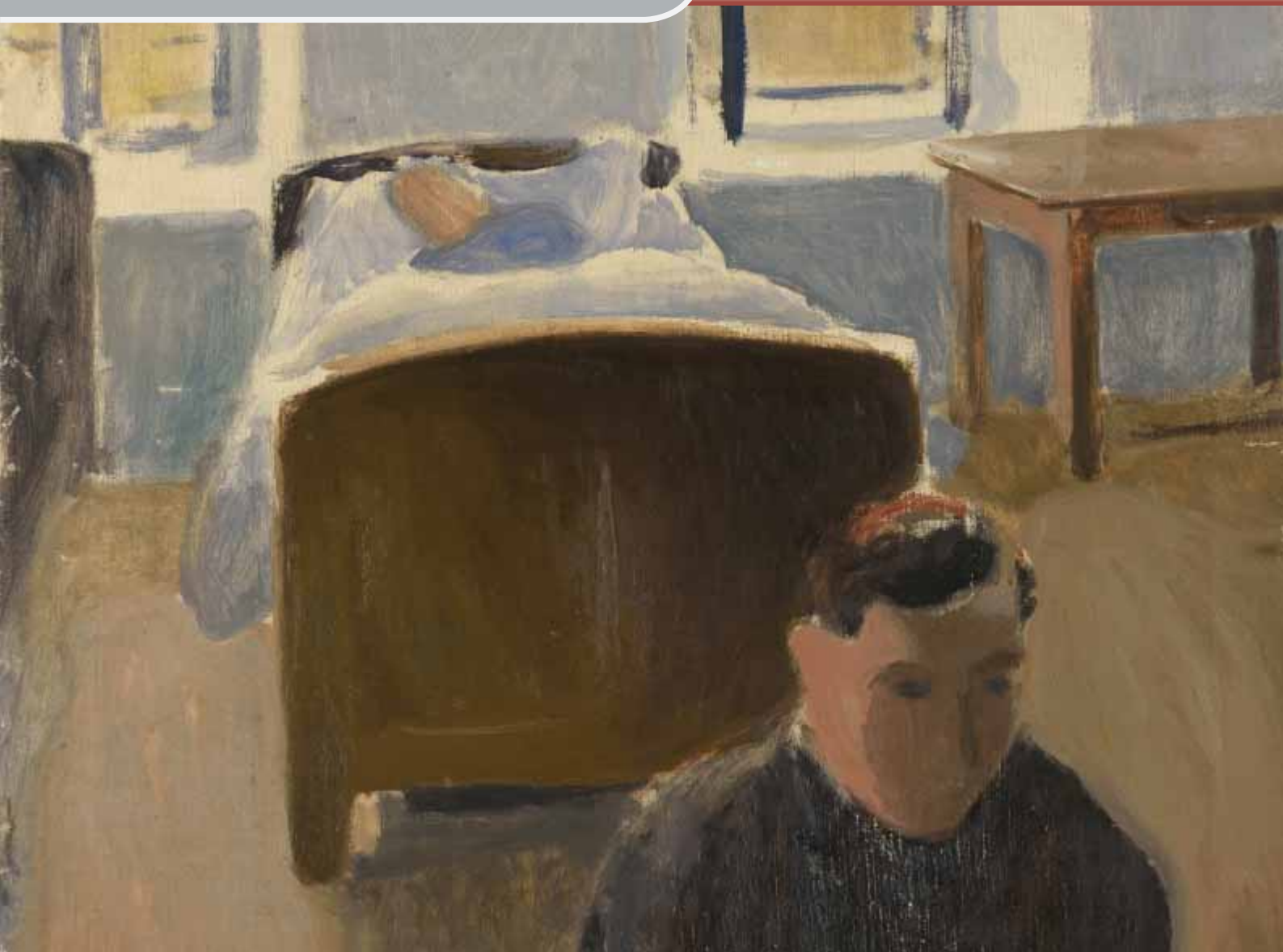


téma čísla

Racionální ATB terapie



- Má nemocná primární péče ještě naději na vyléčení?
- Jak zacházíme s antibiotiky v primární a ambulantní péči ve srovnání s Evropou?
- ATB rezistence
- Nelegální prodej antiparazitik na internetu
- Biostimulační laser v ordinaci praktického dětského lékaře
- Studie Zdraví dětí 2016
- Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí
- Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer



ERDOMED[®]

erdosteín

ANTIBAKTERIÁLNÍ MUKOLYTIKUM

Erdomed může omezovat bakteriální kolonizaci a snižovat riziko bakteriální superinfekce¹

Registr ERICA²



Hlavní závěr:

95,6 %

sledovaných dětí
s ARI nepotřebovalo
při léčbě Erdomedem
antibiotickou léčbu



CRP < 40



indikován
u ARI virového
původu^{1,2}

CRP > 40



potencuje
účinek antibiotik
u bakteriálních
infekcí^{1,2}




Zkratky: ARI – akutní respirační infekce

Literatura: 1. Aktuální SPC přípravku Erdomed. 2. Koplíva, F.: Sledování ATB léčby dětských pacientů s recidivujícími respiračními infekcemi v letech 2013–2015 a Erdosteínu, aneb co nám říká „ERICA“. Vox Pediatr 2017;1.

Zkrácená informace Erdomed: **S:** Erdosteinum 300 mg v 1 tvrdé tobolce, 175 mg v 5 ml suspenze, 225 mg v 1 sáčku prášku pro přípravu perorálního roztoku. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbace chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiale, k adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbace s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy a renální insuficience těžšího stupně, homocysteinurie. Děti s tělesnou hmotností nižší než 15 kg; fenylketonurie – netýká se tobolek. **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. **NŮ:** Zřídka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea; výjimečně průjem. Ojedinelé byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteín potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxicilinu, klaritromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D:** Dospělí obvykle 1 tobolka nebo 1 sáček prášku pro přípravu perorálního roztoku 2–3× denně. Suspenze u dětí 15–20 kg 2,5 ml 2× denně, 21–30 kg 5 ml 2× denně, nad 30 kg 5 ml 3× denně. **B:** 100 ml suspenze, tobolky 10, 20, 60 × 300 mg, sáčky 20 × 225 mg. Po náředění je suspenze použitelná 14 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2–8 °C. Datum poslední revize textu SPC: 17. 3. 2015. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE, P. Erdosteín je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění dospělým symptomatickým pacientům s diagnózou CHOPN od kategorie A, která má fenotyp bronchitický a/nebo frekventní exacerbace a/nebo CHOPN s bronchiektáziemi, kteří dodržují zákaz kouření a současně splňují následující kritéria: FEV1 po podání bronchodilatancia dosahuje méně než 80 % náležité hodnoty a mají alespoň 2 exacerbace/rok v anamnéze před nasazením léčby erdosteímem. Léčba není nadále hrazena, pokud během 3 měsíců nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN. Seznamte se, prosím, se Souhmem údajů o přípravku (SPC).



Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Páteřní 7, 635 00 Brno, tel.: 546 123 111, www.angelini.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Má nemocná primární péče ještě naději na vyléčení?	
	- Projev předsedy SPL ČR a mluvčího KSL MUDr. Petra Šonky na symbolickém pohřbu primární péče v obci Žleby dne 10. 10. 2017	
	- Vážené smuteční schromáždění	7
	- Podpora ČLK	
	- Je něco shnilého ve ... zdravotnictví českém	
	- XXIII. celostátní setkání okresních a krajských předsedů SPL ČR v Milovech – prohlášení	
	Informace OSPDL ČLS JEP	12
	MUDr. Vlastimil Jindrák	
	Jak zacházíme s antibiotiky v primární a ambulantní péči ve srovnání s Evropou?	13
	Doc. MUDr. Helena Žemličková, Ph.D.	16
	ATB rezistence	
	RNDr. Iva Kolářová, Ph.D.	18
	Nelegální prodej antiparazitik na internetu	19
	MUDr. Ladislav Hanousek	19
	Biostimulační laser v ordinaci praktického dětského lékaře	22
	MUDr. Jana Kratěnová	22
	Studie Zdraví dětí 2016	28
	MUDr. Marta Honzíková	28
	Systémová enzymoterapie v pediatrii – výsledky dotazníkové akce	30
	MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.	30
	Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí – část 5.	36
	Ze světa odborné literatury	37
	Řádková inzerce	38
	Autodidaktický test, Farmakologie	
	Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky – němčina	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINI
GSK
MSD
MUCOS PHARMA
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION
PFIZER

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

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

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

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc., MUDr. Ctirad Kozderka, MUDr. Klára Vitoušová

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
 Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

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

Sekretariát:

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
 fax: 267 184 050

Redakce VOX:

telefon: 267 184 065

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Titulní strana: Antonín Šít – Světnice s nemocnou (Galerie Středočeského kraje, Kutná Hora)

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



Vážení čtenáři,

dovoďte mi, abych se v editorialech tentokrát věnoval historii časopisu Vox pediatriae. Začal nejprve v roce 1999 vycházet jako Bulletin SPLDD pod vedením MUDr. Ireny Bumbové. Členy redakční rady byli lékaři Věra Melicharová, Jarmila Seifertová, Pavel Skála, Zdena Příbylová, inzerci zajišťovala kolegyně Hana Taxová. Byla vyhlášena soutěž o název časopisu a byl vybrán název Vox pediatriae, který se zachoval do dnešních dnů. Definitivní podobu získal v lednu 2001, kdy byl jmenován vedoucím redakční rady MUDr. Milan Kudyn a do redakční rady dále usedli Jiřina Dvořáková, Jiří Liška, František Zahálka, Petr Chaloupka. Odpovědným redaktorem se stává Mgr. Zdeněk Brtnický. Redakce tehdy sídlila v Praze, Klimentské 11. Časopis je určen praktickým dětským lékařům, členům SPLDD a OSPDL, vychází 10× ročně, zdarma.

V první části časopisu jsou informace z činnosti SPLDD a OSPDL, výstupy z jednání s různými institucemi, změny v legislativě, různé postupy a podobně. Častou vloženinou mezi prezentaci vnitřní činnosti sdružení a odborné společnosti jsou Sbírky předpisů ČR. V prvním oficiálním čísle 1 v lednu 2001 je i kompletní seznam předsednictva SPLDD a funkcionářů SPLDD jednotlivých tehdy ustavených sedmi regionů SPLDD. Prezentován je výkonný výbor z roku 2000 (Neugebauer, Cabrnchová, Dvořáková, Kudyn, Soukup), nový výbor OSPDL z roku 2000 (Novák, Seifertová, Karger, Hanzlová, Hanousek, Liška, Marek). Podle doby konání jsou v jednotlivých číslech publikována usnesení regionálních konferencí a pozvánky na kongresy a jiné akce.

Druhou stěžejní oblastí je odborná část časopisu. Zde se od začátku zaměřujeme na praktickou a racionální část prezentované publikace. Z odborných článků pak sdělení o alergiích, speleoterapii, vakcínách, alergii na KM, alergenové imunoterapii, salmonelóze, borelióze. Objevují se již i články o užívatelích drog v ordinaci pediatra. Mediforum zajišťuje zásady diagnostiky a racionální terapie bakteriálních meningitid v jednotlivých číslech. Velmi pěkně je v několika pracích v prvním roce, zejména v čísle 4, probrán diabetes mellitus. Číslo 7 je věnováno štítné žláze. S tím souvisí snaha redakce pro každé číslo připravit hlavní nosné téma.

Třetí částí se stabilně stávají Aktuality z tisku.

Od čísla 5 z roku 2001 dochází k zásadní změně, kdy je SPLDD nadále zastoupena P. Neugebauerem a OSPDL Hankou Cabrnchovou. Od čísla 7/2001 dochází k rozšíření redakční rady o kolegu Josefa Krejčíka. Objevují se požadované články na téma hepatitidy, aseptické nekrózy, CF, ale i kazuistiky jako věc zcela nepostradatelná.

Od roku 2002 pracuje redakční rada ve složení Kudyn, Neugebauer, Dvořáková, Krejčík, Liška. Objevují se články o dětské gynekologii, léčbě obezity, atypických pneumoniích v ordinaci PLDD, revmatologické problematice, uzlinovém syndromu, epilepsii, hypertenzi, poruchách rytmu, o pohybových poruchách již v kojeneckém věku, ale i o pohybové aktivitě u dospívajících.

V roce 2003 je věnován prostor problematice zubního kazu v souvislosti s přípravou zubního průkazu ve spolupráci se Společností dětské stomatologie a oční problematice s cílem vyšetřování katarakt na novorozeneckých odděleních. V květnu 2005 jsou do Voxu zavedeny překlady ze zahraniční literatury (MUDr. Liška), postupně se daří získat kvalitní zahraniční časopis k překladům.

V roce 2006 za MUDr. Krejčíka nastupuje do redakční rady MUDr. O. Roškotová. V roce 2012 se grafického zpracování místo Mgr. Brtnického ujímá p. M. Semerák. Využíváme stejně jako mnozí autoři jeho grafických a počítačových znalostí. MUDr. O. Roškotová v roce 2014 odchází z redakční rady a na její místo nastupuje MUDr. C. Kozderka, který je mimo jiné autorem odborných testů. V druhé polovině roku 2016 nastupuje do redakční rady MUDr. Klára Vitoušová. Zajišťování publikací probíhá podle tematických okruhů během každého roku. Snažíme se přibližně po sedmi letech vracet k daným tématům v rámci zajištění novinek a k reaktivaci znalostí našich členů. Musíme i kvitovat, že časopis si podle sdělení mnohých vedoucích klinik a primariátů během poměrně krátké doby vydobyl své velmi slušné místo.

Po celá léta sháníme dopisovatele do časopisu, v posledních letech jsme v určité nevýhodě, protože časopisy Československá pediatrie a Pediatrie pro praxi se staly recenzovanými časopisy, tak jako mnoho ostatních odborných časopisů. Redakční rada funguje ve známém složení, zajišťuje právnickou i ekonomickou stránku časopisu, odborné publikace do časopisu, aktuality, zajímavosti ze zahraniční literatury i odborné testy. Aktuality jsou nedílnou součástí, stejně jako korespondence v rámci oboru. Časopis je nedílnou součástí SPLDD a OSPDL. Nechci překračovat důležitost časopisu. Bez Voxu je to stejné jako politické strany bez nosného časopisu. Obě organizace by se bez časopisu, svého praktického mluvčího, staly placebem. Práce v redakční radě je poměrně namáhavá – vyhledávání témat, oslovení autorů se děje nejenom během celého dne, ale často až do pozdních hodin. Nemáme možnost výrazně ovlivnit korespondující členy. Spoléháme na svůj přirozený vliv. Práce ve Voxu je samozřejmě zajímavá, pomáhá udržovat medicínské kontakty na široké úrovni a v dobrém slova smyslu brání obávané superspecializaci v oboru. Práce s příslušnými spolupracovníky byla vždy velmi dobrá, stejně jako s výborem OSPDL, a věřím, že zůstane i nadále. Závěrem nesmím zapomenout poděkovat duši Voxu, MUDr. Jiřince Dvořákové, která je také ve Voxu od jeho „narození“.

MUDr. Jiří Liška, CSc., člen redakční rady Vox pediatriae



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Podzim odstartoval v bojovném duchu. Koalice soukromých lékařů (KSL) pokračovala v organizaci protestních akcí, které měly širokou veřejnost upozornit na neřešené problémy ambulantních lékařů. Dlouhá léta poukazyjeme na problémy primární péče a žádáme o systémové změny ve zdravotnictví. Za PLDD jsem opakovaně jednala s několika posledními ministry. Naším prioritním požadavkem bylo vytvoření koncepce péče o děti v ČR. Tato koncepce je nutná pro další zajištění, organizování a financování ambulantní a lůžkové péče o děti. Zatím však jen sledujeme postupnou devastaci primární péče v přímém přenosu. Jedním z prvních kroků bylo zrušení oboru PLDD, dalším krokem je násilná elektronizace, zvyšování administrativní zátěže. To vše je potencionálně finančním podhodnocením našeho segmentu. Zejména elektronický recept dohání některé naše kolegy k předčasnému ukončení jejich činnosti, navíc v době, kdy za ně není náhrada. Dle analýzy SPLDD až 90 tisíc dětí bude pravděpodobně shánět nového registrujícího PLDD. Ze strany ministerstva zdravotnictví to vnímám jako nebezpečný hazard se zajištěním primární péče. Nikdo z nás doposud neviděl slibovaný kvalifikační kurs, který by umožňoval dětským lékařům z DO nemocnic pracovat v primární péči jako PLDD. Dne 10. 10. v 10 hod. proběhl symbolický pohřeb ambulantní péče ve Žlebech, který navázal na tiskovou konferenci KSL nazvanou „Pomozte nám zabránit státem organizované devastaci ambulantní zdravotní péče v ČR“. Pohřeb podpořily tisíce ambulantních lékařů po celé ČR nasazením černé pásky a vyvěšením parte ve svých ordinacích. Tato akce vzbudila poměrně značný mediální ohlas. O ambulantních lékařích a jejich problémech se začalo mluvit. V tento čas zaslalo MZ k připomínkám návrh úhradové vyhlášky pro rok 2018, který maximum navýšených finančních prostředků směřuje do nemocnic, pro praktické lékaře navrhuje stagnaci financování, dokonce v určitých případech krácení kapitáční platby u praktických lékařů. To se stalo důvodem pro to, že Sdružení praktických lékařů vyhlásilo uzavření ordinací na jeden den. Následně mimořádné jednání předsednictva SPLDD rozhodlo o připojení k protestu, stejně tak se rozhodli i ambulantní specialisté. Na symbolickém pohřbu ambulantní péče bylo proto vyhlášeno datum uzavření ordinací na

jeden den na středu 18. 10. 2017. Tuto akci následně podpořila také ČLK. Uzavření ordinací podpořilo až 12 tisíc ordinací, ordinaci uzavřelo cca 7 tis. poskytovatelů, zejména praktických lékařů a PLDD. Protestní uzavření ordinací vzbudilo velký mediální ohlas, celý den jsme mohli sledovat reportáže z různých míst ČR.

Ráda bych poděkovala jménem VV SPLDD všem, kteří podpořili PROTESTNÍ AKCE.

Děkuji, že nejste lhostejní k dění, které devastuje primární péči. Děkuji, že jste našli sílu a řekli své NE dalším povinnostem, které na nás padají. Heslo „Raději dnes na jeden den, než později navždy“ zcela odpovídá na otázku, proč protestujeme? Následně jsme mohli sledovat, jak se téma zdravotnictví dostává na přední místo v politických předvolebních debatách. Mohli jsme sledovat, že politici a široká veřejnost zaznamenala, že také ambulantní péče má velké problémy a bude potřeba je řešit. Ze strany ministerstva jsme slyšeli reakce vesměs směřované na financování, ostatní bylo upozaděno. Zatvrzelost ministra zdravotnictví je vzhledem k jeho postu ředitele FN sice pochopitelná, ale neomluvitelná vzhledem k jeho postavení ministra zdravotnictví. Nyní nás čekají nelehká jednání a boj o nápravu v zavádění elektronického receptu (chceme duální cestu, zachování možnosti listinné podoby), v zavádění EET (chceme výjimky např. pro některé skupiny, kde příjem hotovostních plateb je velmi malý k celkovému objemu příjmů ordinace), v jednání o úhradách pro rok 2019 budeme požadovat nápravu nespravedlivého ohodnocení práce PLDD. Je potřeba zvýšit kompetence PLDD, chceme nové výkony a možnost předepisovat určité léky bez preskripčního omezení, chceme zabránit zbytečným administrativním povinnostem. My máme vizi, od vás máme silný mandát. Jak bude protistrana naslouchat, se ukáže. Naše protesty byly vystaveným účtem pro odcházející politiky a vzkazem pro budoucí politickou garnituru. Domníváme se, že primární péče je základem každého zdravotnictví a dokáže ušetřit velké množství finančních prostředků, když správně funguje. Nemůžeme souhlasit s její dehonestací, která opakovaně zaznívala (krátké ordinací hodiny, neúčast na LPS, nedostatečné provádění prevence atd.). V září a říjnu proběhlo 10 seminářů, věnovaných zejména elektronické komunikaci.

Nejvíce pozornosti se dostalo prezentaci k elektronickému receptu (SÚKL) a prezentaci o informačních systémech k zajištění eReceptu a EET. Na webových stránkách www.detskylekar.cz bude následně vyvěšen záznam z posledního semináře v Pardubicích, který mohou zhlédnout i další lékaři, zejména ti, kteří se nedostali na semináře z důvodu naplněné kapacity.

Dokončili jsme přípravu dalších sobotních Managementů praxí PLDD, které se budou věnovat zejména novinkám v našich praxích; první se uskuteční 25. 11. v Ostravě. Zaměříme se na provádění pracovnělékařských prohlídek pro zaměstnance kategorie I. Budeme se věnovat nové směrnici EU o ochraně dat občanů (GDPR), která se týká každé ordinace PLDD od května 2018. Vzhledem k finančnímu zatížení ordinací elektronizací zdravotnictví probereme cenotvorbu a v neposlední řadě se budeme věnovat novinkám v očkování od 1. 1. 2018.

4. 10. 2017 proběhlo mimořádné jednání předsednictva SPLDD, které projednalo a jednomyslně odsouhlasilo protestní uzavření ordinací na jeden den.

5. 10. 2017 se konala společná schůzka zástupců ambulantních lékařů s prezidentem Kubkem v sídle ČLK. Předmětem jednání byly informace o plánovaných protestních akcích.

10. 10. 2017 se uskutečnil symbolický pohřeb ambulantní péče ve Žlebech, v ordinacích byla vyvěšena parte a lékaři ordinovali s černou páskou. Podrobnější informace najdete na stránkách časopisu a na www.detskylekar.cz.

13.–14. 10. 2017 se sešli PLDD, pediatři a onkologové na již třetím Mezioborovém kongresu v Olomouci. Tématem kongresu byla dětská onkologie. Zazněla řada odborných sdělení, kongresu se zúčastnily také zdravotní sestry. Velké poděkování patří zástupcům odborné společnosti dětských onkologů, kteří poskytli odbornou garanci MOK.

18. 10. 2017 proběhlo protestní uzavření ordinací PL, PLDD a ambulantních specialistů. Akci podpořila ČLK a Česká lékárnická komora. Akce měla velký mediální ohlas a v předvolebních debatách byly slyšet názory zástupců jednotlivých stran a hnutí k dané problematice.

**ALERGIE
v rodině?**

Nutrilon HA - pro děti s výskytem alergie v rodině

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

**VÝČINKY
KLINICKY
PROKÁZÁNY^{1,2}**



1. Tang, M., et al. Hypo-allergenic and immune modulatory properties of a partially hydrolyzed cow's milk formula supplemented with prebiotic oligosaccharides EAACI, 2014 (Abstract number 1929).
2. Arsanagk S, Mam GE, Schmitt J, Tandal L, Rizzardi S, Boehm G. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. J Nutr 2008; 138: 1091-5
Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenčů. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Potravinu grazevláční výživy – dietní potravina pro zvláštní lékařské účely. Způsob použití a další informace najdete na sbačech a webových stránkách www.nutrilon.cz. Infolinka: 800 110 000. Materiál pro odbornou veřejnost. 03/2017.



Má nemocná primární péče ještě naději na vyléčení?

■ Projev předsedy SPL ČR a mluvčího KSL MUDr. Petra Šonky na symbolickém pohřbu primární péče v obci Žleby dne 10. 10. 2017

Vážení pozůstalí a smuteční hosté, přišli jsme se dnes naposledy rozloučit s primární péčí v obci Žleby.

Ordinace praktického lékaře zde zanikla bez náhrady v roce 2017. Přes veškerou snahu obce se nepodařilo najít žádného lékaře, který by po skončení lékařské praxe byl ochoten převzít její praxi. Ordinace praktického lékaře fungovala v obci od nepaměti, přežila změny politických režimů a s nimi i zdravotních systémů. Přesto, že o její služby je zájem a v obci je dostatek pacientů, zanikla ordinace v době všeobecného blahobytu a sociálních výtoky. V této době, kdy nám politici slibují špičkové zdravotnictví zdarma a bez čekání, přišli občané Žleby o zásadní část komfortu a občanské vybavenosti a jsou nuceni za základní zdravotní péči dojíždět do sousedních obcí.

Takových případů evidujeme po celé republice desítky, **končí ordinace praktických lékařů pro dospělé i děti, stomatologické praxe i venkovské ordinace ambulantních specialistů.**

Sešli jsme se ve Žlebach proto, abychom ukázali, že to není jen problém odlehklých pohraničních regionů nebo sociálně vyloučených oblastí. Chceme ukázat, že problém se týká i bohatých středních Čech a že už dnes je problém sehnat lékaře i pár desítek kilometrů od Prahy ve velké obci, kde jinak vše dobře funguje.

Chceme důrazně upozornit na to, že se nejedná o ojedinělou situaci a že takových případů bude přibývat. Je deset minut po dvanácté a pokud se okamžitě zásadním způsobem nezmění přístup vedení resortu k ambulantnímu sektoru, budou mít v nejbližších letech problém sehnat lékaře lidé ve větších obcích i menších městech v celé České republice. Dnes jsou zde s námi kolegové z regionů, kde mají stejný problém: Rakovnicka, Tachovska, Jihlavska. Jsou připraveni podělit se s vámi o svoji zkušenost. Viníme vládu ČR ze zániku praxe PL ve Žlebach a viníme ji z toho, že nedělá nic proti brzkému zániku celé řady dalších praxí. **Podle statistiky ÚZIS bude v roce 2020 chybět v ČR 800 ambulantních lékařů.**

Ministerstvo zdravotnictví tyto informace zná. Opakovaně již řadu let upozorňujeme ministry zdravotnictví na hrozící problémy. Odpovědí nám vždy byl jen výsměch a bagatelizace našich problémů. Slyšíme, že se praktičtí lékaři flákají, pracují 4 hodiny denně a jsou královsky placeni za karty v kartotéce a nikoliv za skutečnou práci. Pokud by to byla pravda, určitě by se našel někdo, kdo by se za dlouhé peníze rád flákal jako praktik ve Žlebach místo toho, aby dřel v nemocnici.

Pět za sebou jdoucích ministrů přišlo z vedení velkých fakultních nemocnic a totéž platí o jejich náměstcích. Na ministerstvu nesedí nikdo, kdo by rozuměl ambulantnímu sektoru a především problematice primární péče. Ta je přitom základním kamenem každého zdravotního systému a její kvalita

a dostupnost určuje kvalitu celého zdravotnictví. Všude ve vyspělých zemích to vědí, proto o ni pečují a rozvíjejí ji. V ČR nikoliv.

