

Pediatric pro praxi

2016

F

www.solen.cz | Pediatr. praxi 2016; 17(Suppl F) | ISBN 978-80-7471-177-0 | **2016**

ABSTRAKTA

IV. KONGRES PEDIATRŮ V PLZNI

24.–25. listopadu 2016

Parkhotel Congress Center Plzeň

Pořádá společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Pediatric pro praxi
pod záštitou Dětské kliniky Fakultní nemocnice v Plzni

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Duomox®

Velmi klasický.
Velmi moderní.



Zkrácená informace o přípravku DUOMOX® tablety:

Amoxicillinum 250,375,500,750,1000 mg. **Indikační skupina:** Baktericidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. **Indikace:** Amoxicilin je lékem první volby pro empirickou léčbu akutní otitis media, akutní sinusitidy a akutní exacerbaci chronické bronchitidy. **Další indikace:** Infekce způsobené mikroorganismy, které jsou citlivé k amoxicilinu, jako: některé jiné infekce dýchacích cest, infekce urogenitálního traktu, infekce gastrointestinálního traktu, infekce kůže a měkkých tkání. **Dávkování:** Dospělí a děti nad 40 kg: 500 mg každých 8 hodin, u chronických, recidivujících a závažných infekcí lze dávky zvýšit až na 750 - 1000 mg každých 8 hodin. Děti pod 40 kg: 40 - 90 mg/kg/den rozdělených do dvou až tří dávek (celkem < 3 g) v závislosti na indikaci, závažnosti onemocnění a citlivosti patogenu. Při poškození ledvin je často nutno upravit dávku. Léčba musí pokračovat 3 – 4 dny po vymizení klinických příznaků. **Způsob podání:** DUOMOX® se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. DUOMOX® tablety se mohou polykat celé a zapíjet vodou, nebo je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchut'. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému beta-laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Pacienti mající současně i virovou infekci, zejména infekční mononukleózu, pacienti s lymfatickou leukémií. **Interakce:** Probenecid, fenybutazon, oxyfenbutazon, kyselina salicylová (v menší míře), indometacin a sulfinpyrazon prodlužují poločas amoxicilinu v plazmě a zvyšují jeho hladiny. Souběžné užívání amoxicilinu s perorálními kontraceptivy může být spojeno se sníženou účinností kontraceptiva. **Nežádoucí účinky:** Poruchy kůže a podkožní tkáně: vyrážka, gastro-intestinální poruchy: průjem, anální pruritus. **Upozornění:** Zřídka může dojít i k závažným případům hypersenzitivity, léčba amoxicilinem musí být okamžitě zastavena. Při léčbě se mohou vyskytnout superinfekce. Při vzniku těžkého průjmu je třeba uvažovat o možnosti pseudomembranózní kolitidy. Zvláštní pozornost je třeba věnovat podávání nezáralým novorozencům a během novorozeneckého období vůbec. **Těhotenství a laktace:** Bezpečnost amoxicilinu v těhotenství a při kojení nebyla ověřena. **Velikost balení:** DUOMOX® 250:20 tbl, DUOMOX® 375:20 tbl, DUOMOX® 500:20 tbl, DUOMOX® 750:20 tbl, DUOMOX® 1000:14 nebo 20 tbl. **Datum poslední revize textu:** 16.3.2011. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94,186 00 Praha 8, Česká republika. Registr. číslo: 15/270/93-A/C, B/C, C/C, D/C, E/C. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25° C, uchovávat v původním vnitřním obalu. Výdej přípravku DUOMOX® je vázán na lékařský předpis. DUOMOX® je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Program – čtvrtek 24. listopadu

9.00 ZAHÁJENÍ

9.05–10.35 PORUCHY VROZENÉ IMUNITY U DĚTÍ

garantka prof. MUDr. Anna Šedivá, DSc.

- **Primární poruchy přirozené imunity** – Gutová V.
- **Autoinflatorní stavy** – Šedivá A.
- **Pacienti se syndromem aktivované PI3 kinázy** – Klocperk A.
- **Současný přístup k substituční léčbě primárních deficitů humorální imunity** – Liška M.

10.35–10.45 Satelitní sympozium firmy GlaxoSmithKline

- **Dopady očkování v ČR** – Plos J.

10.45–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–12.30 AKUTNÍ STAVY U DĚTÍ

garant MUDr. Jiří Fremuth, Ph.D.

- **Akutní stavy v dětské endokrinologii** – Pomahačová R.
- **Akutní stavy v dětské kardiologii** – Huml M.
- **Akutní stavy na dětské JIP** – Fremuth J.

12.30–13.30 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.30–15.00 SOUČASNÉ PŘÍSTUPY V OČKOVÁNÍ U DĚTÍ

garant prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.

- **Epidemiologické aktuality, aktuální údaje o proočkovanosti** – Pazdiora P.
- **HPV vakcinace pro praxi, co víme a co můžeme očekávat?** – Tachezy R.
- **Invazivní meningokoková onemocnění, aktuální situace a přístup k prevenci** – Roháčová H.

15.00–15.30 AKTUALITY V PEDIATRII

- **Současné trendy v podpoře zdravého kojení** – Gregora M.
(Přednáška podpořená společností Angelini Pharma ČR s.r.o.)
- **Ozvěny kongresu ESPID: současné podání hexavalentních vakcín společně s dalšími vakcínami** – Škaloud P.

15.30–16.00 PŘESTÁVKA

16.00–16.10 **Křest knihy:** Vývoj batolete od jednoho do tří let – MUDr. Martin Gregora

16.10–17.25 VYBRANÉ KAZUISTIKY Z PRAXE

garant MUDr. Martin Gregora

- **Dvě malé holčičky** – Seifertová J.
- **Chlapec jako z porcelánu** – Jirotková J.
- **Hantavirové infekce, neunikají zbytečně naší pozornosti?** – Studenovská L.
- **Neakutní střevní invaginace** – Gregora M., Kovalíková M.
- **C3 glomerulopatie** – Sládková E., Fikrlová Š., Hes O.
- **Jak se (ne)zbavit obtížného pacienta** – Seifertová J.

Pátek 25. listopadu

8.15–9.00

RANNÍ KÁVA S DISKUZÍ U AKTUÁLNÍHO TÉMATU

Využijte příležitost zeptat se na to, co vás trápí z oboru infekologie a mikrobiologie v úzkém kruhu kolegů. Na vaše otázky budou odpovídat MUDr. Václava Adámková a MUDr. Zuzana Blechová.

Salonek Alto

9.15–10.15

IP OD TITRITID K CRPITIDÁM – MUDr. Václava Adámková, MUDr. Zuzana Blechová

- Diskuzní interaktivní blok

10.20–11.00 OČKOVÁNÍ

- Klíčová encefalitida – stále aktuální – Váchalová J.
- Vakcinace ohrožených věkových skupin proti pneumokokovým infekcím – Pazdiora P. (Přednášky podpořené firmou Pfizer)

11.00–11.30 PŘESTÁVKA

11.30–12.30 VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ ANEB CO JE DOBRÉ VĚDĚT...

- Co jste chtěli vědět o Fabry chorobě a (ne)báli jste se zeptat.... Zn. Hledá se Fabry! – Golář L.
- Úvod do světa mukopolysacharidóz – Magner M. (Satelitní sympozium firmy Shire Czech, s.r.o.)

12.30–13.05 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE

- Vitamin D v praktické medicíně – Broulík P.
- Moderní způsoby léčby rýmy: Nasivin Sensitive 0,05% – Machaň B. (Symposium Merck)

13.05–14.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

14.00–15.30 PRÁVO, ÚHRADY A PRAKTIČTÍ LÉKAŘI

- Aktuální problémy a výhledy pro rok 2017 – JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

15.30

VYLOSOVÁNÍ ANKETY SPOLEČNOSTI SOLEN A ZAKONČENÍ KONGRESU

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

IV. KONGRES PEDIATRŮ V PLZNI

24.–25. listopadu 2016 | Parkhotel Congress Center Plzeň

Pořadatel

Společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Pediatrie pro praxi

Záštita

Dětská klinika Fakultní nemocnice v Plzni

Prezident akce

prof. MUDr. Josef Sýkora, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Eva Zemanová, 777 557 426, zemanova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Aneta Mikulíková

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 12 kredity pro lékaře.



Supplementum F Pediatrie pro praxi

Citační zkratka: Pediatr. praxi 2016; 17(Suppl F).

ISBN 978-80-7471-177-0

Vydal: Solen, s.r.o.

Atoderm Préventive

VÝŽIVNÝ OBNOVUJÍCÍ KRÉM
NA SUCHOU A POTENCIÁLNĚ
ATOPICKOU POKOŽKU DĚTÍ



JE TO
V KŮŽI,

KDE BIODERMA
OBJEVILA ŘEŠENÍ
JAK OBNOVIT JEJÍ
OCHRANNOU BARIÉRU.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Poruchy vrozené imunity u dětí

garantka prof. MUDr. Anna Šedivá, DSc.

čtvrtek / 24. listopadu 2016 / 9.05–10.35 hod.

Primární poruchy přirozené imunity

MUDr. Václava Gutová

Ústav imunologie a alergologie FN Plzeň

Přirozená, nespecifická imunita se skládá ze složky buněčné i humorální. Poruchy jsou významně méně časté. Buněčnou složkou přirozené imunity jsou fagocytující buňky, fylogeneticky zřejmě nejstarší schopnost obranné reakce organismů, humorální složkou potom systém plazmatických bílkovin nazývaný komplement. Složky komplementu mají mnoho různých funkcí.

Poruchy fagocytózy mohou být kvantitativní – kongenitální těžká neutropenie, tak funkční – chronická granulomatózní choroba, dědičná recesivně nebo vázaná na X chromozom, s enzymatickou poruchou baktericidie, klinicky se projevující těžkými abscedujícími až granulomatózními záněty. Další vzácnou poruchou jsou poruchy adhezivních molekul s poruchou adherence a chemotaxe neutrofilů také s klinikou těžkých hnisavých a abscedujících zánětů záhy po narození. Léčba u lehčích poruch je většinou symptomatická, u těžších transplantace kmenových buněk krvetvorby.

U komplementových poruch může jít o poruchu aktivace jednotlivých cest – klasické, lektinové, alternativní, dané deficitem jednotlivých složek kaskády. Poruchy klasické a alternativní cesty se projevují opakovanými a někdy závažnými infekcemi opouzdřenými bakteriemi, nejčastěji meningokoky. Poruchy lektinové cesty jsou relativně časté, ale s lehčím průběhem infekcí nebo asymptomatické. Zvláštní jednotkou je ne příliš vzácná absence či funkční porucha inhibitoru C1 složky, která je děděna dominantně a projevuje se velkými otoky periferních, ale i vnitřních orgánů – končetiny, obličej, genitálie, laryng, střevo – hereditárním angioedémem (HAE). Léčba komplementových poruch je symptomatická, u HAE lze dodat chybějící inhibitor buď plazmatický nebo rekombinantní.

