

**Tab. 4.** Dávkování PPI v pediatrické populaci (dle 9, 10, zpracováno k 12. 1. 2026) – pokračování

Název PPI	Dostupné léčivé formy a firemní názvy (ČR)	Věková kategorie dle SPC v ČR	Dávkování pro různé indikace a věkové kategorie (dle UpToDate LexiDrug)
<b>Rabeprazol</b>	Enterosolventní tablety: Zulbex	Použití u dětí se nedoporučuje.	NOVOROZENCI: chybí data  DĚTI (GERD – symptomatická): Kojenci: 5–10 mg 1x denně (omezená data) ≤ 11 let, < 15 kg: 5 mg 1x denně; pokud neadekvátní: 10 mg 1x denně ≤ 11 let, ≥ 15 kg: 10 mg 1x denně; vyšší dávky: 20 mg/den ≥ 12 let: 20 mg 1x denně  DĚTI (erozivní ezofagitida): < 15 kg: 10–20 mg/den 1x nebo 2x denně (8–12 týdnů) ≥ 15 kg: 20–40 mg/den 1x nebo 2x denně (8–12 týdnů)  DĚTI (eozinofilní ezofagitida): Indukce: < 15 kg: 10–20 mg/den 1x nebo 2x denně (8–12 týdnů) Indukce: ≥ 15 kg: 20–40 mg/den 1x nebo 2x denně (8–12 týdnů) Udržovací: < 15 kg: 5–10 mg 1x denně Udržovací: ≥ 15 kg: 10–20 mg 1x denně Udržovací: ≥ 12 let: 20 mg 1x denně  DĚTI ( <i>H. pylori</i> eradikace – 14 dní): 6 až < 10 kg: 10 mg 2x denně 10 až < 30 kg: 15 mg 2x denně ≥ 30 kg: 20 mg 2x denně  i. v. PODÁNÍ: chybí data a léčivá forma.

ATB – antibiotika, GERD – onemocnění z gastroezofageálního refluxu, i. v. – intravenózní

**Tab. 5.** Léčivé problémy s PPI v pediatrické populaci (volně dle zdrojů 16, 32, 33, 34)

Oblast chyby	Typické pochybení	Doporučení pro praxi
<b>Indikace</b>	1. Léčba fyziologického refluxu u kojenců a empirická léčba extraezofageálních příznaků bez potvrzené diagnózy GERD. 2. Rutinní preskripce PPI pro prevenci stresových vředů (SUP) v pediatrické intenzivní péči bez jasných indikací. 3. Předepisování PPI pro prevenci léze způsobené kortikosteroidy nebo NSAID.	Ad 1) Zpochybnit preskripci bez jasné diagnózy. Upřednostnit nefarmakologické postupy a časově omezit empirické podávání (u fyziologického refluxu PPI nikdy nepoužívat). Ad 2) PPI indikováno v intenzivní péči: GERD (s příznaky), vrozená ezofageální atérie, vrozená diafragmatická hernie, ezofagitida potvrzená endoskopií, nebo SUP u pacientů s koagulopatií a trombocytopenií. Bez jasné indikace PPI nepředepisovat. Ad 3) Kortikosteroidy a NSAID nezpůsobují gastroduodenální léze u pediatrických pacientů, proto PPI rutinně nepředepisovat. Výjimka: PPI lze zvážit ve dnech, kdy je podán vysokodávkový bolus methylprednisolonu (> 1 g / 1,73 m <sup>2</sup> ).
<b>Dávkování</b>	Nevhodné použití vysokých dávek PPI; bez úpravy dávkování PPI dle věku či aktuální hmotnosti dítěte.	Vždy ověřit dávku v mg/kg dle věku. Nezapomenout pravidelně dávku upravovat s růstem dítěte.
<b>Podání</b>	Drcení nebo žvýkání enterosolventních pelet; neoptimální načasování podání ve vztahu k potravě. Podávání parenterální léčivé formy PPI, kde je možný enterální příjem.	Edukovat o správné manipulaci s léčivou formou, podání ve vztahu k potravě (optimální 30–60 minut před jídlem). Parenterální PPI kromě ezomeprazolu od 1 roku věku je off-label postupem, rizikové je podání cestou periferního žilního vstupu, četné inkompatibility.
<b>Délka léčby</b>	Automatické prodloužování preskripce na neurčito bez plánu na ukončení léčby. Okamžité vysazení.	Aktivně navrhnout časově omezené intervaly podávání (např. 4–8 týdnů) a plánovat postupné vysazování k minimalizaci rebound fenoménu. Možné strategie postupného vysazování: <b>Postupné snižování o 50 % týdně:</b> Při dávce 40 mg 1x nebo 2x denně snížit dávku o 50 % každý týden, Při 2x denním dávkování nejprve redukovat na 1x denně (ráno). Po dosažení nejnižší dávky ponechat 1 týden a poté léčbu ukončit. <b>Pomalejší schéma:</b> Snížit dávku o 50 % během 2–4 týdnů, následně vysadit. <b>Pacienti již na minimální dávce:</b> lze zvážit podávání obden před úplným vysazením. <i>Podpůrná léčba během snižování dávky.</i> Při potížích lze dočasně použít H2-blokátor nebo antacidum dle potřeby.
<b>Monitorování</b>	Přehlížení rizika infekcí (komunitní pneumonie, <i>Clostridioides difficile</i> ) a potenciálních nutričních deficitů (hořčík, vitamin B12) nebo dalších možných nežádoucích účinků.	Sledovat výskyt infekcí (snižená acidita žaludku narušuje přirozenou bariéru proti patogenům, což zvyšuje riziko komunitní pneumonie a gastrointestinálních infekcí, včetně <i>Clostridioides difficile</i> ). U rizikových pacientů (např. malabsorpce, chronické onemocnění) lze případně zvážit periodické monitorování hladin hořčíku a vitamínu B12, i když je riziko u dětí nižší než u dospělých a dle studií podpora pro toto doporučení chybí. Opatrnost léčivé interakce (PPI x methotrexát, omeprazol x klopidogrel).

PPI – proton pump inhibitors (inhibitory protonové pumpy), NSAID – nesteroidní antiflogistika