Výsledkem přehlíživého přístupu ministerstva je **dlouhodobé finanční podhodnocení ambulantní péče** na úkor protežovaného lůžkového sektoru. Úhrady praktickým lékařům za posledních 9 let stouply o necelých 7 %. To stěží pokryje inflaci a stačí pouze na udržování praxe při životě, nikoliv na jejich potřebný rozvoj.

Dusí nás stále větší **administrativní zátěž** a nesmyslná buzerace soukromých zdravotnických zařízení ze strany státu.

A škodí nám **soustavná dehonestace práce ambulantních lékařů** ze strany ministerstva.

Přes naše volání po řešení tohoto stavu se v posledním roce naopak situace dramaticky zhoršila. Ministerstvo nepracovalo nikdy hůře a nebylo tak nepřátelsky naladěno vůči ambulantnímu sektoru, jako je tomu za ministra Ludvíka. Zdá se, že dělá vše pro to, aby ambulantní sektor co nejvíce poškodilo. Zde jsou ty nejkřiklavější příklady.

1. Zrušení oboru praktický lékař pro děti a dorost.

2. Povinnost EET pro ambulantní lékaře.

3. Povinný eRecept.

Nemáme nic proti elektronizaci zdravotnictví, jak je nám často vytýkáno. Ale vadí nám současná podoba eReceptu. Stát měl na jeho přípravu 10 let a utratil za něj nesmyslně půl miliardy. Přesto je výsledek takový, že eRecept neumí nic z toho, co měl umět. Nepřináší nic pacientům a kvůli své extrémní





uživatelské nevstřícnosti komplikuje život lékařům. Stát tuto blamáž chce maskovat tím, že pod pokutou dvou milionů korun násilně tlačí povinné zavedení tohoto nedodělaného a neozkoušeného produktu. Starší kolegy tak vyhání z ordinací, přestože by ještě mohli několik let pracovat a nemáme je v současné době kým nahradit. Podle našich informací kvůli eReceptu skončí více než 100 praktických lékařů.

4. Zpackaná realizace dotací na rezidentská místa pro vzdělávání budoucích praktických lékařů. Chybou a diletantskou prací ministerstva došlo k tomu, že řada mladých zájemců o práci praktických lékařů nedostala v roce 2017 šanci zahájit specializační vzdělávání a peníze, které jsou na to k dispozici, nemohou být vyčerpány.

5. Návrh úhradové vyhlášky, která v roce rekordního meziročního nárůstu výběru zdravotního pojištění o 15 mld. přichází se **snížením úhrad praktickým lékařům i ambulantním specialistům.** Tím míra naší trpělivosti přetekla.

Máme toho dost. Proto na protest proti tomuto stavu **dne 18. 10. 2017** praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost a ambulantní specialisté **na jeden den symbolicky uzavřou svoje ordinace.**

Požadujeme odložení povinného eReceptu, dokud stát nezajistí jeho 100% fungování včetně plné funkce patientského záznamu, možnosti předpisu opiátů na e-recept a zlepšení uživatelské vstřícnosti pro lékaře, které předpokládá zavedení jednotného certifikátu zdravotnického pracovníka. Do té doby nechť je umožněn duální systém, který připouští používání eReceptu a papírového receptu současně.

Požadujeme okamžitou změnu přístupu ministerstva k ambulantnímu sektoru.

Požadujeme, aby se problematikou primární péče a ambulantního sektoru a jejich rozvojem urychleně **začala zabývat vláda.** Chceme, aby byla zřízena funkce náměstka pro ambulantní sektor. Podmínkou je jeho hluboká znalost této problematiky.

Uzavření ambulancí 18. 10. je pouze symbolickým protestem.

Zavíráme dnes na jeden den, abychom zítřka nemuseli zavřít navždy!

Pokud nebudou naše požadavky splněny, jsme připraveni naše protesty opakovat a stupňovat.

■ Vážené smuteční shromáždění

Jsem praktická lékařka pro děti a dorost a přišla jsem se rozloučit nejen se svou praxí v Lukách nad Jihlavou. Dnes pohřbíváme primární péči, péči ambulantní. Loučíme se s praktickou pediatrií, loučíme se s péčí, která neměla obdoby v Evropě, snad ani ve světě. Každé dítě mělo svého pediatra. Každému dítěti jsme poskytli preventivní a léčebnou péči, vždy s plným nasazením, láskou. Nejsme my ti viníci, co v běhu let našich praxí způsobili, jak se miska vah přehoupala z péče medicínské do administrativního šílenství, do dennodenního boje s internetovými nadšenci neuznávajícími naši odbornost, a s vědomím „proboha, ať všechno plníme tak, abychom prošli hrozícími kontrolami, hrozícími právními dopady, hrozícími pokutami“. Stovky posudků, stovky výpisů ze zdravotnické dokumentace, kde každý zápis musí splnit své zákonitosti. Jsme zesláblí, unaveni všemi těmi věčnými změnami, příkazy. Jaká je realita v ohodnocení naší práce? Víme to všichni – pro rok 2018 nárůst hodnoty bodu pro primární péči 0 %, nárůst pro resort nemocnic 10 %!

Svoji praxí jsem chtěla ukončit rokem mých 65. narozenin, tedy konec roku 2018. Se

zdravotním handicapem, a již dávno nad hranici sil to všechno schopně zvládat jsem chtěla k tomuto cíli dojít. eRecepty od 1. 1. 2018 a záhy na to EET jsou tou pověstnou poslední kapkou, abych si uvědomila, že to už ne, že to už je opravdu nad moje síly. Na jaře 2006 jsme stávkovali. My z Jihlavy pod transparentem proti ministrovi Rathovi. V této době se by na transparent rozhodně nevešla jména těch, kteří dovedli praktickou pediatrii do současného stavu.

MUDr. Marie Novotná,
Luka nad Jihlavou

■ Podpora ČLK

Vážené kolegyně a kolegové, věnujte pozornost důležité informaci představenstva ČLK.

Komora podporuje protestní akce ambulantních lékařů

ČLK upozorňuje, že personální, ekonomická, právní a morální krize ve zdravotnictví se nadále prohlubuje. Politická reprezentace navzdory opakovaným výzvám ČLK neučinila žádné zásadní kroky, potřebné k nápravě tohoto stavu.

ČLK konstatuje, že za stávajících podmínek není schopna garantovat kvalitu ani bezpečnost lékařské péče. Personální devastace nemocnic vede nejenom ke snižování dostupnosti zdravotní péče pro pacienty, ale je příčinou přesunu významného objemu zdravotní péče z nemocnic do ambulantní sféry. Podíl práce, za kterou praktičtí lékaři a ambulantní specialisté nedostávají od pojišťoven zaplacen, paradoxně dále narůstá.

ČLK podporuje zvýšení platů lékařů a zdravotních sester pracujících v nemocnicích,





ale nemůže souhlasit s tím, aby veškeré zvyšování úhrad zdravotních služeb směřovalo pouze do nemocnic. Úhradová vyhláška, jejíž návrh zcela ignoruje oprávněné požadavky ambulantních lékařů, je pro ČLK nepřijatelná. Skutečnost, že ani v čase ekonomické prosperity a růstu výběru zdravotního pojištění není ministerstvo ochotno ocenit náročnou práci ambulantních lékařů, považuje komora za projev pohrdání a arogance. Personální devastace se přitom týká celého zdravotnictví, nikoli pouze nemocnic.

ČLK dále upozorňuje na trvalý nárůst zbytečné administrativy, která ubírá lékařům čas, který by mohli věnovat svým pacientům. Komora protestuje proti násilné a špatně připravené elektronizaci zdravotnictví (např. povinné eRecepty), jež nepřináší žádný prospěch pacientům ani lékařům, jež naopak zatěžuje zvyšujícími se náklady.

ČLK upozorňuje na rozevírající se nůžky v dostupnosti zdravotní péče pro obyvatele velkých měst na straně jedné a občany venkova na straně druhé, přičemž tento prohlubující se problém politická reprezentace ignoruje. Z výše uvedených důvodů Česká lékařská komora podporuje protestní akce praktických lékařů a ambulantních specialistů.

Usnesení představenstva ČLK z 6. 10. 2017
Další informace a podrobnosti o první části protestů naleznete na stránkách ČLK.

S kolegiálním pozdravem
MUDr. Milan Kubek,
prezident ČLK

■ Je něco shnilého ve ... zdravotnictví českém

Ve středu 18. října zavřelo své ordinace na sedm tisíc praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost a ambulantních specialistů. K protestní akci se připojilo symbolickým zavřením na půl hodiny také cca čtyři sta lékařů. Protest měl upozornit současnou, ale zejména budoucí politickou garnituru na problémy současného zdravotnictví: nedostatek, resp. nevyhovující rozmístění lékařů, nedostatečný přísun mladých lékařů k zajištění generační obměny, nárůst byrokracie obírající lékaře o čas, který by mohli věnovat pacientům, a nerovnoměrné rozdělení financí ve zdravotnictví. To vše podtrženo neochotou MZ naslouchat a jednat s lékaři a dalšími zdravotníky a modifikovat dle potřeb zdravotní systém.

MZ v ofenzivě veřejnosti interpretovalo protestní akce jako boj „nenažraných“ praktiků za další přísun peněz při nízké pracovní morálce, za odmítání elektronizace zdravotnictví, za ponechání chudáků pacientů jeden den na holičkách, odmítání praktiků sloužit svým pacientům 24 hodin denně...

MZ a poslanci podceňují problémy ve zdravotnictví a dlouhodobě neřeší zajištění dostupnosti primární a ambulantní zdravotní péče, kterou čerpá většina pacientů přímo nejbližší svému bydlišti. Problém, na který obě sdružení praktiků dlouhodobě upozorňují, je právě zhoršující se dostupnost péče z důvodu stárnutí PL a PLDD a nedostatečného zajištění generační výměny. Chybí koncepce rozvoje, resp. personální stabilizace primární péče s dlouhodobým výhledem na mnoho let. Vždyť zrod lékaře trvá minimálně 10 let i více. Bohužel, jak již bývá zvykem politiků, při komentování protestních akcí včetně „stávků“ praktických lékařů a ambulantních specialistů (stávka v tomto případě je chybné označení, protože stávkují zaměstnanci, správné označení je přerušování provozu či uzavření ordinací na přechodnou dobu) zúžili problém na finanční požadavky praktiků (zvýšení příjmů si nezaslouží), přičemž si vzali pacienty jako rukojmí (což je hanebné, nemorální a nedělá se to). MZ a poslanci si zřejmě nepřipouštějí personální devastaci v mimonemocniční sféře, a proto ani nepředložili dosud žádné kloudné řešení. Až na tiskové konferenci 18. 10. 2017 ministr zdravotnictví připustil, že příští vláda se tímto problémem musí zabývat, ale nyní musí především stabilizovat nemocnice, které jsou nejdůležitější částí zdravotnictví v republice, přičemž řešením je zaplacení nemocničních lékařů a sester, aby neutíkali z nemocnic do ambulancí. Již z tohoto výroku lze soudit, že za léta, kdy ministerstvo bylo na problém nedostatečného přísunu mladých lékařů určených ke generační výměně opakovaně upozorňováno jak sdruženími, tak KSL i ČLK, neudělalo nic či skoro nic, resp. nastavené finanční pobídky se nesetkaly s odezvou. Personální devastace v nemocnicích i v terénu je tedy důsledkem celkově špatně vedené politiky. Ministerstvu a politikům se povedlo rozeštvát dvě skupiny lékařů proti sobě, možná pod heslem „rozděl a panuj“, možná vidí lékaře 1. a 2. kategorie. Práce praktiků je jak ministerstvem, tak politiky znevažována a hodnocena jako méně kvalitní. Jak ministerstvo, tak i prezident, který praktiky a ambul. specialisty označil jako přibližky, znevažuje tyto lékaře před

veřejnosti. V nemocnicích i mimo ně pracují lékaři vynikající, ale i lékaři podprůměrní. I zde platí zákonitost Gaussovy křivky. Pro všechny, kteří se nacházejí na té horší straně křivky, by to samozřejmě měl být impuls ke zlepšení jejich kvalit. Těžko ale přijmout paušální dehonestaci lékařů pracujících mimo nemocnice a jak na půdě parlamentu, tak v médiích o nás mluvit, že si nezaslouženě žijeme z kapitace, málo pracujeme a ordinujeme jen 3–4 hodiny denně. Jednak to není pravda, jednak si tito „soudci“, kteří o naší práci mnoho nevědí, neuvědomují, že ordinační hodiny nejsou totéž jako pracovní doba, která u nás bývá i delší než 8,5 hodiny denně. Mnohé ordinace pracují déle, a to i včetně našich zaměstnanců – sestřiček. Poznámky poslance Kasala, které již nepoužívá kdekdo, že v pátek odpoledne nenarazí na otevřenou ordinaci dětského praktika, jsou ryze populistické (kdo má máslo na hlavě, jehož cena právě stoupá, jsou i poslanci, kteří nebyli v pátek 30. 6. 2017 těsně po 12. hodině usnášeníschopní pro nízkou účast). Stejně jako státní úředníci mají praktici některé dny prodloužené ordinační hodiny do pozdních odpoledních a večerních hodin, a proto může dojít k pátečnímu zkrácení. Všichni více či méně často (a čím dál častěji) si nosíme práci domů a po večerech a víkendech místo odpočinku sedíme nad ležstvy. O celoživotním vzdělávání po večerech a víkendech ani nemluvíme, to se přece u doktorů bere jako samozřejmost a za to si je platíme, že? A co zajištění péče o registrované pacienty po ordinačních hodinách? Jak ministerští úředníci, tak politici mají představu, že jsme roboti, kteří nemají nárok na odpočinek, ba i dokonce spánek, a musejí o své pacienty pečovat 24 hodin denně a 365 dnů v roce jako lékaři nemocniční. Jaksi ale zapominají říci, že v nemocnicích je zaveden směnný provoz. Nikdo z praktiků neupírá nemocničním kolegům, že i oni pracují mnohdy déle, než odpovídá zákoníku práce. I sám ministr na TK přiznal na dotaz novináře, zda ministrem zmíněných 60 hodin práce lékaře v nemocnici týdně není v rozporu se zákoníkem práce, existenci tohoto problému a dodal, že to musí řešit další vláda (jak dlouho to budou vlády oranžové či modré či pruhované ještě řešit?). Jak poučil předseda SPL MUDr. Šonka náměstkyni MZ JUDr. Lenku Tesku Arnoštovou v Duelu, kapitální platba není paušál za registrovaného pacienta, ale je to paušál za 19 agregovaných výkonů, které zdravotním pojišťovnám nevykazujeme. Přitom maximum kontaktů



s pacientem představují výkony zahrnuté do kapitace. Omílané téma LPS (dříve LSPP) již unavuje. Jednak opět chybí celostátní koncepce LPS, jednak je to téma, které slouží jako úhybný manévr při řešení zásadnějších problémů. Všichni víme, že LPS je občany zneužívána, stejně jako RZP. Zde musí ale stát nastavit jasná pravidla pro čerpání této péče a nastavit i přijatelné represivní mechanismy k zamezení zneužívání. Ministr na TK uvedl, že za dostupnost péče dle legislativy zodpovídají ZP, ale ty nemají dostatečné nástroje pro zajištění tohoto úkolu, a proto asi bude nutné tuto povinnost přenést na stát. Hrozí tedy návrat k státnímu dirigismu, národní zdravotní službě, umístěnkám či nařízení povinnosti lékařům sloužit do roztrhání těla současně jak v terénu, tak v nemocnici?

V rozhovorech pro média představitelé MZ a politických stran veřejnost balamutí proklamací o podpoře primární péče. Přitom posun kupředu ve prospěch pacienta s cílem nabídnout mu maximum péče při prvním kontaktu se snažíme vybojovat my proti úřednické mašinérii vládoucí na MZ. To např. vydává uvolnění preskripce, zařazení předoperačního vyšetření do seznamu výkonů aj. za svoji práci (Duel z 18. 10. 2017).

Občané a stoupající počet politiků (zejména komunálních) si začíná konečně uvědomovat dopad zrušení oboru PLDD pro reálný život. Na SPLDD se obracejí starostové obcí a informují o zániku ordinací a rušení detašovaných pracovišť praktických. Vidíme, že potíže nejsou jen v pohraničí, ale i ve vnitrozemí. Nedostatek „pediatrů“, ať již nemocničních, nebo praktických, novela zákona o vzdělávání lékařů jen zhoršila, a to zřejmě na mnoho let. Úkolem budoucí vládní garnitury proto bude občanům jasně říci, jakou péči o dětskou a dorostovou populaci chce. Bude to finančně nákladnější péče v nemocnicích, nebo podstatně levnější primární péče?

Seznamte se s názory MZ na praktické lékaře na webových stránkách:
Tisková konference MZ:
http://www.mzcr.cz/dokumenty/tiskova-konference-k-protestu-prakticky-lekaru-a-ambulantnich-specialistu_14371_3692_1.htmlk

Duel – diskuze náměstkyně ministra zdravotnictví JUDr. Lenky Tesky Arnoštové

a předsedy Sdružení praktických lékařů MUDr. Petra Šonky:

<https://www.seznam.cz/zpravy/clanek/lekari-zavreli-ordinace-proc-stavkuji-sledujte-duel-prakticky-doktoru-s-ministerstvem-38600?seq-no=1&dop-ab-variant=&source=clanky-home>

MUDr. Ctirad Kozderka,
místopředseda VV SPLDD

■ XXIII. celostátní setkání okresních a krajských předsedů SPL ČR v Milovech – prohlášení

Delegáti vyjádřili pobouření nad návrhem úhradové vyhlášky pro rok 2018, který zcela ignoruje slib představitelů MZ ČR ze září 2016 na navýšení základní sazby kapitace o 3 % pro rok 2018. Šlo jen o dorovnání dluhu, který ministerstvo už v minulosti uznalo. V roce ekonomického růstu a rekordního navýšení výběru pojistného o 15 mld. Kč se pro primární péči nenašlo požadovaných 280 milionů korun a ministerstvo navrhuje stagnaci sazby kapitace a snížení úhrad praktickým lékařům. To považujeme za výsměch. Opakované masivní navyšování úhrad lůžkovému sektoru diskriminuje ambulance a je pravým opakem situace ve vyspělých zemích. Podíl úhrad do primární péče v loňském roce poklesl na 5,5 % a v letošním roce očekáváme další pokles.

Delegáti důrazně odmítají povinné zavedení eReceptu od 1. 1. 2018. Nemáme nic proti elektronizaci zdravotnictví, jak je nám často vytýkáno. Vadí nám současná podoba eReceptu. Stát měl na jeho přípravu 10 let a utratil za něj nesmyslně 0,5 miliardy korun. Přesto je výsledek takový, že eRecept neumí nic z toho, co měl umět. Nepřináší nic pacientům a kvůli své extrémní uživatelské nevstřícnosti komplikuje život lékařům. Stát tuto blamáž chce maskovat tím, že pod pokutou dvou milionů korun násilně tlačí povinné zavedení tohoto nedodělaného a neozkoušeného produktu. Starší kolegy tak vyhání z ordinací přesto, že by ještě mohli několik let pracovat, a nemáme je v současné době kým nahradit. Podle našich informací kvůli eReceptu skončí více než 100 našich kolegů, což znamená, že kolem 200 000 pacientů ztratí svého praktického lékaře. Požadujeme odložení povinného eReceptu, dokud stát nezajistí jeho 100% fungování včetně plné funkce lékového záznamu, možnosti předpisu opiátů na eRe-

cept a zlepšení uživatelské vstřícnosti pro lékaře, které předpokládá zavedení jednotného certifikátu zdravotnického pracovníka. Do té doby nechť je umožněn duální systém, který připouští používání eReceptu a papírového receptu současně. Varujeme před tím, že pokud nedojde k odložení povinnosti, nastane v lednu 2018 obrovský chaos, který ohrozí pacienty.

Vzhledem k důvodnému podezření, že v souvislosti s administrací eReceptu SÚKL a některé nemocnice neoprávněně nakládají s osobními údaji lékařů, podá SPL ČR podnět k Úřadu na ochranu osobních údajů. Pět za sebou jdoucích ministrů přišlo z vedení velkých fakultních nemocnic a totéž platí o jejich náměstcích. Na ministerstvu nesedí nikdo, kdo by rozuměl ambulanci sektoru a především problematice primární péče. Ta je přitom základním kamenem každého zdravotního systému a její kvalita a dostupnost určuje kvalitu celého zdravotnictví. Všude ve vyspělých zemích to vědí, proto o ni pečují a rozvíjejí ji. V ČR nikoliv. To je důvodem hluboké krize primární péče, která už se naplno projevuje nedostatkem praktických lékařů. Nikdy v minulosti nedocházelo k tak početnému zániku praxí, přesto ministerstvo ústy svého náměstka vzkazuje, že segment praktických lékařů je stabilizovaný. Příznačné je, že se za této situace ministr i jeho náměstek odmítli setkání v Milovech zúčastnit a nedelegovali ani svého zástupce. Je deset minut po dvanácté. Pokud se okamžitě zásadním způsobem nezmění přístup vedení resortu k ambulanci sektoru, budou mít lidé v nejbližších letech problém najít praktického lékaře.

Požadujeme, aby se problematikou primární péče a jejím rozvojem urychleně začala zabývat vláda. Chceme, aby byla zřízena funkce náměstka ministra zdravotnictví pro ambulanci sektor. Podmínkou je jeho hluboká znalost této problematiky.

Delegáti jednoznačně podpořili protestní akci KSL, do které se zapojilo na 12 000 ambulancních lékařů, a vyzývají všechny členy SPL k jednodennímu protestnímu uzavření ordinací dne 18. 10. 2017. Žádáme naše pacienty o pochopení a podporu akce, ve které jde o zachování dostupnosti péče praktických lékařů.

Zavíráme nyní na jeden den, abychom nemuseli příště zavřít navždy.

LEVOPRONT®

kapky, sirup | levodropropizin



Rychlá a bezpečná úleva od suchého kašle

- ★ rychlý nástup účinku^{1,2}
- ★ vhodné pro děti od 2 let i pro alergiky⁶
- ★ stejně účinný a lépe tolerovaný než centrální antitusika – periferní účinek bez sedace^{3,4,6}
- ★ neovlivňuje respirační funkce a zachovává mukociliární clearance^{5,6}

Literatura: 1. Irwin RS et al.: CHEST 2006; 129:15-23S. 2. Woron J.: Bezpieczeństwo stosowania leków przeciwkaszlowych w praktyce klinicznej. Terapia No. 3 2009;77-79. 3. Catena E., Daffornchio L.: Efficacy and tolerability of levodropropizine in adult patients with non-productive cough. Comparison with dextromethorfan. Pulmonary Pharmacology & Therapeutics 1997;10:89-96. 4. Melló G. et al.: General Pharmacology of the New Antitussive Levodropropizine. Arzneimittel-Forschung/Drug Research;1988;38-2:1144-1150. 5. Bossi R. et al.: Antitussive Activity and Respiratory System Effects of Levodropropizine in Man. Arzneimittel-Forschung/Drug Research 1988;38-2:1152-1162. 6. Aktuální SPC přípravku Levopront.

Levopront kapky, sirup: S: Levodropropizinum 60 mg v 1 ml roztoku. Levodropropizinum 60 mg v 10 ml sirupu. **IS:** Antitusikum. **CH:** Levodropropizin je syntetické periferní antitusikum neškodného typu s účinky antialergickými a antibronchospastickými. Nepoškočuje respirační funkce ani mukociliární clearance. **E:** Bronchopulmonální atacka doprovázené dráždivým suchým kašlem. Je vhodný před bronchoskopickým vyšetřením. **NE:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Nemocní s bronchiální hypersekrecí nebo sníženou mukociliární funkcí. Výrazné snížení funkce jater. **ZD:** Používat pouze po důkladném zvažení rizika u pacientů s těžkou insuficíí ledvin a u dětí mladších 24 měsíců. Sirup obsahuje sacharózu, kapky alkohol. **NÚ:** Zřídka nauzea, zvracení, pálení žáhy, průjem; mdloba, závrať; palpitace. Velmi vzácně alergické reakce. **TE:** Používat s opatrností při podávání benzodiazepinů. **TL:** Přípravek je v době těhotenství a kojení kontraindikován. **D:** Dospělí a děti od 12 let 1 ml (20 kapek) roztoku nebo 10 ml sirupu až 3x denně. Děti 2-12 let 1 mg levodropropizinu/kg až 3x denně. **B:** Kapky 15 ml, sirup 120 ml. Držitel registračního rozhodnutí: Dompé Farmaceutici S.p.A., Itálie. **Datum poslední revize textu SPC:** 26. 2. 2015. Přípravky nejsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Soutihem údajů o přípravku (SPC).



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vážení kolegové, předkládáme informaci o účasti OSPDL v komisi pro vzácná onemocnění při MZ, jejíž členkou je za naši společnost MUDr. Gabriela Kubátová. Praktickými výstupy spolupráce jsou dosud cyklus páteřního vzdělávání, spolupráce s patientskými organizacemi, distribuce materiálů prostřednictvím Voxu, účast našich zástupců na akcích podporujících povědomí o vzácných onemocněních a další.

ZÁPIS MEZIRESORTNÍ PRACOVNÍ SKUPINY PRO VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ

20. 9. 2017 – Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 12:00 (místnost 281)

Meziresortní pracovní skupinu zahájila a všechny její členy uvítala zástupkyně Odboru zdravotních služeb Ing. Štěpánka Tyburcová, která poté předala slovo panu prof. Mackovi. Ten na úvod také přivítal všechny zúčastněné a vyzdvihl důležitost partnerů referenčních sítí v oblasti vzácných onemocnění. Poté bylo předáno slovo předsedkyni české asociace pro vzácná onemocnění Bc. Anně Arellanesové, která zde uvítala zahraničního hosta paní Arianne Weinman. Paní Weinman je členem Evropské patientské organizace pro vzácná onemocnění a prezentovala zde aktuální informace na téma vzácných onemocnění z evropského pohledu. Po prezentaci následovalo poděkování a bylo předáno opět slovo prof. Mackovi, který zdůraznil, že jednání této skupiny si klade za cíl vytvořit důležitá upozornění a doporučení, která budou určena pro poradu vedení ministerstva zdravotnictví a pro pana ministra ve věci spolupráce s partnery evropských referenčních sítí. Poté předal slovo paní Arellanesové za účelem zhodnocení stávajících národních akčních plánů (dále jen „NAP“).

Na úvod paní Arellanesová zmínila, že vznikla národní strategie pro vzácná onemocnění, nyní se nacházíme ve druhém období NAP pro rok 2015–2017 a pomalu vstupujeme do dalšího, třetího období NAP pro rok 2018–2020.