Autoinflamatorní stavy

prof. MUDr. Anna Šedivá, DSc.

Ústav imunologie UK 2. LF a FN Motol, Praha

Autoinflamatorní onemocnění jsou relativně novou kapitolou v širší problematice primárních imunodeficiencí. Podstata těchto stavů charakterizovaných poruchami regulace zánětu spočívá u monogenních onemocnění v mutacích jednotlivých molekul, účastnících se složité regulace zánětu. Existují i jednotky, u kterých není genetická podstata známa, ale které zasahují také do spektra regulací zánětlivých procesů. Oblast autoinflamatorních onemocnění je předmětem překotného nárůstu znalostí, objevení nových nemocí a nových etiopatogenetických mechanismů rozvoje onemocnění. Řada z těchto jednotek se může klinicky projevit již v novorozeneckém a časném kojeneckém věku, eventuálně v průběhu dětství, a to zvláště ty na genetickém podkladě. Řada onemocnění nemá známou genetickou podstatu a může se projevit kdykoli, i v dospělosti. Velmi časný nástup příznaků je charakteristický pro skupinu onemocnění nazývaných kryopyrinopatie, jejichž podstata tkví v poruchách inflamatoru, základního mechanismu řetězových reakcí uvnitř buňky, které iniciují a regulují zánět. Onemocnění nazývané NOMID nebo CINCA (Neonatal onset multisystem inflammatory disease / Chronic infantile neurologic cutaneous and articular syndrome) je již klasickou jednotkou v oblasti autoinflamatorních stavů. Klasická autoinflamatorní onemocnění s projevy v dětství potom zahrnují hyperIgD syndrom, syndrom nazývaný TRAPS, Familiární středozezemní horečku a další jednotky. Pro pediatrickou praxi je zvláště důležitý syndrom nazývaný PFAPA, jehož podstata není známa, který však velmi dobře reaguje na tlumení zánětu kortikoidy. U ostatních jednotek je velmi výhodné znát podstatu onemocnění

vzhledem k možnosti využití terapeutických přístupů zasahujících do patogenetických kroků, z nichž na prvním místě je blokáda interleukinu 1.

V oblasti autoinflamatorních onemocnění se objevují nové jednotky, které odhalují složitost zánětlivých stavů. Kromě poruch inflamazomu a IL-1 jsou to poruchy mitochondriálních proteinů (SIFD, Congenital sideroplastic anemia with immunodeficiency and developmental delay), dále poruchy různých intracelulárních procesů. Zcela zvláštní kapitolu potom tvoří vaskulitidy s příznaky v časném dětském věku, kde se kromě neonatálního SLE mohou objevit monogenní vaskulitidy spadající do oblasti autoinflamatorních onemocnění.

Přednáška dá přehled o možnostech diagnostiky a léčby těchto onemocnění.

Pacienti se syndromem aktivované PI3 kinázy

**MUDr. Adam Klocperk¹, RNDr. Veronika Kanderová, Ph.D.², MUDr. Tomáš Milota¹,
MUDr. Radana Zachová¹, MUDr. Jana Kayserová, Ph.D.¹,
MUDr. Tomáš Freiburger, Ph.D.^{3,4}, MUDr. Eva Froňková, CSc.⁵,
doc. MUDr. Tomáš Kalina, Ph.D.², prof. MUDr. Anna Šedivá, DSc.¹**

¹Ústav imunologie, 2. Lékařská fakulta Univerzity Karlova a FN Motol, Praha

²Ústav dětské hematologie a onkologie, 2. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a FN Motol, Praha

³Genetická laboratoř, Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie, Brno

⁴Ústav klinické imunologie a alergologie a Medical Genomics RG, Ceitec, Masarykova Univerzita, Brno

Ačkoliv historicky byla imunodeficitní onemocnění nejčastěji spojována se ztrátovými mutacemi rozličných molekul, jejichž nepřítomnost či poškozená funkce způsobovala nedostatečnou reakci imunitního systému na infekční podněty, v posledních letech se stále častěji objevují imunodeficitní syndromy, které jsou zapříčiněny naopak hyperaktivací specifického proteinu či enzymu. Jedním z těchto syndromů je i syndrom APDS, neboli syndrom aktivované phosphatidylinositol 3-kinázy.

V rámci této přednášky na příkladu krátké kazuistiky demonstrují klinický obraz syndromu APDS, podložený též pro větší sílu důkazů i daty z větší celoevropské kohorty pacientů, včetně typických laboratorních nálezů. Součástí prezentace budou jak rutinně dostupná klinická i imunologická vyšetření, tak demonstrace nejnovějších výzkumných dat z českých pracovišť. Následně se krátkým shrnutím genetické příčiny a patofyziologie tohoto syndromu pokusím usnadnit jeho pochopení a zapamatování. Závěrem nastíním možnosti léčby jak symptomatické, tak kauzální.

Současný přístup k substituční léčbě primárních deficitů humorální imunity

MUDr. Martin Liška, Ph.D.

Ústav imunologie a alergologie FN Plzeň

Substituční léčba primárních deficitů humorální imunity pomocí imunoglobulinových koncentrátů zaznamenala v posledním desetiletí výrazný pokrok. Ten spočívá zejména v razantním nástupu léčby subkutánními preparáty, které si pacient může aplikovat doma, což snižuje potřebu návštěv lékaře. Tato léčba je navíc spojena s podstatně nižším výskytem nežádoucích účinků ve srovnání s intravenózními imunoglobuliny (IVIG). Další pokrok přináší vysoce dávkované imunoglobulinové koncentráty aplikované společně s hyaluronidázou, které je možné aplikovat méně často, což opět zvyšuje komfort pacienta. Indikace substituční léčby imunoglobuliny zůstávají víceméně stejné, tedy z primárních deficitů humorální imunity hlavně vrozená agamaglobulinemie a běžný variabilní imunodeficit, nicméně je snaha rozsah indikací rozšířit. Adekvátně indikovaná a realizovaná substituční léčba imunoglobuliny znamená značný přínos pro zdraví a kvalitu života pacientů s primárními deficity humorální imunity.

Akutní stavy u dětí

garant MUDr. Jiří Fremuth, Ph.D.

čtvrtek / 24. listopadu 2016 / 11.00–12.30 hod.

Akutní stavy v endokrinologii

MUDr. Renata Pomahačová, Ph.D., MUDr. Jana Zamboryová, MUDr. Karel Fiklík,
MUDr. Petra Paterová

Dětská klinika FN, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Plzni

Úvod

V klinické praxi nejčastěji řešíme akutní komplikace pacientů s diabetes mellitus 1. typu (DM), akutní stavy při onemocnění štítné žlázy, endogenní hypoglykemie a problematiku pacientů s adrenální insuficiencí.

Akutní stavy v endokrinologii

Diabetická ketoacidóza (DKA) je život ohrožující stav. Vyskytuje se při prvomanifestaci DM 1. typu a u léčeného pacienta se rozvíjí při vynechání inzulínu nebo vlivem akutní stresové situace jako je např. infekce. Ketonémie, ketonurie spolu s hyperglykemií jsou rizikovými ukazateli rozvoje DKA a vyžadují urgentní hospitalizaci dítěte. Hypoglykemie (glykemie < 4 mmol/l) je nejčastější akutní komplikací DM. K vývoji dochází v důsledku nadbytku inzulínu, při nedostatečném příjmu sacharidů, při fyzické aktivitě nebo konzumaci alkoholu. Mezi autonomní symptomy patří především třes rukou. Neuroglykopenickými symptomy jsou např. porucha vize, bolesti hlavy, zmatenost, porucha vědomí, křeče, v nejtěžším případě koma a smrt. Akutní hypoglykemie je řešena požitím rychle vstřebatelného (hroznový cukr) a pomalu vstřebatelného cukru (škrob), v případě těžké hypoglykemie s poruchou vědomí aplikací glukagonu nebo i.v. aplikací roztoku 40% glukózy.

Endogenní hypoglykemie v dětském věku (glykemie < 3,3 mmol/l u kojenců a starších dětí) mají příčinu endokrinní nebo metabolickou. Opakované hypoglykemie vedou k ireverzibilnímu poškození mozku, proto je důležitá časná diagnóza a léčba podle etiologie. Zásadní je odběr krve a moči v okamžiku hypoglykemie („kritický vzorek“) k určení příčiny. Děti s anamnézou hypoglykemie musí být zajištěny infuzí glukózy při sníženém příjmu potravy a/nebo zvracení.

Nejčastější příčinou získané primární hypofunkce štítné žlázy je chronická lymfocytární tyreoiditida. Nekompenzovaná hypotyreóza je akutní stav, který vyžaduje časné nasazení substituční terapie levotyroxinem. Příčinou hyperfunkce štítné žlázy je především Gravesova-Basedowova choroba. Pozdní diagnóza tyreotoxikózy může vyústit v tyreotoxickou krizi.

Hlavní příčinou primární adrenální insuficience je vrozená adrenální hyperplazie a Addisonova choroba autoimunitní etiologie. Pozdní diagnóza nebo neadekvátní zajištění pacienta zvýšením dávek glukokortikoidu např. při teplotě, zvracení nebo operaci může mít fatální důsledky.

Závěr

Základní znalost akutních stavů v endokrinologii lékaři prvního kontaktu je zásadní pro časnou diagnózu endokrinního onemocnění a pro poskytnutí adekvátní léčby.

Akutní stavy v dětské kardiologii

MUDr. Michal Huml, Ph.D.

