních často pokládali péči o děti v terénu u nás za velmi dobrou a zvažovali možnost, že by v Evropské unii byl také samostatný obor praktický lékař pro děti a dorost.

Ludvík Hovorka podporuje návrh na změnu zákona.

#### David Kasal

Vynadal poslancům KDU-ČSL, že vůbec připustili tento bod na jednání PSP, když nebyl projednán grémiem. Obor PLDD nikdo nezpochybnuje, ale jde o vzdělávání.

Důsledkem toho, že se kdysi rozdělilo vzdělávání pediatrií a PLDD, je, že každá skupina má jiné postupy pro léčbu například močových infekcí nebo jiných záležitostí. Je to správná cesta, jak máme pečovat o naše pacienty? Je to správné i z odborného hlediska? Myslím si, že určitě ne.

Ze 2 000 PLDD je pouze 258 (číslo z IPVZ), kteří za těch čtrnáct let byli tímto způsobem vzděláni. Zbytek byl vzdělán jednotným vzděláváním v pediatrii a tento zbytek drží kvalitu péče o dítě.

Lékaři vzdělání podle oboru PLDD nemohou sloužit LSPP – zbude tato povinnost pouze na nemocniční lékaře?

Pediatři, kteří nejsou údajně „vzdělání“ pro PLDD, si mohli podle návrhu ministerstva zdravotnictví dělat kurs z peněz EU. Nyní podle návrhu dr. Cabrnachové z IPVZ návrh, aby si jej platili za 120 000 Kč měsíčně.

Zpochybnil, že se PLDD kvalitně starají o děti ve zdraví – do nemocnice k němu navzdory preventivním prohlídkám přicházejí např. děti s 20stupňovou skoliózou.

David Kasal navrhuje zamítnout návrh v prvním čtení.

#### Jaroslav Krákora

Pediatric je jen jedna. Za 36 let své kariéry dělal dopoledne na oddělení a odpoledne v ambulanci.

Funkcionářka „svazu praktických lékařů pro děti a dorost“ lže v tom, že nemocniční lékaři neumí vůbec očkování. Očkovací program, očkovací kalendář, to jsou dvě stránky formátu A4, které se vůbec není třeba učit, můžete to mít před sebou, stejně se to neustále mění. Nebo že nemocniční lékaři neumí psychomotorický vývoj, to je také lež.

Jaroslav Krákora podpořil návrh Kasala na zamítnutí návrhu v prvním čtení.

#### Jiří Štětina

Nestydí se za to, že dokáže změnit názor a přiznat to. Při projednávání původní novely zákona o vzdělávání hlasoval pro jednotnou pediatrii. Nyní už o tom není přesvědčen. Jako mají svou atestaci všeobecní lékaři, dejme tu možnost i PLDD jako samostatnému oboru v terénu.

A ať se nemocniční a praktičtí pediatři navzájem nenapadají, že jedni něčemu rozumějí a druhí ne.

Jiří Štětina změnil svůj původní názor a podpořil návrh, aby oba obory existovaly vedle sebe v symbióze.

#### Bohuslav Svoboda

Pojďte se zkusit dívat na tu medicínu moderníma očima. Pořád se vracet k něčemu historickému je špatně, říkat, že jsme byli špatně vzděláváni, dobře vzděláváni, že to bylo lepší, horší... Pojďme si říct: hledáme lepší cestu. A já jsem přesvědčen, že lepší cesta je v tom, že budeme mít skutečně skupinu lékařů, která je primárně zaměřena na to, že se bude starat o ambulantního dětského pacienta. Je to úplně jiné rozhodnutí, než se rozhodnout: půjdu do nemocnice a budu tam pracovat na jednotce intenzivní péče ve dne v noci se všemi problémy, které to má.

A nezapomeňte také, jak velké procento lékařek máme v oboru dětského lékařství a pediatrie vůbec a jak velké procento těch lékařek není schopno se rozhodovat na začátku pro něco, čemu vy říkáte velká medicína, ale dovedou dobře dělat tu každodenní práci, kterou my, co jsme dělali velkou chirurgii, bychom si asi taky nevybírali. (Potlesk poslanců ODS.)

#### David Kasal

Chtěl mít fakt praktika stříhu Německa, stříhu Rakouska nebo Švýcarska. Běžte se podívat, jak vypadají ordinace v pátek ve 12 hodin. Na praktika nenarazíte.

#### Jana Hnyková

Překvapilo ji, že přijetím pozměňovacího návrhu při schválení původní novely nic kromě PLDD nezredukovali.

Jana Hnyková proto podporuje návrh na existenci oboru PLDD.





### **Pavel Antonín**

Podivil se, že když se konečně Sněmovna (o což on prý usiloval celá léta) konečně věnovala pozornost vzdělávání lékařů a něco koncepčně rozhodla, už někdo vytrhává věci z kontextu a chce je měnit.

### **Zbyněk Stanjura**

Ohradil se prostřednictvím předsedajícího proti urážkám poslance Kasala na adresu PLDD, zpochybnul, že Kasal si v pátek objednal všech 2 000 ordinací a kontroloval dodržování ordinací doby, aby mohl tvrdit to, co tvrdí.

Postup Kasala (a nepřímo i Krákory) označil za pýchu a aroganci, s jakou jdou proti celé jedné velké skupině lékařů.

Zbyněk Stanjura podpořil návrh zákona.

### **David Kasal**

Tvrdí, že odmítavý postoj k oboru PLDD má i Evropská pediatrická společnost.

A že si ordinace praktiků skutečně objížděl a že stejný názor na to, že v pátek ve 12 hod. už nejsou v ordinacích, má i řada primářů.

### **Ludvík Hovorka**

PLDD má vzdělávání částečně více zaměřeno na péči v terénu, protože on je v ordinaci sám a musí se rozhodovat rychle. Nemá za sebou ten tým, který je v nemocnici, nemá ani ty přístroje, které jsou v nemocnici. Zdravotní systém by měl nastavit rozdělení kompetencí: to, co je v kompetenci PLDD a obecně PL, se vyřeší v jeho ordinaci. A teprve to, co vyřešit nemůže, protože prostě k tomu nemá ty podmínky, tak se odesílá do nemocnice. A to je systém úsporného fungování zdravotního systému.

Návrh, aby byl tento zákon přikázán zdravotnímu výboru a zkrácena lhůta na projednání na 12 dnů.

### **Jiří Štětina**

Řešme raději to, že kdo dostává kapitační platbu, měl by se starat o své pacienty možná až 24 hodin. Není možné, aby jejich tzv. stavovské organizace nebo jejich sdružení říkaly, že to je v rozporu se zákonem. Není to v rozporu se zákonem. Žádný zákon nestanoví, že pracovní doba je u lékařů s kapitační platbou od-do.

Takže ponechme oba obory s jejich vlastním vzděláváním a raději řešme, jak zavést do zdravotnictví pořádek.

### **Miroslav Opálka**

Pracovní doby v ambulancích se podle dat projednávaných na správním radě VZP opravdu začaly zkracovat. Zvažovalo se,

zda řešit finančně postihem anebo nakonec vyhrál bonus. To znamená, že ti, kteří budou prodlužovat svoji provozní dobu, tak budou mít lepší financování za body.

Značný problém je navíc se zajištěním návštěv pacientů v místě bydliště.

### **Bohuslav Svoboda – ze závěrečného slova navrhovatele:**

„Proto říkám, že nechat vzniknout primární péči jak nějaký odpad, jako nějakou část od té celé pediatrie není dobré. Věřte mi, že vím, o čem mluvím, protože my to v gynekologii máme. Gynekologie má svoji ambulantní složku a má svoji složku nemocniční, vzděláváme se stejně a máme to tedy tak, že já vychovávám toho lékaře, a v okamžiku, kdy udělá atestaci, tak mi řekne, já bych si vzal dva dny v ambulanci. A po půl roce přijde a řekne, a já bych ty zbývající dny, co mám ve špitále, zrušil. A je to prostě proto, že to je výchova, která nebyla k něčemu zaměřena. Vzdělání, o kterém hovořil kolega Kasal, vaším prostřednictvím, které bylo staré, bylo vzdělání dvoustupňové, které říkalo: když máš jedničku, můžeš být jenom v terénu, když máš dvojku, můžeš být vedoucí pracovník v nemocnici. To se primárně rozčlenilo a pak už jste to nemohli dál míchat. My to dneska nemáme, máme to vzdělání jedno, a proto také v některých věcech potřebujeme od sebe oddělit to, co je péče lůžková, a to, co je péče ambulantní.

Ale znovu se vracím kruhem, každý řečník se má kruhem vrátit k tomu, kde začínal, vracím se k tomu, nerozhodujeme politický boj mezi stranami, mezi nějakými osobními zájmy, protože ať chcete, nebo nechcete, v každém to jednání vevnitř někde je, něco, co je váš vnitřní názor, a to je většinou vnitřní zájem, rozhodujeme o tom, jaká bude péče o naše děti. A to je to, co bych chtěl, aby jediné bylo na stole. Všechny ostatní argumenty, co, kdo, jak, kde, to není podstatné. Hledejme optimální řešení a hledejme ho perspektivně s tím, že medicína skutečně bude – co bude?! Je jiná, než byla, a že i to vzdělávání musí být jiné a že i určitá specializace v této tak zdánlivě podobné věci, jako je děčkař v nemocnici a děčkař v terénu, je zásadní a závažná a pro naše děti prospěšná.“ (Potlesk poslanců ODS.)

### **Pavel Antonín – závěrečné slovo zpravodaje**

Dítě, které přijde k pediatrovi v ambulanci, je stejně nemocné jako dítě, které přijde nemocné do nemocnice. Ten lékař, který ho ošetřuje, má mít jeden systém vzdělávání,

který ho připraví na to, jak o to dítě pečovat. Ne jiný s jedním kulatým razítkem a druhý s druhým kulatým razítkem, který se bojí o to razítko nyní přijít. To si myslím, že je zcela zásadní a všichni byste to měli pochopit.

Jsou státy, kde pediatr, a blízké státy německy mluvící kolem nás, je specialista jeden v celém okrese, který konzultuje speciální pediatrická onemocnění, a taková ta běžná základní setkávání se se zdravotníkem jsou setkávání se s rodinným lékařem; a teprve potom je nemocniční péče. I takto může vypadat pediatrie.

Já jsem rád, že u nás funguje tak, jak je a jsem za to šťastný. Nepřipadá mi, že to, co odejde z nemocnice do ambulance, je odpad. Připadá mi, že by to spojení mezi nemocnicí a terénem mělo jednou provždy zůstat, neměly by se mu klást překážky a neměly by se mezi nimi vykopávat příkopy.

Návrhy k hlasování:

Projednat návrh zákona podle § 90 a schválit jej hned v prvním čtení.

Projednat návrh zákona podle § 90 a zamítnout jej hned v prvním čtení.

Projednat návrh zákona ve výborech ve zkrácené době 12 dní.

Projednat návrh zákona ve výborech v době 30 dní.

Protože Poslanecká sněmovna nebyla usnášeníschopná, jednání přerušeno do úterý 11. 7. do 14.00 hodin.

## **■ Kvalifikace dětských lékařů**

**Novela zákona o vzdělávání lékařů, která nabude účinnosti 1. července, ruší základní obory dětské lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost (PLDD) a zavádí nový obor pediatrie. Obory mají nyní společný tříletý základ. Praktické lékařství pro děti a dorost má čtvrtý rok na akreditovaném pracovišti a zahrnuje kursy managementu primární praxe, očkování, antibiotické léčby či zaměřené na rizikové chování dospívajících. Administrace probíhá na IPVZ a lékaři s touto atestací nemohou pracovat na lůžkových odděleních. Dětský lékař tráví čtvrtý a pátý rok na akreditovaném nemocničním oddělení, administrace probíhá přes lékařské fakulty a atestovaný lékař nemůže pracovat v ambulancích. V rozhovoru pro MT se ke změně vyjádřil ředitel IPVZ MUDr. Antonín Malina, Ph.D., MBA.**



### **Jak se změna dotkne vzdělávání lékařů?**

Podle nového zákona bude jen jeden základní obor pediatrie a lékaři, kteří získají v tomto oboru specializovanou způsobilost (složí atestaci z pediatrie), budou formálně moci pracovat jak na lůžkovém oddělení, tak v primární péči. Jak to bude ve skutečnosti, se ukáže nejdříve v roce 2023, kdy mohou teoreticky atestovat z pediatrie první lékaři. Vzhledem k odlišnému a především zcela samostatnému výkonu práce lékaře v primární péči můžeme očekávat zvýšené požadavky na lékaře, kteří budou působit jako registrující praktičtí lékaři pro děti a dorost a samostatně pracovat ve vlastním zdravotnickém zařízení.

### **Jedním z důvodů pro změnu byla potřeba lékařů jak na dětských odděleních v nemocnicích, tak v primární péči. Přinese nový zákon pro tento problém řešení?**

Jak bude vypadat situace v roce 2023, to je otázka, na kterou dnes neumíme dost přesně odpovědět. Lékaře se specializovanou způsobilostí jak na dětských odděleních, tak v primární péči potřebujeme však již dnes. Nedostatek kvalifikovaných lékařů na dětských odděleních nemocnic je v některých případech vážný, když podstatnou část péče poskytují lékaři před atestací. Otázkou je často uváděný nedostatek lékařů pro děti v primární péči. Ve skutečnosti chybí lékaři jen výjimečně, obavy ale vzbuzuje jejich vysoký věkový průměr. V oboru praktické dětské lékařství v posledních několika letech atestuje a v dalších letech bude atestovat dostatek mladých lékařů k tomu, aby nahradili lékaře odcházející do důchodu, zvláště když vezmeme v úvahu početně slabší ročníky dětí.

**Při projednávání novely byla často zmiňována možnost lékařů z nemocnic přejít do primární péče. Dnes musí takový lékař složit atestaci z oboru praktické lékařství pro děti a dorost, což je některým starším lékařům působícím v nemocniční pediatrii dlouhá léta proti mysli. Zlepší se podmínky**

### **pro tzv. prostupnost, tedy pro to, aby dětské lékaři z nemocnic mohli přejít do primární péče a naopak?**

Nový zákon skutečně přináší řešení pro lepší tzv. prostupnost. V přechodných ustanoveních zákona je uveden kvalifikační kurs, po jehož absolvování se lékaři s atestací v dětském lékařství považují za lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Je to v zákoně překvapivá novinka, poprvé a jedině v tomto případě lze získat specializovanou způsobilost jinak než několikaletou přípravou a atestační zkouškou. Poněkud nás překvapilo, že prostupnost na opačnou stranu, tedy z praktického lékařství pro děti a dorost do oboru dětské lékařství v zákoně umožněna není.

### **Kdy vznikne uvedený kurs a kde bude probíhat?**

Institut pro postgraduální vzdělávání lékařů na výzvu Ministerstva zdravotnictví ČR zmíněný kurs již připravil. IPVZ jako jediná vzdělávací instituce dnes zajišťuje postgraduální specializační vzdělávání v oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Kurs vznikl ve spolupráci kateder praktického dětského lékařství, pediatrie, dorostového lékařství, hygieny a epidemiologie a ve spolupráci s Českou vakcinologickou společností ČLS JEP.

### **Jak bude kurs dlouhý a jaký bude jeho obsah?**

Kvalifikační kurs se skládá ze tří měsíců praxe v akreditované ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost a z teoretické výuky v rozsahu deseti kalendářních dnů. Teoretickou výuku zajistí IPVZ ve svých učebnách. Akreditované ordinace praktických lékařů pro děti a dorost se dnes podílejí na specializační přípravě lékařů před atestací z PLDD. Mladí lékaři zde nyní tráví poslední ze čtyř let specializační přípravy. Lékaři školitelé jsou zkušení lékaři působící v primární péči mnoho let. Odborná společnost praktických dětských lékařů pro ně v úzké spolu-

práci s katedrou IPVZ již řadu let připravuje systematické celoživotní vzdělávání.

### **Jaký je obsah teoretické výuky?**

Teoretická výuka v kvalifikačním kursu je zaměřena pouze na znalosti a dovednosti, se kterými se pediatr na lůžkovém oddělení prakticky nesetkává. Přední lektori, kteří s IPVZ dlouhodobě spolupracují, budou přednášet o očkování, posudkové činnosti, epidemiologii, řízení soukromé praxe, racionální antibiotické terapii, rizikovém chování v době dospívání, metodách rychlé diagnostiky v primární péči či o organizaci a naplnění preventivních prohlídek.

### **Jaké jsou náklady na kvalifikační kurs?**

Kvalifikační kurs bude připraven v rámci běžné činnosti IPVZ a nepředstavuje žádné mimořádné náklady. Teoretická výuka bude probíhat ve standardních učebnách IPVZ, využijeme v převážné většině vyučující, kteří se podílejí na jiných vzdělávacích akcích, například teoretických kursech v rámci předatestační přípravy lékařů.

Praxe bude probíhat v akreditovaných zdravotnických zařízeních, soukromých praxích praktických lékařů pro děti a dorost. Předpokládáme, že financování praktické části bude probíhat v režimu srovnatelném s režimem rezidenčních míst.

### **Někteří kritici hovoří o nebezpečí exodu lékařů z nemocnic do primární péče, obáváte se tohoto vývoje?**

O možnosti odchodu významné části lékařů z dětských oddělení do soukromých ordinací primární péče se hovoří od samého počátku projednávání návrhu na zrušení obou oborů a vytvoření jednoho oboru společného pro primární, sekundární i terciární péči. Nemáme zatím přesné informace, takže můžeme pouze spekulovat o tom, do jaké míry se obavy naplní.

Zdroj: [www.tribune.cz](http://www.tribune.cz), 29. 5. 2017

Pro VOX připravil:  
MUDr. Ctirad Kozderka

## **Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR**

**a OSPDL ČLS JEP** si vás dovolují pozvat na odborné semináře v roce 2017. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30 hodin. Vzdělávací akce jsou pořádány dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a jsou ohodnoceny 2 kredity. Odborný garant: MUDr. Natália Szitányi, MUDr. Bohuslav Procházka

**5. 10. 2017**

**Aktuality v problematice ORL – chirurgie nosní a krční mandle**

**MUDr. Tomáš Fořt, CSc., FORTMEDICA s.r.o., Praha**



OSPDL ČLS JEP



## Právní rubrika

### ■ **Dodatečné doplňování lékařských zpráv**

**Má pacient právo žádat po lékaři, aby dodatečně doplnil údaje v lékařské zprávě nebo v ní něco neuvedl?**

**Dotaz:** *Jak řešit žádost pacienta o dodatečné doplňování zpráv, což se vyskytuje zejména v rámci bojů o různé výhody či nevýhody (důchody, průkazky, pracovní úrazy, řidičské průkazky)? Má pacient právo žádat po lékaři, aby něco ve zprávě neuváděl, popřípadě aby něco do zprávy dodatečně doplnil?*

**Odpovídá JUDr. Ondřej Dostál, specialista na zdravotnické právo mezinárodní advokátní kanceláře PwC Legal.**

Vedení zdravotnické dokumentace i vydávání lékařských zpráv je regulováno zákonnými pravidly, která nepřipouštějí prostor pro úvahy typu „toto uvedeme a tamto zamličíme“. Pravidla nalezneme v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a v prováděcí vyhlášce o zdravotnické dokumentaci. Vydávání lékařských zpráv dále podléhá obecným předpisům o nakládání s osobními údaji, v současnosti jde o zákon č. 101/2000 Sb., po 25. květnu 2018 nás pak čeká nové evropské nařízení o ochraně osobních údajů č. 2016/679 (tzv. „GDPR“), které bude přímo upravovat zpracování osobních údajů i ve zdravotnictví a s jehož porušováním budou spojeny mnohem přísnější sankce, než tomu bylo do této doby.

Dle § 54 odst. 2 zákona o zdravotních službách musí být zdravotnická dokumentace vedena průkazně, pravdivě, čitelně. Podle odst. 4 se pak opravy zápisů ve zdravotnické dokumentaci provádějí novým zápisem. Zápis se opatří uvedením data opravy. Původní zápis musí zůstat čitelný. V doplnění nebo opravě zápisu ve zdravotnické dokumentaci na žádost pacienta se uvede datum a čas provedení zápisu a poznámka, že jde o opravu nebo doplnění na žádost pacienta; zápis se opatří podpisem pacienta a zdravotnického pracovníka, který jej provedl. To však rozhodně neznamená, že by si pacient mohl vybírat, co bude uvedeno v dokumentaci či lékařské zprávě. Ustanovení o doplněních či opravách nemá za účel popřít

zásadu „průkazně, pravdivě, čitelně“, slouží naopak k uvedení případných nesprávností na pravou míru. Pokud pacient například trpí poruchou spojenou s abúzem alkoholu, což bylo *lege artis* zjištěno, nemůže požadovat, aby to bylo z dokumentace vymazáno a aby se to neobjevilo v případném posudku. Pokud však pacient-abstinent upadl při manipulaci s lahvevi líkéro, pořezal se, dostal se páchnoucí alkoholem na pohotovost a lékař mylně zaznamenal do dokumentace, že je pacient opilec, musí být takový záznam opraven a v případných lékařských zprávách nemůže figurovat – ne však proto, že by si to pacient vyžádal, ale proto, že *a priori* nebyl pravdivý.

Právní úprava doposud explicitně neřeší právo na výmaz osobních údajů ze zdravotnické dokumentace. Vzhledem k výše uvedené povinnosti zaznamenat opravy a ponechat původní záznam čitelný je ale zřejmě, že právo na úplný výmaz osobních údajů není možné. Po účinnosti GDPR od května 2018 lze však předpokládat, že pacient bude moci požadovat úplné odstranění (nikoliv jen viditelnou opravu) těch citlivých údajů, které byly zaznamenány protiprávně.

Lékař jednoznačně nemůže uvádět nepravdivé údaje. Ve vztahu k účelu, pro které je daná lékařská zpráva vyhotovena, má pacient maximálně právo, aby byly uvedeny takové osobní údaje, které jsou pro posouzení zdravotního stavu nezbytné. Pacient ovšem může spravedlivě požadovat, a případný správní orgán by i měl vyžadovat, aby lékařská zpráva byla úplná a neopomenula některé pravdivé skutečnosti, které jsou pro správné posouzení věci nezbytné.

Pro úplnost je třeba upozornit na problém záznamů o péči či vyšetřeních, která si pacient nevyžádal a k jejichž provedení lékař neopravňovala ani žádná výjimka v zákoně pro péči bez souhlasu. Může jít například o laboratorní testy u pacienta, který přišel na vyšetření s nemocí A, laboratoř však rutinně dělá i testy na nemoci či stavy B, C, D, které si pacient neobjednal, které nesouvisí s odsouhlasenou léčbou nemoci A, nebo u kterých dokonce pacient aktivně nechce, aby byly vyšetřovány. Uchovávaní záznamů o výsledcích takových vyšetření,

provedených neoprávněně, by mohlo být vnímáno jako neoprávněné zpracování osobních údajů, neboť nebude kryto výjimkou pro zdravotnickou dokumentaci dle platného zákona č. 372/2011 Sb. ani dle připravované GDPR.

*Zdroj: www.tribune.cz, 15. 5. 2017*

### ■ **Musí být v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost zaměstnána i zdravotní sestra?**

Požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb specifikuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb. Na dotaz odpovídá advokátní kancelář PwC Legal.

**Dotaz:** *Je nutné při provozu ambulance PLDD mít zaměstnanou vystudovanou zdravotní sestru, nebo je možné zaměstnat vysokoškolsky vzdělanou osobu (biochemie) na pozici recepční/asistent a provozovat ambulanci bez zdravotní sestry v případě, že veškeré medicínské výkony – injekce, odběry atd. bude provádět lékař?*

**Odpovídá Vendula Mezeiová z mezinárodní advokátní kanceláře PwC Legal.**

Pro udělení povolení k poskytování zdravotních služeb dle § 16 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, se vyžaduje splnění požadavku na personální zabezpečení poskytovaných zdravotních služeb.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb pak tyto minimální personální požadavky specifikuje.

Dle § 1 písm. a) jsou požadavky na minimální personální zabezpečení ambulantní péče stanoveny v příloze č. 1 k této vyhlášce. Dle přílohy č. 1, část I.A platí, že je-li poskytována ambulantní zdravotní péče výhradně dětem, je zabezpečena lékaři a pracovníky nelékařských zdravotnických povolání se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí v oborech zaměřených na péči o děti.