Hlavní body, které se podařilo v tomto období naplnit:

1. Legislativní úprava a zavedení pojmů „vzácná onemocnění“, „léčivé přípravky pro vzácná onemocnění“ do zákona č. 48/1997 Sb. s účinností od 1. 9. 2015
2. Nárůst informovanosti a povědomí o vzácných onemocněních (odborná i laická veřejnost)
 - 2.1. Vliv projektů (př. včasná diagnostika, vzdělávání, školení)
 - 2.2. PR aktivy CAVO, PO

3. Zapojení do ERN, nejlepší zapojení ze států střední a východní Evropy
4. Rozšíření novorozeneckého screeningu o dalších 5 vzácných metabolických onemocnění

Hlavní body, které se nepodařilo v tomto období naplnit:

1. Ustanovení národní sítě center pro vzácná onemocnění – nyní v procesu příprav
2. Telefonní helplinka
3. Včasnější přístup k léčivým přípravkům pro VO
4. Intenzivnější pre- a postgraduální vzdělávání odborné veřejnosti

Stěžejní úkoly pro NAP pro období 2018–2020

1. Ustanovení center pro vzácná onemocnění (v rámci zapojení do ERN)
 - 1.1. (tím i financování provozu – důraz na komplexní péči, zajištění přechodu z dětské do dospělé odborné péče v rámci centra)
2. Úzká spolupráce odborných společností, státní správy a patientských organizací
3. Vzdělávání – pre- i postgraduální (lékaři, střední odborný personál, medicí atd.) + vzdělanost populace – informovanost laické veřejnosti prostřednictvím seminářů a článků v médiích. Nutná je celostátní kampaň s podporou MZ, které by tuto kampaň mohlo zaštitit.
4. Důraz na včasnou diagnostiku – informační centrum.

Dalším bodem diskuse pak byla prevence vzácných onemocnění prostřednictvím rozšiřování prekoncepčního screeningu. Jedná se o problematickou oblast i na evropské úrovni, neboť screening se provádí velmi často pouze na komerční úrovni a zdravotní pojišťovny tuto oblast nechtějí ze svých finančních prostředků hradit. V současné

době se podařilo rozjet i neinvazivní prenatální diagnostiku, u níž je cílem, aby byla hrazena z veřejného zdravotního pojištění, neboť nadále je její financování velmi náročné. Dalším důležitým bodem je rozšíření novorozeneckého screeningu (rozšíření o metabolické poruchy). Od roku 2016 je screenováno 18 onemocnění. První centra na metabolická a vzácná onemocnění vznikla v roce 2012. Opět zde dochází k problematice jejich financování.

Poté bylo předáno slovo MUDr. Zvolškému, který hovořil o klasifikaci vzácných onemocnění. Dále zmínil, že v současné době klinika rehabilitačního lékařství realizuje studii ve spolupráci s VZP, ve které se pokouší hodnotit pacienty na základě funkčního omezení a přizpůsobit tak úhradu za poskytnutou zdravotní péči. Tato studie běží do konce roku 2017, první výsledky studie pak vyjdou v lednu 2018. Dalším cílem této studie je stupňovat vzdělávací aktivitu, od příštího roku bude možné část parametrů o pacientech vykazovat i v rámci pilotního sběru dat pro úhradu zdravotní péče. V oblasti výzkumu prof. Macek zmínil, že v současné době vznikla agentura pro zdravotní výzkum, vzácná onemocnění však nejsou, i přes veškerou snahu a úsilí, jeho součástí.

MUDr. Zvolský pak hovořil o národním registru vrozených vad, který byl od roku 2015 rozšířen o číselníky pro vzácná onemocnění v rámci vrozených vad, které se mohou projevovat v pozdějším věku pacienta. Tato data se mohou zadávat elektronicky a současně jsou také vhodnou pomůckou pro pracovníky z řad epidemiologie. V závěru dodal, že z důvodu nedostatečné kapacity se doposud nepodařilo zjistit, které registry existují, neboť na našem území existují registry různých typů (jednotlivá pracoviště, národní, mezinárodní atd.), a proto je tedy nutné tuto oblast do budoucna zmapovat, aby nedocházelo k duplicitě sběru dat.



Jak zacházíme s antibiotiky v primární a ambulantní péči ve srovnání s Evropou?

MUDr. Vlastimil Jindrák¹, MUDr. Jiří Marek²

¹ Státní zdravotní ústav, Praha; ² PLDD, České Budějovice

■ Úvod

Česká republika patřila dlouhodobě mezi evropské země s relativně uvážlivým přístupem k používání antibiotik a jejich nízkou spotřebou. V sektoru primární a ambulantní péče však v posledních 8 až 10 letech významně narůstá jak celková spotřeba těchto klíčových léčiv, tak zejména spotřeba některých rezervních skupin antibiotik (makrolidy, aminopeniciliny s inhibitory betalaktamáz, cefalosporiny), aniž by k tomu byly zásadní klinické či epidemiologické důvody. V tomto sdělení popisujeme dostupné charakteristiky spotřeby antibiotik v České republice za období 15 let (2001 až 2015) ve srovnání s některými evropskými zeměmi. To vše za účelem zamyšlení nad potenciálními příčinami rizikových trendů a nad možnostmi jejich ovlivnění. K porovnání byly vybrány dva státy. Prvním je Francie, která patřila na začátku hodnoceného období k zemím s nejvyšší spotřebou antibiotik excesivního

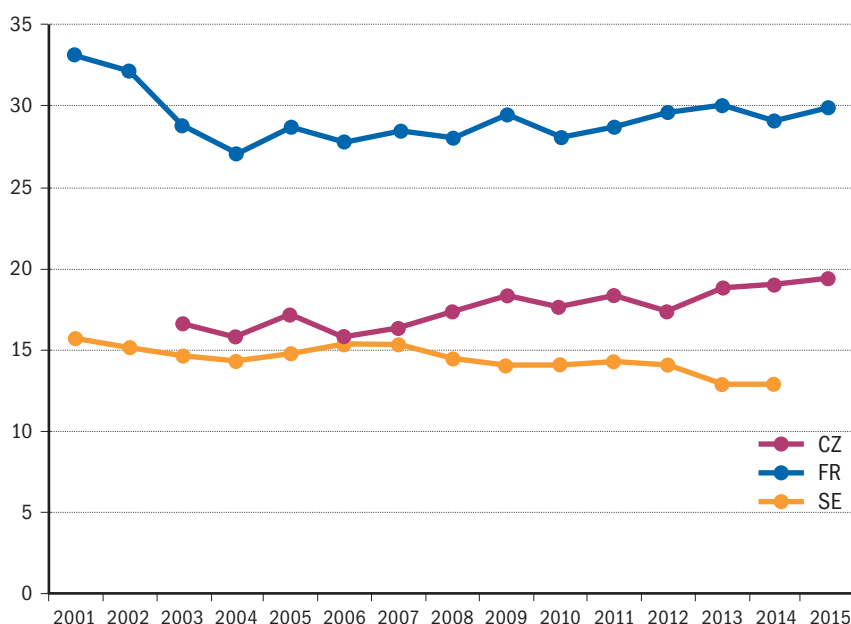
charakteru a značnými problémy s antimikrobiální rezistencí. Nicméně, v období 2001 až 2010 provedla pozoruhodná, komplexně zaměřená opatření, cílená na omezení nadužívání antibiotik. Tato národní intervence trvala 10 let a byla do značné míry úspěšná. Druhou zemí k porovnání je Švédsko, země s tradičně uvážlivým přístupem k používání antibiotik, s jejich nízkou spotřebou a nejdéle existující infrastrukturou velmi úspěšného národního antibiotického programu (STRAMA). Díky tomu má také minimálními problémy s antimikrobiální rezistencí.

Byly použity otevřené zdroje údajů z veřejných databází Evropského centra pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) a Státního zdravotního ústavu (viz odkazy na zdroje informací v závěru článku). Ukazatele ambulantní spotřeby antibiotik se vyjadřují v definovaných denních dávkách na 1000 obyvatel a den (DDD/1000/d).

■ Celková spotřeba antibiotik v primární a ambulantní péči

V České republice dochází od druhé poloviny minulého desetiletí k trvalému vzestupu spotřeby antibiotik. Ukazatel je sice přibližně o třetinu nižší než ve Francii, uvážlivému Švédsku se však trvale vzdalujeme. Přitom jsme měli ještě kolem roku 2006 celkovou spotřebu antibiotik skoro stejnou. Tento trend není příznivý a jeho příčiny by měly být nejenom objektivně zjištěny, ale také aktivně ovlivněny. Z podrobnější analýzy vyplývá, že roste hlavně spotřeba alternativních skupin antibiotik (makrolidy, aminopeniciliny s inhibitory betalaktamázy, cefalosporiny), nikoliv léků volby (základní peniciliny). Zjevně to odporuje preskripčním doporučením Subkomise pro antibiotickou politiku ČLS JEP, která jsou základem národní antibiotické politiky České republiky v rámci vládou schváleného Národního antibiotického programu. Podrobnosti uvádí graf 1.

Graf 1 Trend v celkové spotřebě antibiotik (ATC skupina J01, DDD/1000/d) v sektoru primární a ambulantní péče v období 2001 až 2015 v České republice, Francii a Švédsku

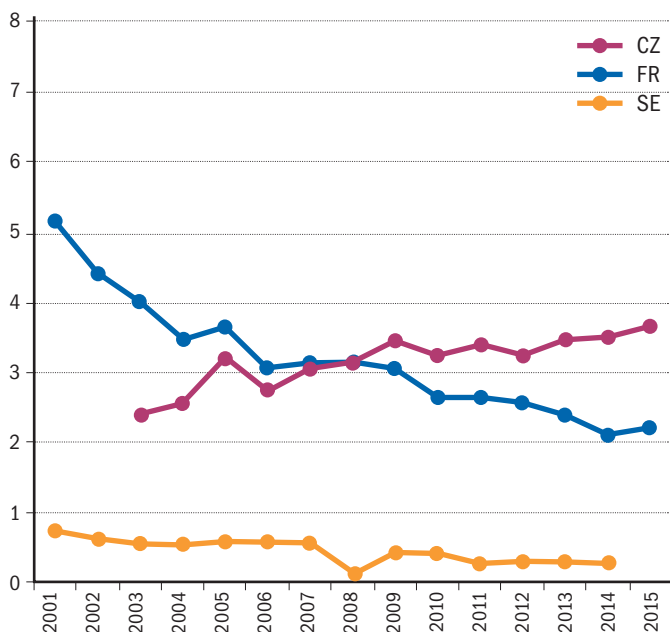


■ Makrolidy

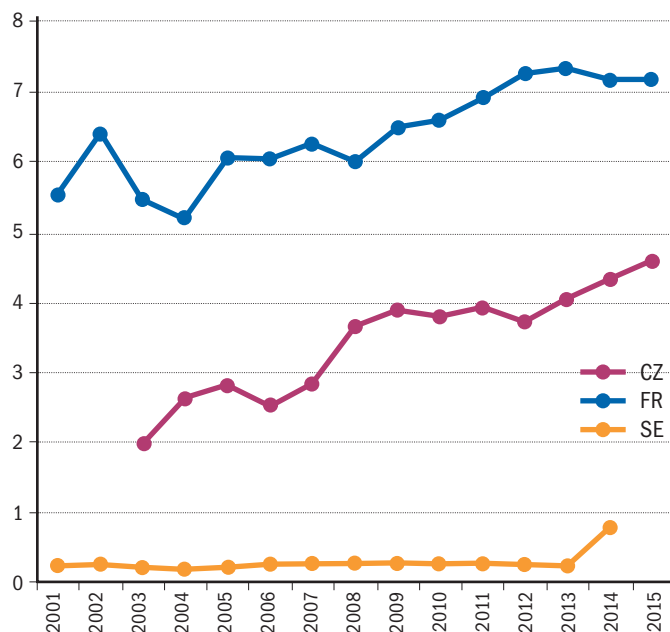
V evropském kontextu patříme v posledním desetiletí k zemím s vysokým podílem spotřeby makrolidových antibiotik, jako je například Řecko, Itálie, Portugalsko a některé další. Trend spotřeby makrolidů je u nás vzestupný, a to přibližně o třetinu za posledních 10 let. Ve Francii klesla v hodnoceném období spotřeba makrolidů na polovinu, což je ve srovnání s Českou republikou zcela opačný trend. Ve Švédsku se makrolidová antibiotika používají zcela výjimečně a jejich extrémně nízká spotřeba stále mírně klesá. U nás se vzestupný trend týká hlavně dlouhodobě účinkujících makrolidů (azitromycin). Zdá se, že můžeme být v České republice poměrně vnímaví k marketingovým aktivitám výrobců. Vzestup spotřeby může být ovlivněn také nevhodnými preskripčními doporučeními některých odborných autorit. Podrobnosti uvádí graf 2.



Graf 2 Trend ve spotřebě makrolidových antibiotik (ATC skupina J01FA, DDD/1000/d) v sektoru primární a ambulantní péče v období 2001 až 2015 v České republice, Francii a Švédsku



Graf 3 Trend ve spotřebě aminopenicilinů s inhibítorem betalaktamázy (ATC skupina J01CR, DDD/1000/d) v sektoru primární a ambulantní péče v období 2001 až 2015 v České republice, Francii a Švédsku



■ Aminopeniciliny s inhibítorem betalaktamázy

V našich podmínkách plně platí, že aminopeniciliny s inhibitory betalaktamázy jsou nejčastěji nadužívanými antibiotiky. Epidemiologická situace v rezistenci hlavních původců je u nás spíše podobná Švédsku, které však má jejich spotřebu zanedbatelnou. U nás je spotřeba mnohonásobně vyšší, a hlavně trvale stoupá. Oprávněné je alternativní použití aminopenicilinů s inhibitory betalaktamázy u některých močových infekcí (např. v úvodní léčbě nezávažných pyelonefritid), protože asi polovina kmenů *Escherichia coli* je rezistentních k ampicilinu. Pro léčbu komunitních respiračních infekcí nemají opodstatnění, pouze ve vzácných situacích cílené terapie infekcí vyvolaných původcem produkujícím betalaktamázu. Je zřejmé, že se Česká republika v tomto ukazateli podobá spíše Francii než uvážlivému Švédsku. Také u těchto alternativních antibiotik je pravděpodobné, že může mít podstatný vliv marketing výrobců i nevhodná preskripční doporučení některých odborných autorit. Podrobnosti uvádí graf 3.

■ Penicilin

Česká republika stále patří mezi omezený počet evropských států, kde se penicilin

poměrně často používá k antimikrobiální terapii komunitních infekcí, což je velmi pozitivní skutečnost. Francie má spotřebu penicilinu zanedbatelnou, a přestože dosáhla podstatného zlepšení mnoha ukazatelů spotřeby antibiotik, k vzestupu používání tohoto základního antibiotika zjevně nedošlo. Spotřeba je tak nízká, že zde není penicilin s velkou pravděpodobností používán ani k terapii streptokokových tonzilo-faryngitid (vzhledem k jejich očekávanému výskytu). Naopak, ve Švédsku je penicilin stále základním antibiotikem, a přestože jeho spotřeba v posledních letech relativně klesá, představuje přibližně čtvrtinu celkové ambulantní spotřeby. Inspirací pro naši praxi je tedy spíše Švédsko. Významný podíl penicilinu v preskripci bychom rozhodně měli zachovat. Podrobnosti uvádí graf 4.

■ Cefalosporiny

Z ostatních skupin antibiotik je třeba zmínit především perorální cefalosporiny, jejichž spotřeba v posledních letech překvapivě stoupá (z hodnoty 1,0 DDD/100/d v roce 2003 na 2,23 DDD/1000/d v roce 2015). Také v tomto případě nemá jejich používání v našich podmínkách racionální opodstatnění. Příčiny by bylo třeba osvětlit cíleným vyhodnocením preskripčních a indikačních přístupů praktických lékařů pro děti a do-

spěle i ambulantních specialistů. Ve Francii spotřeba cefalosporinů za 15 let poklesla z hodnoty 4,24 DDD/1000/d (2001) na 2,12 DDD/1000/d (2015), je tedy v současnosti nižší než u nás. Ve Švédsku je jejich spotřeba trvale zanedbatelná, s klesajícím trendem (0,15 DDD/1000/d v roce 2014). Cefalosporiny se tu v zásadě nepoužívají. Podrobnosti uvádí graf 5.

■ Antimikrobiální rezistence hlavních bakteriálních původců komunitních infekcí

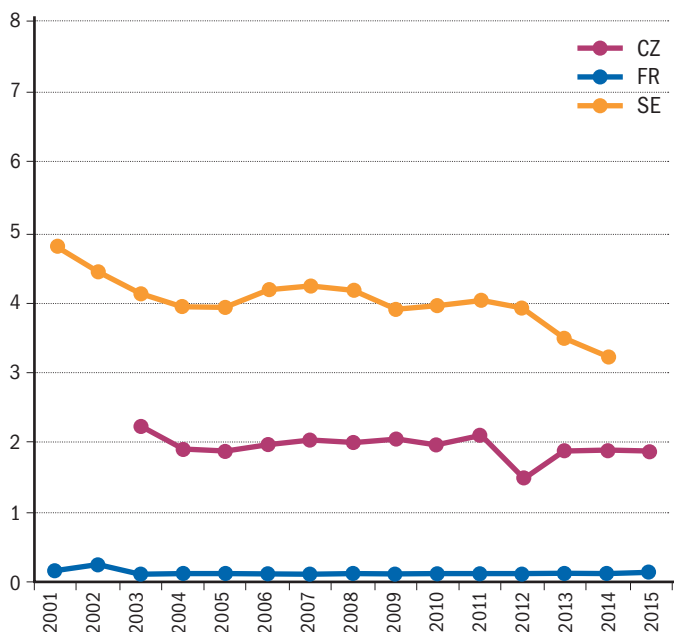
Obecně lze říci, že stav rezistence těchto původců v komunitě je stále příznivý a až na ojedinělé výjimky (*Escherichia coli* u močových infekcí) umožňuje používání základních léků volby. Platí to zejména pro hlavní původce respiračních infekcí komunitního původu (*Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*). Stručnou charakteristiku aktuálního stavu uvádí následující text:

• *Streptococcus pyogenes*

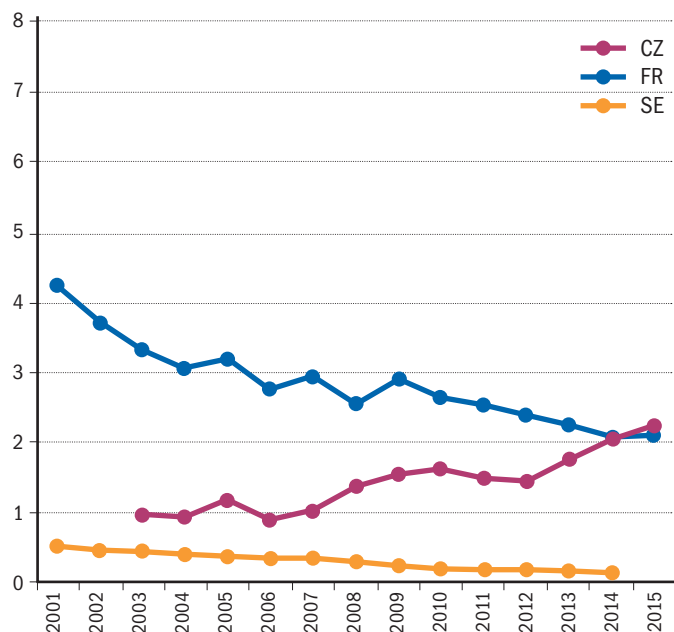
Hlavní bakteriální původce streptokokové tonzilo-faryngitidy je stále plně citlivý k penicilinu, který je lékem volby. Problémy rezistence tohoto agens k makrolidům, která nebezpečně narůstala v druhé polovině devadesátých let minulého století (nad 16 %), jsou po opakova-



Graf 4 Trend ve spotřebě penicilinů citlivých k betalaktamáze (ATC skupina J01CE, DDD/1000/d) v sektoru primární a ambulantní péče v období 2001 až 2015 v České republice, Francii a Švédsku



Graf 5 Trend ve spotřebě cefalosporinových antibiotik (ATC skupina J01D, DDD/1000/d) v sektoru primární a ambulantní péče v období 2001 až 2015 v České republice, Francii a Švédsku



ných intervencích relativně pod kontrolou (v dětské populaci je aktuálně kolem 5 % kmenů *Streptococcus pyogenes* rezistentních k erytromycinu).

• *Streptococcus pneumoniae*

Citlivost pneumokoků k penicilinu u nás stále zůstává velmi dobrá, rezistentní kmeny jsou zcela výjimečné (1,6 % v roce 2016). Dobře dávkovaný amoxicilin proto může být suverénní volbou pro cílenou terapii pneumokokových infekcí v primární a ambulantní péči (sinusitidy, otitidy, lehké komunitní pneumonie) i pro jejich léčbu empirickou. Trvale ovšem narůstá rezistence pneumokoků k makrolidům, v posledních letech je významně vyšší než u pyogenních streptokoků, zejména u kmenů izolovaných od dospělých pacientů (v roce 2016 u dětí do 14 let věku 5,5 %, u osob nad 14 let věku 9,3 %). Nadužívání makrolidů je proto třeba podstatně omezit.

• *Haemophilus influenzae*

V posledních letech u nás dochází k relativnímu vzestupu výskytu kmenů rezistentních k aminopenicilinům (z 8,6 % v roce 2010 na 18,8 % v roce 2016). Vzhledem k omezené účasti hemofilů v etiologii komunitních respiračních infekcí (sinusitidy, otitidy) zatím není nezbytné přehodnocovat

preskripční přístupy v úvodní terapii ve prospěch aminopenicilinů s inhibitory betalaktamázy, které mohou mít místo spíše v léčbě cílené, jako alternativa při rezistenci vyvolávajícího kmene.

• *Escherichia coli*

Asi polovina kmenů vyvolávajících infekce močového traktu produkuje betalaktamázu, která destruuje aminopeniciliny. Nelze-li použít pro terapii nitrofurantoin (stále spolehlivě účinný v léčbě cystitid), pak je vhodné podat jako alternativu aminopenicilin s inhibitorem betalaktamázy (úvodní terapie, lehká forma akutní pyelonefritidy).

■ Závěry

- Česká republika má vážné problémy s nadužíváním antibiotik v sektoru primární a ambulantní péče, které v posledních letech narůstají.
- Nepříznivé trendy v ambulantní spotřebě antibiotik v České republice nelze vysvětlit epidemiologickými příčinami (nárůst nemocnosti, nárůst rezistence původců infekcí, změny v etiologii infekcí komunitního původu).
- Ukazatele spotřeby antibiotik se vzdalují od zásad národní antibiotické politiky,

formulovaných v rámci Národního antibiotického programu.

- Je třeba určit objektivní příčiny tohoto nepříznivého stavu, osvětlit preskripční přístupy jednotlivých odborností (praktičtí lékaři pro děti a dorost, praktičtí lékaři pro dospělé, ambulantní specialisté) a vytvořit systém trpělivé podpory uvážlivé preskripce antibiotik jako služby pro předepisující lékaře. To vše s využitím vhodných motivačních nástrojů, rozhodně bez uplatňování jakékoliv represe.

■ Zdroje informací

1. ESAC-Net interactive database (<https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/surveillance-and-disease-data/database>)
2. EARS-Net interactive database (<https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-resistance/surveillance-and-disease-data>)
3. Interaktivní databáze NRL pro antibiotika, Státní zdravotní ústav (<http://www.szu.cz/pracovni-skupina-pro-monitorovani-rezistence-psmr>)



ATB rezistence

**Doc. MUDr. Helena Žemličková, Ph.D.,
Mgr. Vladislav Jakubů, RNDr. Pavla Urbášková, CSc.**

Centrum epidemiologie a mikrobiologie, Státní zdravotní ústav

V České republice se sledováním antibiotické rezistence dlouhodobě zabývá Národní referenční laboratoř pro antibiotika (NRL/ATB) ve Státním zdravotním ústavu Praha (SZÚ). NRL/ATB spolupracuje s celorepublikovou sítí mikrobiologických laboratoří sdružených v Pracovní skupině pro monitorování rezistence (PSMR). Jednou z oblastí sledovaných PSMR je surveillance antibiotické rezistence u nejvýznamnějších původců komunitních infekcí v rámci Respirační studie ATB rezistence a Močové studie ATB rezistence. Znalost stavu a trendů antibiotické rezistence je nezbytná pro tvorbu a aktualizaci doporučených postupů pro léčbu zejména komunitních infekcí, kde je léčba infekčních komplikací obvykle empirická.

■ Výsledky

Respirační studie

Streptococcus pneumoniae

Trendy necitlivosti/rezistence k penicilinu a makrolidům u izolátů pneumokoků z infekcí horních (sinusitida, zánět středouší) a dolních dýchacích cest (komunitní pneumonie) ilustruje graf 1. V České republice je dlouhodobě nízký výskyt penicilinové rezistence, v roce 2016 bylo pouze 1,6 % kmenů necitlivých k penicilinu (intermediárně citlivých a rezistentních), avšak rezistence k makrolidům má vzrůstající trend. Zatímco na začátku sledování byla rezistence k makrolidům velmi vzácná (1,4 % v roce 1996), v roce 2016 stoupla na 8 %.

Streptococcus pyogenes

Rezistence k makrolidům začala z nízkých hodnot v letech 1996 (3,9%) v následujících letech prudce stoupat a v roce 2001 dosáhla maxima – 16,5 %, poté se začala pozvolna snižovat a v roce 2016 rezistence poklesla na 5,8 %. Rezistence k penicilinu (léku volby pro terapii infekcí vyvolaných pyogenním streptokokem) se nesleduje, neboť celosvětově nebyl zaznamenán žádný kmen *S. pyogenes* s rezistencí k tomuto antibiotiku.

Haemophilus influenzae

Rezistence k amoxicilinu (respektive ampicilinu) byla sledována v letech 1996–2003. Do pravidelného sledování byl *H. influenzae* opět zařazen v roce 2010. Od roku 2010 byl zaznamenán dvojnásobný vzestup rezistence k aminopenicilinům, v roce 2010 bylo zjištěno 8,6 % kmenů produkujících betalaktamázu hydrolyzující ampicilin, v roce 2016

tvořil podíl rezistentních kmenů již 18,6 %. Bohužel stoupá i podíl kmenů s dříve vzácným typem rezistence, tzv. BLNAR (beta-laktamáza negativní ampicilin rezistentní), v roce 2016 bylo zjištěno 4,5 % kmenů, které jsou rezistentní k aminopenicilinům (včetně kombinace s inhibitory betalaktamázy a cefuroximu).