Dětská klinika FN Plzeň, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova v Praze

Onemocnění kardiovaskulárního systému v dětském věku patří mezi méně časté klinické jednotky, za to však s potenciálním závažným průběhem spojeným s vysokou morbiditou a mortalitou. Důležitou roli hraje včasnost rozpoznání symptomů jednotlivých onemocnění. Přednáška je zaměřena na nejčastější klinické jednotky v oblasti dětské kardiologie z pohledu praktického

Multi-Sanostol®

Multivitaminový sirup s vápníkem pro děti od 1 roku



Vhodný i pro těhotné a kojící matky



- Při ztrátě chuti k jídlu
- Ke zlepšení celkového stavu po prodělané nemoci
- K prevenci nedostatku vitamínů
- Při stavech vyčerpanosti, oslabeného soustředění
- Při poruchách vývoje a růstu



- Bez umělých barviv a sladidel
- S pomerančovou příchutí
- Obsahuje 9 vitamínů a kalcium
- Možno ředit čistou vodou jako nápoj



Reference: SPC Multi-Sanostol

Zkrácené informace o přípravku

Název přípravku: Multi-Sanostol. **Složení a léková forma:** Sirup. 10 ml sirupu obsahuje: Retinoli palmitas 2400 m.j., colecalfiferolum 200 m.j., thiamini hydrochloridum 2 mg, riboflavini natrii phosphas 2 mg, pyridoxini hydrochloridum 1 mg, tocoferoli alfa acetat 2 mg, acidum ascorbicum 100 mg, nicotinamidum 10 mg, dextranthenolum 4 mg, calcii gluconas monohydricus 50 mg, calcii lactophosphas 50 mg. Pomocné látky viz SPC. **Indikace:** K prevenci a léčbě stavů nedostatku vitamínů (u dětí od 1 roku), v těhotenství v období kojení, při ztrátě chuti k jídlu, zvýšené vnímavosti vůči infekcím, při poruchách vývoje a růstu, při stavech fyzické a psychické vyčerpanosti např. oslabeného soustředění a školní únavy, ke zlepšení celkového stavu po prodělané nemoci. Přípravek mohou užívat děti od 1 roku, mladiství a dospělí. **Dávkování a způsob podání:** Perorální podání. Děti od 1 do 5 let užívají denně 10 ml rozděleně do dvou dávek, děti od 6 let a dospělí užívají denně 20 ml rozděleně do dvou dávek. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na kteroukoli pomocnou látku, hyperkalcemie, hyperkalcémie, hypervitaminóza A a D. **Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití:** Přípravek nemá být užíván současně s jinými přípravky s obsahem vitamínů A a D z důvodu možnosti předávkování. Přípravek obsahuje a potravinářskou příměs z obiloviny ječmene, který obsahuje lepek (<0,3 %). * Přípravek nemá být užíván po dobu delší než 3 měsíce a užívání má být zváženo u pacientů se sarkoidózou a u pacientů s nefrolithiasou. * **Interakce:** Nejsou známy interakce. **Těhotenství a kojení:** U těhotných žen nemá být překročena dávka 20 ml sirupu/den. **Nežádoucí účinky:** Není znám výskyt nežádoucích účinků. **Opatření pro uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C v původním obalu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Takeda GmbH, 78467 Konstanz, Německo. **Registrační číslo:** 86/439/93-C. **Datum revize textu:** 13. 4. 2016.

Multi-Sanostol je volně prodejný léčivý přípravek a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím se seznámte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku.

*Všimněte si, prosím, změny v informacích o léčivém přípravku.

Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.

Škrétova 490/12, 120 00 Praha 2, tel.: +420 234 722 722, fax: +420 234 722 733, www.takeda.cz



pediatra. Diskutovány jsou charakteristické příznaky jednotlivých vrozených srdečních vad, zánětlivých onemocnění srdce či nejběžnějších typů arytmií, jejich diferenciální diagnostika, možnosti primární léčby a následné terapie za hospitalizace.

Akutní stavy na dětské JIP

MUDr. Jiří Fremuth, Ph.D.

Dětská klinika FN a LF Plzeň

Přednáška se zabývá vybranými akutními stavy, se kterými se setkává lékař pracující v terénu, a které následně řeší pediatr v rámci péče na dětské jednotce intenzivní péče. Ve sdělení jsou rozebrána tři základní témata: poruchy vědomí s křečemi, dušnost při obstrukci horních dýchacích cest a postupy kardiopulmonální resuscitace dle posledních doporučení z roku 2015. Každé z témat je rozebráno stran patofyziologie, diagnostiky a léčebného přístupu. Takto vybraná témata se z praktického hlediska vhodně doplňují. Cílem přednášky je podat základní přehled o každém z těchto akutních stavů a nabídnout jasný klinický postup při jejich řešení.

Současné přístupy v očkování u dětí

garant prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.

čtvrtek / 24. listopadu 2016 / 13.30–15.00 hod.

Epidemiologické aktuality, aktuální údaje o proočkovanosti

prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.

LF UK v Plzni, KHS Plzeňského kraje se sídlem v Plzni

V přednášce je rozebrána epidemiologická situace u spalniček, zarděnek a příušnic, s důrazem na současnou specifickou nemocnost a problémy s očkováním (nedodržování termínů aplikace 1. dávky, intervalu mezi 1. a 2. dávkou). Další zmíněnou problematikou je nízká proočkovanost proti rotavirovým infekcím v kontrastu s vysokým výskytem těchto infekcí v prvních letech života. Analyzovány jsou údaje z jednotlivých okresů Plzeňského kraje. Ve sdělení jsou uvedeny i výsledky dlouhodobého sledování klíšťové encefalitidy v Plzeňském kraji u dětí a mladistvých v letech 1960–2015. Na rozdíl od dospělé části populace se postupně daří zvyšovat proočkovanost zejména ve věkové skupině 10–19 let. V souvislosti s migrací je proveden rozbor vlivu přítomnosti cizinců na epidemiologickou situaci v ČR. V závěru jsou uvedena aktuální data o přetrvávajícím nepříznivém trendu infekce HIV v naší republice.

HPV vakcinace pro praxi, co víme a co můžeme očekávat?

RNDr. Ruth Tachezy, Ph.D.

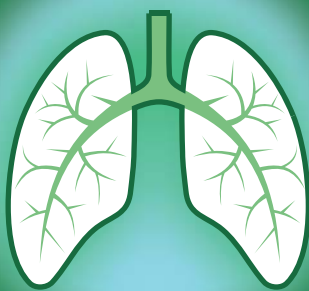
NRL pro papillomaviry a polyomaviry, Oddělení imunologie, Praha

Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha

Katedra genetiky a mikrobiologie, Přírodovědecká fakulta UK Praha

V současné době máme na trhu dostupné tři preventivní vakcíny proti lidským papilomavirům (HPV), které se liší svým antigenním složením i použitou adjuvantní složkou.

Jejich bezpečnost, imunogenita a účinnost proti onemocněním spojenými s vakcinačními typy HPV při aplikaci naivní populaci a dodržení protokolu vakcinace byla ukázána v mnoha studiích. K dispozici jsou i data z dlouhodobého sledování účinnosti vakcín, která ukazují, že přeočkování zatím není nutné. V České republice (ČR) je od roku 2014 bivalentní vakcína Cervarix poskytována dívkám do 14 let věku za plnou úhradu. Otázkami, které jistě v současnosti řeší řada lékařů, je vakcinace po prodělaném onemocnění, vakcinace již potenciálně infikovaných jedinců, vakcinace chlapců a volba vakcíny. Tyto body budou diskutovány v této přednášce. Potenciální benefit plošné vakcinace v ČR pak bude ukázán na datech získaných ve studiích prováděných na populaci ČR.



Helixir™ – kašel léčí přírodní péčí. Vrací ptáčky na houpačky!

Při léčbě zánětlivých onemocnění dýchacích cest.
Pomáhá uvolnit a odkašlat hustý hlen.

Novinka!

- S příjemnou chutí po třešních
- Neobsahuje sacharózu ani alkohol
- Po prvním otevření vydrží 12 měsíců



Zkrácená informace o přípravku Helixir sirup.

Název přípravku: Helixir sirup. **Složení:** Hederae helici folii extractum siccum (6-7:1) extrahováno ethanolem 40% m/m – 0,900 g ve 100 ml roztoku. **Indikace:** Mukolytická léčba zánětů dýchacích cest. Symptomatická léčba chronických bronchitid. **Dávkování a způsob podání:** Děti od 1 do 3 let: 1 ml sirupu 3 x denně. Děti od 4 do 12 let: 1,5 ml sirupu 3 x denně. Dospělí a děti od 12 let: 2 ml sirupu 3 x denně. Sirup se může užívat nezředěný anebo zředěný malým množstvím vody. I při lehkých zánětlivých onemocněních dýchacích cest by terapie měla trvat 1 týden, po odeznění příznaků by měla ještě 2–3 dny pokračovat. **Kontraindikace:** Přecitlivělost vůči přípravkům z listů břečťanu nebo vůči kterýmkoli jiným složkám přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Může se objevit zkalení roztoku nebo vyločkování; tyto změny nijak neovlivní účinnost přípravku. Přípravek Helixir sirup obsahuje fruktózu. **Interakce:** Nejsou známy. **Těhotenství a kojení:** Přípravek by se v graviditě a v období kojení neměl užívat. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nebyly zjištěny. **Nežádoucí účinky:** Vzácně se mohou objevit žaludeční obtíže u vnímavých jedinců. **Uchovávání:** Žádné zvláštní požadavky. **Druh obalu a velikost balení:** Lahvička z hnědého skla III. hydrolytické třídy, PE vložka pro použití dávkovačím aplikátorem, PE pojistný šroubovací uzávěr, PP/LDPE, PE/PS dávkovací pistový aplikátor, krabička. Balení 1 x 100 ml. **Doba použitelnosti:** V neporušeném obalu: 4 roky. Po prvním otevření: 12 měsíců. **Držitel rozhodnutí o registraci:** HEXAL AG, Holzkirchen, Německo. **Registrační číslo:** 94/520/07-C. **Datum registrace/prodloužení registrace:** 22.8.2007. **Datum poslední revize textu:** 1.9.2011. Přípravek je volně prodejný. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Seznamte se, prosím, s podrobnými informacemi v platném Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese firmy Sandoz.

SANDOZ A Novartis
Division

Sandoz s.r.o., Nagano III, U Nákladového nádraží 10, 130 00 Praha 3
web: www.sandoz.cz, e-mail: office.cz@sandoz.com

V České republice jsme vyšetřovali prevalenci HPV-specifických protilátek v obecné populaci, která nám poskytla reálná čísla pro stanovení věku zahájení plošné vakcinace. Před zahájením vakcinace proti HPV jsme monitorovali HPV typově-specifickou prevalenci ve screeningové populaci českých žen a provedli jsme studii typově-specifické prevalence HPV u žen a mužů v ČR s prekancerózami a karcinomy anogenitální oblasti a nádorů hlavy a krku. Výsledky těchto studií nám umožnily vypočítat očekávaný pokles incidence těchto onemocnění etiologicky spojených s infekcí vakcinačními typy HPV, ke kterému by mělo dojít po zavedení plošného očkování proti HPV. V další studii jsme monitorovali především prevalenci HPV vakcinačních typů u dívek a žen z běžné populace, které se dostavily dobrovolně na očkování proti HPV. Tato studie umožnila odhadnout počty žen v naší populaci, u nichž hrozí snížená účinnost či úplná neúčinnost vakcín proti HPV.