Část I.B.1 dále stanoví, že v případě lékařského oboru č. 1.42 Praktické lékařství pro děti a dorost je tento minimální požadavek



na personální zabezpečení poskytování zdravotních služeb:

- praktický lékař pro děti a dorost a
- dětská sestra, všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent, pokud je poskytována ošetrovatelská péče.

Tento požadavek je ovšem minimální. Vyhláška stanoví, že zabezpečení zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky nad rámec stanovených požadavků závisí na druhu a objemu poskytované zdravotní péče, oboru a spektru prováděných výkonů a činností tak, aby byla zajištěna kvalita, bezpečí a dostupnost zdravotní péče.

Je-li tedy v provozu ambulance poskytována ošetrovatelská péče, musí být k dispozici

výše uvedený personál. Zároveň v souvislosti s úkony, které může tento personál vykonávat, je třeba splnit podmínky vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, a to zejména stanovených v § 54 až 67 pro zdravotní sestry. Mimoto musejí být dodrženy i podmínky vzdělání stanovené zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

Bohužel se jedná o zcela konkrétní a komplexní právní otázku, na jejíž komplexní a konkrétní odpověď zde není adekvátní prostor.

*Zdroj: www.tribune.cz, 19. 4. 2017*

### ■ Povinnost vystavování omluvenek pro školu ze strany lékařů – nekončící příběh

Vzhledem ke stále se opakujícím dotazům se opět vyjadřuji k této problematice. Stále platí, že lékař (poskytovatel zdravotních služeb) nemá právními předpisy uloženu povinnost vystavovat žákům či studentům omluvenky, potvrzovat žákům omluvné listy, dávat na ně razítka apod. Tedy tuto činnost dělat nemusí.

Jiná situace je u zaměstnanců, kde zákon č. 187/2006 Sb. výslovně ukládá povinnost zaměstnanci vystavit potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti (žádné podobné ustanovení pro žáky či studenty neexistuje).

Mgr. Jakub Uher

## SÚKL – Kortikosteroidy k injekčnímu podání – kontraindikace u pacientů alergických na bílkoviny kravského mléka

SÚKL informuje, že přípravky obsahující stopy bílkovin kravského mléka budou nahrazeny přípravky bez těchto bílkovin.

Farmakovigilanční výbor (PRAC) doporučil kontraindikaci injekčních přípravků s methylprednisolonem obsahujících laktózu a potenciálně také stopy bílkovin kravského mléka u pacientů se známou nebo suspektní alergií na bílkoviny kravského mléka.

Dále je doporučeno pozastavit léčbu alergických reakcí methylprednisolonem v případech, kdy se obtíže zhoršují nebo se objeví nové alergické příznaky.

Držitelé rozhodnutí o registraci injekčních léčivých přípravků obsahujících methylprednisolon a laktózu mají zajistit, aby laktóza nadále nebyla v těchto přípravcích obsažena.

Tato doporučení jsou výsledkem přehodnocení, které objevilo, že laktóza získaná z kravského mléka může způsobit přítomnost stopového množství bílkovin kravského mléka v přípravcích, kde je obsažena, a to může vést k reakci u pacientů alergických na tyto bílkoviny. To má mimořádný význam u pacientů léčených pro alergickou reakci, vzhledem k tomu že tito pacienti jsou zvláště náchylní k rozvoji nových alergických reakcí. V těchto případech může být obtížné rozpoznat, zda jsou pacientovy obtíže způsobeny

novou alergickou reakcí vyvolanou přípravkem s methylprednisolonem obsahujícím laktózu, nebo zhoršením původní příčiny. To může vést k podání další dávky methylprednisolonu, což zapříčiní další zhoršení pacientova stavu.

Alergie na bílkoviny kravského mléka se vyskytuje u malého procenta populace (kolem 3 lidí ze 100). Upozorňujeme, že intolerance laktózy představuje odlišné onemocnění a nesouvisí s uvedeným přehodnocením.

Výbor PRAC usoudil, že není možné stanovit bezpečnou hladinu bílkovin kravského mléka u těchto léčivých přípravků při použití k léčbě těžkých alergických reakcí. Vzhledem k tomu že methylprednisolon se používá k léčbě těžkých alergických reakcí často v kritických situacích, kdy nemusejí být známy informace o pacientových alergiích, výbor PRAC doporučil, že neefektivnější cestou ke snížení tohoto rizika je odstranit bílkoviny kravského mléka z těchto léčivých přípravků. Výbor PRAC proto žádá držitele rozhodnutí o registraci, aby do poloviny roku 2019 nahradili současně existující přípravky s obsahem bílkovin kravského mléka přípravky, které tyto bílkoviny obsahovat nebudou.

Texty doprovázející injekční přípravky s methylprednisolonem obsahující laktózu

budou prozatím doplněny o kontraindikace pro pacienty s alergií na bílkoviny kravského mléka a zdravotníci budou o tomto riziku dále informováni dopisem. Vnitřní i zevní obal těchto přípravků bude dále výrazně označen varováním proti použití u pacientů alergických na bílkoviny kravského mléka.

### Více o přípravcích

Kortikosteroidy (mezi něž patří methylprednisolon) jsou protizánětlivé látky užívané k potlačení přehnaných obranných (imunitních) reakcí organismu, které vznikají při alergických stavech.

Přehodnocení zahrnuje injekčně podávané přípravky s obsahem methylprednisolonu, které jsou určeny k léčbě příznaků závažných alergických reakcí. Přesněji se jedná pouze o určité síly těchto přípravků, které navíc obsahují i laktózu (mléčný cukr) pocházející z kravského mléka – proto mohou obsahovat i stopy bílkovin kravského mléka.

V České republice jsou registrovány a obchodovány dva injekční léčivé přípravky s obsahem methylprednisolonu a laktózy: Solu-Medrol 40 mg/ml a Methylprednisolone Hikma 40.

Oddělení Farmakovigilance  
12. 7. 2012



## Zprávy ze zahraničních cest

# Jarní zasedání EAP – Evropská akademie pediatriů 12.–13. 5. 2017 Vilamoura Faro, Portugalsko

**MUDr. Gabriela Kubátová**

Hlavní body, které se na zasedání projednávaly

### 1. Pracovní skupina pro adolescentní medicínu

- prof. Helena Fonseca (Portugal) – dokument „Global standards for adolescent health services“ – „Globální standardy pro zdravotní služby pro adolescenty“, dokument „Building adolescent competent workforce“ – „Budování kompetentních pracovníků pro adolescenty“. V mnoha zemích péče lékaři bez přípravy v AM.

Je připraven návrh na vzdělávání pro rezidency (prof. Michaud a prof. Fonseca).

### 2. Pracovní skupina pro očkování

- spalničky v Evropě  
- harmonizace očkovacích kalendářů  
- sjednotit systém hodnocení proočkovanosti  
- očkování dětí proti chřipce  
- nedostatek vakcín na trhu v EU  
- elektronický očkovací průkaz  
- elektronická očkovací síť

### 3. Pracovní skupina pro primární a sekundární pediatrii

- článek v Lancetu – „Zlepšování služeb v komunitní a primární péči pro děti, adolescenty a jejich rodiny v Evropě“ (EAP, EPA, ECPCP).

**Otázka subspecializace primární pediatrie**, péče co nejlíže dětem, nemůže být solo praxe, ale komunitní pediatrie? Návrh, aby po společném kmeni byla možnost se specializovat v primární/komunitní pediatrii. Náplň vzdělávání základ z ECPCP curricula, zatím není návrh na potřebnou minimální délku vzdělávání. Já jsem informovala o navrhovaném modelu curricula v ČR, včetně délky praxe v primární péči.

**Diskuse** – tlak zemí, kde pediatrii z primární péče vytlačují FD (rodinný lékař) nebo GP (praktik pro dospělé) (Litva, Polsko, Slovinsko), aby zůstala možnost pro pediatrii pracovat v primární péči jako specialisté. Primární péče je spíše pojímána jako ambulantní kurativní péče a ne jako komplexní péče o dítě.

Opozice – Německo, ČR, Španělsko, Francie: je to spíše otázka stanovení kompetencí pro primární a nemocniční pediatrii.

Primární péče – první kontakt. Nemůže být na úrovni terciární péče. Komunitní pediatrie – v Německu – veřejné „dohlížecí“ zdravotnictví.

### EAPRAS.net

#### Studie 2016

„Child Health Inequalities among Migrant Children in the European Region“ – „Nerovnosti ve zdravotním stavu dětí migrantů v Evropském regionu“

„Oral health survey“ – Studie o orálním zdraví – bude publikována v 6/2017.

#### Studie 2017

„Vaccine hesitancy study“ – „Studie váhavosti v očkování“. Účast jenom některých států, forma internetového dotazníku pro rodiče, podmíněné souhlasem národní etické komise.

## Jarní meeting ECPCP 5.–7. 5. 2017 Vídeň

**MUDr. Veronika Jilichová Nová**

Hlavní body zasedání

1. **ČR situace** – všichni vzali na vědomí naše sloučení oborů, uvítali dobrý podíl primární péče ve vzdělávání a doporučili, abychom se snažili udržet tak dobrý systém primární péče, jaký dosud máme!
2. **Screening dysplazie kyčelních kloubů u kojenců**. V mnohých zemích není žádný, nebo jen screening pomocí klinického vyšetření (Ortolani), v některých zemích provádějí screening pediatrii, jinde ortopedi. Závěr bloku byl takový, že je doporučován jednoznačně screening

pomocí USG, ideálně pro všechny kojence, a to ideálně do 6 týdnů věku.

3. **Odmítání a zpochybňování očkování** bylo rovněž přítomno, a to i v podobě studie ze 67 zemí.
4. **Curriculum ECPCP** dostalo svoje knihovnické číslo a je tedy oficiálně evidováno jako kniha.
5. **Adolescenti** – problematika adolescentů a preventivní péče – často vypadnou ze systémů, nechodí už k pediatrovi, nebo nechodí vůbec, není pro ně v některých zemích aktualizovaný očkovací kalendář, opět výzva, že se jedná o specifickou

skupinu a ne o dospělé pacienty, a proto je pediatriká péče u adolescentů s výhodou – opět splňujeme.

6. MUDr. Jilichová Nová se stala „**co-chair-woman**“ pracovní skupiny pro očkování a prevenci.
7. Španělsko prezentovali **web pro primární péči**, kde překládají nové publikace týkající se primární péče.



# Dermatitis herpetiformis – herpetiformní dermatitida – Dühringova choroba

Doc. MUDr. Miloslav Salavec, CSc.<sup>1)</sup>, MUC. Nora Boštíková<sup>2)</sup>

1) Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN Hradec Králové

2) Lékařská fakulta UK Hradec Králové

## Název choroby latinsky

Dermatitis herpetiformis – Morbus Dühring

## Kód nemoci dle MKN

L13.0

## Synonyma, názvy v angličtině, němčině a původ slova

Synonymum – Morbus Dühring, Dühring-Brocq

angl. *Dermatitis herpetiformis, herpetiform dermatitis, syn. Dühring disease, Dühring-Brocq disease*

něm. *Dermatitis herpetiformis, Syn. Morbus Dühring-Brocq*

franc. *Dermatide polymorphe douloureuse*

## Definice

Jde o benigní, chronické, recidivující, polymorfní kožní onemocnění s herpetiformním výsevem puchýřků, řazené mezi autoimunitní puchýřnaté dermatózy. Provázeno je subjektivně intenzivním pruritem. Je součástí spektra gluten-senzitivních onemocnění. U pacientů s *dermatitis herpetiformis* (DH) je prokazována identická enteropatie tenkého střeva s celiakií, prokazatelné jsou i zvýšené exkrece tuků stolicí, nízké sérové hladiny folátů, Howell-Jollyho tělíčka, nízké hladiny IgM apod.

Asociace s celiakií byla poprvé prokázána v roce 1967. Kožní léze u DH jsou gluten-dependentní, odhojují se po vysazení glutenu ze stravy. U většiny pacientů s DH je enteropatie mírného stupně a nemocní obvykle nevykazují symptomy asociované s celiakií (průjmy, malabsorpce, nadýmání méně než u 10 % nemocných s DH, ale více než 90 % prokazatelné změny střevní histologicky – atrofie *villi intestinali* u 2/3 pacientů. Nemocní s DH vykazují zvýšenou střevní permeabilitu (poměr laktulóza/mannitol). U všech nemocných s DH je prokazatelná senzitivita na gluten, nicméně pouze u 2/3 pacientů jsou histologicky potvrzeny atrofie klků při intestinální biopsii. Zbývající nemocní s DH vykazují zvýšené počty intraepiteliálních lymfocytů a/nebo zvýšení TCR gamma-delta intraepiteliálních lymfocytů.

U nemocných s DH je zjišťována zvýšená incidence autoimunitních onemocnění, zvláště pak autoimunitních onemocnění štítné žlázy, perniciózní anémie a diabetes mellitus typu I (viz tabulku 1). Byla prokázána i zvýšená incidence lymfomů (obdobně jako u celiakie). Byla potvrzena i genetická predispozice vývoje *dermatitis herpetiformis*. Jak kožní onemocnění typu *dermatitis herpetiformis*, tak celiakie vykazují zvýšenou expresi HLA haplotypů (viz specifikaci dále). Důležité pro manifestaci budou i další vnější faktory; monozygotní dvojčata mohou vykazovat projevy DH i celiakie s variabilními symptomy.

## Autoimunitní a další onemocnění asociovaná s dermatitis herpetiformis

Autoimunitní onemocnění štítné žlázy (hypo- i hypertyreózy, Hashimotova choroba, ale i karcinomy)
Perniciózní anémie
RA (revmatoidní artritida)
<i>Myasthenia gravis</i>
SLE
Chronická gastrická atrofie – predominantně v korpusu (autoimuno?, <i>Helicobacter pylori</i> ?)
Sjögren syndrom
<i>Diabetes mellitus</i> typ I
Neuropatie
Lymfomy (zvl. non-Hodgkin, obdobně jako u celiakie)

Tabulka 1 Klinické jednotky asociované s DH

## Historie

První popis onemocnění publikoval v roce 1884 v časopise JAMA dr. Louis Adolphus Dühring na Pennsylvánské univerzitě v USA. Byl označován jako otec dermatologie ve Philadelphii a zařadil se k nejvýznamnějším americkým dermatologům (spoluzakladatel AAD – Americké Akademie Dermatologie). Dühring měl neobyčejný umělecký talent, věnoval se olejomalbě i hudbě (žesťové nástroje, hudebník v univerzitním Blackley band). Až do 2. poloviny 20. století nebylo

onemocnění přesněji poznáno a řazeno. Další historický vývoj v poznání této klinické jednotky uvádí následující přehled:

- **L. A. Dühring – první popis 1884 v JAMA**, některé iniciálně popsané případy snad bulózní nebo lineární IgA bulózní dermatóza, omezené možnosti diagnostiky
- **Costello** – 1940, efekt terapie sulfapyridinem
- **Paul Civatte** – 1943, intraepidermální lokalizace puchýře u pemphigu (rozdíl vůči BP a DH)
- **Pierard** – 50. léta, popis klusterů neutrofilů a eozinofilů v dermálních papilách, zejména u čerstvých lezí
- **Rudi Harold van Corman** – 1967 – průkaz depozit Ig v papilách koria
- **J.B. van der Meer** – 1969, průkaz granulózních IgA depozit v papilách koria (rozdílné od LABD)
- **Lionel Fry** – 1967, popis asociace s gluténovou hypersenzitivitou
- Zlepšení klinického obrazu DH po vyloučení glutenu ze stravy – 1973
- **Strober and Si Katz** – 1978, asociace mezi HLA B8/DR3 a celiakií
- **Chorzelski TP, Beutner EH, Sulej J et al.** – 1983, antiendomyziální protilátky u DH a celiakie (British Journal of Dermatology, BJD)
- **Dieterich W** – 1997 – identifikace tTG jako autoantigenu u celiakie (Nat Med)

## Epidemiologie

Vyskytuje se převážně okolo 20.–40. roku života s mírnou andropotopíí (3:2), postižení se ale může manifestovat v jakémkoliv věku (u dětí zřídka). Incidence onemocnění je vyšší ve skandinávských zemích – činí 19,6–39,2 na 100 000 obyvatel, ve Skotsku byla zjištěna průměrná incidence DH 11,5 na 100 000. Vzácněji se vyskytuje u osob asijského a afrického původu. DH a CS mají společný imunogenetický základ; je zjišťována silná asociace s antigeny HLA II – DR3/DQW2 a s alelami DQ A1 0501 a B1 0201 chromozomu 6.

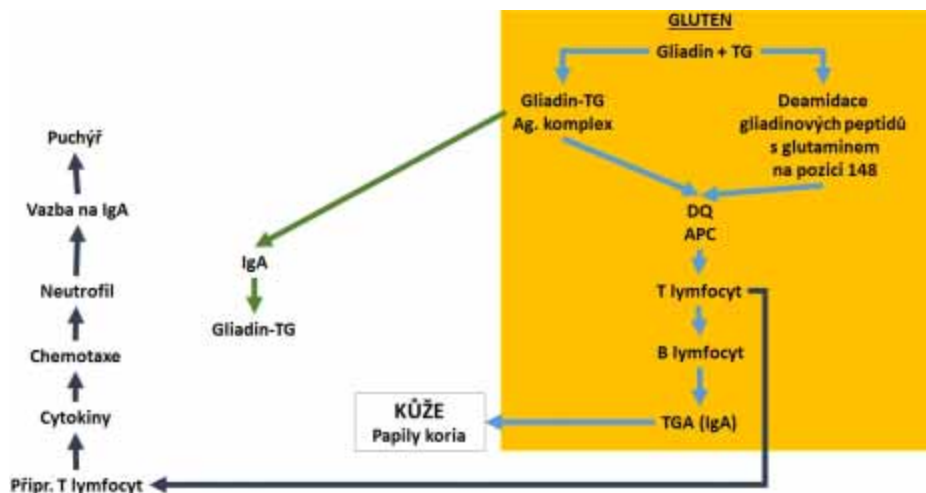


## Etiopatogeneze

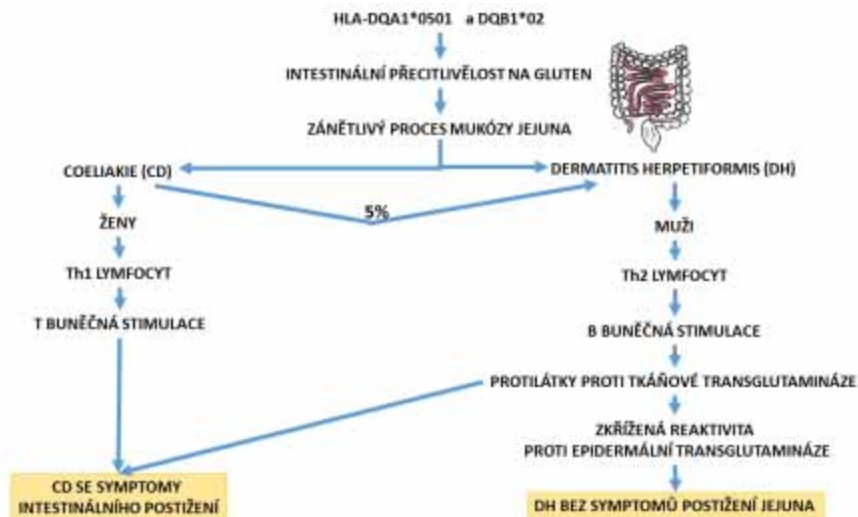
*Dermatitis herpetiformis* je charakterizována ukládáním depozit IgA ve vrcholcích papilární dermis, jež indukuje imunologickou kaskádu vedoucí k nahromadění neutrofilů a k aktivaci komplementu (imunologicky podmíněná odpověď na chronickou stimulaci střevní mukózy glutenem ve stravě následnou aktivací kožních endoteliálních buněk a cirkulujících zánětlivých buněk včetně neutrofilů).

**Etiopatogeneze spočívá pravděpodobně především v interakci určitých peptidů; enzymu tkáňové transglutaminázy (tTG, enzym účastnící se formace buněčného obalu během diferenciaci keratinocytů) a střevního imunitního systému, která vyústí v aktivaci gluten-responzivních T lymfocytů v slizniční střevní mukóze.** To vede k uvolnění cytokinů, aktivaci metalloproteáz (metalloelastáza MMP-12 je exprimována dermálními i epidermálními migrujícími mikrofágy u lézí *dermatitis herpetiformis*) a k destrukci architektury střevní sliznice i aktivaci humorálního imunitního systému. Humorální imunitní odpověď vyústí v produkci převážně IgA a IgM protilátek namířených proti gliadinu a dalším typům peptidů, proti autoantigenům, zejména tTG. Některé z těchto protilátek, zvláště IgA typu, se dostávají do cirkulace a váží se na autoantigeny v oblasti dermo-epidermální junkce (cirkulující imunitní komplexy a precipitáty v papilách koria obsahují jak IgA, tak tTG). Předpokládá se molekulární obdobnost mezi dermálním elastinem a vysokomolekulárním gluteninem, peptidem odvozeným od pšeničných bílkovin. **Následně se tedy v oblasti dermo-epidermální junkce objevují depozita IgA** (zvýšené sérové hladiny IgA nejsou v patogenezi nutné, zjišťovány jsou dokonce deficitní hladiny IgA u pacientů s DH) **a dochází k aktivaci chemotaxe neutrofilů a produkci cytokinů v kůži** (i jako výsledek lokálních spouštěcích faktorů – trauma, expozice UV záření, příjem jedových derivátů), **vedoucích k aktivaci komplementu.** Metaloproteinázy destrukují pojivovou tkáň dermo-epidermální junkce a vedou ke vzniku puchýřků.

Hlavním autoantigenem kožních změn u DH je epidermální transglutamináza TG3 (tento autoantigen není přítomen v normální papilární dermis, je součástí cirkulujících komplexů, ukládaných v papilární části koria, zkřížená reakce IgA autoproti látek proti TG3 v kůži). S pokračující expozicí gli-



Obr. 1



Obr. 2

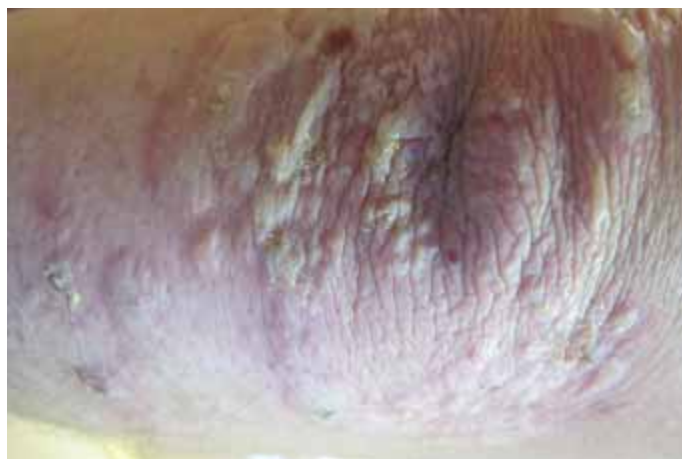
dinu dochází u nemocných s DH k produkci specifických, zkřížených reaktivních protilátek s vysokou afinitou k TG3 a nízkou afinitou k tTG. Není jasné, zda tyto protilátky vznikají jako reakce na primární TG3 antigen, či zda se vyskytují jako důsledek molekulárních mimiker. Role tTG u kožních lézí *dermatitis herpetiformis* může pravděpodobně spočívat ve faktu transportu komplexu tTG/gliadin, vzniklého ve střevě, do kůže, kde je schopen vazby v místech maximální koncentrace tTG, tj. v oblasti dermálních papil a kotvicích fibril bazální membrány. Poté, co se T buňky, reagující na neoepitopy tTG, dostanou do kůže, mohou být aktivovány komplexem tTG/gliadin. Je dokonce možné, že protilátky proti tTG, vzniklé ve střevě, se mohou vázat na tTG v kůži, což vyústí v poškození tTG a formaci neoepitopů rozpoznávaných T buňkami podněcenými na tyto epitopy již ve střevě. Problémem této hypotézy je otázka, proč

se protilátky proti tTG či komplex váží pouze na pojivovou tkáň či na tTG v kůži. Snad se zde uplatňují strukturální a chemické rozdíly v dermálních papilách a kotvicích fibrilách. Morfologicky jsou ovšem dermální papily a střevní klky obdobné, jsou bohaté na pojivovou tkáň.

