



CO JE TO VLASTNĚ TEN SEX-APPEAL?

- Úhrady poskytovaných služeb hrazených z v.z.p. od 1. 1. 2020
- Kožní projevy endokrinních onemocnění u dětí a dospívajících
- Tinea incognito u tříletého chlapce
- Závažná forma akné s makrokomedony
- Rozšíření možností lokální terapie atopické dermatitidy v ordinaci praktického lékaře či alergologa
- Prevence kardiovaskulárních projevů aterosklerózy v primární péči o děti a adolescenty
- Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 2/2020/CAU ze dne 10. prosince 2019

S láskou k přírodě a našim dětem



PŘÍRODNÍ SIRUP VYSOKÉ KVALITY



ERDOHerbal medový sirup obsahuje
přírodní složky rozpuštěné v medu ověřené kvality a původu.

- ✦ Extrakty z proskurníku a tymiánu pro zdravé dýchací cesty,
propolis a niacin pro normální stav sliznic.

Neobsahuje řepný cukr, alkohol, konzervanty a jiná aditiva. Doplněk stravy.



Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Páteří 7, 635 00 Brno, www.angelini.cz

www.erdoherbal.cz

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	- Úhrady poskytovaných služeb hrazených z v.z.p. od 1. 1. 2020 - Doporučení k jedincům s cestovatelskou anamnézou - Očkování nepojištěných fyzických osob - Metodika k zajištění financování pravidelného očkování fyzických osob, které nejsou pojištěnci podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění - Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny vytvořily mapu urgentních příjmů - Informace SÚKL – Změna vyjádření síly léčivého přípravku Degan 10 mg roztok pro injekci	
	Prof. MUDr. Jan Lebl, CSc. Kožní projevy endokrinních onemocnění u dětí a dospívajících	13
	MUDr. Karolína Svobodová Tinea incognita u tříletého chlapce	18
	MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D. Závažná forma akné s makrokomedony	20
	MUDr. Nina Benáková, Ph.D. Rozšíření možností lokální terapie atopické dermatitidy v ordinaci praktického lékaře či alergologa	23
	Prof. MUDr. František Stožický Prevence kardiovaskulárních projevů aterosklerózy v primární péči o děti a adolescenty	32
	Aktuality	35
	Řádková inzerce	38
	Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 2/2020/CAU ze dne 10. prosince 2019	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

ANGELINI

GSK

LEO PHARMA

MSD

ORION DIAGNOSTICA

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
telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

Redakce VOX:

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

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

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Redakční rada:

šéfredaktor
MUDr. Jiřina Dvořáková,

redaktor pro profesní část
MUDr. Ctirad Kozderka,

redaktor pro odbornou část
MUDr. Klára Vitoušová,

členové redakční rady
MUDr. Jiří Liška, CSc.,
MUDr. Ilona Hülleová,
MUDr. Jana Kulhánková,
MUDr. Kateřina Štichhauerová,
MUDr. Ivana Koleč.

Kresba na titulní straně: Vladimír Renčín (autorská práva poskytl Miloslav Renčínová)

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.



Milé kolegyně a milí kolegové,
dětské kožní problémy tvoří podle různých statistik asi pětinu všech problémů, které pediatr řeší. Nepamatuji si přitom, že by k nám na kliniku přišel budoucí pediatr v rámci předatestační přípravy. Budoucí praktici u nás stáží často, ale mají jen dva týdny na to, aby rozeznali základní dermatózy. V ambulanci dětské se nejčastěji setkáváte buď s akutními kožními příznaky infekcí a alergií, nebo s chronickými dermatitidami, typicky s atopickým ekzémem a lupénkou. Kožní obrazy se mění v závislosti na věku. Zatímco u kojenců je nutné rozpoznat a včas léčit vrozené malformace, např. infantilní hemangiomy či vrozené pigmentové névy, po desátém roce věku řešíme akné a získané pigmentové névy, u starších dětí je dobré znát budoucí profesionální zaměření, které by se mělo přizpůsobit též stavu kůže dětských pacientů. Samostatnou kapitolou jsou i kožní maligní nádory nebo choroby pohlavní, se kterým se setkáváme u stále mladších dětí. Např. minulý týden přišel 13letý chlapec s vitil-

gem a až při anamnéze jsem zjistila, že má nedávno odstraněný maligní melanom.

Vím, že rozhled pediatra musí být velmi široký a s nedostatkem specialistů, dermatovenerology nevyjímaje, se stále zvětšuje. Osobně si myslím, že místo putování dětských pacientů mezi pediatrem a dermatologem by mohlo pomoci více vzdělávacích akcí určených pro pediatry a cílených na nejčastější kožní nemoci. Naše spolupráce je ale, myslím, velmi dobrá, i když všichni asi hlavně využíváme své osobní kontakty s kolegy. Někdy se pečlivý pediatr nespokojí s nálezem dermatologa a pošle mi pacienta k ověření diagnózy či léčebného postupu. Na klinice to máme samozřejmě jednodušší, máme možnost jakéhokoli dalšího vyšetření, včetně konzultací v zahraničí, sami patříme do Evropské referenční sítě pro vzácné kožní nemoci. Nikdo nemůže znát všechno, proto spolupráce mezi obory nebo i mezi odborníky na konkrétní téma je potřeba stále více. Na druhé straně ale posoudit varovné příznaky na kůži, které mohou znamenat i malignitu, systémové onemocnění, ale i týrání dítěte či sexuální zneužívání, by měl umět každý dětský lékař. Koncem loňského roku jsme proto dokončili společně s více než 70 kolegy ucelenou učebnici dermatovenerologie o více než 1 700 stranách. Vím, že by bylo třeba napsat dětskou dermatologii, protože ta nevyšla od doby paní docentky Horákové, tj. od roku 1985. Naš obor se totiž nesmírně změnil. Již není doménou jen zevní terapie, ale postupně i do dětského kožního lékařství vstupuje cílená biologická léčba u těžkých forem lupénky a atopické dermatitidy, máme k dispozici nové léky a fyzikální metody, které řeší dříve neléčitelné stavy (propranolol v terapii infantilních hemangiomů, lasery k ošetření cévních malformací), ve spolupráci s plastickými chirurgy lze řešit vrozené kožní vady a spolu s genetiky jim do jisté míry předcházet. Tyto nové léčebné postupy budou přinášet i nové problémy v budoucnosti (vedlejší nežádoucí účinky léků, jejich toxicita aj.). Zatím opomíjenou součástí našeho oboru je preventivní dermatologie, která by mohla být předmětem naší užší spolupráce, protože pediatři se prevenci věnují jako málokterý obor. A není to jen očkování včetně HPV a ochrana kůže před sluncem, ale patří sem kupř. i prevence vzniku jizev při těžké akné včasným zahájením léčby systémovým isotretinoinem atd.

Chtěla jsem být pediatrem jako vy, ale nebylo volné místo. K pediatrii mám ale blízko, neboť jsem zůstala „pediatrické fakultě“ věrná po celý profesní život. Proto vítám témata týkající se dětské dermatologie, jakými jsou akné, atopický ekzém, dermatomykózy a kožní příznaky endokrinních nemocí. Těším se na další spolupráci,

Vaše Jana Hercogová

Představujeme publikaci

Klinická dermatovenerologie 1. a 2. díl

Jana Hercogová

Klinická dermatovenerologie (Jana Hercogová et al.) představuje oborovou česko-slovenskou učebnici bezprecedentního rozsahu. „Možná by se mohlo zdát, že vydávat knihu v češtině a slovenštině v době, kdy si lze pořídit jakoukoli mezinárodní učebnici, je přežitkem. Mladí kolegové, rezidenti, mne ale přesvědčili, že k atestaci potřebují znát terminologii v českém jazyce. Navíc v našich zemích začíná pracovat stále více cizinců,“ říká k vydání knihy její editorka Jana Hercogová. Cílem autorského kolektivu bylo podle ní vytvořit základní učebnici, která bude pokrývat celou šíři oboru dermatovenerologie a bude srovnatelná se zahraničními publikacemi co do obsahu i formy. Obsah knihy vychází z velkých mezinárodních učebnic, vzorem byla zejména Fitzpatrick's dermatology in general medicine. „Snažili jsme se nevynechat žádné aktuální téma, proto jsou zahrnuty poznatky jak ze základního výzkumu, tak podrobná klinická data, včetně v učebnicích dosud nepublikovaných témat (genetika, imunologie, molekulární diagnostika, dermatózy u vybraných skupin pacientů, transplantace, kůže a terorismus, dermatoskopie, trichoskopie, historie dermatovenerologie),“ dodává editorka Jana Hercogová.





Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Během ledna jsme finišovali s individuálními úhradovými dodatky jednotlivých zdravotních pojišťoven. Jako první jsme se dohodli s VZP, následně i s ostatními zdravotními pojišťovnami, odsouhlasené dodatky jsme zveřejnili na webových stránkách SPLDD. V tomto okamžiku zbývá jen dodatek VoZP, který jsme ani ke konci ledna neobdrželi. Podařilo se vyjednat vyšší úhradu za nové výkony (hodnota bodu jako u preventivních prohlídek a očkování), vyšší ohodnocení za LPS, další individuální bonifikace dle jednotlivých zdravotních pojišťoven. Zvýšená úhrada kapitační platby (navýšení věkových indexů) zcela odpovídá objemu prostředků, které jsou alokovány pro všeobecné praktické lékaře (VPL) do výkonu 01543. U VPL nedošlo v posledních letech k navýšení kapitační platby, navýšení úhrady bylo provedeno změnou výkonu 09543. Přesněji řečeno výkon 09543 – „Signální výkon klinického vyšetření“ byl nahrazen výkonem 01543 „Epizoda péče/kontakt u pacientů od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče“. Pro PLDD to znamená, že bez nutnosti vykazovat tzv. signální kód mají PLDD navýšeny v kapitační platbě věkové indexy u dětí do 14 let věku a finanční úhrada odpovídá objemu finančních prostředků určených výkonu 01543 u VPL. PLDD vykazuje výkon 01543 u pacientů nad 18 let věku. Podrobné informace jste obdrželi ve VOX INFO.

V lednu jsme společně s OSPDL a ČPS ČLS JEP dotvořili program pediatrického kongresu, který se uskuteční v září 2020.

Přes problémy se zajištěním společných regionálních akcí – regionální konference SPLDD a vzdělávací akce OSPDL, které způsobila změna financování akcí ze strany OSPDL, byl vytvořen zajímavý program jednotlivých regionálních konferencí SPLDD. Odborné přednášky budou doplněny aktuální problematou našich ordinací. Tento rok je rokem volebním a jako první proběhnou volby v jednotlivých regionech SPLDD.

7. 1. 2020 na MZ byla panem ministrem svolána Rada poskytovatelů. Předmětem

jednání bylo zejména vzdělávání mladých lékařů a financování zdravotní péče.

7. 1. 2020 se sešla ve večerních hodinách na svém prvním letošním jednání Koalice soukromých lékařů.

8. 1. 2020 začal pracovat v novém složení výkonný výbor SPLDD. Po ukončení činnosti MUDr. Milana Kudyna byla do výboru doko-optována MUDr. Hana Cabrnchová.

11. 1. 2020 byl zahájen v Praze cyklus seminářů „Management v ordinaci PLDD“. Program jsme věnovali aktuální problematice, právní poradně a ve spolupráci s Ministerstvem financí jsme zařadili i první

informace k EET, která nás postihne od 1. 5. 2020. Kapacita semináře byla naplněna, další účastníci již museli využít další, únorový termín.

18. 1. 2020 se sešli PLDD na sobotním semináři „Management v ordinaci PLDD“ v Ostravě.

25. 1. 2020 se uskutečnil „Management v ordinaci PLDD“ v Brně.

1. 2. 2020 se konal „Management v ordinaci PLDD“ v Hradci Králové.

SYMPOZIUM OD A DO Z – HLAVA A KRK

TERMÍN: 30.5.2020

CLARION CONGRESS HOTEL, JEREMENKOVA 36, OLOMOUC

PROGRAM:

Stenózy dýchacích cest, poruchy polykání, ošetření jazykové uzdičky, otoskopování, vady řeči a jejich příčiny, stenózy slzných cest, šilhání a tupozrakost, onemocnění očních víček, skříninkové vyš. přístrojem Plusoptix, kožní onemocnění v oblasti hlavy, ošetření chrupu u dětí, meningoencephalitidy.

Během sympozia bude možnost nácviku otoskopování.

Vzdělávací akce je pořádána dle vzdělávacího řádu SPLDD ČR. Konference bude akreditována. Odborný garant: MUDr. Ilona Hülleová

Novinka:

snížená cena pro účast ordinace PLDD – lékař a sestra – 1 000 Kč!

Kontaktní údaje: Jana Jokešová tel.: +420 604 268 259
e-mail: jana.jokesova@trendymat.cz

Registrace on line na trendymat.cz a detskylekar.cz – od 1.3.2020

TrendyMat





Informace SPLDD

■ Úhrady poskytovaných služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění od 1. 1. 2020

stanovuje pro jednotlivé segmenty vyhláška č. 268/2019 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020. Jak jsme již informovali, vyhláška pro PLDD obsahuje dva nové výkony (02037 a 02039). Při individuálních dohodovacích řízeních byly se zdravotními pojišťovnami nad rámec vyhlášky č. 269/2019 Sb. do spektra hrazených výkonů od 1. 1. 2020 zařazeny ještě další (01543, 02160, 02161 a 02241). I tyto výkony označené interními kódy (vzp) budou zařazeny všemi zdravotními pojišťovnami automaticky všem PLDD do Přílohy č. 2 smlouvy.

Přehled nových výkonů ukazuje tabulka:

01543 (vzp) Epizoda péče/kontakt u pacientů od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče	55 bodů
02037 Sledování novorozence s mimořádnými nároky na péči v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost	352 bodů
02039 Záchyt a sledování pacienta s obezitou v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost	360 bodů
02160 (vzp) edukační pohovor lékaře s pacientem/rodinou – očkování provedeno	350 bodů
02161 (vzp) edukační pohovor lékaře s pacientem/rodinou – očkování odmítnuto	350 bodů
02241 (vzp) signální výkon edukace pacienta a pečující osoby pro pldd a vpl v souvislosti s předáním průkazu autisty	0 bodů

Výkon 01543 – (VZP) EPIZODA PÉČE/KONTAKT U PACIENTŮ OD 18 LET VĚKU V SOUVISLOSTI S KLINICKÝM VYŠETŘENÍM V ORDINACI LÉKAŘE PRIMÁRNÍ PÉČE je v roce 2020 dle vyhlášky hrazen ve výši 55 bodů a je určen pro všeobecné praktické lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost a pro mimolůžkové poskytovatele ambulantní gynekologické péče. Výkon 01543 se vykazuje společně s výkonem klinického vyšetření provedeného pojištěncem staršímu 18 let při návštěvě všeobecného praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost a u ambulantního gynekologa a při návštěvních službách poskytnutých všeobecným praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost. Za klinické vyšetření se považuje vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření. PLDD ho tedy vykazuje u všech pacientů starších 18 let (18+0), u nichž provedl klinické vyšetření, a to nezávisle na tom, zda se jedná o registrovaného, nebo neregistrovaného pacienta.

Příklady vykazování ukazuje tabulka:

Registrovaný 18 + 0	
02031	01543
02032	01543
(02033) – nepředává se v dávce	01543
(02034) – nepředává se v dávce	01543
01185	01543
Neregistrovaný 18 + 0	
02033	01543
02034	01543

Výkon 02037 – SLEDOVÁNÍ NOVOROZENCE S MIMOŘÁDNÝMI NÁROKY NA PÉČI V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST

Výkon je určen pro novorozence nebo kojence od propuštění z center vysoce specializované perinatologické péče, případně dítě porozené mimo zdravotnické zařízení/předčasně propuštěné:

1. novorozenec narozený před 32. týdnem gestace (31 + 6),
2. dítě matky závislé na návykových látkách v případě závažných komplikací ohrožujících další vývoj dítěte,
3. novorozenec se závažnými vrozenými vadami a onemocněními ohrožujícími další vývoj, novorozenec po závažné poporodní asfyxii, závažné infekci po porodu a další novorozenci, kteří v perinatálním období prodělali patologický stav, který se může negativně projevit na jejich dalším vývoji,
4. novorozenec narozený mimo zdravotnické zařízení nebo novorozenec propuštěný z porodnice po ambulantním porodu. Výkon se vykazuje při nutných kontaktech nad rámec daný vyhláškou o preventivních prohlídkách.

Čím výkon začíná:

Vyšetřením rizikového novorozence, zhodnocením perinatální anamnézy a rizika dítěte, indikací dalších specializovaných vyšetření, případně kontrolou jejich provedení po propuštění z lůžkového zařízení, dále kontrolou proběhlých screeningových vyšetření.

Obsah a rozsah výkonu:

Klinické vyšetření dítěte a zhodnocení odchylek od fyziologického nálezu se zaměřením na individuální riziko (zdravotní i sociální); sledování laktace matky a hodnocení výživy a prospívání dítěte; orientační hodnocení neurologického vývoje dítěte a jeho odchylek se zaměřením na individuální riziko (tonus, reflexy, dráždivost, reaktivita, charakter pláče, sací a polykací reflex), doporučení neurologického vyšetření, indikace rehabilitační péče; doporučení dalších vyšetření s ohledem na základní diagnózu (pneumologie, oční kontroly, kardiologie, gastroenterologie, případně další dle vývoje stavu, eventuálně indikace dalšího sledování v centru komplexní péče o rizikového novorozence); diferenciálnědiagnostický rozbor klinického obrazu a posouzení možnosti pokračovat v ambulantní péči, edukace rodičů v ošetřování dítěte směrem k diagnóze dítěte. Zvážení a stanovení individuálního očkovacího plánu. Edukace rodičů: o péči o novorozence, péči o pokožku, o výživě novorozence, řešení obtíží při péči o novorozence, o varovných příznacích, kdy by měli



kontaktovat lékaře, u dětí narozených mimo zdravotnická zařízení nebo po ambulantních porodech mimo jiné edukace rodičů o nutnosti zajištění rodného listu a zdravotního pojištění dítěte, zajištění očkovacího a zdravotního průkazu, poučení a provedení/zajištění nutných screeningových vyšetření.

Čím výkon končí:

Rozhodnutím o termínu další kontroly a zápisem do zdravotní dokumentace.

Omezení frekvencí: 1/1 den, max. 4/život

Obvyklá doba trvání celého výkonu v minutách: 30

Výkon je plně hrazen z v.z.p. ve výši **352 bodů**.

Výkon 02039 – ZÁCHYT A SLEDOVÁNÍ PACIENTA S OBEZITOU V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST

Popis:

Vstupní kritéria pacienta: BMI > 97. percentil nebo BMI 90.–97. percentil a jedna ze známek možných rozvíjejících se metabolických komplikací (hyperlipidémie či dyslipidémie, hypertenze, porucha glukózové tolerance). Respektive u dětí do pěti let hmotnostně výškový poměr. Výstupní kritéria pacienta:

1. Úspěšná redukce hmotnosti (snížení možnosti vzniku zdravotních rizik, pokles TK, snížení hladiny sérových lipidů a inzulínu, zlepšení psychického stavu dítěte).
2. Následující dlouhodobá dispenzarizace již v rámci preventivních prohlídek.
3. Prokázány sekundární příčiny obezity – další terapie primární příčiny. I po úspěšné redukci hmotnosti by měly být děti dlouhodobě kontrolovány v rámci preventivních prohlídek a dospívající předávány do obezitologických poraden pro dospělé nebo
4. nespolupráce pacienta nebo rodiny.

Čím výkon začíná:

Podrobná anamnéza cíleně zaměřená k efektu navržených režimových opatření, včetně rodinné, sociální, pohybové aktivity a délky spánku.

Obsah a rozsah výkonu:

Zhodnocení subjektivních obtíží. Zhodnocení 3denního záznamu jídelníčku (prostý soupis všech přijatých potravin a tekutin během 3× 24 hodin) k posouzení dodržování doporučených opatření. Indikace nebo zhodnocení předcházejících vyšetření klinických a laboratorních. Celkové objektivní vyšetření. Měření výšky, hmotnosti, krev-

ního tlaku, pulsu, obvodu pasu, hmotnostně výškového poměru/BMI a zařazení do percentilových grafů. Diagnostická rozvaha a zhodnocení efektu terapie. Rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně indikace dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření. Rozhodnutí o terapeutickém postupu, vytvoření či doporučení individuálního jídelního a pohybového doporučení. Edukační a terapeutický pohovor lékaře s pacientem a rodinou (jídelní a pohybové doporučení).

Čím výkon končí:

Rozhodnutí o termínu další kontroly. Zápis do zdravotní dokumentace.

Omezení frekvencí: 1/1 den, max. 6/1 rok

Obvyklá doba trvání celého výkonu v minutách: 30

Výkon je plně hrazen z v.z.p. ve výši **360 bodů**.

Výkon 02160 – EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S PACIENTEM/RODINOU – OČKOVÁNÍ PROVEDENO

Popis:

Poučení pacienta/zákonného zástupce o očkování. Výkon se vykazuje při zahájení pravidelného očkování nebo nepovinného očkování hrazeného z v.z.p. Výkon se vykazuje při zahájení očkování. Vykazuje se s frekvencí 1× pro daný druh očkování s vazbou na diagnózu očkování daným druhem očkovací látky. Nevykazuje se při opakování dávek základního očkování ani při přeočkování booster dávkou daného druhu očkování.

Čím výkon začíná:

Prostudováním dokumentace pacienta.

Obsah a rozsah výkonu:

Edukace pacienta/zákonného zástupce o důvodech, smyslu očkování, seznámení s pravidelným očkováním a s možnostmi očkování hrazeného z veřejného zdravotního pojištění a jejich zařazení do očkovacího plánu. Edukace o mechanismu účinku očkovacích látek, možnostech výběru druhu očkovací látky (pokud taková možnost existuje). Seznámení pacienta /zákonných zástupců s průběhem očkování, možnými vedlejšími účinky.

Čím výkon končí:

Rozhodnutím o termínu očkování.