Autor je podporován v rámci projektu MŠMT ČR Národního programu udržitelnosti II (projekt BIOCEV-FAR) LQ1604 a projektu BIOCEV (CZ.1.05/1.1.00/02.0109), z Evropského fondu pro regionální rozvoj. Studie, jejichž výsledky budou součástí přednášky, vznikaly za finanční podpory MZ ČR grant NT12372, NI6077, NR8852, NC 10 656–3, NC6441, NR 8426–3, NR9466 a grantu MSD II S ID 37651.

Invazivní meningokoková onemocnění, aktuální situace a přístup k prevenci

MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.

Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí, Nemocnice Na Bulovce, Praha

Onemocnění vyvolaná meningokoky nepatří na území České republiky mezi infekční nemoci s vysokou incidencí. Nicméně invazivní formy těchto onemocnění jsou natolik závažné, že je třeba jim věnovat mimořádnou pozornost, protože i při správné léčbě umírá kolem 10 % postižených. V naprosté většině onemocní děti či dospívající. Nicméně onemocnět může člověk ve kterémkoliv věku. Vyvolávající bakterie *Neisseria meningitidis* se v populaci vyskytuje zcela běžně a často nepůsobí svému nositeli žádné potíže. Pokud však dojde k rozvoji invazivního meningokokového onemocnění, které reprezentuje meningokoková meningitida a meningokoková seps, dojde velmi rychle k dramatické změně zdravotního stavu a nemocný může zemřít během několika hodin. Léčba musí být rychlá a komplexní. Je poskytována na jednotkách intenzivní péče či anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Vzhledem k dramatickým průběhům, možným komplikacím i následkům je lépe onemocnění aktivně předcházet očkováním. V současné době je již dostupné očkování proti všem séro skupinám meningokoků, které jsou odpovědné za vyvolání některé z forem invazivního meningokokového onemocnění.

Aktuality v pediatrii

čtvrtek / 24. listopadu 2016 / 15.00–15.30 hod.

Současné trendy v podpoře zdravého kojení

MUDr. Martin Gregora

Dětské oddělení, Nemocnice Strakonice a.s.

Ve svém střevním systému nosíme přibližně 1,5 kg bakterií. To je desetkrát více, než kolik máme všech buněk v lidském těle. Je to obrovský genetický a bioaktivní materiál, jehož úkolem je regulovat a budovat náš obranný systém. Bakterie a jejich poměry tvoří střevní mikrobiom, pak ve značné míře ovlivňují zdraví a nemoci jedince. Dnes již víme, že některé bakterie nás dokážou ochránit před vznikem akutní gastroenteritidy a ještě máme ty správné bakterie, dokážou nás chránit před mnoha jinými nemocemi včetně hyperalimentace. Mateřské mléko je pro kojence jedním z nejdůležitějších zdrojů bakterií. Mikrobiota mléka je individuální a proměnlivá. Důležitou roli hrají laktobacily a bifidobakterie. K hojně zastoupeným v mateřském mléce patří *Lactobacillus fermentum*. Předpokládaná cesta kterou se laktobacily do mléka dostávají je enteromamární transport prostřednictvím dendritických buněk. Protizánětlivého efektu *L. fermentum* lze úspěšně využít k prevenci a léčbě mastitidy u kojící ženy.

EVROPSKÝ
PATENT
DO ROKU 2023

**feminella®
Hereditum®**
Doplněk stravy

Prožít kojení, být matkou.

Jedinečné, tělu vlastní
lactobacily z mateřského mléka.

www.feminella-hereditum.cz



-  **Lactobacillus fermentum Lc40** je laktobacilární kmen izolovaný přímo z mateřského mléka.
-  **Lactobacillus fermentum Lc40** lze doporučit za účelem podpory zdravého kojení.
-  **Lactobacillus fermentum Lc40** může zabránit předčasnému odstavení dítěte.

Při jeho podávání v podobě výživového doplňku ženě se zánětem prsu byl prokázán lepší klinický efekt než při klasické léčbě antibiotiky. Vyšší podíl *L. fermentum* v mateřském mléce navíc přináší další benefit pro dítě v podobě příznivé modulace jeho střevní mikroflóry se všemi konsekvencemi na jeho imunitní systém, zdraví a nemoci.

Vybrané kazuistiky z praxe

garant MUDr. Martin Gregora

čtvrtek / 24. listopadu 2016 / 16.10–17.25 hod.

Dvě malé holčičky

MUDr. Jarmila Seifertová

PLDD Kladno

Sdělení je z ordinace praktického lékaře pro děti a dorost a dokumentuje příběhy 2 kojenců – děvčátek s náhlou příhodou břišní.

Obě měly tříselnou kýlu s ovariem, které bylo nutno odstranit.

Závěr, chyby a omyly při náhlých příhodách břišních:

- Pacient není pečlivě vyšetřen a rodiče poučeni
- Technická chyba ve spojení lékaře a pacienta: *doprava, telefonní spojení, komunikace se sestrou*
- Rodiče nepokládají obtíže za závažné
- Časová prodleva ve vyšetření
- Neposloucháme pečlivě pacienta/rodiče (začátek příznaků, měnlivost, zvratky, stolice)
- Nepomyslíme na vzácnější příčiny bolestí břicha
- Začneme léčit něco jiného (ATB, analgetika)
- Nezajistíme kontrolu v krátkém časovém úseku
- Rutinní pocit, že obavy matky a pláč kojence je normální

Chlapeček jako z porcelánu

MUDr. Jana Jirotková

Dětské oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Úvod

Osteogenesis imperfecta je skupina geneticky podmíněných onemocnění. Velmi dobře ji charakterizuje slovní spojení „syndrom lomivých kostí“. Jedná se totiž o postižení pojivové tkáně. V 90% případů jde o mutace genů pro kolagen I. typu, který se pak tvoří v menším množství a nebo v horší kvalitě. Patří mezi vzácná onemocnění, s výskytem 1 : 10 000 až 1 : 30 000 porodů.

Kazuistika

Lehce nezralý novorozenec, z dvojčat (po IVF, biamniati-bichoriat), narozený císařským řezem ve 34. gestačním týdnu pro asymetrický růst plodu, porodní hmotnost 1 520 g. Poporodní průběh bez komplikací, dechová podpora formou nCPAP po dobu 5 dnů, od 7. dne plný enterální příjem. Domů propuštěn 25. den života. Za 3 týdny od propuštění si maminka při přebalování všimla bolestivého otoku levého stehna. Při vyšetření na ortopedii byla zjištěna fraktura diafýzy levé stehenní kosti. Vzhledem k vzácnosti zlomenin dlouhých kostí u takto malých dětí proběhla za hospitalizace řada laboratorních rozborů, včetně odběru krve na vyšetření metabolických vad a mutací genů. Rovněž byly pořízeny celotělové rentgenové snímky s nálezem mnohočetných zlomenin, včetně kompresivních zlomenin obratlů, a difúzní dekalcinace skeletu. Zjištěný klinický i radiologický obraz představuje typické znaky pro onemocnění se zvýšenou fragilitou kostí – osteogenesis imperfecta.

Závěr

Vrozená lomivost kostí je onemocnění, pro které neexistuje kauzální léčba. Péče o takového pacienta vyžaduje komplexní přístup řady odborníků, s cílem zmírnit jeho dopady na kvalitu života.

Hantavirové infekce – neunikají zbytečně naší pozornosti?

MUDr. Lenka Studenovská, MUDr. Vladislav Smrčka

Dětské oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Úvod

Hantaviry způsobují tzv. „nově se vynořující“ infekce. Během roku 2015 se na našem dětském oddělení objevilo větší množství pacientů s akutním renálním selháním, které bylo způsobeno právě Hantaviry. Jednalo se zároveň o nejčastější etiologii makroskopické hematurie v tomto období.

Soubor

5 patientek a 1 pacient, většinou adolescenti. Začátek onemocnění byl u každého jiný, ale další průběh téměř totožný. Pojítkem všech případů bylo akutní renální selhání. Stejně tak u všech pacientů docházelo velmi rychle ke zlepšení celkového stavu a k normalizaci renálních parametrů.

Závěr

Hantavirové infekce jsou dle epidemiologických dat poddiagnostikované. Buď pacient není na Hantaviry vůbec vyšetřen, nebo onemocnění uniká pod jinou diagnózou. Zejména při akutním renálním selhání a při makroskopické hematurii je třeba na toto onemocnění myslet.

Neakutní střevní invaginace

MUDr. Martin Gregora, MUDr. Miriama Kovalíková

Dětské oddělení, Nemocnice Strakonice a.s.

Úvod

Invaginace je situace, při níž se část trávicí trubice vsune do lumen sousední části a způsobí střevní obstrukci spojenou se strangulací mezenteria. Nejčastější je invaginace ileokolická. Probíhá pod obrazem náhlé příhody břišní, obvykle u dětí ve věku 3 měsíců až 6 let, přičemž 80 % pacientů je mladších 2 let. Příčina invaginace je většinou neznámá. Popisujeme případ pacienta, přijatého k plánovanému vyšetření pro půl roku trvající bolesti břicha s nálezem invaginace, který většinu z výše popsanych kritérií této diagnózy nesplňoval.

16letý pacient byl odeslán gastroenterologem k plánovanému CT vyšetření břicha a kolonoskopii pro půl roku trvající bolesti břicha v hypogastriu. Rodinná anamnéza stran střevních onemocnění byla nevýznamná a psychosomatická příčina potíží se jevila jako nepravděpodobná. Vyjma zmíněných bolestí měl chlapec jen menší chuť k jídlu. Za 6 měsíců zhubl 3 kg. Bolesti nebyly závislé na denní době ani na stravě. Na USG břicha gastroenterolog popsal výrazné zánětlivé zesílení stěny terminálního ilea či céka až na 13 mm, tvořící obraz kruhového infiltrátu 40×33 mm. Pro podezření na IBD byla vyšetřena imunologie nespecifických střevních zánětů s negativním výsledkem. V laboratoři byl nižší hemoglobin - 99 g/l a sérové železo - 2,8 μmol/l, jinak bez nápadností. Výtěr z rektu byl negativní.

15. 6. 2016 provedeno CT vyšetření v CA s nálezem invaginace, kdy část terminálního ilea byla vtažena do tlustého střeva daleko aborálně. Hlava invaginátu byla nápadně kulovitá a homogenní. Po konzultaci s gastroenterologem se následující den přistoupilo ke kolonoskopickému vyšetření, které ozřejmilo tumorózní zánětlivou hmotu v céku o velikosti asi 5×7 cm. Po průchodu kolonoskopem Bauhinskou chlopní se hmota vracela do terminálního ilea do vzdálenosti asi 7 cm od chlopně, kde obturovala téměř celé lumen. Na povrchu hmoty byly patrné zánětlivé fibrinové povlaky. Z tumoru i terminálního ilea gastroenterolog odebral vzorky k biopsii. Mikroskopicky na částicích z tumorózního útvaru byla přítomna pouze nekroza s navazující aktivní zánětlivou granulační tkání.