Cytokiny uvolněné z neutrofilů vedou k indukci kolagenázy a stromelysinu 1 v bazálních keratinocytech. Stromelysin přispívá ke tvorbě puchýřků. Aktivace endoteliálních buněk a systémová zánětlivá odpověď je v patogenezi onemocnění potvrzena řadou dalších nálezů v sérech nemocných s DH: zvýšené hladiny E-selektinu, IgA protilátek proti tkáňové transglutamináze, TNF $\alpha$  a sérových hladin IL-8. I mírné lokální trauma přispívá k uvolnění cytokinů a k chemotaxi aktivovaných neutrofilů (to odpovídá i lokalizaci lézí DH v často traumatizovaných oblastech – kolena a loketní krajiny).



Obr. 3 Klinický obraz DH – drobné herpetiformní puchýřky v detailu



Obr. 4 Klinický obraz DH – puchýřky v predilekci nad loktem a extenzory horní končetiny

Zjišťována jsou i depozita C3 v oblasti dermo-epidermální junkce; v perilezionální tkáni byl zjištěn komplex C5–C9 (membrane attack complex), i když nemusí být aktivní a přispět k buněčné lýze.

Roli v patogenezi mohou hrát i hormonální faktory; byly popsány případy indukce DH analogy gonadotropin uvolňujícího hormonu a dále deficiency androgenních hormonů, které mohou vést k exacerbaci onemocnění (androgeny vykazují supresivní efekt na imunitní aktivitu, včetně snížení autoimunitní pohotovosti). V patogenezi změn se uplatňuje i apoptóza. Byly zjištěny zvýšené hodnoty apoptotických reakcí v epidermální složce u nemocných s DH.

V současné době nejsou jednoznačné důkazy o slizničním původu kožních IgA depozit. Aplikace glutenu přímo na kůži či do kůže nevyvolá kožní erupce, perorální expozice

však ano. Vývoj kožních lézí je tedy závislý na střevní komponentě glutenové expozice.

**Incidence protilátek proti tTG (tTGA) i anti-endomyziálních protilátek (EmA) je u DH poněkud nižší než u celiakie.** U *dermatitis herpetiformis* je udávána v 66–75 % pro IgA-tTGA a v 67–72 % pro IgA-EmA. Titry tTGA klesají s nasazením bezlepkové diety a po 2 letech nejsou detekovatelné. Nižší incidence anti-retikulinových (ARA) a anti-endomyziálních protilátek (EmA) u DH ve srovnání s celiakií patrně i odráží nižší stupeň závažnosti enteropatie u DH. Schématické znázornění patogenetických aspektů DH představují obrázky 1 a 2.

### ■ Klinický obraz

V klinickém obraze zjišťujeme výsev drobných polycyklických puchýřků (obrázky 3, 4, 5, 6), predilekčně postihující extenzorové krajiny horních a dolních končetin, hýždí, zad, oblasti kštiny i obličeje. Manifestace na

sliznicích jsou v literatuře sporadicky popsány, většina pacientů však slizniční změny nevykazuje. Prasknutím krytky puchýřků se objevují drobné eroze, při škrábání lézí pro úporný pruritus pak četné lineární exkoriace. Kožní změny se hojí bez jizvení. U některých pacientů se objevují pozánětlivé pigmentační změny. Dlaně a plosky bývají výsevů ušetřeny. Iniciálně sterilní puchýřky mohou být, kvůli exkoriacím při úporném svědění, sekundárně infikovány. Systémové komplikace zahrnují komplikace gluten-senzitivní enteropatie, jako jsou malnutrice, pokles hmotnosti, bolesti břicha, dyspepsie, i následky zánětlivého procesu typu striktur, vředů a dokonce perforací. U DH byly pozorovány i všechny příznaky deficitních stavů (anémie při nedostatku železa, deficit folátů, deficit B12, neurologické poruchy, kostní změny, infertilita, chronická únava a předčasná ztráta chrupu).

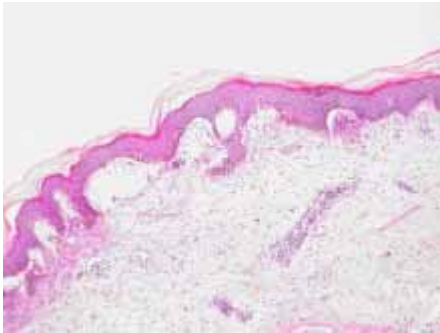


Obr. 5 Klinický obraz DH – puchýřky na kůži obličeje

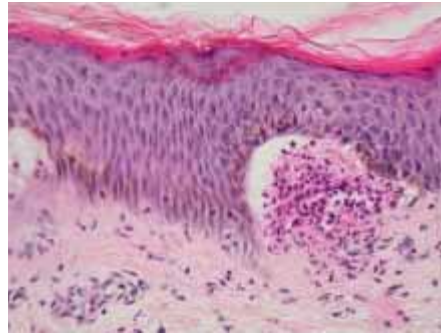


Obr. 6 Klinický obraz DH – detail puchýřků na kůži čela

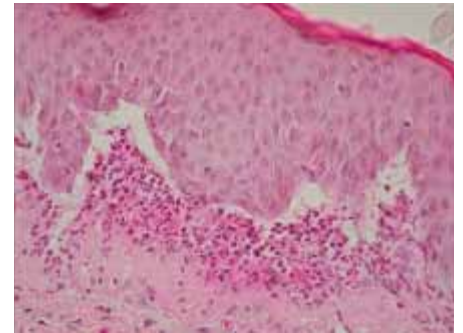




Obr. 7 DH – přehledový snímek histologie v HE barvení



Obr. 8 DH – buněčné infiltráty v HE barvení



Obr. 9 DH – vznik štěpu subepidermálně, HE barvení

### ■ Histopatologické a imunohistochemické nálezy

Charakteristickým rysem kožního histopatologického nálezu jsou neutrofilní mikroabscesy (nejsou však specifické pro DH) v oblasti dermálních papil, leukocytoklastická debris, fibrin a edém. V kůži dochází k tvorbě papilárních mikroabscesů s jejich rozvojem v subepidermální vakuolizaci a ke vzniku puchýřků (obrázky 7, 8, 9). Puchýřky vznikají v oblasti *lamina lucida*, nejslabší struktury dermo-epidermální junkce – díky lysozomálním enzymům neutrofilů dochází k separaci vrcholů dermálních papil od epidermis za tvorby subepidermálně lokalizovaných puchýřků.

Histologická diferenciální diagnóza časných kožních lézí zahrnuje *bulózní systémový lupus erythematosus*, *bulózní pemphigoid*, *epidermolysis bullosa acquisita* a lineární IgA bulózní dermatózu. U starších kožních

lézí musíme při hodnocení histologického obrazu pomýšlet na bulózní lékové erupce, *bulózní pemphigoid*, *erythema multiforme* a *pemphigoid gestationis*.

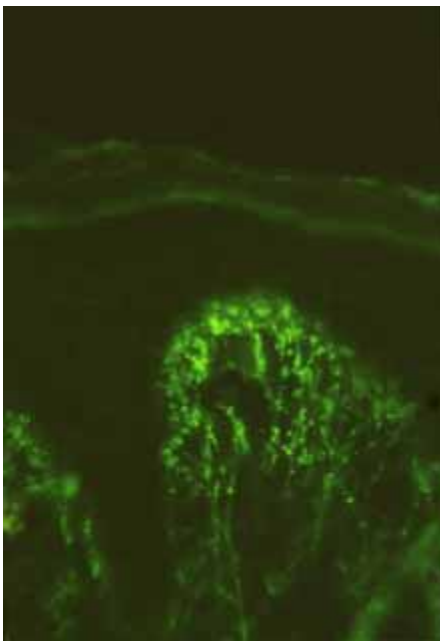
Základem diagnostiky DH zůstává pečlivé provedení imunofluorescenčního vyšetření – přímé imunofluorescence. Zánětlivý proces v lezionální tkáni degraduje imunoreaktanty a výsledkem je častá negativita detekce granulárních depozit IgA. Spolehlivější pro průkaz granulárních IgA depozit v oblasti dermo-epidermální junkce (představuje diagnostický standard) je odběr vzorku normálně vyhlížející tkáně perilezionálně (obrázky 10, 11). Alternativní metodou je užití imunoperoxidázových technik (komplex avidin-biotin-peroxidáza) v lezionální tkáni. Výhodou je detekce protilátek ve formalinem fixovaných vzorcích.

### ■ Klasifikace a varianty

Klinická jednotka *dermatitis herpetiformis* není dále dělena do variant (nebereme-li v úvahu označení DH jako kožní varianty celiakie).

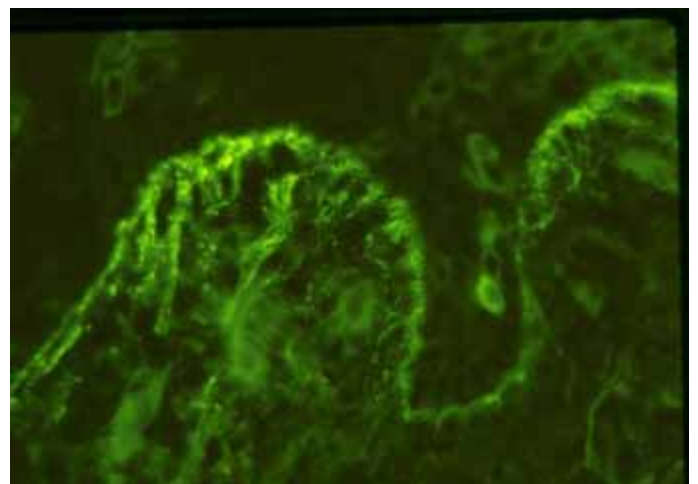
### ■ Průběh a komplikace

*Dermatitis herpetiformis* je všeobecně přijímána jako kožní manifestace celiakie. Za onemocněním stojí genetická predispozice vývoje glutenové přecitlivělosti. Gluten je protein přítomný v travách species *Triticaceae*, které zahrnují pšenici, žito a ječmen. Proteiny těchto obilovin představují substráty s vysokou afinitou k tkáňové transglutamináze (tTG). Lze je prokázat ale i v rýži, kukuřici a u různých ořechů, nicméně zde vykazují tyto proteiny nízkou afinitu k tTG a zdá se, že jsou lépe tolerovány, stejně jako u pohanky. Byly popsány i asociace mezi DH a diabetem (1 % nemocných s DH, inzulin dependentní *diabetes mellitus*), chorobami pojivové tkáně (*lupus erythematosus* u 1,3 % pacientů s DH, Sjögren syndrom u 1 %) a štítné žlázy (u 4,3 % DH). Popsány jsou i asociace s perniciózní anémií a revmatoidní artritidou a pravděpodobné asociace s IgA nefropatií, primární biliární cirhózou, chronickou aktivní hepatitidou, *morbus Addison* a *colitis ulcerosa*. Třetina nemocných s DH vykazuje



Obr. 10 Granulární depozita IgA ve vrcholcích papil koria u DH – přímá imunofluorescence

Obr. 11 Detail granulárních depozit IgA u *dermatitis herpetiformis* při vyšetření přímou imunofluorescencí





Diagnostická kritéria dermatitis herpetiformis – Morbus Duhring	
Typ vyšetření	Nálezy
Klinické vyšetření	Symetricky rozložené papulovezikuly a puchýřky s erozemi a s krustami nad extenzory končetin a na hýždích, rami-nou i ve kšticí. Intenzivní svědění
Histologie	Subepidermální separace, granulocyty (zvl. neutrofilů a eozinofily) s formací papilárních mikroabscesů
DIF	Granulární IgA depozita v zóně bazální membrány s maxi-mem ve vrcholcích dermálních papil
IIF (opičí jícen)	Anti-endomyziální IgA protilátky ELISA IgA specifická proti epidermální/tkáňové transglutamináze

Tabulka 2 Diagnostická kritéria DH ve shrnutí

atrofii sleziny (asociace DH s jinými onemocněnými, tabulka výše).

Neléčená celiakie je spojována s maligními změnami, převážně typu T-buněčných lymfomů, ale i adenokarcinomů střeva a jícnu. Většina lymfomů byla klasifikována jako non-Hodgkinova typu, popsány byly ale i B- buněčné lymfomy a Hodgkinovy typy lymfomů. Bose udává původ lymfomů v gastrointestinálním traktu u 78,1 % všech lymfomů zjištěných u nemocných s DH. Průměrně trvání DH před diagnózou lymfomu bylo v této studii 14,9 roku. Výskyt lymfomů se vázal na nemocné s DH bez nasazené bezlepkové diety či při bezlepkové dietě trvající méně než 5 let (tento fakt podporuje protektivní roli bezlepkové diety při vývoji lymfomů). Jiná asociovaná maligní onemocnění popsaná u nemocných s DH (karcinomy plic, prostaty, prsu, žaludku, slinivky břišní, kůže, tlustého střeva, rekta, štítné žlázy) nebyla statisticky signifikantní.

U pacientů s DH lze prokázat přítomnost kožního onemocnění či celiakie u 10–15 % přímých příbuzných. Studie HLA daly základ definici genetické predispozice DH. Zjišťovány jsou zvýšené exprese haplotypů HLA-A1, HLA-B8, HLA-DR3 a HLA-DQ2. Nález je identický s nálezy o HLA asociaci izolované gluten-senzitivní enteropatie. Většina jedinců s těmito HLA typy nevykazuje DH nebo celiakii. Asociace HLA a DH jsou následující:

- HLA-B8 – asociace s DH v 58–87 % oproti 20–30 % u kontrolních skupin
- HLA-DR3 – asociace s DH v 90–95 % oproti 23 % u kontrolních skupin
- HLA-DQ2 – asociace v 95–100 % oproti 40 % u kontrolních skupin

Souhrnně lze konstatovat, že komplikace jsou dány gluten-senzitivní enteropatií, rizikem vývoje lymfomů a potenciálem nežá-

doucích účinků systémové terapie, zejména při užití dapsonu.

### ■ Vyšetření

Běžná hematologická a biochemická vyšetření neposkytují specifické nálezy poukazující na diagnózu tohoto onemocnění.

V diagnostice se uplatňují i sérologické metody, resp. určení přítomnosti specifických protilátek. Sérologické testy prokazují přítomnost protilátek proti gliadinu, proti endomyziu (EmA) a proti tkáňové transglutamináze (tTG). S přítomností těchto protilátek se setkáváme spíše u pacientů s totální atrofií klků než u nemocných s parciální formou atrofie, což jsou nejčastější formy postižení střeva u DH. Jako konfirmační testy nejsou tedy u DH příliš senzitivní. Nicméně např. přítomnost EmA protilátek v séru nemocných znamená velmi suspektní diagnózu DH. IgA antiendomyziální protilátky jsou nejvíce specifické pro gluten-senzitivní enteropatii. Jsou prokazatelné až u 80 % pacientů s DH a u více než 95 % nemocných s celiakii. Přítomnost těchto protilátek koreluje s rozsahem střevního postižení. Nicméně u určitého počtu nemocných tyto protilátky nelze prokázat, a to ani v aktivní fázi onemocnění. Stanovení gliadinových protilátek není příliš specifické. Specifické je však stanovení tTG protilátek. EmA a tTG protilátky jsou tedy sérologickými markery gluten-senzitivní enteropatie u pacientů s DH. Stanovení EmA u nemocných s DH slouží k identifikaci gluten-senzitivní enteropatie a k monitorování efektu bezlepkové diety. Pozitivní nález EmA u DH pacientů s příznaky malabsorpce znamená indikaci k odbornému gastroenterologickému vyšetření. Stanovení stupně a rozsahu střevního poškození odborným gastroenterologickým vyšetřením je namístě i u pacientů léčených pouze nasazením dapsonu (supresivní

Název léku	Iničiální dávka	Dávkovací rozmezí
Dapson	100 mg/den	50 mg ob den až 300 mg/den
Sulfapyridin	2 g/den	0,5 až 4,0 g/den
Sulfamethoxy-pyridazin	0,5 g/ den	0,5 až 1,5 g/den

Tabulka 3 Léky ovlivňující DH (dle Fry L)

terapie bez bezlepkové diety, nicméně bezlepková dieta by měla být zásadní součástí terapie – viz níže). Tito pacienti totiž běžně vykazují po letech této terapie symptomy a následky neléčené celiakie (preventabilní při včasné terapii). Význam má především monitoring IgA třídy imunoglobulinů. Negativní EmA (negativní až u 10–37 % pacientů) a protilátky proti tTG nevyklučují diagnózu DH (DH s latentní gluten-senzitivní enteropatií či DH na bezlepkové dietě). Stanovení cirkulujících IgA protilátek proti tTG vykazuje u DH specificitu 98 % a senzitivitu 89 %. Komparativní studie užití EmA a tTG esejí ke screeningu pacientů s celiakii a pacientů s DH na projevy gluten-senzitivní enteropatie vykázaly u obou vysoký stupeň senzitivity a specificity. Z hlediska nákladů se doporučuje provést testy na protilátky proti tTG jako základní.

Zdá se, že se DH nevyskytuje u jedinců s deficitem IgA. Do dnešní doby nebyly publikovány práce o selektivním deficitu IgA a DH.

### ■ Diagnostika v bodech

Vedle anamnézy a pečlivého klinického vyšetření mohou správnou diagnózu prokázat mikroskopická vyšetření – viz sekci histopatologické a imunohistochemické nálezy výše. Tabulka 2 podává souhrnný přehled diagnostických kritérií.

### ■ Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika by měla vyloučit následující klinické jednotky:

- Bulózní pemphigoid
- Erythema Multiforme
- Onemocnění provázená exkoriacemi
- Lineární IgA bulózní dermatóza
- Papulární urtikarie
- Scabies
- Tranzientní akantolytická dermatóza



## ■ Terapie

**Nejužívanější terapií u DH je supresivní terapie s užitím sulfonů** (zejména dapsonu), příležitostně sulfamethoxyypyridazinu (u osob nad 50 let) a sulfapyridinu (viz tabulka 3). Perorální terapie potlačí kožní příznaky. Nemá vliv na další ukládání depozit IgA v kůži ani vliv na střevní sliznici. Dapson ani jiné typy sulfonů již nejsou v České republice registrovány, dostupnost přípravku je zajištěna cestou mimořádného dovozu.

**Dapson vedle řady jiných mechanismů účinku především inhibuje přenos signálu indukovaného chemoatraktanty** (inhibice akumulace neutrofilů), **suprimuje funkce adherence neutrofilů** zprostředkované integrinem a snižuje i uvolnění prostaglandinů a leukotrienů (protizánětlivý efekt). Po nasazení dapsonu se kožní změny začínají odhojovat již v průběhu 2 dnů, do 1 týdne dochází k úplnému odhojení. Při přerušení terapie dochází k rychlému relapsu.

**Průměrná denní dávka schopná kontrolovat onemocnění je 100 mg/den.** Tato terapie však vyžaduje velmi pečlivý monitoring pro řadu vedlejších účinků. Dapson je v organismu metabolizován acetylací nebo N-hydroxylací. N-hydroxylací vzniká toxický metabolit hydroxylamin, produkovaný enzymy cytochromu P450; je zodpovědný za vedlejší účinky typu methemoglobinémie, hemolýzy a fatální agranulocytózy (viz tabulku 4). Methemoglobinémie je nejčastějším vedlejším účinkem. Methemoglobin je za normálních podmínek v organismu odbouráván methemoglobin reduktázou (nikotinamid-adenin-dinukleotid-dependentní reduktáza). Deficit tohoto enzymu představuje velké riziko pro rozvoj vysokých hladin methemoglobinu (nutný monitoring u osob s deficitem reduktázy a u nemocných s DH a s kardiopulmonálním onemocněním). Cimetidin redukuje metabolizaci dapsonu na hydroxylamin (nicméně může vykazat své vedlejší účinky). Přesný mechanismus vzniku hemolýzy není znám, ale předpokládá se též účast hydroxylaminů. Dvakrát náchylnější k vývoji hemolýzy jsou nemocní s deficitem glukózo-6-fosfát-dehydrogenázy (G-6-PD). První 3 měsíce terapie je žádoucí vyšetřovat krevní obraz, diferenciální krevní obraz a počet retikulocytů každé 2 týdny, poté v tříměsíčních intervalech. Souhrn doporučených vyšetření před zahájením léčby dapsonem uvádí tabulka 5.

Částečný protektivní efekt v rozvoji hemolýzy vykazuje podání vitamínu E (800 IU/den po

dobu 4 týdnů). Agranulocytóza jako idiosynkratická reakce se vyskytuje v době 1 až 3 měsíců po zahájení terapie (zejména u osob starších 60 let). Rychlý pokles leukocytů pod  $4 \times 10^9/l$  je indikací k přerušení terapie. Popsán byl i **syndrom hypersenzitivity na dapson** s projevy horečky, kožních změn, lymfadenopatie a multiorgánového postižení. Syndrom může být doprovázen žloutenkou, hepatomegalií, fotosenzitivitou, splenomegalií a eozinofilii a s latencí 3 a více měsíců dochází i k rozvoji hypertyreoidismu.

Zjištění, že bezlepková dieta může přispět k odhojení kožních změn, by mělo vest k označení této diety jako léčebné metody volby. Nicméně, určité aspekty této terapie nejsou pacienti s DH vždy pozitivně přijímány:

- **Bezlepková dieta musí být striktní**, jinak nelze dosáhnout kontroly onemocnění. Při téměř přísné dietě lze ovšem dosáhnout snížení nutné dávky sulfonů v perorální léčbě.
- Signifikantní redukce dávky *per os* podávaných sulfonů je možná průměrně po 6–9 měsících trvání přísné bezlepkové diety.
- Průměrně 2 roky přísné bezlepkové diety jsou nutné ke kontrole DH bez nutnosti nasazení perorální terapie.

I když bezlepková dieta znamená pro pacienta řadu sociálních restrikcí, jistě její výhody převažují nad systémovou terapií sulfony. U sulfonů se setkáváme s relativně vysokou incidencí vedlejších účinků, navíc pacienti dodržující přísnou bezlepkovou dietu udávají zlepšení celkového stavu a konečně byl prokázán protektivní účinek bezlepkové diety při vývoji lymfomů. Nemocní s DH a s nasazenou bezlepkovou dietou musejí být pečlivě instruováni a dále sledováni zkušenými odborníky (nutná spolupráce s gastroenterology, s dietními odborníky, existence zastřešujících společností odborníků i pacientů, dostupnost seznamu bezlepkových potravin, jídelníčku apod.). Bohužel řada dermatologů nemá s bezlepkovou dietou zkušenosti, což je dalším důvodem k nutnosti spolupráce s odborníky v oblasti diety a gastroenterologie.

Tzv. elementární dieta složená z volných aminokyselin, malých množství triglyceridů a polysacharidů s krátkými řetězci může vést ke zlepšení onemocnění.

V současné době se jako smysluplná jeví iniciální terapie dapsonem po dobu 6 měsíců (krátkodobá kontrola onemocnění) se zavedením přísné bezlepkové diety (dlouhodobé

ovlivnění enteropatie) a s postupnou redukcí podávané dávky léku *per os* dle vývoje klinické odpovědi. Při intoleranci dapsonu a sulfonamidů je možné vyzkoušet heparin, eventuálně kombinační léčbu nikotinamidem s tetracykliny.

Nesteroidní protizánětlivá léčiva mohou onemocnění exacerbovat, nicméně ibuprofen se jeví jako bezpečný NSAID. Indukovat či exacerbovat onemocnění mohou též halogenidy, zejm. jodidy (CAVE kuchyňská sůl, mořské ryby ve stravě, apod.).

Následující tabulky 4 a 5 shrnují nežádoucí účinky dapsonu a doporučená vyšetření před zahájením léčby dapsonem:

NEŽÁDOUCÍ ÚČINEK
Farmakologický/toxický
Methemoglobinémie, hemolýza, anémie
Nausea, zvracení, únava, anorexie, cefalea, závratě
Alergický/idiosynkratický „Dapson hypersensitivity syndrome“
Agranulocytóza
Exantémové erupce, Stevens-Johnson syndrom, Toxická epidermální nekrolýza
Fotosenzitivita
Periferní neuropatie
Hepatitida – cholestatická, cytolytická a smíšená
Nefritida a renální selhání
Hypoalbuminémie
Psychóza
Hypotyreoidismus

Tabulka 4 Nežádoucí účinky dapsonu

Vyšetření před zahájením terapie Dapsonem
Krevní obraz + diferenciální krevní obraz
Bilirubin
ALT
AST
GMT
Kreatinin
Hladina methemoglobinu
Glukózo-6-fosfát-dehydrogenáza (G-6-PD)
Sérologie hepatitid
Moč chemicky + sediment

Tabulka 5 Laboratorní vyšetření před zahájením terapie dapsonem



## Svaz pacientů ČR žádá eRecepty jako volbu výběru pacientem, ne diktát!

Před dvěma měsíci byla zveřejněna informace z kontrolní zprávy NKÚ, podle které vynaložil SÚKL na vystavení 1,5 % eReceptů celkem 318 mil. Kč.

