

ÚVOD

Pacienti s NB procházejí dvěma obdobími zvýšeného zdravotního rizika. První období je v časném dětství, další pak při nástupu a v průběhu puberty (1, 2). V tomto období hrozí zejména dětem s rozštěpovými vadami a tumory lumbosakrální (LS) páteře – **syndrom fixované míchy** – (tethered cord syndrome, TCS), způsobený buď primárním procesem nebo sekundárně pooperačním jizvením (3).

Děti přicházejí většinou se stížnostmi na zhoršení inkontinence, obstipací, zvýšenou frekvencí infekce močových cest a mikční symptomatologií (prolongovaný start mikce, bolesti, obtížné močení). Některé mohou být ale i asymptomatické. Včasný záchyt je často komplikovaný zhoršenou spoluprací pacienta v pubertě, dissimulací a skutečností, že většina dětí v tomto období již přebírá odpovědnost za svůj zdravotní stav a dostává se mimo vliv rodiny. Roli hraje i skutečnost, že pacienti přecházejí z péče dětského lékaře do péče lékaře pro dospělé. Včasné zachycení komplikací v tomto období je nezbytným předpokladem kvalitního života těchto dětí v dospělosti.

ZÁKLADNÍ PRINCIPY

Tranziční péče je předmětem diskuzí po celém světě nejen v urologii ale i v dalších oborech (nefrologie). Tato péče byla systemizována pro dětskou urologii jednáním International Children's Continence Society (ICCS) v doporučeních publikovaných v r. 2017 a dispenzarizačním schématem, které publikoval S.B. Bauer v r. 2012 (2, 3). Snahou je

zajistit maximálně šetrnou urologickou péči (tab. 1), která se v dospělosti u stabilizovaných pacientů obejde bez invazivních vyšetřovacích metod, to vše ve spolupráci s dalšími odbornostmi (neurologie, neurochirurgie, nefrologie atd.)

SOUČASNOST TRANZIČNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Pravidla urologické TC jsou dosud v jednání v rámci koncepce dětské urologie. Základem této péče by podle našich představ mělo být urologické centrální lůžkové pracoviště nejlépe s dětským urologickým oddělením (ať už součástí urologické kliniky, či součástí dětské chirurgie). Na tato pracoviště by měla být navázána regionální centra kooperující s ambulantními specialisty. Péče o tyto pacienty by měla být zajištěna nejlépe specializovanými poradnami. Předpokladem fungování této péče je samozřejmě životaschopná metodika předávání pacientů (4).

KAZUISTIKY

1. Úspěšná tranzice

Pacient, narozen 1974, prodělal v novorozeneckém věku operaci meningomyelokély. Byl léčený pro přetrvávající inkontinenci moče a stolice, malokapacitní hyperaktivní močový měchýř, opakované afebrilní infekce močových cest (IMC). Léčen zprvu konzervativně – kombinací čisté intermitentní auto-katetrizace (ČIAK) 3x denně, antibiotickou profylaxí a Oxyphenonem. Na této léčbě prodělal první

Tab. 1. *Dispensarizační schéma (Bauer, 2012) modif.*

Tab. 1. *Dispensarisation scheme (Bauer, 2012) modif.*

	0–3 roky zvýšené riziko	3–13 stabilní	13–18 zvýšené riziko	18 a více stabilní
Laboratorní vyšetření moče	1 x 3 měsíců	1 x 6 měsíců	1 x rok	při obtížích
Ultrazvukové vyšetření	1 x 3 měsíců	1 x 6 měsíců	1 x rok	při obtížích
(Video) urodynamické vyšetření	1 x rok (při obtížích 1 x 3 m.)	při obtížích (1 x rok)	1 x rok (u nestabilních dětí 1 x 3 měsíce)	při obtížích
Neurologické vyšetření	při obtížích	při obtížích	při obtížích	při obtížích
Izotopové vyšetření (DMSA)	při VUR po PNF	při VUR, po PNF	při VUR po PNF	při VUR po PNF