Etiologie procesu zůstala i po tomto vyšetření nejasná. Obraz připomínal neznámý tumor při IBD. K jeho operačnímu odstranění byl chlapec odeslán do Nemocnice České Budějovice

18. 7. 2016 byla provedena laparoskopická revize s nálezem ileocekální invaginace v délce cca 10 cm, kterou nelze volně zreponovat. Byl odstraněn resekát části ilea a céka celkové délky 25 cm. Na konci invaginace nalezen kulovitý tumor o průměru 4 cm. Peroperačně odstraněn appendix s histologickým obrazem chronické appendicitis. Onkologem byl následně popsán mikroskopicky výrazný buněčný tumor z vřetenovitých buněk, s nízkým mitotickým indexem a nízkou proliferační aktivitou. V přilehlém tuku nalezeno 9 lymfatických uzlin o průměru 4–14 mm bez maligních nádorových struktur. Pro suspekci z GIST G1 byl histologický vzorek odeslán k do-
vyšetření do FN Motol.

Závěr

Chronické bolesti břicha jsou u dětí a adolescentů velmi časté. Literatura uvádí, že 90–95 % z nich nemá organický podklad. Z tohoto důvodu jsou často bolesti považovány za psychosomatické. Jen u 10–20 % pacientů objasní komplexní (často nákladná) vyšetření diagnózu. Příčinou bolesti může být vzácně i tumor projevující se chronickou invaginací. V případě potvrzení GIST nádoru u našeho pacienta je jeho prognóza nejistá. V současné době není známo kritérium, které by umožňovalo vyloučit možnost maligního chování u GISTu. Je tedy nutné každý takový nádor považovat za potenciálně maligní.

C3 glomerulopatie

MUDr. Eva Sládková¹, MUDr. Šárka Fikrlová¹, prof. MUDr. Ondřej Hes, Ph.D.²

¹Dětská klinika FN Plzeň

²Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

Úvod: V poslední dekádě došlo k rozpoznání spektra onemocnění, u kterých hraje primární roli v patogenezi abnormální kontrola aktivace komplementu. Membranoproliferativní glomerulonefritida je podle nové klasifikace rozdělena na imunoglobuliny mediovanou, kdy dochází k aktivaci klasické složky komplementu a non imunoglobuliny mediovanou, kdy je patologie v alternativní složce komplementu. Patofyziologie je podobná atypickému hemolyticko-uremickému syndromu. U C3 glomerulopatie dochází k aktivaci alternativní cesty komplementu s následným poškozením endotelu. Histologicky je tato klinická jednotka charakterizovaná izolovanou nebo predominantní akumulací fragmentů C3 složky komplementu v glomerulu. Nález ve světelné mikroskopii může být i jiný než membranoproliferativní. C3 glomerulopatie se v současné době klasifikují na základě charakteru a lokalizace depozit v elektronové mikroskopii na C3 glomerulonefritida a nemoc denzních depozit (DDD), byly ale popsány i přechodové formy mezi oběma klinickými jednotkami. Kromě výše uvedených klinických jednotek je popisována i familiární nemoc denzních depozit s C3 mutací nebo familiární C3 glomerulonefritida s mutacemi CFHR genů.

Jde o vzácná onemocnění s odhadovanou prevalencí 2–3/1 milion populace. Prognóza onemocnění je závažná, udává se progresse do terminálního selhání ledvin u cca 50 % pacientů do 10–15 let. Klinická manifestace může být od asymptomatických močových nálezů mikroskopické hematurie nebo proteinurie, přes makroskopickou hematurii, nefrotický syndrom po renální selhání. Heterogenita průběhu onemocnění svědčí o tom, že patogeneticky jde o kombinaci vrozené dispozice a získaných faktorů z prostředí. Pacienti jsou často vedeni pod diagnózou postinfekční glomerulonefritida a teprve přetrvávání patologických močových nálezů, dlouhodobá hypokomplementemie a někdy porucha renálních funkcí vede ke správné diagnóze, která musí být vždy na základě histologického nálezu.

Součástí sdělení jsou kazuistiky 2 pacientek s touto klinickou jednotkou včetně praktických zkušeností s diagnostikou a terapií.

Závěr: Pro praxi je důležitá sanace možných chronických fokusů infekce, především streptokokové. Samozřejmě by mělo být kontrolní vyšetření moče po prodělané streptokokové infekci.

Jak se (ne)zbavit obtížného pacienta

MUDr. Jarmila Seifertová

PLDD Kladno

Úvod: Praktický lékař pro děti a dorost se těší do své ordinace, je připraven poradit a léčit své pacienty. PLDD je empatický, chrání své pacienty od zbytečného vyšetřování, je připraven je opakovaně pečlivě vyšetřit.

Co narušuje konzultaci?

Zbytečné návštěvy pacientů a jejich rodičů. Rodiče, kteří s dětmi přicházejí účelově nebo mají nepřiměřené požadavky. Na vysvětlování lékařem a racionálnosti léčby a vyšetřování jsou rodiče v rámci nespokojenosti schopni lékaře i sestru slovně napadat. Dokonce zamlčují nebo zkreslují informace, nesdělují pak výsledky vyšetření od specialistů. Někteří jsou i schopni pomluvy.

Ve sdělení se lékařka podělí o svoji zkušenost s obtížným pacientem/rodičem.

Závěr: Vypovědět dětského pacienta z péče lékařem nelze – rada právníků MZ ČR i ČLK.

Zákon č. 372/2011Sb. o zdravotních službách v ustanovení §48 odst. 2 zákona dává poskytovateli možnost ukončit péči o pacienta v případě, že pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodrжуje navržený léčebný postup, s kterým vyslovil souhlas, nebo se neřídí vnitřním řádem a přestal poskytovat součinnost nezbytnou pro další poskytování zdravotních služeb.

Citovaná ustanovení hovoří o pacientovi, nikoliv o jeho zákonném zástupci... nelze toto zákonné ustanovení vztáhnout i na zákonného zástupce.

Právníci doporučují: Při konzultaci přizvat do čekárny městskou policii, vše nadstandardně zapisovat, péči vykonávat v přítomnosti třetí osoby, záznamy podepisovat svědky.

Každý den, kdy obtížný pacient zůstává u mne, jsem zachránila jednoho PLDD.

Od titritid k CRPitidám

pátek / 25. listopadu 2016 / 9.15–10.15 hod.

Od titritid k CRPitidám

MUDr. Václava Adámková¹, MUDr. Zuzana Blechová²

¹Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha a Ústav lékařské mikrobiologie LF UP Olomouc

²Klinika infekčního lékařství 2. LF UK a FN Bulovka, Praha

Stanovení titru protilátek proti různým infekčním agens patří k tzv. nepřímým průkazům infekční etiologie onemocnění, bohužel velmi často jsou pozitivní výsledky sérologického vyšetření přeceňované, většinou pro nedostatek jiných objektivních údajů, a pacientovi jsou nasazena antibiotika, aniž by onemocnění bylo řádně verifikováno. Jedním z dalších biomarkerů, který se často používá k ověření přítomnosti bakteriální infekce je stanovení C-reaktivního proteinu (CRP). Je třeba si uvědomit, že elevace CRP ale nemusí znamenat vždy bakteriální infekci, ke zvýšení CRP dochází i z neinfekčních příčin, jako následek systémové zánětlivé reakce. V systémovém zánětu CRP nediferencuje typy zánětu, nemá vztah k mortalitě ani nerozliší tíži stavu. Na příkladech z klinické praxe budou interaktivní formou přiblížena úskalí diagnostiky infekčního onemocnění a zahájení antibiotické léčby. Izolovaný vzestup CRP bez korelátu v klinické odpovědi není dostatečným důvodem pro zahájení antibiotické terapie. Z praktického hlediska má význam monitorace dynamiky změn CRP ve vztahu k hodnocení úspěšnosti antibiotické léčby, resp. jejího ukončení.

Satelitní sympozium firmy Shire Czech, s.r.o.

Vzácná onemocnění aneb co je dobré vědět...

pátek / 25. listopadu 2016 / 11.30–12.30 hod.

Co jste chtěli vědět o Fabry chorobě a (ne)báli jste se zeptat...

Zn. Hledá se Fabry!

MUDr. Gabriela Dostálová, MUDr. Lubor Golán, prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

Komplexní kardiiovaskulární centrum, II. interní klinika kardiologie a angiologie VFN

a 1. LF UK, VFN, Praha

Anderson-Fabryho choroba (AFD) je dědičná, kvalitu života i jeho délku výrazně zkracující nemoc, která je ale díky enzym substituční terapii již léčitelná.

Vzhledem k povaze choroby, jejíž podstatou je mutace v genu pro enzym alfa – galactosidázu, se jedná zatím o chorobu nevyléčitelnou. Pokud ale tento enzym, vrozeně buď zcela chybějící, nebo defektní s jeho výrazně sníženou funkcí, nahradíme intravenózně podávaným rekombinantně připraveným enzymem, lze u těchto nemocných nejen nemoc zastavit, ale i u stejnou mutací postižených příbuzných jejich včasnou diagnostikou a podáváním terapie způsobit preventivně. Zabráníme tak přirozenému průběhu nemoci, která může v různém poměru postihnout nejrůznější orgány (ledviny, srdce, cévní postižení, TIA/CMP atd), vedoucí k jejich pozdějšímu selhání (1, 2, 3, 4).

Anderson-Fabryho nemoc se projevuje v některých případech již od dětství, kdy nejčastěji se objevují kožní léze (tzv. angiokeratomy) a dětské pacienti si stěžují na pálení dlaní, bolestivost akrálních částí rukou, nohou, intoleranci tepla z důvodu chybějícího nebo výrazně nízkého pocení. Mohou tak být v péči specialistů a přesto unikat správné diagnóze pod jiným označením, jako horečka nejasné etiologie, neurologické problémy, epilepsie, psychiatrické dg. apod.

V pubertě pak, zvláště u mužů (jedná se o defekt genu vázaného na X chromozom, muži bývají zpravidla postižení více a časněji než ženy), se postižení začíná projevovat poruchami renálních funkcí (albuminurií, proteinurií, v případě zcela chybějícího enzymu i selháním ledvinových funkcí s nutností dialýzy). Na EKG jsou parné poměrně časté změny, jako zkrácení PQ intervalu, známky hypertrofie levé komory, která je následně potvrzena i dle echokardiografie (5). Dalšími typickými projevy jsou časně mozkové příhody (TIA/CMP/atypické epilepsie), gastrointestinální projevy jako dráždivý tračník, poruchy sluchu, rovnováhy.