Omezení frekvencí: 1× pro 1 léčivý přípravek, obsahující jednu nebo více očkovacích látek

Obvyklá doba trvání celého výkonu v minutách: 30

Výkon je plně hrazen z v.z.p. ve výši **350 bodů**.

Příklad vykazování:

Očkování hexavakcínou (DTPa, IPV, hemophilus B, hepatitis B) se vykáže při aplikaci první dávky hexavakcíny zpravidla v devíti týdnech, nevykazuje se při dalších aplikacích ve 4 a 10–12 měsících, dále se nevykazuje při booster dávce v 5 (Tdap) a 10 letech (Tdap-IPV).

Analogicky postupujeme při zahájení dalších druhů očkování hrazeného z v.z.p. dle platné vyhlášky (hexavakcína a její deriváty, MMR, IPO, HPV).

Výkon 02161 – EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S PACIENTEM/RODINOU – OČKOVÁNÍ ODMÍTNUTO

Výkon se vykazuje při odmítnutí pravidelného očkování nebo nepovinného očkování hrazeného z v.z.p. Nevykazuje se v případech dočasné kontraindikace očkování ze zdravotních důvodů.

Popis:

Poučení pacienta/zákonného zástupce o očkování. Výkon se vykazuje s frekvencí 1× pro daný druh očkování s vazbou na Dg očkování daným druhem očkovací látky. Vykazuje se: a) při podepsání negativního reverzu odmítnutí očkování, nebo b) s vazbou na věk, kdy by mělo být základní očkování příslušnou očkovací látkou ukončeno podle platné vyhlášky (tzv. očkovacího kalendáře).

Čím výkon začíná:

Prostudováním dokumentace pacienta.

Obsah a rozsah výkonu:

Edukace pacienta/zákonného zástupce o důvodech, smyslu očkování, seznámení s pravidelným očkováním a s možnostmi očkování hrazeného z veřejného zdravotního pojištění a jejich zařazení do očkovacího plánu. Edukace o mechanismu účinku očkovacích látek, možnostech výběru druhu očkovací látky (pokud taková možnost existuje). Seznámení pacienta/zákonných zástupců s průběhem očkování, možnými vedlejšími účinky.

Čím výkon končí:

Zápisem do zdravotní dokumentace o odmítnutí očkování, v případě pravidelného očkování vyplnění a podepsání negativního reversu do zdravotní dokumentace pacienta.



Omezení frekvencí: 1× pro 1 léčivý přípravek, obsahující jednu nebo více očkovačích látek

Obvyklá doba trvání celého výkonu v minutách: 30

Výkon je plně hrazen z v.z.p. ve výši **350 bodů**.

Příklad vykazování:

- Očkování proti invazivním pneumokokovým infekcím **zpravidla** v 8. měsíci.
- Očkování hexavakcínou **zpravidla** v první roce.
- Očkování MMR **zpravidla** v 18 měsících.
- Očkování HPV **zpravidla** ve 14 letech.
- Při podepsání negativního reversu kdykoli.

Poznámka: pokud pojištěnec/zákonný zástupce změnil názor a dojde k očkování i po předchozím odmítnutí s vykázaným kódem odmítnutí očkování (02161), provedeme u dítěte očkování, vykážeme kódy očkování + ZÚLP, nevykazujeme již kód edukace očkování provedeno (02160).

Edukační očkovací kódy (02160, 02161) lze vykázat od 1. 1. 2020 u všech dětí, u nichž se očkování zahajuje od 1. 1. 2020, resp. u nichž po 1. 1. 2020 uběhl termín provedení základního očkování, tedy i u dětí narozených před 1. 1. 2020.

Výkon 02241 – SIGNÁLNÍ VÝKON EDUKACE PACIENTA A PEČUJÍCÍ OSOBY PRO PLDD A VPL V SOUVISLOSTI S PŘEDÁNÍM PRŮKAZU AUTISTY

Výkon vykazuje PLDD a VPL u pacientů na základě diagnózy PAS – porucha autistického spektra (pervazivní vývojová porucha F84.xx) stanovené psychiatrem či dětským psychiatrem.

Omezení frekvencí: 1× za život pacienta

Výkon je pouze výkonem signálním a má hodnotu **0 bodů**.

Poznámka:

Průkaz autisty byl vložen v počtu 5 ks do každého výtisku Vox pediatriae č. 6/2019. V případě potřeby lze požádat o zaslání průkazů ministerstvo zdravotnictví na adrese opp@mzcr.cz.

Organizace ošetření, laboratorního vyšetření a předávání informací v případě pacientů možnou zavlečenou infekcí koronavirem (2019-nCoV)

Kritéria hodnocení:

- **Klinická:** horečka > 38 °C, kašel a plicní nebo RTG nález oboustranného postižení plicního parenchymu nebo ARDS
- **Epidemiologická:** pozitivní epidemiologická anamnéza = **pobyt v zasažené oblasti ≤ 14 dní** před objevením prvních příznaků (centrální Čína, provincie Hubei, Wuhan a další dle aktuální epidemiologické situace) nebo těsný kontakt s osobou splňující výše uvedená klinická kritéria. Viz přílohu 1

klinická **ANO**
epidemiologická **NE**

A

klinická **NE**
epidemiologická **ANO**

B

klinická **ANO**
epidemiologická **ANO**

C

- hospitalizace nebo domácí léčba podle závažnosti stavu
- vyšetření jako u komunitních respiračních infekcí
- laboratorní vyšetření na průkaz 2019-nCoV se standardně neprovádí

- kontaktovat místně příslušného epidemiologa (lékaře OOVZ)
- předat pacienta do domácí izolace/karantény
- epidemiolog informuje MZ ČR
- po dodatečném naplnění klinických kritérií v době karantény pacienta se postupuje podle scénáře ad C)

- kontaktovat místně příslušného epidemiologa (lékaře OOVZ), dle jeho rozhodnutí zajistit izolaci a vyšetření pacienta na nový koronavirus
- personál ošetřující pacienta vždy vybavit OOPP (filtrační maska FFP3, plášť, rukavice, brýle, čepice)
- pacient se suspektní nákazou 2019-nCoV je hospitalizován na regionálním infekčním oddělení v izolačním režimu pro vzduchem přenášené infekce
- vzorek k vyšetření je odeslán do NRL SZÚ po předchozím telefonickém upozornění na telefonní číslo 724 362 602 s nepřetržitou pohotovostí
- epidemiolog KHS informuje MZ ČR

C

- **nazofaryngeální výtěr (odeslat vždy první odebraný vzorek)**, ev. tracheální aspirát u intubovaného pacienta
 - **5 ml srážlivé krve**
- Vše odeslat **do NRL pro chřipku**, SZÚ, v trojbalu UN 3373

Požadovat vyšetření na 2019-nCoV.

Případný požadavek na další původce respiračních onemocnění musí být uveden na žádance.

K dezinfekci je nezbytné používat prostředek s plně virucidními účinky.

O všech pacientech vyšetřovaných s podezřením na 2019-nCoV a o výsledcích jejich virologických laboratorních vyšetření je třeba informovat:

- poskytovatele zdravotních služeb
- epidemiologa místně příslušné KHS, který informuje MZ – sekci hlavní hygieničky ČR
- MZ ČR informuje WHO a ECDC

V případě positivity výsledku na detekci 2019-nCoV možnost převzetí pacienta po předchozí domluvě do péče Nemocnice Na Bulovce – Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí.

Poznámka prof. Berana: Isoprinosine, o kterém jsme psali v minulém čísle, by měl být účinný i v léčbě koronavirových infekcí.



■ Doporučení k jedincům s cestovatelskou anamnézou

• Co dělat, pokud jste **přicestovali v posledních 14 dnech** z oblasti nákazy novým koronavirem (centrální Čína, provincie Hubei, Wuhan a další dle aktuální epidemiologické situace) či jste **přestupovali na velkých asijských mezinárodních letištích a máte horečku, kašel nebo dušnost**:

Po celou dobu maximální inkubační doby, tj. 14 dnů od odletu z oblasti nákazy, zůstaňte pokud možno doma, minimalizujte kontakt s ostatními lidmi.

Často si myjte ruce mýdlem a vodou, příp. použijte dezinfekční prostředky na bázi min. 70% alkoholu.

Kontaktujte telefonicky pracoviště protiepidemického odboru místně příslušné krajské hygienické stanice, které rozhodne o náležitých protiepidemických opatřeních včetně případné karantény.

Váš všeobecný praktický lékař Vám vystaví případné potvrzení o nařízení karantény.

Pokud se objeví příznaky jako subfebrilní/febrilní teploty, kašel, dušnost, kontaktujte telefonicky místně příslušnou kliniku infekčního lékařství.

Pokud jste byli vyzváni k vyšetření na infekční klinice, nejezděte hromadnou dopravou. Pokud je to možné, nasadte si ochrannou ústní roušku, do čekárny vstupte až na základě domluvy s personálem infekční kliniky.

• Co dělat, pokud jste **přicestovali v posledních 14 dnech** z oblasti nákazy novým koronavirem (centrální Čína, provincie

Hubei, Wuhan a další dle aktuální epidemiologické situace) či jste **přestupovali na velkých asijských mezinárodních letištích a máte horečku, kašel nebo dušnost**:

Pokud jste doma, nikam nechoďte – vyhněte se kontaktu s ostatními lidmi.

Často si myjte ruce mýdlem a vodou, příp. použijte dezinfekční prostředky na bázi min. 70% alkoholu.

Při kašli a kýchání si zakrývejte ústa a nos kapesníkem nebo paží či rukávem, ne rukama!!!

Kontaktujte telefonicky místně příslušnou kliniku infekčního lékařství.

Pokud jste byli vyzváni k vyšetření na infekční klinice, nejezděte hromadnou dopravou. Pokud je to možné, nasadte si ochrannou ústní roušku, do čekárny vstupte až na základě domluvy s personálem infekční kliniky.

Zpracováno 28. 1. 2020 a bude upravováno v závislosti na změnách epidemiologické situace.

■ Očkování nepojištěných fyzických osob

Postup při proplácení očkovacích látek pro pravidelná očkování, prováděná u nepojištěných fyzických osob podle vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ze státního rozpočtu, řeší **Metodika k zajištění financování pravidelného očkování fyzických osob, které nejsou pojištěnci podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění**. Tato metodika je platná již od r. 2012 a je určena pro poskytovatele

odbornosti VPL a PLDD, dodavatele očkovacích látek a Ministerstvo zdravotnictví.

S ohledem na to, že očkování těchto fyzických osob není častým jevem, dochází nejednou k opomenutí plnění povinností vyplývajících z této metodiky. Proto její znění po letech znovu otiskujeme.

■ Metodika k zajištění financování pravidelného očkování fyzických osob, které nejsou pojištěnci podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění

Metodika k zajištění financování pravidelného očkování u výše uvedených osob (dále jen Metodika) upravuje způsob a postup proplácení pravidelných očkování provedených u fyzických osob, které nejsou pojištěnci podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění (nepojištěné fyzické osoby).

Tato metodika je určena pro poskytovatele (PL a PLDD) (dále očkovací lékař), dodavatele očkovacích látek a Ministerstvo zdravotnictví.

I. Úvod do problematiky

I.1. S účinností od 1. ledna 2012 je Ministerstvo zdravotnictví podle § 49 odst. 2 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, povinno ze státního rozpočtu hradit očkovací látky pro pravidelné očkování fyzických osob, které nejsou pojištěnci podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění.



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

III. Sestra v ordinaci PLDD

6. 6. 2020

Karlova Univerzita – Centrum Krystal,
Josef Martího 407/2, Praha 6 – Velešlavín

13. 6. 2020

Masarykova Univerzita – Velká Aula,
Vinařská 499/5, Brno

Registrace budou spuštěny **9. 3. 2020 v 10⁰⁰** dopoledne.

Těšit se můžete na témata:

- Psychomotorický vývoj dítěte
- Když jídlo léčí – diety
- Obézní dítě v ordinaci PLDD
- Nové výkony v ordinaci PLDD
- Zubní hygiena u dětí
- Novinky v očkování

Více informací naleznete již brzy na webu www.detskylekar.cz a www.vialain.com a v březnovém čísle VOX.



I.2. Tato metodika řeší postup při proplácení očkovacích látek pro pravidelná očkování ze státního rozpočtu, prováděná u nepojištěných fyzických osob podle vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, a to za dále stanovených podmínek.

II. Vymezení procesu zajištění očkovacích látek pro pravidelné očkování u nepojištěných fyzických osob

II.1. Lékař provádějící očkování nepojištěných osob v souladu s touto metodikou použije pro toto očkování vakcíny používané i pro očkování osob pojištěných, není tedy nutné provádět samostatné jednotlivé objednávky, je pouze nutné provedené očkování nepojištěných osob oznámit (viz dále).

II.2. Očkovací lékař neprodleně informuje na adresu vh@mzcr.cz nebo v listinné podobě na adresu Ministerstvo zdravotnictví, sekce hlavního hygienika ČR, Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2, o druhu očkovacích látek (název a kód SÚKL) s uvedením čísla šarže, počtu dávek a datu aplikované očkovací látky nepojištěným fyzickým osobám a dále identifikační údaje fyzické osoby, tj. jméno, příjmení a datum narození. Údaje vyplní do přiložené tabulky. Vlastní aplikace očkovací látky není hrazena státem, tzn. že výkon je hrazen na základě smluvního pojištění nebo v hotovosti.

II.3. Na základě obdržené informace dle bodu II.2. Ministerstvo zdravotnictví zašle dodavateli očkovacích látek společnosti Avenier a.s. a clearingovému centru (provozovatelem clearingového centra je Národní referenční centrum, zájmové sdružení právnických osob ve smyslu ust. § 20f a násl. zákona č. 40/1964 Sb.) údaje o počtu očkovacích látek nepojištěných osob (viz souhrn údajů získaných dle čl. II.2) dvakrát za kalendářní rok vždy podle stavu ke dni 30. června a 1. prosince daného kalendářního roku, a to nejpozději do 20 dnů po skončení daného pololetí. Po provedení kontroly (zpracuje clearingové centrum) a odsouhlasení počtu očkovacích látek nepojištěných osob za příslušné období provede Ministerstvo zdravotnictví úhradu nákladů na očkovací látky přímo dodavateli a.s. Avenier.

II.4. Doklady uvedené v bodě II.2. archivuje Ministerstvo zdravotnictví po dobu 5 let počínajících koncem účetního období, kterého se týkají.

■ Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny vytvořily mapu urgentních příjmů

Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny dnes podepsaly Memorandum o spolupráci při budování sítě zdravotnických zařízení s funkčními urgentními příjmy v ČR. Navazuje na koncepci urgentní péče, kterou ministerstvo představilo v září tohoto roku. Dokument stanovuje podmínky pro realizaci této koncepce, přináší mapu urgentních příjmů a poprvé definuje pravidla pro jejich financování.

Cílem nového modelu urgentní péče je systematicky zajistit péči o akutní pacienty ve všech regionech a v režimu trvalé dostupnosti 24/7. Ten předpokládá, že urgentní příjem bude zřizován v rámci poskytovatele akutní lůžkové péče, a to minimálně jeden urgentní příjem prvního typu na kraj a jeden urgentní příjem druhého typu na okres. „Podpis tohoto memoranda považují za historický okamžik. Vůbec poprvé tak začínáme se zdravotními pojišťovnami systémově tvořit státem garantovanou síť urgentních příjmů. Vytvořili jsme jejich mapu a vyřešili jsme, jak budou financovány. Urgentní příjmy má dnes již řada nemocnic, ale doposud nebyly vůbec hrazeny, což je absurdní. Takže to pro nemocnice byla ztrátová věc. My tohle všechno měníme. Cílem je pro naše občany zajistit dostupnou akutní zdravotní péči garantované kvality i rozsahu,“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Memorandum přesně definuje síť poskytovatelů akutní lůžkové péče zajišťující urgentní příjem v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých krajů a dělí ji do čtyř skupin – dvě skupiny prvního typu a dvě skupiny druhého typu. Seznam zdravotnických zařízení a jejich mapu naleznete v příloze níže.

Zdravotní pojišťovny se memorandumem zavázaly jak k zajištění dostupnosti, tak k zajištění optimálního financování péče na urgentních příjmech v návaznosti na úhradovou vyhlášku pro rok 2020 a zdravotně pojistné plány na rok 2020 ve výši od 2 mil. Kč do 30 mil. Kč podle typu urgentního příjmu. U urgentních příjmů prvního typu budou pojišťovny navíc nasmlouvat 5 nových signálních výkonů, a to triáží pacientů na oddělení urgentního příjmu, komplexní vyšetření lékařem urgentního příjmu, kon-

trolní vyšetření lékařem urgentního příjmu, péči o nemocného na intenzivní vyšetřovně (shock room) urgentního příjmu à 15 min a péči o nemocného na expektační hale urgentního příjmu à 15 min. Zvýší se také úhrada za výkon lékařské pohotovostní služby, aby tato zdravotní péče nemusela být dále financována z krajů. Nemocnice budou také dostávat úhradu za každého pacienta přijatého od zdravotnické záchranné služby.

Urgentní příjem je zřizován jako samostatné specializované pracoviště poskytovatelů poskytujících akutní lůžkovou péči s nepřetržitým provozem 24 hodin denně po 7 dnů v týdnu. Zajišťuje příjem a poskytování akutní intenzivní lůžkové péče a akutní specializované ambulantní péče pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví, pacientům v přímém ohrožení života a také pacientům s náhlou změnou zdravotního stavu. Je určen pro pacienty transportované do zdravotnického zařízení výjezdovou skupinou zdravotnické záchranné služby a pro pacienty s akutním zdravotním problémem, kteří přicházejí sami bez doporučení lékaře. UP jako místo prvního kontaktu s pacientem v lůžkovém zdravotnickém zařízení zajišťuje vyšetření, stabilizaci životních funkcí (je-li nezbytná) a primární ošetření pacienta a rozhoduje o jeho přijetí/nepřijetí na akutní lůžko poskytovatele. Péče na UP je vždy garantována okamžitou dostupností lékaře – dle vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, je trvale dostupný i tým konziliářů, a to zejména v oborech vnitřní lékařství, chirurgie, anesteziologie a urgentní medicína. V případě přijetí k lůžkové péči je pracovníky UP v rámci systému diferencované péče určeno směřování pacienta a charakter lůžka v rámci zdravotnického zařízení.

20. prosince 2019

TISKOVÁ ZPRÁVA



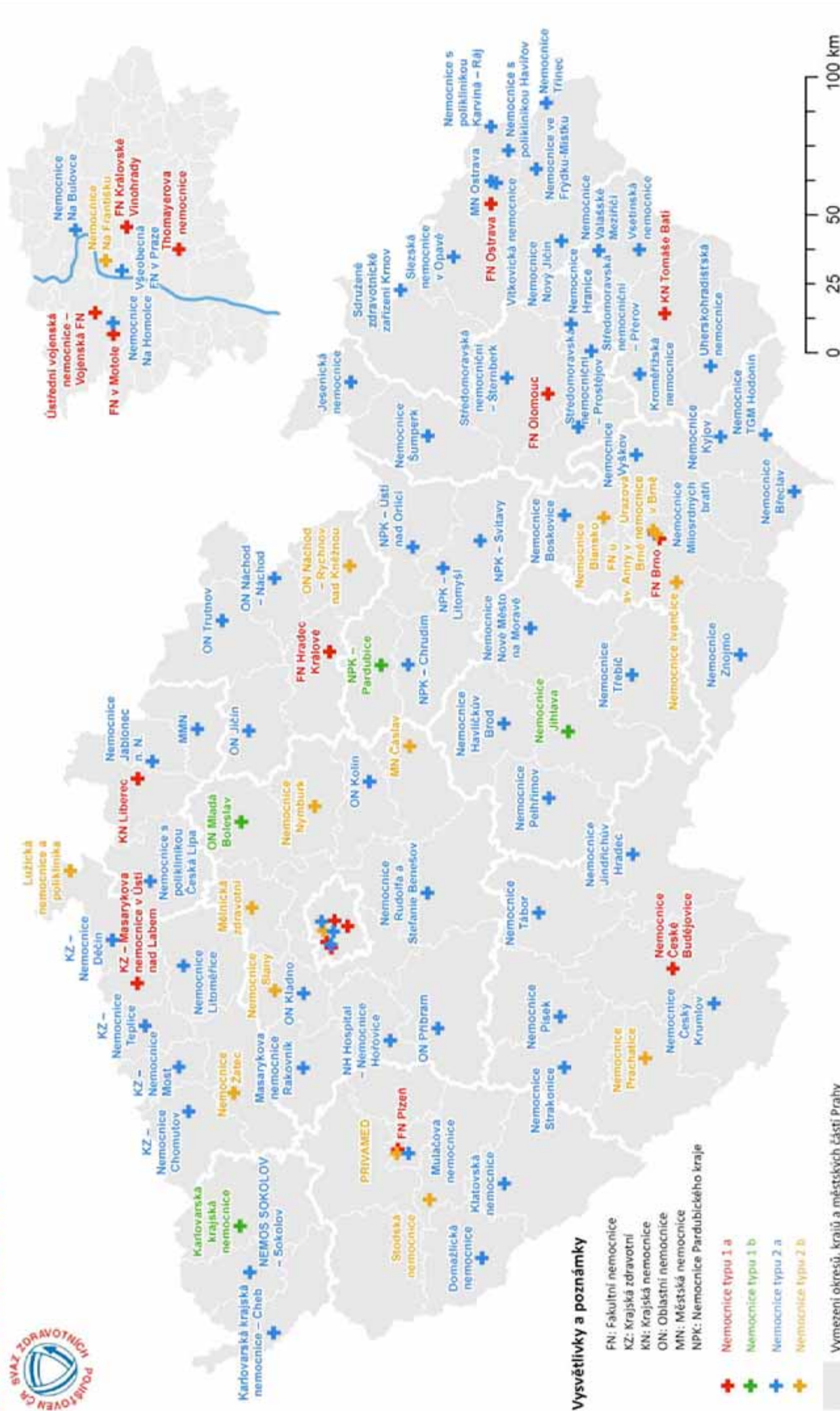
MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY



SÍŤ NEMOCNIC S URGENTNÍM PŘÍJMEM



Zdroj: ArcČR 500, databáze VZP ČR platná k 1. 7. 2019
Zpracovatel: Oddělení metodiky a analytická podpory smluvní politiky, VZP ČR



■ Informace SÚKL – Změna vyjádření síly léčivého přípravku Degan 10 mg roztok pro injekci

SÚKL informuje o úpravě vyjádření síly a upřesnění lékové formy v názvu léčivého přípravku Degan 10 mg roztok pro injekci, 10 mg, inj.sol.