Nyní se dovídáme, že eRecepty stály za posledních 6 let dokonce 345 mil. Kč. Aktuálně se jich vystavuje zhruba 5 %, a to téměř výhradně ve velkých nemocnicích, ve kterých to management lékařům nařídil. Od ledna 2018 by však mělo být lékaři povinné vystavováno 90 % všech receptů elektronicky.

Dále se dozvídáme, že podle lékárníků z praxe není systém na takovou změnu absolutně připraven, zpracování eReceptu je až 4× delší (!), přehled pacientem užívaných léků v centrálním úložišti eReceptů, který ministerstvo lékařům a lékárnám slibovalo, se opět odkládá, dosud se eRecepty tisknou na papír a na tzv. průvodce eReceptu má pacient napsaný název léku, dávkování a kontakt na lékaře, což však jsou podle ministerstva pouze nepovinné údaje, takže pacient může od lékaře odejít jen s čárovým kódem eReceptu bez přehledu a kontroly, jaké léky mu má lékárna vydat, dokonce tak může dojít ke změně předepsaných léků v centrálním úložišti za jiné, levnější nebo dražší léky se stejnou účinnou látkou, neboť lékař, pacient ani lékárna nemají v takovém případě žádnou kontrolu. Jedinou „výhodou“ je tak možnost zaslání eReceptu na mobil pacienta, což se bude týkat jen zanedbatelného počtu zejména mladých pacientů. Kdyby totiž eRecepty lékařům, lékárníkům a pacientům přinášely nějakou přidanou hodnotu, tak by je sami již dávno rádi využívali.

Svaz pacientů ČR jednoznačně konstatuje, že vystavování eReceptů lékaři musí být nadále dobrovolné a s jasným souhlasem pacienta, neboť se jedná o ukládání jeho velmi citlivých osobních údajů v centrálním úložišti, management nemocnic a dalších zařízení nesmí zaměstnaným lékařům povinné vystavování eReceptů nařizovat.

V současné době má toto téma i jistý politický náboj – politické strany, které se ve svých předvolebních programech zavázaly povinné vystavování eReceptů od 1. 1. 2018 zrušit, tak mohou získat hlasy nejen lékařů a lékárníků, ale i rozumných pacientů, kterým takovou volbu Svaz pacientů ČR touto cestou doporučuje.

Zdroj: Svaz pacientů ČR, 27. 7. 2017

### ■ Profylaxe

Striktní celoživotní bezlepková dieta a důsledné dispenzární vedení pacientů může přispět k dlouhodobé remisi onemocnění u některých pacientů.

### ■ Prevence

Jde o autoimunitní typ onemocnění, účinná prevence není možná.

### ■ Prognóza

*Dermatitis herpetiformis* (DH) je onemocněním s variabilní závažností. Prognóza u nemocných tolerujících terapii dapsonem a u nemocných dodržujících přísnou bezlepkovou dietu (snižuje riziko vývoje střevního lymfomu) je dobrá.

V britské studii bylo sledováno 152 nemocných od doby diagnózy do konce roku 1989 s ohledem na mortalitu a další část nemocných od roku 1971 (či později dle data diagnózy) s ohledem na incidenci střevních malignit. Úmrtí bylo zjištěno u 38 nemocných do 85 let věku. Incidence malignit byla signifikantně vyšší. Dokumentováno bylo 1 úmrtí na karcinom střevní a 1 úmrtí na střevní lymfom. Jiná, rozsáhlejší britská studie srovnávala 846 nemocných s DH s 4 225 kontrolními jedinci a neprokázala významné zvýšení rizika lymfoproliferativních onemocnění, fraktur, malignit či mortality.

Jiná finská studie 1 147 pacientů s celiakií a s DH sledovaných po 30 let potvrdila celkově dobrou prognózu pacientů s DH. Celkový počet maligních onemocnění byl srovnatelný s daty ve všeobecné populaci s výjimkou zvýšené incidence střevních lymfomů u celiakie i DH (incidence 3,2, resp. 6,0). Většinou šlo o T-buněčné lymfomy, i když B-lymfomy byly též zaznamenány. Celková mortalita byla u nemocných s DH dokonce nižší ve srovnání s běžnou populací.

*Dermatitis herpetiformis* je extrémně svědícím onemocněním. Morbidita je daná jizvením, dyskomfortem a nespavostí. Může docházet k rozvoji sekundárních infekcí, vyžadujících antibiotickou léčbu.

### ■ Legislativa

Legislativní opatření nejsou u této klinické jednotky nutná.

### ■ Literatura

1. Alonso-Llamazares J, Gibson LE, Rogers RS 3rd. Clinical, pathologic, and immunopa-

thologic features of dermatitis herpetiformis: review of the Mayo Clinic experience. *Int J Dermatol.* 2007 Sep;46(9):910-919

2. Caproni M, Torchia D, Antiga E et al. The role of apoptosis in the pathogenesis of dermatitis herpetiformis. *Int J Immunopathol Pharmacol.* 2005 Oct-Dec;18(4):691-699. <http://reference.medscape.com/medline/abstract/16388717>
3. Ciacci C, Ciclitira P, Hadjivassiliou M et al. The gluten-free diet and its current application in coeliac disease and dermatitis herpetiformis. *United European Gastroenterol J.* 2015 Apr;3(2):121-135
4. Desai AM, Krishnan RS, Hsu S. Medical pearl: Using tissue transglutaminase antibodies to diagnose dermatitis herpetiformis. *J Am Acad Dermatol.* 2005 Nov;53(5):867-868
5. Fry L. Dermatitis herpetiformis: problems, progress and prospects. *Eur J Dermatol.* 2002 Nov-Dec;12(6):523-531
6. Hall RP 3rd, Takeuchi F, Benbenisty KM, Streilein RD. Cutaneous endothelial cell activation in normal skin of patients with dermatitis herpetiformis associated with increased serum levels of IL-8, sE-Selectin, and TNF-alpha. *J Invest Dermatol.* 2006 Jun;126(6):1331-1337. <http://reference.medscape.com/medline/abstract/16575390>
7. Marietta EV, Camilleri MJ, Castro LA et al. Transglutaminase autoantibodies in dermatitis herpetiformis and celiac sprue. *J Invest Dermatol.* 2008 Feb;128(2):332-335
8. Miller JL, Collins BS, Sams HH, Boyd A. Dermatitis herpetiformis. <http://emedicine.medscape.com/article/1062640-overview>
9. Oxentenko AS, Murray JA. Celiac disease and dermatitis herpetiformis: the spectrum of gluten-sensitive enteropathy. *Int J Dermatol.* 2003 Aug;42(8):585-587
10. Paek SY, Steinberg SM, Katz SI. Remission in dermatitis herpetiformis: a cohort study. *Arch Dermatol.* 2011 Mar;147(3):301-305
11. Česká dermatologická společnost ČLS JEP. Puchýřnaté choroby. Ref. výb. dermatovenerol. 2013;55(Speciál I):33-39. ISSN 1213-9106
12. Viljamaa M, Kaukinen K, Pukkala E et al. Malignancies and mortality in patients with coeliac disease and dermatitis herpetiformis: 30-year population-based study. *Dig Liver Dis.* 2006 Jun;38(6):374-380



# Atopická dermatitida a potravinová alergie u dětí

**MUDr. Jarmila Čelakovská, Ph.D.**

Klinika nemocí kožních a pohlavních, LF UK a FN Hradec Králové

**V článku jsou shrnuty dosavadní poznatky o atopickém pochodu a o výskytu potravinové alergie u kojenců a batolat trpících atopickou dermatitidou. V minulosti bylo doporučeno vyloučení některých potravin z jídelníčku u dětí s atopickou dermatitidou; kromě toho bylo také doporučováno vyloučit rizikové potraviny již i během těhotenství a kojení u matek. Dle literatury tato předchozí doporučení nevedou ke snížení IgE zprostředkované potravinové alergie u dětí. Dle posledních poznatků je doporučena časná expozice, která má za následek navození tolerance na potraviny.**

**Klíčová slova:** potravinová alergie u dětí, atopická dermatitida, kravské mléko, eliminační dieta

## Summary

The question of atopic march and food allergy in small children suffering from atopic dermatitis is evaluated at this article; the latest results concerning the occurrence of food allergy in small children are summarized. The conventional wisdom is that early exposure to allergenic food proteins during pregnancy, lactation, or infancy leads to food allergies, and that prevention strategies should therefore aim to eliminate allergenic food proteins during pregnancy, breastfeeding, and early childhood. Conversely, there is some clinical data to suggest that early oral exposure results in the induction of tolerance.

**Key words:** atopic dermatitis, food allergy in children, elimination diet, cow milk

Atopická dermatitida (AD) je celosvětově rozšířené onemocnění, jehož prevalence v západních zemích v dětském věku je 10–20 % a 1–3 % u dospělých; spolu s bronchiálním astmatem a alergickou rýmou patří do atopických onemocnění (1). Patogeneze atopické dermatitidy zahrnuje interakci mezi četnými faktory, jako je genetická predispozice, faktory zevního prostředí, defekt kožní bariéry a imunologické faktory. Mezi časté provokační faktory patří alergeny z domácího prostředí a potravinové vlivy. Defekt kožní bariéry usnadňuje průnik potravinových a inhalačních alergenů s následným vznikem senzibilizace; dále defekt kožní

bariéry umožňuje snadněji vznik kožních infekcí (*Staphylococcus aureus*, herpetické infekce).

Rozvoj atopických onemocnění od AD v časném dětství k rozvoji alergické rýmy a bronchiálního astmatu se nazývá atopický pochod (atopic march). Na jeho počátku je v raném dětství dítě s ekzémem bez senzibilizace – intrinsická fáze, poté dochází k senzibilizaci na alergeny potravin a zevního prostředí – extrinsická fáze, a nakonec dochází k senzibilizaci na autologní proteiny a vzniku autoimunity – autoimunitní fáze. Předchozí studie ukázaly, že u dětí s AD a časnou senzibilizací k inhalačním alergenům se alergická rýma a bronchiální astma vyvinou významně častěji. Nejvýznamnějším faktorem, který urychluje atopický pochod, je zhoršená epidermální bariéra, která je výsledkem genetického defektu pro filagrin, involucrin a lorikrin. Tento genetický defekt také zvyšuje riziko vzniku bronchiálního astmatu u pacientů s AD a zvyšuje také riziko vzniku alergické rýmy jak u pacientů s AD, tak také bez AD. Závažnost AD je dána nejen rozsahem či intenzitou objektivních a subjektivních příznaků, ale i průběhem, reakcí na léčbu, komplikacemi a dopadem na kvalitu života.

U pacientů s atopickou dermatitidou se mohou projevit reakce na potraviny stejně jako obecně v populaci, z nichž významněji a častěji se však projevuje potravinová alergie a potravinová intolerance. Potravinové alergie jsou reakce zprostředkované imunitním mechanismem. Potravinové intolerance jsou vyvolané neimunitním mechanismem.

Zastřešujícím pojmem pro tyto reakce je název „potravinové hypersenzitivní reakce“ (food hypersensitivity reaction – FH reaction) (2, 3).

U dětí do tří let věku s AD se prevalence potravinové alergie uvádí od 20 do 80 %; např. Sampson a spolupracovníci zjistili frekvenci potravinové alergie u dětí v 60 % (4, 5), Burks uvádí výskyt potravinové alergie ve 30 % (6). Vejce, kravské mléko, sója a pšeničná mouka tvoří 90 % potravinových alergenů u této skupiny pacientů (6). Ve Spojených státech mezi další časté potravinové alergeny patří arašidy a mořské ryby (7). Převládá názor, že podávání těchto potravin v časném dětství u atopiků je spojeno s vyšším rizikem senzibilizace na tyto potraviny (7) a že ke vzniku potravinové alergie může dojít také cestou kontaktu kůže s potravinovým alergenem v případě poškozené kožní bariéry, např. aplikací arašidového oleje na kůži atopika (7). Atherton ve své práci uvádí, že po 1–2 letech vyhýbání se potravinovému alergenům přibližně jedna třetina dětí ztrácí potravinovou alergii; zůstává to však na druhu alergenů (8). Ve své studii zjistil signifikantní zlepšení AD u více než 50 % dětí v době eliminační diety, při které vejce a kravské mléko byly nahrazeny sójovými potravinami (8). Jiné studie ukázaly, že po vysazení potravin se kožní nálezy zlepšuje pouze u jedné třetiny dětí (9, 10).

Eliminace potravin, především základních, však s sebou přináší riziko nedostatečné výživy, což je nebezpečné zvláště u malých dětí. Výsledky vyšetření jak v kožních prick testech, tak výsledky specifického IgE jsou



komplikovány nízkou pozitivní prediktivní hodnotou, proto v případech bez jasných anamnestických údajů o potravinové alergii je nutno k eliminaci potravin přistupovat opatrně, protože její vyloučení nemusí vést ke zlepšení závažnosti AD (11). K vyloučení určité potravin by mělo dojít až v případech, kdy středně těžká až těžká forma AD se dlouhodobě nezlepšuje po lokální, ev. celkové terapii a toto vyloučení by mělo být doporučeno zkušeným alergologem a dietologem (11).

Zásadními potravinami pro správnou výživu u dětí pod dva roky věku jsou kravské mléko a sója (12, 13). Okolo konzumace mléka a mléčných výrobků u kojenců s AD mohou být nejasnosti. Kravské mléko patří vzhledem k vysokému obsahu bílkovin k častým alergizujícím potravinám, ale na druhé straně mléko přináší hodnotné živiny pro rostoucí organismus s optimálním zastoupením bílkovin, vitaminů a minerálních látek. Mléko proto nepodáváme batolatům a větším dětem pouze tehdy, když vidíme přímou souvislost konzumace mléka se zhoršením ekzému nebo když se objeví jiný typ alergické reakce – kopřivka, průjem, zvracení, dýchací obtíže (12). Pro výživu kojence s alergií na kravské mléko jsou určeny přípravky vyrobené na bázi extenzivní hydrolyzy mléčných bílkovin. Tuto výživu toleruje asi 90 % dětí alergických na kravské mléko. Tyto hydrolyzované přípravky splňují doporučené požadavky na množství bílkovin. Jejich pořízení je však finančně náročnější a dle zpráv z literatury se někteří rodiče uchylují k alternativám jako rýžové, kokosové nebo mandlové mléko. Ačkoliv tato mléka jsou obohacena vitaminy a mají srovnatelné množství kalorií, nejsou to vhodné náhrady u kojenců s alergií na kravské či sójové mléko kvůli nízkému obsahu tuků a bílkovin. Dlouhodobé podávání může vyústit ve významnou bílkovinnou malnutrici, může vést ke ztrátě na hmotnosti a celkovému neprospívání kojenců a batolat. Dle zpráv z literatury se objevily případy těžké hypoalbuminémie při dlouhodobém požívání rýžového mléka. Jde o případy kojenců, kteří trpěli středně těžkou formou AD a u kterých byla doporučena eliminace kravského mléka na základě pozitivní protilátek proti kravskému mléku – v kožních prick testech nebo ve sIgE. Dětem bylo podáváno mléko rýžové v období několika měsíců, došlo ale k podvýživě, projevům hypoalbuminémie s rozvojem kwashiorkoru a s tím spojených

komplikací (infekce, osteopenie). Po zavedení hydrolyzovaného mléka se celkový stav těchto kojenců zlepšil a zavedení klasického mléka nevedlo ke zhoršení AD (14, 15). Jak tedy ukazují případy z literatury, eliminační diety bez řádného zajištění správného přísunu živin mohou vést k těžké malnutrici s následnými komplikacemi. Doporučené množství bílkovin pro děti ve věku do 6 měsíců je 1,5 g/kg, ve věku 7–12 měsíců 1,2 g/kg a ve věku 1–3 roky 1,1 g/kg. Hydrolyzované výrobky poskytují bezpečnou alternativu u dětí s prokázanou alergií na kravské či sójové mléko (14).

Kromě potravinové alergie se však na zhoršování kožního nálezu u pacientů s AD může podílet i potravinová intolerance. U batolat s AD je doporučeno omezit či zcela vynechat potraviny, které mohou vyvolat reakce potravinové intolerance (kakao, čokoláda, mandle, ryby, mák, ořechy, citrusy, kiwi, rajčata, celer, petržel, plísňové sýry). Vejce se povoluje jen v pečivu a příloze, ne jako samostatný pokrm (12). Jak je uvedeno výše, výsledky vyšetření v kožních prick testech a výsledky specifického IgE jsou komplikovány nízkou pozitivní prediktivní hodnotou, proto v případech bez jasných anamnestických údajů o potravinové alergii je pak zhodnocení těchto vyšetření obtížné (11). Výsledky vyšetření SPT a sIgE musejí být proto hodnoceny opatrně, protože pozitivní výsledek často nekoreluje s klinickými symptomy (14). Z tohoto důvodu je za zlatý standard v diagnostice potravinové alergie považován dvojité slepý, placebem kontrolovaný expoziční test. Pro běžnou praxi může být dostačující i ověření potravinové alergie pomocí otevřených expozičních testů (16, 17). Provedení otevřeného expozičního testu u batolat je však velmi diskutováno; jde zvláště o bezpečnost testování a s tím související množství testované potravin. Autoři Rolinck Werninghaus a kol. (17) provedli vyšetření u 869 dětí s průměrným věkem 1,2 roku. Expoziční testy prováděli s kravským mlékem a vejcem, pšeničnou moukou a sójou. Počáteční dávka proteinu byla 3–5 mg. Toto množství bylo podáváno vícekrát po 30 minutách. Pozitivní výsledek otevřeného expozičního testu byl spojen s pozitivitou specifického IgE, nízkým věkem a anamnestickými údaji o AD. V závěru autoři uvádějí, že orální otevřený expoziční test s sebou přináší riziko těžké reakce při podání kteréhokoli množství potravin a závažnost reakce nelze předvídat např. dle hladiny sIgE

na testovanou potravinu. Těžká reakce může být pozorována i po podání první nejnižší dávky; až u 10 % dětí s potravinovou alergií na mléko či vejce dávka 3–5 mg proteinu může vést k různým příznakům potravinové alergie (17).

Jak je uvedeno výše, eliminace potravinového alergenu může vést ke zlepšení kožního nálezu. Kromě doporučení o eliminaci potravin u dětí s atopickým ekzémem také převládá názor, že jsou vhodné eliminační diety během těhotenství a kojení. Zatím je málo epidemiologických dat, která by podporovala tato tvrzení. Navíc se ukazuje, že předchozí doporučení nevedou ke snížení IgE zprostředkované potravinové alergie (18, 19). Existují data, která ukazují, že časná expozice potravinovému proteinu skrz zánětlivou kůži vede sice k sensibilizaci, ale že časná orální expozice má za následek indukci tolerance (18, 19). Dle posledních studií je patrné, že interakce potravinového proteinu se střevní lymfatickou tkání (GALT) je základním předpokladem pro vznik orální tolerance. Množství kožní nebo orální expozice určuje, zda dítě bude mít alergickou reakci nebo dojde k rozvoji tolerance. Dle posledních názorů by kojeneček měl být poměrně časně vystaven nízké dávce potravinového alergenu k navození tolerance. Jsou vypracována doporučení, jak postupovat s expozicí podezřelé potravin k navození této specifické orální tolerance (specific oral tolerance induction – SOTI), tento postup může být slibným přístupem k proaktivní léčbě potravinové alergie (18, 19). Nedávné studie ukazují, že více než eliminační dieta (v období těhotenství, kojení a u kojenců) může zvýšit rozvoj tolerance podávání podezřelé potravin (18). Tyto nové postupy k zabránění vzniku potravinové alergie u dětí je však potřeba dále prošetřit v randomizovaných kontrolovaných intervenčních studiích (19).

## ■ Literatura

1. Spergel JM. Epidemiology of atopic dermatitis and atopic march in children. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2010 Aug;30(3):269–280
2. Akdis CA, Akdis M, Bieber T et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/ American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. *Allergy.* 2006 Aug;61(8):969–987



- Fleischer DM, Bock SA, Spears GC et al. Oral food challenges in children with a diagnosis of food allergy. *J Pediatr.* 2011 Apr;158(4):578-583
- Sampson HA. The evaluation and management of food allergy in atopic dermatitis. *Clin Dermatol.* 2003 May-Jun;21(3):183-192
- Sampson HA, Scanlon SM. Natural history of food hypersensitivity in children with atopic dermatitis. *J Pediatr.* 1989 Jul;115(1):23-27
- Burks AW, Mallory SB, Williams LW, Shirrell MA. Atopic dermatitis: clinical relevance of food hypersensitivity reactions. *J Pediatr.* 1988 Sep;113(3):447-451
- Lack G, Fox D, Northstone K et al. Factors associated with the development of peanut allergy in childhood. *N Engl J Med.* 2003 Mar 13;348(11):977-985
- Atherton DJ, Sewell M, Soothill JF et al. A double-blind controlled crossover trial of an antigen-avoidance diet in atopic eczema. *Lancet.* 1978 Feb 25;1(8061):401-403
- Greenhawt M. The role of food allergy in atopic dermatitis. *Allergy Asthma Proc.* 2010 Sep-Oct;31(5):392-397
- Eigenmann PA, Sicherer SH, Borkowski TA et al. Prevalence of IgE-mediated food allergy among children with atopic dermatitis. *Pediatrics.* 1998 Mar;101(3):E8
- Leung DY, Nicklas RA, Li JT et al. Disease management of atopic dermatitis: an updated practice parameter. Joint Task Force on Practice Parameters. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2004 Sep;93(3 Suppl 2):S1-21
- Čapková Š, Špičák V, Vosmík F. *Atopický ekzém.* Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-645-8
- Sampson HA, Ho DG. Relationship between food-specific IgE concentrations and the risk of positive food challenges in children and adolescents. *J Allergy Clin Immunol.* 1997 Oct;100(4):444-451
- Keller MD, Shuker M, Heimall J, Cianferoni A. Severe malnutrition resulting from use of rice milk in food elimination diets for atopic dermatitis. *Isr Med Assoc J.* 2012 Jan;14(1):40-42
- Novembre E, Leo G, Cianferoni A et al. Severe hypoproteinemia in infant with AD. *Allergy.* 2003 Jan;58(1):88-89
- Werfel T, Ballmer-Weber B, Eigenmann PA et al. Eczematous reactions to food in atopic eczema: position paper of the EAACI and GA2LEN. *Allergy.* 2007 Jul;62(7):723-728
- Rolinck-Werninghaus C, Niggemann B, Grabenhenrich L et al. Outcome of oral food challenges in children in relation to symptom-eliciting allergen dose and allergen-specific IgE. *Allergy.* 2012 Jul;67(7):951-957
- Badina L, Barbi E, Berti I et al. The dietary paradox in food allergy: yesterday's mistakes, today's evidence and lessons for tomorrow. *Curr Pharm Des.* 2012;18 Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program. 2007;59:63-8 (35):5782-5787
- Lack G. The concept of oral tolerance induction to foods. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program* 2007; 59:63-68



Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost si vás dovoluje pozvat na cyklus seminářů

## Komunikace v ordinaci PLDD

Odborný garant: **MUDr. Ilona Hülleová**, předsedkyně SPLDD  
**MUDr. Jiřina Dvořáková**, místopředsedkyně SPLDD  
Pořadatel: **SPLDD ČR**, U Hranic 16, Praha 10  
Organizace seminářů: **ViaLain Events, s.r.o.**, [www.vialain.com](http://www.vialain.com)

V průběhu semináře bude možné získat kvalifikovaný podpis od přítomného pracovníka certifikační autority a podat žádost SÚKL na získání přístupových údajů k CÚ ER (nezbytné náležitosti pro vystavování elektronických receptů).