Nemocní s AFD jsou velmi často sledováni v mnoha ordinacích, u mnoha specialistů pod rozličnými diagnózami. Včasná správná diagnóza je ale pro nasazení specifické terapie podmínkou, současně však pro pacienty a jejich stejně postižené příbuzné velkou pomocí a možností nemoc zásadně ovlivnit.

Kam referovat nemocné?

Centrum pro Fabryho chorobu, II. interní klinika kardiologie a angiologie,

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, U Nemocnice 2, 120 00 Praha 2, lubor.golan@vfn.cz,

gabriela.dostalova@vfn.cz, ales.linhart@vfn.cz

Zelená linka 800 263 636

CZ/C-ANPROM/FAB/16/0001a

Ribomunyl

RIBOZOM-KOMPONENTNÍ IMUNOMODULÁTOR

- Prevence opakovaných infekcí respiračního traktu u dětí, které mají vyšší počet epizod, než se očekává v daném věku¹
- Dobře zdokumentovaná klinická účinnost²
- Dobrý profil bezpečnosti a snášenlivosti²



Významně zkracuje průměrnou délku **infekčních respiračních onemocnění**, a to jak během léčby, tak i **6 měsíců po ní**³

Významně zvyšuje **procento dětí bez infekčních epizod**, a to jak během léčby, tak i **6 měsíců po ní**³

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU RIBOMUNYL tablety, RIBOMUNY granule

Složení: V tabletě nebo v 1 sáčku obsah RNA z ribozómů následujících bakterií: Klebsiella pneumoniae-3,5 dílu, Streptococcus pneumoniae-3,0 díly, Streptococcus pyogenes(A)-3,0 díly, Haemophilus influenzae-0,5 dílu, membránová frakce Klebsiella pneumoniae-15 dílu pro 0,525 mg lyofilizátu ribozomální RNA. Granulát 500 mg, pomocné látky pro perorální roztok: povidon, manitol, čištěná voda. Tableta 294 mg. **Léková forma:** Granule pro perorální roztok, bílý prášek. Tableta bílé barvy o průměru 9 mm, bez označení. **Indikace:** Prevence infekcí v oblasti ušní, nosní a krční u dětí s anamnézou recidivujících epizod. RIBOMUNYL tablety, RIBOMUNYL granule, jsou indikovány u dětí ve věku nad 2 roky ve formě granulí a nad 6 let věku u tablet vzhledem k lékové formě. **Dávkování a způsob podání:** Perorální podání. Tablety musí být používány u dětí nad 6 let věku. Granule mohou být podávány dětem nad 2 roky věku. 1. měsíc: 1 tableta nebo 1 sáček, ráno před snídaní nalačno 4 po sobě jdoucí dny v týdnu během 3 po sobě jdoucích týdnů. Od 2. do 6. měsíce: 1 tableta nebo 1 sáček ráno nalačno 4 po sobě jdoucí dny v měsíci během 5 po sobě jdoucích měsíců. Tablety se zapíjejí malým množstvím vody. Obsah sáčku se rozmíchá v půlce sklenice vody. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Přípravek je kontraindikován u pacientů s autoimunitní chorobou. V případě akutní střevní infekce se má zahájení léčby odložit až do vyřešení střevní infekce. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Ve vzácných případech, kdy se ihned po začátku léčby vyvíjí vysoká horečka (39°C) neznámého původu, by mělo být užívání přípravku ihned zastaveno a nemělo by být znovu zahájeno. Tento typ horečky by neměl být zaměněn s horečkou, která někdy doprovází mírné příznaky ušních, nosních a krčních infekcí. Přípravek se nemá podávat pacientům, kteří podstupují imunosupresivní terapii. V případě hypersenzitivní reakce by měla být léčba ihned zastavena a neměla by být znovu zahájena. Záchvaty astma indukované imunostimulačními látkami s bakteriální složkou jsou popisovány u pacientů s astmatem. Pokud se vyvine záchvat astmatu, léčba musí být ihned ukončena a neměla by se znovu opakovat. Pro sáčky: vzhledem k tomu, že studie u této věkové skupiny nejsou k dispozici, nepodávejte dětem do 2 let věku. Pro tablety: vzhledem k lékové formě nepodávejte dětem do 6 let věku. Léková forma tablety obsahuje pomocnou látku sorbitol. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy nesmí tento přípravek užívat. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje o podávání přípravku RIBOMUNYL tablety, RIBOMUNYL granule těhotným ženám nejsou k dispozici. Studie reprodukční toxicity na zvířatech nenaznačují přímé nebo nepřímé škodlivé účinky. Nicméně podávání přípravku se z preventivních důvodů během těhotenství a kojení nedoporučuje. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Infekce ucha, nasofaryngitida, tonsilitida, méně časté bronchitida, sinusitida, gastroenteritida, kašel, průjem, bolest břicha, nevolnost, zvracení, zvýšená tvorba slin. Laryngitida, erytém, ekzém, astma, kopřivka, angioedém z dostupných údajů není známo. **ATC kód:** L03AX. **Doba použitelnosti a uchovávání:** Po dobu 3 let v původním obalu, do 30°C. **Druh obalu a obsah balení:** Tablety: Al/PVC blister, krabička. Velikost balení: 4, 20 tablet. Granulát pro perorální roztok: sáček papír/Al/LDPE, krabička. Velikost balení: 4, 20 sáčků. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** PIERRE FABRE MÉDICAMENT, 45 Place Abel Gance 92654 Boulogne Cedex, Francie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO(A):** RIBOMUNYL, tablety: 59/002/92-S/C; RIBOMUNYL, granule: 59/1057/92-S/C. **DATUM REVIZE TEXTU:** 19.3.2014.

Výdej léku je vázán na lékařský předpis. Lék je částečně hrazen z prostředků všeobecného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznámte s úplným zněním SPC.

Určeno pouze do rukou lékaře.

Lokální zastoupení: PIERRE FABRE MÉDICAMENT, s.r.o., Prosecká 851/64, 190 00 Praha 9.

E-mail: info.cz@pierre-fabre.com, SERVIS (24H/7D) +420 286 004 111.



Úvod do světa mukopolysacharidóz

MUDr. Martin Magner, Ph.D., Jan Kulhánek

Klinika dětského a dorostového lékařství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Mukopolysacharidózy svému jménu vděčí za nález kyselých mukopolysacharidů (později nazývaných glykosaminoglykany, GAG) v tkáních a v moči. Příčinou tohoto stádání ve tkáních a zvýšené exkrece močí je nízká aktivita některého z lysosomálních enzymů podílejících se na postupné degradaci GAG. Dnes je známých 11 typů a podtypů mukopolysacharidóz. Děděny jsou autozomálně recesivně s výjimkou MPS II, která je vázaná na X chromozom. Incidence mukopolysacharidóz v ČR je 1 na 27 000 narozených dětí. Klinická variabilita je široká od časných forem s nepříznivou prognózou po později se manifestující mírné formy s přežíváním do dospělosti. U rozvinutého onemocnění bývají patrné hrubší rysy obličeje s klenutým čelem, prominujícími nadočnicovými oblouky, širokým kořenem nosu, antevertovanými nostrilami, plnými rty. Dysmorfické rysy se vyvíjí postupně a jsou závislé na typu onemocnění i jeho tíži. Zejména u některých mírných forem a u MPS III mohou být pouze stěží rozpoznatelné. Kratší nosní průchody a makroglossie souvisejí s chronickou rýmou, hypertrofií nosní i patrových mandlí a opakovanými záněty středouší. Postižení skeletu je označováno specifickým termínem dysostosis multiplex. Častá je porucha růstu, deformity páteře, dysplazie kyčelních a kolenních kloubů, rentgenový nález veslovitých žeber, rybích obratlů, srdcovité pánve. Dominantní postižení skeletu je typické pro MPS IV, u kterého prakticky chybí viscerální manifestace nebo kognitivní postižení. Charakteristická pro MPS bývá kloubní ztuhlost s vývojem kontraktur velkých i malých kloubů s omezením hrubé i jemné motoriky, často s rozvojem drápanité ruky. Výjimkou je opět MPS IV, u které se naopak vyskytuje hypermobilita a kloubní laxita. Z viscerálního postižení se jedná především o hepatomegalii a splenomegalii, a to zejména u typů MPS I, II a VI. Častou komplikací vyžadující operační řešení je tříselná nebo pupeční kýla. Stádání GAG probíhá i na srdečních chlopních s rozvojem chlopenních vad, sekundárně se může rozvinout kardiomyopatie. Plicní postižení je kombinované s obstrukční i restriktivní poruchou. Opoždění vývoje je typické pro těžké formy MPS I, MPS II a MPS III. Je nutno upozornit na mírnější formy onemocnění, např. jedna třetina pacientů s MPS II žádné neurologické příznaky nemá. Výraznou změnu pro prognózu pacientů s MPS přineslo zavedení enzymové substituční terapie (Enzyme Replacement Therapy, ERT), která dokáže zmírnit celou řadu příznaků onemocnění. Všeobecně na této terapii dojde k zvýšení výdrže v chůzi (šestimutivý test chůze), k zlepšení nebo stabilizaci plicních funkcí a ústupu hepatomegalie a splenomegalie. Zásadním omezením je špatný přístup do pojivových tkání a chybějící efekt na postižení CNS. V případě časného stanovení diagnózy a brzkého zavedení terapie lze mnoha patologickým organovým projevům zcela předejít.

Dobrá rada do vaší ordinace

pátek / 25. listopadu 2016 / 12.30–13.05 hod.

Význam vitaminu D v praktické medicíně

prof. MUDr. Petr Broulík, DrSc.

III. interní klinika 1. LF UK Praha

V současnosti je deficitem vitaminu D v Evropě a v USA ohroženo 30–50 % populace. V poslední době zažívá vitamin D neobyčejnou citační explozi. Je to jednak tím, že si uvědomujeme jeho důležitost pro zdraví a jednak proto, že věda objevuje další nové aktivity tohoto důležitého vitaminu a jeho metabolitů, jež mají již řadu vlastností hormonů. Dobrým ukazatelem stavu vitaminu D v organismu je koncentrace kalcidiolu v plazmě jež reflektuje vitamin D z potravy, z expozice kůže sluncem a konverzi vitaminu D z tukových zásob v játrech. Nízká hladina kalcidiolu je spojována

Gaucherova
choroba

Fabryho
choroba

Hunterův
syndrom

Hereditární
angioedém



Chceme být stateční jako lidé, kterým pomáháme.