■ Močová studie

Escherichia coli

V Močové studii byla sledována citlivost k těmto antibiotikům/chemoterapeutikům: ampicilin, kotrimoxazol, norfloxacin a nitrofurantoin. V roce 2011 a 2016 byly navíc zařazeny aminopeniciliny s inhibitory betalaktamázy (amoxicilin + klavulanát nebo ampicilin + sulbaktam) a cefotaxim (cefalosporin 3. generace). Od roku 2005 do roku 2016 došlo k nárůstu rezistence prakticky u všech sledovaných skupin s výjimkou nitrofurantoinu (graf 2). Nejvyšší nárůst (téměř dvojnásobný) byl pozorován u norfloxacinu, který reprezentuje zástupce skupiny chinolonových antibiotik. Poprvé byly prokázány komunitní kmeny rezistentní k cefotaximu, které byly producenty širokospektré betalaktamázy (ESBL), zahrnující rezistenci prakticky ke všem betalaktamovým antibiotikům. S výjimkou norfloxacinu se podíl výskytu rezistence k jednotlivým antibiotikům ve srovnání dětské a dospělé populace téměř nelišil. Tento rozdíl jednoznačně odráží vyšší spotřebu a preferenci chinolonových antibiotik u dospělých pacientů (u dětí nejsou chinolony doporučovány pro možné nežádoucí účinky).

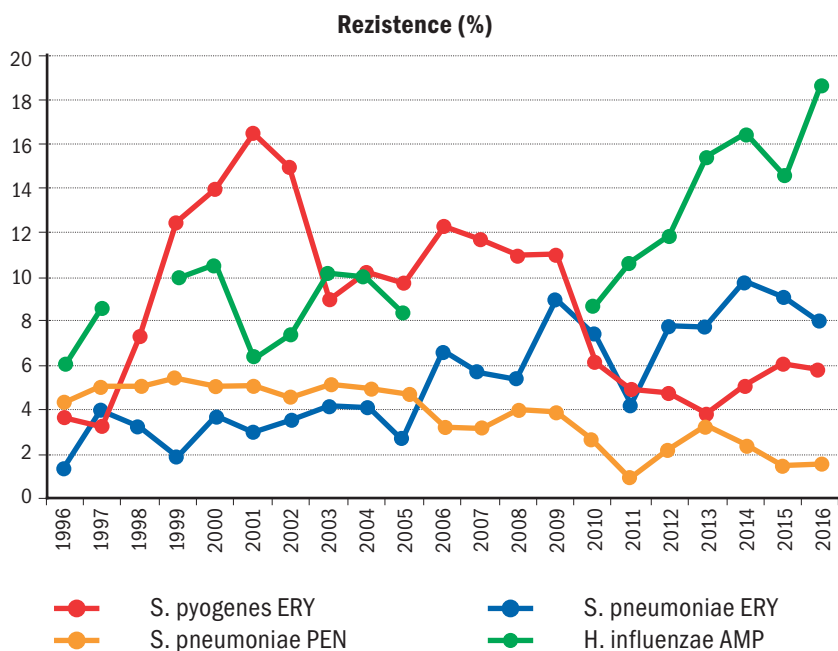
■ Závěr

Na datech o spotřebě antibiotik v České republice dostupných od roku 1989 je zřejmé, že celková spotřeba permanentně narůstá, proměnila se i kvalitativní skladba používaných antibiotik. Zatímco trvale klesá spotřeba základních penicilinových antibiotik, ke kterým se rezistence nevyskytuje (*S. pyogenes* × penicilin) nebo je naprosto raritní (*S. pneumoniae* × penicilin/amoxicilin), narůstá zejména v primární péči spotřeba alternativních léků, např. aminopenicilinů s inhibitory betalaktamázy, cefalosporinů, makrolidových či chinolonových antibiotik, ačkoliv tyto léky nemají pro terapii respiračních či močových infekcí pozici léků první volby a výskyt rezistence k nim se naopak trvale zvyšuje. Většina indikací těchto rezervních a širokospektrých skupin antibiotik, jejichž časté používání je spojeno s vysokým rizikem vzniku a šíření rezistence, je podpořena spíše promyšleným marketingem a nemá racionální opodstatnění. Například podání amoxicilin/klavulanátu pro terapii pneumokokových infekcí není vhodné, neboť většinou dostupných preparátů nelze dosáhnout optimální dávky amoxicilinu (kvůli nežádoucím účinkům klavulanátu nelze zvýšit terapeutickou dávku), a navíc je tato kombinace amoxicilinu s inhibitorem betalaktamázy pro terapii pneumokoků zcela zbytečná, neboť rezistence k penicilinu/amoxicilinu není u těchto patogenů podmíněna produkcí betalaktamázy, tak jak tomu je např. u hemofilů.

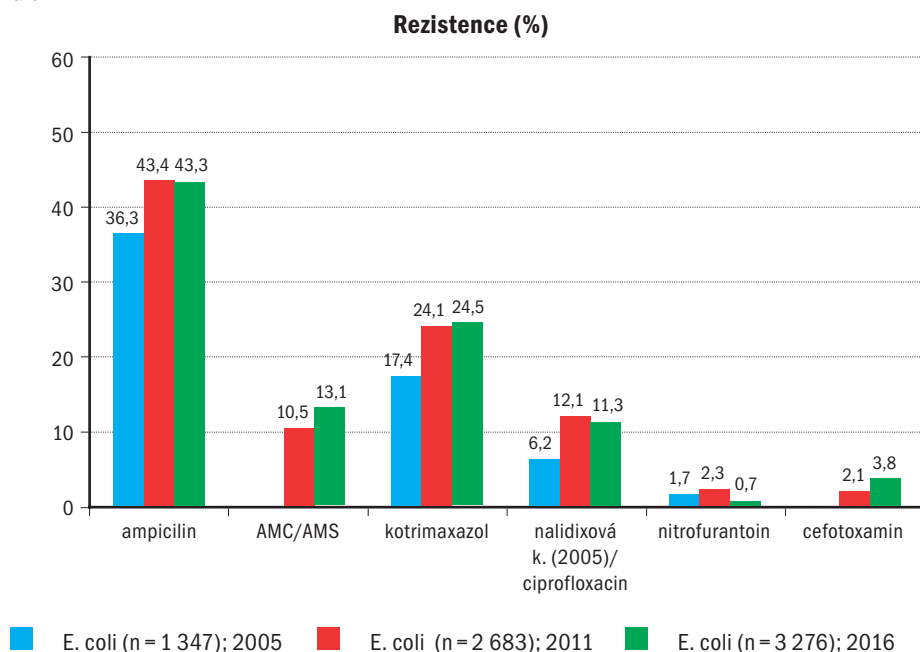
Česká republika patří k málo evropským zemím, kde je dlouhodobě příznivá situace



Graf 1



Graf 2



stavu antibiotické rezistence u nejčastějších bakteriálních původců respiračních infekcí (*S. pyogenes*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*). Nízká úroveň rezistence jednoznačně opravňuje k použití penicilinu, respektive amoxicilinu, coby léku volby pro komunitní respirační infekce. Obdobně u *E. coli* vyvolávající komunitní močové infekce má nitrofurantoin coby doporučený

lék volby pro terapii akutní cystitidy dlouhodobě zachovanou velmi dobrou citlivost. Naproti tomu u ostatních skupin antibiotik či chemoterapeutik (aminopeniciliny, chinolony, kotrimoxazol) byl u tohoto druhu zjištěn významný nárůst rezistence.

SÚKL VARUJE před praktikami některých firem v souvislosti se zapojováním do systému e-preskripce

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) byl v posledních dnech ze strany lékařů, lékárníků a zdravotnických zařízení opakovaně informován o tom, že některé soukromé společnosti údajně oslovují jednotlivé subjekty v souvislosti s jejich zapojováním do systému elektronické preskripce.

Lékařům, lékárníkům a zdravotnickým zařízením je pak tvrzeno, že zapojení do elektronické preskripce je nesmírně složité a zdoluhavé (údajně může trvat až 4 měsíce), takové společnosti proto nabízejí zprostředkování připojení, a to za úplaty až několika tisíc korun. Kromě finanční úplaty jsou od zdravotnických profesionálů vylákávány také osobní údaje.

SÚKL informuje o tom, že standardní doba vyřízení žádosti připojovacího se subjektu se, i přes aktuální velmi vysoký zájem, pohybuje nejvýše v řádu jednotek týdnů, v případě lékařů pak v závislosti na rychlosti ověření konkrétního lékaře u České lékařské komory (to zpravidla trvá okolo 2 týdnů).

SÚKL proto před podobnými nabídkami varuje. Zapojení do systému elektronické preskripce může provést přímo daný lékař/lékárník/zdravotnické zařízení prostřednictvím Call centra eReceptu (tel.: 800 900 555, erecept@sukl.cz), a to **zcela bezplatně!**

SÚKL v této věci zvažuje právní kroky k zamezení takovýchto aktivit, které směřují k poškození těch, kteří se chtějí k ČÚER přihlásit.

Oddělení eReceptu
7. 9. 2017
Aktualizace 13. 10. 2017

Zdroj: SÚKL, 13. 10. 2017



Nelegální prodej antiparazitik na internetu

RNDr. Iva Kolářová, Ph.D.
Česká parazitologická společnost

V čísle 3/2013 Zpráv České parazitologické společnosti (ročník 21, č. 3, říjen 2013) shrnul doc. Oleg Ditrich pohledem parazitologa současnou situaci ohledně parazitárních infekcí a alternativní medicíny. Jedním z bodů, kterému se ve svém článku „Alternativní diagnostika parazitů“ věnoval, byla i terapie doporučená detoxikačními poradci/léčiteli, jež zahrnuje nejenom přípravky alternativní medicíny (např. bylinné kúry či informační preparáty), ale i léčiva klasické medicíny.

Klienti poradců a léčitelů jsou přesvědčováni o nutnosti protiparazitární kúry i přesto, že jim paraziti byli tzv. vytestováni pouze metodami alternativní medicíny, které jsou povětšinou založeny toliko na neověřených teoriích (např. různé formy bioresonančních přístrojů). Odhlédneme-li pak od způsobu alternativní „diagnostiky“ parazitárních nákaz, nemají poradci a léčitelé většinou ani lékařské, ani farmakologické vzdělání na to, aby mohli kvalifikovaně posoudit rizika spojená s nasazením klasických léčiv. Sami pacienti či jejich rodinní příslušníci pak v lepším případě konzultují výsledky a doporučenou terapii s odborníkem (lékařem či parazitologem), v horším případě začnou bez odborné konzultace ihned shánět „předepsané“ léky.

O jaké léky a léčivé látky se tu jedná? Ve většině „protiparazitárních protokolů“ je zmiño-

ván praziquantel, albendazol, dietylkarbamazin (Hetrazan), ivermectin, metronidazol (Entizol), mebendazol (Vermox), niklosamid a chloroquine. Všechna tato léčiva se podávají pouze v indikovaných případech, kdy je diagnostickou laboratoří prokázána nákaza. Rozhodně by se neměla brát preventivně či v případech, že paraziti byli diagnostikováni pouze metodou alternativní medicíny. Co bylo diagnostikováno poradci, nechť je léčeno prostředky alternativní medicíny. Navíc jsou v České republice k dostání pouze dvě uvedené léčiva (mebendazol a metronidazol), a to pouze na lékařský předpis.

Otázkou tedy je, odkud poradci či jejich klienti tato léčiva berou? Jednou z cest je nelegální internetový prodej. Celé to většinou probíhá tak, že klient dostane od poradce/léčitele seznam všech vytestovaných parazitů, návrh léčebného postupu a mnohdy i přístupové údaje k nákupu léků přes internet. Jako příklad uveďme webové stránky www.antihelm.cz (viz obrázek 1).

Po zadání této adresy se vám v prohlížeči objeví jednoduchý formulář, do kterého vložíte ID a heslo od svého poradce, načtež se vám otevře stránka s nabídkou alternativních přípravků i klasických léčiv (viz obrázek 2).

K dispozici nejsou žádné údaje o provozovateli, o obchodních podmínkách, žádné kontaktní údaje, jenom formulář pro zadání

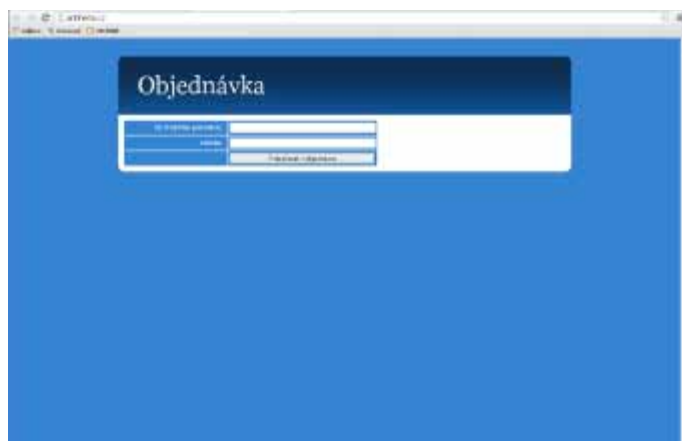
vaší objednávky a doručovací adresy. Už to by mělo být samo o sobě podezřelé a potenciálního kupce odradit.

Kromě faktu, že lék je z neověřeného zdroje, a tudíž nakupující nemá jistotu, že skutečně obsahuje účinné látky, hrozí i nebezpečí z předávkování či nežádoucích účinků a interakcí s jinými současně užívanými léky.

Např. metronidazol zesiluje účinek léků snižujících srážlivost krve a současně užívání s léky pro léčbu alergií může vyvolat arytmie (poruchy srdeční frekvence). Většina těchto léčiv se nesmí podávat v těhotenství, při kojení a při poškození jater, samozřejmostí je abstinence v době léčby. Jak již bylo napsáno výše, poradci/léčitelé většinou nemají ani lékařské, ani farmakologické vzdělání na to, aby mohli kvalifikovaně posoudit případné nežádoucí interakce s léky, které jejich klient již užívá.

Berte toto, prosím, především jako varování pro klienty detoxikačních poradců o možných rizicích spojených jednak s nelegálním nákupem léků a za druhé s užíváním léků bez konzultace s lékařem.

Obrázek 1 Úvodní stránka antihelm.cz [31. 5. 2014]



Obrázek 2 Nabídka antiparazitárních léčiv na antihelm.cz [31. 5. 2014]

Antiparazitika			
Praziquantel 600 mg, tablety (Opsoxide FC)	00	00	32,- Kč
Praziquantel 600 mg, balení 100 ks tablet – celé org. balení	00	00	2000,- Kč
Albendazole 300 mg, tablety (Albomex)	00	00	20,- Kč
Albendazole 300 mg, balení 100 ks tablet – celé org. balení	00	00	1000,- Kč
Hetrazan 100 mg, tablety (DEC – Diethylcarbamazine citrate)	00	00	30,- Kč
Hetrazan 100 mg, balení 90 ks tablet (DEC)	00	00	2000,- Kč
Ivermectin – Ivermectinová pasta – náhrada za Ecomectin	00	00	270,- Kč
IverFast12 – Ivermectin 12 mg, tablety	00	00	160,- Kč
Metrolax – Metronidazol 400 mg, tablety	00	00	12,- Kč
Vermox – Mebendazole 100 mg, tablety, balení 6 kusů – SBLACEM č. 6. 6. 2014	00	00	60.00,- Kč
Vermox – Mebendazole 100 mg, tablety, balení 3 kusy	00	00	150,- Kč
Niklosamide 500 mg, 4 tablety – org. balení	00	00	150,- Kč
Moroxem – Niklosamide 500 mg, 4 tablety – org. balení	00	00	200,- Kč
Chloroquine (dříve Parazoil) – Chloroquine phosphata 250mg v tableti	00	00	15,- Kč
Antemoxon – Polynol, tablety	00	00	14,- Kč
Antemoxon – Polynol, 00 ks – org. balení	00	00	1000,- Kč
IverFast6 – Ivermectin 6 mg, tablety	00	00	85,- Kč
Macosec – Niklotalax 100 mg, tablety	00	00	55,- Kč



Biostimulační laser v ordinaci praktického dětského lékaře

MUDr. Ladislav Hanousek

Pediatrická ordinace, Srdínkova ulice, Hradec Králové

Hned v první větě je třeba připomenout, že v této krátké informaci nebude řeč o laserech chirurgických, které jsou užívány k destrukci tkáně formou incize, vaporizace nebo koagulace. Biostimulační lasery pracují naopak se zářením mnohem méně intenzivním, jsou proto označovány jako biostimulační, terapeutické, neinvazivní neboli soft lasery. Jejich paprsky nepoškozují tkáň, ale mají naopak účinky povzbuzující metabolismus a mikrocirkulaci. Z charakteru záření pak vyplývá i jejich bezpečnost v medicíně dospělých i dětí.

K užívání biostimulačního laseru není ani nezbytné studovat podrobně obor radiobiologie. V tomto sdělení bych chtěl naopak zdůraznit fakt, že i praktik, zabývající se spíše diferenciativní diagnostikou a léčbou každodenně přicházejících dětských pacientů, může laser s uspokojením užívat, aniž by pronikl, nemá-li k tomu ten správný vztah, hluboko do teoretických fyzikálních zákonitostí laserového záření. Je samozřejmě nutné, jak se k tomu později vrátím, ujasnit si vztahy mezi intenzitou paprsku našeho přístroje a vlnovou délkou užívaných paprsků, ale to jsou dané veličiny, s nimiž jsem laser zakoupil i já. My vlastně rozhodujeme jen o tom, jak dlouho nemocnou kůži či sliznici ozařujeme, abychom docílili hojivého efektu. A i na to máme potřebné tabulky nebo je k tomu laser naprogramován.

Jakkoliv jsou účinky laseru na biologickou tkáň komplexní, rodičům vysvětlují účinek laseru tak, že my vlastně přísně polarizovaným světlem s přesně danou vlnovou délkou docílíme průniku světla do podkoží a s fotony světla přinášíme do tkání dodatečnou energii, kterou buněčné mitochondrie využívají k výrobě energie potřebné k hojivým procesům. A jakkoliv se toto vysvětlení zdá zjednodušené, může posloužit k pochopení účinku, a to nejenom u našich pacientů. Vše ostatní je již otázkou praxe a zkoušení, jež při zachování několika málo kontraindikací (např. osvit oční sítnice) nemůže ublížit.

S laserem se sondou o síle 20 mW a vlnové délce 685 μm (univerzální sonda pro léčbu

kůže i podkožních struktur) pracuji šest let, vyzkoušel jsem s výbornými výsledky i sondu 30 mW laseru od firmy BTL. Za tu dobu jsem laser užil u přibližně pěti set pacientů, u každého z nich 1–20×. Laserem jsem léčil přibližně patnáct diagnóz a ty případy, kdy byl laser nejučinnější, bych zde rád popsal.

(P.S.: V současnosti používám vedle zmíněné „kožní“ sondy i sondu s vlnovou délkou 830 μm a intenzitou 300 mW. Ta je výborná na tendinitidy a další hlubší podkožní procesy. Výrobce laserů není třeba uvádět, nejsem s nimi v žádném kontaktu a nepotřebuji jim dělat reklamu. LH)

1. Herpes simplex

Zdálo by se, že léčením oparů, byť úspěšným, si slávu mezi rodiči neuděláte. Jistě je to do jisté míry pravda, ale ti, které toto onemocnění trápí a kterým jste pomohli, vás budou chválit dlouho a všude a zejména všichni příbuzní vás budou vyhledávat a tvářit se velmi přívětivě, když jim věnujete čtyři minuty času za den na osvětlení jejich rtů. Ono opravdu platí to, co je psáno v literatuře, že i po jednom osvětlení výrazně urychlíte hojení, a dokonce platí i to, že osvíte-li opar 4 dny po sobě po čtyřech minutách dvacetimiliowatty, na tomtéž místě se již neudělá. A začnete-li laser aplikovat v době prvních papulózních erupcí, můžete si být jisti, že odstraníte bolestivost a dobu kosmeticky nepříznivých projevů daných krustami na rtech zkrátíte ze dvou týdnů na několik dnů. Totéž platí o herpes zoster, u něhož je benefit pro pacienta ještě výraznější zejména z analgetického pohledu.

2. Hojení ran

To je již oblast, kde trochu slavní být můžete. I hnisající, nehojící se rány se mi podařilo vyhojit (vysvítit, jak říkají pacienti), i když si s nimi chirurgové moc nevěděli rady. Zlepšením perfuze v nejbližším okolí rány a biostimulačním působením laserového paprsku docílíte tvorby granulací již od prvních dnů a uzávěru i hluboké rány z podkoží směrem k povrchu kůže. Bércové vředy se v pediatrii sice nevyskytují, ale jistě někdo

z vašich příbuzných ocení vaše zázračné ruce, použijete-li k jeho léčbě laseru. A to nepřeháním, mám s tím osobní zkušenost.

3. Omezení tvorby jizev po úrazech

Obzvláště výhodné je užívat laser v léčbě kožních poranění. Neodpustím si na tomto místě jednu krátkou kazuistiku, protože uvedený případ pokládám za jeden z nejvydařenějších ve své pediatrické praxi. Před pěti lety mne navštívili rodiče v té době tříleté holčičky. Ta v tento den klopytla na chodníku tak nešťastně, že upadla svou hlavou přímo před jezevčíka přivázaného před vstupem do obchodu. Ten ji z leknutí kousl do obličeje a způsobil jí tržnou ránu na tváři ve tvaru V, každé z ramen rány o délce 1,4 cm. Rána byla v den úrazu ošetřena na chirurgii jen sterilním krytím s tím, že někdy v budoucnosti bude vyřešena plasticky. Obraz úrazu na tváři s předpokladem jizevnatého důsledku u jinak mimořádně hezké holčičky byl skličující. Provedli jsme proto následující den ošetření pomocí stripů a přes ně již od prvního dne aplikovali osvětlení laserem se sondou 20 mW 5 minut denně. Celkově byl podáván Augmentin, u psa byla vyloučena lyssa. Již od druhého dne začala rána zasychat, nehnisala, do týdne se okraje rány spojily tenkou linií nově vytvořeného vaziva. Protože jsou k prevenci jizev doporučována opakovaná ozařování, pokračovali jsme ještě další týden, celkem tedy 10 dnů. Po měsíci od úrazu jsme přidali ještě 5 osvětlení, stále po 5 minutách denně. Efekt laserové léčby byl ohromující. Již po několika měsících byla rána jen velmi málo patrná, nyní ji lze poznat pouze při bližším zkoumání postižené tváře. Myslím, že již pro takovýto výsledek práce, jakkoliv pro mne neměl zásadní přínos ekonomický (k ekonomice se vrátím), se vyplatí do koupi laseru něco investovat. A s tím, jak jsem v podobných indikacích užíval laser i později, bylo stále zřetelnější, že existuje i jiné uspokojení z práce než jen ekonomický přínos.



4. Tendinitidy

Dobu léčby u pourazových bolestí šlach a kloubů lze užitím laseru zkrátit dost výrazně. Zejména bolesti v menších kloubech se daří odstraňovat rychle a mojí první zkušeností s touto léčbou bylo krátce po zakoupení laseru úspěšné vyléčení tendinitidy palce vlastní ruky, která mne před začátkem léčby trápila (po úrazu z odbíjené) řadu měsíců, jakkoliv jsem ji léčil jinými metodami. Od té doby doporučuji laser u stavů po distorzích prstů a středních kloubů (např. TC), kde je ještě vlnová délka 685 μm dostatečná.

5. Recidivující tonzilitidy

Velmi vděčná diagnóza pro léčbu laserem. Na rozdíl od antibiotik, která do jizevnatě změněné tkáně tonzil u chronické tonzilitidy pronikají špatně, prosvítí laser celou tkáň tonzil bez nejmenších problémů a stimuluje lokální imunitní mechanismy. Od doby, co užívám laser, jsem nemusel indikovat tonzilektomii, protože šest osvětlení tonzil natolik zlepšilo jejich obranyschopnost, že další streptokokové tonzilitidy jsou spíše vzácností.

6. Gingivitidy a citlivé zubní krčky

Další onemocnění, u kterého je léčba laserem účinná. Po 2–3 osvětleních zpravidla dojde k ústupu bolesti, po 3–5 osvětleních dochází k zástavě krvácivých projevů. Podobného účinku docílíme při ozáření dásně po extrakci zubu.

7. Afty a aftózní stomatitida

Obtíže, které afly přinášejí pacientům, a problémy spojené s aftózní stomatitidou u dětí jsou pediatrům dostatečně známy. Přitom léčba laserem je téměř ve 100 procentech účinná a zejména analgetický účinek laserového záření je v tomto případě pro pacienta blahodárný.

8. Furunkly a jiné kožní záněty, drobnější ekzematózní ložiska, psoriáza

Vyzkoušená indikace. Zvýšení perfuze a stimulace buněčného metabolismu vede v postižené tkáni k rychlému ústupu projevů a k vyhojení i závažnějších projevů během několika dnů. Názory na účinnost biostimulačního laseru při léčbě psoriázy nejsou jednotné. V této diagnóze nemám mnoho případů, ale faktem je, že do mé ordinace opakovaně jezdila k laseroterapii dospělá pacientka z města vzdáleného 40 km, a to proto, že jí záření velmi pomáhalo.

9. Spáleniny

Jejich léčbu laserem mám vyzkoušenou na větším souboru pacientů a překvapivě lze říci, že právě léčba zahájená bezprostředně po úrazu vede k potlačení bolesti a rychlému zahojení popálené kůže.

10. Jiná onemocnění

V odborné literatuře lze nalézt bezpočet článků objektivně hodnotících účinky laseru téměř ve všech oborech medicíny. Jsou tak popisovány příznivé účinky v léčbě alopecie, dekubitů, hematomů, keloidů, strií, adnexitidy, vulvitidy, vazivových kontraktur, artrózy i artralgií či bolestí páteře. A jak známo, i kosmetičky užívají laser (byť mají lasery podstatně méně výkonné) k hlubokému čištění pleti a ošetřování vrásek biostimulací drobných obličejových svalů. Není důvod nevěřit, že i v uvedených indikacích je laseroterapie účinná, ač jsem laser v těchto případech – spíše z časových důvodů – zatím mnoho neužíval.

■ Úvahy praktické

Není asi zcela jednoduché odhodlat se ke koupi laseru. Náklady na jeho pořízení jsou totiž nemalé a ne vždy jsme ochotni uvěřit literárním údajům o jeho účinku a přínosu pro naše pacienty. A pokud laser nemáme, nemůžeme si tyto účinky vyzkoušet – a kruh se uzavírá. Motivace ke koupi s cílem zvýšit si svou prestiž jako terapeuta je sice dost silná, ale sama ještě mnohdy nestačí. Proto je dobré zamyslet se, zda bychom laser nevyužili i k léčení svých případných zdravotních problémů. To byl i můj případ, když jsem kupoval první laser. Tolik mne trápily opakující se opary a recidivující dermatitida na noze, že již představa, že bych pomohl sobě, mne přiměla k tehdy asi riskantnímu kroku laser zakoupit. A po letech mohu zodpovědně říci, že praktické účinky léčby laserem předčily mé původní očekávání. Vedle oparů byly nejlépe hodnoceny výsledky u bércových vředů a v hojení ran, které je laseroterapií opravdu velmi urychleno.

Před koupí laseru je třeba rozvážit, jaký typ a jakou laserovou sondu pořídit, abychom mohli laser užívat k léčbě co největšího množství diagnóz. Jsou dva základní typy laserů užívaných v medicíně, a to helium-neonové a polovodičové. Helium-neonové lasery jsou v poslední době pro svoji cenu a velké rozměry opouštěné, údaje v tomto sdělení se týkají laserů polovodičových a ty

je možno k užívání v pediatrii zodpovědně doporučit.

Z terapeutického hlediska jsou pro nás důležité dvě základní charakteristiky laserových sond: výkon a vlnová délka.

Výkon laserové sondy se udává v miliwattech (mW) a lze zakoupit sondy od 3 do 40 mW, pro speciální lasery i výkony vyšší. Pro užití v pediatrii bych doporučil laser s dostatečným výkonem, aby doba osvětlení afekce nebyla dlouhá a nezdržovala nás, resp. nezdržovala sestru, která zpravidla ozařování provádí. Nemyslím si však, že je nutné nutit se do kupování nějaké mimořádně silné sondy, protože je jednak zbytečně drahá, jednak bychom osvětlení zkrátili tak, že by se z psychologického hlediska pacientům zdálo málo účinné. Považuji-li za optimální dobu osvětlení u většiny indikací, které jsem uvedl výše, 3–4 minuty, lze toho docílit při síle sondy 20–30 mW.

Vlnová délka rozhoduje o tom, jak hluboko pronikne laserový paprsek pod povrch kůže, a tedy o tom, které struktury chceme převážně léčit. Obecně platí, že vlnové délky v červené oblasti světla kolem 600 nm působí nejlépe na povrchu kůže, vlnové délky 800–900 nm (infračervené) pronikají až několik centimetrů pod kůži, takže s nimi lze dobře léčebně i analgeticky ovlivňovat šlachy, fascie či klouby. Sondy o vlnové délce 670 nm jsou považovány za univerzální a lze je dobře užít u afekcí kožních a podkožních do hloubky zasahujících i malé klouby, např. TC kloub. Považuji je za optimální na většinu aplikací při běžném užívání v pediatrické ordinaci. Pokud se zabýváme např. léčbou dětských sportovců a jejich pohybového aparátu, lze doporučit koupi dvou laserových sond, červené a infračervené (kterou oceníme také s přibývajícím věkem sami).

■ Úvahy ekonomické

Již jsem se zmínil o tom, že se nám před prvním zakoupením laseru zdá míra rizika, že přístroj dostatečně nevyužijeme, příliš velká. Takový laser, který by nás uspokojil, poskytl nám dostatečně široké pole využití a před pacienty nám svým provedením zvýšil kredit, stojí něco kolem 28 tisíc korun. K tomu je samozřejmě třeba vhodná sonda, která sama o sobě stojí 20–22 tisíc, ochranné brýle a ev. levnější drobnosti, jako jsou světlovody k aplikaci laserového světla do dutiny ústní.



QuikRead go[®]

Váš pomocník při rozhodování o léčbě



CRP
Nejrychlejší CRP test na trhu

CRP+Hb
2 výsledky z jedné analýzy

iFOBT
Volitelné jednotky cut-off
75 ng/ml nebo 15 µg/g

Strep A
Otestováno ve SKUP*
*Report from the evaluation SKUP2015/106, www.skup.nu

Všechny testy jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou



ORION
DIAGNOSTICA

Pro více informací navštivte stránky www.oriondiagnostica.cz nebo volejte na tel. číslo 602 665 959

(P.S.: Dnes jsou cenové relace jiné, to bych doplnil. Každopádně je laser dost drahý, a tak ho nelze kupovat s nějakou vidinou zisku, pravděpodobně ho z plateb od rodičů ani celý nezaplátíme. Jde nám však do nákladů. LH)

Zdravotní pojišťovny laseroterapii neplatí. Pokud docházejí dospělí pacienti do laserových center, jsou ochotni za jednotlivé osvětlení v délce několika minut zaplatit desítky i stovky korun. V pediatrii, kde jsou téměř všichni zvyklí, že je vše v nejlepší kvalitě a zadarmo, jsme v trochu horší situaci, nicméně minimální částku 20 Kč za jedno

osvětlení rodiče přijali již jako velmi přijatelnou a po poznání účinnosti laseru ji rádi platí. Dokonce si myslím, že by řada rodičů akceptovala i částku vyšší.

Shrnu-li tedy finanční efekt jednoduše – nezobohatneme užíváním laseru, spíše je laseroterapie trvalým zdrojem malých částek pokrývajících drobnou spotřebu ordinace. Co je však podstatné, z koupě laseru má radost naše účetní, protože se jí vydatně sníží částka daňového základu, z níž počítá daně a zálohy na naše sociální a zdravotní pojištění. To je velmi pozitivní.

■ Závěr

Mé sdělení je informací z praxe, nemá reklamní charakter a není ovlivněno ničím a nikým. Je jen vypsáním mých zkušeností, které jsem získal při používání laseru v posledních šesti letech. Tak jako si snadno zvyknete na používání počítače a poznáte, že vám přináší užitek, podobně v případě laseru dojdete k přesvědčení, že byste bez něj pracovat nechtěli, neboť jsou indikace, kde nemá dostatečně účinnou terapeutickou alternativu.

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 Sztányi, MUDr. Bohuslav Procházka

7. 12. 2017

Racionální ATB terapie II.

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí, Nemocnice Na Bulovce, Praha



OSPDL ČLS JEP



Studie Zdraví dětí 2016

MUDr. Jana Kratěnová, MUDr. Kristýna Žejglicová, RNDr. Vladimíra Puklová,
MUDr. Růžena Kubínová

V roce 2016 byla provedena studie Zdraví dětí, která propojila šetření zdravotního stavu dětí se sledováním obsahu chemických látek v organismu. Studie zahrnovala dotazníkové šetření zaměřené na výskyt alergických onemocnění, obezity, rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění a poruch pohybového aparátu u dětí. Součástí dotazníku byly také otázky na stravovací návyky dětí. U dětí v pěti městech byly odebrány vzorky krve a moče na analýzu vybraných biomarkerů expozice toxickým látkám a biomarkerů nutrice. Studie byla provedena s podporou Společnosti praktických lékařů pro děti a dorost.

Šetření probíhalo během preventivních prohlídek dětí ve věku 5, 9, 13 a 17 let v ordinacích 46 praktických lékařů pro děti a dorost ve vybraných městech ČR (Praha, Brno, České Budějovice, Jihlava, Olomouc, Hradec Králové, Liberec, Jablonec nad Nisou, Ústí nad Labem, Kladno, Mělník, Hodonín, Ústí nad Orlicí, Žďár nad Sázavou, Sokolov, Most, Kutná Hora). Výběr dětských lékařů byl proveden proporcionálně podle velikosti města a s ohledem na požadovaný počet zhruba 1 500 dětí v každé věkové skupině (reprezentativní vzorek). Do studie byly děti zařazovány lékařem náhodně tak, jak přicházely na preventivní prohlídku podle měsíce narození, v počtu optimálně 30 dětí v každé věkové skupině (celkem 120 dětí na lékaře). Individuální anonymizované výsledky preventivní prohlídky a další údaje lékaře, zejména o výskytu alergických onemocnění, byly do studie poskytnuty na základě informovaného souhlasu rodičů. Z rodičovského dotazníku byly získány informace o nemoci dítěte a jeho životním stylu.

Odběry biologického materiálu na analýzy obsahu cizorodých (olovo, kadmium, rtuť, arzen a metabolity ftalátů) a prospěšných látek (selen, jód, vitamin D) proběhly u pě-

tiletých a devítiletých dětí ve vybraných městech biomonitoringu (v Praze, Liberci, Ostravě, Žďáru nad Sázavou a Kutné Hoře).

■ Výsledky

Celkem bylo získáno 5 132 vyplněných dotazníků. Zastoupení chlapců a dívek bylo rovnoměrné (51 % chlapců a 49 % dívek). Každá věková skupina (5, 9, 13 a 17 let) tvořila zhruba čtvrtinu celkového počtu dětí.

■ Alergická onemocnění

Studie zabývající se výskytem alergických onemocnění dětí byla již pátou v pořadí (1996, 2001, 2006, 2011, 2016). Protože byla v Moravskoslezském kraji provedena separátní detailní studie stejnou metodikou v předchozím roce 2015 a v roce 2016 tam studie neprobíhala, byly výsledky nové národní studie spojeny s údaji 1 197 dětí z Ostravy, Karviné a Frýdku-Místku (města Moravskoslezského kraje tradičně se účastníci národního šetření alergií). Celkem tak pro účely standardního zpracování výskytu alergií a hodnocení jejich vývoje v České republice byla hodnocena data 6 329 dětí.

Jakékoliv alergické onemocnění diagnostikované dětským lékařem (dítě je v lékařské dokumentaci praktického dětského lékaře vedeno jako alergik) bylo zjištěno u 1 861 dětí ze sledovaného souboru, tj. u 29 % dětí. Výskyt alergických onemocnění stoupal s věkem dětí od 22 % u pětiletých do 35 % u sedmnáctiletých. Chlapci trpí alergiemi, zejména respiračními, více než dívky; alergií trpělo 32 % chlapců a významně méně dívek (27 %, $p < 0,001$). Výskyt jednotlivých diagnóz je uveden v tab. 1.

Astma mělo celkem 10 % dětí. Vyskytovalo se častěji u chlapců (12 %) ve srovnání s dívkami (8 %; $p < 0,001$); s věkem výskyt astmatu stoupal od 6 % u pětiletých do 12 % u sedmnáctiletých. Podle Testu kontroly astmatu, který vyplnilo 222 astmatiků ve věku 13 a 17 let, má zhruba polovina astmatiků velmi dobrou kontrolu astmatu, 41 % mělo astma částečně pod kontrolou a 12 % mělo špatnou kontrolu astmatu.

Celkem 13 % dětí mělo sezónní pylovou alergickou rýmu; významně více chlapců (14 %) než dívek (11 %, $p < 0,001$), s věkem výskyt narůstal z 6 % u pětiletých do 19 % u sedmnáctiletých. Také výskyt celoroční alergické rýmy je významně vyšší u chlapců

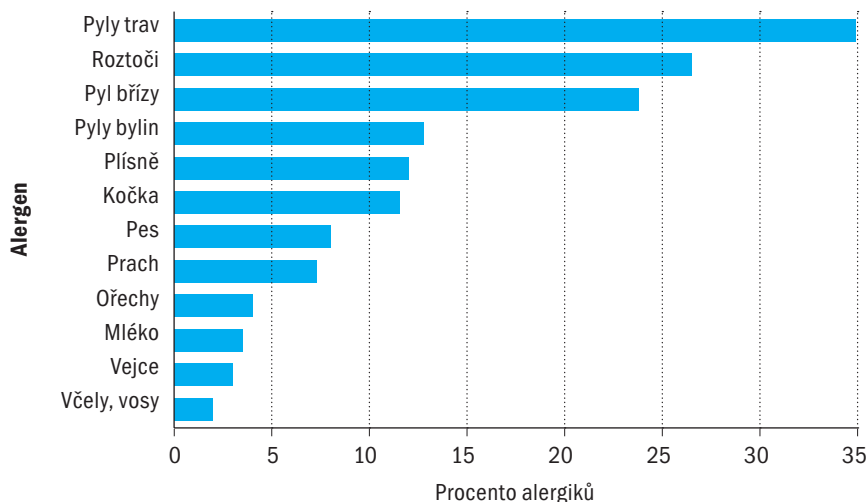
Tab. 1 Výskyt alergických onemocnění u dětí, 2016

Věk	Počet dětí ve studii	Děti s jakýmkoliv alergickým onemocněním (v %)	Děti s diagnózou (v %)					
			Astma	Alergická rýma sezónní (pylová)	Alergická rýma celoroční	Atopický ekzém	Alergie na potraviny	Jiné alergické onemocnění
5 let	1 612	22	6	6	3	10	2	4
9 let	1 621	29	10	12	4	11	3	6
13 let	1 589	32	12	15	5	10	3	4
17 let	1 507	35	12	19	5	8	3	6
Chlapci	3 221	32	12	14	5	10	3	5
Dívky	3 108	27	8	11	3	10	3	5
Celkem	6 329	29	10	13	4	10	3	5

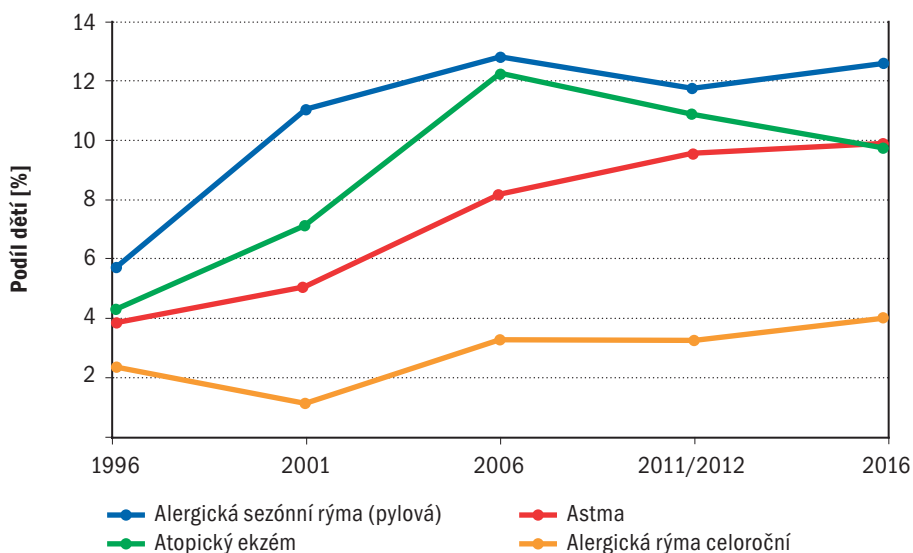
*některé děti mají kombinované onemocnění několika alergiemi



Obr. 1 Procento alergiků citlivých na alergeny podle kožního nebo IgE testu (celkem 1 861 alergiků)



Obr. 2 Vývoj alergických onemocnění u dětí v ČR v letech 1996–2016



a má stoupající tendenci s věkem, od 3 % u nejmladších dětí po 5 % u nejstarších. Atopický ekzém byl diagnostikován u 10 % dětí bez rozdílu pohlaví a srovnatelně ve všech věkových skupinách. Testem prokázanou alergii na potraviny měla 3 % dětí bez rozdílu pohlaví a věku. Navíc byla do dotazníku pro rodiče zařazena také otázka, zda má dítě požití potravin reakce různého typu (pálení v ústech, vyrážka, bolesti břicha), a to i bez prokázané alergie na potraviny. Kladně odpověděli rodiče 8 % dětí; pouze asi čtvrtina z těchto dětí měla prokázanou alergii na potraviny. Děti nejčastěji reagovaly na různé druhy ovoce (kiwi, citrusy, jablka, jahody), dále zeleninu

(nejčastěji rajčata), ořechy, mléčné výrobky a čokoládu. Alergická onemocnění hodnocená touto studií jsou diagnostikována lékařem pro děti a dorost. Tři čtvrtiny alergických diagnóz byly zároveň potvrzeny alergologem specialistou; podíl vyšetřených/potvrzených diagnóz se pohyboval od 65 % (atopický ekzém) do 95 % (astma). V péči alergologa bylo 65 % alergických dětí, nejvíce astmatiků (86 %) a dětí s alergickou rýmou (76 %), dětí s atopickým ekzémem jen zhruba polovina. Alergeny byly zjišťovány dotazem lékaře na kožní test nebo IgE protilátek. Nejčastěji byla prokázána alergie na pyly trav (35 %), roztoče (27 %), pyl břízy (23 %) a pyl bylin (14 %). Pořadí alergenů je znázorněno na

obr. 1. Astmatici byli nejčastěji alergičtí na roztoče (43 %), pyly trav (42 %) a břízy (29 %). U sezónní pylové rýmy byly nejčastější příčinou alergie pyly trav (62 %), břízy (42 %) a roztoči (33 %). U dětí s atopickým ekzémem byla alergie prokázána méně často, nejvíce na roztoče (21 %) a pyly trav (27 %). Pokud jde o potravinové alergie, alergie na ořechy byla prokázána u 4 % dětí, alergií na mléko a na vejce trpí shodně po 3 % dětí.

Vývoj výskytu alergických onemocnění u dětí je možné hodnotit od roku 1996, kdy byl monitoring zahájen (obr. 2). Mezi lety 1996 a 2006 došlo k významnému nárůstu ze 17 % na 32 % ($p < 0,001$). Při dalším šetření v roce 2011 bylo zjištěno zastavení růstu a naopak mírný pokles na 30 % ($p = 0,007$). Prevalence alergií 29 % v roce 2016 je shodná s úrovní roku 2011. Výskyt alergických onemocnění se od posledního šetření nezměnil ani v jedné věkové skupině. U jednotlivých diagnóz nastala změna pouze u atopického ekzému, kde byl zaznamenán mírný pokles z 11 % v roce 2011 na 10 % v roce 2016 ($p = 0,037$).

■ Respirační obtíže

Rodiče dětí uváděli výskyt respiračních obtíží v průběhu posledního roku, zejména akutní záněty horních cest dýchacích a průdušek, a obtíže vyskytující se mimo nachlazení nebo akutní onemocnění. Častými záněty horních cest dýchacích (častěji než 5× ročně) trpěla čtvrtina všech dětí, nejmladších – pětiletých dětí dokonce celá třetina. Významně častěji měly tyto obtíže děti, jejichž rodiče uvedli v blízkosti bydliště vyšší dopravní zátěž nebo průmyslový zdroj, a také tam, kde se v domácnosti kouřilo. Časté akutní záněty průdušek s celkovými příznaky (teploty, dráždivý kašel, opakující se více než 3× za rok) mělo 10 % dětí, nejčastěji opět mladší děti. Rovněž zde byl prokázán negativní vliv zdrojů znečištění přítomných podle údaje rodiče poblíž bydliště. V kuřáckých domácnostech byl jen mírně vyšší výskyt opakovaných zánětů průdušek v porovnání s nekuřáckými, zato tam byly děti významně častěji léčeny antibiotiky.

Z respiračních symptomů vyskytujících se mimo akutní respirační onemocnění byly nejčastějšími projevy podráždění nosu a očí, kterými v posledním roce trpělo 23 % dětí, a dále kašel (12 %). Pískoty mimo nachlazení se vyskytovaly u 3 % dětí. Významně vyšší výskyt těchto obtíží byl zjištěn u dětí



s dopravní nebo průmyslovou zátěží poblíž bydliště a sníženou kvalitou prostředí bytu (kuřácké domácnosti, plíseň v bytě) uvedou rodiči.

Hladiny krevních lipidů

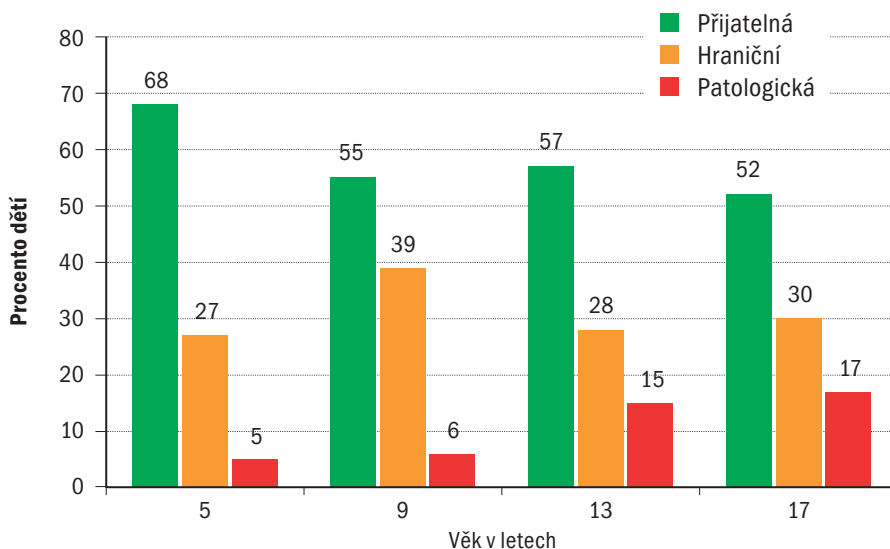
Ateroskleróza začíná již v dětství a její rozsah je ovlivněn rizikovými faktory kardiovaskulárních onemocnění (KVO), jako jsou hypercholesterolemie, obezita, hypertenze a kouření cigaret. Od roku 1992 je proto při preventivních prohlídkách zjišťován zejména 5letým a 13letým dětem s pozitivní rodinnou anamnézou také lipidový profil (celkový cholesterol v plazmě, LDL, HDL cholesterol a triglyceridy). Výsledky se zaznamenávají do zdravotního průkazu, děti s rizikem KVO jsou odesílány ke specialistům. V rámci studie bylo vyšetřeno 740 dětí. Průměrná hodnota celkového cholesterolu činila 4,25 mmol/l, LDL cholesterolu 2,51 mmol/l, HDL 1,43 mmol/l. Průměrné hodnoty všech těchto ukazatelů byly významně nižší u chlapců ve srovnání s dívkami. Nejvyšší průměrné hodnoty celkového cholesterolu a LDL cholesterolu byly zjištěny u nejmladších – pětiletých dětí, což je v tomto věku fyziologické. Hodnoty cholesterolu v krvi dětí byly rozděleny podle Šamánka a Urbanové [1] na tři kategorie: optimální hodnoty celkového cholesterolu mělo 60 % dětí, hraniční hodnoty 26 % a patologické 14 % dětí. Zjištěná průměrná hodnota triglyceridů v krvi dětí (1,00 mmol/l) spadá do pásma hraničních hodnot (1,0–1,5 mmol/l), byla srovnatelná u chlapců a dívek (1,02 a 0,98 mmol/l). Celkem 12 % dětí mělo patologickou hodnotu triglyceridů. Starší děti měly významně vyšší hodnoty než mladší (obr. 3), což patrně souvisí s kvalitou stravování měnící se s věkem a s četností pohybových aktivit.

Patologické hodnoty celkového a LDL cholesterolu měly častěji dívky, hodnoty triglyceridů byly naopak vyšší u chlapců. Hodnoty krevních lipidů byly významně vyšší u obézních dětí ve srovnání s dětmi s normální hmotností. Patologickou hodnotu triglyceridů v krvi má 28 % obézních dětí a 10 % dětí s normální hmotností (obr. 4).

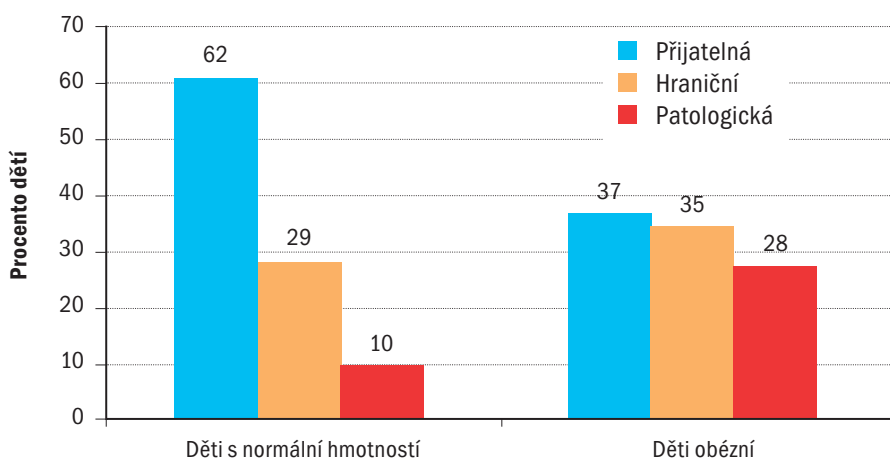
Krevní tlak

Krevní tlak byl měřen při preventivní prohlídce všem dětem. Jednalo se o tzv. populační screening neboli měření během jedné návštěvy lékaře⁴. V případě, že byl při prv-

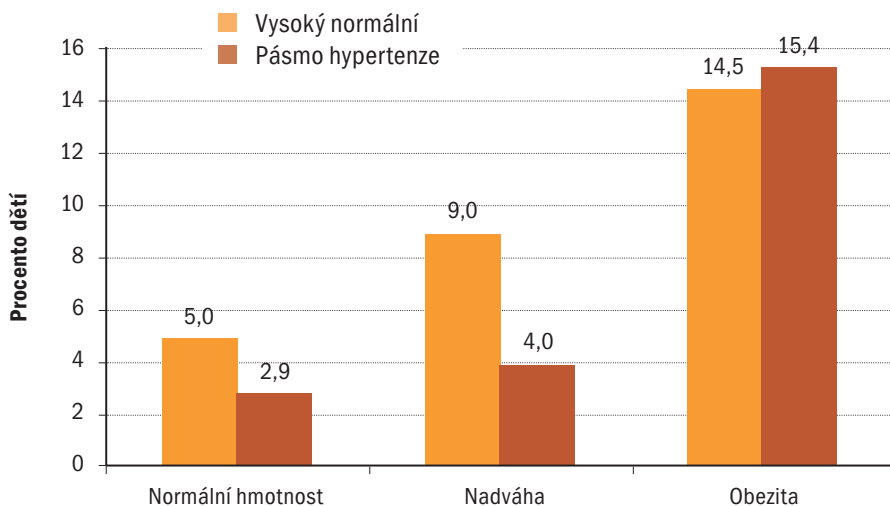
Obr. 3 Rozdělení dětí ve věku 5, 9, 13 a 17 let podle hladin triglyceridů v krvi (celkem 740 dětí)



Obr. 4 Hladiny triglyceridů v krvi dětí podle tělesné hmotnosti, 2016

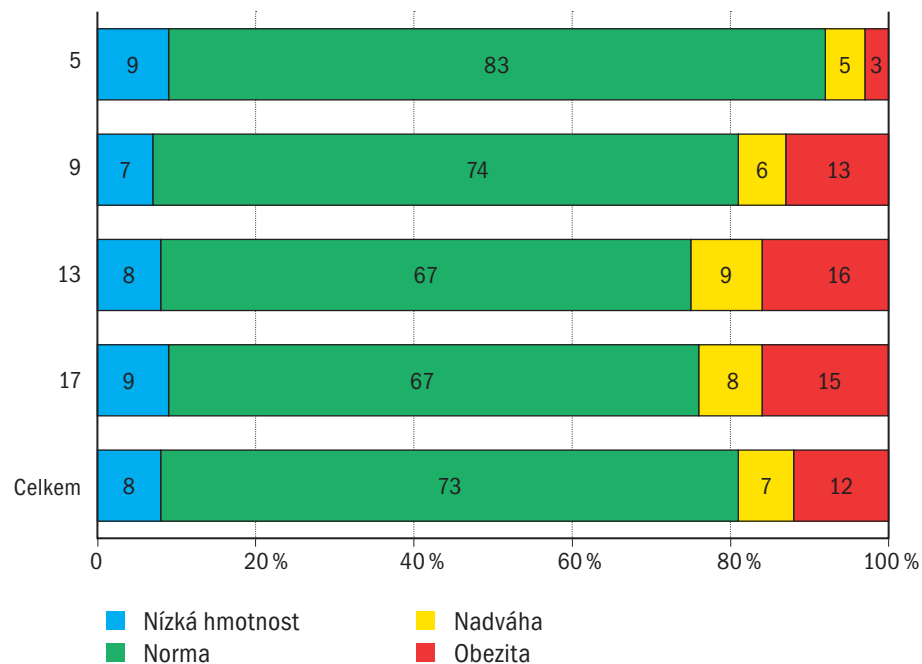


Obr. 5 Tělesná hmotnost dětí a zvýšené hodnoty krevního tlaku, 2016

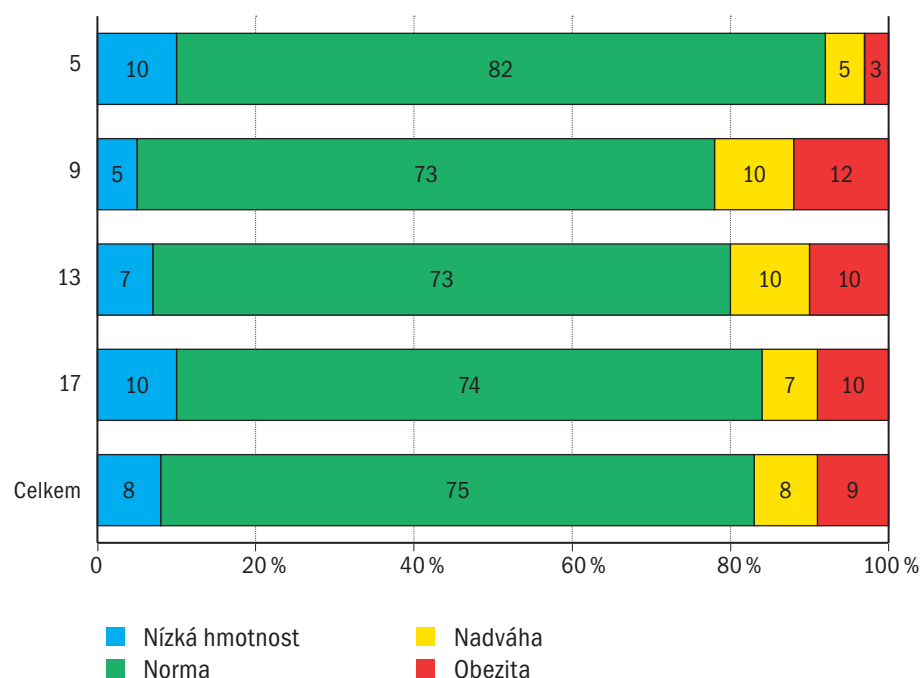




Obr. 6 Tělesná hmotnost - chlapci, 2016



Obr. 7 Tělesná hmotnost - dívky, 2016



ním měření naměřen tlak vyšší než hodnoty odpovídající 90. percentilu pro daný věk a pohlaví, byli lékaři požádáni o provedení dalších dvou měření (během probíhající preventivní prohlídky). Lékaři měřili tlak přístrojem, který ve své ordinaci běžně používají. Zhruba polovině dětí byl tlak měřen digitálním tonometrem, druhé polovině

auskultační metodou². Pro hodnocení krevního tlaku bylo počítáno pouze s hodnotami naměřenými auskultační metodou u 2 478 dětí. Podle Šamánka a kol. [2] byly děti zařazovány do kategorií tlak normální (do 90. percentilu pro daný věk, pohlaví a výšku), vysoký normální (≥ 90. až 95. percentil) a hypertenze (odpovídající hodnotě

95. percentilu a vyšší). Pro zařazení dítěte do příslušné kategorie byla použita nejnižší naměřená hodnota z provedených měření. Normální tlak mělo 90% dětí, vysoký normální 6% a tlak v pásmu hypertenze 4%. Prevalence vysokého krevního tlaku odpovídajícího hypertenzi mírně narůstala s věkem od 3% u pětiletých do 5% u sedmnáctiletých, rozdíly však nebyly statisticky významné. Ani mezi chlapci a dívkami nebyly významné rozdíly. Vysoký krevní tlak v pásmu hypertenze měla 3% dětí s normální hmotností, 4% dětí s nadváhou a 15% obézních dětí (obr. 5).

■ Tělesná hmotnost dětí

Při hodnocení tělesné hmotnosti dětí jsou používány percentilové grafy Body Mass Indexu (BMI), které ukazují, zda má dítě hmotnost odpovídající jeho výšce a věku. Děti byly podle hmotnosti zařazeny do 4 kategorií: děti s nízkou hmotností (výsledky pod 10. percentilem), s normální hmotností (10.–90. percentil), děti s nadváhou (90.–97. percentil) a děti obézní (nad 97. percentilem). V celém souboru bylo 8% dětí s nízkou hmotností, normální hmotnost mělo 74%, nadváhu 8% a obezitu 10% dětí.

Vyšší než normální hmotnost (tj. nadváhu + obezitu) mělo jen mírně více chlapců než dívek.

Výraznější rozdíly v tělesné hmotnosti byly zjištěny v souvislosti s věkem: mezi pátým a devátým rokem prudce vzrostl počet dětí se zvýšenou hmotností, nejvíce jich bylo mezi 13letými dětmi. Vývoj tělesné hmotnosti s věkem se u chlapců a dívek lišil. Zatímco počet chlapců s vyšší než normální hmotností stoupal až do 13 let (obr. 6), u dívek vrcholil nárůst již v 9 letech věku, poté následoval pokles (obr. 7).

Vývoj tělesné hmotnosti dětí v posledních dvaceti letech ukazuje obr. 8. Od počátku monitoringu v roce 1996 stoupal počet dětí s nadváhou i obézních až do minulého šetření roku 2011. Šetření v roce 2016 ukazuje na zastavení růstu a možnou stabilizaci počtu dětí s vyšší než normální hmotností (viz obr. 8).

¹ Pro stanovení diagnózy hypertenze je požadováno opakované měření tlaku při dvou dalších návštěvách lékaře.

² Metoda měření krevního tlaku pomocí fonendoskopu. Jde o metodu doporučenou Šamánkem a kol. [2].



■ Stav pohybového aparátu

Držení těla bylo hodnoceno na základě údajů lékaře o zakřivení páteře při pohledu z boku (sagitální rovina), zakřivení páteře při pohledu zezadu (frontální rovina – hodnoceno bylo skoliotické držení a skolióza) a celkového zhodnocení držení těla na 4bodové škále. Děti měly fyziologické držení těla, pokud měly fyziologické zakřivení páteře při pohledu z boku i zezadu a zároveň bylo jejich držení lékařem hodnoceno jako výborné nebo dobré. Děti nesplňující tato kritéria měly vadné držení těla. Celkem bylo vadné držení těla zjištěno u 42 % dětí, častěji u chlapců (46 %) než u dívek (38 %; $p < 0,001$). Podíl dětí s vadným držením rostl s věkem z 27 % u pětiletých dětí až na 54 % u třináctiletých, u nejstarších, sedmnáctiletých dětí klesá na 44 % díky nárůstu svalové hmoty podporující kosterní systém (obr. 9).

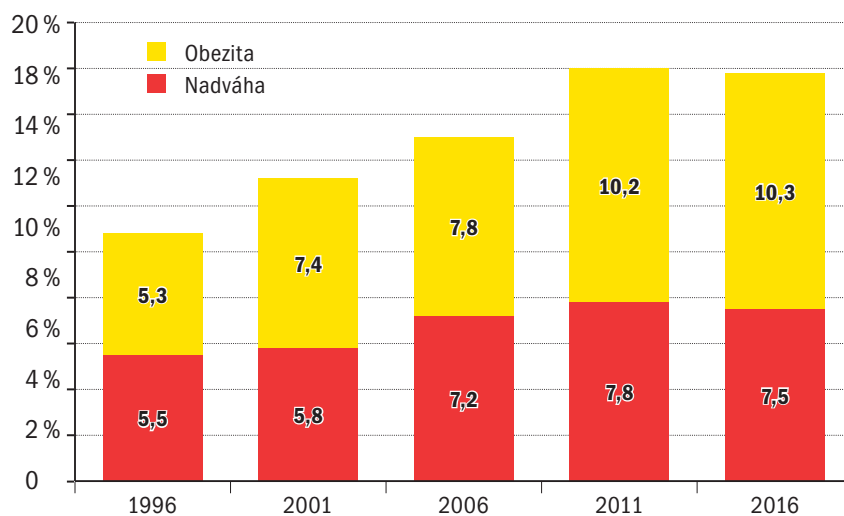
Děti s nízkou hmotností a děti s nadváhou a obezitou měly významně častěji vadné držení než děti s normální hmotností (obr. 10).

Nejčastější vadou držení těla byl předsun hlavy (26 % dětí), kulatá záda/zvýšená hrudní kýfóza (14 %) a skoliotické držení (13 %). Předsun hlavy a kulatá záda byly častější u chlapců, ve výskytu skoliotického držení se chlapci a dívky nelišili. Všechny tři tyto vady byly nejčastější u třináctiletých dětí.

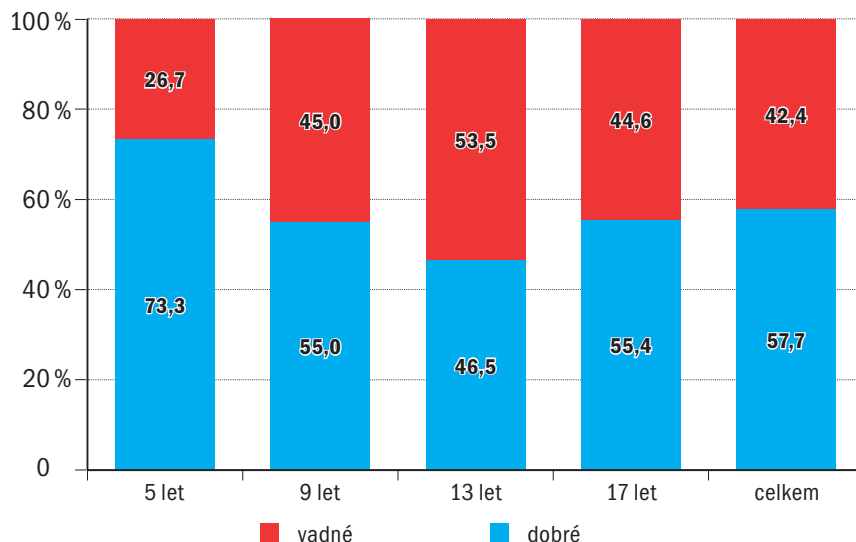
Nejzávažnější z posuzovaných vad je skolióza. Jedná se o již fixovanou poruchu zakřivení páteře, kterou není možné zvýšeným svalovým napětím vyrovnat, ovlivňuje celou funkci páteře a ve svých důsledcích může vést k snížení funkce plic. Skoliózu mělo celkem 79 dětí (1,5 % souboru), nejčastěji byla diagnostikována u 17letých.

Podle údajů rodičů trpí občasnými bolestmi hlavy každé páté dítě (21 %), významně častěji dívky než chlapci. S věkem počet těchto dětí narůstal, nejčastěji trpěli občasnou bolestí hlavy sedmnáctiletí (35 %); každý pátý teenager trpí bolestí hlavy nejméně jednou týdně. Častěji bolestmi hlavy trpěli děti s vadným držením těla v porovnání s dětmi s fyziologickým držením. Bolesti krční páteře uváděli rodiče u 7 % dětí, stejně tak i bederní páteře; polovina těchto dětí trpí bolestí obou částí páteře. Výskyt bolestí páteře rovněž narůstal s věkem dětí a byl častější u dívek.

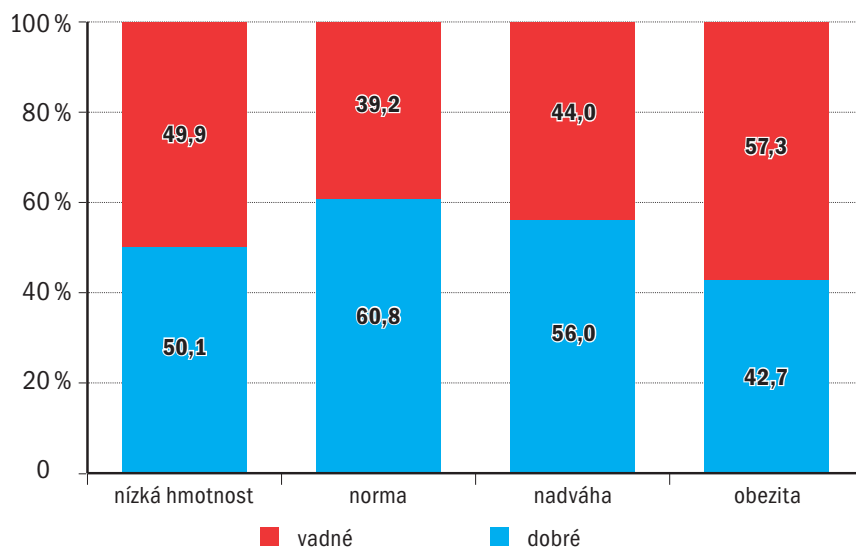
Obr. 8. Nadváha a obezita u dětí v letech 1996 až 2016



Obr. 9. Držení těla u dětí dle věku

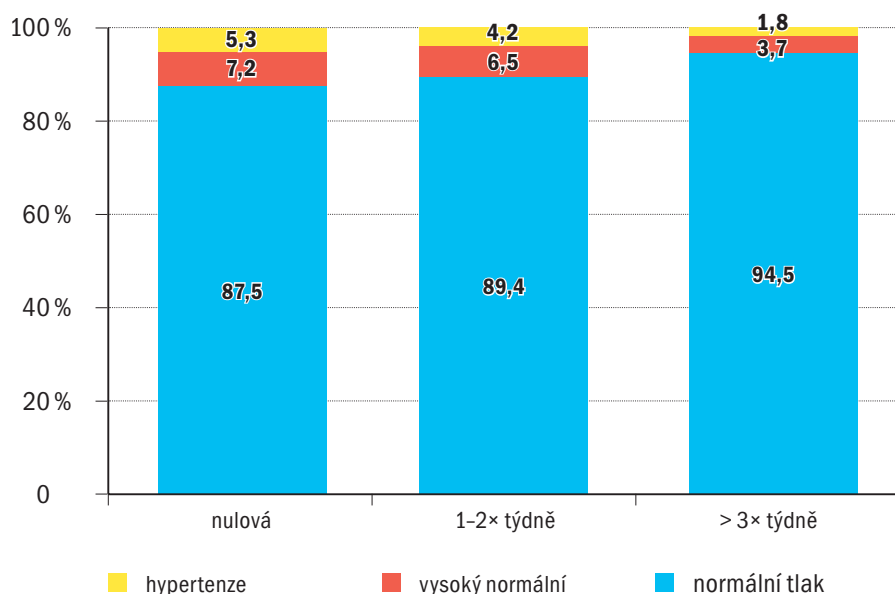


Obr. 10. Držení těla u dětí dle kategorie BMI

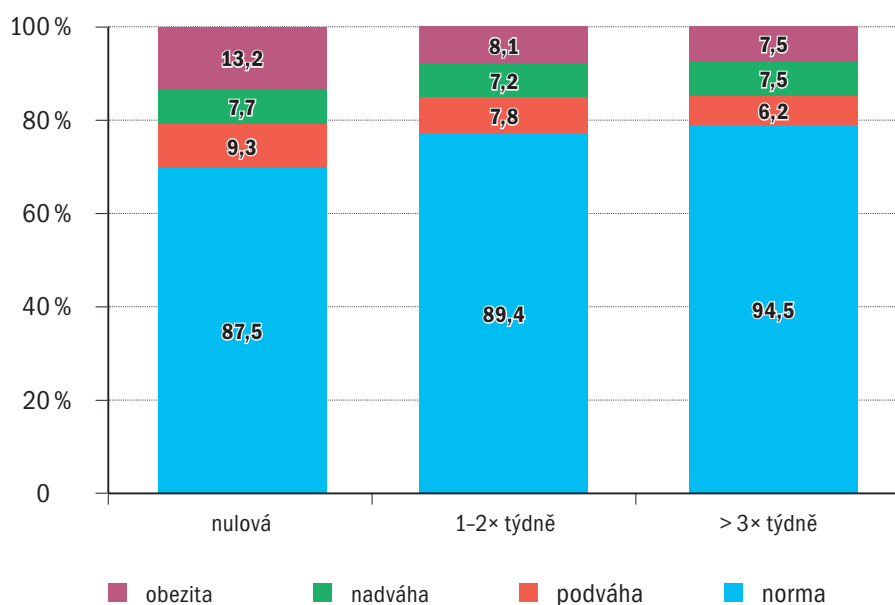




Obr. 11. Hodnoty krevního tlaku v závislosti na frekvenci pohybové aktivity



Obr. 12. Kategorie BMI v závislosti na frekvenci pohybové aktivity



■ Pohybové aktivity a stravovací návyky

Pravidelné organizované sportovní aktivitě ve sportovním oddíle nebo kroužku se věnuje zhruba polovina dětí (54 %), nejvíce ve věku 9 let (72 %), nejméně 17letí (37 %). Děti, které se věnují sportovní aktivitě, sportují v průměru 3,9 hodiny týdně. Od průměrných dvou hodin týdně u 5letých dětí počet hodin strávených sportem týdně roste až k 5,8

hodiny u 17letých. Nejvíce dětí sportuje 1× až 3× týdně. Podíl chlapců a dívek v organizované sportovní aktivitě se neliší. Neorganizovanou víceméně pravidelnou sportovní aktivitou alespoň 1× týdně se zabývá 67 % dětí, nejvíce 9letých (74 %), nejméně 17letých (60 %). Průměrně děti stráví neorganizovanou pohybovou aktivitou 4,5 hodiny týdně, nejvíce 5letých (5,1 hod.), nejméně 17letých (3,9 hod.), nejčastěji opět 1× až 3× týdně.

Celkem 20 % dětí se nezabývá ani organizovanou, ani neorganizovanou sportovní aktivitou. Vztah pohybové aktivity, hodnot TK a BMI zobrazují obrázky 11 a 12.

U PC, tabletu či televize stráví děti v průměru 2,2 hodiny denně. Nejméně malé, 5leté děti (1,5 hod.), v průměru dvojnásobek 17letí (3,2 hod.). Čtvrtina dětí tráví u těchto elektronických zařízení více než 3 hodiny, 10 % dětí pak více než 4 hodiny. Chlapci tráví u PC/TV významně více času než dívky ($p < 0,001$). Děti, které trávily u PC více než 2 hodiny denně, mají statisticky významně častěji předsun hlavy ($p = 0,001$), významně více jich uvádí bolest hlavy ($p < 0,001$), bolesti krční páteře ($p < 0,001$) i bolesti bederní páteře ($p < 0,001$). Děti, které tráví u PC/TV více času (nad 2 hod. denně), významně častěji konzumují potraviny typu fastfood a sladké nápoje ($p < 0,001$) a také častěji trpí nadváhou a obezitou ($p < 0,001$).

Méně než jednu porci ovoce denně jí 15 % dětí; od 10 % u 5letých po dvojnásobek u 17letých. U konzumace zeleniny je situace ještě horší: méně než jednu porci denně jí čtvrtina všech dětí (20 % pětiletých a 29 % 17letých). Tři a více sladké nápoje denně pije 11 % dětí; v tomto ukazateli byly zjištěny nejmenší rozdíly mezi věkovými kategoriemi. Častěji než jednou týdně konzumuje jídla typu fast food 6 % pětiletých a 20 % sedmnáctiletých. Každé desáté dítě konzumuje jídla tohoto typu dokonce 2× až 3× týdně. Děti, které mají nadváhu a obezitu, konzumují méně často ovoce ($p = 0,006$), zeleninu ($p = 0,001$), naopak častěji konzumují sladké nápoje ($p = 0,016$) a fastfood ($p < 0,001$) než děti s normální hmotností. Chlapci ve srovnání s dívkami konzumují významně méně ovoce i zeleniny ($p < 0,001$), více sladkých nápojů ($p < 0,001$), fastfoodu ($p = 0,002$), ale nelišili se v konzumaci sladkostí.

■ Citace

- [1] Šamánek M, Urbanová Z. Twenty years of cardiovascular risk prevention in Czech children. *Cor et Vasa*. 2014;56:163-167
- [2] Šamánek M, Urbanová Z, Reich O, Rušavá I, Škovránek J, Tax P. Doporučení pro diagnostiku a léčbu hypertenze v dětství a dospívání. *Cor et Vasa*. 2009;51(3):227-235



Systémová enzymoterapie v pediatrii

Výsledky dotazníkové akce

MUDr. Marta Honzíková

MUCOS Pharma CZ, s.r.o.

Léky pro systémovou enzymoterapii (SET), jejichž hlavní účinné složky tvoří proteolytické enzymy živočišného a rostlinného původu, byly na zdejší farmaceutickém trhu registrovány v devadesátých letech. Řada lékařů brzy zařadila tyto léky do svého terapeutického rejstříku pro jejich velmi dobrý protiotokový a protizánětlivý efekt podporující rychlé hojení. Byli to zejména specialisté z chirurgických oborů, kteří řeší pooperační a poúrazové stavy. Pravděpodobně nejdelší tradici má užívání SET ve sportovní traumatologii. Tato léčebná metoda našla svoje místo i v terapii nejrůznějších netraumatických postižení pohybového aparátu (artrózy, revmatismus měkkých tkání, stavy z jednostranného přetěžování pohybového aparátu).

SET se postupně začala uplatňovat také v interních oborech, zejména jako podpůrná léčba zánětů v různých orgánových systémech (např. záněty dýchacích cest, urogenitální záněty, záněty povrchových žil), ale také jako součást komplexní léčby lymfédému, chronických ran a diabetické nohy. Koncem devadesátých let začaly v ČR přibývat pozitivní zkušenosti s užíváním WE jako podpůrné léčby u dětí s recidivujícími záněty dýchacích cest. Byla publikována kauzistická sdělení i výsledky léčby u menších skupin pacientů, které svědčily pro imunomodulační potenciál WE (1, 2). Ukazovaly totiž významný úbytek počtu onemocnění a neméně významný pokles spotřeby antibiotik u dětí léčených např. pro recidivující bronchitidy, angíny, laryngitidy, otitidy i pro běžné katary horních cest dýchacích. Byl prezentován i pozitivní vliv na úpravu určitých imunitních parametrů (IgE, IgA, CD3) (3).

Tyto zkušenosti byly podnětem k realizaci peregistrační retrospektivní observační multicentrické studie, která měla ověřit dosud prezentovaná fakta na větším souboru dětí. Ve 14 ordinacích praktických

dětských lékařů se v roce 2002 uskutečnil zpětný sběr dat z dokumentace dětí od 3 do 18 let, u kterých byl do komplexní léčby opakovaných zánětů dýchacích cest zařazen WE v období od počátku roku 1996 až do konce prvního čtvrtletí 2002. Celkem byla hodnocena data 346 dětí léčených WE a 122 dětí léčených bakteriálními imunomodulátory (BIM), které tvořily kontrolní skupinu. Byl sledován počet zánětů dýchacích cest a souvisejících antibiotických kúr ve 12 měsících před zahájením léčby WE nebo BIM a v následujících 12 měsících po zahájení sledované léčby. Doba podávání WE byla dána pouze zvyklostmi a zkušenostmi lékaře a v průměru činila 13,6 týdne. Statistické hodnocení vykazovalo statisticky významný pokles nemocnosti i spotřeby antibiotik u obou sledovaných skupin. U dětí léčených BIM poklesl průměrný počet atak zánětů dýchacích cest z 5,2 na 3,4 (o 32 %, $p < 0,001$), u skupiny léčené WE se snížil z 5,3 na 2,2 (o 59 %, $p < 0,001$). Průměrný počet souvisejících antibiotických kúr poklesl u skupiny BIM z 2,7 na 1,6 (o 35 %, $p < 0,001$), u dětí léčených WE se snížil z 2,7 na 0,8 (o 68 %, $p < 0,001$). Při porovnání těchto výsledků skupiny WE a BIM byly změny sledovaných parametrů statisticky významně lepší ve skupině dětí léčených WE ($p < 0,001$). Studie tedy potvrdila předchozí příznivé výsledky užívání WE v komplexní léčbě dětí s opakovanými záněty dýchacích cest. Její výsledky zveřejnil v roce 2004 časopis Česko-slovenská pediatrie (4).

V roce 2016 uplynulo 25 let od uvedení WE na český farmaceutický trh. Zajímalo nás, jak za tuto dobu zakotvila SET v povědomí našich pediatriů. Abychom zjistili, nakolik čeští pediatri znají a doporučují tuto léčebnou metodu, provedli jsme po dohodě s výborem SPLDD dotazníkový průzkum v rámci jarní série regionálních konferencí.

Dotazníky vyplnilo celkem 195 lékařů. Více než 95 % dotázaných (186) uvedlo, že znají

a doporučují WE, a většina z nich (182/97,85 %) potvrdila, že jej používají u dětí.

Otázky zaměřené na diagnózy, ve kterých je WE používán, ukázaly, že nejvíce frekventovanou indikační skupinou jsou záněty v oblasti ORL a dýchacích cest včetně recidivujících zánětů a podpůrné léčby astmatu. Na druhém místě byly stavy po úrazech včetně zlomenin a pooperační stavy. Další častou indikací byly recidivující záněty močových cest. Následovaly záněty a netraumatická postižení měkkých tkání pohybového aparátu včetně následků dlouhodobého jednostranného přetěžování a s tím úzce související péče o pohybový aparát sportující mládeže. Pediatri dále využívají WE jako součást léčby gynekologických zánětů u dívek (včetně recidivujících vulvovaginálních kandidóz a chlamydióz) a u revmatoidní artritidy.

Co se týká zkušeností s užíváním WE u dospělých, je pořadí na prvních třech místech obdobné – záněty dýchacích cest, poúrazové a pooperační stavy. Následuje artróza, léčba chronických ran, podpora hojení po porodu, netraumatická postižení pohybového aparátu a lymfédém.

Při hodnocení věkového rozložení dětských pacientů, kterým je doporučován WE, byly zhruba shodně uváděny skupiny 11 let a starší (76 % dotázaných) a 7–10 let (72 % dotázaných). Dětem ve věku 3–6 let doporučuje WE 42 % dotázaných a 14 % lékařů uvedlo užívání u dětí mladších tří let. Obvyklá doba podávání se pohybuje v řádu týdnů až měsíců.

Jedna z otázek byla také zaměřena na to, odkdy asi lékaři začali WE používat. Pokud bychom si období, kdy je WE na zdejší farmaceutickém trhu (1991–2016), rozdělili na dvě třináctiletá období, zjistíme, že v prvním časovém úseku 1991–2003 udává začátek své praxe s WE 32 % respondentů. Od roku



2004, kdy byla publikována pediatriká studie (4), do roku 2016 je to 68 % respondentů. Lékaři v průměru doporučí WE dvěma pacientům za měsíc. Několik lékařů poznamenalo, že tento počet je ovlivněný sezónou – v zimním období vyššího výskytu respiračních onemocnění je takových pacientů více.

Z dodatečných poznámek, ve kterých respondenti hodnotili svoje zkušenosti s WE, se nejčastěji objevovalo ocenění dobrého efektu u dětí s recidivujícím záněty dýchacích cest, který pomáhá významně snižovat spotřebu antibiotik při poklesu počtu onemocnění.

Provedený průzkum tedy prokázal velmi dobrou informovanost pediátrů o léčích pro SET i o možnostech jejich využití v komplexní léčbě řady onemocnění.

Touto cestou bychom chtěli poděkovat všem pediátrům, kteří se zapojili do naší dotazníkové akce, a doufáme, že její výsledky budou přínosné nejen pro nás, ale také pro všechny členy SPLDD a čtenáře časopisu VOX.

Literatura

- Hubková B. Systémová enzymoterapie jako významná pomoc v ordinaci praktického dětského lékaře. *Vox Pediatríae*. 2003;3(3):30–31
- Gricová P. Kazuistiky: Systémová enzymoterapie. *Vox Pediatríae* 2003;3(3):32–34
- Vokálová I. Systémová enzymoterapie v léčbě dětí s recidivujícími respiračními infekcemi. *Vox Pediatríae*. 2002;2(2):29–30
- Adámková E. Balcar J. Bartovičová E. Fialová Y. Gricová P. Hak J. Hubková B. Komárková M. Krbušek D. Kučerová M. Machoňová D. Slaninová J. Vokálová I. Vrajíková J. Hačkajlo D. Honzíkova M. Systémová enzymoterapie v komplexní léčbě recidivujících zánětů dýchacích cest u dětí – postregistrační retrospektivní multicentrické hodnocení. *Čes.-slov. Pediatrie*. 2004;59(1):513–521

FIREMNÍ SDĚLENÍ

Wobenzym®

- lék pro systémovou enzymoterapii na bázi kombinace živočišných a rostlinných enzymů
- vhodná podpůrná léčba recidivujících zánětů
- významně omezuje frekvenci opakování zánětů
- snižuje související spotřebu antimikrobiálních léků

www.wobenzym.cz

Wobenzym® - zkrácená informace o přípravku:

Složení: pancreatinum 300 Protease Ph. Eur.-j., trypsinum 360 F.I.P.-j., chymotrypsinum 300 F.I.P.-j., bromelaina 225 F.I.P.-j., papaínum 90 F.I.P.-j., amylasum 50 F.I.P.-j., lipasum 34 F.I.P.-j., rutosidum trihydricum 50 mg. Celková proteolytická aktivita: 570 F.I.P.-j., celková amylolytická aktivita: 4030 F.I.P.-j., celková lipolytická aktivita: 4525 F.I.P.-j. v 1 enterosolventní tabletě. Farmakoterapeutická skupina: Jiná léčiva pro poruchy muskuloskeletálního systému, enzymy. Indikace: Jako alternativa k dosud užívaným postupům – poúrazové otoky, lymfedém, fibrocystická mastopatie. Jako podpůrná léčba – některé pooperační stavy v chirurgii, záněty povrchových žil, posttrombotický syndrom dolních končetin, revmatoidní artritida, revmatismus měkkých tkání, artróza (pokročilá stádia), mnohočetná mozkomíšní skleróza, chronické a recidivující záněty (v oblasti ORL, horních i dolních cest dýchacích, močového a pohlavního ústrojí, trávicí trubice, kůže aj.), jako podpůrná léčba při podávání antibiotik. Kontraindikace: Přecitlivělost na složky přípravku, situace spojené se zvýšeným sklonem ke krvácení nebo se zvýšenou fibrinolýzou. Zvláštní upozornění: Příležitostně může při chronických onemocněních po začátku léčby Wobenzymem nastat zhoršení příznaků. V tomto případě by neměl být lék vysazen, ale mělo by se zvážit inventurní přechodné snížení dosavadního dávkování. Nežádoucí účinky: Ojedinelé změny konzistence, barvy a zápachu stolice, alergické reakce. Při užívání vyšších jednotlivých dávek se mohou objevit pocity plnosti, nadýmání, výjimečně nevolnost. Dávkování: Léčba se zahajuje dávkou 3x5 až 3x10 tbl. denně, 5 ústupem chorobných projevů se dávkování postupně snižuje až na udržovací dávku 3x3 tbl. denně. Při infekčních zánětech nenahrazuje léčbu antibiotiky, ale zvyšuje jejich účinek. Děti: 1 tableta na 6 kg tělesné hmotnosti. Během těhotenství a kojení by mělo být podávání Wobenzymu kriticky zváženo. Balení: po 40, 200 a 800 enterosolventních tabletách. Uchování: při teplotě do 25°C. Způsob výdeje a úhrady: Volně prodejný lék. Bez úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Držitel rozhodnutí o registraci: Mucos Pharma GmbH & Co. KG, Německo, reg.č.: 67/322/91-C. Datum poslední revize SPČ: 10.5.2017. Úplné informace o léku jsou k dispozici v Souhrnu údajů o přípravku a na adrese: MUCOS Pharma CZ, s. r. o., Uhřetěveská 448, 252 43 Průhonice, tel.: 800 160 000, +420 267 750 003, e-mail: mucos@mucos.cz. Určeno pro odbornou veřejnost.





Racionální léčba nejčastějších respiračních nemocí u dětí

část 5.

MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 2, Praha

1.1.6 Laryngitis – „krup“

„Krup“ je název používaný pro infekční onemocnění horních cest dýchacích, pro která je typický různý stupeň obstrukce v oblasti hrtanu, projevující se inspiračním stridorem, štěkavým kašlem a chrapotem. V 19. století byla všechna taková onemocnění považována za záškrt. Dnes pod pojmem krup rozumíme především akutní virovou subglotickou laryngotracheitidu a spasmodický krup, dále pak laryngotracheobronchopneumonii a záškrt. V našich podmínkách je z těchto onemocnění zcela nejčastější spasmodický krup a subglotická laryngotracheitida. Obě tyto nemoci jsou si velmi podobné, klinicky je většinou nerozlišujeme a užívá se pro ně zjednodušeně název laryngitis acuta (subglotica). Někdy je také užíván název pseudokrups.

Etiopatogeneze

Etiologie subglotické laryngitidy je v drtivé většině případů virová. Nejběžnějšími vyvolavateli jsou viry influenzy A a B, parainfluenzaviry 1–3 a RS virus. Dále potom adenoviry, enteroviry, HSV, virus spalniček, reoviry a rinoviry. U imunokompromitovaných mohou být vyvolavateli kandidy, u novorozenců HSV 2 a *Pseudomonas aeruginosa*. Parainfluenzavirus 1 vyvolává onemocnění na podzim, typ 3 na jaře.

Rozdíl mezi spasmodickým krupem a akutní subglotickou laryngotracheitidou je v patogenezi a histologickém nálezu sliznice subglotického prostoru. U spasmodického krupu je sliznice bledá, edematózní, bez zánětlivé infiltrace leukocyty. U subglotické laryngotracheitidy je sliznice edematózní, zarudlá, lamina propria, adventitia a submucosa je infiltrována histiocyty, lymfocyty, plazmatickými buňkami a neutrofilami. Obě formy onemocnění jsou vyvolány viry. Předpokládaným patogenetickým mechanismem u spasmodického krupu je hypersenzitivita a hyperreaktivita sliznice dýchacích cest – obdobná jako u astmatu – vyvolaná infekcí parainfluenzaviry. U virové laryngitidy se jedná o typický virový

zánět s buněčnou infiltrací sliznice hrtanu a subglotického prostoru, ev. i trachey.

U záškrtu a bakteriální laryngotracheitidy dochází kromě zánětu i k nekrotickým sliznice a tvorbě mikroabscesů a pablán. V dýchacích cestách se hromadí hnis a zánětlivý exsudát.

Epidemiologie

Subglotická laryngotracheitida je vzácná před 6. měsícem a po 6. roce věku. Nejčastější je od 10. do 36. měsíce, kdy je subglotický prostor relativně úzký a mírný otok při virové infekci stačí k vyvolání klinicky významných příznaků.

Pokud se laryngitida objeví ve věku pod 6 měsíců, je nutné vyloučit vrozenou nebo získanou postintubační stenózu a další anomálie, například hemangiom, cévní prstenec, cizí těleso, tumor, zánět, gastroezofageální reflux. Diferenciálnědiagnostická rozvaha je nutná také tedy pokud laryngitida trvá déle než 10–14 dní nebo recidivuje. 5–16 % dětí prodělá laryngitidu minimálně jednou v životě a až 5 % opakovaně (více než 3×). V druhém roce věku prodělá laryngitidu 5 % dětí. Chlapci onemocní 1,5× častěji než dívky.

Klinické příznaky laryngitidy

Onemocnění začíná typicky rýmou a subfebrilní až febrilní teplotou. Po několika hodinách až dnech se náhle – většinou v noci – objeví inspirační stridor, chrapot, štěkavý kašel, dušnost. Inspirační stridor je vibrující monotónní zvuk slyšitelný v inspiriu, u laryngitidy je výše laděný, u chrápání při zvětšené adenoidní vegetaci a hypertrofii tonzil je laděný nížko. Poslechový nálezní na plicích je normální nebo jsou slyšitelné přenesené fenomény z horních cest dýchacích. Pouze při současné obstrukční bronchitidě jsou slyšitelné pískoty a vrzoty v expiriu.

Zhoršující se dušnost se projevuje stridorem i v expiriu, tachypnoí, zatahováním měkkých částí hrudníku a paradoxním abdominálním dýcháním s retrakcí dolní části hrudníku. V nejtěžších případech je

patrný alární souhyb a cyanóza. Hypoxie nejprve vede k agitaci, úzkosti, pokud dojde k rozvoji hyperkapnie, rozvíjí se postupně spavost a útlum. Trvání nemoci při nekomplikovaném průběhu je 3–7 dní. Při správné léčbě dušnost odezní během minut až hodin a někdy se v mírnější podobě vrací druhou noc. Kašel se postupně stane vlhký, stridor a chrapot mizejí. Pokud stridor trvá déle než 10 dní, je nutno vyloučit jiné příčiny.

U spasmodického krupu jsou teploty maximálně subfebrilní nebo nejsou vůbec a příznaky infekce – rýma – jsou mírnější nebo také chybějí. Dítě se v noci náhle budí s inspiračním stridorem a štěkavým kašlem. Dušnost není velká a příznaky spontánně odezní do 1–6 hodin, ale mohou se v následujících 4 dnech opakovat. Typické pro tento typ laryngitidy je opakování 3–50× za život. Vztah recidivujících laryngitid a atopie, alergie a astmatu byl zkoumán mnohokrát, výsledky jsou rozporuplné. Pro pacienty s opakovanou laryngitidou bez současné hvízdavé bronchitidy vztah k alergii a riziko astmatu prokázáno nebylo. Jiné studie však u dětí s recidivujícími laryngitidami prokazují vyšší výskyt atopie a astmatu. Problém je možná v odlišení současně probíhající obstrukce bronchiální, která může být laryngeálním stridorem maskována a na léčbu kortikoidy reaguje rovněž příznivě, stejně jako laryngitida. U dětí s recidivujícími obstrukčními bronchitidami je vazba s alergií a astmatem častá.

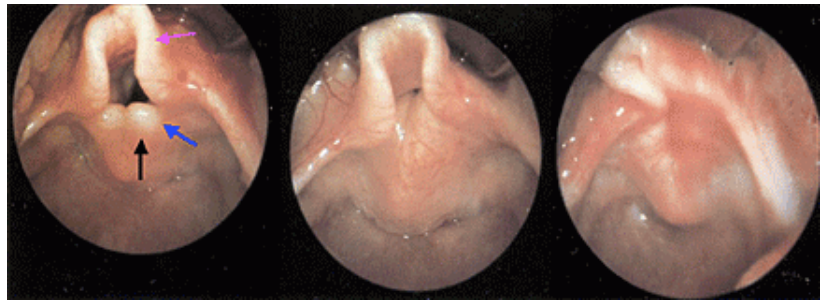
V klinické praxi je pro léčbu akutního stavu rozlišení spasmodického krupu a virové laryngotracheitidy nepodstatné. Reakce na léčbu je stejná a nebyl prokázán efekt jiné antialergické léčby (např. antihistaminik) kromě kortikosteroidů. Role adrenalinu v léčbě laryngitidy je v jeho lokálním, nikoliv celkovém působení.

Diagnóza

Pro diagnózu akutní laryngitidy postačují typické příznaky, žádné další vyšetření není nutné.



Obr 1 pozice větrčího psa při epiglottidě



Obr. 2 Vchlípnutí hrtanu při nádechu při kongenitálním stridoru. Epiglottis tvaru písmene omega

Diferenciální diagnóza

V diferenciální diagnostice akutní laryngitidy je nutné zvážit bakteriální tracheitidu – septický stav, podobný epiglottidě –, epiglottitidu – septický stav, stridor není výrazný, chybí štěkavý kašel, dítě sedí v mírném předklonu, natažený krk jako větrčící pes, sliní (obr. 1), nepolyká, má výrazné bolesti v krku–, kongenitální laryngální stridor, alergický otok hrtanu, vdechnuté nebo polknuté cizí těleso, hemangiom nebo cévní útlak v subglotickém prostoru, gastroezofageální reflux, hypertrofii tonzil, para- a retrofaryngální absces – klinicky podobné epiglottidě včetně polohy větrčího psa, tumory a cysty, papilomatózu, záškrť, dysfunkci hlasivek – paradoxní sevření hlasivek v nádechu, většinou školáci a adolescenti, je provokováno stresem a fyzickou zátěží, někdy imituje astma –, otravu paraquatem či poleptání po požití žíraviny, kyselin či jiných toxických látek, popálení při inhalaci horkého vzduchu, trauma (včetně postintubačního).

Kongenitální laryngeální stridor je způsoben zvýšenou poddajností supraglottické části laryngu a epiglottis v novorozeneckém a kojeneckém období. Typická je kornoutovitě stočená dlouhá epiglottis a supraglottické části hrtanu vchlípnutí se při nádechu (obr. 2). Stridor se může projevit až několik týdnů po narození – inspiračním stridorem závislým na poloze dítěte, zvýrazňujícím se vleže na zádech, zlepšujícím se v poloze na břiše. Zhoršuje se také při respiračních infektech, při zvýšeném dechovém úsilí. K jeho příznakům nepatří štěkavý kašel a teploty. Prognóza je příznivá, většinou s růstem dojde ke zpevnění hrtanu a problém vymizí. Pokud se problém v časovém vývoji nezlepšuje nebo je závažný a komplikuje i pití, je nutné vyšetření včetně endoskopie. Vzácně je nutná na přechodnou dobu tracheostomie, jinak je léčba symptomatická, inhalace

vincentky a péče o průchodnost nosu, prevence infekcí.

Při alergické reakci – Quinckeho edému

– jsou kromě hrtanu postiženy většinou i další orgány – dochází k otoku rtů, vyvíjí se kopřivka a otoky podkoží a další příznaky až šok. Pro diagnózu je důležitá anamnéza kontaktu s alergenem. Prvotní léčba spočívá v okamžitém zamezení kontaktu s alergenem, podání adrenalinu 0,01 mg/kg intramuskulárně nebo lépe intravenózně, dle potřeby opakovaně, eventuálně v zajištění dýchacích cest intubací, v nejkrajnějším případě koniotomií nebo při dostatečné zkušenosti pracoviště urgentní tracheostomií. Kortikoidy a antihistaminika jsou podávány v dalším sledu.

Aspirovaná cizí tělesa – nejčastěji kosti nebo plastové částičky mohou uvíznout v laryngu nebo subglotickém prostoru a vyvolávat stridor. Stejně se mohou chovat i polknutá cizí tělesa uvízlá v horní části jícnu. Zpravidla v těchto situacích ale chybí příznaky virového onemocnění, jako je rýma a teploty. Při polknutém cizím tělese je nápadné slinění, bolest při polykání. Při stridoru trvajícím déle než 10 dní je vždy nutné endoskopické vyšetření.

Hemangiomy mohou být v kterémkoliv orgánu. Do 1 roku věku se rychle zvětšují a při jejich lokalizaci v subglotickém prostoru mohou vyvolat stridor, který je zhoršen při infektu, kdy sliznice otékají. Stridor přetrvává i po odeznění akutní infekce. V 50 % jsou hemangiomy patrné také v kůži. V poslední době je úspěšná léčba hemangiomů perorálně podávaným propranololem po dobu několika měsíců. Dříve byly podávány kortikoidy a interferon alfa, ale s výraznějšími vedlejšími účinky než novější léčba propranololem. Při neúspěchu konzervativní léčby je řešením tracheostomie, kterou lze zrušit po spontánní involuci hemangiomu věkem.

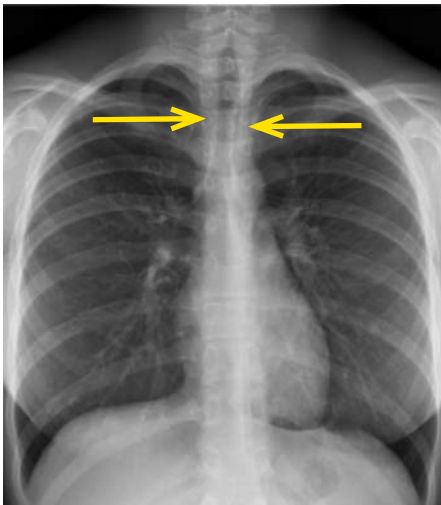
Gastroezofageální reflux (GER) může zhoršovat nebo vyvolávat kromě gastrointestinálních problémů i obtíže respirační včetně recidivujících laryngitid. Mechanismus je jak reflexní – vagovým drážděním, tak přímý, mikroaspiracemi a chemickou iritací sliznic. Zlatým standardem diagnostiky patologického GER je 24hodinová pH-metrie/impedance jícnu. Léčba patologického kyselého GERD je inhibitor protonové pumpy 1–2 mg/kg den v jedné denní dávce. Prokinetika jsou možná až od 15 let věku. Přínosná může být fyzioterapie bránice.

Záškrť – difterie je onemocnění v zemích s pravidelným očkováním vzácné. Může se ale objevit u neočkovaných dětí po kontaktu s přistěhovalci ze zemí, kde se onemocnění vyskytuje. Začíná jako běžné virové onemocnění horních cest dýchacích, ale záhy se objevují šedobílé plablány na tonzilách a v hrtanu, které pevně lpějí k povrchu a při odstraňování krvácejí. Významně zužují průsvit dýchacích cest. Charakteristický je nasládlý zápach, afonie a otok krku. Toxiny způsobí ochrnutí orofaryngeálních a dýchacích svalů a také myokarditidu. Léčba je vysokými dávkami penicilinu nebo makrolidy a podáním antiséra proti difterickému toxinu. Průběh si může vyžádat i zajištění dýchacích cest intubací a resuscitační péči.

Vyšetření pro diferenciální diagnostiku laryngitidy a stridoru

Vizualizace supraglottické části hrtanu a hlasivek je možná nazálně zavedeným fibroskopem i u kojenců bez celkové anestezie. Zkušený otorinolaryngolog zhodnotí tvar, velikost a pohyby epiglottis, arythenoidů a hlasivek a potvrdí diagnózu kongenitálního stridoru, případně zhodnotí jinou patologii. Provádí se ambulantně.

ORL vyšetření také zhodnotí horní cesty dýchací, nosní sliznici, adenoidní vegetaci, tonzily, středouši.



Obr. 3 Zadopřední skiagram hrudníku a hrtanu: zúžení subglotického prostoru u dívky s Wegenerovou granulomatózou

Zadopřední a ev. boční RTG plic se zachycením hrtanu ukáže ev. zúžení subglotického prostoru (obr. 3), cizí těleso, zvětšení thymu a eventuální plicní patologii. Při výrazné dušnosti provádíme toto vyšetření pouze v přítomnosti zkušeného anesteziologa, schopného intubovat dítě s obstrukcí horních cest dýchacích. Pro laryngitidu je typické zúžení subglotického prostoru na zadopředním snímku a na bočním snímku je patrné rozšíření hypofaryngu a zastření v subglotické oblasti. Zduřelá epiglotis při epiglotitidě v bočním snímku připomíná palec, za normálních okolností je jako lístek. V laboratorních krevních testech je při laryngitidě nízká zánětlivá aktivita.

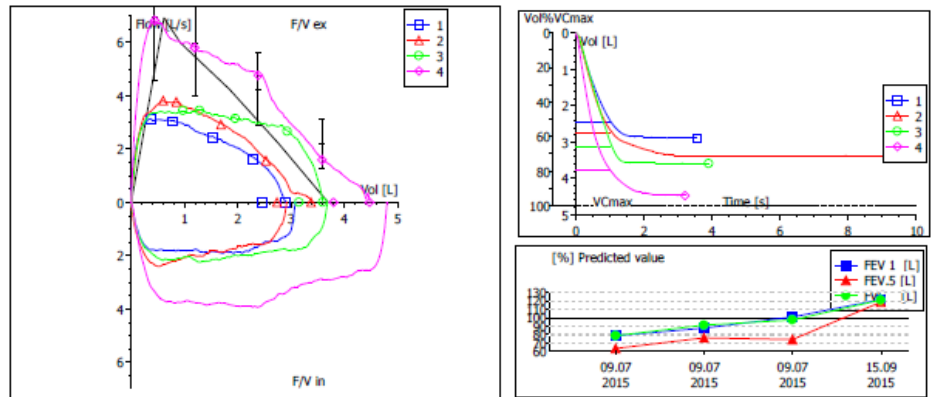
Polykací akt – pasáž jícnem – může ukázat cévní imprese nebo cizí těleso, tlačící na dýchací cesty. Ukáže také anatomii a motilitu jícnu, což může přispět k diagnostice patologického GER.

Echokardiografické vyšetření slouží k odhalení anomálního průběhu velkých cév a srdeční vady, změny velikosti srdečních oddílů, naléhání na dýchací cesty.

Ultrazvuk mediastina prokáže zvětšený thymus a začíná se užívat i k hodnocení mediastinálních uzlin

Spirometrie u spolupracujících dětí pomůže odlišit dynamickou a fixní stenózu velkých i malých dýchacích cest. Při dynamické stenóze je oploštělá křivka nádechu, výdech může být volný.

- Pokud je výdechová rychlost zprvu normální, ale záhy dojde k jejím skokovému poklesu, jedná se o kolaps velkých dýchacích cest, svědčící pro tracheomalacii.



	Pred	M1	%Ná11	M2	%Ná12	D#2/1	M2-1	Akt.3	%ná13	D#3/1
Datum	090715	090715		090715				090715		
Čas	09:27dop	09:33dop		09:48do				09:48do		
Subst.								ventoli		
FVC	3.69	2.89	78.4	3.37	91.3	16.5	0.48	3.60	97.5	24.4
FEV.5	2.31	1.46	63.4	1.76	76.1	20.0	0.29	1.70	73.8	16.4
FEV 1	3.12	2.45	78.3	2.74	87.6	11.9	0.29	3.15	100.8	28.8
FEV1%F	83.65	84.55	101.1	81.23	97.1	-3.9	-3.33	87.55	104.7	3.5
PEF	6.92	3.14	45.4	3.81	55.0	21.3	0.67	3.44	49.7	9.6
MEF 75	5.99	3.04	50.8	3.76	62.8	23.6	0.72	3.44	57.5	13.2
MEF 50	4.25	2.43	57.2	2.92	68.8	20.4	0.49	3.14	74.0	25.5
MEF 25	2.19	1.64	74.7	1.56	71.0	-4.9	-0.08	2.66	121.2	62.3
MMEF	3.84	2.32	60.4	2.64	68.9	14.0	0.32	3.06	79.8	32.1
MEF50%		83.90		86.69		3.3	2.79	87.36		4.1
AEX	31.80	6.46	20.3	8.13	25.6	25.9	1.67	10.23	32.2	58.3
PIF	6.17	1.93	31.2	2.41	39.1	25.0	0.48	2.26	36.6	17.1

Obr. 4 Křivka průtok objem při fixní subglotické stenóze – oploštění nádechové i výdechové části při zachovalém objemu – modrá, červená a zelená křivka. Normalizace po léčbě – růžová křivka

- Pokud je oploštělá křivka nádechu i výdechu, jedná se o těsnou stenózu, která je fixní (obr. 4).
- Normální nádech a snížení rychlosti ke konci výdechu ukazuje zúžení menších dýchacích cest při astmatu.

K invazivnějším vyšetřením patří:

Pro potvrzení GERD je nutná 24hodinová jícnová pH-metrie/impedance. CT nebo MRI s kontrastem jsou vhodné jednak k hodnocení mediastina, ale také plicního parenchymu (CT), hrtanu a trachey. U nespolupracujících je nutná celková anestezie. Při CT vzhledem ke krátkosti výkonu (vteřiny) může stačit sedace (br. 5, 6).

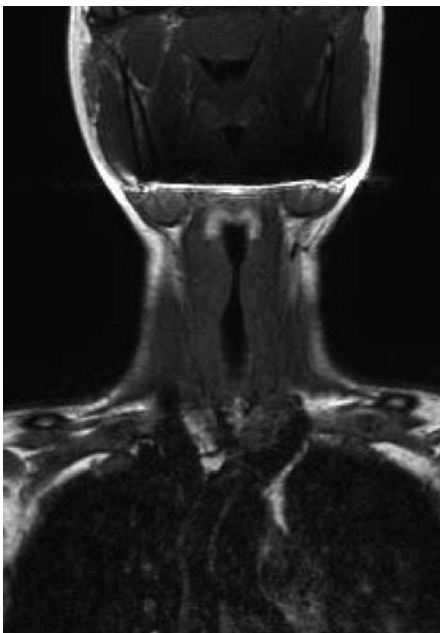
Při podezření na problém subglotické části je nutná bronchoskopie v celkové anestezii (obr. 7). Odhalí i eventuální další anomálie dýchacích cest, může být kurativní – odstranění cizího tělesa, hlenové zátky, odebere materiál k dalším vyšetřením – cytologii, kultivaci.

Klasifikace laryngitidy podle závažnosti

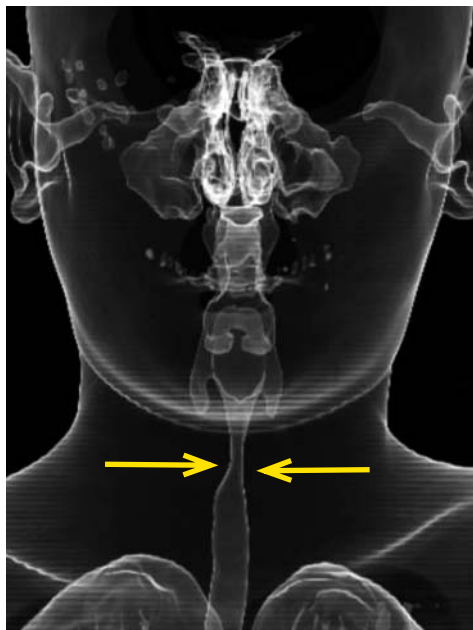
Existuje mnoho klasifikačních schémat, podle kterých je určována závažnost laryngitidy. V anglosaské a německé literatuře je nejčastěji používáno Westleyho skóre, u nás se vžilo skóre publikované v roce 1975 Downesem a Raphaelym (viz tabulku 1).

Tabulka 1

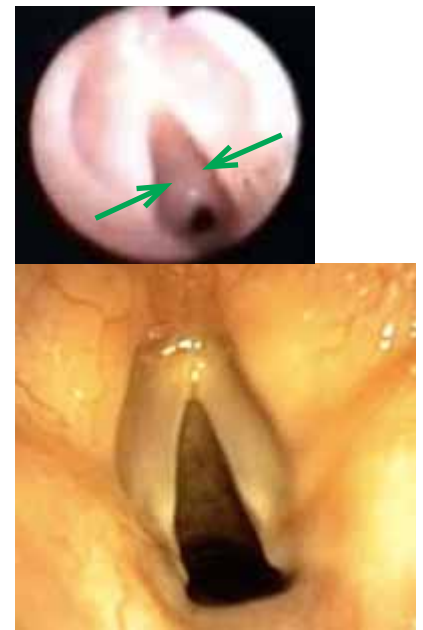
	Klinické skóre virové laryngitidy (Downes a Raphaelym)		
	0	1	2
Inspirační šelesty	Normální	Drsné rachoty	Tiché
Stridor	Není	Inspirační	Inspiračně-expirační
Kašel	Není	Drsný při pláči	Štěkavý
Zatahování a alární souhyb	Není	Alární souhyb a zatahování suprasternálních měkkých částí	Jako u 1 + zatahování subkostálních a interkostálních měkkých částí
Cyanóza	Není	Při inhalaci normálního vzduchu	Při inhalaci 40% O ₂



Obr. 5 MRI obraz té samé pacientky



Obr. 6 CT prostorová rekonstrukce té samé pacientky



Obr. 7 Endoskopický pohled na subglotic-kou stenózu nahoře, dole normální nález

Do skóre 3 je stupeň lehký, od 4 do 6 střední a 7 a více závažný, vyžadující intubaci.

Od skóre 3–4 je doporučována hospitalizace, záleží to ale na zvyklostech pracoviště a také na možnostech opakované kontroly pacienta při ambulantní péči. Skóre 3 – inspirační stridor a štěkavý kašel – má totiž téměř každý pacient s laryngitidou. Jsou to základní příznaky, podle kterých laryngitidu vlastně poznáme.

Skórovací systémy byly velmi výhodné pro studie o účinnosti léků, v běžné klinické praxi však vždy užívány nejsou. Závažnost onemocnění hodnotíme nejen podle bodového skóre, ale hlavně podle celkového klinického obrazu. Příkladem klinických hodnocení jsou:

(Německé schéma klinického hodnocení závažnosti laryngitidy)

Velmi lehký stupeň: inspirační stridor jen při neklidu, pohyby hrudníku normální, celkový stav dobrý.

Mírný stupeň: inspirační stridor i v klidu, zapadání jugula a interkostálních svalů v inspiriu, mírná alterace a dušnost.

Střední stupeň: inspirační a mírný expirační stridor, kromě retrakcí v inspiriu i prodloužení expiria, neklid, úzkost, tachykardie, dušnost, hypoxie.

Těžký stupeň: inspiračně-expirační stridor, kromě retrakcí v inspiriu i prodloužení expiria s aktivním zapojením břišních svalů, vyčerpání, hypotonie, hypoxie, hyperkapnie.

(Kanadské schéma klinického hodnocení závažnosti laryngitidy)

Mírný stupeň: občasný štěkavý kašel, bez klidového stridoru, mírné suprasternální a interkostální retrakce.

Střední stupeň: častý štěkavý kašel, klidový inspirační stridor, suprasternální a interkostální retrakce v klidu, dítě není agitované.

Těžký stupeň: častý štěkavý kašel, inspirační a občas i expirační stridor, výrazné retrakce sternu, agitace, neklid, úzkost.

Hrozící respirační selhání: štěkavý kašel, může být nevýrazný, klidový stridor – může chybět, sternální retrakce – mohou být nenápadné, letargie, spavost, prošedlá barva kůže.

Léčba

Přístup k dušnému dítěti musí být co nejšetrnější, každý stres významně zhoršuje dušnost. Dítě vyšetřujeme v náručí rodičů a až na některé výjimky je vhodné při jasném klinickém obraze vynechat nepříjemné procedury, jako je vyšetření hrdla při odporu dítěte nebo odběr krve.

Prospěšná je zvýšená poloha, při saturaci pod 93 % je nutná inhalace zvlhčeného kyslíku. Inhalace izosmolárních roztoků nemá prokazatelnou účinnost a pokud je dítě při ní neklidné a pláče, může to situaci spíše zhoršit. Pro inhalaci chladného vzduchu neexistují sice prokazatelné argumenty podložené studiemi, ale dle zkušeností přináší chladný vzduch většině pacientů úlevu. V některých

zemích je doporučována inhalace teplé páry, např. ze sprchy nebo nad vanou; rovněž bez vědeckých důkazů o účinnosti.

Lékem volby jsou i u mírných forem onemocnění kortikoidy per os nebo parenterálně či nebulizovaně. Mechanismus jejich účinku u laryngitidy není dosud plně objasněn. Předpokládá se nejen protizánětlivý efekt, ale také efekt vazokonstrikční a stabilizace membrán. Nejčastěji doporučovaným kortikoidem je dexamethason. Dávky od 0,15 do 0,6 mg/kg/den mají srovnatelnou účinnost u mírných i závažných forem. Mezi perorálním a parenterálním podáním dexamethasonu není v účinnosti rozdíl. Nebulizovaný budesonid v dávce 2 mg má rychlejší nástup účinku. Vstřebání po rektálním podání kortikoidů je 20–80 %, takže velmi variabilní, a proto je lépe se této formě podání vyhnout. Prednison účinkuje později než dexamethason, protože aktivní metabolit se tvoří až po průchodu játry. Nelze od něj očekávat akutní úlevu, účinek nastává až za 30–60 minut. Podání kortikoidů by mělo postačit jednorázově, pouze v nejtěžších případech je nutné je opakovat – zpravidla v šestihodinových intervalech. Před bolestivým intramuskulárním nebo intravenózním podáním je nutné korigovat eventuální hypoxii, jinak hrozí podobně jako u akutní epiglottitidy reflexní kardiopulmonální zástava.

Inhalace budesonidu je doporučována 2× denně 2 mg tryskovou nebulizací (nikoliv ultrazvukovou, neboť ultrazvuk poškozuje



strukturu molekuly léku), nejlépe s nádechem aktivovaným odměřením dávky léku. Inhalace stačí podávat jeden až 2 dny.

Pokud nedojde po podání kortikoidů do 60 minut ke zlepšení, je indikována inhalace adrenalinu. Při těžké laryngitidě je inhalace adrenalinu podávána hned v úvodu, současně s kortikoidy. Po inhalaci adrenalinu je nutná observace po dobu alespoň 3 hodin, protože léčebný efekt je krátkodobý a již za dvě hodiny může dojít k relapsu obtíží.

Obvyklé dávky jsou 0,5 mg/kg adrenalinu nebulizovaně maskou v koncentraci 1 mg/1–2 ml fyziologického roztoku, maximálně však 5 mg. Dávky lze opakovat po 2 hodinách i častěji, pokud je nutné. Podání adrenalinu bez současného či předchozího podání kortikoidů není doporučováno.

Kontraindikací podání adrenalinu je srdeční vada s obstrukcí výtokového traktu levé komory a arytmie.

Vhodné je zajištění volné průchodnosti nosu oplachy sliznice izotonickým nebo hypertonickým solným roztokem a krátkodobě (ev. 1–3 dny) kapkami s anemizačním účinkem. Přijetí na JIP je indikováno, pokud je dítě agitované, hypoxické, cyanotické, má tachykardii a je vyčerpané; dle skórovacího systému při 5 a více bodech dle Downese. Při skóre 7 a více i po 30 minutách od zahájení léčby je doporučována intubace a umělá plicní ventilace.

Podávání antitusik, antihistaminik, mukolytik nemá větší účinnost než placebo. Antibiotika rovněž indikována nejsou.

Pokud je laryngitida vyvolána chřipkovým virem, je možná léčba oseltamivirem. Průběh laryngitidy však tato léčba neovlivní.

Inhalace Helioxu (směs helium:kyslík 70:30) je stejně účinná jako nebulizovaný adrenalin, ale podstatně nákladnější, a proto se v praxi používá jen zřídka.

Pokud selže konzervativní léčba a hrozí respirační selhání, je nutná intubace v inhalační anestezii, anesteziologem se zkušenostmi s dětmi. Stává se to u cca 1 % těžkých případů. Používá se o 0,5–1 mm užší endotracheální kanyla, než by byla adekvátní velikosti dítěte. O extubaci je možno se pokusit, pokud se objeví únik vzduchu okolo kanyly, což je známkou odeznění otoku, nebo po cca pěti dnech.

Pokud se nepodaří intubace, lze zkusit inhalaci z úst do úst nebo maskou za použití vyšších tlaků k překonání subglotické stenózy. Další možností je zavedení několika silných intravenózních kanyl skrze ligamentum conicum nebo použití punkčního setu

Obr.8 Inhalace adrenalinu při laryngitidě



k provedení koniopunkce. Tracheostomii by měl provádět pouze zkušený operatér.

Průběh a prognóza

85 % dětí má mírný průběh, u poloviny pacientů se laryngitida opakuje, intubace je nutná u 1 % dětí se závažným průběhem.

Recidivující laryngitidy

Recidivující laryngitidy jsou 3 a více laryngitid za rok.

Při recidivujících laryngitidách musíme podrobnou anamnézou zhodnotit prostředí a vyvolávající faktory. Je nutné zamezení pasivnímu kouření a expozici exhalacím a dalším škodlivinám. Při respiračních infektech je vhodné věnovat zvýšenou péči průchodnosti nosu (oplachy sliznice izotonickými roztoky, šetrné odsávání, ev. přechodně krátkodobě na noc anemizační nosní gtt.). Prostředí, ve kterém dítě spí, má mít optimálně teplotu okolo 18 °C, vlhkost okolo 55 %.

Diferenciální diagnóza je podobná jako u akutní laryngitidy a stridoru. Na rozdíl od akutní laryngitidy, kde se situace rychle vyjasní a potom není potřeba dalších vyšetření, je při recidivujících laryngitidách vhodné vyšetření provést.

Vyšetření

RTG krku a horní etáže dýchacích cest pomůže objasnit anatomické příčiny nebo odhalí cizí těleso. Dále je někdy přínosné vyšetření alergologické; pokud je prokázána alergie, je vhodná léčba antihistaminiky a ev. nazálními steroidy. Tato léčba pomůže odstranit nosní obstrukci a alergický zánět v oblasti horních cest dýchacích a sníží tak jejich hyperreaktivitu.

Podle diferenciálnědiagnostické rozvahy přicházejí v úvahu další vyšetření jako při diferenciální diagnostice stridoru. Je to 24hodinová pH-metrie/impedance, pasáž jícnem, ECHO kardiografické vyšetření, funkční vyšetření plic, ev. s provedením

bronchomotorických testů k objektivizaci možné bronchiální obstrukce a její dynamiky a lokalizace. Laryngitidy mohou probíhat i v kombinaci s obstrukčními bronchitidami, které nemusejí být vždy podle klinického nálezu rozpoznány, a může se jednat i o astma, jehož exacerbace se objevují spolu s laryngitidami. Inspiračně-expirační stridor může přehlušit jemnější dýchací šelesty pocházející z dolních cest dýchacích. Může se jednat již o projevy astmatu, které jsou takto maskovány. Nález reverzibilní obstrukce dýchacích cest diagnózu astmatu podpoří. Závažnost atak je při antiastmatické léčbě zmírněna, protože je odstraněna bronchiální obstrukce, která předtím laryngitidy komplikovala. Bronchoskopické vyšetření je nutné k přesnému zobrazení poměrů v dýchacích cestách.

Léčba

Při nálezu příčiny recidiv laryngitidy léčíme, pokud to jde, kauzálně – alergii, současně probíhající astma, GER, hemangiomy (propranololem), operace cévních anomálií, eventuálně tumorů či snesení papilomů, dilatace či resekce postintubační stenózy. Pokud se i přesto laryngitida objeví, je její léčba stejná jako akutní laryngitidy. U často recidivujících laryngitid s nutností opakovaného podání kortikoidů je ale vhodnější podávání nebulizované, které na rozdíl od celkového podání méně zatěžuje organismus kortikoidy. Pacient musí být vybaven tryskovým inhalátorem. Při desítkách laryngitid za rok a opakovaném podání kortikoidů celkově se negativní systémové účinky kortikoidů již mohou projevit.

Prevence

Prevenčí laryngitid je nekuřácké prostředí, vzduch bez znečištění, otužování, zdravý životní styl, prevence infekcí, očkování.



Ze světa odborné literatury...

■ Krátkodobé a dlouhodobé psychosociální důsledky po jednotlivé epizodě těžké alkoholové intoxikace u adolescentů

Zatím nejsou všeobecně známy krátkodobé a dlouhodobé následky po těžké alkoholové intoxikaci u adolescentů. Dvacet čtyři adolescentů (12 chlapců a 12 dívek) průměrného věku 18 let bylo přijato na pediatrické oddělení s těžkou alkoholovou intoxikací. Dalších 32 pacientů bylo konzultováno ohledně následků po takové epizodě. Tato konzultace byla prováděna 2–3 roky po uvedeném těžkém abúzu. Bylo sledováno, že krátkodobé psychosociální následky v rodinném životě, s přáteli a ve škole byly retrospektivně posuzovány více neutrálně a více pozitivně než negativně u adolescentů a jejich rodin. 88 % všech sledovaných jedinců se zachytilo přímo do 6 měsíců po abúzu. Následně pak kvalita života byla srovnatelná s normou, sociální funkce se zlepšovaly, stejně jako jejich mentální zdraví. Ze souboru nakonec opustilo studium celkem devět sledovaných účastníků. Alkohol zapříčiňuje více než třetinu úmrtí v USA; pokud k tomu připočteme spoluúčast na suicidii, tento podíl stoupá na 75 %. S tím souvisí depresivní a anxiózní symptomatologie. Je také zajímavé, že 21 matek těchto adolescentů mělo problémy s alkoholem. Čtyři adolescenti uváděli negativní důsledky pro školu, ostatní (83 %) překvapivě žádné následky pro školu neuváděli. 12 % adolescentů uvádělo možnost zapomenout na osobní problémy.

Eur J Pediatr. 2016;175:895–901

■ Zánětlivý pseudotumor – chirurgické řešení zánětlivého syndromu

V práci jsou popisovány čtyři adolescentky, které se prezentují zánětlivými symptomy. Extenzivní diagnostické vyšetřování nakonec ukazuje tumory v různých lokalizacích. Po chirurgickém odstranění se klinické a laboratorní ukazatele velmi rychle normalizují. Při histologickém vyšetření tumory vykazují zánětlivé buňky charakteristické pro klasifikace zánětlivých pseudotumorů. Histologicky se jedná většinou o benigní myofibroblastické tumory v měkkých tkáních. Vlastní tumory

vykazují nekrózu, hemoragie, fokální kalcifikace a mitotickou aktivitu. Tyto tumory jsou asociovány se zvýšením cytokinové sekrece. Pacienti se prezentují únavou, ztrátou váhy, nejasnými teplotami, nočním pocením, bolestmi břicha a lymfadenopatií. Čtyři pacienti: 12 let, 5 let, 14 let a 12 let. Léčebně byly tumory ovlivnitelné antibiotiky s vysokými dávkami prednisolonu v kombinaci s indometacinem a metotrexátem nebo methylprednisolonem a metotrexátem nebo steroidy či antiflogistiky. Lokalizací byla pak scapula, portální žíly ústící do jater, intrahepatální tumor a levý renální hilus.

Eur J Pediatr. 2016;175:903–908

■ Glukosidázová aktivita – nový diagnostický ukazatel pro nekrotizující enterokolitidu

Zkoušeli schopnost využití stanovení sérové glukosidázy (CBG) k dg. nekrotizující enterokolitidy (NEC). Srovnávali výsledky u 192 zdravých novorozenců a 13 novorozenců s NEC. NEC pozitivní novorozenci měli hodnoty CBG aktivity více než dvojnásobné. NEC postihuje novorozence pod 1 500 g. Probíhá letálně, pokud není včas léčena. Jedná se zřejmě o další citlivý biomarker ke včasné dg.

Eur J Pediatr. 2016;175:931–941

■ Ošetřování Cushingova syndromu u dětí a adolescentů

Ošetřování dětí s Cushingovým syndromem je vysoce náročné. Článek pojednává o 30 pacientech (14 děvčat) v jednotlivých endokrinologických centrech po dobu 30 let. Střední věk byl 8,9 roku a společnou manifestací pak bylo nabývání váhy, hirsutismus, akné a hypertenze. Růstová retardace byla přítomna u 1/3 pacientů. Body mass index byl +2,1. Volný kortizol v moči byl abnormální u 94 %, noční kortizol v séru abnormální ve 100 % a test supresorový s nízkou dávkou dexamethasonu byl pozitivní ve 100 %. Po supresi vysokou dávkou dexamethasonu test byl abnormální ve 100 % u adrenálních tumorů, v 10 % u Cushingovy nemoci a v 50 % u ektopických tumorů. Všichni pacienti byli chirurgicky řešeni a následně dostávali kortizol. Konečná dg byla 16× Cushingova choroba, 11× adrenální nemoc, 2× ektopická ACTH sekreční léze a 1× nede-

finovaná etiologie. Jeden rok po dg BMI dříve klesla z +2,1 na 0,5. Hypertenze jen ve 28 % a 43 % bylo jen na hydrokortizonu. Studie zahrnují případy s různou etiologií endogenní hyperkortizolémie (pituitární, adrenální, ektopickou), dovolující srovnání různých prezentací, diagnóz a ošetřování. V časném dětství se objevuje především u chlapců, později je dívčí predominance. Společnou příčinou je exogenní iatrogenní expozice glukokortikoidům nebo ACTH. Endogenní Cushing syndrom (CS) může být dělen na ACTH dependentní a independentní. Independentní je zapříčiněn zvýšenou produkcí kortizolu z adrenálních tumorů nebo adrenální hyperplazií. U ACTH dependentních pak je exces ACTH způsoben pituitární žlázou – Cushingova nemoc. Je nutné upozornit praktické pediatry, že většina adrenokortikálních tumorů se prezentuje virilizací nebo předčasnou pubertou. Léčení endokrinních a neendokrinních komplikací: U Cushingovy nemoci: ACTH deficiencie, tranzitní diabetes insipidus, perzistentní diabetes insipidus, TSH deficiencie, gonadotropinová deficiencie. U adrenálního hyperkortikalismu je primární glukokortikoidní deficiencie, primární mineralokortikoidní deficiencie. Z testů je velmi včasný primární volný kortizol v moči a půlnoční sérový kortizol.

Eur J Pediatr. 2016;175:967–976

■ Je deficit vitamínu D spojen se zvýšením incidence neonatální sepse?

V práci se uvádí, že hladina 25-hydroxyvitamínu D v pupečnickové krvi a možný včasný začátek neonatální sepse spolu souvisejí. Studie se opírá o 83 novorozenců, z nichž 40 bylo suspektních ze včasného začátku neonatální sepse a 43 bylo v rámci kontrolní skupiny. Pupečnicková hladina 25-OHD pod 30 ng/ml a k tomu prematurita jsou podezřelé ze zvýšeného výskytu neonatální sepse. Měření hladiny vitamínu D během gravidity je prevencí následně možné neonatální sepse.

Eur J Pediatr. 2015;174:817–818

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



INZERCE

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). **Analyzátory: 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 na Jižním Městě**, od ledna 2018. Kontakt 608 44 29 28.

493 8-17

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

494 8-17

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

495 9-17

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

496 9-17

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

497 9-17

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

498 9-17

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

499 9-17

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

500 10-17

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

501 10-17

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

502 10-17

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

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

Autodidaktický test 9/2017

Farmakologie

- Většina léků ovlivňujících funkce CNS působí na úrovni nervových synapsí. Přenos vzruchu na synapsích je realizován v malém procentu formou elektrické synapse, v naprosté většině je ale realizován chemicky, a to prostřednictvím neurotransmiterů. Neurotransmitery jsou uvolněny impulsem ze zásobních granulí presynaptického neuronu na postsynaptický neuron, kde aktivují receptory. Některé neurotransmitery se uvolňují i do krevního řečiště a berou tak na sebe navíc funkci tzv. neurohormonů. Mezi níže uvedené neurotransmitery nepatří:**
 - acetylcholin
 - adrenalin
 - angiotenzin
 - bradykinin
 - dopamin
 - GABA (kyselina gama-aminomáselná)
 - glutamát
 - histamin
 - kofein
 - leukotrieny
 - noradrenalin
 - oxytocin
 - prostaglandiny
 - rhodopsin
 - serotonin
 - tyroxin
 - vazopresin
- Nevhodnou kombinací dalších látek při léčbě sertralinem může dojít k extrémnímu navýšení serotoninu na postsynaptických receptorech za vzniku serotoninového syndromu. V současné době je známo 7 podtypů serotoninových receptorů a spektrum příznaků je podmíněno jejich aktivací. Z centrálních symptomů se objevuje zmatenost, mánie, dysartrie, třes, svalové záškuby, motorická inkoordinace, z periferních to jsou abdominální křeče, průjem, meteorismus, hypertenze, tachykardie, pocení, kardiovaskulární kolaps. Sertralin by neměl být užíván v kombinaci s:**
 - inhibitory monoaminoxidázy (MAO)
 - tyraminem (obsažen bohatě v sýrech, zakysaných mléčných produktech, červeném vínu, čokoládě, CocaCole, sóje ...)
 - tramadolem
 - acetylcysteinem
 - třezalkou
 - betablokátory
 - blokátory Ca kanálů
 - desmopresinem (např. Minirin)
- Každý typ neurotransmiteru ovlivňuje příslušný typ receptoru a dle typu a podtypu receptoru dochází buď k excitaci, či inhibici vzruchu. Přenos vzruchu přes synapsi je reverzibilní, a to buď enzymatickou degradací neurotransmiteru, anebo jeho aktivním zpětným vychytáním. Dalším regulačním mechanismem je snížení/zvýšení senzitivity nebo počtu receptorů pro neurotransmiter při jeho nadbytku/nedostatku. Serotonin je syntetizován z tryptofanu hydroxylací na 5-hydroxytryptofan a následnou dekarboxylací na 5-hydroxytryptamin = serotonin. Serotoninový systém zasahuje do různých centrálních funkcí, jako je útlum, deprese, spánek, úzkost, agresivita, sexualita, bolesti hlavy, příjem potravy aj. Funkci chemických synapsí lze ovlivňovat léky. Jednou z látek, která zasahuje do serotoninového systému, je sertralin (u nás registrovaný pod názvem Asentra, Sertralin, Setalof, Zolof). Indikací jsou deprese, posttraumatická stresová porucha a sociální úzkostná porucha u dospělých a u dětí od 6 let a dospělých obsedantně-kompulsivní porucha. Jakým mechanismem sertralin účinkuje?**
 - stimuluje uvolňování serotoninu z presynaptických granulí
 - inhibuje zpětné vychytávání serotoninu zpět do serotoninergních nervových zakončení
 - snižuje množství serotoninových receptorů na postsynaptické membráně
 - kompetitivně excituje serotoninové receptory na postsynaptické membráně
- Sestavení vhodné klasifikace antibiotik je obtížné, většinou se používá klasifikace dle chemické struktury, která umožňuje charakterizovat společné znaky, jako je např. farmakokinetika, farmakodynamika, výskyt nežádoucích účinků, riziko hypersenzitivity, zkřížená rezistence apod. Nevýhodou chemické klasifikace je ale to, že dostatečně necharakterizuje antimikrobiální účinnost. Jednou skupinou dle chemického dělení ATB jsou betalaktamová antibiotika (obsahují betalaktamové jádro). Tato antibiotika jsou baktericidní, a to díky schopnosti narušit stavbu buněčné stěny bakterie (blokádu transpeptidáz, které zodpovídají za pevnost stěny, a aktivací enzymů katalyzujících peptidoglykan ve stěně bakterií vedoucí k lýze buňky). Mezi betalaktamová antibiotika patří:**
 - azitromycin
 - cefalosporiny
 - klindamycin
 - peniciliny (např. penicilin, amoxicilin)
 - trimethoprim



BEXSERO

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

Od PRVNÍCH KRŮČKŮ k PRVNÍM SCHŮZKÁM

Pomozte ochránit své pacienty proti MenB!

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

Nejvyšší
riziko MenB*
je u dětí do
1 roku!

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

1. Zprávy CEM (SZÚ, Praha) 2017; 26(2): 60-66. 2. SPC Bexsero 8. 2. 2017. *Meningokokové onemocnění séro skupiny B.

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



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

CZ/BEX/0011/17
schváleno 9/2017



Správné základy do života Spolehlivá péče podpořená vědou



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

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



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

Důležité upozornění:

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje, aby těhotné ženy a matky byly informovány o výhodách a nadřazenosti kojení – zejména o skutečnosti, že mateřské mléko poskytuje 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 rozhodují nekajit. 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.

¹ 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.