### Termíny a místa konání

Čtvrtek 14. 9. 2017	Plzeň Hotel Primavera	<a href="http://www.primaverahotel.cz">www.primaverahotel.cz</a>
Úterý 19. 9. 2017	Praha Hotel Čechie	<a href="http://www.hotelcechie.cz">www.hotelcechie.cz</a>
Úterý 26. 9. 2017	Ostrava Hotel Vista	<a href="http://www.hotelvista.cz">www.hotelvista.cz</a>
Úterý 3. 10. 2017	Brno Hotel Avanti	<a href="http://www.hotelavanti.cz">www.hotelavanti.cz</a>
Středa 4. 10. 2017	Ústí nad Labem Clarion Congress Hotel	<a href="http://www.clarioncongresshotelustinadlabem.com">www.clarioncongresshotelustinadlabem.com</a>
Úterý 10. 10. 2017	České Budějovice Clarion Congress Hotel	<a href="http://www.clarioncongresshotelceskebudejovice.com">www.clarioncongresshotelceskebudejovice.com</a>
Středa 11. 10. 2017	Karlovy Vary Karlovarská krajská nemocnice	<a href="http://www.kkn.cz">www.kkn.cz</a>
Čtvrtek 12. 10. 2017	Olomouc BEA centrum	<a href="http://www.beacentrum.cz">www.beacentrum.cz</a>
Středa 18. 10. 2017	Liberec Hotel Liberec	<a href="http://www.hotel-liberec.eu">www.hotel-liberec.eu</a>
Čtvrtek 19. 10. 2017	Pardubice Hotel EURO	<a href="http://www.hoteleuro.cz">www.hoteleuro.cz</a>

**Přihlášku** je možné podat nejpozději týden před vybranou akcí nebo do naplnění kapacity semináře na adrese: [goo.gl/forms/CaqaT8r7Lp8vT5Jm1](http://goo.gl/forms/CaqaT8r7Lp8vT5Jm1)

Nepřihlášeným účastníkům bude umožněn vstup dle aktuální volné kapacity prostor a stravování.



## Kazuistika

# Banální tříselná kýla

**MUDr. Ivana Petružiová, MUDr. Klára Vitoušová**

Gastroenterologická ambulance, Dětské oddělení Nemocnice Na Bulovce

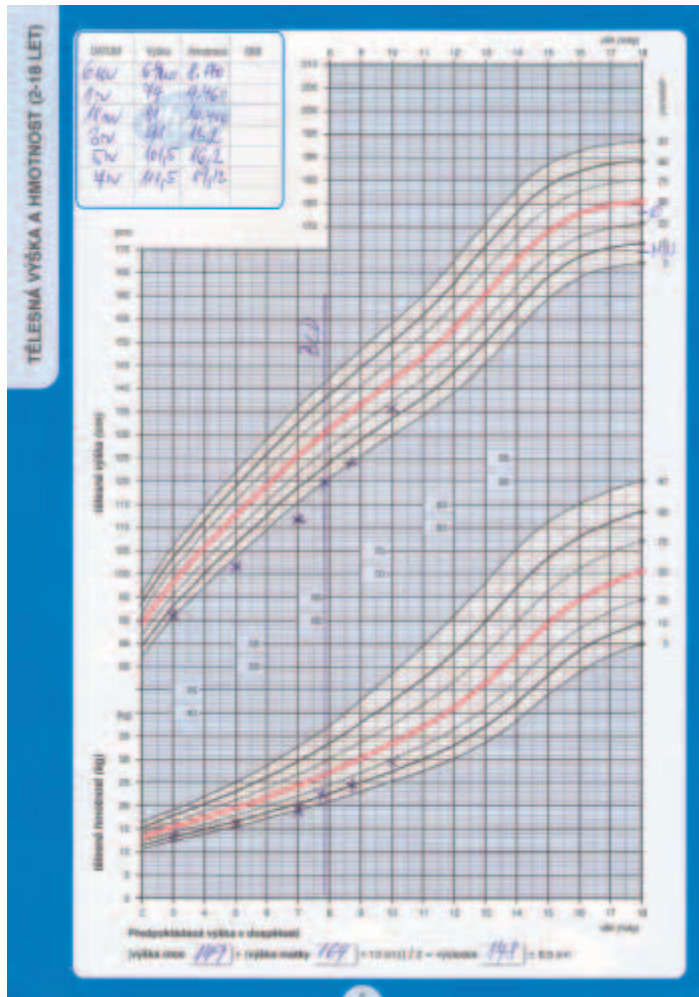
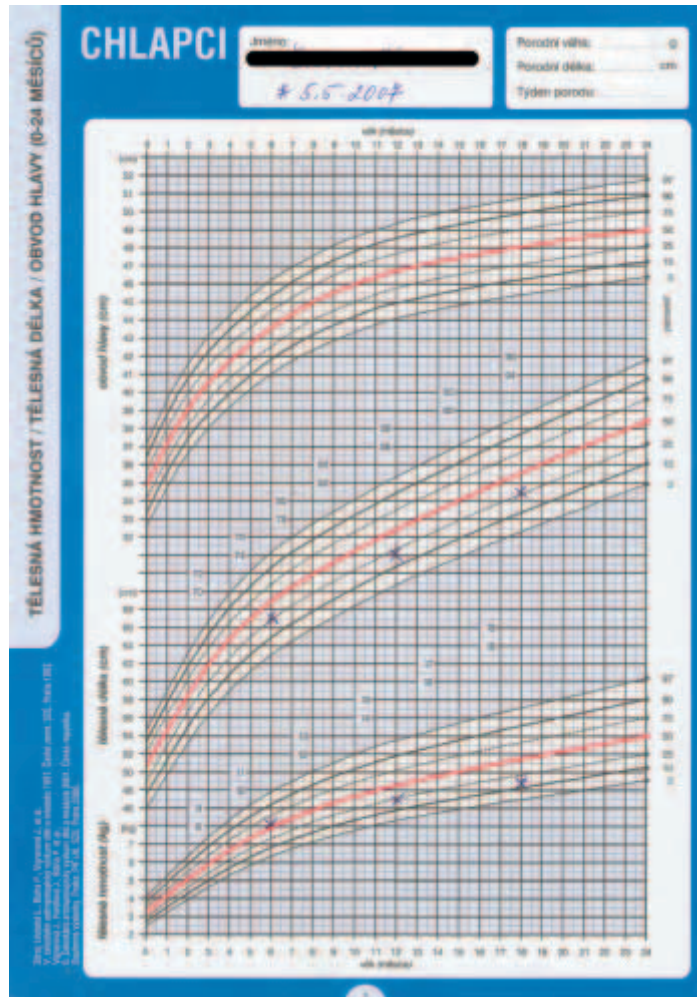
Sedmiletý Tomáš přichází na ambulanci dětské chirurgie, odeslán PLDD pro vyklenutí v levém třísele. Zde potvrzena tříselná kýla vlevo, volně reponibilní, chlapec je indikován k plánovanému operačnímu řešení. Dva dny po úvodním vyšetření je opět vyšetřen na chirurgické ambulanci pro otok šourku, který během následujících dnů progreduje až k otoku celého zevního genitálu, včetně penisu, doporučen Dithiaden perorálně a lokálně chladné obklady. Během dalších dvou dnů se však stav nemění, otok těstovitého penisu i scrotum bez zarudnutí, bez sekrece, nebolestivý, chlapec je bez celkových

příznaků. Tříselná kýla nadále volně reponibilní, nález se nemění. Na UZ břicha nalezeno malé množství tekutiny mezi klíčkami tenkého střeva v malé pánvi, více vlevo, záves tenkého střeva je s patrným prosáknutím, ale bez patrného prosáknutí v oblasti stěny klíčků střevních. Jinak normální nález na ostatních orgánech dutiny břišní. UZ varlat v mezích normy. Vzhledem k nejasným nálezům bylo doporučeno dovyšetření na pediatrii, tak se chlapec dostává na naše oddělení. Při úvodním rozhovoru s rodiči zjišťujeme respirační infekci přibližně týden před začátkem otoků.

Velikost otoku scrota se zhoršuje vždy k večeru. V minulosti rodiče popisují přechodné otoky očních víček. Rodinná anamnéza bezvýznamná, z osobní jen četné předčasné síňové stahy zjištěné po porodu, bez tachydysrytmii, ECHO bez arytmogenního korelátu, bez léčby, v pěti letech vymizela. Na ECHO zjištěn midtrabekulární defekt komorového septa se spontánním uzávěrem, nyní bez indikace k prevenci infekční endokarditidy. Psychomotoricky se chlapec od narození vyvíjel normálně, avšak v růstových grafech (obr. 1, 2) je patrný pokles percentilu hmotnosti již od 6. měsíce

Obr. 1

Obr. 2





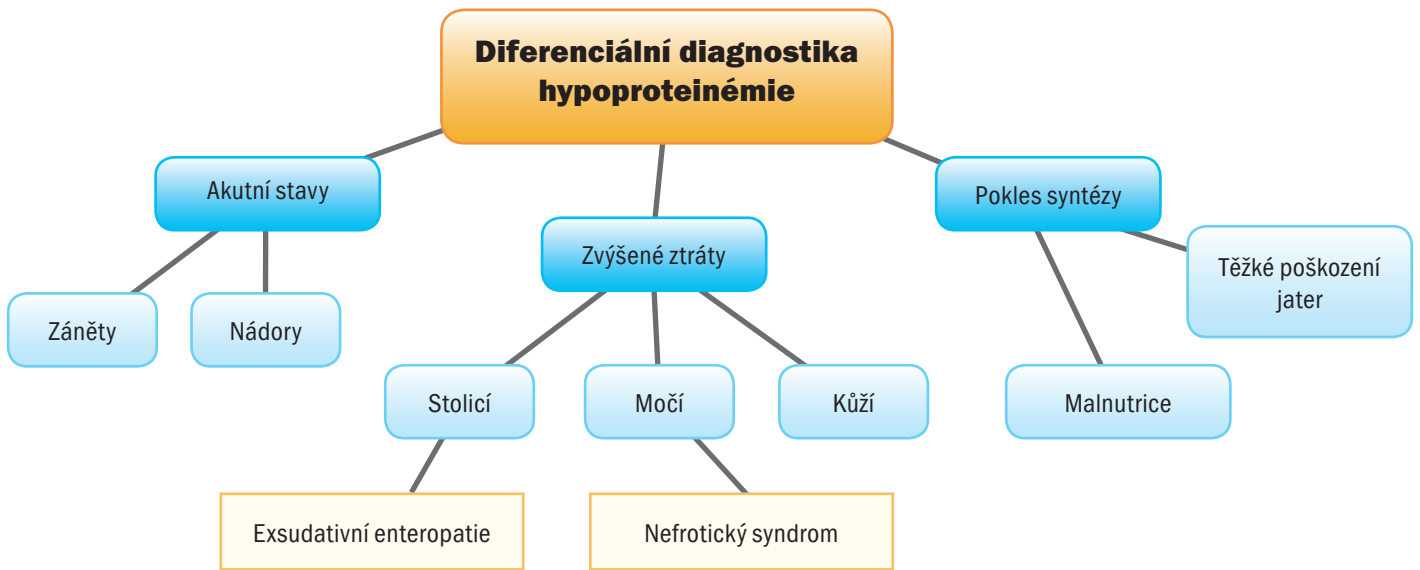


Schéma 1

věku, tedy od zavedení příkrmů do stravy. Percentil výšky klesá až kolem druhého roku věku, ve třech letech byl chlapec růstem již na úrovni 3. percentilu. Další vyšetření z důvodu neprospívání však provedena nebyla.

Při přijetí na oddělení je pacient bez alterace celkového stavu, afebrilní, hydratace a prokrvení v normě. Scrotum s těstovitým symetrickým otokem bez erytému, bez patrných kožních eflorescencí, krční lymfatické uzliny hmatné bilaterálně, velikost do 1 cm. Životní funkce v normě včetně krevního tlaku.

Z laboratorních výsledků – v krevním obraze leukocytóza s trombocytózou a mikrocytární anémií, mírně zvýšená sedimentace erytrocytů. V biochemii elevace transamináz, snížená hladina celkové bílkoviny i albuminu, zvýšená hladina cholesterolu a triglyceridů. V moči však normální nález, bez proteinurie, index celková bílkovina/kreatinin v normě.

**■ Diferenciálnědiagnostická rozvaha hypoproteinémie**

V rámci diferenciální diagnostiky je třeba zvážit všechny příčiny ztrát bílkovin. Vzhledem k laboratorním výsledkům se zdá jako nejpravděpodobnější varianta ztráta v oblasti trávicího traktu. Diferenciální diagnostika hypoproteinémie je znázorněna graficky ve schématu 1.

Ztráty trávicím traktem a příčiny malabsorpce ve schématu 2 a 3.

V rámci dalšího vyšetřování bylo z laboratorních výsledků zjištěno, že chlapec má

Schéma 2

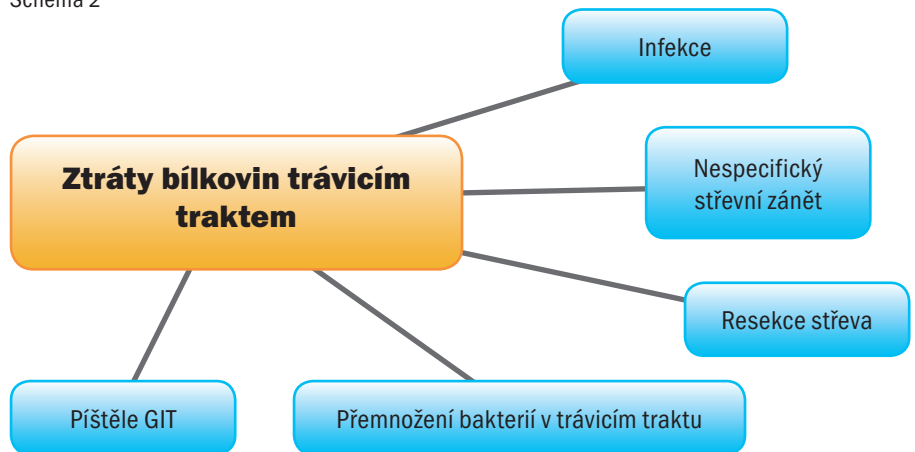
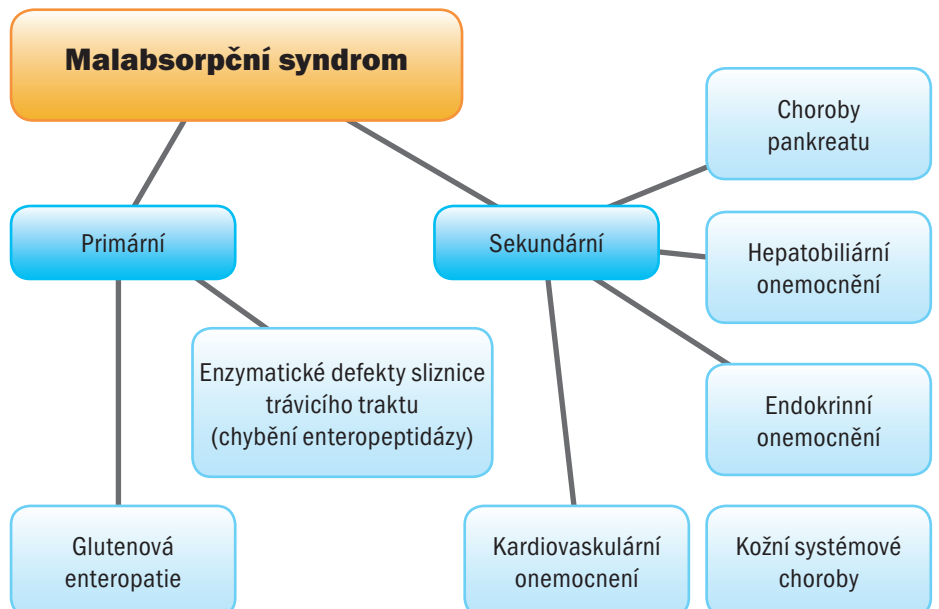


Schéma 3





mikrocytární anémii, středně zvýšenou sedimentací značící potenciální zánětlivý proces a izolovanou elevaci transamináz bez poruchy proteosyntézy. Normální hodnoty amylázy a lipázy v séru. Panel hepatitid negativní, v sérologiích EBV/CMV prokázány pouze anamnestické protilátky, bez známek aktivity infekce. Kultivačně ve stolici nalezena pouze normální flora, sérologicky Yersinie, Widalova zkouška negativní, vyšetření na průkaz parazitů také negativní. Střevní infekce je tedy tímto vyloučena. Stolice bez známek okultního krvácení. Vyšetření imunoglobulinů prokazuje elevaci celkového IgG, ostatní v normě, pANCA a ASCA negativní. Nespecifický střevní zánět tedy můžeme také vyloučit.

A konečně výsledky celiakálních protilátek:

**TTG IgA – 312,35 U/ml**

**TTG IgG – 10,62 U/ml**

**EMA IgA – pozitivní nálezy**

**EMA IgG – hraniční nálezy**

Hypercholesterolémie, hypoproteinémie, hypoalbuminémie, elevace protilátek proti tkáňové transglutamináze a endomyziu, mikrocytární anémie a porucha růstu. Tyto nálezy svědčí tedy pro možnou diagnózu celiakie jakožto příčiny obtíží. Pro potvrzení byla

provedena biopsie sliznice tenkého střeva, kde popsán nálezy rozvinuté celiakální spruce s parciální atrofií klků (dle stupnice MARSH IIIa). Nulové hodnoty disacharidáz, středně snížená aktivita všech dalších enzymů kartačového lemu enterocytů.

Stav pacienta se postupně zlepšoval, se zavedením bezlepkové diety došlo k vymizení otoků, na kontrolním UZ břicha popsány jen zmnožené lymfatické uzliny v GIT. V dalších letech pomalu dohání růstový i hmotnostní deficit. Spolupráce rodiny je však problematická, dle kolísání hodnot kontrolních vyšetření celiakálních protilátek není dieta dodržována zcela striktně. Zpětně bylo dokonce zjištěno, že již dva roky před manifestací otoků byly chlapci vyšetřeni celiakální protilátky v rámci alergologického vyšetření, testy byly dokonce dvakrát opakovány, nicméně bez další návaznosti dalších dovyšetření.

### ■ Závěr

Tento případ ukazuje pestrost a rozmanitost možných projevů celiakie v závislosti na stupni postižení a délce trvání zánětu střeva. Na tomto místě je však nutno opět zdůraznit význam sledování prospívání dítěte a pečlivé zaznamenávání růstových a hmotnostních

dat do grafů. Ale také je třeba nepodceňovat význam sérologických nálezů celiakálních protilátek a v případě jejich positivity vždy důkladně zhodnotit klinický korelát, v našem případě nepospívání dítěte, a na tomto základě pacienta nasměrovat do odborné péče, minimálně ke sledování. Je zcela jasné, že náš pacient mohl „dostat“ svou diagnózu o několik let dříve a nemuselo dojít k tak rozsáhlé devastaci střeva. Zajímavostí je, že se u stejného pacienta přibližně dva roky po diagnóze celiakie objevil nefrotický syndrom, léčba proběhla úspěšně až do plné remise stavu. K relapsu dosud nedošlo. Přímý korelát mezi celiakií a nefrotickým syndromem jsme v odborné literatuře nenašli, existuje jen prokázaná souvislost s IgA nefropatií.

Metodický pokyn indikací k vyšetření celiakálních protilátek najdete v příložené tabulce.

Tabulka Metodický pokyn indikací k vyšetření celiakálních protilátek

A. Rizikové choroby a skupiny	B. Podezřelé symptomy	C. Přidružené autoimunitní choroby
příbuzní celiaků 1. stupně	opožděný PMV	diabetes mellitus I. typu
<i>dermatitis herpetiformis Duhring</i>	nevysvětlitelný úbytek hmotnosti	autoimunitní tyreoiditida a jiné autoimunitní endokrinopatie
mikrocytární anémie nereagující na léčbu preparáty železa	nízké sérové železo	autoimunitní hepatitida
předčasná osteoporóza	výrazné izolované sérové zvýšení transamináz (ALT, AST)	systémový lupus erythematoses
terapeuticky rezistentní forma syndromu dráždivého střeva	recidivující aftózní stomatitida	primární sklerotizující cholangitida
polyneuropatie a myopatie nejasné etiologie	izolovaný deficit IgA	primární biliární cirhóza
ataxie nejasné etiologie	hypoplazie zubní skloviny	IgA nefropatie
deprese a poruchy chování		Sjögrenův syndrom
amenorea, pozdní menarche		poruchy pojiva
infertilita a poruchy reprodukce		
Downův a Turnerův syndrom		



## Sedm mýtů o mléku

Petr Veselý, Právo

převzato z www.novinky.cz, 13. července 2017

**Kolem málokteré potraviny existuje tolik lží, polopravd a mýtů jako kolem mléka. Pojďme se zastavit aspoň u některých z nich.**



### 1. Zahleňuje

Tvrzení, že mléko zahleňuje, se traduje už od středověku. „Neexistují však pro ně žádné racionální důvody, o vědeckých důkazech ani nemluvě,“ říká gastroenterolog doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D.

To ale neznamená, že kolem konzumace kravského mléka a zahleňování neexistují vůbec žádné výzkumy. Lékaři udělali studii s astmatiky a s lidmi, kteří se nechali infikovat viry, jež způsobují infekci dýchacích cest. Část z nich pila kravské mléko a část nápoj, který se mu vizuálně a chuťově podobal, ale nešlo o mléko.

Pocit, že jsou daleko víc zahlenění, udávali výrazně častěji jen lidé, kteří věřili, že mléko má tento efekt. Bez ohledu na to, co pili a z jaké skupiny byli. Podle lékařů prokázal pokus to, že pocit zahlenění závisí na víře, a na konzumaci kravského mléka. Doporučovat proto lidem, kteří trpí dýchacími potížemi, aby je vyloučili ze svého jídelníčku, je nesmyslné. Navíc se tím připraví o významný zdroj vápníku, vitamínů A, D a dalších velice důležitých látek.

### 2. Žádný dospělý savec přece mléko nepije

Podle odpůrců mléka je nesmysl je pít i proto, že to nedělá žádný savec, jakmile dospěje. Tak to vymyslela geniální příroda. Tohle tvrzení zní logicky. Skoro by se dalo říct neprůstředně. Ale jen na první pohled. Když je začneme zkoumat podrobněji,

uvědomíme si, že by spousta zvířat mléko a mléčné výrobky ráda konzumovala, kdyby měla tu šanci. A nejen mléko. Jenže tu příležitost nemají.

Možnost jíst nejrůznější druhy mas a plodin, stejně jako další potraviny obsahující ty nejlepší zdroje životně důležitých látek, si vybojoval pouze člověk díky svým schopnostem. I proto získal postavení, které dnes má. Můžeme samozřejmě diskutovat o přednostech a nedostatcích tohoto postavení. Ale kolik lidí by se dnes opravdu chtělo vrátit na úroveň našich pravěkých předků? Nebo třeba jen středověku? Určitě ne většina.

### 3. Hodně vápníku je i v jiných potravinách

Mléko není nutné pít, protože důležitý vápník obsahuje řada dalších potravin. Jak rostlinného, tak živočišného původu. To je další časté tvrzení nepřátel mléka. Do určité míry mají pravdu. Jenže už neřeknou, že vápník bývá z těchto potravin hůře vstřebatelný, a tedy i využitelný pro lidský organismus.

Pokud bychom chtěli dosáhnout stejného efektu jako u mléka, odkud je nejlépe dosažitelný, museli bychom tuto potravinu konzumovat v množstvích, která jsou buďto nereálná, nebo by nám způsobovala jiné problémy.

Příkladem může být mák, bomba plná vápníku. Tabulky uvádějí, že je jednou z potravin, které obsahují vápníku úplně nejvíc. Jenže tento minerál je v něm navázaný na

### Mléko obsahuje:

*Bílkoviny s vysokou biologickou hodnotou, a to díky nepostradatelným aminokyselinám.*

*Mléčný cukr, který je důležitý například pro obnovu střevní mikroflóry.*

*Mléčný tuk v lehce stravitelné formě. Tukové kuličky jsou navíc obalené lecitinem. Ten potřebujeme jako součást našich buněk, lecitin navíc snižuje riziko vzniku aterosklerózy.*

*Z minerálních látek v něm najdeme hlavně důležitý vápník, draslík, fosfor a hořčík.*

*Vitaminy rozpustné v tucích: A, D, E a K. Ale i ty rozpustné ve vodě: C a B komplex.*

*V čerstvém mléce je i laktein, antibakteriální látka, která působí proti streptokokům. Zároveň pomáhá upevnit náš imunitní systém.*

vlákninu, a proto ho náš organismus natráví jenom část. Pokud bychom chtěli získat z máku tolik vápníku jako z mléka, museli bychom denně konzumovat značnou dávku této potraviny. Řekněme odhadem mezi 100 až 200 g denně.

To však představuje problém. Mák obsahuje opravdu hodně tuků, tedy kalorií. S velkou pravděpodobností bychom po něm začali tloustnout. Navíc je otázka, jak by náš organismus zareagoval na nemalé množství vlákniny, kterou obsahuje. Nadýmání a větry by mohly být jenom jedním z našich problémů. Prostě další příklad toho, že jednoduché, černobílé pravdy v reálném životě často nefungují tak jednoduše, jak by si představovali jejich hlasatelé.

### 4. Trvanlivé mléko je bez živin

Často se traduje, že čerstvé mléko je zdravější než to trvanlivé. Záleží na tom, jaká kritéria sledujeme, „To trvanlivé má stejný obsah hlavních živin jako čerstvé,“ vysvětluje docent Kohout. „Asi bychom v něm našli o něco méně vitamínů, na druhou stranu neobsahuje mikroorganismy.“

Mnozí jsou také přesvědčení, že trvanlivé mléko je méně hodnotné, pokud jde o bílkoviny, sacharidy, tuky a některé další látky, než mléko čerstvé. „Nutriční hodnota trvan-



lívého mléka je stejná jako toho čerstvého,“ říká docent Kohout.

A pojďme se ještě podívat na časté tvrzení, že trvanlivé mléko obsahuje škodlivé chemické konzervanty. „Pokud je výrobce ošetřil běžnými postupy, tedy pomocí pasterizace a homogenizace, tak neobsahuje,“ říká docent Kohout.

#### 5. Mléko je moc tučné, a má tedy moc kalorií

To je zčásti pravda. Litr plnotučného mléka obsahuje 2 670 kJ, což je takové množství energie, které obsahuje vydatný oběd. Otázka je, kdo dokáže vypít litr takového mléka denně. U polotučného mléka, které pije většina lidí, to vypadá s tuky, a tedy i energií, už mnohem méně dramaticky: litr obsahuje 1 990 kJ, u nízkotučného 1 548 kJ.

#### 6. Odtučněné mléko má méně vápníku

Není to pravda. Vápník se v něm neváže na tuky. Proto jejich množství neovlivňuje množství tohoto minerálu v mléce.

#### 7. Mléko od krávy je to nejlepší, co si můžeme dopřát

Obvykle obsahuje bakterie, které jinak zahubí pasterizace. Je otázka, o jak škodlivé bakte-

rie jde a jak se s nimi náš organismus dokáže vypořádat. Řada lidí dostane průjem, když je vypijí, protože jsme v rámci současných hygienických standardů zvyklí na potraviny, které tyto bakterie neobsahují.

#### ■ Jak rozlišit intoleranci a alergii

Alergie – alergická reakce může být okamžitá nebo pozdější. Někdy se projeví trávicími potížemi nebo průjmy, jindy kožními anebo astmatickými problémy. V každém případě je nutné ji potvrdit imunologickým vyšetřením. Pokud ji lékař diagnostikuje, musíme vyřadit z našeho jídelníčku mléko a mléčné výrobky. Nejčastějším alergenem je bílkovina kravského mléka, ale mohou to být i jiné látky.

Intolerance – v případě intolerance jde o problém nedostatku laktázy, tedy enzymu, který štěpí mléčný cukr, laktózu. Kojenci produkují 100 % tohoto enzymu, ale s věkem nebo pod vlivem jiných okolností může jeho množství v organismu klesat. Navíc jinou hladinu tohoto enzymu mají třeba Skandinávci a jinou lidé, kteří žijí v Africe. Tento jev ovlivňuje fakt, jaké potraviny byly

klíčové pro přežití a prospívání lidí z těchto končin v minulosti. Hlavními příznaky laktózy intolerance jsou nadýmání, bolesti v břiše, křeče, větry nebo průjmy. Ty někdy bývají docela dramatické. Uvedené potíže souvisejí s tím, že organismus neštěpí mléčný cukr tak, jak by bylo potřeba.

Jak se dá léčit – nejčastěji se množství laktázy v organismu snižuje v důsledku věku nebo nemoci (celiakie, Crohnova choroba apod.). Signálem potíží bývá nezměněná hladina krevního cukru poté, co vypijeme mléko. Nebo vodík, který se objeví v dechovém testu. Objektivně určí tuto poruchu analýza vzorku sliznice z tenkého střeva. Intolerance se dá léčit pomocí dietních opatření a dodáváním potřebného enzymu. Hodně záleží i na tom, jestli ho organismus produkuje aspoň v omezeném množství, nebo ne. Jiným řešením je pití mléka bez mléčného cukru (laktózy). Prodává se v ČR v některých obchodech, včetně několika obchodních řetězců.

## Léčba suchého a dráždivého kašle



## Drosetux® neo

Léčba suchého a dráždivého kašle

- Pro děti od narození a dospělé
- Vhodný i pro těhotné a kojící ženy
- Neobsahuje alkohol



**Složení:** 100 g sirupu obsahuje: Amica montana 4 CH 0,1 g; Belladonna 4 CH 0,1 g; Cina 4 CH 0,1 g; Coccus cacti 5 CH 0,1 g; Corallium rubrum 4 CH 0,1 g; Cuprum metallicum 5 CH 0,1 g; Drosera 4 CH 0,1 g; Ferrum phosphoricum 5 CH 0,1 g; Ipeca 4 CH 0,1 g; Solidago virga aurea 3 DH 0,1 g. **Pomocné látky:** natrium-benzoát, monohydrát kyseliny citrónové, čistěná voda, prosťý sirup (roztok sacharózy). **Držitel rozhodnutí o registraci:** BOIRON, 2 avenue de l' Ouest Lyonnais, 69510 Messimy, Francie. **Indikace:** Homeopatický léčivý přípravek užívaný tradičně v homeopatii k léčbě suchého kašle, dráždivého kašle nebo jiných forem neproduktivního kašle. **Dávkování:** Děti mladší 5 let: 2,5 ml sirupu 3–4× denně. Děti starší 5 let: 5 ml sirupu 3–5× denně. Dospělí: 15 ml sirupu 2–3× denně. **Způsob podání:** Perorální podání; pro odměření uvedených dávek použít příloženou odměrku. Množství v ml je uvedeno na odměrce. Jednotlivé dávky je třeba užívat v pravidelných intervalech během celého dne, nejlépe mimo dobu jídla. Poslední dávku je vhodné užít před spaním. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, rostliny z čeledi hvězdnicovitých nebo na literoukolí pomocnou látku. **Nežádoucí účinky:** Žádné nežádoucí účinky se neočekávají. **Interakce:** Neužívat současně s expektoranci. **Upozornění:** Tento léčivý přípravek nemá být užíván v případě produktivního kašle. Obsahuje sacharózu (100 g sirupu obsahuje 64,14 g sacharózy). Je nutno zohlednit v případě dětí s nízkým obsahem cukru nebo u diabetiků. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharózo-izomaltázové deficiencí by tento přípravek neměli užívat. Tento léčivý přípravek může být užíván v době těhotenství a kojení. Datum první registrace: 17. 8. 2016. Přípravek je volně prodejný a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



## Co je (a není) gastritida?

MUDr. Barbora Rybová<sup>1</sup>, MUDr. Luděk Ryba<sup>1</sup>, MUDr. Libor Janeček<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nemocnice Pardubického kraje a.s., Dětské oddělení Orlickoústecké nemocnice

<sup>2</sup> Oblastní nemocnice Kolín, Oddělení dětské chirurgie

Ačkoli má většina lékařů o akutní gastritidě poměrně jasnou představu, její jednoznačná definice v podstatě neexistuje. Pod pojmem akutní gastritida se skrývá široká škála patologických stavů, které způsobují zánětlivé změny na sliznici žaludku. V pediatrii nicméně akutní gastritidou rozumíme nejčastěji zánětlivé onemocnění infekční etiologie, případně potíže způsobené dietní chybou. K obvyklým projevům patří nechutenství, nauzea, zvracení, bolesti břicha, často provázené teplotami. Při současné přítomnosti průjmů pak hovoříme o akutní gastroenteritidě. Byť je daná problematika denním chlebem každého pediatra, zdaleka se nemusí vždy jednat o diagnózu zcela jednoznačnou...

### ■ Kazuistika

Jedenáctiletý chlapec přivezen rodiči pro dvě hodiny trvající periumbilikální bolesti a frekventní zvracení. Předchozí den byl unavenější, jinak bez obtíží. Během noci spal neklidně, v den přijetí nesnídal, začalo ho bolet břicho, od deseti hodin opakovaně zvrací, dle rodičů až padesátkrát, v poledne přijat na dětské oddělení. Dietní chybu si rodina neuvědomuje (je ale mezi vánočními svátky), střevní infekce se v okolí nevyskytuje, pouze nachlazení. Osobní a rodinná anamnéza nevýznamná.

Při příjmu krátce po poledni pacient zaujímá polohu na boku s flektovanými dolními končetinami, břicho je palpačně výrazně bolestivé, avšak prohmatné, aperitoneální, chlapec afebrilní, kardiopulmonálně kompenzovaný. Vstupní laboratorní vyšetření (minerály, JT, urea, kreat, mo+ sed) vyjma mírné leukocytózy v normě (CRP neg, Leu 12,8, segmentů 80 %), ultrazvuk s nálezem asi půl litru volné tekutiny v dutině břišní s maximem v pánvi, střevní kličky v pánvi jsou hypotonické, šíře 26 mm, appendix se s jistotou nedaří zobrazit. Při vyšetření chlapec pro bolest nevydrží ležet na zádech, zaujímá flekční polohu na boku. Doplněný nativní snímek břicha bez obrazu dilatace střevních kliček, hladin tekutiny, pneumoperitonea. Kolem patnácté hodiny chlapec poprvé vyšetřen chirurgem, náhlá příhoda břišní neprokázána - břicho je prohmatné, výrazně bolestivé kolem pupku, není přifouklé, není peritoneální, bez hmatné rezistence, poslechově obleněná peristaltika. Po chirurgické kontrole zahájena analgospasmolytická terapie, bez výraznějšího efektu, pokračováno v podpůrné infuzní terapii, pacient přeložen k observaci na JIP. Během odpoledne a večera je hoch maximálně subfebrilní, kardiopulmonálně stabilní, zvrací dvakrát, odchází formovaná stolice bez příměsí, močí. V devatenáct hodin proveden

kontrolní UZ břicha, nález výrazněji neprogreduje - mírně přibylo volné tekutiny, zvětšen rozsah postižených tenkých kliček, střevní kličky mají cirkulárně zesílenou stěnu na 5 mm (reaktivně?), stagnující tekutý obsah v luminu, šíře kliček do 28 mm, appendix sporně zobrazen při céku jako drobný, bez infiltrace, tračník je kolabován, několik nevýrazných lymfatických uzlin do 6 mm přičně vpravo v mezenteriu. Indikované kontrolní odběry s leukocytózou ( $21 \times 10^9/l$ , segmentů 87 %), nadále bez vzestupu CRP (negativní), amylázy, koagulační parametry v normě. Po celou dobu probíhají opakované chirurgické kontroly, klinický obraz dle chirurga toho času nesvědčí pro náhlou příhodu břišní. Chirurgem doporučeno pokračovat v analgetické a infuzní terapii, zvažované CT vyšetření neindikováno, klinický obraz hodnocen nejspíše jako akutní gastroenteritida. Během noci chlapec neklidný, spí minimálně, bolesti mírnější, trápí jej žízeň, opakovaně se dožaduje tekutin, které v malých množstvích podávány. Od večera opět dvakrát zvrací, nad ránem se rozvíjí tachykardie, krevní tlak v normě. Zrychlena infuzní terapie, zavedena nasogastrická sonda, která odvádí nevelké množství žaludečního obsahu s čajem, biliární příměs nepozorována. V kontrolních odběrech patrný vzestup CRP (58 mg/l), leu-



Nativní snímek břicha - v den přijetí (absence hladinek, nápadnější jen chudá střevní náplň)



Nativní snímek břicha - druhý den po přijetí (ve středním a pravém mesogastriu patrné hladinky)



Nativní snímek břicha - třetí den po operaci (plně rozvinutý paralytický ileus)



kocytóza ( $20 \times 10^9/l$ , segmentů 80 %), PCT nízký, známky hemokoncentrace.

Na kontrolním nativním snímku břicha je již přítomen obraz ileu na tenkých kličkách v pravém mezogastriu, bez známek pneumoperitonea. Rovněž na ultrazvuku progredují známky ileu na tenkých kličkách a zmnožení volné tekutiny v dutině břišní na minimálně 1–1,5 litru. Pacient zajištěn antibiotiky v dvojkombinaci (cefotaxim + metronidazol). Po dalším chirurgickém vyšetření (celkově šestém od přijetí) pro klinický obraz difúzní peritonitidy neprodleně přistoupeno k operační revizi dutiny břišní.

Při laparotomické revizi v dutině břišní nalezeno asi 500 ml serosanguinolentního výpotku, resekováno 150 cm zcela nekrotického tenkého střeva bez perforace, mesenterium asi 25 cm od ileocékálního přechodu strangulováno 5 milimetrů širokým fibrózním enteroenterickým pruhem vycházejícím z nekrotického cystického útvaru při stěně tenkého střeva. Provedena anastomóza end to end, zachován 210 cm dlouhý vitální úsek jejunu a ilea. Histologicky v odebrané cystické části (velikosti  $40 \times 25 \times 25$  mm) dominuje akutně zánětlivě infiltrovaná stěna tenkého střeva, obraz na tenkém střevě odpovídá makroskopicky patrné hemoragické infarzacii. Peroperační i histologický nález budí suspekci nejspíše na střevní duplikaturu.

Další průběh na oddělení komplikován rozvojem pooperačního paralytického ileu. Do desátého dne po výkonu pokračováno v antibiotickém zajištění a parciální parenterální výživě. Peristaltika se rozbíhá až 7. pooperační den. Jedenáctý den chlapec v dobrém stavu propuštěn domů. Nadále zůstává ve sledování gastroenterologické a chirurgické ambulance, dle recentních kontrol je bez obtíží, prospívá. Rodiče zpětně udávají několik v minulosti proběhlých epizod úporných bolestí břicha se spontánní úpravou.

### ■ Otázky!?

Nabízí se několik otázek. Byly opravdu všechny počáteční příznaky v souladu se vstupní dg gastritidy? Nemohl chirurg či pediatr poznat dříve, že jde o mechanickou, a tedy „chirurgickou“ příčinu obtíží? Měl být pacient operován dříve a zabránilo by to nekróze střeva a jeho následné resekci?

Samozřejmě, po bitvě je snadné býti generálem. Bolesti břicha a zvracení jsou velmi často způsobeny gastritidou a vyžadují konzervativní přístup. Ovšem údaj, že chlapec před přijetím zvracel  $50 \times$  během dvou hodin,

je přece jen neobvyklý. Otázkou je, zda je ten údaj pravdivý, zda rodiče nenadsazovali. Frekvence zvracení po přijetí na oddělení již nebyla nijak extrémní a nevybočovala z běžných projevů gastritidy. Také afebrilní průběh nevylučuje automaticky například virovou etiologii obtíží, stejně tak nízké známky zánětu (hodnoty CRP při příjmu a kontrola v tentýž den o 8 hodin později byly negativní), navíc v době přijetí chlapce v rodině probíhala viróza – byl se u nikoho nevyškly střevní příznaky. Stejně tak sonograficky patrný výpotek není sice při gastritidě běžný, ale se zlepšující se technickou kvalitou ultrazvukových přístrojů se s ním setkáváme i v situacích, kdy pro něj nemáme a nenajdeme jednoznačné vysvětlení, a nejedná se o náhlu příhodu břišní. Absence hladinek na prvním nativním snímku břicha krátce po přijetí chlapce, kdy již klinicky docházelo k rozvoji strangulačního ileu, lze vysvětlit masivním zvracením na počátku obtíží, díky němuž bylo střevo spíše kolabované a bez zjevné tekutinové nálože. Narůstající objem výpotku při kontrolní sonografii pak již svědčí pro progresi břišní patologie, stejně tak vzestup CRP druhý den ráno (o dalších 24 hodin později – v den po operaci – stoupla hodnota CRP až na  $204$  mg/l).

Sloužící chirurg rozhodně případ nebagatelizoval. Během 12 hodin chlapce vyšetřil celkem  $5 \times$ ! Ve večerních hodinách jej kontroloval po 2 hodinách. To vše svědčí pro jeho pochybnosti, zda se o chirurgické onemocnění jedná, či ne. Vždy však shledal na břiše nález, který dle jeho soudu nespěl pro náhlu břišní příhodu. Na časně ranní hodiny ordinovaná kontrola CRP (vzestup) a kontrolní nativní snímek břicha (zde již radiologicky zjevné známky ileu s vytvořenými hladinkami), stejně jako rozvoj peritoneálního dráždění v klinickém obraze pak vedly primáře chirurgického oddělení k revizi dutiny břišní. Chlapec byl operován 20 hodin od přijetí k hospitalizaci a přibližně 22 hodin od začátku obtíží. Přesto se nabízí úvaha, že měl být operován dříve. Frekventní zvracení, jen slabě reagující na analgetika a infuzní léčbu, intenzivní bolesti kolem pupku, nemožující polohu na zádech a vyžadující „schoulení“ do klubíčka, i výrazné množství výpotku již na počátku klinických obtíží (první sono 3 hodiny po začátku zvracení) i nápadný celkový diskomfort a alterace stavu vyvolávaly značnou nejistotu o povaze obtíží jak u ošetřujícího pediatra, tak sloužícího chirurga. Staré dobré heslo chirurgů říká „*in dubiis operare*“. I když se někdy operační výkon může prokázat jako nevhodný či škodlivý, v dnešní době rozvinuté

techniky se probatorní laparoskopie (na našem pracovišti dostupná) přímo nabízí.

Reálně se tak při kritickém pohledu zpět jeví jako optimální postup indikace k laparoskopii či laparotomii ve večerních hodinách dne, kdy celý případ začal. Je nejisté, zda by operace do zhruba 10 hodin od začátku obtíží (dnes již víme, že šlo o strangulaci tenkého střeva, s největší pravděpodobností způsobenou nepoznaným Meckelovým divertiklem, který je nejčastější vrozenou střevní duplikaturou) zabránila vzniku nekrózy střeva a nutnosti jeho resekce, je však vysoce pravděpodobné, že by pooperační průběh byl hladší a poresekční ileus a nutnost parenterální výživy netrvaly celý týden.

### ■ O spolupráci

Zde bychom se rádi zmínili o interakci ošetřujícího lékaře pediatra a potenciální výkon indikujícího konziliáře z oboru chirurgie. Na většině dětských oddělení jsou již zhruba dvě desetiletí hospitalizováni dětská pacienty vyžadující chirurgickou péči, kteří dříve leželi na chirurgických mezi dospělými. Tato změna se zprvu neobešla bez určitých kontroverzí, ale nakonec byla všeobecně přijata a uznána její prospěšnost pro malé pacienty. Vznikla tím ovšem dělba kompetencí – pediatr je za dítě zodpovědný jakožto ošetřující lékař, chirurg zůstává ale nadále tím, kdo rozhoduje o indikaci výkonu. Ne vždy se názory jednoho a druhého shodnou. Není smyslem pediatra tlačit na výkon za každou cenu – věříme však, že pomůže v rozhodování kolegovi chirurgovi tehdy, když vysloví svou pochybnost o reálnosti „interních“ příčin projevovaných symptomů. Jinak řečeno, pokud dokáže pediatr v podobném případě říci „ale tohle není gastritida – takhle gastritida nevypadá – to už je za hranou možných symptomů“, – může to být ta pověstná kapka, kterou váhající chirurg přehodí na miskou vah. Tím se dostáváme na samý začátek – víme my pediatři, jak vůbec vypadá a jak nevypadá gastritida? Bohužel, obvykle máme každý své, nepřilíhající přesné a objektivní představy. I taková „jasná a snadná“ diagnóza, za jakou gastritidu máme, nám může snadno zamotat hlavu. Zkušenost ničím nenahradíme – proto se poučme pro příště. I z toho důvodu vznikl tento článek.

Ústí nad Orlicí, květen 2017



# Syndrom vyhoření u lékařů

## Kapitoly z kardiologie 1/2017

**Prof. MUDr. Milan Šamánek, DrSc.**

Dětské kardiocentrum, FN v Motole

### SOUHRN

Termín syndrom vyhoření (z anglického „burn out“) poprvé použil v medicíně psycholog Herbert Freudenberger v roce 1974. Hlavními příznaky jsou vyčerpání, úzkost, apatie a snížená výkonnost. Lékaři ztrácejí zájem o svůj obor a schopnost prožívat radost z práce, jsou předráždění a negativističtí, přidávají se různé somatické obtíže, bolesti hlavy, břicha, nespavost a problémy s tělesnou hmotností. Syndromem vyhoření se cítí být ohroženo celkem 83 % našich lékařů, sester a psychologů, nejčastěji jsou to pracovníci na úrazové chirurgii, ARO, psychiatrii, onkologii, obecné chirurgii, JIP a LDN. Podle studie kliniky Mayo počet osob se syndromem vyhoření vzrostl mezi lety 2011 a 2014 z hodnoty 45,5 % na 54,4 %. Bylo navrženo několik způsobů prevence s vysoce významným poklesem celkového skóre z 54 % na 44 %. S prevencí a léčením syndromu je nutné začít v jeho časných stádiích a nečekat, až způsobí narůstání profesionálních omylů v práci. (Kap Kardiol 2017; 9:29–33)

### KLÍČOVÁ SLOVA

chronický stres, fáze syndromu vyhoření, výskyt, prevence a léčba

### ■ Úvod

„Syndrom vyhoření“ je překlad anglického „burn out“ nebo „burnt out“. V medicíně použil tento termín poprvé v roce 1974 německý psycholog Herbert J. Freudenberger, který uprchl před Hitlerem do Spojených států amerických. Použil jej jako název pro ztrátu chuti pokračovat v práci ve svém oboru.<sup>1</sup> K tomuto závěru dospěl po totálním pracovním vyčerpání. Pojem „burnt out“ se však objevil daleko dříve, již v roce 1960, v novele Grahama Greena.<sup>2</sup> Greene v ní popsal život slavného architekta, kterého vyčerpala vlastní proslulost natolik, že již nenacházel nic, co by ho ještě v jeho životě nadchlo a uspokojovalo. Proto se rozhodl nadobro opustit svůj dosavadní životní styl a odjel do leprosária v Kongu.

### ■ Syndrom vyhoření u zdravotníků

Syndrom vyhoření vzniká pod náporom chronického stresu z dlouhodobého psychického vyčerpání, při neustále se zvyšujících požadavcích na pracovní výkon a ubývajícím volném čase. Hlavními příznaky jsou vyčerpání, úzkost, apatie a snížená výkonnost. Zvláště patrné je to u lékařů a zdravotnického personálu. Lékaři jsou unaveni, silně demotivováni, přestávají vidět smysl ve své práci a ztrácejí zájem o svůj obor, jsou předráždění a negativističtí, ztrácejí schopnost prožívat radost z práce, pacienti je začínají čím dál víc obtěžovat. Nadměrné pracovní zatížení a zkracující se doba odpočinku mají také výrazný vliv na kvalitu práce. Personál začíná být k pacientům nevrly, zvyšuje se tendence riskovat a stoupá počet chyb. Výzkumy udávají, že výskyt omylů u těchto lékařů stoupá až šestinásobně. K psychickému vyčerpání se začínou přidávat různé somatické obtíže, jako jsou bolesti hlavy, břicha a problémy s trávením, nespavost a zvyšování nebo snižování tělesné hmotnosti. Velmi významným faktorem, který zejména v naší zemi přispívá k syndromu vyhoření zdravotníků, je naprosto neodpovídající odměna za tuto vysoce náročnou práci. Podstatně vyšší platy, kterými hodnotí činnost zdravotnického personálu v jiných zemích, mohou alespoň částečně kompenzovat strádání spojená se syndromem vyhoření a zamezit nebo alespoň oddálit jeho vznik.

Syndrom vyhoření se vyvíjí dlouhou dobu a je všeobecně postřehnutelný až v závěrečném stadiu.<sup>3</sup>

Jeho fáze jsou:

- nadšení: vysoké ideály, vysoká angažovanost;
- stagnace: ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření; požadavky klientů, jejich příbuzných či zaměstnavatele začínají obtěžovat;
- frustrace: pracovník vnímá klienta negativně, pracoviště pro něj představuje velké zklamání;

- apatie: mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy a jakýmkoliv aktivitám;
- syndrom vyhoření: dosaženo stadia úplného vyčerpání – ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, odcizení, vymizení reflexe vnitřních norem.

Z internetu uvádím pro zájemce jeden z mnoha testů na identifikaci syndromu vyhoření (viz tab. 1).

V posledních letech zájem českých psychiatriů o syndrom vyhoření stoupá.<sup>3–5</sup> V Čechách byla tomuto tématu věnována na konci roku 2013 mezinárodní konference. Ze 7 400 odpovědí na otázku „Cítíte se ohroženi syndromem vyhoření“ odpovědělo kladně 83 % lékařů, sester a psychologů.

### ■ Výskyt syndromu vyhoření u pracovníků jednotlivých lékařských oborů

Nejvíce se cítili ohroženi zaměstnanci na úrazové chirurgii, pracovníci ARO, psychiatrie, onkologie, obecné chirurgie, JIP a LDN a nejméně pracovníci a posudkoví lékaři nebo některé pediatrické obory. Výskyt syndromu vyhoření se liší i v jednotlivých oblastech České republiky. Nejnížší je na Vysočině a nejvyšší v Moravskoslezském, Libereckém a Královéhradeckém kraji. Nevíme, proč je v Praze počet vyhořelých zdravotníků nižší než v těchto krajích.<sup>6</sup>

Výzkumem zastoupení jednotlivých lékařských profesí na syndromu vyhoření se v roce 2007 začala intenzivně zabývat klinika Mayo. Je zajímavé srovnat jejich otázky na výskyt syndromu vyhoření s českými (tab. 2).

K vyšetření bylo vyzváno 35 922 lékařů a do studie bylo zahrnuto 6 880 (19,2 %) osob. Kritéria vyhoření podle Maslach Burnout Inventory splňovalo v roce 2014 celkem 3 680 (54,4 %) lékařů.<sup>7</sup> Nejvíce postižené medicínské obory jsou, kromě urologie, jiné než u nás. Patří k nim urgentní medicína, která by mohla zahrnovat naši JIP, ale pak ná-



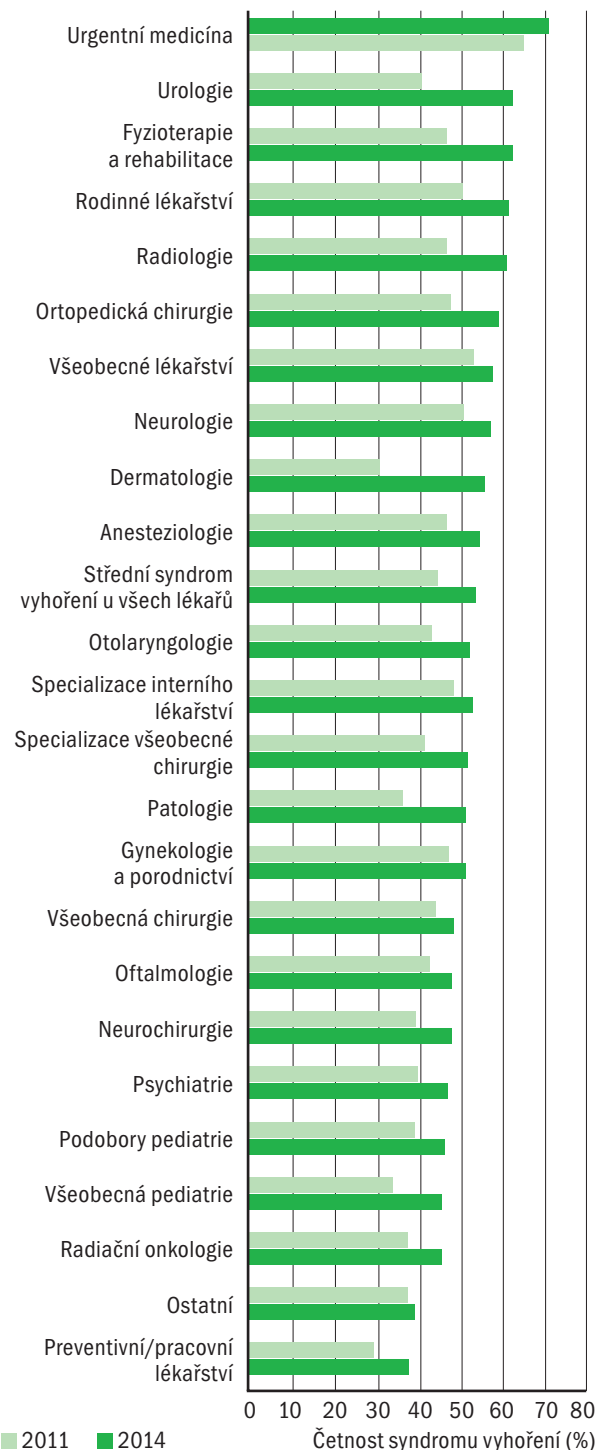
Tab. 1 Test syndromu vyhoření

1.	Máte pocit, že se oproti dřívějšímu snadněji unavíte?
2.	Považujete se momentálně za celkově vyčerpaného člověka bez jakékoliv energie?
3.	Je vaše pracovní tempo vysoké, ale dobrého pocitu z vykonané práce se vám ani tak nedostává?
4.	Otravuje vás hodnocení ostatních, že poslední dobou nevypadáte dobře?
5.	V konverzaci s jinými se o své práci vyjadřujete více negativně než pozitivně?
6.	Přemáhá vás často pocit smutku či nevysvětlitelného zoufalství?
7.	Zvyšuje se míra, s jakou zapomínáte na pracovní záležitosti?
8.	Je v poslední době snadné vás vytočit či rozčlíit?
9.	Pozorujete na sobě cholerický až agresivní postoj vůči kolegům a práci jako takové?
10.	Otravuje vás přítomnost jiných lidí na pracovišti?
11.	Omezili jste setkávání s přáteli a blízkými?
12.	Nedovoluje vám práce věnovat se oblíbeným činnostem?
13.	Trápí vás více tělesných obtíží – bolesti hlavy, zad, svalů, kloubů apod.?
14.	Jste na konci dne zmatení a nejste si jistí, zda jste udělali vše, co jste měli?
15.	Pocítujete radost mnohem méně než dříve?
16.	Postrádáte poslední dobou smysl pro humor?
17.	Jste chladní vůči partnerovi/partnerce a nemáte chuť na sex?
18.	Máte pocit, že ostatním nemáte co říci?

Na každou uvedenou otázku si odpovězte podle bodové stupnice 0–5, přičemž 0 = zcela nesouhlasí a 5 = stoprocentně souhlasí.

Vyhodnocení:	
0–25 bodů =	teoreticky nic nenasvědčuje tomu, že by vám syndrom vyhoření hrozil.
26–35 bodů =	projevují se u vás příznaky typické pro stres a nadměrnou zátěž, zkuste přehodnotit své návyky.
36–50 bodů =	je pravděpodobné, že se u vás dříve nebo později syndrom vyhoření projeví, změňte svůj životní styl a načerpejte nové síly, zahajte prevenci.
51–65 bodů =	nebojte se požádat o radu odborníka, který zhodnotí váš momentální stav, vše napovídá tomu, že vás syndrom vyhoření sužuje.
66–90 bodů =	splňujete veškeré teoretické předpoklady, že jste syndromem vyhoření ochromeni, a to v jeho hlubší a pozdější fázi, zahajte ihned léčbu.

Podle: Neurotechnology Research Corp., Inc., Fáze podle Edelwiche a Brodskyho. World Association for AVS Technology.



Obr. 1 Výskyt syndromu vyhoření v lékařských oborech a změny od roku 2011 do roku 2014 v USA

sleduje rehabilitace, rodinní lékaři a pro nás nepochopitelně také radiologie. Vyhoření se u těchto oborů vyskytuje ve více než 60 %. U více než 50 % lékařů se vyskytl syndrom vyhoření v oborech ortopedie, všeobecná medicína, neurologie, dermatologie a dalších. Nejméně byli postiženi, obdobně jako u nás, lékaři pediatrických oborů, pouze ve

46,3 %, a méně než ve 40 % byla postižena preventivní medicína (obr. 1). Autory této studie dále zajímalo, k jakým změnám, anebo jestli vůbec, došlo ve výskytu syndromu vyhoření od roku 2011 do roku 2014 (obr. 1). Počet osob se syndromem vyhoření vzrostl mezi lety 2011 a 2014 u všech lékařských oborů z hodnoty 45,5 %

na 54,4 %. Přibližně u deseti oborů byl vzrůst vyšší než 10 %. Nejméně (pouze o 3 %) tomu bylo u gynekologů a nejvíce u dermatologů a u urologů (o 24,7 % a 22,4 %). U ostatních lékařských oborů se vzestup pohyboval mezi těmito hraničními hodnotami. U jednotlivých lékařů se lišil výskyt syndromu vyhoření také podle toho, jaké zastávali postavení ve svém





oboru. Nejčastěji byl postižen personál ve středním postavení.

Výskyt syndromu vyhoření převyšoval u lékařů čísla získaná u obecné populace i po přihlídnutí k věku, pohlaví, vzdělání nebo odpracovaným hodinám. Lékaři byli v roce 2014, ve srovnání s laickou veřejností, častěji ženatí (82,9 % oproti 67,5 %), pracovali o 10 hodin týdně déle, byli více emočně vyčerpáváni (43,2 % oproti 24,8 %) a byli méně spokojeni se svou prací (36,0 % oproti 63 %).

Jedním z nejvíce ohrožených lékařských oborů všeobecně je obor intenzivní péče. Z těchto důvodů se v roce 2016 rozhodly americké společnosti sdružující pracovníky z oblastí kritické medicíny, že je naprosto nutné zastavit narůstání výskytu syndromu vyhoření v těchto oborech. Podle nich nebyla dosud věnována tomuto syndromu dostatečná pozornost. V PubMed lze nalézt od roku 1980 pouze 875 záznamů o tomto syndromu, zatímco o posttraumatickém stresu a depresi jich bylo více než 30 000. Marc Moss z University of Colorado School of Medicine se spolupracovníky uveřejnili v několika časopisech zásadní stanovisko k syndromu vyhoření „An official critical care societies collaborative statement“.<sup>8</sup>

### ■ Syndrom vyhoření a dostatečný odpočinek

Studie z Mayo Clinic dále ukázala, že dostatek volného času pro neprofesní aktivity má 61,3 % nelékařské populace. Lékaři uváděli daleko nižší číslo, pouze 36 %. Kriticky nedostatečný čas na rozvoj mimopracovních aktivit uvádělo 49,3 %, tedy téměř polovina lékařů. Zbytek byl nerozhodnutý. U nelékařských povolání uvádělo pouze 19,8 % osob, že by potřebovaly více volného času (obr. 2).

### ■ Prevence a léčba syndromu vyhoření

Většina zdravotníků si dlouhou dobu nepřipouští, že trpí syndromem vyhoření a svádí svůj stav na pouhé momentální přetažení. Bez okamžité nápravy se však situace neustále zhoršuje. Úspěšná prevence syndromu vyhoření spočívá především v realistickém zhodnocení objektivní situace, včetně všech předností a nedostatků. Je nutné bavit se pocitů seblítosti, snažit se měnit styl práce, vyhledávat to, co je dobré, a je třeba se naučit říkat NE a „rozhodl jsem se“ místo

Tab. 2 Otázky pro americké lékaře o syndromu vyhoření

Jste v práci cynický nebo kritický?
Nechce se vám do práce a máte problém po příjezdu začít pracovat?
Postrádáte energii na dlouhodobou produktivitu?
Schází vám pocit uspokojení s výsledky vaší činnosti?
Máte pocit deziluze ve své práci?
Zkoušíte se najíst, napít alkoholu nebo berete nějaké léky ke zlepšení nálady?
Změnil se váš spánek nebo chuť k jídlu?
Trápí vás nevysvětlitelné bolesti hlavy, bolesti zad nebo jiné tělesné problémy?

Jestliže je odpověď na některou z otázek pozitivní, trpíte pravděpodobně syndromem vyhoření.

„musím“. Je zapotřebí obměnit přístup ke vzdělávání a snažit se zvýšit svoji kvalifikaci, případně dosáhnout změny zařazení. Je nutné zlepšit soužití na pracovišti mezi spolupracovníky, např. komunikaci mezi lékaři a sestrami. Důležité je posilování přátelství. Vyplatí se usilovně plánovat nejen práci, ale také oddech a odpočinek. Ve volném čase nehovořit vůbec o práci.

Zaměstnání by nemělo být jediným cílem, smyslem a zájmem v životě zdravotníků, a to nejen těch, kteří se na cestě k syndromu vyhoření již nacházejí. Nic by se nemělo interpretovat buď jen jako „dobré“, nebo jen jako „špatné“. V každém zaměstnání jsou občasně pocity bezmoci. Je nutné stanovit si priority, vyhnout se odkládání práce. Důležité je hledat emocionální podporu důvěrníka, kterému můžete otevřeně sdělit svoje problémy, užívat také pozitivních stránek života, vychutnat všechno, co má v životě nějakou hodnotu. Je potřeba najít dostatek času na různé nemedicínské zájmy a koníčky a stanovit program pro trávení volného času. Velký význam má sociální podpora, jejímiž hlavními zdroji jsou, kromě pracovního kolektivu, především rodina a přátelé. Naučit se relaxovat.

### ■ Klinika Mayo proti syndromu vyhoření

Klinika Mayo vyhlásila po provedení průzkumu zásady boje se syndromem vyhoření.



Obr. 2 Srovnání dostateku odpočinku lékařů a jiných zaměstnanců

Profesor Stephen Swenson, lékařský ředitel Úřadu organizace rozvoje Mayo Clinic, vypracoval model „Listen Act Develop“, jak snížit výskyt syndromu vyhoření.<sup>9</sup> Prvním krokem bylo zahájení otevřeného a upřímného naslouchání starostem, které tíží lékaře. Lékaři potřebují mít určitou kontrolu nad způsobem svého odborného života, jako je úřednická práce, neefektivnost lékařské činnosti a skutečnost, že mají čím dál menší možnost měnit své denní a týdenní rozvrhy. Každý lékař chce mít pocit, že je součástí něčeho, co má smysl. Musí se změnit pocit lékaře ze zaměstnance na partnera a spoluorganizátora vykonávané činnosti. Větší podíl lékařů na rozhodující činnosti považuje vedení projektu boje proti vyhoření za zásadní změnu v chování lékařů. Dalším krokem, na který se autoři projektu zaměřili, bylo vytvoření nebo utužení kamarádství mezi lékaři. Sledují tím zlepšení spolupráce mezi týmy a celkové povzbuzení aktivity. K utužení kamarádských vztahů organizují občasně společné obědy pro skupiny kolem 5–6 lékařů, placené klinikou Mayo. Přispívá to k utlumení projevů vyhoření u některých lékařů. Důležitá je snaha vyvažovat působení dlouhodobého stresu a zátěže organizováním různých sportů a relaxačních aktivit.



## ■ Výsledky intervencí u syndromu vyhoření

V loňském roce se v časopise Lancet objevil článek zabývající se výsledky různých způsobů prevence a léčení syndromu vyhoření.<sup>10</sup> Opírá se o metaanalýzu 2 617 článků z 15 randomizovaných a 37 kohortových studií z MEDLINE a dalších zdrojů do roku 2016. Ze studie byly vyloučeny výsledky získané od studentů medicíny a od nelékařských zdravotně prospěšných organizací. Hodnoceny byly změny kvality celkového syndromu vyhoření, skóre emočního vyčerpání a výška depersonalizačního skóre.

Údaj o celkovém skóre syndromu vyhoření statisticky vysoce významně ( $p < 0,0001$ ) poklesl o 10 % (95% interval spolehlivosti [IS] 5–14): z 54 % na 44 %. Skóre emočního vyčerpání rovněž pokleslo statisticky vysoce významně ( $p < 0,0001$ ) o 2,65 bodů (95% IS 1,67–2,64), z hodnoty 23,82 na 21,17 bodu. Depersonalizační skóre se rovněž snížilo na hranici statistické významnosti ( $p = 0,04$ ) o 4 % (95% IS 0–8), z hodnoty 38 % na hodnotu 34 %. Výsledky studie ukázaly, že jak individuální prevence, tak strukturální a organizační strategie jsou schopny klinicky významně snížit příznaky syndromu vyhoření u zdravotnického personálu. Autoři tento závěr doplňují konstatováním, že je potřeba ještě zjistit, které ze změn jsou u určitých profesí nejužitečnější.

V další práci se Linzer a spol. snažili prokázat na 34 soukromých pracovištích primární péče, jak může pouhé zlepšení pracovních podmínek snížit pracovní stres a nástup syndromu vyhoření.<sup>11</sup> Na pracovištích v první řadě zlepšili vzájemnou komunikaci a časový rozvrh a provedli změny zaměřené na zlepšení kvality činnosti. Hodnotili pracovní podmínky, jako časový tlak, chaos na pracovišti a výsledky práce za 12–18 měsíců. Ze 135 pracovišť, na nichž se tento náročný projekt uskutečnil, poklesl syndrom vyhoření z 21,8 % na 7,1 % ( $p = 0,01$ ) a spokojenost stoupla z 10,0 % na 23,1 % ( $p = 0,04$ ). Příjemné pracovní prostředí a spolupráce mezi personálem má velký vliv na to, že se pracovníci cítí spokojenější. Výsledky tohoto výzkumu ukazují, že syndrom vyhoření může být příznivě ovlivněn pouze organizačními změnami na pracovišti.

Na Clevelandské poliklinice zavedli do boje se syndromem vyhoření osmihodinový trénink nazvaný REDE (Relationship: Establishment, Development and Engagement).<sup>12</sup> Je zaměřen na jeden ze zdrojů syndromu vyhoření,

jímž je postoj k pacientovi. Má podstatně zlepšit vztah mezi lékařem a pacientem. Celkem se tréninku zúčastnilo 1 500 z 3 200 lékařů Clevelandské polikliniky. Pouze 20 % z nich na začátku soudilo, že by mohl být úspěšný. Po jeho absolvování jej 58 % považovalo za jednoznačně výhodný.

Nedávno, dne 21. listopadu 2016, nesmírně zaujal posluchače přítomné na zasedání American Medical Association příspěvek profesora University of Florida College of Medicine Roberta L. Hatche. Zabýval se strategií boje se syndromem vyhoření u starších lékařů<sup>13</sup> a tvrdil, že nejdůležitějším rozhodnutím v kariéře je zvolit včas snížený pracovní úvazek a získat čas pro rybaření, golf, tenis, výlety a podobné činnosti, které musejí být již předem naplánovány. Jako druhé důležité rozhodnutí je naučit se občas říct slovo „ne“ a nesnažit se nacházet cestu ke zlepšení svého pracovního zařazení a výhledu tím, že říká „ano“. Vždy se musíme ptát, jestli je to „ano“ opravdu to, co v tomto věku i pozici chceme dosáhnout. Důležité je říkat „ne“ také v situaci, kdy si zvykáme pít ve volném čase více alkoholu. Je to často v období, kdy syndromem vyhoření trpíme. Je užitečné všimnout si spolupracovníků a jejich dobrých vlastností a uvědomit si, jak je dobře s nimi pracovat. Důležité je dbát na svou tělesnou kondici. Přiměřeně, nenásilně, ale pravidelně. Velmi podstatné u starších lidí je udržování i pěstování kontaktů s mladou generací. Varuje před ulpíváním mezi vrstevníky a bez kontaktu s mladými. Jeho přednáška končí obrázkem zapadajícího slunce (obr. 3) a těmito slovy:



Obr. 3 Soumrak, nebo úsvit?

*„Je tato fáze našeho života zapadání slunce, nebo naopak svítání? Může to být obojí. Záleží na nás.“*

Na závěr bychom chtěli konstatovat, že syndrom vyhoření se stává v České republice, zvláště u zdravotníků, velmi závažným problémem a jeho nebezpečí se bude zvyšovat.

S prevencí a léčením je nutné začít v jeho časných stádiích a nečekat, až způsobí narůstání profesionálních omylů v práci.

## ■ Literatura

1. Freudenberger HJ. Staff burn out. J Social Issue 1974;30:159–165.
2. Green G. A burnt out case. New York: The Viking Press, 1960.
3. Tošnerová T, Tošner J. Burn out syndrom. Praha: Hestia, 2002.
4. Kebza V, Šolcová I. Syndrom vyhoření. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003.
5. Honzák R. Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření. Praha: Vyšehrad 2015.
6. Raboch J, Ptáček R. Stress, deprese a životní styl v České republice. Tiskový materiál. Praha: Psychiatrická klinika 1. LF UK, 2015.
7. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. Changes in burnout and satisfaction with work life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. Mayo Clin Proc 2015;90:1600–1613.
8. Moss M, Good VS, Gozal D, et al. An official critical care societies collaborative statement – burnout in critical care health care professionals: a call for action. Chest 2016;150:17–26. Crit Care Med 2016;44:1414–1421. Am Respir Critical Care Med 2016;194:106–113.
9. Swensen S, Kabcenell A, Shanafelt T. Physician organization collaboration reduces physician burnout and promotes engagement: the Mayo Clinic experience. J Health Manag 2016;61:105–127.
10. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta analysis. Lancet 2016;388:2272–2281.
11. Linzer M, Poplau S, Grossman E, et al. A cluster randomized trial of interventions to improve work conditions and clinician burnout in primary care: results from the Healthy Work Place (HWP) study. J Gen Intern Med 2015;30:1105–1111.
12. Parks T. Cleveland Clinic's approach to burnout focuses on relationships. AMA Wire, 7. prosince 2016.
13. Parks T. Avoiding burnout: strategies for senior physicians. AMA Wire, 26. listopadu 2016.

Zdroj: www.tribune.cz, MT, 8. 6. 2017



## Ze světa odborné literatury...

### ■ Léčení hyperimmunoglobulinémie IgD (HIDS) biologickými prostředky u dětí – finské zkušenosti

Jedná se o autoinflatorní nepořádek, který je zapříčiněn deficiencí mevalonátové kinázy. Zpětné sledování léčby tohoto onemocnění pomocí biologických prostředků se objevilo u několika pacientů. Prezentovali zde 3 pediatrické případy z Finska s použitím léčby anakinou. V literatuře našli celkem 33 případů biologicky léčených, a to v několika obrazech léčených několika biologickými medikamenty. K těmto patřila i léčba etanerceptem u dalších 16 pacientů, která vyústila v parciální nebo úplnou odpověď. Dalších 5 pacientů bylo léčeno canakinumabem. Jsou to vše preparáty s antiinterleukinovým působením proti IL-1. Celé onemocnění má autozomálně recesivní dědičnost. Klinický obraz hyper-IgD sestává z lymfadenopatie, abdominálních bolestí, zvracení, zažívacích potíží, artritidy, bolestí hlavy, kožního raše, hepato-asplenomegalie. V těžších klinických obrazech přistupuje narušení růstu, mentální retardace a neurologické symptomy. Dané působky inhibují hyperaktivaci IgD. V laboratorním obraze převládá zvýšení CRP, leukocytóza a zvýšení sérového amyloidu s klinikou nefrotického syndromu. Anakina je rekombinantní IL-1 receptorový antagonist, který může být podán čistý během teplotní ataky nebo i v kontinuální infuzi. Vedlejší efekty léčby anakinou jsou neutropenie, bakt. pneumonie a herpes zoster infekce. Etanercept je TNF receptor vázající protein. Ukazuje se pro praxi, že existuje vazba mezi pa-

togenezi HIDS a IL-1. Vysvětluje to patogenezu multicytokininového působení.

*Eur J Pediatr. 2015;174:707-714*

### ■ Zůstávající symptomy u poloviny dětí léčených pro alergii na kravské mléko

Účelem studie bylo vyšetřit incidenci a variabilitu léčebného selhání, když polovině dětí s podanou hydrolyzovanou formulí podávanou pro alergii na KM zůstaly klinické obrazy nezměněny. U všech dětí byla dg. CMA/alergie na KM. Po stanovení dg. dostávala polovina externívní hydrolyzovanou formulí. U poloviny dětí bylo léčebné selhání definováno jako inkompletní úprava. Vlastní alergie na KM je společná alergie kojeneckého a batolecího věku. Standární léčbou je eliminační dieta. Extensivní hydrolyzované formule jsou metodou volby. Podskupina dětí s CMA ani dobře netoleruje hydrolyzované formule. Těm, co netolerují extenzivně hydrolyzované formule (eHF), jsou podávány amino-acid-formule. Existují zřejmě specifické epitopy pro CMP peptidy nebo jsou zde reziduální peptidy.

*Eur J Pediatr. 2015;174:759-765*

### ■ Práce o vlivu 25-hydroxyvitaminu v pupečníkové krvi a spojitost s neonatální časnou sepsí

Prakticky v polovině celého souboru, tzn. v polovině, a to vždy u sepsí, byla prokázána autory údajně nízká hladina vitaminu D. Proto také prematurity jsou často spojované s časnými nástupy sepse. Měření hladin vitaminu D během gravidity může napomoci k získání

předpokladu pro možný nástup sepse. Nyní je otázka suplementace vitaminu D v graviditě. Studie byla prováděna u matek, které porodily po 37. týdnu gravidity a s porodní vahou nad 2 500 g. Subjekty byly dále rozděleny do 5 skupin. Střední hladina D vitaminu u novorozenců byla  $7,0 \pm 6$  ng/ml. Těžká deficeience vitaminu D – méně než 5 ng/ml – mělo 58 % novorozenců, střední 5–15 ng/ml. 30 % novorozenců a 1,2 % mělo normu, tj. 32 ng/ml. Dohad z předchozích prací, že existuje spojitost mezi časnou sepsí a nízkou hladinou vitaminu D, se nepotvrdil.

*Eur J Pediatr. 2015;174:817*

### ■ Srovnání pre- a intrapartálního screeningu pro skupinu B streptokoků a z toho vycházející guidelines

Studie zahrnovala 397 těhotných v Německu v centru Freiburgu během let 2011–2012. Nalezena vaginální a rektální GBS kolonizace. Toto bylo porovnáno se standartním screeninem GBS a bylo kalkulováno s intrapartum antibiotickou profylaxií. Novorozenci byli testováni pro GBS přenos výtěry z krku a z ušního zvukovodu. 67 % účastnic (633) mělo GBS screening, jen 22 % (144) plnilo plný guidelines kompatibilní s matkou. Mateřská GBS kolonizace byla podobná při srovnávání. Pozitivní prediktivní hodnota pozitivivity GBS byla 77%. Ženy s pozitivním screeninem pre-partum dostávaly antibiotickou profylaxi v 90 %. Toto bylo velmi pozitivně v práci hodnoceno.

*Eur J Pediatr. 2015;174:827-835*

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

## Aktuality...

### ■ Bez razantních kroků není stávající standard péče udržitelný

**Náklady zdravotnictví rostou, zejména kvůli rychle stoupajícím platům, stárnutí populace, tím pádem rostoucímu počtu chronických pacientů, a také nákladným moderním způsobům léčby.**

Bez razantních kroků není stávající standard péče udržitelný. Bez konkrétních a razantních kroků není stávající standard péče ekonomicky udržitelný, upozornila AIFP, která v průzkumu zjišťovala

názor odborné i laické veřejnosti na to, jak řešit stoupající náklady na zdravotní péči. Názory ředitelů nemocnic zase zjišťoval průzkum HCl Barometr českého zdravotnictví. Na oba průzkumy reagoval MUDr. Pavel Vepřek, zakladatel platformy Zdravotnictví 2.0, která má ambici připravit kapitolu zdravotnictví budoucí vlády. Jeho vyjádření předkládáme čtenářům MT.

**Na prvním místě je potřeba definovat rozsah hrazené péče zákonem** Kdybych měl napsat kapitolu zdravotnictví budoucího vládního programu, tak na prvním místě je potřeba definovat rozsah hrazené péče zákonem, to znamená popsat proces, jakým se konkrétní výkon



do zdravotnictví dostane, jak bude hodnocena jeho efektivita, co se bude posuzovat a která instituce to bude dělat. Tato instituce (Úřad veřejného zdravotního pojištění) by měla každoročně vydat seznam hrazených služeb, který by nahradil nynější seznam výkonů. Daná instituce by současně měla spravovat i klasifikační systémy, tj. DRG a kódování procedur.

**Na druhém místě je třeba zavést cenovou konkurenci pojišťoven**  
Cenovou konkurenci je potřeba zavést tak, aby pojišťovny, které jsou schopny služby zajistit efektivněji, nemusely peníze schovávat před ministerstvy zdravotnictví a financí, ale mohly je nabídnout pojištěncům. Před pár lety byla politickým rozhodnutím sebrána třetina zůstatků z účtů zaměstnaneckých pojišťoven a vrátily se zpátky do přerozdělení. Od té doby žádná pojišťovna už neukazuje rezervy a raději je někde schová, pošle spřáteleným nemocnicím, protože má strach, že o ně přijde. Aktuálně jsou všechny pojišťovny nuceny vybírat stejně vysoké zdravotní pojištění a poskytovat stejnou péči. Prakticky tak postrádá smysl, že máme pojišťoven několik. Smysluplné by bylo umožnit pojišťovnám vzájemnou konkurenci.

#### **Důležité také je lépe řídit zdravotní pojišťovny**

Je potřeba začít lépe řídit přímo pojišťovny, aby lidé, kteří tam sedí ve správních radách, nesli odpovědnost za svá rozhodování, to znamená udělat jeden model pro všechny zdravotní pojišťovny. Tady mám na mysli zejména Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, kde je třicetičlenná správní rada složená z politiků, kteří nenesou za své rozhodování vůbec žádnou zodpovědnost. Třicetičlenné těleso není schopno nic efektivně řídit, a proto si myslím, že by tam měl být standardní model řízení pojišťoven, kde na vedení pojišťoven, na statutářích bude plná odpovědnost, stejně jako je to upraveno u akciových firem. Je potřeba vést pojišťovny k lepšímu hospodaření a posilování vazby mezi nimi a pojištěncem

#### **Nutné je řešit také fakultní nemocnice**

Musíme se rozhodnout, co uděláme s fakultními nemocnicemi, s přímo řízenými organizacemi. Zatím to jsou takové divné instituce, které jsou sice plně samostatné, ale jejich ředitele může kdykoli odvolat ministr zdravotnictví. Ministerstvo je nijak neřídí, a jenom když se ředitel znelíbí, ze dne na den ho ministr sestřelí. Potřebujeme, abychom se buďto rozhodli, že z fakultních nemocnic uděláme univerzitní, anebo státní nemocnice.

#### **Potřebujeme elektronizovat zdravotnictví**

Stručně řečeno - bez sdílení informací se dál nepohneme.

#### **Potřebujeme propojit resort zdravotnictví a sociálních věcí.**

Jde o propojení informační, protože řada dobrých činů, které uděláme ve zdravotnictví, má přínosy pro sociální sféru, ale my to ve zdravotnictví nepocítíme, ani o tom nevíme. V delším časovém horizontu by se dokonce mohly obě rozpočtové kapitoly přímo spojit. Výsledkem by byla zdravější populace a zároveň nižší náklady.

#### **A potřebujeme vtáhnout do hry občany**

To poslední v řadě vyjmenovaných kroků, co by mělo být spíš první, je vtažení občanů do hry. To znamená různou výši pojistného, malusy a bonusy, možnost připlatit si na nadstandard například z přípojištění a platit za pobyt v nemocnici nebo v lázních ve stanoveném rozsahu. Soudím, že nám zoufale schází odvaha k dotažení přechodu socialistického, centrálně řízeného zdravotnictví do zdravotnictví veřejného, které by bylo schopné adaptace na vývoj. A tak místo toho, abychom vtažením občana do rozhodování odblokovali zamrzlý stav, navyšujeme platby za státní pojištěnce, rušíme regulační

poplatky a stávající stav konzervujeme úhradovými paušály. Míra zapojení pacientů je politicky citlivé téma, nicméně do budoucna se bez něj zdravotní systém neobejde. A jak se zdá podle výsledků průzkumu AIFP, postoj veřejnosti nemusí být tak vyhraněný, jak se možná domnívají politici.

#### **Co nás tedy čeká, když nebudeme dělat nic a říkat si, ono se to nějak samo vyvine?**

Je reálné nebezpečí, že budeme směřovat ke státnímu monopolu. Příklad můžeme vidět v sousedním Polsku, kdy v příštím roce se vrací k národní zdravotní službě - z modelu, kdy měli více pojišťoven, udělali jednu pojišťovnu, a teď zjistili, že je velmi komplikované, aby stát řídil tuto jednu pojišťovnu, takže to bude dělat přímo ministerstvo zdravotnictví, pojišťovenský systém se tím ruší. Mají tam chudinský veřejný systém a vedle toho privátní poskytovatele a privátní pojištění, kde si lidé platí předplacenou péči. Je to nesolidární a neférový systém, který by vznikl i u nás, kdybychom nechali naše zdravotnictví dál chátrat, protože pak ti bohatí si péči samozřejmě koupí.

#### **Poroste rozdíl mezi vrcholnou medicínou a tou každodenní, která bude upadat**

Pořád budeme říkat, že máme málo peněz, solidarita půjde k šípku, protože bohatí si lepší péči zajistí. Technologie se sem budou dostávat špatně, protože jediný způsob, jak umíme teď zabránit zvyšování nákladů v důsledku nástupu nových technologií, je, že oddalujeme jejich vstup, děláme administrativní překážky, aby přišly tyto technologie co nejpозději. A protože jsme malá země v centru Evropy, tak naše sestřičky budou pracovat v Rakousku, Německu, a doktoři také. Personální problémy nezmizí do té doby, dokud se struktura našeho lůžkového fondu nepřizpůsobí moderní medicíně, dokud peníze opravdu nepůjdou za pacientem a dokud nedáme do pořádku systém postgraduálního vzdělávání lékařů. To, že převážná většina nemocničních ředitelů v průzkumu HCL cítí potřebu zvýšit efektivitu jimi řízeného zařízení a všestranně zlepšit komunikaci, je jistě nadějně, jenže to trvá už dlouho. K tomu, aby ředitelé udělali to, co považují za správné, potřebují jedno - aby se kvalita poskytované péče a efektivita jejího poskytování staly jediným kritériem, které rozhoduje o úspěchu nemocnice, a tedy i jejího managementu.

#### **A co nás čeká s reformou?**

Bude to takové to pěkné zdravotnictví, které bude fungovat, aniž by se o tom musel někdo bavit, protože každý bude dělat, co má. Znamená to regulovaný trh se správně nastavenými rolami, orientaci na organizaci a kvalitu péče o chronicky nemocné, objem peněz průběžně se adaptující na vývoj medicíny a ekonomiky, systém plně solidární, transparentní vstup nových technologií a průběžné řešení personálních i technologických problémů.

*Zdroj: MT, Medical Tribune 15/2017, 11. 7. 2017*



## INZERCE

**468 3-17**

**Předám ordinaci v Praze 3 na Jarově.** Velká bezproblémová klientela, ordinace ve vlastních prostorách, kontakt 737 600 021 nebo raku-sanp@seznam.cz

**469 3-17**

**Předám zavedenou ordinaci PLDD v Ostravě-Zábřehu** kontakt 736 250 560

**470 4-17**

**Prodám z důvodu stěhování dobře zavedenou ordinaci PLDD v Brně** nebo **zaměstnám lékaře.** Info po 18. hodině telefon: 731 789 678

**471 4-17**

**Prodám zavedenou pediatrickou praxi na Praze 9,** podrobnosti na tel. 776 600 032, ev. e-mail ordinace@remet.cz

**472 4-17**

Hledám **nástupce** do dobře zavedené praxe PLDD v **Chomutově.** Tel. 603 173 534. Byt k dispozici.

**473 4-17**

**Prodám/přenechám zavedenou ordinaci PLDD v okrese Karlovy Vary,** možnost převodu koncem roku 2017. Telefon: 606 839 112, 603 537 488.

**477 4-17**

**Prodám** dobře zavedenou **praxi** PLDD, ev. **dlouhodobě zaměstnám lékaře** na libovolný úvazek dle dohody v ordinaci **ve Staré Vsi nad Ondřejnicí,** 10 km od **Ostravy.** Zkušená sestra, rekonstruovaný interiér, moderní přístrojové vybavení, možnost služebního bytu. Tel.: 604 889 763, email: info@ordinaceratolest.cz

**474 4-17**

**Přenechám** ordinaci PLDD na okrese **Blansko,** OZS Křtiny, Lipovec Tel: 603 287 021

**475 4-17**

**Hledám** dětského lékaře **k převzetí** pediatrické **praxe, ZS Albrechtice u Českého Těšína,** okres Karviná. Ordinace je v pronájmu obce, která nabízí pronájem za velmi výhodných podmínek. Bezproblémová klientela. ZS Albrechtice u Českého Těšína, Obecní 714, PSČ 735 45. Tel.: 602 520 380, pevná linka: 596 428 183, e-mail: lydie.mach@centrum.cz

**476 4-17**

**Prodám ordinaci PLDD v Praze 13,** perspektivní poloha. Vlastní prostory, které je možné případně také odkoupit. E-mail: ordinace-pldd-p13@centrum.cz

**478 4-17**

**Prodám zavedenou praxi PL** pro děti a dorost **v Ostravě.** Kontakt: 605 302 992

**479 5-17**

**Hledám nástupce** do dobře zavedené praxe PLDD **Praha 10,** ev. přijmu na částečný úvazek s možností pozdějšího převedení praxe. Kontakt: praxe52@gmail.com

**480 5-17**

**Přenechám** ordinaci PLDD. Vesnický obvod **Hutisko-Solanec a Dolní Bečva.** Info tel.: 724 760 722.

**481 5-17**

**Daruji** venkovskou pediatrickou **praxi** v okrese **Rakovník.** Tvoří ji střediska Mutějovice, Lužná, Kounov. Počet dětí cca 900. Termín od 1. 1. 2018. Telefon: 602 834 263. E-mail: hanakozlik@seznam.cz

**482 6-17**

**Hledám nástupce** do ordinace PLDD **v Praze 5-Radotíně.** Zpočátku zaměstnám na částečný úvazek. Kontakt: jitkasieglova@seznam.cz

**483 6-17**

**Nabízím zástup v době dovolených** nebo pravidelně 1 nebo 2 dny v týdnu v Brně a okolí, okolí Boskovic, Nového Města na Moravě, okolí Žďáru nad Sázavou. Telefon: 604 936 912.

**484 6-17**

**Prodám** notebook Dell Inspiron 15, zakoupen v 9/2016. Nepoužívaný. Plná záruka ještě 1,5 roku. Původní cena 17 000 Kč, nabízím za 13 000 Kč. Tel.: 602 254 177.

**485 6-17**

**Prodám** levně zavedenou prosperující **ordinaci PLDD Praha 4-Pankrác** od ledna 2018. Tel. 733 347 462.

**486 6-17**

Pro ordinaci PLDD **v Praze hledáme lékaře/lékařku** s atestací v pediatrii, plný úvazek, možno i zkrácený úvazek či DPP. Ordinování v ambulanci. Nutná znalost AJ a praxe v oboru. Nástup ihned nebo dle dohody. Kontakt: info@pediatrie.cz, telefon 724 894 264.

**487 6-17**

**Prodám** dobře zavedenou **praxi** PLDD (1 300 dětí) v okrese **Beroun – město Žebrák.** Kontakt telefon: 606 358 681 e-mail hana.duchanova@email.cz

**488 7-17**

**Přenechám** pediatrickou **praxi** k 1. 1. 2018 **v okrese Přerov,** vhodné na poloviční úvazek. Současně nabízím k levnému prodeji lékařské skříně, vyšetřovací stoly, miskové kojenecké váhy – funkční. Informace na telefonu: 603 868 408. Spěchá. jitkazou@centrum.cz

**489 7-17**

**Předám ordinaci PLDD, Praha 3.** VI. Poláková, mobil: 721 575 876, e-mail: vladkapol@seznam.cz

**490 7-17**

V rámci likvidace pediatrické praxe **nabízím spirometr ZAN** s náhradními náústky, **resuscitační kit** v kufříku (obsahuje i dětský ambuvak). **Analýzátory: Hb Hemoglobin testing** sytem firmy Acon Laboratories Inc. USA a **Hand U reader Urine Analyzer** manufact. Hungary a úplně nový **otoskop** zn. Riester. Prosím volejte 737 457 148

**491 7-17**

**Hledám nástupce** do zavedené ordinace PLDD **v Praze 4-Jižním Městě** od ledna 2018. Kontakt 608 44 29 28.

**492 7-17**

**Prodáme zavedenou praxi PLDD v obci Kdyně u Domažlic** (okres Plzeň-jih). Ordinace se nachází v přízemí místního lékařského střediska a je vybavena moderními POCT přístroji (CRP, močový analyzátor). Možnost i zaměstnaneckého poměru s postupným převzetím praxe. Kontakt: pfeiferova.mar@gmail.com

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

# Autodidaktický test 7/2017

## Infekce – importované nákazy

- Výskyt infekčních chorob vyvolaný danými agens, která se na daném místě vyskytují přirozeně, tzn. vznikla nebo doputovala do dané lokality bez přičinění člověka, označujeme jako:**
  - autochtonní případy infekce
  - endemické případy infekce
  - alochtonní případy infekce
- Přenos flaviviru dengue je realizován komárem rodu Aedes, prvoka Plasmodium vyvolávajícího malárii přenáší komár Anopheles**
  - komár rodu Aedes je aktivní večer a v noci
  - komár rodu Anopheles je aktivní večer a v noci
  - komár rodu Aedes je aktivní za slunečního světla
  - komár rodu Anopheles je aktivní za slunečního světla
- Cestovatel do subtropů a tropů by měl mít v lékárnice antipyretika/analgetika pro případ horeček. Které z uvedených je nevhodné, a to až do doby upřesnění diagnózy?**
  - paracetamol
  - ibuprofen
  - acidum acetylosalicylicum
- Žlutá zimnice má inkubační dobu 3–6 dnů, nebyl nikdy zaznamenán výskyt v Asii a Austrálii. Probíhá ve 2 stadiích: v prvním jsou febrilie, zvracení, bolesti v zádech, ve druhém, které následuje po krátkodobém poklesu horeček, se dostávají hemoragické projevy zejména v oblasti gastrointestinálního traktu a kůže, při následném poškození jater se objevuje ikterus. Typickým příznakem choroby je Fagetovo znamení:**
  - zvracení natrávené krve a meléna
  - hemoragické projevy na kůži
  - bradykardie v prvních dnech febrilií
  - lumbalgie s makroskopickou hematurii
- Malárie je vyvolána parazitem rodu Plasmodium. Pro člověka je patogenních 6 druhů plasmodií. Nejnebezpečnější je Plasmodium falciparum (tropická malárie) s letalitou více než 10%. Plasmodium malarie vyvolává tzv. kvartánu s horečkami každý 4. den, Plasmodium vivax vyvolává tzv. terciánu s horečkami každý 3.den. Dalšími jsou Pl. ovale, Pl. semiovale a Pl. knowlesi. Diagnózu malárie lze stanovit:**
  - na základě cestovatelské anamnézy, klinických příznaků a pravidelného střídání pyretických a apyretických fází
  - mikroskopicky nálezem parazita ve stolici
  - mikroskopicky z tzv. tlusté kapky periferní krve odebrané v době vzestupu horeček nálezem parazita v erythrocytech
  - mikroskopicky z tzv. tlusté kapky periferní krve odebrané v době vzestupu horeček nálezem parazita ve fagocytech
  - během několika minut rychlostem z krve prokazující antigen plasmodia
- Pacient má náhle vzniklé horečky, intenzivní cefalgie, retroorbitální bolesti, artralgie a myalgie. Začíná se objevovat drobný makulopapulózní exantém. První potíže se objevily při zpáteční cestě z Austrálie, kde pobýval 2 týdny v příměstské oblasti. V dif.dg. uvažujeme zejména o:**
  - dengue
  - chikungunya
  - západonilské horečky
  - japonské encefalitidě
  - malárii
  - žluté zimnici

# Zaměřte se na očkování proti pneumokokům



PNEUMOKOKOVÁ MENINGITIDA

ZÁNĚT STŘEDNÍHO UCHA

PNEUMONIE

SEPSE

**BEZ DOPLATKU\***



**Synflorix je vakcína, která pomáhá chránit před závažnými pneumokokovými onemocněními vyvolanými vakcinačními sérotypy a sérotypem 19A.<sup>1</sup>**

**V běžné praxi nemusí vakcína garancovat výsledky dosažené v klinických studiích.**

## Zkrácený obsah údajů a přílohy

**Účinná látka:** Synflorix je injekční suspenze v předbalení injekční ampule. Synflorix injekční suspenze. Synflorix injekční suspenze ve vakuověm balení (2 dávky). Synflorix injekční suspenze ve vakuověm balení (4 dávky).  
**Indikace:** Synflorix je vakcína, která pomáhá chránit před závažnými pneumokokovými onemocněními vyvolanými vakcinačními sérotypy a sérotypem 19A.<sup>1</sup>  
**Podání:** Synflorix se podává intramuskulárně. Synflorix se podává intramuskulárně. Synflorix se podává intramuskulárně. Synflorix se podává intramuskulárně.  
**Průběh léčby:** Synflorix se podává intramuskulárně. Synflorix se podává intramuskulárně. Synflorix se podává intramuskulárně. Synflorix se podává intramuskulárně.  
**Učinná látka:** Synflorix je injekční suspenze v předbalení injekční ampule. Synflorix injekční suspenze. Synflorix injekční suspenze ve vakuověm balení (2 dávky). Synflorix injekční suspenze ve vakuověm balení (4 dávky).  
**Indikace:** Synflorix je vakcína, která pomáhá chránit před závažnými pneumokokovými onemocněními vyvolanými vakcinačními sérotypy a sérotypem 19A.<sup>1</sup>  
**Podání:** Synflorix se podává intramuskulárně. Synflorix se podává intramuskulárně. Synflorix se podává intramuskulárně. Synflorix se podává intramuskulárně.  
**Průběh léčby:** Synflorix se podává intramuskulárně. Synflorix se podává intramuskulárně. Synflorix se podává intramuskulárně. Synflorix se podává intramuskulárně.

Reference: 1. SPC Synflorix 7/2017.

\* V České republice je očkování proti pneumokokům jiné lézenci z veřejného zdravotního pojištění, pokud jsou 3 dávky aplikovány do 7. měsíce věku dítěte.



GlaxoSmithKline s.r.o.  
Hřbitovní 1734/2c, 140 00 Praha 4, Česká republika  
tel.: 222 001 111; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz

CZ/SYN/0027/15(4)  
Schváleno: 8/2017

**Synflorix**  
Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (adsorbovaná)



## 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®**<sup>1</sup>
- ✓ Podporuje **správnou funkci imunity**<sup>2</sup>
- ✓ **Chrání zažívání** a bakteriální osídlení díky **Lactobacillus reuteri**<sup>3-6</sup>
- ✓ **Změkčuje stolicí** kojenců díky probiotickým oligosacharidům **GOS/FOS**<sup>7</sup>
- ✓ Podporuje **optimální vývoj mozku** díky obsahu **LC-PUFA**<sup>8</sup>



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 dítěti tu nejlepší výživu a ochranu před nemocemi. Matkám by měly být podrobně vysvětleny techniky kojení a způsoby udržení kojení se zvláštním důrazem na význam správné vyvážené stravy, a to jak v průběhu těhotenství, tak po porodu. Mléko by se zabránilo zbytečnému zavádění částečného krmení z lahve nebo podobání jiných nápojů a potravin, protože by to mohlo mít negativní vliv na kojení. Matky by měly být upozorněny na oblibnost návratu ke kojení, pokud se rozhodnou nekrmit. 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 přesto rozhodnou používat kojeneckou výživu, tak je nezbytné matky poučit o správné přípravě a zdůraznit, že použití nevhodné vody, nemylé lahve nebo nesprávného fúdního mléka může vést k onemocnění dítěte.

<sup>1</sup> Viz Mezinárodní kodeks marketingu náhrad mateřského mléka přijatý WHA v rezoluci 34.22 v květnu 1981.

### References:

1. Grathwohl DJ et al. 2010. 2. Díky obsahu vitamínů A, D, C. Indrio F et al. 2011. 4. Reuter G. 2001. 5. Weizman Z et al. 2005. 6. Popogaraufalo K et al. 2012. 7. Vlatkovic B et al. 2010. 8. Agostoni A. et al. 1995.