Shire, přední světová biofarmaceutická firma pomáhá lidem se **vzácnými onemocněními** vést lepší život.



Shire Czech s. r. o., Evropská 810/136, 160 00 Praha 6
tel.: +420 226 807 113 / e-mail: info-czech@shire.com

www.shire.com

Kód: CEEC/LO/FIR/14/0013
Datum přípravy: květen 2014

[www.focus
ongaucher.cz](http://www.focusongaucher.cz)

[www.focus
onfabry.cz](http://www.focusonfabry.cz)

[www.focus
onhunter.cz](http://www.focusonhunter.cz)

s nízkou hladinou kalcitriolu a nižší absorpci kalcia střevem působící hypokalcemii a sekundární zvýšení sekrece parathormonu. Pokles koncentrace vitamínu D pod 30 nmol/l (12 ng/ml), vede k poklesu svalové síly. Vitamin D snižuje u starších osob riziko pádu o více než 20 %. V naší starší populaci je kritický nedostatek vitamínu D hodnocen pomocí hladiny kalcidiolu a je to jedna z příčin senilní osteoporózy. Se stárnutím klesá postupně schopnost pokožky tvořit vitamin D až o ¾.

Počátečním krokem k aktivaci vitamínu D je hydroxylace na 25. uhlíku. 25-hydroxycholecalciferol (kalcidiol) je mnohem aktivnější než vitamin D v působení na střevo a kost. Kapacita jater tvořit kalcidiol je vysoká.

Kalcitriol se váže na vitamin D jaderný receptor (VDR). VDR je všech tkáních identický, neboli kalcitriol se může vázat na VDR kdekoli, kde je receptor exprimován. Vitamin D receptory jsou přítomny v mnoha tkáních v těle a mají vliv na buněčnou diferenciaci a funkci řady buněk. Každá buňka v těle, jež vlastní receptor pro vitamin D může se stát cílem pro cirkulující kalcitriol v oběhu. Po navázání kalcitriolu na vitamin D receptor dochází k modulaci genové transkripce cílových oblastí genomu. Vitamin D receptor se účastní v expresi více než 500 z celkových 20488 genů lidského genomu. Další hydroxylace se odehrává převážně v ledvinách, v mitochondriích v proximálním ledvinném tubulu, kde je 25(OH)D 1 alfa hydroxyláza která mění kalcidiol na vysoce aktivní vitamin 1,25(OH)₂D (kalcitriol).

Hlavní účinek vitamínu D je resorpce kalcia střevem – tvorbou aktivního kalcium vázajícího proteinu.

Kalcitriol snižuje riziko nádorového bujení pravděpodobně přes snížení invazivity a angiogeneze a tím snižuje metastatický potenciál nádoru. Několik epidemiologických studií ukazovalo na vztah mezi onemocněním, ale i smrtí na kardiovaskulární nemoci a nízkou koncentrací vitamínu D. Řada imunitních buněk vlastní vitamin D receptor a je schopna vitamin D dále metabolizovat. Kalcitriol účinkuje jako modulátor funkce makrofágů a beta a T-lymfocytů. Tlumí proliferaci lymfocytů T a uvolnění cytokinu tumoru nekrotizující faktor (TNF α), interferonu γ a interleukinu (IL 2). Vitamin D aktivuje CD4 a T helper lymfocyty a vede k jejich diferenciaci na T helper 1 zvyšující celulární imunitu a T helper 2 zvyšující humorální imunitu. Hypovitaminózu D nacházíme u nemocných s autoimunitními onemocněními. U české populace podle naší osteologicko endokrinologické ambulance se nejméně polovina našich nemocných nachází pod hladinou 50 nmol/l (20 ng/ml).

Klíčovým účinkem vitamínu D je podpora vstřebávání vápníku a fosforu ve střevě, regulace stálosti těchto prvků v organismu a kontrola kostní mineralizace.

Právo, úhrady a praktičtí lékaři: aktuální problémy a výhledy pro rok 2017

pátek / 25. listopadu 2016 / 14.00–15.30 hod.

Právo, úhrady a praktičtí lékaři: aktuální problémy a výhledy pro rok 2017

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

D&D Health s.r.o.

Zdravotnické právo nejsou jen patientské žaloby či formuláře informovaných souhlasů. Ekonomicky nejvýznamnější oblastí zdravotnického práva jsou smlouvy mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami, regulace úhrad péče, léčiv a zdravotnických prostředků. Předpisy upravující tuto oblast se každoročně a někdy i častěji mění, významný vliv hraje též soudní judikatura. Právě tato oblast bude předmětem přednášky, upozorňující na vybrané právní novinky a jejich dopad na praxi.

Současný zákon 48/1997 Sb. předpokládá každoroční vydání tzv. úhradové vyhlášky. Ta je sice připravována v tzv. dohodovacím řízení, které pro letošek skončilo 30. 6. 2016, již od roku 2006 však ministerstvo není výsledkem dohodovacího řízení fakticky vázáno a může pravidla úhrad měnit

Hexacima®

Vakcína proti difterii, tetanu, pertusii (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná).

plně tekutá

HEXAVALENTNÍ VAKCÍNA V PŘEDPLNĚNÉ INJEKČNÍ STŘÍKAČCE



ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU HEXACIMA:

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8 dle platného znění SPC. **HEXACIMA**, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce, **HEXACIMA**, injekční suspenze. Vakcína proti difterii, tetanu, pertusii (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka¹ (0,5 ml) obsahuje: Diphtheriae anatoxinum: ne méně než 20 mezinárodních jednotek (IU)²; Tetani anatoxinum: ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU)²; Antigeny Bordetelly pertusis: Pertussis anatoxinum 25 µg, Haemagglutinin filamentosum 25 µg; Virus Poliomyelitidis (inaktivovaný)³; typus 1 (Mahoney) 40 D jednotek antigenů⁴; typus 2 (MEF-1) 8 D jednotek antigenů⁴; typus 3 (Saukett) 32 D jednotek antigenů⁴; Antigenum tegiminis hepatitidis B⁵ 10 µg; Haemophilus influenzae typu b polysaccharidum (Polyribosylribitol phosphat) 12 µg, conjugata cum tetani anatoxinum 22–36 µg. **Terapeutické indikace:** K základnímu očkování a přeočkování kojenců a batolat ve věku od šesti týdnů proti difterii, tetanu, pertusii, hepatitidě B, dětské obrně a invazivním onemocněním způsobeným bakterií Haemophilus influenzae typu b (Hib). **Dávkování a způsob podání:** **Základní očkování:** Základní očkování sestává ze dvou dávek (s intervalem nejméně 8 týdnů) nebo tří dávek (s intervalem nejméně 4 týdny) v souladu s oficiálními doporučeními. Jsou možná všechna očkovací schémata, včetně Rozšířeného programu imunizace WHO (WHO Expanded Program on Immunisation, EPI) v 6., 10., 14. týdnu bez ohledu na to, zda byla při narození provedena vakcinace proti hepatitidě B. Přeočkování: Po 2dávkovém i 3dávkovém základním očkování musí být provedeno přeočkování. Přeočkování mají být provedena nejméně 6 měsíců po základním očkování v souladu s oficiálními doporučeními. Minimálně musí být podána vakcína s Hib složkou. Pokud byla vakcína proti hepatitidě B při narození podána, může být k přeočkování použita vakcína Hexacima nebo pentavalentní DTap-IPV/Hib vakcína, a to po 3dávkovém základním očkování. Vakcína Hexacima může být použita k přeočkování osob, které byly již dříve očkovány jinou hexavalentní vakcínou nebo pentavalentní vakcínou DTap-IPV/Hib společně s monovalentní vakcínou proti hepatitidě B. Další pediatrická populace: Bezpečnost a účinnost vakcíny Hexacima u kojenců mladších než 6 týdnů nebyla stanovena. Nejsou k dispozici žádné údaje. Žádné údaje nejsou k dispozici u starších dětí. **Způsob podání:** Intramuskulární podání. Doporučené místo vpichu je přednostně anterolaterální horní část stehna a deltový sval u starších dětí (možno od věku 15 měsíců). **Kontraindikace:** Anafylaktická reakce po předchozím podání vakcíny Hexacima v anamnéze. Přecitlivělost na kteroukoli složku vakcíny, na stopová množství glutaraldehydu, formaldehydu, neomycinu, streptomycinu a polymyxinu B, na jakoukoli vakcínu proti pertusii nebo přecitlivělost po předchozím podání vakcíny Hexacima nebo vakcíny obsahující stejné složky. Přerušit očkování proti pertusii u osob, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku (celobuněčnou nebo acelulární vakcínou proti pertusii) vyskytla encefalopatie neznámé etiologie a očkovat dále jen vakcínami proti difterii, tetanu, hepatitidě B, poliomyelitidě a Hib. Vakcína proti pertusii by neměla být podávána osobám trpícím nekontrolovanými neurologickými poruchami nebo epilepsií, a to dokud není stanoven léčebný režim, není stabilizován stav a pokud přínosy vakcinace jednoznačně nepřevažují nad riziky. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hexacima nechrání proti infekci vyvolané jinými patogeny, než jsou C. diphtheriae, C. tetani, B. pertussis, virus hepatitidy B, poliovirus nebo Haemophilus influenzae typu b. Lze však předpokládat, že očkování ochrání i proti infekci hepatitidou D, protože se hepatitida D (vyvolaná delta agens) při absenci infekce hepatitidou B nevyskytuje. Hexacima nechrání proti nákaze hepatitidou způsobenou jinými patogeny, jako jsou viry hepatitidy A, C a E nebo jinými patogeny jater ani proti onemocněním způsobeným jinými typy H. influenzae ani proti meningitidě jiného původu. Očkování má být odloženo u osob se středně závažným až závažným akutním horečnatým onemocněním nebo infekcí. Výskyt febrilních křečí v anamnéze dítěte, výskyt febrilních křečí nebo SIDS (syndrom náhlého úmrtí dítěte) v rodinné anamnéze není kontraindikací pro použití vakcíny Hexacima. Údaje pro předčasně narozené děti nejsou k dispozici. Stejně jako u všech injekčně podávaných vakcín musí být u osob s trombocytopenií a s poruchami srážlivosti krve vakcína aplikována se zvýšenou opatrností, neboť po i.m. může dojít ke krvácení. Interakce: Údaje týkající se současného podávání vakcíny Hexacima a pneumokokové polysacharidové konjugované vakcíny, kombinované vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, vakcíny proti rotaviru, konjugované vakcíny proti meningokokům C nebo konjugované vakcíny proti meningokokům skupiny A, C, W-135 a Y neprokázaly klinicky relevantní ovlivnění protilátkové odpovědi na žádný z antigenů. Může dojít ke klinicky relevantnímu ovlivnění protilátkové odpovědi na vakcínu Hexacima a vakcínu proti planým neštovicím, a tyto vakcíny by neměly být podávány současně. Při současném podávání jiné vakcíny má být očkování provedeno do odlišných míst vpichu. Nemíchat s žádnými jinými vakcínami nebo jinými parenterálně podávanými léčivými přípravky. S výjimkou případu imunosupresivní terapie nebyly hlášeny žádné významné klinické interakce s jinými typy léčby nebo biologickými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Vakcína není určena k podávání ženám v reprodukčním věku. **Nežádoucí účinky:** Nechutenství (snížená chuť k jídlu), pláč, spavost, bolest, zarudnutí a otok v místě vpichu, podrážděnost, pyrexie (horečka > 38,0 °C), zvracení, abnormální pláč (dlouhotrvající pláč), průjem, indurace v místě vpichu, hypersenzitivní reakce, uzlík v místě vpichu, pyrexie (horečka > 39,6 °C). **Balení:** Hexacima v předplněných injekčních stříkačkách: 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo typu I) s pistovou zátkou (halobutyl) a víčkem (halobutyl), bez jehly, s jednou nebo dvěma samostatnými jehlami. Velikost balení: 1 nebo 10. Hexacima v lahvičkách: 0,5 ml suspenze v lahvičce (sklo typu I) se zátkou (halobutyl), velikost balení: 10. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2° C – 8° C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sanofi Pasteur SA, 2, Avenue Pont Pasteur, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/13/828/001-007. **Datum poslední revize textu:** 28. 4. 2016.