Došlo k **úpravě vyjádření síly z 10 mg na 5 mg/ml a upřesnění lékové formy v názvu léčivého přípravku (původní název Degan 10 mg roztok pro injekci se mění na Degan 5 mg/ml injekční roztok).**

SÚKL upozorňuje, že nedošlo ke změně obsahu léčivé látky v přípravku, ale pouze k jejímu jinému vyjádření. Původně se množství léčivé látky vztahovalo k ampulce o objemu 2 ml, nyní se uvádí množství léčivé látky v 1 ml. Objem ampulky se nezměnil.

■ SÚKL – Tiapridal

Změna registrace léčivého přípravku Tiapridal 140 mg/ml perorální kapky, roztok

SÚKL informuje o změně dávkovacího zařízení a související úpravě lékové formy, změně způsobu dávkování, nejnižšího věku pacienta a upozornění týkajícího se poruchy funkce ledvin léčivého přípravku TIAPRIDAL, 140 mg/ml, por.gtt.sol.

Státní ústav pro kontrolu léčiv schválil ke dni 20. 11. 2019 změnu registrace léčivého přípravku TIAPRIDAL, 140 mg/ml, por.gtt.sol., registrační číslo 68/915/97-C, SÚKL kód 125314, v rámci které došlo **ke změně dávkovacího zařízení z původního integrovaného kapátka na 2 ml odměrnou stříkačku dělenou po 25 mg přiloženou do balení a k související úpravě lékové formy perorální kapky, roztok (por.gtt.sol.) na perorální roztok (por.sol.).** Současně se s touto změnou **mění způsob dávkování, nejnižší věk pacienta a upozornění týkající se poruchy funkce ledvin.** V této souvislosti došlo k níže uvedené změně souhrnu údajů o přípravku a příbalové informace.

Z dříve:

Dávkovací zařízení: integrované kapátko

Léková forma: perorální kapky, roztok (por.gtt.sol.)

Dávkování: 1 kapka = 5 mg tiapridu

Určeno použití u dětí od 3 let, dospívajících a dospělých.

U starších pacientů by dávky 200–300 mg/den mělo být dosaženo postupně. Léčba by měla být zahájena nízkou dávkou 50 mg (10 kapek) 2× denně. Dávka by pak měla

být zvyšována postupně po 50–100 mg (10–20 kapek) každé 2–3 dny. Průměrná dávka u starších pacientů je 200 mg/den. Maximální doporučenou dávkou je 300 mg (60 kapek) za den.

Porucha funkce ledvin: U pacientů s clearance kreatininu mezi 30–60 ml/min by dávka měla být snížena na 75 % normální dávky, u pacientů s clearance kreatininu mezi 10–30 ml/min na 50 % normální dávky a na 25 % normální dávky u pacientů s clearance kreatininu nižší než 10 ml/min.

Na nyní:

Dávkovací zařízení: 2 ml odměrná stříkačka dělená po 25 mg (přiložená do balení)

Léková forma: perorální roztok (por.sol.)

Dávkování: Minimální měřitelná dávka (1 dílek na odměrné stříkačce) je 25 mg tiapridu, což odpovídá 0,18 ml perorálního roztoku.

Určeno pro použití u dětí od 6 let nebo s hmotností ≥ 17 kg, dospívajících a dospělých.

U starších pacientů by dávky 200–300 mg/den mělo být dosaženo postupně. Léčba by měla být zahájena nízkou dávkou 50 mg 2× denně. Dávka by pak měla být zvyšována postupně po 50–100 mg každé 2–3 dny. Průměrná dávka u starších pacientů je 200 mg/den. Maximální doporučenou dávkou je 300 mg za den.

Porucha funkce ledvin: U pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min je z důvodu potřeby nižší dávky třeba zvolit alternativní léčbu.

■ Stanovisko České vakcinologické společnosti ČLS JEP k využití kombinovaných hexavalentních vakcín (Infanrix Hexa, Hexacima) pro primovakcinaci v pozdějším věku dítěte (4–6 let)

19. července 2017

V současné době jsou praktičtí lékaři pro děti a dorost ze strany rodičů opakovaně žádáni o doočkování jejich dosud neočkovaných dětí (tj. dětí neočkovaných na přání rodičů nebo z jakýchkoliv jiných než zdravotních indikací, včetně doočkování dětí cizinců). Hlavními důvody bývá plánovaný nástup do předškolního zařízení, pominutí obavy z očkování při dosaženém věku dítěte nebo dlouhodobý pobyt dětí cizinců.

Omezená dostupnost, respektive nedostupnost a výpadky dodávek méněvalentních vakcín nebo monovakcín často neumožňují

tyto děti řádně doočkovat. Vícedávková balení těchto vakcín (např. *Infanrix*) spolu s definovanými podmínkami využití dle instrukcí zdravotních pojišťoven (pouze zdravotní indikace cestou distributora vakcín) prakticky znemožňují zajistit tyto vakcíny na privátním trhu k doplnění pravidelného očkovacího kalendáře. Současnou podmínkou k doplnění řádného očkování kromě vakcín se složkou proti diftérii, tetanu a pertusi je trvalá dostupnost monovalentních vakcín proti onemocněním vyvolaných *Haemophilus influenzae* typu b (*Hib*), poliomyelitidě a vakcín proti virové hepatitidě typu B. Dostupnost těchto monovalentních vakcín je v dlouhodobém horizontu problematická. Děti tak zůstávají zcela neočkované se všemi s tím spojenými riziky a rodiče nespokojeni se stávající situací, kdy jsou paradoxně ochotni nechat své dítě očkovat.

Shledem na tuto situaci lze u neočkovaných, resp. částečně očkovaných dětí překročit u hexavalentních vakcín (*Infanrix hexa*, *Hexacima*) SPC doporučenou horní věkovou hranici 36 měsíců věku pro aplikaci. Umožnění tohoto alternativního postupu se opírá o antigenní složení obdobných tri-, tetra- nebo monovalentních vakcín od stejných výrobců, které obsahují stejné účinné komponenty a nemají toto věkové omezení (např. *Infanrix*, *Infanrix Hib*, *Tetrasil*, *Engerix-B*). Vyšší kombinace v hexavalentních vakcínách vzhledem ke stejnému zastoupení jednotlivých antigenů nepředpokládají nad uvedenou věkovou hranici negativní interakce. Vakcíny s nižším obsahem antigenů *Adacel*, *Boostrix* nejsou pro primovakcinaci u dětí mladších 4 let vhodné. Využití hexavalentních vakcín by ale nemělo překročit hranici dovršení 6 let věku. Tato horní věková hranice vychází z mezinárodních doporučení (např. amerického ACIP), které u dětí nad 6 let věku upřednostňují vakcíny s nižším obsahem pertusových antigenů pro možnou vyšší reaktogenitu. V případě zahájené primovakcinace s využitím kombinovaných hexavalentních vakcín ve věku od 4 do 6 let je vhodné použít očkovací schéma 2 + 1, s intervalem mezi první a druhou dávkou nejméně 2 měsíce a aplikací třetí dávky nejdříve za 6 měsíců po druhé dávce. Rodiče je nutné o daném postupu informovat s tím, že vhodnější postup aktuálně není k dispozici, a vše zaznamenat ve zdravotní dokumentaci.

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka



Kožní projevy endokrinních onemocnění u dětí a dospívajících

Prof. MUDr. Jan Lebl, CSc., MUDr. Jana Malíková, Ph.D.

Pediatrická klinika 2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Příznačná kožní symptomatologie je typická pro řadu endokrinních onemocnění s prvními projevy v dětství, adolescenci nebo mladé dospělosti. Praktický dětský lékař bude zřejmě prvním lékařem, kterého pro kožní nález rodiče s dítětem vyhledají. Správné určení etiologické diagnózy přispěje k rychlému odhalení dalších složek nemoci, které mohou být pro dítě závažné a v krajním případě mohou ohrožovat jeho život.

Připravili jsme pro vás přehled některých endokrinních onemocnění, u kterých právě typický kožní nález umožňuje určit správnou diagnózu.

■ McCunův-Albrightův syndrom

McCunův-Albrightův syndrom je vzácnou poruchou s odhadovanou prevalencí 1 : 100 000 až 1 : 1 000 000 (OMIM).

Klinický obraz zahrnuje **hyperpigmentované kožní okrsky barvy café-au-lait**, které jsou častěji jednostranné a pro svůj mapovitý charakter (obr. 1a,b,c) bývají přirovnávány k tvaru pobřeží amerického státu Maine – „coast of Maine“ (obr. 2).

Druhou složkou McCunova-Albrightova syndromu jsou různé formy **endokrinní hyperfunkce**, nejčastěji **periferní předčasná puberta** (obr. 3), ale také hypertyreóza, Cushingův syndrom (obr. 4), vzácněji akromegaligigantismus.

Třetí složkou McCunova-Albrightova syndromu je **polyostotická fibrózní dysplazie** (obr. 5), která může vést k postupnému rozvoji deformit skeletu a k patologickým frakturám.

Méně časté je postižení dalších orgánů, mezi něž patří játra (hepatopatie) a myokard (kardiomyopatie, tachykardie, riziko náhlého úmrtí).

Příčinou McCunova-Albrightova syndromu je postzygotická **somatická mutace v genu GNAS1**. Postižený jedinec nese dva typy buněk – s normálním genem a s mutovaným genem. Tento **buněčný chimérismus** způsobuje nerovnoměrnou distribuci příznaků – např. mapovitá ložiska na kůži a ložiskové postižení skeletu.

Gen **GNAS1** kóduje alfa-podjednotku G-proteinu (Gs-alfa), který je klíčovou součástí nitrobuněčné signální dráhy spojené s receptory na povrchu buňky. Na tento typ receptorů se váže řada hormonů, mimo jiné také melanocyty stimulující hormon (MSH). Buňky s mutovaným genem se chovají autonomně, jsou trvale stimulované

Obr. 1a,b,c. Typická mapovitá hyperpigmentovaná ložiska barvy bílé kávy u McCunova-Albrightova syndromu



Obr. 2 Mapa pobřeží amerického státu Maine, ke které bývají přirovnávány kožní projevy u McCunova-Albrightova syndromu

Obr. 3 Předčasný rozvoj prsů vlivem periferní předčasné puberty a hyperpigmentovaná ložiska u roční dívky s McCunovým-Albrightovým syndromem





Obr. 4 Typická facies Cushingova syndromu a hyperpigmentovaná ložiska u 4měsíční dívky s McCunovým-Albrightovým syndromem



Obr. 5 Ložiska polyostotické fibrózní dysplazie u McCunova-Albrightova syndromu, která mohou vést k deformitám skeletu a patologickým frakturám

vlivem mutace *GNAS1*. Proto nadměrně akumulují pigment a vytvářejí hyperpigmentované okrsky.

Podobným mechanismem vznikají další příznaky McCunova-Albrightova syndromu.

■ Neurofibromatóza 1. typu

Neurofibromatóza 1. typu patří mezi tzv. vzácnými onemocněními mezi relativně časté afekce. Její prevalence je 1:2 500 až 1:3 000 (OMIM).

Ke klasickým klinickým projevům neurofibromatózy 1. typu patří typický kožní nález: **hyperpigmentované okrouhlé skvrny barvy café-au-lait** (obr. 6) – za patognomonický se považuje výsev alespoň 6 skvrn o průměru

minimálně 5 mm. Tyto skvrny mají hladké okraje, a jsou proto přirovnávány ke tvaru pobřeží Kalifornie – „**coast of California**“ (obr. 7).

Jiným kožním projevem jsou **neurofibromy** – typická je přítomnost dvou nebo více neurofibromů (obr. 8).

Děti a dospívající s neurofibromatózou 1. typu mají často endokrinní odchylky – poruchu růstu v důsledku nedostatku růstového hormonu, předčasnou pubertu nebo naopak opožděnou pubertu. Příčinou mohou být také **nádorové afekce**, které postihují centrální nervový systém – intrakraniální astrocytomy či gliomy. Mezi další čtenější nádorová onemocnění u neurofibromatózy 1. typu patří **neurofibrosarkom** a feochromocytom.

Příčinou neurofibromatózy 1. typu jsou **mutace genu *NF1***. Gen *NF1* kóduje neurofibromin, který je součástí nitrobuněčné signalizační kaskády Ras/MAPK – jež se aktivuje navázáním ligandu na tzv. tyrozin-kinázový receptor. Tato signalizační kaskáda je přítomna prakticky ve všech buňkách lidského těla. Také proto mohou projevy neurofibromatózy 1. typu postihovat prakticky kterýkoliv orgán či tkáň. Kožní projevy jsou však tak typické, že mohou být prvním vodítkem ke správné diagnóze.

Mutace genu *NF1* se **dědí autozomálně dominantně** (obr. 8), proto se často setkáváme s dvojicí postižených rodič-dítě. Přibližně v 50 % případů ale vznikají **de novo mutace** – v tom případě může být výskyt sporadický.

Obr. 6 Typická okrouhlá ložiska barvy café-au-lait u neurofibromatózy 1. typu

Obr. 7 Mapa pobřeží amerického státu Kalifornie, ke které bývají vzhledem k hladkým okrajům přirovnávána kožní hyperpigmentovaná ložiska u neurofibromatózy 1. typu

Obr. 8 Dvě generace jedné rodiny s neurofibromatózou 1. typu – u maminky na ruce typický výsev neurofibromů, u syna typické skvrny barvy bílé kávy





Obr. 9 Výsev drobných pigmentových névů u dívky se syndromem LEOPARD



Obr. 10a,b Hyperpigmentace nad drobnými klouby a kolem nehtových lůžek u dvou dívek s Addisonovou nemocí

■ Syndrom LEOPARD

Prevalence syndromu LEOPARD není známa, je však nepochybně velmi vzácný. Celosvětově bylo publikováno zprávy asi o 200 pacientech. Název syndromu „LEOPARD“ je akronym, který shrnuje sedm typických klinických projevů a navíc naznačuje charakter kožního nálezu:

- **L – Lentigines** – hojný výsev drobných pigmentových névů po celém povrchu těla, zvláště na obličeji a na trupu (obr. 9);
- **E – ECG conduction abnormalities** – převodní poruchy srdečního rytmu;
- **O – Ocular hypertelorism** – oční příznaky: hypertelorismus, ptóza víček;

- **P – Pulmonic stenosis** – vrozená stenóza plicnice u 20 % pacientů – častější je ale **hypertrofická kardiomyopatie** (u 80 %);
- **A – Abnormal genitalia** – kryptorchismus, hypospadie;
- **R – Retardation of growth** – malý vzrůst;
- **D – sensorineural Deafness** – senzori-neurální porucha sluchu.

Většina postižených má také mírný až střední intelektový deficit, který se nejprve projevuje jako opožděný psychomotorický vývoj, později jako poruchy učení. Při zvýšené podpoře rodiny a učitelů ale často dokáží absolvovat běžnou základní školu.

Podobně jako u neurofibromatózy 1. typu jsou i u syndromu LEOPARD příčinou **mutace**

v některých genech, které patří do **nitrobu-něčné Ras/MAPK signalizační kaskády** – *PTPN11*, *RAF1* nebo *BRAF*. Dědičnost je autozomálně dominantní, ale vznik nových mutací je zřejmě poměrně častý, a proto u některých dětí může porucha být sporadická.

■ Addisonova nemoc a autoimunitní polyglandulární syndromy

Addisonova nemoc je způsobena autoimunitně podmíněným selháním funkce kůry nadledvin. Její četnost je 1 : 7 000 až 1 : 9 000 (Orphanet).

Obr. 11 Hyperpigmentace na sliznici patra u dívky s Addisonovou nemocí



Obr. 12 Známky chronické onychomykózy v rámci mukokutánní kandidózy u dívky s autoimunitním polyglandulárním syndromem 1. typu. Tato dívka měla současně Addisonovu nemoc – viz obr. 11





Obr. 13 Hyperkeratotická rozpraskaná kůže rukou u dlouho probíhající, nerozpoznané a neléčené hypotyreózy



Obr. 14 „Miskovité nehty“ u dívky s Turnerovým syndromem v kojeneckém věku. Dívka prodělává opakovanou panaritii a jednou se z ranné infekce rozvinul erysipiel

U dětství a v dospívání se objevuje Addisonova nemoc jako **izolovaná porucha**, častěji je ale součástí **autoimunitních polyglandulárních syndromů – 1. typu (APS1) a 2. typu (APS2)**.

Klinické příznaky mohou být dlouho **nеспецифické** – zahrnují únavu, sníženou výkonnost, zvracení a úbytky hmotnosti. Stav může vyvrcholit **addisonskou krizí**, která může bezprostředně ohrozit život. Po zvracení, delším hladovění nebo po požití i menšího množství alkoholu se při nerozpoznané Addisonově nemoci může objevit **závažná hypoglykémie**, která je také život ohrožující komplikací.

Hyperpigmentace kůže vzniká vlivem nadměrné produkce **proopiomelanokortinu**, který je společným prekursorem adrenokortikotropního hormonu (ACTH) i **melanocyty stimulujícího hormonu** (MSH). Hyperpigmentace ale může unikat pozornosti, často bývá považována za příjemně dlouho přetrvávající letní opálení. Distribuce pigmentu je ale neobvyklá – hyperpigmentace se objevují zejména nad drobnými klouby, kolem nehtových lůžek (obr. 10a,b) a také na sliznicích (obr. 11).

Pro **autoimunitní polyglandulární syndrom 1. typu (APS1)** je vedle Addisonovy nemoci příznačný současný výskyt další složky s dermatologickými projevy – **mukokutánní kandidózy** (obr. 12). Současný výskyt obou projevů je **patognomonický pro APS1**. U některých pacientů se z kožních projevů může přidružit také vitiligo či alopecie.

APS1 je vzácným (četnost cca 1 : 100 000) monogenně podmíněným onemocněním s autozomálně recesivní dědičností a začátkem v dětském věku. Příčinou jsou patologické **mutace v genu AIRE („autoimmune regulator“)**. Ten kóduje transkripční faktor (AIRE protein), zodpovědný za přirozenou eliminaci potenciálně autoagresivních klonů T lymfocytů ve vyvíjejícím se fetálním thymu.

Při defektu AIRE proteinu **potenciálně autoagresivní klonů T lymfocytů** v organismu **zůstávají**, kolonizují periferní lymfatické tkáně a jsou kdykoliv připraveny zahájit autoimunitní útok proti některé endokrinní žláze či jiné tkáni. APS1 je proto velmi závažnou nemocí, při které se nové endokrinní i neendokrinní poruchy u pacienta objevují téměř každý rok. Jejich celkový výčet může mít až třicet položek. Střední délka života je při APS1 významně zkrácena, podle některých zpráv na 30–40 let. Příčinou úmrtí může být nerozpoznaná Addisonova nemoc, častá jsou bohužel také suicidia.

■ Hypotyreóza

Hypotyreóza je poměrně častá endokrinní porucha, ale její rozvinutý klasický klinický obraz je v současnosti vzácný. Příčinou hypotyreózy v dětství a adolescenci je zpravidla autoimunitní destrukce tkáně – **Hashimotova (lymfocytární) tyreoiditida**, při které lze prokázat protilátky proti tyreoglobulinu (Ab-HTG) a proti tyreoidální pero-

xidáze (Ab-TPO). Po fázi **eufunkce** (normální hladiny TSH i volného tyroxinu – fT4) následuje zpravidla fáze **subklinické hypotyreózy** (zvýšené TSH, ještě normální volný tyroxin) a následně **manifestní hypotyreózy** (vysoké TSH, snížený volný tyroxin). Teprve v této fázi se začínají rozvíjet klinické příznaky hypotyreózy.

Děti s manifestní hypotyreózou někdy navštíví nejdříve dermatologa se stížností na **suchou, rozpraskanou kůži** (obr. 13). Současně bývají **bledé** vlivem anémie, jsou nápadně klidné, zimomřivé, zaostávají v růstu. U některých dochází ke zhoršení školního prospěchu.

■ Turnerův syndrom

Turnerův syndrom je klasickou chromozomální aberací (karyotyp 45,X, chromozomální mozaika – např. 45,X/46,XX, případně strukturální anomálie X chromozomu – např. 46,XiXq). Vyskytuje se s četností 1 : 2 000 až 1 : 2 500 živě narozených dívek.

Klinické příznaky Turnerova syndromu jsou různorodé a zahrnují řadu tělních systémů. Mezi dermatologické projevy patří **miskovité nehty** (obr. 14), které mohou již v prvním roce života vést k zarůstání, opakovaným panaritím, případně těžším formám ranné infekce (erysipiel).

Pro dívky s Turnerovým syndromem je typické hojení **keloidními jizvami**, a to i při šetrných postupech plastické chirurgie (obr. 15). **Vitiligo** (obr. 16) či **alopecie** se



Obr. 15 Keloidní jizvení u dívky s Turnerovým syndromem po plastické úpravě sklonu ušních boltců



Obr. 16 Vitiligo u dívky s Turnerovým syndromem



Obr. 17 *Acanthosis nigricans* u dívky s diabetem mellitus 2. typu

mohou objevit častěji než v běžné populaci, protože dívky s Turnerovým syndromem mají sklon k rozvoji orgánově specifických autoimunitních poruch, mezi které vitiligo i alopecie patří.

■ *Acanthosis nigricans*

Acanthosis nigricans se vyskytuje u adolescentních pacientů s **diabetem 2. typu**, což je v tomto věku vzácné onemocnění, zpravidla způsobené kombinací **vysoké inzulínové rezistence** a **obezity**. Ložiska *acanthosis nigricans* jsou hyperkeratotické hyperpigmentované okrsky v oblastech ohybových rýh a zvýšené potivosti – v axilách (obr. 17), vzadu na krku, v abdominální oblasti, případně v *sulcus intermammarius*.

Může být projevem i jiných poruch spojených s inzulínovou rezistencí, tedy syndromu polycystických ovarií, prosté obezity, Cushingova syndromu a u dospělých také akromegalie.

Ložiska jsou charakterizována **hyperproliferací keratinocytů** a **melanocytů** vlivem vysoké koncentrace inzulínu a IGF-1.

Ložiska *acanthosis nigricans* mizí nebo se zmírňují po snížení hmotnosti. Nález *acanthosis nigricans* by měl indikovat vyšetření metabolismu glukózy.

Literatura u autorů

Obrázky z archivu autorů

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a OSPDL ČLS JEP

si vás dovolují pozvat na odborné semináře v roce 2020. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30. Vzdělávací akce mají charakter postgraduálního vzdělávání a jsou garantovány ČLS JEP ve spolupráci s ČLK (ohodnoceny kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Odborný garant: MUDr. Klára Vitoušová, MUDr. Bohuslav Procházka

5. březen 2020

Dětská obezita

Prim. MUDr. Jan Boženský

Nemocnice Vítkovice



OSPDL ČLS JEP



Tinea incognita u tříletého chlapce

MUDr. Karolína Svobodová, prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc., MHA

Dermatovenerologická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Nemocnice Na Bulovce;
Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Klíčová slova

tinea corporis, tinea incognita, nehojící se plak, kortikosteroidy, deskvamace, biopsie, selektivní kultivace na dermatofyta

■ Úvod

V kazuistice představujeme tříletého chlapce, který byl iniciálně odeslán pediatrem na dermatologickou kliniku pro nehojící se projev na dolní končetině. Topická terapie kortikoidy byla indikována praktickým lékařem pro děti a dorost, byla aplikována tři měsíce s částečným efektem. Stanovení diagnózy a léčba *tinea corporis* trvaly následně několik měsíců. Pojem *tinea incognita* popisuje častou dermatofytózu s atypickým klinickým obrazem, způsobeným topickou léčbou imunomodulátory, nejčastěji kortikoidy. V české písemnictví, zjištěném databází PubMed, *tinea incognita* nebyla dosud popsána.

■ Obsah

Tříletý pacient byl odeslán obvodním pediatrem na Dermatovenerologickou kliniku 2. LF UK a NNB pro 4 měsíce nehojící se plak na pravém stehně. Očkován byl dle schématu v ČR. Prodělal pouze plané neštovice, jinak vážněji nestonal.

Kožní projev byl léčen pediatrem pro podezření na bakteriální infekci několik týdnů lokálně mupirocinem ve formě masti, terapie byla bez efektu. Proto byla léčba změněna

na topické kortikoidy, neboť bylo klinicky zvažováno *granuloma annulare*. Léčba hydrokortisonem v krému trvala 3 měsíce, během nichž došlo k částečnému zlepšení, a to k vyblednutí kožního útvaru, nicméně se vytvořilo nové satelitní ložisko. Po neúspěchu léčby byl pacient odeslán na specializované pracoviště.

Při vyšetření na naší klinice byl na pravém stehně přítomen plak o průměru 6 cm, světle růžové barvy, hladkého povrchu bez deskvamace. Satelitní plak byl červený s jemnými šupinami na povrchu o průměru 3–4 cm. Klinicky byly diferenciatně diagnosticky zvažovány ekzém, primární kožní lymfom, rezistentní *granuloma annulare* a *tinea corporis*. Z povrchu satelitního projevu byl proveden odběr šupin na mykologické vyšetření (kultivaci a vyšetření louhovým preparátem). Kožní biopsie, tj. odběr kůže k dermatohistopatologickému vyšetření v místní anestezii, je metodou invazivní, proto v tomto případě nebyla zpočátku indikována. Nakonec ale byla provedena z původního projevu. Histologické vyšetření prokázalo přítomnost hyf, které byly barveny specifickým Schiffovým činidlem (PAS). Z nového projevu byla provedena selektivní kultivace na dermatofyta, která bývá často falešně negativní, bylo překvapivě zjištěno agens *Trichophyton rubrum*.

Ložiska na končetině byla dobře přístupná lokální léčbě, která je v naprosté většině případů dostačující. Byl použit ciklopiro-

xolamin 2–3× denně. Zvažována byla i perorální terapie terbinafin hydrochloridem v dávce 62,5 mg 1× denně, která ve formě tablet nebyla tolerována. Dle matky chlapec odmítal tablety užít i přes rozmělnění. O perorální užití se matka snažila 3 dny, poté ale aplikovala pouze lokální terapii. Léčba byla úspěšná po 2 měsících, kdy došlo zcela k vymizení lézí. Pacientovi zbyla pouze drobná jizva po odběru kožního vzorku.

■ Souhrn

Tinea corporis je dermatofytóza na trupu a končetinách, kterou nacházíme u pacientů poměrně často. V dětském věku však dominuje *tinea capitis* neboli dermatofytóza kštice. *Tinea corporis* u dětí je způsobena velmi často zoofilními dermatofyty, jejichž přenos je nejčastěji ze srstnatých zvířat v domácnosti (psů, koček, morčat, králíků apod.), ale ojediněle lze vykultivovat i antropofilní dermatofyta, jako je *Trichophyton rubrum* z naší kazuistiky.

V klinickém nálezu se soustředíme na přítomnost deskvamace (šupin), jejíž přítomnost je klíčová pro diagnostiku povrchových dermatitid, kde je postižena epidermis (v případě povrchové dermatomykózy jsou mikroskopické houby lokalizovány v rohové vrstvě). Dále do klinického obrazu povrchové tinea patří elevace okrajů plaku, který se šíří centrifugálně. Místy se mohou při okraji

Obr. 1 *Tinea corporis*, zkreslená aplikací kortikosteroidů (tzv. *tinea incognita*)



Obr. 2 Zhojená léze po aplikaci lokálních antimykotik s jizvou po biopsii



Obr. 3 Příklad *tinea faciei* před terapií, nezkresleno kortikosteroidy





plaku nalézat vezikuly a může být přítomno mokvání.

Pojem *tinea incognita* (nesprávně *tinea incognito* 8) popisuje dermatofytózu s atypickými klinickými rysy, způsobenou topic-
kou léčbou imunomodulátory, nejčastěji kortikoidy. *Tinea incognita* tvoří až 40 % případů *tinea corporis* (6). Nejčastějším původcem je zjišťován *Trichophyton rubrum* (7). V případě naší kazuistiky se jednalo o dlouhodobou aplikaci hydrokortisonu. Během této léčby došlo k vyhlazení plaku a vymizení šupin, klíčovými v klinické diagnostice dermatomykózy.

V léčbě *tinea corporis* lze použít topická antimykotika (terbinafin, naftifin, cyklopiroxolamin nebo bifonazol) v krému, masti nebo roztoku. Klotrimazol je méně vhodný, protože neproniká do kůže dostatečně hluboko (5).

Mezi zásady aplikace topických antimykotik patří:

- 1) aplikovat dostatečně často, tj. zpravidla 2× denně po celou dobu léčby;
- 2) dostatečně dlouho, tj. do úplného vymizení klinických příznaků a poté další 2 týdny, neboť spóry dermatofyt ještě mohou v kůži přežívat (5).
- 3) antimykotikum v krému či pastě rozetřít nejen po celém ložisku, ale ještě asi 2 cm do okolí, neboť vlákna hub zasahují do zdravé kůže.
- 4) celková léčba antimykotiky (terbinafinem) je potřebná jen výjimečně, před jejím zahájením je nutné ověřit diagnózu mykologickým vyšetřením.

■ Použitá literatura

1. Salimbeni L, Delfino C. Tinea faciei incognito. G Ital Dermatol Venereol. 2017 Aug;152(4):390–391.
2. Stringer T, Gittler JK, Orlov SJ. Tinea incognito in an urban pediatric population. Cutis. 2018 Nov;102(5):370–372.
3. Paloni G, Valerio E, Berti I, Cutrone M. Tinea incognito. J Pediatr. 2015 Dec;167(6):1450–e2.
4. Svobodová K, Sečnicková Z. Vyšetření v ambulanci nebo u lůžka. In: Hercogová J et al. Klinická dermatovenerologie. 1. díl. Praha: Mladá fronta, 2019. s. 103.
5. Skořepová M. Mykózy u dětí, diagnostika a léčba. Pediatr. praxi 2013;14(3):170–172.
6. Villani A, Ferrillo M, Fabbrocini G, Gallo L. It Is Not as It Seems. Skin Appendage Disord. 2019 Feb;5(2):124–126.
7. Turk BG, Taskin B, Karaca N, Sezgin AO, Aytimur D. Clinical and mycological analysis of twenty-one cases of tinea incognito in the Aegean region of Turkey: a retrospective study. Acta Dermatovenereol Croat. 2013;21(2):93–98.
8. Holubar K, Male O. Tinea incognito vs. tinea incognito. Acta Dermatovenereol Croat. 2002 Mar;10(1):39.
9. Svobodová K, Hercogová J. Tinea incognito u tříletého chlapce. Čes Dermatovenereol. 2020;10(1) – ahead of print.

Váš pomocník při rozhodování o léčbě

- » Multifunkční plně automatizovaný analyzátor
- » Výsledky v laboratorní kvalitě
- » Bezúdržbový
- » Není nutné temperovat reagentie
- » Bez nutnosti kalibrace a BTK

Všechny testy jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou.

Pro více informací navštivte webové stránky
www.oriondiagnostica.cz
nebo volejte na tel. číslo 602 710 657.



QuikRead go



Kazuistika

Závažná forma akné s makrokomedony

MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.

Akné poradna, Kožní oddělení, Nemocnice Jihlava

Je uvedena kazuistika chlapce trpícího těžkou formou akné s makrokomedony na obličeji. Pacient byl léčen perorálním izotretinoinem, současně byl aplikován lokální adapalen a prováděny zákroky radiokauterem. Izotretinoin byl podáván po dobu 20 měsíců. Přes úvodně velmi závažný stav došlo k téměř kompletnímu zhojení, na kůži zůstaly jen ojedinělé komedony, drobné nerovnosti pleti a jizvičky. Léčba adapalenenem je prováděna dosud (již 2,5 roku) k prevenci zhoršení kožního nálezu.

Klíčová slova

Akné, makrokomedon, izotretinoin, kauter

Summary

A casuistics of a boy with a severe form of acne with macrocomedones is described. The patient was treated with peroral isotretinoin, local adapalen was applied and interventions with radiocauter were done simultaneously. Isotretinoin was used for 20 months. Through the initial very severe condition an almost complete healing was reached, only some comedones, small inequalities and scars remained. The treatment with local adapalen to prevent a relapse of acne is still practised (for more than two years already).

Key words

Acne, macrocomedo, isotretinoin, cautery

Úvod

Acne vulgaris je jednou z nejčastějších kožních chorob. Je onemocněním pilosebaceózní jednotky. Postihuje zejména adolescenty a mladé lidi. Prevalence je více než 95 % obyvatelstva, rozdíl je ale v závažnosti projevů u jednotlivých osob. Dle současných představ je akné výsledkem několika patogenetických faktorů. Jsou to kvantitativní a kvalitativní změny mazu, folikulární retenční hyperkeratóza, změny v mikrobiomu a imunopatologický zánět. Patogenetické faktory nelze vidět odděleně, neboť se navzájem ovlivňují. Podkladem akné je chronický zánětlivý proces pilosebaceózní jednotky s obturací vývodu mazové žlázy a s rozvojem nezáánětlivých a záánětlivých lézí. První mikroskopicky pozorovatelnou změnou sebaceózního folikulu je mikrokomedon, který je prekursorem všech dalších nezáánětlivých

i záánětlivých morf. Pouhým okem viditelný není. Základní na kůži viditelné eflorescence jsou uzavřené komedony, otevřené komedony, makrokomedony a fistulující komedony, dále papuly, pustuly, uzly, cysty a jizvy. Podle převažujících morf a jejich počtu se *acne vulgaris* dělí dle poslední klasifikace Plewiga a kol. na tři základní formy: komedonická, papulopustulózní a konglobátní akné. Léčba akné se řídí závažností projevu, psychickým dopadem choroby na pacienta a kompliance konkrétní osoby. Téměř u každého pacienta je nutná léčba kombinovaná. Cílem léčby je kauzální postižení všech hlavních etiopatogenetických faktorů akné. Léčba akné se dělí na léčbu místní, celkovou, fyzikální a chemickou. Nezbytná je i vhodná doplňková léčba akné. Celková léčba akné je indikována především u těžkých a velmi těžkých forem akné a dále u středně těžké akné, kde kombinovaná lokální léčba nevedla k očekávanému zlepšení. Hlavními zástupci celkové léčby jsou celkově podávaná antibiotika, izotretinoin a u žen kombinovaná hormonální antikoncepce. Izotretinoin (chemicky 13-cis-retinová kyselina) patří do první nearomatické generace retinoidů. V mechanismu účinku dominuje přímý inhibiční vliv na mazovou žlázu a dozrávání sebocytů, dále dochází ke snížení keratinizace ve folikulech. Izotretinoin jako jediný působí na všechny čtyři hlavní etiologické faktory akné. Hlavní indikací k nasazení perorálního izotretinoinu jsou závažné formy akné, nedostatečná nebo neadekvátní odpověď na předchozí léčbu, zejména na dostatečně dávkovanou léčbu perorálním antibiotikem, akné se sklonem k jizvení a psychicky depřimující akné (3, 4). Denní dávka je v posledních letech volena spíše nižší, délka podávání je naopak delší než v minulosti. Velmi důležitá je celková užitá dávka, jejíž výše

koreluje se závažností stavu před léčbou a není dnes přesně určena. U akné s hojnými makrokomedony je k prevenci vzplanutí a následného jizvení vhodné zahájení léčby nižší dávkou za současného ošetřování kůže nad makrokomedony kauterem (5). Správně zvolená lékařská kosmetika je důležitým doplňkem léčby akné. Čisticí prostředky, promazávací, krycí krémy, kamufláže i sunscreens musejí být nedráždivé a nekomedogenní. Po zhojení aktivních forem akné je nezbytně nutná udržovací léčba akné. Ta může být definována jako pravidelné používání vhodného léčebného prostředku k zamezení recidivy akné. Nejlepší efekt má dlouhodobé lokálních užívání retinoidů (6).

Popis případu

Pacientem byl devatenáctiletý hoch. Je sledován pro sennou rýmu, před rokem prodělal lehký subdepresivní stav, který odezněl bez léčby. Léky neužíval, alergii udával na prachy, pyl, srst koně a ovcí. Kouřil asi 10 cigaret denně. Dle rodinné anamnézy trpěl strýc závažnou formou jizvící akné. Pacient měl akné již asi dva roky. Dosud byl léčen pouze lokální léčbou (antibiotika, benzoylperoxid, adapalen) u obvodního dermatologa. Do Akné poradny přišel na doporučení praktického lékaře pro děti a dorost. Objektivní nálezy před zahájením léčby (obr. 1): Na obličeji bylo velmi výrazné postižení: ojedinělé komedony, asi 500 makrokomedonů a asi 60 papulek. Ostatní partie těla byly bez projevů akné. Kožní postižení velmi výrazně snižovalo kvalitu života pacienta.

Diagnóza: Papulopustulózní akné III. st. s makrokomedony na obličeji.

Senná rýma. Alergie na prachy, pyl, srst koně a ovcí.

Subdepresivní stav v anamnéze.



Obr. 1 Před zahájením léčby, vpravo detail



Obr. 2 Kauterizace kůže nad makrokomedony

Doporučení při úvodním vyšetření: Pacient byl kompletně poučen o stavu choroby (akné) a zhoršujících faktorech. Bylo doporučeno ukončení kouření a navržena vhodná dermokosmetika. Vzhledem k velmi výraznému nálezu byla jednoznačně indikována léčba perorálním izotretinoinem. Pacient byl poučen o léčbě, byly mu vydány letáky k nastudování. Laboratorní odběry před nasazením léku (jaterní testy a lipidy) byly kompletně v normě. Podrobný pohovor a dotazník vyloučily depresi. Pro přítomnost makrokomedonů byla zahájena léčba lokálním adapalenem nejprve ve dne, při dobré toleranci pak na noc. Na papulky začal pacient aplikovat 5% benzoylperoxid v gelu. V den nasazení perorálního izotretinoinu byl pacient opět poučen o léčbě a podepsal informovaný souhlas s terapií a poučení o opatřeních během léčby, byla mu vydána kartička o léčbě. Vzhledem k přítomnosti makrokomedonů byla terapie zahájena nižší dávkou léku (0,25 mg/kg/den). Kontroly byly vedeny zpočátku po 14 dnech, vždy bylo prováděno napichování kůže nad makrokomedony radiokauterem (obr. 2). Po 5,5 měsících (po zmenšení počtu i velikosti makrokomedonů) byl perorální izotretinoin navýšen na 0,4 mg/kg/den. Objektivní nález se postupně výrazně zlepšil. Papulky se odhojovaly, pomalu docházelo ke zmenšování velikosti a počtu makrokomedonů (obr. 3). Pacient dokonce přechodně přestal na naše doporučení kouřit, po jednom měsíci se ke kouření vrátil v menší míře (6 cigaret

denně). Po 14 měsících byl pacient kompletně výrazně zlepšen, dávka izotretinoinu byla snížena na 0,25 mg/kg/den. Po 18 měsících došlo ke zhojení, dávka léku byla dále snížena na 0,12 mg/kg/den a takto užíván ještě 2 měsíce. Celková dávka izotretinoinu byla 165 mg/kg. Objektivní nález při ukončení léčby perorálním izotretinoinem (po 20 měsících): pacient byl zhojen, na obličeji bylo přítomno jen několik komedonů, drobné jizvičky a nerovnosti pleti (obr. 4). Vyšetření během léčby perorálním izotretinoinem byla prováděna dle předpisů v intervalech jednoho měsíce, jen během prvních 5 měsíců vzhledem k nutnosti ošetřování radiokauterem po 14 dnech. Vždy byl kontrolován objektivní nález a nežádoucí účinky včetně dotazu na náladu. Krev k vyšetření hladin jaterních testů a lipidů byla odebrána jeden měsíc po nasazení izotretinoinu, dále 2× po 4 měsících a při ukončení terapie. Nežádoucí účinky léčby byly jen běžné – sušší rty, občasný ekzém a lehké bolesti zad. Byly minimalizovány promazáváním, krátkou aplikací kortikoidů a omezením náročného pohybu na maximální dobu jedné hodiny denně. Od ukončení léčby perorálním izotretinoinem pokračuje pacient v aplikaci adapalen krému v rámci udržovací léčby, na případné papulky aplikuje 5% benzoylperoxidu v gelu. Nález na obličeji je vynikající, jen občas se tvoří větší komedony a papulky. Léčba a sledování v Akné poradně pokračuje, pacient je nyní 2,5 roku po ukončení aktivní fáze léčby.

■ Diskuze

Pacient měl těžkou formu akné vyžadující jednoznačně léčbu perorálním izotretinoinem. Indikaci k nasazení perorálního izotretinoinu náš pacient splňoval. Před nasazením tohoto léku byla provedena všechna nutná vyšetření: podrobná anamnéza, důkladné vyšetření pacienta včetně vyloučení deprese a následně podrobné poučení o léčbě a podpis informovaného souhlasu a poučení o léčbě. Pacient měl jen lehké nežádoucí účinky (suchost rtů, ekzém, lehké bolesti zad). Akutní vzplanutí akné při léčbě perorálním izotretinoinem je dle literatury možno očekávat asi v 6 % případů (7), v posledních letech je ale zvláště u mladých mužů mnohem častější. Predispozičním rizikovým faktorem jsou nejčastěji makrokomedony a noduly. Makrokomedony by měly být identifikovány před zahájením terapie perorálním izotretinoinem. Léčba vyžaduje kauterizaci: kůže nad makrokomedony je jemně poťukávána radiokauterem. Kauterizace má být pouze velmi povrchová (8). Je lépe „podléčit“ než příliš hluboko zasahovat do kůže. Zárok může být opakován každé 2–3 týdny. Při správném povrchovém provádění jsou nežádoucí účinky extrémně vzácné. Cílem léčby je vytvořit velmi nízký stupeň tepelného postižení, který podnítl polymorfonukleary k vycestování do makrokomedonů. Následně uvolněné proteolytické enzymy napomáhají k úpravě lézí. Kauterizaci je nutno provádět opakovaně, u našeho pacienta byla provedena celkem



Aplikace Záchranka funguje i v zahraničí. Češi si tak přivolají pomoc

Využívat českou aplikaci Záchranka mohou tuzemští uživatelé také při svých cestách do zahraničí. Po Rakousku a Slovensku přibýlo do seznamu podporovaných zemí také Maďarsko. Díky stisknutí tlačítka zavolá aplikace pomoc a určí i přesnou polohu člověka, uživatel díky tomu snadno překoná jazykovou bariéru. Informoval o tom autor aplikace Filip Maleňák.

Aplikaci, kterou Maleňák vytvořil jako student Vysokého učení technického v Brně v roce 2012, už má více než 1 150 000 uživatelů. Nově se spolupráce rozšířila i na maďarské záchranáře.

Pokud budou Češi v Maďarsku a stisknou tlačítko, aplikace předá maďarským záchranářům přesnou polohu člověka i jeho základní osobní a zdravotní údaje, které má v aplikaci vyplněné, včetně kontaktů na blízké osoby.

„Po zmáčknutí nouzového tlačítka se objeví tabulka devíti nejčastějších zdravotních problémů a poranění. Když volající jednu z nich vybere, odešle se tato informace záchranářům společně s dalšími informacemi. Na dispečinku tedy budou vědět, co a komu se stalo. Komunikace se tak zjednoduší a odstraní se významná jazyková bariéra,“ uvedl Maleňák.

Aplikaci je nyní pouze nutné aktualizovat, jinak není při jízdě do zahraničí nic potřeba měnit.

Tým kolem aplikace Záchranka navíc pomohl vytvořit obdobnou aplikaci pro obyvatele Maďarska, která bude fungovat stejně jako Záchranka v Česku. Aplikace a její napojování na další systémy v zahraničí má podporu i Ministerstva zdravotnictví ČR.

„Vzhledem k přínosům aplikace se chceme již brzy významným způsobem podílet na úhradě nákladů souvisejících s jejím provozem,“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (za ANO).

Aplikace kromě přivolání pomoci obsahuje i návod první pomoci, databázi externích defibrilátorů v České republice nebo navigaci k nejbližším pohotovostem a varovná upozornění.

Zdroj: novinky.cz, 27. 1. 2020



Obr. 3 Po 12 měsících léčby perorálním izotretinoinem



Obr. 4 Při ukončení léčby perorálním izotretinoinem

25×! Celková užitá dávka izotretinoinu byla u našeho pacienta vyšší pro úvodně závažný stav. Optimální celkově užitá dávka s sebou přináší minimální riziko exacerbace projevů akné po vysazení izotretinoinu. Vzhledem k přítomnosti hojných makrokomedonů začal pacient již po úvodním vyšetření aplikovat lokální retinoid k rozvolnění obsahu komedonů a rohových zátek. Mužské pohlaví, pozitivní rodinná anamnéza a úvodní výrazné postižení jsou u pacienta rizikovými faktory relapsu onemocnění. Proto předpokládáme aplikaci lokálního retinoidu na noc po dobu nejspíše mnoha let s trvalými pravidelnými kontrolami v naší Akné poradně.

Závěr

Akné patří k nejčastějším kožním chorobám. K její terapii je v současné době k dispozici celá řada přípravků, zahrnujících zejména léčbu lokální a celkovou, někdy je nutná i léčba fyzikální. Nejtěžší formy je nutno léčit perorálním izotretinoinem. Cílem článku bylo na uvedené kazuistice ukázat důležitost kombinované léčby (perorálního izotretinoinu, lokálního retinoidu a ošetřování radiokauterem) při přítomnosti makrokomedonů k prevenci vzplanutí akné a zabránění jizvení. Při dodržení všech zásad správné terapie by mělo dojít ke kompletnímu zhojení. Následná udržovací léčba lokálním retinoidem je nezbytná.

Literatura

1. Dréno B: What is new in the pathophysiology of acne, an overview. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017; 31(Suppl 5):8-12.
2. Nevalová Z. Léčba akné. In: Rulcová J, Benáková N. Obličejové dermatózy. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-2014-4891-0. s. 27-49.
3. Merrit B, Burkhardt C, Morell D. Use of Isotretinoin for Acne vulgaris. Pediatric Annals. 2009;38(6):311-320.
4. Thiboutot TM, Dréno B, Abanmi B et al: Practical management of acne for clinicians: An international consensus from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. J Am Acad Dermatol. 2018;78(2 Suppl 1):S1-S23.
5. Nevalová Z. Izotretinoin v praxi. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2695-6. s. 81-82.
6. Nevalová Z. Udržovací léčba akné. Dermatol. Praxi. 2016;10(1):10-15.
7. Clark SM, Goulden V, Cunliffe WJ. The management of acne patients who respond slowly to oral isotretinoin. Br J Dermatol. 1996;135:20.
8. Cunliffe WJ. The difficult acne patient. Acta Dermatovenerol Croat. 2001;9(3):183-195.



Rozšíření možností lokální terapie atopické dermatitidy v ordinaci praktického lékaře či alergologa

MUDr. Nina Benáková, Ph.D.

Dermato-alergologická ordinace ImmunoFlow, Praha
Dermatovenerologická klinika 1. LF UK, Praha

■ Úvod

V roce 2019 Česká dermatovenerologická společnost ČLS JEP vyhověla žádosti praktických lékařů o uvolnění preskripce lokálních imunomodulátorů pro tuto odbornost a současně doporučila preskripci uvolnit i pro alergology a praktické lékaře pro děti a dorost/pediatry.

Tyto i další odbornosti měly již nyní možnost předepisovat a léčit lokálními imunomodulátory, ale pro úhradu ze zdravotního pojištění bylo zapotřebí mít delegovanou preskripci od dermatologa. V současnosti tedy nemusejí posílat své indikované pacienty k dermatologovi a mohou se léčby ujmout sami. K dispozici mají nyní celé spektrum lokálních léčiv pro akutní i chronickou léčbu – emolienca, lokální kortikoidy (a tradiční zinkové pasty) a nově i lokální imunomodulátory.

Lékař by tím měl získat na svém odborném kreditu, pacient pak na dostupnosti léčby, respektive péče.

Lokální imunomodulátory jsou **velmi prospěšné léky**, neboť mohou pomoci zvládat atopickou dermatitidu (AD) nejen v krátkodobém, ale i v dlouhodobém měřítku. Jejich příznivý poměr účinnosti k bezpečnosti s sebou nese potenciál ovlivňovat cestou dlouhodobého potlačení zánětu i dlouhodobý průběh choroby. Především je to **stabilizace ve smyslu delších remisí a méně častých exacerbací**.

Lokální imunomodulátory mohou dále v rámci komplexní léčby do jisté míry také bránit vzniku komplikací systémových, tedy rozvoji dalších atopických chorob/komorbidit, jakými jsou alergická rinokonjunktivitida, bronchiální astma, chronická rinosinusitida apod. („atopický pochod“). K senzibilizaci totiž dochází nejen přes sliznice, ale především přes atopickou kůži s porušenou kožní bariérou.

Pro optimální výsledek léčby je třeba, aby se lékař naučil s lokálními imunomodulátory zacházet a naučil to i svého pacienta.

Lokální imunomodulátory totiž nejsou z hlediska použití léky jednoduché. Ostatně to při léčbě kožních chorob není žádné novum, protože lékař při volbě lokálního léku musí zohlednit řadu faktorů, jinak se stav nezlepší. V potaz je třeba brát následující faktory:

- typ dermatitidy
- fáze
- lokalizace
- rozsah
- věk
- reakce na předchozí léčbu
- individuální snášenlivost
- senzorická přijatelnost daného externu (v souvislosti s compliance!)

Neméně důležitá je rovněž **strategie léčby** – pro výsledný efekt má strategie léčby (režim, způsob aplikace) stejný význam jako lék sám. Jak kdysi výstižně podotkl berlínský profesor Wolfram Sterry: „Schopnost správně zacházet se zevními léky je to, co odlišuje dermatologa od ostatních lékařů.“ Lokální imunomodulátory představují **kortikoidy šetřící léčiva**, rozhodně se však nejedná o mechanickou výměnu kortikoidu za imunomodulátor – tak snadné to bohužel není.

Lokální léčba, zejména složitějších případů, by obecně měla být:

- **komplexní:** léčba a prevence v celé šíři, přístup k pacientovi, edukace
- **individualizovaná:** preference pacienta, individuální snášenlivost externu
- **kombinovaná:** vyšší účinnost, lepší bezpečnost

A to samozřejmě platí i pro léčbu atopické dermatitidy, včetně terapie lokálními immuno-

modulátory. Pro pochopení postavení a role lokálních imunomodulátorů v léčbě AD si musíme krátce ozřejmit léčbu této chronické, svědivé dermatitidy v širším pohledu, jako celek.

■ Léčba atopické dermatitidy a postavení lokálních imunomodulátorů

Akutní léčba má charakter krátkodobé intenzivní úlevové léčby, chronická pak dlouhodobé udržovací a stabilizační léčby.

Cíle léčby u AD jsou:

- **tlumení zánětu:** kortikoidy, imunomodulátory
- **obnova/zlepšení kožní bariéry:** emolienca, včetně mytí/koupelí
- **odstranění infekce/snížení kolonizace:** speciální emolienca, antiseptika, případně antibiotika, antivirotika
- **snížení pruritu:** vše výše jmenované

Volba léčby se řídí dle závažnosti, která je dána:

- aktuálním rozsahem a intenzitou projevů;
- intenzitou pruritu – **ta je citlivým ukazatelem aktivity choroby i účinnosti léčby;**
- reakcí na léčbu;
- dosavadním průběhem;
- dopadem na kvalitu života pacienta i jeho rodiny.

Mírná až středně těžká atopická dermatitida se léčí lokálně, středně těžká až těžká i celkově.

Dle současných evropských doporučených postupů Evropského dermatologického fóra se rozlišují čtyři stupně strategie léčby atopické dermatitidy, a to dle závažnosti průběhu – viz tabulku.



Nyní se zaměříme přímo na **lokální imunomodulátory** (synonyma *topical immunomodulators* [TIM], *topical calcineurin inhibitors* [TCI]).

■ Historie

Makrolidová imunosupresiva se prvně objevila jako systémové léky v transplantační medicíně. Pro lokální použití byl nejdříve testován cyklosporin A (z *Tolypocladium inflatum*), ale pro svou velkou molekulovou hmotnost (cca 1 200 Da) nebyl vhodný pro lokální použití. Dalším byl lokální takrolimus (ze *Streptomyces tsukuba*), jehož molekulová hmotnost je již nižší (cca 800 Da). Obdobnou molekulovou hmotnost má i další inhibitor kalcineurinu, pimekrolimus (ze *Streptomyces hydropiscus*). Větší **molekulová hmotnost** je sice spojena s horší penetrací do kůže než v případě lokálních kortikoidů (ty mají cca 300 Da), ale na druhé straně je výhodou menší či žádná systémová resorpce, a tudíž i lepší systémová bezpečnost.

■ Mechanismus účinku

Kalcineurin je cytoplazmatická fosfatáza, jejíž inhibicí se blokuje aktivace T lymfocytů a i řada cytokinů (IL-2, IL-3, IL-4, IL-5, GM-CSF, TNF- α , IFN- γ). Dále pak blokuje uvolnění mediátorů z mastocytů a neutrofilů; ovlivňuje také funkci eozinofilů, bazofilů a Langerhansových buněk, u posledně jmenovaných vede též ke snížení exprese

receptorů pro IgE. Mechanismus je tedy **imunomodulační**.

■ Indikace

K dispozici jsou celosvětově na trhu dva lokální imunomodulátory: **pimekrolimus v krému a takrolimus v masti**. Kromě účinků protizánětlivých mají lokální imunomodulátory i přímé a nepřímé **účinky protisvědivé**. Protizánětlivé účinky takrolimu se pohybují na úrovni účinnosti středně silných kortikoidů, čemuž odpovídá registrace takrolimu pro léčbu středně těžké až těžké atopické dermatitidy. O něco slabší je pak na pomyslné stupnici 1% pimekrolimus s registrací pro léčbu mírné až středně těžké atopické dermatitidy.

Další indikace

V odborné literatuře je dostatek údajů o úspěšném *off label* použití takrolimu u dalších imunologicky zprostředkovaných chronických dermatóz, jako jsou cheilitidy, dermatitidy víček a rukou, kontaktní dermatitidy, chronický pruritus, prurigo, seboroická dermatitida, obličejová psoriáza, morfea, *lichen sclerosus et atrophicus*, *lichen planus*, vitiligo, periorální dermatitida aj.

■ Dostupnost a úhrada

V ČR jsou na trhu 1% pimekrolimus (Elidel krém) a 0,03% a 0,1% takrolimus (Protopic mast). Od června 2019 je Elidel hrazen ze zdravotního pojištění u indikovaných

pacientů s atopickou dermatitidou nejen u dětí, ale nově i u dospělých. Protopic 0,1% je hrazen pouze u dospělých. Protopic 0,03% je hrazen u dětí; nyní je nově též hrazen u dospělých, resp. osob od 16 let, ale jen v případě nesnášenlivosti Protopicu 0,1%.

Pro úspěch léčby je třeba poučit pacienta o roli lokálních imunomodulátorů v léčbě atopické dermatitidy, o technice aplikace léku, o strategii sekvenční a proaktivní léčby a opatřeních proti vzniku iritace.

■ Výhody

- Oproti kortikoidům zde není tachyfylaxe, rebound fenomén ani atrofogenní potenciál.
- Nezpůsobují glaukom či kataraktu.
- Jsou vhodné především k léčbě rizikových lokalizací a k udržovací léčbě.
- Umožňují relativně bezpečné ovlivnění dlouhodobého průběhu – získání kontroly nad průběhem onemocnění, snížení frekvence vzplanutí a též zlepšení kvality života nemocného.

Lokální imunomodulátory nemohou lokální kortikoidy zcela nahradit, zejména v akutní léčbě. Nejsou totiž tak silně účinné a mají určitý iritabilní potenciál, zejména v akutní fázi. Iritabilita v akutní fázi ekzému je ovšem obecný jev, který se týká všech extern – emoliencií, a někdy dokonce i samotných kortikoidů.

Tabulka

	Léčba	Popis
1	bazální všechny typy ekzému	udržovací lokální léčba/péče o bariéru emoliencií – plošně i na zhojenou či nepostíženou kůži + prevence, režimová opatření
2	reaktivní přechodný, tranzientní ekzém	včasná lokální léčba vzniklých exacerbací lokálními kortikoidy (středně silné) nebo imunomodulátory – jen na postiženou kůži + antiseptika
3	proaktivní často recidivující, rekurentní ekzém	dlouhodobá udržovací lokální léčba imunomodulátory (takrolimus) nebo vhodnými lokálními kortikoidy (dobrý terapeutický index) – na postiženou kůži i na zhojená kritická místa* ; eventuálně technika vlhkých obvazů (wet wrap); + fototerapie, léčba ve stacionáři (subakutní, chronické formy); psychosomatická léčba; klimatoterapie
4	celková přetrvávající, perzistentní ekzém	imunosupresiva: cyklosporin A, krátká kúra p. o. kortikoidy, methotrexát, azathioprin, mykofenolát mofetil; biologika: dupilumab; hospitalizace

Pozn.: *) Kritická místa (hot spots) = místa, kde je ekzém úporný, resp. velmi často se objevuje.

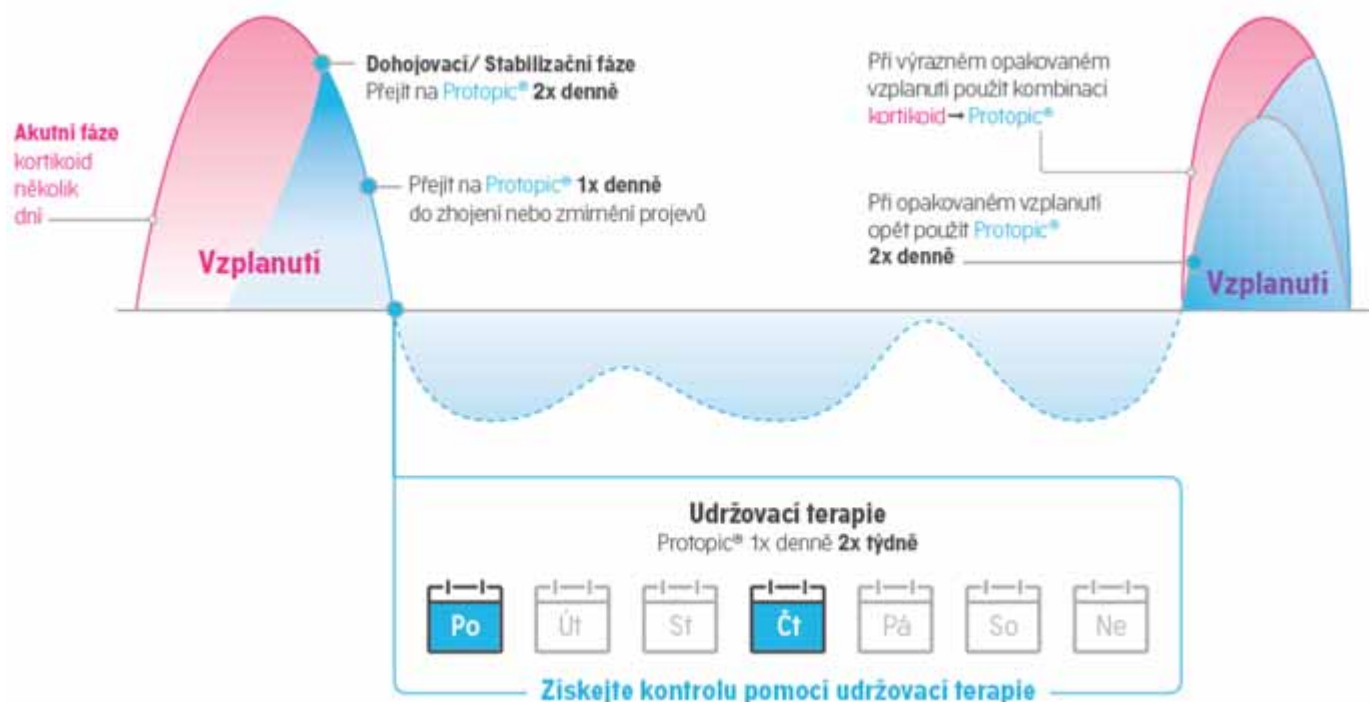


Schéma 1

■ Zásady léčby

- Léčbu je doporučeno zahájit co nejdříve, při prvních příznacích.
- Léčit všechny postižené partie – není limity rozsahem.
- Léčit až do kompletního vymizení příznaků (**kontinuální léčba** ne déle než 1 rok – málo dat pro delší používání).
- **Kůži ničím nepromazávat bezprostředně před aplikací lokálních imunomodulátorů** a po ní (pimekrolimus odstup půl hodiny, takrolimus dvě hodiny), jinak je účinnost nižší – důvodem je zhoršená penetrace velké molekuly léčiva přes vrstvu emolienca.
- Jinak je používání emolencií jako bazální léčby i při léčbě imunomodulátory žádoucí a velmi vhodné.

■ Strategie léčby lokálními imunomodulátory

A) Monoterapie:

- U **přechodného ekzému** v rizikových oblastech, jakými jsou obličej, krk, flexury, intertriga apod., nebo v dětském věku.
- (Rizikem je míněno riziko nežádoucích účinků opakované léčby lokálními kortikoidy.)

- V počáteční léčbě se aplikují 2×/den, po zlepšení/stabilizaci 1×/den až do zhojení a ukončení – **reaktivní léčba**.
- Při aktivaci znovu včasná léčba do zhojení – **intermitentní použití**.

B) Kombinovaná terapie:

- U **často recidivujícího či přetrvávajícího ekzému** je vhodnější **režim sekvenční léčby**, kdy se akutní stav krátce předléčí lokálním kortikoidem a postupně se z něj přechází jen na lokální imunomodulátor k léčbě udržovací. Tím selepší tolerance a urychlí se nástup účinku celé léčby.
- Lokální imunomodulátor se pak používá denně, zprvu 1×/den až do zhojení/stabilizace.
- Na úporná ložiska (nelze dohoyit), ale i na kritická ložiska (zhojená, nicméně velmi záhy dochází k aktivaci) se lokální imunomodulátor (takrolimus) používá v udržovacím intervalu 2× týdně – **proaktivní léčba**.
- Při aktivaci znovu včasná, nárazová léčba lokálním kortikoidem a sekvenčně přechod zpět na lokální imunomodulátor k léčbě udržovací – **intervalové použití**.

Pro pacienty je pro lepší pochopení k dispozici vizuální schéma (schéma 1), jež lékař použije v ordinaci při instruktáži jako edu-

kační pomůcku, kterou si pacient odnáší pro lepší zapamatování s sebou domů.

■ Iritacíní potenciál

Mírné iritační reakce jsou v prvním týdnu léčby běžné. Trvají od několika minut do jedné hodiny, s dobou používání léku slabnou a nebývají důvodem k ukončení léčby. Nejčastěji jsou to pocit tepla, pálení nebo štípání. Pacienty je třeba přiměřeně poučit, jinak dochází k přerušení léčby a následné nedůvěře, nepoužívání a chabému výsledku celé léčby.

Před prvním použitím lokálního imunomodulátoru na větší plochy je strategické provést aplikaci jen na malou plochu jako jakýsi **toleranční test**.

I u pacientů, kteří referují intoleranci lokálního imunomodulátoru v minulosti, se lze o jeho aplikaci znovu pokusit – pochopitelně s podrobným vysvětlením jak iritaci předejít, tedy **co, proč a jak se má provádět**.

Preventivní opatření pro zlepšení tolerance – instruktáž pro pacienty:

- Neaplikovat v akutní fázi ekzému – ta je obecně iritabilní.
- Ne hned po mytí kůže (cca 30 minut odstup) – pokud je kůže vlhká, je více iritabilní.
- Nepoužívat silné vrstvy – zesílení iritability.



Ministr: Pojišťovny by měly vymáhat náklady za léčbu neočkovaných

Zdravotní pojišťovny by měly podle ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha vymáhat náklady na léčbu nemoci, proti níž se člověk nepodrobil povinnému očkování. Legislativa to podle něj už v současné době umožňuje. Řekl to v debatě o návrhu změny zákona o ochraně veřejného zdraví na jednání sněmovního zdravotního výboru.

„V současné době se tím zabýváme a došli jsme k závěru, že to současná legislativa umožňuje. Pokud někdo nesplní zákonnou povinnost se očkovat a povede to k jeho onemocnění, budeme chtít, aby zdravotní pojišťovny po něm náklady na léčbu vymáhaly,“ řekl ministr. S názorem, že by bylo vhodné diskutovat o vymáhání nákladů, přišel náměstek ministra zdravotnictví Roman Prymula poté, co se loni v září objevil případ tříletého chlapce hospitalizovaného v Brně kvůli tetanu. Matka ho odmítla nechat očkovat povinnou vakcínou a neřekla to ani lékařům v nemocnici. Sněmovna v současné době projednává také zákon, podle kterého má stát odškodňovat rodiče, kterým dítě zemře nebo je vážně poškozeno povinným očkováním. U dětí by pojišťovny vymáhaly náklady po rodičích. Výborem v pondělí 6. 1. projednává novela zákona o ochraně veřejného zdraví byla podle ministra vyvolána zejména nutností adaptovat do české legislativy nařízení Evropské unie v oblasti kontrol a bezpečnosti práce. Ministerstvo ale připojilo další změny, například právě v oblasti očkování. Navrhuje k současné povinnosti mít všechna povinná očkování pro přijetí do státní školky připojit také stejnou povinnost pro dětské skupiny nebo soukromé školky.

Kritici současné úpravy poukazují na to, že do školky děti být přijaty nemohou, zatímco do školky povinně nastoupit musejí, ať očkované, nebo ne. Pozměňovací návrhy poslanců se týkají také zákazu přijmout neočkované dítě na školu v přírodě nebo tábor. U školy v přírodě by ministerstvo podle náměstka Prymuly nemuselo na zákazu trvat. Rodičům, kteří děti očkovat odmítnou, hrozí pokuta až 10 000 korun. Situaci se zabývaly i soudy, několik kauz čeká i na rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve Štrasburku.

Zdroj: ČTK, 9. 1. 2020

- Ne před pobytem na slunci – nejde o fotosenzibilizaci, ale ošetřovaná kůže je iritabilnější, tedy po slunění snadněji dojde v léčených místech k podráždění.

Ergo: Lék se má aplikovat na suchou kůži, nejméně 30 minut po umytí nebo koupeli, tence.

Opatření při již vzniklé, výrazné a přetrvávající iritaci:

1. Přechodně aplikaci imunomodulátoru ukončit, ke zklidnění použít obvyklý lokální kortikoid.
2. S odstupem se pokusit o aplikaci imunomodulátoru znovu, eventuálně s krátkou přechodnou fází, kdy se kortikoid a imunomodulátor aplikují ob den.
3. Pokud je následně dobrá tolerance, ponechává se jen imunomodulátor.
4. Pokud kůže opakovaně imunomodulátor nesnese, je možné se v případě původního Protopicu 0,1% pokusit přejít na „slabší“ imunomodulátory – Protopic 0,03% či Elidel 1%, které mají iritační potenciál slabší.
5. Pátrat po příčinách nesnášenlivosti: působení spouštěčů, chabá prevence, nedostatečné používání emoliencií, špatná technika aplikace apod., včetně alkoholu – tzv. alkoholový flushing (přechodný erytém v místech aplikace imunomodulátoru po požití alkoholu).
6. Dohodnout u dermatologa konziliární posouzení.

V případě infekce či očkování:

- Folikulitida, veruky, moluska – ukončení závisí na intenzitě projevů.
- Impetigo, impetiginizace, herpes simplex (cave: *eczema herpeticum*) – přechodně ukončit/přerušit a znovu zahájit/pokračovat po zvládnutí infekce.
- Celkové infekce – ukončení závisí na intenzitě projevů infekce i ekzému.
- Pokud se očkování týká léčeného místa, je vhodné ukončit léčbu týden před aplikací vakcíny a k terapii se vrátit až po vstřebání infiltrátu v místě vpichu, tj. nejdříve za 2 týdny.

Bezpečnost

Klinická data neukazují na vyšší riziko kožních nádorů, nicméně je třeba při pobytu na slunci dodržovat obvyklou fotoprotekci. Pacienti léčení lokálními imunomodulátory

by se neměli nadměrně slunit pro riziko potence imunosupresivního efektu UV záření (sice teoretické, ale možné).

Ze současných metaanalýz nevyplývá ani vyšší riziko lymfomů. Samotná choroba, tedy těžká atopická dermatitida jako taková, je však nezávislým rizikovým faktorem pro vznik lymfomů.

Nedoporučuje se aplikace do okluze nebo technikou vlhkých zábalů – může zvyšovat systémovou absorpci. V praxi se však okluze stejně neprovádí – především pro větší riziko iritačních reakcí.

Shrnutí a závěr

Lokální imunomodulátory jsou významné protizánětlivé léky, jejichž potenciál zdaleka není plně využíván. Oproti kortikoidům mají velmi dobrý bezpečnostní profil, díky proaktivní strategii léčby umožňují dlouhodobou stabilizaci a získání kontroly nad chorobou. Pro léčbu akutní exacerbace se nyní doporučuje předřadit lokální kortikoidy. Lokální imunomodulátory jsou vhodné zejména pro léčbu oblastí s tenkou kůží – obličej a krk, flexury, případně intertriga nebo anogenitální oblast. Iritační potenciál lze ve většině případů zvládnout preventivními opatřeními, o kterých je třeba pacienta informovat a instruuovat ho, jak má iritacím předcházet a jak je zvládat.

Praktickým lékařům a alergologům se nyní dostává do rukou nástroj, který jim spolu s ostatními léky a metodami včetně edukace umožní léčit své pacienty dle recentních světových doporučených postupů.

Použitá literatura

Benáková N. Optimální využití lokálních kortikoidů a imunomodulátorů v léčbě atopické dermatitidy. *Farmakoterapie*. 2011;7(5):485–600.

Schmitt J, von Kobyletzki L, Svensson A, Apfelbacher C. Efficacy and tolerability of proactive treatment with topical corticosteroids and calcineurin inhibitors for atopic eczema. *Br J Dermatol*. 2011 Feb;164(2):415–428.

Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018 May;32(5):657–682.

Kazuistiky 1–3: příklady použití topického imunomodulátoru v praxi.



Protopic®

(takrolimus, 0,03% mast, 0,1% mast)

Dostaňte pod kontrolu vzplanutí atopické dermatitidy

Zkrácené informace o léčivém přípravku

Název léčivého přípravku: Protopic 0,03% mast, Protopic 0,1% mast. **Složení:** 1 g Protopic 0,1% mast obsahuje tacrolimusum 1,0 mg jako tacrolimusum monohydricum (0,1%). 1 g Protopic 0,03% mast obsahuje tacrolimusum 0,3 mg jako tacrolimusum monohydricum (0,03%). **Léková forma:** mast. **Indikace:** léčba vzplanutí dospělí a dospívající (16 let a starší): léčba středně závažných až těžkých atopických dermatitid; děti (2 roky a starší): léčba středně závažných až těžkých atopických dermatitid. **Udržovací léčba:** léčba středně závažných až těžkých atopických dermatitid k prevenci vzplanutí a k prodloužení období bez vzplanutí u pacientů s vysokou frekvencí exacerbací. **Dávkování a způsob podání:** léčba vzplanutí: léčba by měla být zahájena nanášením masti Protopic 0,1% dvakrát denně a měla by pokračovat až do vymizení lézí. Děti (2 roky a starší) by měly užívat nižší sílu Protopic 0,03% mast. V průběhu prvních tří týdnů by měl být Protopic aplikován dvakrát denně. Udržovací léčba: dospělí a dospívající (16 let a starší): Mast Protopic by se měla nanášet jednou za den dvakrát týdně. **Pediatrická populace:** děti (2 roky a starší) by měly užívat pouze Protopic 0,03% mast jednou za den dvakrát týdně (např. v pondělí a ve čtvrtek). **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku, na makrolidy obecně, nebo na kteroukoli pomocnou látku léčivého přípravku. **Zvláštní upozornění:** vystavení kůže slunečnímu světlu by mělo být sníženo na minimum. Během aplikace masti Protopic by se pacienti měli vyhnout používání ultrafialového (UV) světla v soláriu a léčbě pomocí UVB nebo UVA v kombinaci s psoraleny (PUVA). Používání takrolimové masti se nedoporučuje u pacientů s defektem kožní bariéry, jako je např. Nethertonův syndrom, lamelární ichthyóza, generalizovaná erytrodermie nebo kožní projevy reakce šlepu proti hostiteli. Mast se nesmí dostat do kontaktu se sliznicemi a s očima. **Interakce:** formální studie sledující lokální lékové interakce nebyly s mastí obsahující takrolimus provedeny. **Těhotenství a kojení:** o fertilitě nejsou k dispozici žádné údaje. Přípravek Protopic mast by neměl být během těhotenství podáván, pokud to není nezbytně nutné. Kojení v průběhu léčby mastí Protopic se nedoporučuje. **Nesádivé účinky:** pocity pálení, pruritus a erytém, pocit tepla, bolest, parestézie a vyrážka v místě aplikace. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, DK-2750 Ballerup, Dánsko. **Registrační číslo:** EU/1/02/201/001; EU/1/02/201/002; EU/1/02/201/005 (0,03%); EU/1/02/201/003; EU/1/02/201/004; EU/1/02/201/006 (0,1%). **Způsob výdeje a hrazení:** výdej je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 29.6.2018. Před předepsáním léčivého přípravku si přečtěte plnou verzi souhrnu údajů o přípravku. Řečte na léčivý přípravek.

LEO®





Kazuistika 1

Už se zase těším do školy

MUDr. Blanka Pinková

Dětské kožní oddělení Pediatrické kliniky LF MU a FN Brno

■ Z anamnézy

Do dermatologické ambulance se k vyšetření dostavila matka s devítiletou dcerou. Dívka měla na dlaních a předloktích projevy atopické dermatitidy, které podle informací matky způsobovaly bolest a pálení. Tyto symptomy dívku značně omezovaly, znemožňovaly jí výtvarné aktivity (malování, keramika), a dokonce kvůli nim měla i absence ve škole. Projevy začaly teprve s nástupem do školy, ke zhoršení došlo hlavně v zimě. V batolecím a předškolním věku byla asymptomatická. Projevy byly úporné, nedařilo se dosáhnout dlouhodobější remise. Pacientka byla nejprve léčena pediatrem (lokálními emoliencii a slabými kortikosteroidy). Jinou léčbu sami nezkoušeli, následně byli odesláni k nám.

Osobní anamnéza nevýznamná, pouze v kojeneckém věku měla pacientka projevy atopické dermatitidy, stejně jako její bratr. Oba rodiče trpěli sezónní alergií, jinak se v rodině žádná kožní ani závažná interní onemocnění nevyskytovala.

Rozborem anamnézy ohledně potenciálních příčin úpornosti průběhu jsme zjistili, že

pacientka často nedodržovala režimová opatření týkající se ekzému (nenošení rukavic při pobytu venku a mytí a promazávání rukou nevhodnými prostředky). Proto se ani neprováděla vyšetření zaměřená na hledání spouštěčů (alergologie, fokální infekce aj.).

■ Lokální nález

Při vstupním vyšetření byly na obou dlaních rozsáhlé, drsné, zarudlé a středně infiltrované ekzémové plochy, které přecházely na prsty. Část projevů zasahovala i na předloktí a zarudlé byly také loketní jamky. Mezi prsty obou rukou se nacházely drobné ragády a na celých rukou byly četné bodové exkoriace a stroupky.

■ Terapie a průběh

Ošetřující lékařka poučila matku o režimové léčbě atopické dermatitidy a o nutnosti aplikace správných emoliencií. Dále byla v akutní fázi indikována léčba lokálními kortikoidy II. skupiny k co nejrychlejšímu zhojení bolestivých ragád na rukou a v meziprstí. Dalším krokem byla lokální léčba takrolimem (Protopic® ung.) v síle 0,03 %, která

je vhodná pro děti od 2 let, a devítileté pacientce tedy mohla být preskribována.

Schéma terapie spočívalo v zahájení aplikace Protopicu 2× denně po dobu 2 týdnů. Ve 3. týdnu se Protopic aplikoval pouze na noc a poté v proaktivním režimu 2× týdně vždy ve čtvrtek a neděli.

Pacientka i její maminka byly s průběhem a výsledky léčby velmi spokojené, schéma dodržely a po 3 týdnech přešly na proaktivní režim. Při kontrole po 6 týdnech byla ložiska zcela zhojená. Pacientka pak docházela do školy bez omezení a mohla se účastnit i svých výtvarných aktivit.

■ Závěr

Kazuistika ukazuje, že při správně zvolené a pečlivě prováděné strategii léčby lokálními imunomodulátory lze dosáhnout zhojení i u úporného případu. A že se dokonce pacientka – při dodržování prevence a péče o kůži – mohla věnovat svým koníčkům, což je u chronického ekzému rukou spíše výjimečné.



Obr. 1 Stav před léčbou – velké ložisko atopické dermatitidy s četnými ragádami a exkoriacemi



Obr. 2 Po léčbě středně silnými kortikoidy a topickým takrolimem – zhojeno



Kazuistika 2

Úleva po letech úporného svědění

MUDr. Daniela Humhejová
EUC Klinika Ústí nad Labem

■ Z anamnézy

Pacientkou je osmiletá dívka, žákyně ZŠ, žije s rodiči v rodinném domku, doma zvíře není, nekuřácké prostředí. První projevy atopického ekzému se u ní objevily ve věku 2 let, od té doby úporně recidivovaly, nejvíce v ohybech končetin. Byla léčena u pediatra, lokálně byla aplikována jen emoliencia s malým efektem (Excipial U Lipolotio). Udává výrazné svědění ložisek ekzému a nespavost.

V roce 2013 byla vyšetřena na alergologii pro protrahovaný kašel, testováním nebyla atopická dispozice prokázána, na kontroly nedocházela. Sledována na kardiologii pro chlopenní vadu, jinak se s ničím neléčí. Léky trvale neužívá. Alergie matka neudává.

V rodinné anamnéze závažné celkové choroby 0, kožní onemocnění 0, bratr matky má alergii na včelí bodnutí, otec polinózu.

■ Lokální nález

Při vyšetření byla v loketních jamkách přítomna rozsáhlá červená šupící se ložiska ekzému se zhruběním pokožky, v okrajích lem pozánětlivé depigmentace.

■ Terapie a průběh

V ordinaci byla provedena edukace zaměřená na režim atopika, péči o pokožku a dietní omezení při atopickém ekzému. Kromě doporučených emolientních přípravků k mytí a promazání (Linola Fett Ölbad, Linola mycí gel a pleťové mléko) byl ke zklidnění ložisek ekzému předepsán Advantan krém 1× denně na noc po dobu 3 dnů, k doléčení pak Protopic 0,03% mast 2× denně do úplného zahojení.

Při kontrole za 10 dní došlo k téměř úplnému zahojení ložisek v loketních jamkách, byla patrná pouze minimální lichenifikace bez erytému. Svědění takřka ustalo, nespavost zcela ustoupila. Doporučeno pokračovat

v aplikaci Protopic 0,03% masti v proaktivním režimu 2× týdně na noc až do úplného zhojení a dále k prevenci opětovného zhoršení. Při pravidelné aplikaci emoliencií a Protopic 0,03% masti byl ekzém v dalším průběhu zhojen.

V jarním období se objevily projevy pylové alergie (kýchání) se zhoršením ekzému. Následným alergologickým vyšetřením byla zjištěna zvýšená hodnota celkového IgE, pozitivní Phadiatop, prick testy prokázána senzibilizace na pyl ambrózie a pelyněk. Po nasazení antihistaminika v pylové sezoně 1× denně byly ekzém a polinóza zhojeny.

■ Shrnutí

Kazuistika ukazuje, že s řádnou prevencí a vhodnou strategií léčby lokálními imunomodulátory lze nejen zhojit úporné, letité projevy, ale také stabilizovat průběh nemoci. Emoliencia jsou sice základem léčby, nicméně na zvládnutí zánětu, natož dlouhodobého, pochopitelně nestačí.

Obr. 3, 4 Stav na začátku léčby (12. 1. 2018)



Obr. 5, 6 Stav po deseti dnech léčby (22. 1. 2018)





Kazuistika 3

Jak jsme získali důvěru kortikofobní pacientky

MUDr. Denisa Tomanová

Dermatovenerologické oddělení FN Brno

■ Z anamnézy

Pacientkou je 22letá žena. Atopickým ekzémem (AE) trpěla v kojeneckém věku. V období předškolní i mladší školní docházky byla bez projevů. Plíživé exacerbace se začaly objevovat přibližně od 12 let věku, od té doby je v nepravidelné péči několika dermatologů (lékaře měnila z důvodu stěhování).

Rodinná anamnéza je nevýznamná, ve smyslu atopie negativní.

Pacientka sama se kromě AE a alergické rýmy s ničím neléčí, žádné léky trvale neužívá, pouze nárazově antihistaminika. Alergologickým vyšetřením zjištěna přecitlivělost na prach a jarní pyly. V základním biochemickém vyšetření shledána elevace celkové hladiny IgE 620 IU/ml (norma < 100), ostatní parametry v normě. Krevní obraz bez pozoruhodností. Vyšetření na fokální infekce se neprováděla.

Pacientka je studentkou fakulty architektury. Ve volném čase tvoří interiérové návrhy v soukromé architektonické kanceláři. Do naší ambulance se poprvé dostává v době zkouškového období, přiznává výrazný psychický stres v souvislosti s vysokoškolským studiem a současně velkou frustraci z neustále exacerbujících projevů AE na viditelných částech těla, jež jsou jí na obtíž při častém kontaktu s klienty v rámci pracovních aktivit.

Poslední léčba vedena praktickým lékařem, šlo o kombinaci emoliencií a extern se zinkem – vše bez většího efektu na průběh. Hned při prvním kontaktu vyjadřuje pacientka známky kortikofobie, ráda by se této terapii vyhnula. Vykazuje známky subdepresivního chování, dystymie.

■ Lokální nález

Objektivně je maximum postižení v obličeji, dále v loketních jamkách a na hřbetech rukou – ve všech těchto lokalitách jsou živě červené ekzémové terče, kůže suchá, šupící

se, s vícečetnými exkoriacemi a ragádami, ale bez známek sekundární mikrobiální infekce, bez madidace. Subjektivně si stěžuje zejména na to, „jak s ekzémem vypadá“, dále uvádí výrazný pruritus.

■ Terapie a průběh

Pacientka byla důkladně edukována o diagnóze AE s důrazem na chronicitu tohoto onemocnění a nevyhnutelná dlouhodobá režimová opatření. Vzhledem k absolutnímu odmítnutí kortikosteroidních extern jí byla jako základní léčebná modalita nabídnuta léčba takrolimem – do obličeje Protopic 0,03% ung., do loketních jamek a na hřbety rukou Protopic 0,1% ung. Byla doporučena aplikace 2× denně, k tomu pravidelná aplikace emoliencií. K mytí používala syndety určené pro atopickou pokožku.

Subjektivní potíže začaly ustupovat již po prvním týdnu aplikace, ke kontrole za 2 týdny došla pacientka výrazně zlepšena, bylo doporučeno aplikaci snížit na 1× denně

a k tomu nadále dodržovat veškerá režimová opatření, včetně pravidelného promazávání pokožky emoliencií. Po dalších 2 týdnech byly všechny akutní projevy téměř zhojeny. Zcela vymizela ložiska v obličeji, přetrvávaly jemně narůžovělé terče v loketních jamkách – zde bylo doporučeno pokračovat s aplikací Protopic 0,1% ung. v udržovacím schématu, tj. 2× týdně (pondělí, čtvrtek) 1× denně tence na noc, jinde po těle již pouze pravidelně promazávat emoliencií.

I po 2 měsících od první návštěvy zůstává pacientka zcela zhojena. Došlo k výraznému zlepšení nálady pacientky – frustrace z kontaktu s klienty a dystymie postupně vymizely. Pacientka velmi kladně vnímá rychlý ústup ekzémových projevů i bez použití kortikosteroidních extern, tím byla navázána důvěra a položeny základy pro následnou dobrou compliance pacientky do budoucna – byla tím překonána její skepse k medikamentózní léčbě AE.

Obr. 7, 8 Levá a pravá kubita před léčbou





■ Shrnutí

Kazuistika ukazuje, že terapie lokálním takrolimem (Protopic) představuje velmi účinnou a dobře tolerovanou léčbu atopického ekzému s rychlým nástupem účinku. Lze ji s výhodou použít mj. tam, kde není vhodná aplikace lokálních kortikosteroidů – ať už pro nevhodnou, rizikovou lokalizaci k aplikaci kortikosteroidů, jako je obličej, nebo pro neúčinnost kortikoterapie či pro její nesnášenlivost (a to buď objektivní, nebo subjektivní – kortikofobii). Přehnaný strach z užívání kortikosteroidů v posledních letech roste, proto použití takrolimu může být vhodnou cestou k navázání důvěry jako nutné podmínky k následné spolupráci pacienta v rámci managementu jeho choroby. Předpokladem úspěchu léčby je tolerance takrolimu, proto je důležité poučení o případných reakcích na počátku léčby.

Obr. 9, 10 Levá a pravá kubita po léčbě



XV!

Pediatrický kongres

s mezinárodní účastí

24. - 26. 9. 2020

Kongresové centrum ALDIS
Hradec Králové

POZVÁNKA

www.pediatric2020.cz



Prevence kardiovaskulárních projevů aterosklerózy v primární péči o děti a adolescenty

Prof. MUDr. František Stožický, DrSc.¹, MUDr. Jiří Liška, CSc.²

¹Dětská klinika LF UK a FN Plzeň; ²Dětská ambulance Mulačovy nemocnice, Plzeň

■ Úvod

Převážná většina dětí se rodí s ideálním kardiovaskulárním zdravím, které Americká kardiologická asociace definuje jako současnou přítomnost 4 zdravích prospěšných vlastností (adekvátní tělesná aktivita, zdravá výživa, ideální hodnota BMI, nekuřáctví) a 3 klinicko-biochemických parametrů (normální cholesterolémie, glykémie na lačno a normotenze). Naneštěstí u většiny dětí dochází během života k poklesu uvedených zdravích prospěšných vlastností a v důsledku toho ztrátě ideálního zdraví při dosažení dospělosti. Je dobře známo, že dosažení zdravého způsobu života u dospělých je poměrně obtížné. Naproti tomu návyk na zdravou životosprávu u dětí je snadný a trvalý. Proto je nanejvýš nutné ustavení zdravích prospěšných faktorů už v průběhu dětského věku. Proto má-li být dosaženo proklamovaného hesla „zdraví pro všechny do roku 2020“, musejí jak profesionálové, tak i laická veřejnost pochopit, jak k uvedenému procesu dochází (1).

Pracovní skupina pro kardiovaskulární prevenci v dětském věku Evropské pediatrické společnosti prohlásila v roce 2011, že celkový výskyt nemocí srdce a cév v dětském věku není přesně znám. Může jít pouze o hrubý odhad součtu 1 % živě narozených s vrozenou srdeční vadou, přibližně 2,5 % obecné populace s vrozenou vadou aortální chlopně a nepřesně známé prevalence získaných onemocnění srdce a cév (myokarditidy, kardiomyopatie, arytmie, revmatické onemocnění, hypertenze a další), včetně **předčasné aterosklerózy**. Vytyčila proto tyto cíle:

- 1) časnou detekci a péči o děti s „kritickými srdečními vadami“,
- 2) prevenci náhlých kardiovaskulárních úmrtí v souvislosti se sportovními aktivitami,
- 3) prevenci akcelеровané **aterogeneze** u dětí s předpokládaným následným poklesem KV mortality v dospělém věku (Preventing Cardiac Diseases in Childhood) (2).

Ateroskleróza je multifaktoriálně podmíněné onemocnění hromadného výskytu, které svými komplikacemi, a to především ischemickou chorobou srdeční, náhlými cévními mozkovými příhodami a ischemickou chorobou dolních končetin, představuje nejčastější příčinu smrti ve všech hospodářsky vyspělých zemích. Výsledky rozsáhlých epidemiologických studií ukazují, že nemoci oběhové soustavy, vznikající na podkladě aterogeneze, se v hospodářsky vyspělých zemích podílejí na celkové mortalitě stále více než 50 %. Jako jedna z forem arteriosklerózy se vyznačuje ztlustěním stěny elastických tepen (například aorty a svalových tepen, zejména koronárních arterií). Zpočátku byla považována za důsledek kombinace patologických změn v intimě tepen, vedoucí k ložiskovitému nahromadění lipidů (zejména cholesterolu), komplexních glycidů, krve a jejích složek, fibrózní tkáň a kalcia, ve spojení se změnami v medii (SZO, 1958). Do 80. let byl stále více zdůrazňován význam endoteliálních buněk, buněk hladké svaloviny a krevních destiček. V průběhu 90. let se pozornost soustředila na význam monocytů, makrofágů a T lymfocytů. Nyní je ateroskleróza chápána jako chronická a proliferativní odpověď endotelu a intimy tepen na podněty různé etiologie. Je ji možné také chápat jako dlouhodobě probíhající **fibroproduktivní zánět**, který začíná v dětství, tedy řadu desetiletí před klinickou manifestací v podobě **ischemické choroby srdce, mozku nebo dolních končetin** (3).

Aterogeneze má z pediatrického hlediska několik významných vlastností. Její počátek je situován do dětského věku. Počáteční fáze má charakter funkční, patofyziologický, který se vyvíjí pod vlivem tzv. rizikových faktorů a má reverzibilní charakter. Teprve po iniciální fázi přichází fáze změn histologicko-patologických, které podmiňují vznik klinicky manifestních ireverzibilních změn. **Rizikové faktory** nemoci jsou i u dětí dobře definovatelné a vhodnými postupy modifikovatelné. Mohou urychlit proces aterogeneze natolik, že její klinicky manifestní projevy se objeví již v mladém věku a vedou

ke smrti postiženého, a to dříve, než mu mohly být poskytnuty sebesofistikovanější diagnostické a léčebné metody. Příkladem mohou být jedinci s homozygotní formou familiární hypercholesterolémie. Všechny uvedené skutečnosti jsou důvodem realizace **primární prevence aterosklerózy od dětského věku**.

I když klinická manifestace kardiovaskulárních komplikací aterosklerózy je až na výjimky dětskému věku vzdálená, je dnes třeba považovat za dobře prokázané, že proces aterogeneze začíná v průběhu dětství a návyky rizikové z hlediska ICHS se začínají ustavovat také v tomto věkovém období. Z výše uvedeného vyplývá, že opatřením zásadního významu při zvládnutí uvedené situace může být pouze prevence, a to prevence zahájená časně, tedy již v průběhu dětského věku. Realizace této prevence není možná bez účasti PLDD. Proto snaha o prevenci nemocí oběhového ústrojí dospělých se stává stále významnější součástí práce praktických dětských lékařů. Praktickým odrazem tohoto úsilí je i vznik specializovaných pracovišť, například pediatrických preventivních kardiologických ordinací ve Spojených státech (Paediatric Preventive Cardiology Clinic).

Prevence nemocí oběhového ústrojí má několik stupňů. Prvním stupněm je prevence primordiální, jejímž cílem je zabránit vzniku nebo alespoň rozvoji faktorů rizikových z hlediska procesu aterogeneze. Druhým stupněm je prevence primární, která je zaměřena na předcházení vzniku klinicky manifestních kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních projevů aterogeneze u rizikových jedinců. Sekundární prevence je zaměřena na snížení recidiv anebo komplikací nemoci.

■ Přehled

V roce 1983 jsme stanovili hladiny sérových lipidů a apolipoproteinů u dětí (4).

V roce 1986 jsme založili ordinaci pro děti a dospívající se zvýšeným stupněm ohrožení ICHS při dětské klinice Fakultní nemocnice v Plzni. Jsou v ní vedeni jedinci, kteří trpí dyslipoproteinémií, arteriální hypertenzí



nebo dispozicí k ICHS. Šlo o spolupráci mezi plzeňskými kardiology a pediatry v rámci projektu nazvaného Rodinný ochranný režim. Byl to první projekt, jehož cílem bylo ochránit děti s vysokým KV rizikem před rozvojem časně aterosklerózy a jejích následků. V rámci něj byly sledovány děti z vysokorizikových rodin, kde jeden z rodičů překonal IM v mladém věku (tj. otec do věku 55 let nebo matka do věku 65 let). U těchto dětí a jejich rodičů byla prováděna intenzivní intervence rizikových faktorů ICHS (5).

V roce 1988 byl pak publikován v Česko-slovenské pediatrii souborný referát „Ateroskleróza a dětský věk“ (6).

V roce 1992 byl Americkou pediatrickou akademií zveřejněn dokument „Edukační cholesterolový program“ pro vyhledávání a léčení jedinců dětského věku zatížených hypercholesterolemii jakožto jedním z nejvýznamnějších KV rizikových faktorů (7).

V roce 1995 byl prezidentem Evropské společnosti pro aterosklerózu (Professor J. Shepherd, Chairman, Glasgow) sestaven dopis (Letter of EAS: Atherosclerosis and its prevention in childhood), který byl rozeslán všem 38 vedoucím pracovníkům pracovišť, jež se zabývají danou problematikou. Obsah dopisu byl publikován v časopisu Čes.-slov. pediatrie (1995) (8). Kromě vysvětlení smyslu účasti praktických lékařů pro děti a dorost v primární prevenci ICHS poskytoval pokyny pro primární prevenci zaměřenou na celou dětskou populaci a primární prevenci cílenou na „rizikové“ děti a adolescenty, kteří jsou zatíženi vysokým stupněm rizika pro ICHS. Byly v něm také vyjmenovány hlavní rizikové faktory ICHS.

V roce 1995 byl program primární prevence ICHS v ordinacích PLDD v ČR aktualizován a zakotven pokynem Pracovní skupiny pro prevenci aterosklerózy u dětí České pediat-

rické společnosti. Výchozím dokumentem pro to byl uvedený doporučující dopis Evropské společnosti pro aterosklerózu.

V roce 1998 byl v průběhu jednání druhé konference sekce pro aterosklerózu Společnosti klinické a patologické fyziologie ČLS JEP „Atheroskleróza '97“ sestaven všeobecný konsensus s praktickým prováděním selektivního screeningu a léčení dyslipoproteinémií u jedinců ve věku od 2 do 18 let, respektující nařízení Zdravotního řádu o preventivních prohlídkách podle § 4 odst. 2 písm. c) nařízení vlády ČR č. 216/1992 Sb., které ukládá dětským lékařům vyšetření lipidového spektra (lipidogramu) v séru dětí rizikových z hlediska časně ateroskleroze v rámci jejich preventivní prohlídky v 5. a 13. roce života.

Pro realizaci primární prevence v praxi byl praktickým pediatrům poskytnut materiál ve formě „skládačky“ (9).

V roce 2003 byl členy Pracovní skupiny pro prevenci aterosklerózy v dětském věku České pediatrické společnosti ČLS JEP ověřen stupeň informovanosti PLDD o selektivním screeningu dětí rizikových pro časnou manifestaci aterosklerózy. Z výsledků šetření vyplynulo, že předpoklady pro realizaci screeningu dětí rizikových pro časnou manifestaci aterosklerózy v celostátním měřítku jsou v České republice vytvořeny (Stožický F, Šebková A, Pečenková R, Liška J) (10).

Povinností pediatrů tedy není diagnostika a léčba pokročilých morfologických projevů ateroskleroze, ale aktivní prevence této nemoci, která spočívá ve vyhledávání jedinců zatížených zvýšeným stupněm rizika dětského věku, zatížených jejími rizikovými faktory. Za jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů je považována signifikantní hypercholesterolemie.

V roce 2002 sestavila Christine I. Williamsová jako předsedkyně spolu se spolupracovníky Vědecké stanovisko Americké kardiologické společnosti (AHA Scientific Statement), jehož náplní je Doporučení pro zdravotníky (A Statement for Health Professionals) Komise pro aterosklerózu, hypertenzi a obezitu u mladistvých (The Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Young – AHOY) (11). V dokumentu autorka uvádí, že ve Spojených státech jsou nemoci oběhové soustavy stále nejčastější příčinou smrti a každoročně připraví o život půl milionu obyvatel. Výsledky patologicko-anatomických studií dokazují, že ateroskleroze začíná a progreduje v dětství pod vlivem stejných rizikových faktorů ICHS jako u dospělých. Je proto eminentně nutné zahájit výchovu zdravého způsobu života už v dětství, aby se podpořila úprava kardiiovaskulárního zdraví v dospělosti. Cílem dokumentu je poskytnout postupy podpory kardiiovaskulárního zdraví, které by bylo možné začlenit do běžné preventivní péče. Autory byly vybrány tyto oblasti:

- pohybová aktivita,
- obezita,
- inzulinorezistence a DM2,
- hypertenze,
- hypercholesterolemie,
- kouření.

V dokumentu je vysvětlena podstata těchto kritických oblastí, metody jejich stanovení a doporučena příslušná intervenční opatření. Ke snadnější implementaci intervenčních postupů do běžné pediatrické péče je doporučeno dětským praktikům sestavit si „zdravotní plán“. Spíše než na označení dítěte za „abnormální“ jsou doporučené postupy zaměřeny na podporu optimálního kardiiovaskulárního zdraví všech dětí.

V roce 2011 Rae-Ellen W Kavey a spol. (12) zveřejnili dokument „Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents-Summary Report“ s cílem vytvořit na pomoc praktickým pediatrům úplné a vědecky podložené pokyny, jak si počínat při podpoře kardiiovaskulárního zdraví a při modifikaci rizikových faktorů ICHS od kojeneckého věku až po mládí. Bylo třeba zvolit inovativní přístup, protože zacílení na redukci kardiiovaskulárního rizika u dětí a adolescentů se týká patologického procesu (aterosklerózy), jehož klinická manifestace je oddálena do věku adultního. Takové pokyny proto musejí být zaměřeny

Tabulka

Výskyt některých rizikových faktorů ICHS u dětí v ČR v letech 2007 a 2016

(podle B. Procházky et al., Čes.-slov. Pediat. 2018;73(8):501-508)

(výskyt)	2007	2016
pozitivní rodinná KV anamnéza	25 %	25 %
obezita	7,9 %	10 %
hypertenze	4 %	9 %
celkový cholesterol	4,25 mmol/l	4,25 mmol/l
LDL cholesterol	2,52 mmol/l	2,51 mmol/l
HDL cholesterol	1,43 mmol/l	1,43 mmol/l
TAG	1,00 mmol/l	1,0 mmol/l



na dva cíle. První z nich spočívá v zamezení vzniku a rozvoji samotných rizikových faktorů nemoci (primordiální prevence). Cílem druhým je zamezení vzniku a rozvoji nemoci samotné (primární prevence).

V roce 2016 bylo touto společností publikováno vědecké stanovisko na podporu kardiovaskulárního zdraví v dětství (Julia Steinberger a spol.) (1).

Primární prevence aterosklerózy v dětském věku v ordinaci PLDD v České republice probíhá od roku 1992 podle nařízení vlády ČR č. 216/1992 Sb., kterým se vydává Zdravotní řád a provádějí některá ustanovení zákona ČNR č. 550/1991 Sb. se zaměřením na tyto rizikové faktory ICHS:

• **pozitivní rodinná kardiovaskulární anamnéza**

při pozitivní rodinné KV anamnéze, tj. při předčasném výskytu kardiovaskulárních onemocnění, náhlých cévních mozkových příhod, při hyperlipoproteinémii, hypertenzi, obezitě a diabetu vyšetření hladiny celkového cholesterolu, triacylglycerolů a HDL cholesterolu v krevním séru

• **nadváha, obezita**, antropometrické měření

3 roky

5 let

7 let

9, 11, 13, 15 a 17 let

• **hypertenze** (měření krevního tlaku a pulsů)

3 roky

5 let

7 let

9, 11, 13, 15 a 17 let

• **kouření**

Účast praktických lékařů pro děti a dorost je v prevenci nemocí srdce a cév nezastupitelná a systém, který tuto prevenci zajišťuje, není ničím nahraditelný.

V roce 2007 byla uskutečněna jeden rok trvající prospektivní studie (od 1. 4. 2006 do 31. 3. 2007) v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost (13). Studie se týkala 1 262 pětiletých a 1 648 třináctiletých dětí a 1 563 sedmnáctiletých dorostenců. Jejím cílem bylo zjistit aktuální výskyt vybraných rizikových faktorů ICHS. Pozitivní kardiovaskulární rodinná anamnéza byla zjištěna u 25 % vyšetřených dětí.

Z celkového počtu vyšetřených dětí mělo 7,9 % nadváhu a stejné procento dětí bylo obézních.

Vysoké hodnoty krevního tlaku byly zjištěny u 4 % vyšetřených a zvýšené hodnoty rovněž u 4 % jedinců.

Průměrná hladina celkového cholesterolu byla u vyšetřených dětí a dorostenců 4,27 mmol/l. Normální hodnotu celkového cholesterolu (do 4,4 mmol/l) mělo 61 % vyšetřených. Vysoká cholesterolémie (více než 5,2 mmol/l) byla zjištěna u 11 % dětí. Průměrná hodnota LDL cholesterolu v séru vyšetřených byla 2,5 mmol/l. Vysokou hodnotu (více než 3,0 mmol/l) mělo 22 % vyšetřených.

Průměrná hodnota HDL cholesterolu činila 1,41 mmol/l. Normální hodnotu (nad 1,2 mmol/l) mělo 71 % dětí a nízkou hodnotu (pod 1,0 mmol/l) mělo 7 % dětí.

Průměrná koncentrace triacylglycerolů v séru činila u vyšetřovaného souboru 1,0 mmol/l. Normální koncentraci, tedy do 1,0 mmol/l, mělo 61 % dětí, vysokou hodnotu (více než 1,5 mmol/l) naproti tomu 13 % dětí.

Kuřáctví bylo zjištěno u 3 % třináctiletých a 23 % sedmnáctiletých.

V roce 2016 se uskutečnil aktuální průzkum antropometrických parametrů a rizikových faktorů ICHS českých dětí (14).

Šlo o průřezovou studii organizovanou pracovníky Ústředí monitorování zdravotního stavu populace (Státní zdravotní ústav) ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů. Práce byla součástí rozsáhlejší studie „Zdraví dětí 2016“. Byla získána data od 5 132 dětí a adolescentů. Zvýšené riziko časného rozvoje ICHS podle pozitivní rodinné kardiovaskulární anamnézy bylo zjištěno u 23 % vyšetřených. Nadváhou trpělo 8 % a obezitou 10 % vyšetřených. Vysoký normální krevní tlak (prehypertenze) byl zjištěn u 10 % a vysoký krevní tlak (hypertenze) u 8 % jedinců. Průměrná hladina celkového cholesterolu byla 4,25 mmol/l, hodnota LDL cholesterolu 2,51 a HDL cholesterolu 1,43 mmol/l. Průměrná koncentrace triacylglycerolů v séru byla 1,00 mmol/l.

■ **Literatura**

- Steinberger J, Daniels SR, Hagberg N, Isasi CR et al. Cardiovascular Health Promotion in Children: Challenges and Opportunities for 2020 and Beyond: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2016;134(12):e236–e255.
- Petropoulos A1, Ehringer-Schetitska D, Fritsch P et al. Preventing cardiac diseases in childhood. *Hell J Nucl Med*. 2015 Sep–Dec;18 Suppl 1:148.

- Ross R. Atherosclerosis – an inflammatory disease. *N Engl J Med*. 1999 Jan 14;340(2):115–126.
- Stožický F, Slabý P, Voleníková L. Hladiny sérových lipidů a apolipoproteinů u dětí. *Čes.-slov. Pediat*. 1983;38(11):646–649.
- Stožický F, Šmíd J, Topolčan O, Karlíček V. Naše zkušenosti z ordinace pro děti a adolescenty s dispozicí k ischemické chorobě srdeční. *Čes.-slov. Pediat*. 1992;47(1):19–22.
- Stožický F. Ateroskleróza a dětský věk. *Čes.-slov. Pediat*. 1988;43(7):412–417.
- American Academy of Pediatrics. National Cholesterol Education Program: Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 1992 Mar;89(3 Pt 2):525–584.
- Stožický F. Primární prevence ischemické choroby srdeční u dětí a adolescentů. *Čes.-slov. Pediat*. 1995;50(11):643–646.
- Stožický F, Hyánek J, Lisá L. Metodické doporučení pro selektivní screening a léčbu dětí a adolescentů s dyslipoproteinémií se zaměřením na prevenci aterosklerózy. *Čes.-slov. Pediat*. 1998;53(3):186–189.
- Stožický F, Šebková A, Pečenková R, Liška J. Selektivní screening dětí rizikových pro časnou aterosklerózu v České republice. *Čes.-slov. Pediat*. 2003;58(7):433–435.
- Williams CL, Hayman LL, Daniels SR et al. Cardiovascular health in childhood: A statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation*. 2002 Jul 2;106(1):143–160.
- Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents; National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. *Pediatrics*. 2011 Dec;128 Suppl 5:S213–S256.
- Procházková B, Stožický F. Primární prevence ICHS u dětí. *Vox Paediatricae* 2007;7(9):40–43.
- Procházková B, Kratochvílová J, Žejglicová K, Puklová V, Urbanová Z. Aktuální výskyt rizikových faktorů ischemické choroby srdeční u dětí v ČR v roce 2016. *Čes.-slov. Pediat*. 2018;73(8):501–508.



Aktuality...

Upozornění Ministerstva zdravotnictví k vystavování a vedení dočasné pracovní neschopnosti

V souvislosti s dopady nového elektronického systému vystavování neschopenek se podle informací z terénu objevuje snaha přenášet povinnost vystavit neschopenku na jiné lékaře, než kteří jsou k tomu ze zákona povinni. Ministerstvo zdravotnictví proto uvádí na pravou míru, kdo má podle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, povinnost vystavit neschopenku.

O vzniku dočasné pracovní neschopnosti u pojištěnce rozhodne (tedy „neschopenku“ vystaví) ten lékař, který vyšetřením zjistí, že pojištěnci zdravotní stav pro nemoc nebo úraz nedovoluje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost (= zaměstnání vykonávané za podmínek zakládajících účast na nemocenském pojištění nebo samostatná výdělečná činnost, pokud se osoba samostatně výdělečně činná na základě výkonu této činnosti přihlásila k účasti na nemocenském pojištění, nebo zaměstnání zahraničního zaměstnance, pokud se přihlásil k účasti na nemocenském pojištění).

Zákon o nemocenském pojištění tedy nijak nepočítá s variantou, že jeden lékař (v nemocnici, ambulantní specialista apod.) vyšetřením sice zjistí dočasnou pracovní neschopnost, avšak neschopenku nevystaví, předá jen tuto informaci praktickému lékaři s tím, aby ten vystavil neschopenku. **Takový postup není v souladu se zákonem.** Zákon stanoví výjimku z povinnosti vystavit neschopenku pouze pro lékaře poskytující zdravotní služby v rámci zdravotnické záchranné služby nebo lékařské pohotovostní služby.

Další případy, kdy a který lékař vystavuje neschopenku jsou uvedeny níže v textu § 57 odst. 1 ZNP, jedná se např. o situaci, kdy je pojištěnec přijat k poskytnutí lůžkové péče nebo když je pojištěnec na základě veřejného zdravotního pojištění poskytnuta komplexní lůžková léčebně rehabilitační péče.

Stejný ošetřující lékař, který neschopenku vystavil, ji vede i nadále, pokud bude nadále vyšetřovat a léčit pacienta z důvodu, pro který u něj rozhodl o dočasné pracovní neschopnosti.

Na druhou stranu, pokud například praktický lékař vyšetří pacienta a zjistí, že pacient není pro svůj zdravotní stav schopný vykonávat zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost, ale za účelem dalšího vyšetření jej odesílá například do nemocnice, přičemž toto další vyšetření nemá vliv na to, zda je pacient schopný vykonávat zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost, platí v souladu s výše uvedeným, že rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti vystavuje ten lékař, který tuto neschopnost zjistil první, tedy v tomto případě praktický lékař.

eNeschopenku vystavuje ošetřující lékař – tedy lékař, který svým vyšetřením zjistil, že pacientův zdravotní stav neumožňuje vykonávat zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost, a léčí jej. Nelze postupovat tak, že by jeden lékař odeslal pacienta k jinému lékaři jen za účelem vystavení eNeschopenky.

Relevantní ustanovení zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění (dále jen „ZNP“)

§ 53 odst. 1 ZNP:

Posuzování zdravotního stavu pojištěnců a dalších osob pro účely pojištění zahrnuje posuzování

- a) dočasné pracovní neschopnosti,
- b) pracovní schopnosti po uplynutí podpůrné doby,
- c) zdravotního stavu pro účely poskytování peněžité pomoci v mateřství, ošetřovného, dlouhodobého ošetřovného a vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství.

§ 53 odst. 2 ZNP:

Posuzování zdravotního stavu

- a) podle odstavce 1 písm. a) a c) provádí ošetřující lékař (§ 54), popřípadě ve stanovených případech (§ 75) příslušné orgány nemocenského pojištění svými lékaři,
- b) podle odstavce 1 písm. b) provádějí příslušné orgány nemocenského pojištění svými lékaři.

§ 54 odst. 1 ZNP:

Ošetřujícím lékařem se pro účely tohoto zákona rozumí poskytovatel zdravotních služeb, který svými lékaři poskytuje pojištěnci, ošetřované osobě nebo jiné posuzované osobě ambulantní, lůžkovou nebo lůžkovou léčebně rehabilitační péči, s výjimkou poskytovatele zdravotnické záchranné služby a lékařské pohotovostní služby, a poskytovatel pracovnělékařských služeb při ošetřování pojištěnce v rámci první pomoci, pokud získal oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Ošetřujícím lékařem se pro účely nemocenského pojištění u vojáků z povolání a vojáků v záloze ve výkonu vojenské činné služby rozumí resortní poskytovatel zdravotních služeb podle zvláštního právního předpisu.

§ 54 odst. 2 ZNP:

Lékař, který provádí posuzování zdravotního stavu podle § 53 odst. 1 písm. a) a c), je oprávněn tuto činnost vykonávat jen v rozsahu své odbornosti.

§ 57 odst. 1 ZNP:

Ošetřující lékař rozhodne o vzniku dočasné pracovní neschopnosti

- a) pojištěnce, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav pro nemoc nebo úraz (dále jen „nemoc“) nedovoluje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, popřípadě, jde-li o vznik dočasné pracovní neschopnosti v ochranné lhůtě, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání,
- b) pojištěnce, který byl přijat k poskytnutí lůžkové péče nebo kterému byla na základě veřejného zdravotního pojištění poskytnuta komplexní lůžková léčebně rehabilitační péče,
- c) pojištěnce, který byl přijat do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého dítěte přijatého k poskytnutí lůžkové péče, s výjimkou pojištěnce, který má nárok na výplatu peněžité pomoci v mateřství,
- d) pojištěnce, který nemůže pro poškození nebo ztrátu ortopedické nebo kompenzační pomůcky vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, popřípadě, jde-li o vznik dočasné pracovní neschop-



nosti v ochranné lhůtě, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání,

- e) pojištěnce v době nároku na výplatu peněžité pomoci v mateřství, jestliže mu závažné dlouhodobé onemocnění znemožňuje pečovat o dítě; dlouhodobým onemocněním se pro účely tohoto zákona rozumí takové onemocnění, které podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden měsíc,
- f) pojištěnky, která doložila potvrzením orgánu nemocenského pojištění, že nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství z žádné pojištěné činnosti, a to od počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu,
- g) pojištěnce, který byl uznán invalidním v prvním nebo druhém stupni, pokud u tohoto pojištěnce v den, který bezprostředně následuje po dni, jímž byla ukončena dočasná pracovní neschopnost podle § 59 odst. 2, nastala nebo trvá jiná porucha zdraví, než která byla důvodem uznání dočasné pracovní neschopnosti, anebo nastaly nebo trvají jiné důvody, které by odůvodňovaly uznání dočasné pracovní neschopnosti, a tato porucha nebo tyto důvody neumožňují pojištěnci vykonávat pojištěnou činnost.

§ 58 odst. 1 ZNP:

V průběhu dočasné pracovní neschopnosti ošetřující lékař posuzuje, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný a zda se pracovní schopnost pojištěnce obnovila. Za stabilizovaný se pro účely tohoto zákona považuje takový zdravotní stav, který se ustálil na určité úrovni zdraví a pracovní schopnosti, která umožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní nebo jinou pojištěnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu, a který další léčení již podstatně nemůže ovlivnit; udržení stabilizace zdravotního stavu může být přitom podmíněno zavedením určité léčby nebo pracovních omezení.

§ 59 odst. 1 ZNP:

Ošetřující lékař rozhodne o ukončení dočasné pracovní neschopnosti

- a) pojištěnce, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav umožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, a to dnem, kdy tuto skutečnost zjistil, nebo nejpozději třetím kalendářním dnem následujícím po dni tohoto vyšetření; pokud ošetřující lékař ukončí dočasnou pracovní neschopnost pozdějším než třetím kalendářním dnem následujícím po tomto vyšetření, má se za to, že dočasná pracovní neschopnost skončila tímto třetím kalendářním dnem,
- b) pojištěnce, jestliže uplynulo alespoň 180 dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti a vyšetřením zjistí, že zdravotní stav je stabilizovaný a je předpoklad, že pojištěnec již nebude moci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, a to 30. kalendářním dnem následujícím po dni tohoto vyšetření; to neplatí, jde-li o dočasnou pracovní neschopnost vojáka z povolání, vojáka v záloze ve výkonu vojenské činné služby nebo příslušníka bezpečnostního sboru,
- c) pojištěnce při ukončení poskytování lůžkové nebo komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče, je-li splněna podmínka uvedená v písmenu a),
- d) pojištěnce, který byl přijat do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého dítěte přijatého k poskytnutí lůžkové péče, při propuštění tohoto dítěte z lůžkové péče nebo při ukončení

pobytu tohoto pojištěnce v zařízení, do jehož lůžkové péče bylo toto dítě přijato,

- e) pojištěnce, který po opravě nebo opatření nové ortopedické nebo kompenzační pomůcky může vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, popřípadě, vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě nebo trvá-li dočasná pracovní neschopnost po skončení dosavadní pojištěné činnosti, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání,
- f) pojištěnky, která má nárok na peněžitou pomoc v mateřství z jakékoliv pojištěné činnosti, k počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu, pokud pojištěnka nezačala pobírat peněžitou pomoc v mateřství dříve,
- g) pojištěnce, kterému závažné dlouhodobé onemocnění znemožňovalo pečovat o dítě, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav opět umožňuje pečovat o dítě,
- h) pojištěnky, která byla v dočasné pracovní neschopnosti v souvislosti s těhotenstvím a porodem podle § 57 odst. 1 písm. f), uplynutím šestého týdne po porodu, pokud není nadále dočasně práce neschopna z jiných důvodů,
- i) pojištěnce, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav umožňuje plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě nebo trvá-li dočasná pracovní neschopnost po skončení dosavadní pojištěné činnosti, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání,
- j) pojištěnce, který se nedostaví k lékařskému ošetření nebo kontrole zdravotního stavu v den, který je vyznačen na rozhodnutí podle § 58 odst. 2, aniž by pojištěnec prokázal existenci vážných důvodů, pro které se k tomuto ošetření nebo kontrole nemohl dostavit, a to tímto dnem,
- k) pojištěnce, který je poživitelem starobního důchodu a jehož pojištěná činnost skončila přede dnem, od něhož v době dočasné pracovní neschopnosti vznikl nárok na výplatu starobního důchodu, a to nejpozději dnem, kterým podle písemného oznámení orgánu nemocenského pojištění zanikl nárok na nemocenskou, pokud k ukončení dočasné pracovní neschopnosti nedojde dříve podle písmen a) až e) nebo j).

Zdroj: www.mzcr.cz, 6. 1. 2020

Sněmovna v prvním čtení podpořila emergentní systém. Přináší vyšší dostupnost léků v lékárnách

Ministerstvo zdravotnictví reaguje na stále častější výpadky léčiv, a proto připravilo novelu zákona o léčivech přinášející sérii opatření, jimiž bude možné flexibilně přispět k řešení nenadálých výpadků z důvodů problémů ve výrobě, nedodání plánovaných dodávek i jiných příčin vedoucích k nedostupnosti léčiv. Přináší také možnost účinně zabránit nežádoucímu reexportu léčiv. Novelu nyní podpořili poslanci v prvním čtení.

Z důvodu nedostatků současné právní úpravy přichází ministerstvo s novelou, která významně napomůže k tomu, aby se pacient dostal k potřebnému léčivému přípravku, který mu byl předepsán. „Čeští pacienti musejí mít ke svým lékům přístup. Bohužel dnes často slyšíme o případech, kdy pacienti svůj lék nemohou v lékárně sehnat. Intenzivně to řešíme a přišli jsme s legislativní změnou, která nám



dává do rukou více nástrojů, jak dopady takových výpadků na pacienty zmírnit,“ uvedl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Prvním opatřením je zajištění další mimořádné cesty, jak rychle zajistit náhradu léku, který má výpadek a je pro české pacienty zcela zásadní. Novela v těchto případech nově umožní používání léčivých přípravků se závadou administrativní povahy, která nemá vliv na kvalitu a bezpečnost léčivého přípravku. Doprovodnou novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění navíc zajistíme, že náhradní lék bude mít dočasnou úhradu, tedy pacient zaplatí stejný doplatek jako u léku původního.

Druhé opatření má za cíl zásadně omezit nekoordinovaný vývoz léčivých přípravků, které jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění a vydávané na recept, mimo území ČR.

Třetí opatření pak zajistí, že se léky, které již někde v distribučním řetězci jsou, zaručeným způsobem dostanou do lékáren. Jedná se o situace, kdy do lékárny přijde pacient s platným receptem na lék hrazený z veřejného zdravotního pojištění a lékárna není schopna lék objednat skrze standardní distribuční kanály. „Cílem je poskytnout pacientovi záruku, že pokud je lék dovážen na český trh, tak se k němu dostane i v té nejmenší lékárně. Výrobci dáváme povinnost do dvou dnů dodat lék do jakékoliv lékárny, kterou si pacient zvolí. Inspirací nám bylo Slovensko, kde s tímto opatřením mají pozitivní zkušenosti,“ vysvětlil ministr zdravotnictví.

Novely obou zákonů nyní míří k projednání do výboru pro zdravotnictví. Předpokládaný termín nabytí jejich účinnosti je v závěru tohoto roku.

Zdroj: www.mzcr.cz, 22. 1. 2020

Zlomový rok 2020. Provázení rodičů vážně nemocných dětí se stalo součástí zdravotní péče v nemocnicích

(Praha, 24. ledna 2020) Už v pěti nemocnicích mohou rodiče dětí se závažnou diagnózou využít podpory Centra provázení (CP). Po Všeobecné fakultní nemocnici Praha (VFN) a fakultních nemocnicích v Brně a Hradci Králové rozšiřuje centrum své služby do Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze a Fakultní nemocnice Ostrava. Díky Všeobecné zdravotní pojišťovně (VZP), která jako první u nás zahrnuje péči poskytovanou jednotlivými centry do systému úhrad, pokrývá od ledna 2020 náklady na provázení rodin veřejné zdravotní pojištění.

„Jedná se o zásadní krok – služba poskytovaná našimi centry je tak plnohodnotnou součástí zdravotní péče v jednotlivých nemocnicích,“ řekl zakladatel a vedoucí CP Jan Michalík.

Centrum provázení založila v roce 2014 Společnost pro mukopolysacharidosu, která tak zúročila 25 let zkušeností s podporou rodin dětí s těžkými metabolickými poruchami. Službu, která donedávna v českém zdravotnictví zcela chyběla, mohou na půdě nemocnic využít rodiče dětí se vzácným onemocněním, s těžkým zdravotním postižením nebo rodiče předčasně narozených dětí. Pracovníci CP podporují rodiny od prvních okamžiků po sdělení diagnózy dítěte.

„Jsme rádi, že se můžeme podílet na projektu Centra provázení, který zajišťuje ucelený přístup v tak lidsky vypjatých situacích. Cílem VZP je zajištění komplexní péče pro své klienty a jejich rodiny i v případě velmi závažných diagnóz, zejména pak pokud se jedná o ty nejmladší,“ sdělil ředitel VZP Zdeněk Kabátek.

Až do loňska financovala činnost Centra provázení Nadace Sirius. Od roku 2015 nejprve podporovala pilotní pracoviště ve VFN Praha, od roku 2018 se pak přidaly týmy ve FN Brno a FN Hradec Králové. Na provoz všech tří pracovišť nadace doposud vynaložila celkem 17 milionů korun. „Systém provázení, který je výsledkem práce pilotního týmu ve VFN Praha, je ideální způsob, jak propojit zdravotní a následnou péči v nemocnici s potřebami dítěte a jeho rodičů,“ uvedla ředitelka Nadace Sirius Dana Lipová. Hodnocení rodin, které CP prošly, podle ní potvrzuje důležitost a smysluplnost takové komplexní péče. „Jako soukromá nadace bohužel nejsme dlouhodobě schopni financovat provoz těchto pracovišť. Proto mám velkou radost, že VZP přišla s návrhem, jak provázení uvést do systému standardní péče specializovaných pracovišť, a tento návrh uvedla do praxe. Pevně věřím, že je ostatní zdravotní pojišťovny, s nimiž jednáme, budou následovat,“ dodala Lipová.

Do konce loňského roku pomohla pracoviště Centra provázení celkem 2 152 rodinám. Byli mezi nimi i Zuzana a Luboš Slabihoudkovi z Českých Budějovic, jejichž synovi lékaři v pražské VFN diagnostikovali nevyléčitelné metabolické onemocnění – mukopolysacharidózu (MPS II). „Přestože nám diagnózu sděloval lékař s velmi empatickým přístupem, nedovedu si představit, že bych se s představami, co nás čeká, prala sama. V šoku, který nás provázel první měsíce, jsme s mužem nevěděli, co dělat, na co máme nárok a co musíme zařídit. Se vším nám pomohly pracovnice Centra provázení,“ popsala Zuzana Slabihoudková. Mukopolysacharidóza je vzácné, dědičné podmíněné onemocnění způsobené nedostatečnou funkcí životně důležitých enzymů v buňkách. Následkem stádání škodlivých látek v tkáních dochází k těžkým poruchám orgánů. Většina pacientů se nedožije dospělosti.

Ačkoliv lékařská péče poskytovaná dětským pacientům je v ČR na světové úrovni, podle Jana Michalíka musí být doplněna podporou rodičů nemocných dětí, a to už od okamžiku sdělování zásadní, nepříznivé a mnohdy fatální diagnózy. Zakladatel CP věří, že ani pět nynějších pracovišť není konečný stav. „Je předpoklad, že postupně se počet center ještě zvýší. Cílem je deset až čtrnáct specializovaných poskytovatelů zdravotních služeb, nejčastěji nemocnic, v nichž je poskytována péče i dětem s velmi závažnými onemocněními,“ doplnil Michalík.

Nadace Sirius bude na rozvoji systému provázení nadále spolupracovat. „Počítáme s finanční podporou nově vzniklého Metodického vedení centra provázení, které zajišťuje vzdělávání pracovníků a je garantem kvality péče poskytované na jednotlivých pracovištích,“ vysvětlila Dana Lipová.

Kontaktní osoby: Martina Vyslouzilová, T: 603 359 126

E: martina.vyslouzilova@centrumprovazeni.cz

www.centrumprovazeni.cz

Kateřina De Rose, T: 724 140 247

E: katerina.deroose@nadacesirius.cz, www.nadacesirius.cz

Zdroj: www.vzp.cz, 24. 1. 2020

Ministerstvo zdravotnictví rozjíždí stipendijní programy pro studenty zdravotnických oborů

S cílem zatraktivnit studium zdravotnických oborů připravilo Ministerstvo zdravotnictví v rámci svých nemocnic stipendijní programy pro studenty středních a vysokých škol. Zajímavou



formou tím reaguje na nedostatek především středního zdravotnického personálu v nemocnicích. Ty projekt otevřeně vítají.

„Je pro nás prioritou zajistit ve zdravotnictví dostatek pracovníků. A studijní stipendia jsou jednou z mnoha aktivních forem, které Ministerstvo zdravotnictví v tomto směru může podniknout. Umožnili jsme proto nemocnicím poskytovat studentům v průběhu přípravy na výkon zaměstnání stipendium. Studentům to navíc přinese možnost budoucího uplatnění v nemocnici. Projekt má úspěch, zapojilo se do něj 15 z 18 velkých státních nemocnic,“ řekl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Vztah mezi nemocnicí a studentem bude upraven smlouvou o stipendiu a zároveň bude mezi stipendistou a nemocnicí uzavřena smlouva o budoucí pracovní smlouvě. Nemocnice se tak zaváže zaměstnat v budoucnu absolventa v pracovním poměru a student přislíbí, že bude v zařízení vykonávat určité zdravotnické povolání odpovídající jeho oboru studia v plném úvazku tolik let, kolik mu bylo poskytnuto stipendium. „Věřím, že pro studenty bude zajímavé jak finanční ohodnocení při studiu, tak jistota budoucího pracovního uplatnění v nemocnici,“ doplnil ministr Vojtěch.

„Neváhali jsme naši nemocnici hned zapojit. Stipendijní programy rozšíří naše možnosti, jak efektivně naplňovat personální kapacity,“ zdůraznil ředitel Všeobecné fakultní nemocnice David Feltl.

„Krok ministerstva vítáme. Stipendium je skvělou formou, jak v nemocnici zajistit dostatek pracovníků, především zdravotních sester,“ řekl ředitel Nemocnice Na Bulovce Jan Kvaček.

K zapojení do projektu se již přihlásilo 15 nemocnic: Fakultní nemocnice Brno, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Fakultní nemocnice Ostrava, Fakultní nemocnice Plzeň, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, Fakultní nemocnice Motol, Institut klinické a experimentální medicíny, Masarykův onkologický ústav, Nemocnice Na Bulovce, Thomayerova nemocnice, Ústav hematologie a krevní transfuze, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Revmatologický ústav a Endokrinologický ústav.

Odbor komunikace s veřejností

Ing. Gabriela Štěpanyová, tisková mluvčí

Zdroj: www.mzcr.cz, 30. 1. 2020

INZERCE

588 10-19

Zaměstnám PLDD 2–3× týdně s výhledem převzetí středně velké, bezproblémové a dobře zavedené praxe. Ambulance je v **okrese Kroměříž**. Sestra je zkušená, vzdělaná v oboru. Telefon 737 726 712.

589 11-19

Hledám nástupce, pediatra, do velmi dobře zavedené ordinace v **Liberci**. Možnost práce na plný nebo částečný úvazek (např. při MD), případně převzetí praxe. pediatr@liberec.seznam.cz

591 11-19

Hledám PLDD k převzetí soukromé praxe v Hejnicích (**Liberecko**). VÝHODNÉ: ordinace zařízení, vybavená – pronajímána městským úřadem, ten velmi vstřícný. Možnost bytu. Krásné prostředí, příjemná klientela. Mob. 737 459 998.

592 12-19

Nabízím práci PLDD v privátní dětské praxi nedaleko Luzernu. Pomohu se zařízením všech povolení a razítek, s bydlením, odměna je na švýcarském standardu. Vítána je pouze flexibilní osobnost, excelentně komunikativní, odborně zdatná, s jazykovým certifikátem nejlépe Goethe Institutu z Prahy pro němčinu na úrovni C. Kontakt: tompaeiatrician@gmail.com

593 12-19

Přenechám velmi dobře zavedenou ordinaci PLDD (s.r.o.) v **Brně**. Termín dohodou. Telefon: 603 897 405.

594 12-19

Prodám polovinu RD v Brně s menší praxí PLDD s dobrou perspektivou rozvoje. Praxi přenechám velmi levně. Dům je po rekonstrukci, v ordinaci nový nábytek, před ordinací pěkná zahrada pro děti. Spolupráce se zastupujícím PLDD velmi dobrá. V druhé polovině RD ordinace PL. Zn. Ordinace bez nájmu, dobrá perspektiva pro mladého PLDD. Tel. 605 152 490

595 1-20

Zdarma přenechám praxi PLDD ve Volarech na Šumavě z důvodu odchodu do důchodu. Výhodná pracovní doba, zkušená dětská sestra. Byt 1 + 1 k dispozici. Bližší info tel.: 723 875 326 nebo e-mailem: m.patakova@seznam.cz

596 1-20

Pronajmu ordinaci s čekárnou a zázemím v Praze 10, Vršovická ul., cca 45 m. Dlouholetá tradice, parkování. Nejlépe pediatr, není podmínkou, vhodné i pro ostatní zdravotnické obory. Kontakt: 608 701 234.

597 1-20

V průběhu roku 2020 **přenechám** dobře zavedenou praxi PLDD v **Horšovském Týně**, okres. **Domažlice**. Dohoda na další spolupráci možná. Telefonní kontakt: 603 485 408

598 1-20

Přenechám výhodně dobře zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze 3**. Telefon 606 831 171.

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



Synflorix disponuje daty ze švédské účinnostní studie invazivního pneumokokového onemocnění porovnávající účinnost PCV10 a PCV13.

Celkový dopad na incidenci IPO [výsledek přímé ochrany, zkřížené ochrany a náhrady (replacementu) NVT] se statisticky neliší vzhledem k použité vakcíně. Obě vakcíny byly úspěšné ve snížení incidence IPO u dětí.¹

Též na základě výsledků této studie bude Švédsko od září 2019 využívat Synflorix pro plošné očkování proti IPO.^{2,3}



Vakcína Synflorix zůstává
i nadále bez doplatku!*

V běžné praxi nemusí vakcína garantovat výsledky dosažené v klinických studiích.

Zkrácený souhrn údajů o přípravě

[illegible]

IFD - invazivní pneumokoková onemocnění; NVT - neakutní viroty

Reference: 1. Naicker P et al. (Infect Dis 2017;65(11): 1780-90). 2. 30 Antaboni - Aviat teknisi 19 Vaccinerinlet (et nationale) barneccinprossimmet 2010. 3. Oof 2010

[illegible]

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

CZ/SYN/0008/19
Schließen: 3/2019



ERDOMED[®]

erdosteín

ČISTÍ
DÝCHACÍ
CESTY

Antibakteriální mukolytikum



Registr
ERICA¹

Hlavní závěr:

95,6 %

sledovaných dětí s ARI nepotřebovalo
při léčbě Erdomedem antibiotika

Zkratky: ARI – akutní respirační infekce

Literatura: 1. Kopřiva, F.: Sledování ATB léčby dětských pacientů s recidivujícími respiračními infekcemi v letech 2013–2015 a Erdosteínu, aneb o: námi řečla „ERICA“ Vox Paediatricae 2017;1

Zkrácená informace ERDOMED: **S:** Erdosteín 300 mg v 1 tvrdé tobolce, 175 mg v 5 ml suspenze. **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:** Předtílivá látka nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. **J:** Jaterní poruchy a renální insuficience, homocysteinurie. **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. Obsahuje sacharózu. **NÚ:** Zřídka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea, výjimečně průjem. Ojediněle byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteín potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxycilinu, klamantromycinu), 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 1 tobolka 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. Po naředění je suspenze použitelná 15 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2–8°C.

Datum poslední revize textu SPC: tobolky a suspenze 24. 4. 2019. Přípravky jsou vázány na lékařský předpis a jsou hrazeny 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 bronchitidy 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 % očekávané hodnoty a mají alespoň 2 exacerbace/rok v anamnéze před nasazením léčby erdosteínem. Léčba není nadále hrazena, pokud během 3 měsíců nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Pátěrní 7, 635 00 Brno, www.angelini.cz