¹ adsorbováno na hydratovaný hydroxid hlinitý (0,6 mg Al³⁺); ² jako spodní mez spolehlivosti (p = 0,95); ³ pomnoženo na Vero buňkách; ⁴ nebo ekvivalentní množství antigenů stanovené vhodnou imunochemickou metodou; ⁵ vyrobeno rekombinantní DNA technologií v kvasinkových buňkách Hansenula polymorpha

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek určen k základnímu očkování a přeočkování dětí. Hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

až do 30. 10., kdy musí být vyhláška vydána. Poskytovatelé se však i poté mohou s pojišťovnou dohodnout na tzv. individuálním dodatku, kterým lze od roku 2008 nastavit úhrady odchylně od úhradové vyhlášky. V rámci přednášky budou představena vyhlášková pravidla pro rok 2017. Pokud jde o uzavírání smluv s pojišťovnami, Evropský soudní dvůr vydal rozhodnutí, podle kterého je zdravotní pojišťovna v postavení veřejného zadavatele.

V přednášce bude zmíněn možný dopad na českou praxi, navazování, trvání a ukončování smluv. V oblasti úhradových limitací existuje několik starších rozhodnutí vyšších soudů, která umožňují požadovat platbu přes sjednaný limit. V lékové oblasti bude zmíněn důležitý judikát NSS ČR k preskripčním omezením a jeho možný dopad. Soudy též vydaly zajímavá rozhodnutí v oblasti schvalování péče a pomůcek revizním lékařem, které umožňují pacientům aktivně usilovat o úhradu nehrazené péče či kompenzaci doplatku.

V rámci hodnocení dopadů úhrad budou zmíněny statistiky zdravotních pojišťoven o tom, jak občané primární péči využívají, včetně skutečnosti, že např. čtvrtmilion lidí vůbec nemá registrujícího lékaře a velké množství dalších s ním není v kontaktu, což může vést k problémům s naplněním pravidel zákona o zdravotních službách. Zmíněny budou též projednávané novely zákona o léčivech, zákonů o vzdělávání lékařů a nelékařů, a připravovaný projekt elektronizace zdravotnictví.

ENTEROL®

TVRDÉ TOBOLKY / PRÁŠEK PRO PERORÁLNÍ SUSPENZI

Saccharomyces boulardii CNCM I-745 siccatus 250 mg



NOVINKA
velké balení
ENTEROL®
50 tobolek



- **Léčba akutního infekčního průjmu u dětí i dospělých**
- **Obnova střevní mikroflóry při antibiotické léčbě**

**ORIGINÁLNÍ PROBIOTICKÝ LÉK
ZALOŽENÝ NA DŮKAZECH**



ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU ENTEROL®

NÁZEV PŘÍPRAVKU ENTEROL® tvrdé tobolky/prášek pro perorální suspenzi **LÉČIVÁ LÁTKA** Jedna tvrdá tobolka/sáček obsahuje *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 siccatus 250,0 mg (odpovídá minimálně 1x10¹⁰ životaschopných buněk). Pomocná látka se známým účinkem: monohydrát laktózy. **INDIKACE** Přípravek je indikován k podpírné léčbě akutního infekčního průjmu u dětí i dospělých, k léčbě i prevenci kolitidy a průjmu způsobených antibiotiky. Současně s vanikomycinem a metronidazolem se používá k léčbě kolitidy způsobené *Clostridium difficile*. Je určen k prevenci kojenčeských průjmu a podpírné léčbě syndromu dráždivého tračníku. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ** **Tobolky:** Dospělí a děti od 4 let obvykle užívají 1 nebo 2 tobolky jednou nebo dvakrát denně (ráno a večer), děti do 4 let 1 až 2 tobolky denně. Tobolky se polykají celé a zapíjejí se dostatečným množstvím tekutiny. Při podání kojenčím a dětem do 3 let je třeba tobolky otevřít a jejich obsah smíchat s vodou, obilným nápojem, potravinou nebo s tekutinou nebo potravou u pacientů, kteří mají problémy s polykáním celých tobolek. Pacienti, kteří mají problém s polykáním tobolek či s charakteristickým zápachem obsahu tobolek, a děti od 3 let mohou též užívat Enterol ve formě prášku pro přípravu suspenze. **Sáčky:** Dospělí, dospívající a děti od 4 let obvykle užívají 1 nebo 2 sáčky jednou nebo dvakrát denně (ráno a večer), děti od 3 do 4 let 1 až 2 sáčky denně. Obsah sáčku se smíchá s vodou, obilným nápojem nebo potravou. Vzhledem k obsahu syntetického aromatu v sáčku s práškem je lépe podávat kojenčím a dětem do 3 let přípravek Enterol tobolkami. Přípravek Enterol se nesmí zapíjet ani míchat s velmi studeným nebo velmi teplým nápojem nebo potravou! Nesmí se míchat s alkoholem! **KONTRAINDIKACE** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Pacienti s centrálním venózním katetrem. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ A OPATŘENÍ PRO POUŽITÍ** Pokud příznaky přetrvávají po více než 2 dny léčby, léčba by měla být přehodnocena. Přípravek obsahuje životaschopné buňky, proto se nesmí míchat s velmi teplým (nad 50 °C) ani ledovým nápojem nebo potravou. Nesmí se míchat s alkoholem. Léčba přípravkem Enterol nenahrazuje rehydrataci. Množství rehydratace a cesta podání (orální, intravenózní) musí být přizpůsobeny závažnosti průjemového onemocnění, věku a aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta. *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 je životaschopný mikroorganismus spojený s nízkým systémem mykotické infekce gastrointestinálního traktu. Ojedinelé případy fungémie byly pozorovány u hospitalizovaných pacientů v těžkém stavu, a to velmi často s gastrointestinálním onemocněním nebo s centrálním venózním katetrem. Přípravek obsahuje monohydrát laktózy. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy by tento přípravek neměli užívat. **INTERAKCE** Vzhledem k povaze přípravku nesmí být Enterol používán zároveň se systémovými parentálními i perorálními antimykotiky. **FERTILITA, TEHOTENSTVÍ A KOJENÍ** Nejsou k dispozici spolehlivé informace o teratogenitě u zvířat. Klinicky nebyl zaznamenán fetotoxický ani malformační účinek. Vzhledem k nedostatku údajů se nedoporučuje užívání přípravku během těhotenství a kojení. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY** Během léčby může dojít k žaludečním a střevním obtížím (bolesti žaludku, plynatost, zácpa) nebo se mohou vyskytnout kožní alergické reakce (svědění, zarudnutí, kopřivka), které nevyžadují přerušování léčby. Ve výjimečných případech může u hospitalizovaných pacientů s gastrointestinálním onemocněním nebo s centrálním venózním katetrem dojít k fungémii. **Hlášení podezření na nežádoucí účinky** pro registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosu a rizik léčivého přípravku. Žadáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky na adresu: Státní ústav pro kontrolu léčiv, Srobarova 48, 100 41 Praha 10. **Webové stránky:** www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek. **DOBA POUŽITELNOSTI** 3 roky. **Použitelnost po prvním otevření** (platí pro balení ve skleněných lahvičkách): 30 dní. **ZVLÁŠTNÍ OPATŘENÍ PRO UCHOVÁVÁNÍ** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **VELIKOST BALENÍ** Lahvička: 10 nebo 50 tobolek. Blister: 30 tobolek. 10 sáčeků v jednom balení. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI** BIOCODEX, 7 avenue Gallieni, 94250 Gentilly, France. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO(A)** 49/167/02-C, 49/168/02-C. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE** 26.6.2002 / 14.10.2015 **DATUM REVIZE TEXTU** 14.10.2015

Enterol je léčivý přípravek k vnitřnímu užití ve formě tvrdých tobolek nebo prášku pro perorální suspenzi. Léčivý přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění a jeho výdej není vázán na lékařský předpis. Před doporučením si, prosím, pečlivě prostudujte úplné informace o léčivém přípravku, které naleznete v platném Souhrnu údajů o přípravku.



Zástupce pro ČR:
Akacia Group s.r.o.
Na Farkáně 1 136/17
150 00 Praha 5
e-mail: info@akacia.cz
www.akacia.cz

PEDIATRIE PRO PRAXI

IV. kongres pediatriů v Plzni

24.–25. listopadu
2016

Parkhotel
Congress Center
Plzeň

Pořádá společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatrie pro praxi
pod záštitou Dětské kliniky Fakultní nemocnice Plzeň

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group s.r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
ASCO-MED, spol. s r.o.
DCA, L'Oréal Česká republika
Dialab spol. s r.o.
EUNI
Gilead Sciences s.r.o.
GlaxoSmithKline, s.r.o.
Lázně Poděbrady a.s. Léčebna Dr. Filipa
Lékaři bez hranic
Mary Kay

Medindex, spol. s r.o.
MeDitorial, s.r.o.
Merck spol. s r.o.
Pfizer PFE s.r.o.
Pierre Fabre Medicament s.r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
SANOFI PASTEUR vaccine division
Schwabe Czech Republic s.r.o.
Topnatur s.r.o.
VITAX s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU