

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

listopad 2008 ■ číslo 9 ■ ročník 8



Anémie v novorozeneckém a kojeneckém věku

Hyperbilirubinemie z pohledu neonatologa

Závažné vrozené vývojové vady v novorozeneckém věku

Pertuse (černý kašel) je stále aktuální onemocnění



Orion Diagnostica

zENTIVA

Herb Sunar

Téma čísla:
NEONATOLOGIE

Nutricia A4 – Nutrilon

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Vydavatel:

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

Odborná garance:

**Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP**

Grafika, výroba, distribuce:

Vydavatelství MEDIX, s. r. o.

(vox@imedix.cz; GSM: 777 281 866)

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

Mgr. Jaroslav Tesař

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.

Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 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 pro tisk se nevracejí.

Příspěvky zasílejte na adresu redakce v elektronické
podobě (disketa, e-mail) spolu s jednou písemnou kopií.

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsah inzercí a vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE – Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD za období říjen 2008	5
Usnesení Konference SPLDD ČR	6
Zpráva ze zahraniční cesty	7
Zkušenosti s řízenou péčí v zahraničí	8
ČLK: Pravidly proti korupci	10
Termínový kalendář SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP	12



MUDr. Eva Dortová, prim. MUDr. Jiří Dort, Ph.D. Následná péče o rizikové novorozence po propuštění do domácí péče	14
MUDr. Eva Dortová Anémie v novorozeneckém a kojeneckém věku	16
MUDr. Alice Mocková Hyperbilirubinemie z pohledu neonatologa	18
MUDr. Pavel Huml, MUDr. Alice Mocková, MUDr. Eva Dortová Závažné vrozené vývojové vady v novorozeneckém věku	23
MUDr. Petr Vacek, prim. MUDr. Jiří Dort, Ph.D. Komplexní léčba novorozeneckého hydrocefalu	26
MUDr. Kateřina Fabiánová Pertuse (černý kašel) je stále aktuální onemocnění	30
prof. MUDr. Jiří Havlík, DrSc. 50 let pravidelné vakcinace dětí v České republice	34
Ze světa odborné literatury	43



Aktuality	44
Řádková inzerce	54

*Středová příloha: Informace pro ošetřující lékaře
k zákonu č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění
+ formuláře*



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN s. r. o.

Nakladatelství UMÚN, s. r. o., Nad Školou 1289, 463 11 Liberec

tel.: 485 161 712, e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz

Obrázek na titulní straně namaloval ústy Raymond Hickey



Řídit, integrovat, nebo rezignovat!?

Doposud nic nevyvolalo v naší profesní komunitě takovou bouřlivou a diametrálně odlišnou diskusi a nestalo se stresovým faktorem naší budoucnosti v příštím roce jako různorodé projekty zdravotních pojišťoven a jejich pilotní studie o tzv. řízené péči (ŘP) či péči integrované (IP)!

Někteří kolegové se domnívají, že jde o „řízený“ úpadek našeho oboru „zaviněný“ vstupem silných finančních skupin do zdravotnictví. Jiní jsou přesvědčeni, že je to vítaná cesta, jak dospět k významnému zvýšení měsíčních úhrad na jejich bankovní konta. U některých převládá pocit, že vedení zdravotních pojišťoven a některých profesních lékařských organizací (včetně naší) začalo intenzivně prosazovat své představy o nové zdravotní politice a dosažení společ-

ného zisku na úkor zdravotní daně, placené pojištěnci do solidárního veřejného zdravotního „pojištění“. Jsme bohužel svědky toho, že co pojišťovna, to odlišný model a metodika ŘP (či IP). VZP začíná v několika krajích „pilotně řídit péči“ za potlesku představitelů SPL i přes to, že ředitel přes strategii VZP v televizní debatě připustil, že je tak trochu legislativně „ve vzduchoprázdnu“, neboť omezení výběru ambulantních specialistů, ke kterým bude moci své pacienty posílat na vyšetření, není také ošetřeno souhlasem pacienta. Další modely SIP (systém integrované péče) pojišťoven ČNZP a ZPMV nabízené praktikům se honosí základní myšlenkou poskytnutí přístupu k informacím o všech vyšetřeních, která pacient podstoupil, s cílem zabránit opakovaným výkonům a zbytečnému předepisování léků, zejména chronicky nemocným (v současnosti neexistuje jednoznačná definice diagnóz chronického onemocnění). Povolání odhadují, že zavedením IP by ZPMV mohla ušetřit až 10 % nákladů (cca 2 miliardy). Pokud se lékař zaregistruje do projektu a zařadí pacienta do programu IP, měl by to pocítit v úhradách za kapítaci. Nejdále v rétorice o využití praktických lékařů a jejich nezastupitelné role v systému poskytované péče došla OZP se svou IPA. Oslovuje vybraná ZZ a nabízí „ekonomicky vyzkoušený a úspěšný model“, vypracovaný soukromou firmou „KlientPro“. Lékařům takto smluvně vázaným nabízí členství ve Sdružení nezávislých praxí a spoluúčast na ekonomických úsporách, získaných porovnáním klinických stylů jednotlivých praktiků při léčbě chronických onemocnění. Je otázka, zda tato „nezávislost“ nebude draze vykoupena tlakem na léčbu pacientů pouze vybranými levnějšími léky a používáním levnějších metod a postupů, které nejsou doposud standardizovány na příslušnou diagnózu (ambulantní DRG).

A to samozřejmě za plné právní odpovědnosti za léčbu lege artis, kterou z lékaře při účasti na těchto projektech nikdy nikdo nesejme. Zda omezování praktických lékařů ve výběru svého specializovaného kolegy povede ke zvýšení jejich prestiže u jejich pacientů, ukáže až každodenní praxe těch z nás, kteří svobodně povolání lékaře vymění za „integrující“ Dodatek.

Snad i proto, či zejména proto, považují za správné a moudré rozhodnutí listopadové konference SPLDD, která svým usnesením nařizuje Výboru vytvořit pracovní komisi (fórum) z těch lidí, kteří se již o danou problematiku ŘP a IP zajímají (včetně právníků). Tato pracovní skupina by, po představení jednotlivých produktů a pilotů pojišťovnam, měla posoudit, zda neobsahují skrytá rizika pro provozování soukromých praxí, a poskytnout členům nezávislé a objektivní informace tak, aby se každý z nás mohl rozhodnout o jejich využití.

Vyhne se tak osočování a osobním útokům na ty z nás, kteří upozorňují na možná rizika takovýchto projektů do budoucna. Zejména dnes, kdy je zcela neodhadnutelný další politický osud připravovaných „reformních zákonů“, které by měly zaručit dohled nad ZP a „legalizovat“ práva a povinnosti občanů a poskytovatelů ve zdravotnickém systému. Pokud projdou, bude také potřeba vytvořit tlak na metodické sblížení všech projektů ŘP a IP tak, abychom se nemuseli „učit“ pro jednotlivé pacienty různé systémy ŘP a IP.

Pokud si neuvážíme „zadáme“ s projekty ZP bez souhlasu našich pacientů, může to ohrozit vytvořený vztah důvěry mezi pacientem a praktikem. Statistika hovoří, že až 44 % pacientů je s naší prací spokojeno. Proto nevidím důvod, proč má být praktik arbitrem (např. za pomoci ŘP u VZP) pro posouzení kvality práce ambulantního soukromého specialisty, a nepřítomnost se tak stát příčinou možného ukončení jeho smlouvy se ZP. „Objektivnost výběru“ poskytovatelů zdravotní péče může být projekty ŘP využita a posléze zneužita k tvorbě sítě ambulantních lékařů různých odborností, včetně naší, pokud ZP usoudí, že léčíme „draž“ než ostatní.

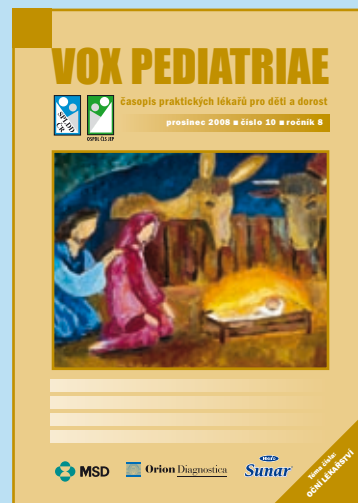
Situace v resortu je čím dál tím výbušnější. Pomineme-li „význam“ regulačních poplatků na výsledek krajských a senátních voleb nebo víceméně jednosměrnou komunikaci o připravovaných záměrech v legislativě MZ a neuspokojivé vypořádání našich připomínek, nelze se divit, že se ozývají hlasy o smysluplnosti činnosti SPLDD, hlasy, zda nerezignovat na aktivní spoluvytváření reformních a úhradových změn, zda není lepší rezignovat na funkci (či prodat praxi řetězcům) a v závětrí přečkat „české zdravotnické tornádo“, které nás bezesporu čeká.

Přiznám se, že i já mám často tyto „choutky“, zejména po takových názorových excesech, které předvedl Dr. Horák na naší konferenci. Jeho představa „ideální“ smluvní politiky VZP, která umožní uspět ve výběrovém řízení na praxi PLDD každému lékaři, který se přihlásí, i když nesplňuje specializovanou způsobilost v oboru a v lokalitě je dostatek stávajících PLDD s volnou kapacitou pro nové pojištěnce VZP, mi zavání rezignací zdravého rozumu na logiku stávajícího funkčního systému KKV, která je sama o sobě ve vazbě na registraci „sítotvorná“. Také poslední poplatková „čunkviada“ o ponechání regulačních poplatků vybraných lékařem zdravotním pojišťovnam nebo rozhodnutí Správní rady VZP přinášející průlom do již schváleného výsledku DR o cenách, nastavuje zrcadlo této době, která se jaksi vymkla z kloubů a lze od ní očekávat cokoliv.

Byl bych rád, kdyby „blbá nálada“ v našich řadách byla nahrazena Vašimi příspěvky v tomto Vašem časopise. Kolegové, vymýšlejte, diskutujte, oponentujte. Ale hlavně nám o tom napište. Stránky Voxu jsou zde připraveny pro Vaše názory.

MUDr. Milan Kudyn
milan.kudyn@email.cz

Oční lékařství



v tomto čísle inzerují...

AKACIA GROUP
APOTEX
AVENT
BEIERSDORF
BOEHRINGER INGELHEIM
GSK
HERO
JOHNSON&JOHNSON
MEDICOM INT.
MSD
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION
PAVEX CANADA
SANATORIUM EDEL
SEKK
STIEFEL
WYETH WHITEHALL
ZENTIVA

úřední hodiny SPLDD ČR...

Pondělí	10.00–15.00 hodin
Úterý	10.00–15.00 hodin
Středa	10.00–15.00 hodin
Čtvrtek	10.00–15.00 hodin
Pátek	10.00–13.00 hodin

Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, o. s.
U Hranic 16-18, 100 00 Praha 10
sekretariát:

tel.: 267 184 065

fax: 267 184 050

redakce VOX:

tel.: 267 184 065

267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz



Přehled činnosti SPLDD za měsíc říjen 2008

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Měsíc říjen se nesl spíše v duchu politických diskusí a příprav krajských voleb. Budou, či nebudou chystané reformy zdravotnictví osudovým jazýčkem na vahách při rozhodování, koho volit. Nakonec se skutečně ukázalo, že především v komunikaci chystaných změn byl a je velký deficit, nebo je to všechno jinak a občané ukázali, že žádné reformy nechtějí? Odpovědi se určitě dočkáme v následujících měsících. Konec měsíce nás ale zaskočil novým problémem, Správní rada VZP si osvojila právo vstoupit do dohod uzavřených v rámci řádného a legislativně podloženého jednání o cenách, budou další správní rady pokračovat v tomto trendu?

3. 10. – v Olomouci pokračoval cyklus diskusních setkání s lékaři na téma Systém integrované péče, které přímo navazovalo na vzdělávací seminář „Počítač v ordinaci lékaře“. V krátkosti zazněla prezentace pilotních projektů připravovaných ve spolupráci s ČNZP a ZP MV ČR, na kterou navázala aktivní diskuse s přítomnými lékaři.

6. 10. – v kanceláři Sdružení zasedl přípravný výbor pro pořádání již 3. kongresu primární péče na konci února 2009. Diskuse se točila především kolem náplně odborného programu.

13. 10. – sešli jsme se se zástupci Hutnické zdravotní pojišťovny, kteří nás informovali o záměru nového projektu financování zdravotní péče poskytované praktickými lékaři; zdá se, že kolotoč různých projektů se začal opravdu roztáčet, tento projekt byl ale hodně tzv. „v plenkách“ a kolem jeho realizace je zatím mnoho otazníků.

16. 10. – se zástupci společnosti OrionDiagnostika a stomatology jsme jednali o dalších možnostech spolupráce v rámci jakéhosi kulatého stolu na téma prevence zubního kazu u dětí a tím navázat na již proběhlou akci, o které jsme informovali v předchozím čísle.

17. 10. – diskusní seriál s lékaři na téma Systém integrované péče v rámci

vzdělávacího cyklu „Počítač v ordinaci lékaře“ byl zakončen v Praze.

24. 10. – Předsednictvo sdružení se sešlo k projednání aktuálního dění ve zdravotnictví, posuzovalo dohodu uzavřenou v rámci dohodovacího řízení o cenách na rok 2009, řešilo situaci kolem narůstajících problémů při tvorbě sítě PLDD ve smyslu spolupráce se zdravotními pojišťovnami, především VZP.

30. 10. – ve spolupráci se SPL ČR a ČNZP jsme prezentovali projekt Systému integrované péče novinářům. Téměř dvouhodinové tiskové setkání umožnilo přímou konfrontaci

hlavních záměrů projektu zástupcům laiků, tedy neodborné veřejnosti.

31. 10. – spolu s dr. Šmatlákem za praktické lékaře pro dospělé jsme byli pozváni k jednání s náměstkem ministra zdravotnictví dr. Hroboněm, abychom si vyslechli informaci o rozhodnutí Správní rady VZP ohledně úhrad v roce 2009. K našemu velkému překvapení dal tento orgán podnět k revokaci dosažené dohody, což považujeme za velmi nebezpečný precedent. O vývoji této kauzy vás budeme dále informovat. Informace zazněla i na jednání výroční Konference Sdružení následující den. Usnesení otiskujeme na jiném místě. ■

Externí hodnocení kvality pro systémy POCT

C-reaktivní protein, tromboplastinový test (INR), stanovení glukózy aj.

Máte-li zájem o zajištění externího hodnocení kvality pro vaše pracoviště, laskavě nás kontaktujte:

- e-mail: sekk@sekk.cz
- telefon: 466 530 230
- fax: 466 530 824
- adresa: SEKK s.r.o.

P.O. Box B35
530 02 Pardubice

Podrobné informace včetně nabídky našich služeb na rok 2008 vám zašleme obratem.

Těšíme se na spolupráci

<http://www.sekk.cz>
Akreditovaný organizátor
programů zkoušení
způsobilosti č. 7004



Usnesení Konference SPLDD ČR

konané dne 1. 11. 2008 v Průhonicích



Konference zvolila:

- Návrhovou komisi ve složení:
MUDr. Hulleová, MUDr. Kozderka, MUDr. Němeček, MUDr. Nulíčková, MUDr. Pukovec, MUDr. Jiří Soukup, MUDr. Svobodová, MUDr. Šedivá, MUDr. Verdánová.
- Mandátovou komisi ve složení:
MUDr. Lukešová, MUDr. Petrtýlová, MUDr. Poláková.

Konference vzala na vědomí:

- Zprávu předsedy o činnosti za uplynulé období.
- Zprávu pokladní SPLDD o hospodaření za rok 2007 a o průběžném čerpání rozpočtu v roce 2008.
- Zprávu předsedy revizní komise.
- Zprávu předsedkyně OSPDL včetně podmínek plánované distribuce očkovacích látek.
- Prezentaci JM regionu k problematice řízené péče.
- Vystoupení zástupců ZP, MZdr.

Konference schvaluje:

- Program jednání Konference.
- Návrh rozpočtu na rok 2009.
- Změnu stanov doplněním textu: § 4 odst. 1., vložit písmeno h) „členství zaniká prodejem či převodem praxe spo-

lečnosti, jejíž činnost je v rozporu s cíli, zájmy a etikou Sdružení“ – odsouhlaseno. § 9 odst. 3 písmeno b) je svoláván předse-
dou dle potřeby.

Konference ukládá:

- Výkonnému výboru průběžně sledovat a reagovat na legislativní změny, které by mohly ohrozit zakotvení primární péče jako základního článku systému zdravotní péče.
- Výkonnému výboru pokračovat v intenzivních jednáních o nárůstu úhrad od ZP pro rok 2009 včetně kompenzace event. zrušených regulačních poplatků.
- Výkonnému výboru jednat se ZP a MZdr. o rozšíření možností rychlé diagnostiky v ambulancích PLDD.
- Výkonnému výboru jednat o prolomení věkové hranice 19 let pro obor PLDD se ZP, MZ a SPL.
- Výkonnému výboru prosazovat změny v souborech výkonů odbornosti 002 (kapitační, mimokapitační).
- Výkonnému výboru vést jednání ke zvýšení atraktivity oboru PLDD zejména v oblasti cenových jednání, rozšiřování diagnostických a léčebných možností hrazených z v. z. p. a v oblasti pregraduálního vzdělávání.
- Výkonnému výboru zjistit podíl financování subsegmentu PL a PLDD a v případě disproporce usilovat o oddělení obou subsegmentů při cenových jednáních.
- Předsednictvu zřízení pracovní komise pro analýzu řízené péče a integrované péče.
- Regionálním předsedům řešit problematiku neplatičů členských příspěvků ve svém regionu.
- Členům SPLDD, aby své názory o ŘP a IP prezentovali jako své osobní názory, nikoliv jako názory SPLDD.

Konference vyzývá:

- VZP a ostatní ZP, aby opustily stávající smluvní politiku, nerespektující potřeby sítě zdravotnických zařízení (uzavírání nových smluv v lokalitách, kde je síť dostatečná) a způsobilost k výkonu povolání PLDD (nahrazováním specializované způsobilosti prací pod odborným garantem), a respektovaly doporučení regionálního zástupce SPLDD.
- ZP k dodržování cenových dohod uzavře-

ných na DŘ pro rok 2009.

Konference vyjadřuje znepokojení:

- nad zpochybněním výsledků DŘ ze strany správní rady VZP.

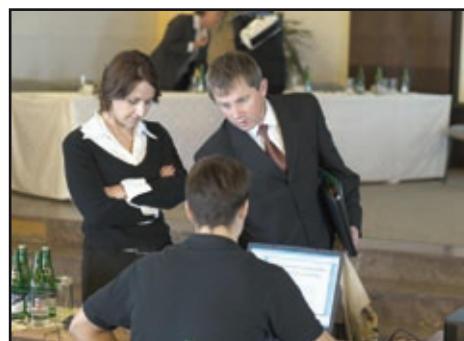
Konference vyjádřila důvěru:

předsedovi SPLDD.

Konference se zúčastnilo:

- 184 mandátů.
- 8 členů předsednictva.
- 5 členů výkonného výboru.
- 10 hostů.
- Konference byla po celou dobu jednání usnášeníschopná.

Zapsal: MUDr. Jan Němeček





Zpráva ze zahraniční cesty



MUDr. Gabriela Kubátová

Zahranční komise SPLDD

Ve dnech 24. 10.–27. 10. 2008 jsem se účastnila z pověření SPLDD 2. kongresu EAP (Evropská akademie pediatriů) v Nice.

Na uspořádání této rozsáhlé a na odborný program bohaté akce se organizačně podílela EAP-UEMS (Evropská akademie pediatriů-Pediatriká sekce Unie evropských medicínských specialistů) a dvě společnosti subspecialistů – ESPR (European society for paediatric research / Společnost pro výzkum v pediatrii) a ESPNIC (European Society of Paediatric and neonatal intensive care / Společnost pro pediatrickou a novorozeneckou intenzivní péči).

Na programu bylo hodně paralelně probíhajících přednášek a rozsáhlé posterové prezentace s širokým výběrem témat. Já jsem se účastnila přednášek, které připravila EAP – její sekce pro primární pediatrii, a to následovně:

Adolescentní medicína – tento blok přednášek byl věnovaný problematice komunikace s mladistvými, problematice jejich životního stylu, rizikové chování – nárazové požívání alkoholu, závislost na PC hrách a sledování televize.

Obezita – hledání správné a efektivní prevence, metabolický syndrom u dětí.

Prevence úrazů – výzva k aktivitě, národní programy, projekt „Modrý pes“ – edukace dětí, jak porozumět chování psa, jeho signálům, a následně jejich reakce.

Výzkum v ambulanci praktického dětského lékaře – poukázáno na možnosti výzkumu v ambulanci praktického pediatra, metody a praktické využití závěrů ze studií. Rozdíl mezi klinickými studii a studiemi v primární péči, problematika financování výzkumu a studií.

Děti a média – problematika sledování televize a hraní počítačových her z pohledu různých sociálních vrstev a pohlaví, jejich dopad na chování dětí, jejich zájmy a prospěch ve škole. Z jiného pohledu – význam médií pro osvětu a vzdělávání rodičů i dětí v otázkách ochrany zdraví a péče o dítě.

V době kongresu proběhlo v Nice i zasedání Výkonného výboru SEPA-ESAP – Evropská

Společnost pro primární pediatrii. Hlavním tématem byla konečná úprava znění nových stanov této společnosti, včetně dodatků. Podle těchto stanov, které by měly být odhlasovány v prosinci 2008, se zakládá Federace evropských národních asociací pro primární péči a současně se změnil její název na SEPA-ESPCP (Société européenne de pédiatrie ambulatoire-European society for primary care paediatricians). Podle počtu členů v národních asociacích bude počet jmenovaných delegátů za stát.

Důvodem k této změně je potřeba založit silnou společnost praktických dětských lékařů, která bude obhajovat pozici a úlohu pediatra v primární péči na evropské úrovni a bude autoritou v rámci medicínských společností v Evropě, včetně EAP. V mnoha evropských státech sílí tendence přesunout péči o děti do rukou všeobecných praktických lékařů nebo rodinných lékařů. V některých státech je tato odbornost dokonce finančně dotována.

V únoru 2009 se v Berlíně uskuteční zasedání výkonného výboru a mimořádné plenární zasedání SEPA-ESPCP, na kterém bude volba nového výkonného výboru.

13.–14. 11. 2009 bude v Berlíně Kongres SEPA-ESPCP.


SILGARD®
Vakcína proti lidskému papilomaviru
[typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná)



První a stále jediná kvadrivalentní vakcína proti rakovině děložního hrdla, genitálním bradavicím, cervikálním dysplaziím vysokého stupně (CIN 2/3) a vulválním dysplaziím vysokého stupně (VIN 2/3) vyvolaných lidskými papilomaviry (HPV) typů 6, 11, 16 a 18.

Zkrácená informace o přípravku:

Silgard® injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná) (Papillomaviri humani typus 6, 11, 16, 18 proteinum L1). **Indikace:** prevence vysokého stupně cervikální dysplazie (CIN 2/3), cervikálního karcinomu, vysokého stupně vulválních dysplastických lézí (VIN 2/3) a bradavic zevního genitálu (condyloma accuminata) v příčinné souvislosti s lidským papilomavirem (HPV) typů 6, 11, 16 a 18. Indikace je založena na prokázané účinnosti u žen ve věku 16 až 26 let a na prokázané imunogenitě u 9 až 15letých dětí a dospívajících. **Kontraindikace:** přecitlivělost ke všem komponentám vakcíny, závažné akutní horečnaté onemocnění. **Dávkování:** základní očkování – 3 samostatné 0,5ml dávky podané dle následujícího schématu: 0, 2, 6 měsíců. Všechny dávky musí být podány intramuskulárně během jednoletého období. **Upozornění:** pro případ vzácných anafylaktických reakcí musí být k dispozici odpovídající léčebná opatření. Vakcína není určena k léčbě, nenahrazuje nutný cervikální screening. Jediní se sníženou imunitní reakcí nemusí na vakcínu zareagovat. Podávat opatrně jedincům s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace. **Interakce:** při současném podání s vakcínou proti hepatitidě typu B (rekombinantní) nedošlo ke klinicky významným změnám v imunitních odpovědích na obě vakcíny. Použití hormonální antikoncepce neovlivnilo imunitní odpověď. **Těhotenství a kojení:** očkování odložit až na dobu po ukončení těhotenství. Může být podávána kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** velmi často erytém, bolest a otok v místě injekce, pyrexie, často krvácení a pruritus v místě injekce, vzácně kopřivka, velmi vzácně bronchospasmus. **Léková forma:** injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. **Uchování:** v chladničce (2 °C–8 °C), ve vnější krabičce, chránit před mrazem. **Velikost balení:** 0,5ml suspenze v předplněné se dvěma jehlami. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie **Registrační číslo:** EU/1/06/358/003-017 **Poslední revize textu SPC:** 3.10. 2007

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve, než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.



© Registrovaná ochranná známka Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.
© Copyright Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A., 2008. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme Idea, Inc., org.sl.*, Křenova 5, 162 00 Praha 6, tel.: 233 010 111, www.msdl.cz
* Affiliate of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

www.silgard.cz



Řetězce ordinací rostou

Mediclinic jich bude mít 100, Moje Ambulance zdvojnásobí počet pacientů.

V Česku získávají pozice dvě velké sítě soukromých ordinací. Firma Mediclinic, která kupuje privátní ambulance praktických lékařů a sjednocuje je pod jednu značku, jich už získala přes šedesát.

„Rosteme podle plánu a do konce roku bychom chtěli mít kolem sta ordinací,“ říká jeden ze šéfů a spolumajitel Medicliniku Martin Hofman. Majoritní podíl v řetězci patří skupině Penta Investments.

Ne přímo konkurenční řetězec Moje Ambulance, který vlastní Marek Potysz, bývalý spolupracovník miliardáře Tomáše Chrenka, chce během příštího roku zdvojnásobit počet pacientů. Teď jich má podle Potysze přes čtyřicet tisíc.

Stejná péče a zdarma Pro pacienty se nic nemění, v síti platí veřejné zdravotní pojištění, a lidé tedy nemusí nic hradit v hotovosti. V případě Medicliniku jim obvykle navíc zůstane i ošetřující lékař, který sice svou ordinaci firmě prodá, ale zároveň v ní pracuje dál jako zaměstnanec.

Důvodem pro prodej je obvykle to, že nemá, komu by ordinaci předal nebo za tržní cenu přepustil. „Nechtěl jsem zakončit kariéru tak, že pověším klíče od ordinace na radnici na hřebík,“ říká dětský lékař Vladimír Ladman, který na Pelhřimovsku prodal Medicliniku šestmalých ordinací. Ty obhospodařoval střídavě sám, protože měly otevřeno na

přeskáčku jen několik hodin týdně.

Kolik za ně inkasoval, nechce uvádět. Odměna pro lékaře se však obvykle skládá z jednorázového vyrovnání a z domluvy o platu, který bude bývalý majitel pobírat už jako zaměstnanec řetězce.

Podle údajů Medicliniku se kupní cena odvíjí od ročních tržeb lékaře. Pokud jsou kolem 850 tisíc korun, je Mediclinic ochoten zaplatit přibližně 920 tisíc korun, v případě tržeb ve výši milionu a půl, může prodávající počítat s odměnou mírně přesahující 1,6 milionu korun.

„To je hrubý odhad. Nezáleží totiž jen na tržbách, ale také na nákladech na provoz ordinace,“ říká k číslům Hofman.

Podle něj na růst sítě nemá zatím žádný vliv finanční krize, která zdražila úvěry. Penta prý investuje většinu nákupů hlavně z vlastních zdrojů. Kolik je firma připravena investovat, nechce uvádět.

Podle jejich odhadů existuje přibližně dvacet tisíc soukromých ordinací, z nichž by mohla získat několik stovek.

Její byznys je postaven hlavně na úsporách nákladů díky centrálnímu nákupu zdravotnického materiálu či společnému vedení účetnictví a přímé komunikaci se zdravotními pojišťovkami. To v rámci sítě může zvládnout levněji než jednotlivý lékař.

Chceme sto tisíc pacientů Trochu jinak má postavený byznys společnost Moje Ambulance,

kteřá buduje hlavně nové ordinace. Dnes jich má devět, do konce roku chystá zahájení provozu dalších dvou: ve Zlíně a v Brně.

„Počítáme s tím, že ještě letos budeme poskytovat péči více než 50 tisícům pacientů. Příští rok chceme číslo zdvojnásobit,“ uvedl včera pro MF DNES majitel firmy Marek Potysz. Podle něj by v prvním pololetí příštího roku měly do sítě přibýt další dvě až tři sdružené ambulance praktických lékařů. Těch dnes firma zaměstnává pětatřicet a začínajícím umožňuje také získat atestaci praktického lékaře. V Česku totiž rychle přibývá starších praktických lékařů a mladí se do oboru příliš nehrnou.

- Mediclinic Podle spolumajitele Mediclinic Martina Hofmana bude mít do konce roku firma přibližně sto ordinací. Řetězec, za nímž stojí Penta, přebírá ambulance praktických lékařů i specialistů, kteří v nich často zůstávají pracovat.

- Moje Ambulance Firma Marka Potysze (foto) vytváří hlavně nové ambulance, do nichž hledá lékaře. Letos by měla mít síť 11 praxí, dvě přibudou ve Zlíně a v Brně. Potysz nedávno založil ještě firmu Fitaktivnet se zaměřením na zdravý pohyb.

Převzato: MF DNES, 12.11.2008

Zkušenosti s řízenou péčí v zahraničí

MUDr. Gabriela Pražáková

členka analytické komise Jihomoravského regionu SPLDD ČR k řízené péči

S pilotními projekty řízené péče se doslova roztrhl pytel. Téměř všechny zdravotní pojišťovny působící v českém zdravotnictví nabízejí své projekty řízené péče a prezentují je jako výhodný regulační systém, ze kterého budou těžit všichni – zdravotní pojišťovna, pacient i lékař. A protože tyto informace vycházely jen ze strany zdravotních pojišťoven, postrádala naše analytická komise pohled na řízenou péči ze strany pacienta a lékaře. Proto si dovoluji za naši analytickou komisi uvést zkušenosti s řízenou péčí v některých zemích světa.

Řízená péče se poprvé uplatnila ve zdravotnictví v USA v r. 1973, kdy vstoupil v platnost zákon o řízené péči (ŘP). Hlavním cílem ŘP bylo: zlepšit finanční efektivitu, dostupnost a kvalitu zdravotní péče. Pokud se podíváme na tyto parametry 35 let po zavedení ŘP, zjistíme, že USA má nejdražší zdravotní systém na světě (cca 15% HDP), zdravotní péče je nedostupná pro 46 mil. Američanů, protože nemají žádné zdravotní pojištění, a dalších 25 mil. Američanů je nedostatečně pojištěno. 1, 2. Kvalita zdravotní péče jde ruku v ruce s dostupností. Tím se vysvětluje fakt, že USA jsou 2. nejhorší zemí mezi vyspělými zeměmi v novorozenecké úmrtnosti a v délce dožití jim patří 38. místo na světě (ČR je na 44. místě). 3, 4.

Kromě těchto strohých faktů nás zajímal i názor z lékařské obce na ŘP. Dovolím si proto citovat z článku „Dirty words in healthcare“ (volně přeloženo Špinavá slova ve zdravotnictví), otištěného v The Boston Globe dne 27. 2. 2008. Tento článek napsali dva lékaři, Dr. Joseph L. Dorsey – bývalý ředitel Harvard Pilgrim Health Care, a Dr. Donald M. Berwick – prezident Institutu pro zlepšení zdravotní péče. V článku se píše: „Řízená zdravotní péče byla na svém počátku skvělým nápadem, než ho znásilnily zdravotní pojišťovny, které hlásaly, že budou řídit zdravotní péči, ale více než zdravotní péči – řídily peníze. Tento restriktivní princip řízení peněz doslova spoutal lékaře při jejich rozhodování, zostřil a znechutil vztahy mezi pacienty a lékaři

a někdy je dokonce poškodil.“ 5.

Další zemí, o které se v souvislosti s ŘP hovoří, je Švýcarsko. Je to jediná země Evropy, která převzala americký model ŘP se vším všudy, a to v r. 1990. Stala se alternativou pro standardní pojištění, a to pro cca 10 % švýcarské populace (údaj z r. 2006). 6. Funguje na principu nabídky levnějšího pojištění výměnou za přijetí restriktivních podmínek ze strany zdravotní pojišťovny. Cílem bylo alespoň částečně zastavit výrazný nárůst nákladů na zdravotní péči. Po necelých 18 letech má ovšem Švýcarsko druhý nejdražší zdravotní systém na světě (cca 12 % HDP). Na rozdíl od USA se ovšem Švýcarsko nemuselo potýkat s nedostupností zdravotní péče nebo dokonce poklesem kvality. A to ze

Zentiva - A4 – Paralen hot drink



dvou důvodů. Za prvé Švýcarsko má povinné zdravotní pojištění pro všechny občany a za druhé má zákonem definovaný rozsah zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Toto se ukázalo jako klíčová pojistka proti restrikcím ze strany zdravotních pojišťoven. 7. I zde nás zajímal především názor lékařské veřejnosti, a proto následují citace z Komuniké Švýcarské společnosti všeobecných lékařů (SGAM) ze dne 17. 5. 2008.

„Z hlediska SGAM není volná soutěž v medicíně možná, protože lékařská péče má centrální, integrační funkci ve smyslu veřejné služby a je založena na myšlence solidarity...“ 8.

„...není možné obětovat na oltář tržního principu tuto smysluplnou vymoženost, přestože tímto směrem působí mohutné síly. Sílicí koncentrace moci pojišťoven, jejichž honba za dobrým rizikem ve spojení s bezskrupulózní maximalizací zisku ohrožuje nejen tuto základní myšlenku, ale i princip dostupnosti péče.“ 8.

O tom, že ŘP ve Švýcarsku nedosahuje takové popularity, jak se předpokládalo, svědčí i zpráva Švýcarského statistického úřadu ze dne 30. 1. 2006. V této zprávě se uvádí, že se zavádění ŘP zaseklo, a to ze dvou důvodů. Jedním důvodem byly obavy lékařů, že ztratí svou autonomii a že jejich příjmy budou okleštěny. Tím druhým byly obavy občanů ze snížení kvality zdravotní péče a jejich neochota vzdát se svobodné volby lékaře. Ve zprávě se dále uvádí, že dosud nebyl zveřejněn žádný vědecký důkaz účinnosti systému ŘP. 8.

Nizozemsko zaslouží naši pozornost už proto, že je často předkládáno jako náš vzor při reformě zdravotnictví. Chci se zaměřit na ta fakta, o kterých se, pro mě z neznámých důvodů, nehovoří.

Reformním zákonům, které vstoupily v platnost 1. 1. 2006, předcházely postupné změny, a to od r. 1990. Vedly se veřejně i odborné diskuse a finální konsensus byl napříč politickým spektrem. Podstatou reformy je model „řízení konkurence“, což jsou tržní principy přísně regulované státem, a Nizozemsko je jedinou zemí na světě, která uvedla

tento model do praxe. 9.

Pod pojmem přísnou regulací si můžeme představit jejich zákon o zdravotním pojištění (Health Insurance Act neboli Zorgverzekeringswet, ZvW).

10. V tomto zákoně je přesná definice rozsahu zdravotní péče hrazeného z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se celkem o 8 bodů: zdravotní péče poskytovaná praktickým lékařem, ambulantním specialistou, klinickým psychologem a porodní asistentkou, další zdravotní péče (fyzioterapie, ergoterapie, výživové poradenství atd.), péče v době těhotenství, léčiva, zdravotnické pomůcky, dentální péče, hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a doprava pacientů. 10. Ke každému bodu je uvedena definice a rozsah, který je hrazen z veřejného zdravotního pojištění (v. z. p.). Např. u dentální péče zní definice takto: děti do 18 let mají hrazeno z v. z. p.: preventivní prohlídky, léčba fluoridem ne více než 2× za rok od 6. roku věku, plombování a periodontální péči. Pro osoby starší 18 let je hrazena z v. z. p. stomatologická péče spojená s rtg. vyšetřením a dále umělý chrup. Lidé s neobvyklým onemocněním chrupu, fyzicky či mentálně postižení nebo speciální stomatologické potíže způsobené jinou léčbou – mají hrazenou za speciálních podmínek kompletní dentální péči. 10. Na základě těchto definic je pak velmi snadné určit, kde začíná nadstandardní péče, na kterou je možné se komerčně připojistit.

Na závěr předkládám podstatu fungování tzv. Disease Management Programů (DMP) v Německu, neboť dva pilotní projekty – systém integrované péče ZPMV a ČNZP – se těmito programy inspirovaly. DM program je nástroj řízení péče, který má vést k redukci selekce méně rizikových pacientů a zlepšit zdravotní péči o chronicky nemocné.

Zatímco u nás vychází tyto DM programy jako projekty zdravotních pojišťoven, v Německu musel vstoupit v platnost zákon o reformě schématu přerozdělení (The Act to Reform the Risk Structure Compensation Scheme), aby se DM programy mohly uplatnit ve zdravotním systému. 11. Tento

zákon mimo jiné definoval faktory důležité pro zařazení chronických onemocnění do DM programů, např. množství pacientů, možnosti zlepšení kvality zdravotní péče, existence evidence-based guidelines apod. Postup byl takový, že Federální Komise (Federal Joint Committee) byla pověřena doporučit ministerstvu zdravotnictví vhodná chronická onemocnění pro zařazení do DM programů. Na počátku se jednalo o 4 DM programy: DM II. typu, rakovina prsu, ICHS, CHOPN. Zdravotní pojišťovny, které chtějí svým pojištěncům nabízet některý z DM programů, musí získat pro tento program akreditaci od Federálního úřadu pro pojištění. Tento úřad posuzuje, zda DM program splňuje všechny zákonné požadavky. 11. Poměrně dlouho trval proces stanovení minimálních standardů zdravotní péče jednotlivých DM programů.

Kritici DM programů poukazují na to, že nedochází k šetření nákladů. To potvrzuje i studie společnosti RAND z 12/07, kde se uvádí, že zatímco DM programy jednoznačně zlepšují kvalitu zdravotní péče o chronicky nemocné, neexistují žádné důkazy, že by vedly k šetření nákladů na zdravotní péči. 12. V dlouhodobém horizontu je velkou nevýhodou to, že zdravotní pojišťovny nejsou schopny dostatečně rychle přizpůsobit léčebné standardy DM programů aktuálnímu vývoji v medicíně. Správné by bylo i různé verze jednotlivých DM programů vzájemně porovnávat, což ovšem vzhledem k ochraně osobních dat není možné. 11.

Pro vytvoření objektivního názoru je důležité mít dostatek informací z různých stran. Toto je hlavním úkolem našeho článku – poskytnout další informace.

Reference a literatura u autora

Tento příspěvek byl prezentován na konferenci SPLDD ČR a sjezdu ČLK.

ČLK: Pravidly proti korupci

Česká lékařská komora (ČLK) novinářům představila pravidla, podle kterých by se měla řídit spolupráce lékařů a farmaceutických firem.

Prezident ČLK Milan Kubek oznámil, že komora chce díky přesně určeným pravidlům zprůhlednit vztahy mezi firmami a lékaři a zamezit korupčním tlakům. I nadále podle něj bude možné, aby firmy podporovaly lékaře ve vzdělání a přispívaly jim na odborné kongresy. Musí ale být jasné, že místo konání i obsah akce odpovídá odbornému účelu. Sankce se nemění, i nadále bude za porušení hrozit důtka, pokuta nebo vyloučení z komory na pět let. „Problémem není vztah, ale to, že se tyto věci dějí netransparentně,“ řekl Milan Kubek. Česká lékařská komora podle svého prezidenta nemůže plnit

úlohu policie, pokud ale přijde na lékaře stížnost, prošetří ji.

Média několikrát informovala o případech, kdy se lékaři nechali pozvat od farmaceutických firem na výjezdní zasedání do Afriky nebo na luxusní zahraniční dovolenou. „Pokud farmaceutická firma koupí lékaři odbornou literaturu, je to zcela v pořádku. Stejně tak pokud zaplatí lékaři vzdělávací akci, která se bude konat v nějakém přiměřeném místě,“ řekl Kubek s tím, že v případě světového kongresu může jít i o „místo na konci světa“. Firma může lékaři darovat také pomůcky, které potřebuje k práci, například

tužku, diář, fonendoskop či košili. Problémem už se ale může stát třeba televizor do ordinace.

■ Průmysl iniciativu vítá

Generální ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu Radim Petráš pro ČTK řekl, že iniciativu komory nastavit pravidla spolupráce lékařů a firem vítá. „To je posun, ČLK se zatím nikdy tak jasně nevyjádřila,“ řekl Petráš. Podle něj je ale škoda, že komora vyhlásila pravidla jednostranně a nespolečně s asociacemi farmaceutických firem.

Akacia Group - A4 – Otipax

**■ Kubek: Nemáme preventivní opatření**

ČLK se nelíbí nedostatečná paleta sankcí. Chybí jim prý taková opatření, která by působila preventivně. Komora by například chtěla, aby bylo možné dočasně lékaři zakázat práci, uložit mu povinnost doškolení, přeškolení či vyloučit jej z komory na dobu na jinou než 5 let. Současné sankce jsou definovány zákonem. ČLK navrhla nový zákon o lékařské komoře, který zmíněné postihy obsahuje. Zatím se ho podle Kubka nepodařilo na ministerstvu zdravotnictví prosadit. Ministr Tomáš Julínek (ODS) v této chvíli podle ČTK žádné změny v zákonech o komorách nepodporuje.

■ Pravidla spolupráce mezi lékaři a farmaceutickými firmami**§ 1 Propagace registrovaných léků a zdravotnických pomůcek lékařem a jejich předepisování**

- Lékař nesmí vyžadovat neoprávněné dary nebo výhody za poskytování informací o schválených lécích a za jejich předepisování.
- Lékař nesmí přijmout neoprávněné pohostinství.
- Dary či výhody, které lékař přijme, nesmí být nepřiměřeně drahé a musí souviset s výkonem lékařského povolání.
- Lékař musí hlásit nežádoucí účinky léků. Totéž co pro léky platí i pro zdravotnické pomůcky.

§ 2 Akce organizované či sponzorované farmaceutickými firmami

- Lékaři mají právo účastnit se akcí organizovaných či sponzorovaných farmaceutickými firmami, jestliže jsou tyto akce pořádány za účelem vzdělávání a poskytují vědecky ověřená důležitá sdělení.
- Při vyhlášení akce musí být zjevný její účel. Musí být jasné, zda a kým je akce odborně garantována i kým je sponzorována.
- Místo konání akce musí odpovídat jejímu odbornému účelu a nesmí vyžadovat neodpovídající nadbytečné cestování.
- Studijní materiály a pomůcky mohou být lékaři proplaceny.
- Cestovní náklady, ubytování a stravování mohou být lékaři proplaceny pouze, jedná-li se o vzdělávací akci, akci přímo související s výkonem lékařského povolání, např. stáže, kongresy, semináře a další akce s vědeckým zaměřením, a to pouze po dobu nutnou k účasti na této akci. Tyto prostředky mohou být poskytnuty pouze lékaři, který se akce účastní, nikoli doprovázejícím osobám.
- Lékaři, kteří na takových akcích zajišťují služby, zejména ti, kteří přednáší či vyučují, mají právo na odpovídající odměnu. Toto musí být oznámeno organizátorovi akce. Totéž co pro farmaceutické firmy platí i pro firmy vyrábějící a prodávající zdravotnické pomůcky předepisované lékaři.

§ 3 Klinické studie a výzkum

- Lékaři zapojení do klinických studií a výzkumu sponzorovaného farmaceutickými firmami musí striktně dodržovat Helsinskou deklaraci Světové lékařské asociace.
- Lékař může dostat odměnu za práci ve studii. Tato odměna musí odpovídat vynaloženému času a úsilí. Lékař může dostat odměnu za prezentaci výsledků studie. Sponzor studie musí být zveřejněn. Totéž co pro farmaceutické firmy platí i pro firmy vyrábějící a prodávající zdravotnické pomůcky předepisované lékaři.

§ 4 Konzultace a spojení s farmaceutickými firmami

- Lékaři mohou působit jako konzultanti farmaceutických firem.
- Lékař musí při takovém spojení s farmaceutickou firmou zůstat vždy zcela nezávislý ve svém rozhodování a musí vykonávat lékařskou praxi ve prospěch pacienta.
- Náhrada za konzultační činnost musí odpovídat vynaložené práci.
- Pokud lékař spojený s farmaceutickou firmou informuje jiné lékařské či farmakologické subjekty, musí své spojení s firmou zveřejnit, aby byla zachována průhlednost zájmů pro všechny zúčastněné. Totéž co pro farmaceutické firmy platí i pro firmy vyrábějící a prodávající zdravotnické pomůcky předepisované lékaři.

■
Převzato: ZDN, 3. 11. 2008

TERMÍNOVÝ KALENDÁŘ SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP NA ROK 2009

poř. č.	region	akce	datum	místo	organizátor
	Celorepubliková	Kongres Primární péče	27.-28. 2. 2009	Praha, hotel TOP	SPLDD, SPL
1	Jihomoravský	konference SPLDD	14. 3. 2009	Brno, menza MU	SPLDD
2	Středočeský + Praha	Vzdělávací seminář	14. 3. 2009	Praha, hotel Olympik	OSPDL
3	Západočeský	konference SPLDD	21. 3. 2009	Klatovy	SPLDD
4	Východočeský	konference SPLDD	27.-28. 3. 2009	Seč, hotel Jezerka	SPLDD
5	Jihočeský	Vzdělávací seminář	28. 3. 2009	Hluboká nad Vltavou	OSPDL
6	Středočeský + Praha	konference SPLDD	2. 4. 2009	Praha, hotel Olympik	SPLDD
7	Severomoravský	konference SPLDD + vzdělávací seminář	4.-5. 4. 2009	Hradec nad Moravicí, hotel Belaria	SPLDD +OSPDL
8	Severočeský	konference SPLDD	18. 4. 2009	Liberec, krajský úřad	SPLDD
9	Západočeský	Vzdělávací seminář	18. 4. 2009	Plzeň, Šafránkův pavilon	OSPDL
10	Jihočeský	konference SPLDD	24.-25. 4. 2009	Přední Výtoň, penzion Barborka	SPLDD
11	Jihomoravský	Vzdělávací seminář	25. 4. 2009	Brno, hotel Avanti	OSPDL
12	Východočeský	Vzdělávací seminář	16. 5. 2009	Pardubice, hotel Labe	OSPDL
13	Celorepubliková	Sněm	22.-24. 5. 2009	Bystřice nad Pernštejnem, hotel Skalský Dvůr	SPLDD
14	Severočeský	Vzdělávací seminář	30. 5. 2009	Ústí nad Labem	OSPDL
15	Celorepubliková	Školitelé	13.-14. 6. 2009	Seč, hotel Jezerka	OSPDL
16	Západočeský	Vzdělávací seminář	3. 10. 2009	Plzeň, Šafránkův pavilon	OSPDL
17	Jihomoravský	Vzdělávací seminář	10. 10. 2009	Brno, hotel Avanti	OSPDL
18	Severomoravský	Vzdělávací seminář	17. 10. 2009	Ostrava	OSPDL
19	Středočeský + Praha	Vzdělávací seminář	17. 10. 2009	Praha, hotel Olympik	OSPDL
20	Jihočeský	Vzdělávací seminář	24. 10. 2009	Hluboká nad Vltavou	OSPDL
21	Celorepubliková	Konference	31. 10. 2009	Brno, menza MU	SPLDD
22	Severočeský	Vzdělávací seminář	7. 11. 2009	Ústí nad Labem	OSPDL
23	Východočeský	Vzdělávací seminář	14. 11. 2009	Hradec Králové	OSPDL

Apotex – APO doplňky stravy



Následná péče o rizikové novorozence po propuštění do domácí péče

MUDr. Eva Dortová, prim. MUDr. Jiří Dort, Ph.D.

Neonatologické oddělení FN Plzeň

Souhrn

S pokrokem v medicínských postupech dostává šanci přežít stále větší procento dětí s extrémně nízkou porodní hmotností, vážnými vrozenými vadami, případně jinou závažnou perinatální morbiditou (adnatní infekce, respirační problémy...). Tito pacienti jsou v České republice koncentrováni v perinatologických centrech (celkem 12), často již jako plody v děloze, a je jim od narození poskytována komplexní péče porodníky, neonatologů a řadou dalších odborníků. Hospitalizace těchto pacientů trvá často mnoho týdnů a je velmi náročná nejen po stránce zdravotnické a ekonomické, ale i z pohledu celé rodiny. Snahou je, aby byla matka co nejdříve přijata k dítěti a zapojovala se do péče o něj. Prožívá tak celý léčebný proces se svým dítětem, během kterého úzce spolupracuje s personálem neonatologického oddělení (lékaři, sestry, fyzioterapeut, psycholog). Během této spolupráce vzniká ve většině případů kladný vztah a důvěra.

Úspěšnost peri- a neonatologické péče je posuzována podle dosažené kvality života, k tomu je nutné dlouhodobé sledování perinatálně ohrožených novorozenců. V České republice probíhá od roku 1997 sběr údajů o zdravotním stavu ve 2 letech vybraných skupin perinatálně ohrožených novorozenců (pod 1500 g a děti s diagnózou hypoxicko-ischemické encefalopatie 2.-3. stupně).

Po propuštění rizikových novorozenců do domácí péče se každý z nich zaregistruje u praktického lékaře pro děti a dorost, kde probíhají běžné preventivní prohlídky. Řadu specifických problémů je však třeba řešit ve speciálních ambulancích pro děti s rizikem poruchy vývoje, kde je nezbytně nutné tyto děti dále dlouhodobě sledovat.

Průběh dlouhodobého sledování rizikových novorozenců v centru vývojové péče. K dlouhodobému sledování slouží speciální ambulance pro děti s rizikem poruchy vývoje, eventuálně centrum vývojové péče při neonatologickém oddělení. Zde spolupracuje řada lékařských specialistů, dále pracovníci z oblasti psychologie, fyzioterapie, ergoterapie a sociální péče. Je tím naplňován jeden z principů evropských zdravotnických systémů, tj. zajištění kontinuity péče a její komplexnosti.

V pravidelných intervalech je hodnocen somatický stav, růst a psychomotorický vývoj, jsou prováděny oční kontroly a screening sluchu. Neurologické vyšetřování odhaluje známky centrálních tonusových nebo koordinačních poruch. Psychologické vyšetření stanoví úroveň rozvoje mentálních schopností, a to již v raném kojeneckém věku. Erudovaný dětský psycholog může provést v indikovaném případě psychologické vyšetření již u novorozence. U novorozenců a kojenců je nutné pravidelné měření obvodu hlavičky. Naměřená hodnota se hodnotí pomocí grafu nebo tabulky. Pokud přesahuje dvě směrodatné odchylky ve smyslu plus nebo minus, jedná se pravděpodobně o patologický stav. Dále je na lebce sledována velikost a napětí velké fontanely, přítom-

nost a velikost malé fontanely, přítomnost a rozestup lebních švů.

Časná intervence ve formě komplexní rehabilitační péče (fyzioterapie – reflexní rehabilitace dle profesora Vojty a jiné metody) při prvních známkách poruchy vývoje může psychomotorický vývoj dítěte pozitivně ovlivnit zásadním způsobem. Psychologické vyšetřování může odhalit disharmonický vývoj osobnosti dítěte a indikovat vývojovou intervenci, realizovanou ve spolupráci rodičů se speciálním pedagogem. Ke komplexní péči dále patří posuzování školní zralosti, pomoc postiženým dětem v integraci do společnosti, problematika očkování rizikových dětí.

Cílem činnosti centra vývojové péče je minimalizace následků perinatálního postižení rizikových dětí, integrace do rodiny, vzdělávacího systému a celé společnosti, a umožnit tak postiženému jedinci participovat na blahobytu společnosti. Nástrojem je komplexní péče, která začíná v novorozeneckém období a kontinuálně pokračuje do předškolního věku, eventuálně dále.

■ Pacienti zařazovaní do dlouhodobého sledování

Pro zařazení do dlouhodobého sledování je důležitá porodní hmotnost, gestační stáří, ale také přítomnost určité diagnózy.

Skupiny pacientů, kterých se dlouhodobé sledování týká, jsou:

- 1) novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností (pod 1500 g),
- 2) novorozenci hypotrofičtí,
- 3) novorozenci po porodní asfyxii s neonatální encefalopatií,
- 4) novorozenci s vrozenými vývojovými vadami,
- 5) novorozenci s diagnózou: syndrom dechové tísně, bronchopulmonální dysplazie, meningitidy/encefalitidy, hemolytická nemoc novorozence, stav po výměnné transfuzi.

Společným jmenovatelem pro zmíněné novorozence je pobyt na jednotkách intenzivní péče.

Oblasti dlouhodobého sledování můžeme shrnout v následujících bodech:

- 1) Sledování psychomotorického vývoje, časný záchyt rozvoje neurologických odchylek – centrální tonusové a koordinační poruchy, záchyt epileptických projevů ve spolupráci v neurologem.
- 2) Indikace k zahájení a vedení fyzioterapie (ve spolupráci s fyzioterapeutkami).
- 3) Další USG kontroly mozku u dětí se závažnými perinatálními USG nálezy.
- 4) Sledování růstové křivky, hmotnosti a BMI, indikace k léčbě růstovým hormonem u hypotrofičtých novorozenců, u kterých nenastalo postnatální růstové urychlení. Odeslání na dětskou endokrinologii ve 2–3 letech věku.
- 5) Psychologické sledování u vybraných dětí s poruchami chování, časná diagnostika ADHD, podpora a vedení rodičů ve výchově těchto dětí. Raná péče speciálně pedagogická.
- 6) Pokračování v prevenci osteopatie nedonošených. K tomu slouží podávání subsituce kalcia a fosfátu v tobolkách v indikovaných případech, pravidelné sledování odpadů kalcia a fosfátu do moče a odhalení možného rozvoje rachitidy u rychle rostoucího dítěte.
- 7) Vedení léčby domácí oxygenoterapie u dětí s diagnózou bronchopulmonální dysplazie, její dávkování a ukončení.
- 8) Očkování – indikace k zahájení, úprava očkovacího kalendáře vzhledem k gestačnímu stáří a morbiditě dítěte. V posledních letech zajištění imunizace vybraných novorozenců s diagnózou bronchopulmonální dysplazie monoklonální protilátkou proti RS virové infekci (Synagis – palivizumab). Jedná se o pasivní imunizaci, je možno ji podávat bez ohledu na probíhající očkování jinými vakcínami.

Literatura u autorů

Nestlé - Beba 2 AR



Anémie v novorozeneckém a kojeneckém věku

MUDr. Eva Dortová

Neonatologické oddělení FN Plzeň

Souhrn

Následující sdělení upozorňuje na fyziologické změny v krevním obraze v novorozeneckém a časném kojeneckém období a shrnuje nejčastější příčiny, diferenciální diagnostiku a klinické příznaky anémie, se kterými se setkává praktický lékař pro děti a dorost. Při sledování novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností se nejčastěji jedná o anémii z nezralosti, anémii z nedostatku železa, u novorozenců donošených je závažná problematika související s hemolytickou anémií v důsledku imunní izoimmunizace v ABO a Rh systému.

Produkce embryonálního a fetálního hemoglobinu začíná již 14. den po koncepci ve žlutkovém vřívku embrya a mizí v 11. týdnu gestace. Hematopoéza v ostatních tkáních začíná po jejich kolonizaci kmenovými buňkami ze žlutkového vřívku, a to od 5. týdne v játrech, od 8. týdne ve slezině a lymfatických uzlinách. Další orgány, kde probíhá erythropoéza, jsou ledviny, thymus a pojivové tkáně. Erythropoéza v kostní dřeni začíná v 11. týdnu a po 24. týdnu nahrazuje erythropoézu jaterní tkáně. Produkce erythropoetinu se objevuje v 11. týdnu v játrech a ve 3. trimestru v ledvinách, jeho produkce významně stoupá po 34. týdnu gestace. Vysoké hladiny jsou zjišťovány u hypoxických fetů. U dospělých je poločas přežívání erytrocytů 120 dní, v období novorozeneckém a časném kojeneckém je významně kratší, u donošených novorozenců 90 dní a nedonošených dokonce jen 60 dní. V dalších týdnech po porodu dochází k poklesu hodnoty hemoglobinu, který se označuje termínem fyziologická anémie. Fyziologická hladina hemoglobinu je v 2.–3. měsíci 95–110 g/l.

Změny v krevním obraze bezprostředně po porodu a v prvním roce života zobrazuje tabulka 1 a 2.

Anémie je nedostatečná koncentrace červených krvinek a hemoglobinu v krvi a její těžké formy vedou k hypoxii a acidóze tkání. Při chronické anémii je nízká hladina hemoglobinu často dobře tolerována. Klinicky se projevuje bledou pokožkou, při hemolytické anémii ikterickým zbarvením

a hepatosplenomegalii. Známkou klinicky závažné anémie je neprosívání dítěte (menší hmotnostní přírůstky, než je norma), později přistupují kardiopulmonální potíže – tachypnoe a tachykardie. Akutní ztráta se projevuje rozvojem posthemoragického šoku – porucha periferní perfuze, bledost, hypovolemie, hypotenze, tachypnoe, tachykardie, hypoxemie.

Laboratorní diagnostika anémie je postavena na vyšetření Hb, HTK a erytrocytů ve srovnání s normálními hodnotami stanovenými pro postkoncepční a postnatální věk. Další vyšetřování zahrnuje nátěr krevního obrazu k posouzení morfologie erytrocytů, stanovení počtu retikulocytů, vyšetření krevní skupiny a Coombsova testu, imunních protilátek u matky, hemokoagulační vyšetření, hladiny železa, transferinu, ferritinu, solubilních transferinových receptorů, hladiny EPO, virologie atd.

Při diferenciálně diagnostické rozvaze pomůže rodinná anamnéza. Výskyt anémie u dalších členů rodiny, epizody náhlé žloutenky, žlučníkové kameny, údaj o splenektomii bývá u vrozených hemolytických anémií. Etnický původ z okolí Středozevního moře najdeme u thalasemie. Užívání léků kolem porodu (antimalarika, antipyretika, analogy K vit...) může vyvolat první ataku hemolýzy při deficitu glukozo-6-fosfát dehydrogenázy. Z porodnických údajů je důležitá viróza v průběhu gravidity, vaginální krvácení, placenta praevia, vasa praevia, abrupce placenty, ruptura pupečníku.

V diferenciální diagnostice pomáhá i stáří vzniku anémie. Těsně po narození se projev anémie způsobená krvácením, TTT syndrom (twin to twin transfusion), izoimmunizace (hlavně Rh), infekce (parvovirus B19). V prvních 2 dnech zevní či vnitřní krvácení. Po 2 dnech hemolytická nemoc ABO, sferocytóza. Později se rozvíjí anémie z nezralosti, hypochromní mikrocytární anémie, vrozená čistá aplasie erythropoézy (Blackfan-Diamondova anémie) atd.

■ Základní rozdělení anémií

- 1) Ze ztrát – posthemoragické (akutní, chronické).
- 2) Ze snížené produkce (anémie z nezralosti, aplastické anémie).
- 3) Opožděné vyzrávání erytrocytů (nedostatek maturationálních faktorů. Fe, B12).
- 4) Ze zkráceného přežívání: hemolytické, imunologický konflikt (ABO, Rh hemolytická nemoc) vrozené hemolytické anémie (sferocytóza, deficit glukozo-6-fosfát dehydrogenázy).

V časném novorozeneckém období se setkáme nejčastěji s anémií ze ztrát a ze zkráceného přežívání.

Posthemoragická anémie může být z příčin externích a je v důsledku krvácení z pupečníku nebo do GIT a příčin interních (kefalhematom, nadledviny, slezina, fraktury). Velmi specifickou anémií u novorozence jsou anémie při syndromu TTT (twin to twin transfusion), kdy je anemické dvojče donorem a polycytemické dvojče recipientem. Během těhotenství může dojít ke krevním ztrátám fetu do oběhu matky – fetomaternální transfuzi. Objektivizuje se stanovením fetálního hemoglobinu u matky.

Izoimunní hemolytická anémie vzniká, když fetální krvinky nesoucí antigen otcovského původu, který matka nemá (nejčastěji anti D u Rh hemolytických nemocí), vyvolají v její cirkulaci tvorbu IgG protilátek. Tyto protilátky přestupují

Tab. č. 1: Změny v krevním obraze bezprostředně po porodu

	děloha	po porodu
saturace Hb kyslíkem	0,45	0,95
hladina erythropoetinu	vysoká	neměřitelná
retikulocyty (%)	3–7	0–1
Hb (g/l)	168	184
HTK (%)	53	58



placentu a způsobují hemolýzu fetálních krvinek. Vzhledem k podávání anti Rh protilátek Rh negativním matkám po porodu se snížilo množství novorozenců postižených těžkou formou RH hemolytické nemoci vyžadující výměnnou transfuzi po narození. Při vzestupu titru protilátek u těhotné v graviditě je indikováno provedení někdy i opakovaných intrauterinních transfuzí na specializovaném pracovišti. U těchto novorozenců se rozvíjí postnatálně anémie, která vyžaduje intenzivní sledování po dobu 2–3 měsíců, dokud nedojde k odbourání všech senzibilizovaných erytrocytů z oběhu. V tomto období se osvědčuje podávání erythropoetinu. Hladina železa bývá vysoká. Při nutnosti krevní transfuze nutno podat O Rh negativní krev.

Získané hemolytické anémie vznikají při infekci a septicemii, jsou způsobeny autohemaglutinací, autohemolysiny. Jiným důvodem jejich vzniku je nedostatek vitamínu E u nezralých novorozenců.

V období pozdním novorozeneckém a kojeneckém se setkáváme s anémií ze snížené produkce a opožděného vyzrání erytrocytů.

V první řadě se jedná o **anémii z nezralosti**. Její časná forma je charakterizovaná primárně nízkou hodnotou hemoglobinu s nízkou hladinou erythropoetinu, která dále progreduje v kombinaci s opakovanými odběry krevních vzorků. Při pozdní formě přistupuje k nedostatečné erytropoéze i rychlý růst a nedostatek železa. Anémie z nezralosti je běžná u novorozenců narozených před 35. týdnem gestace. Jedná se o normochromní, normocytární anémii s nízkým počtem retikulocytů, která se objevuje mezi 3.–6. týdnem po narození.

Většinou je dobrá tolerance i velmi nízkých hodnot hemoglobinu a hematokritu u řady dětí. Na klinickou závažnost upozorňují kardiopulmonální problémy (tachypnoe, tachykardie, aponické pauzy), letargie, líné pití, plochá hmotnostní křivka, při kontrole acidobazické rovnováhy metabolická acidóza.

V prevenci rozvoje anémie z nezralosti je významná role porodníka, pokud využije placentární transfuzi. Optimální dávka placentární transfuze je 70–75 ml/kg, což odpovídá době 30–60 sekund od vybavení plodu do podvázání pupočního pahýlu. Riziky placentární transfuze u silně nezralého novorozence jsou opožděná resuscitace, hypervolemie, hyperviskozita, hyperbilirubinémie, přínosem naopak lepší hodnoty glykemie, TK, méně ionotropní podpory, méně infekcí, méně transfuzí. Úkolem neonatologa je redukovat během hospitalizace na JIP u dítěte množství krevních odběrů na nutné minimum.

V léčbě anémie z nezralosti využíváme erythropoetin ve formě subkutánních injekcí, dále sub-

Tab. č. 2: Změny Hb, HTK a retikulocytů v prvním roce				
	1 den	2 týdny	3 měsíce	1 rok
Hb (g/l)	150–200	140–170	95–110	120–130
HTK	58–69	50–60	30–32	32–35
Retik. (%)	3–5	0–2	0,1–0,2	0,1–1,5

stráty a maturační faktory erytropoézy (kyselina listová, vitamíny E, B6, B12). Suplementace železa je většinou nutná od 2. měsíce života. Pro kvalitní erytropoézu je nutný také proteinový substrát, který zabezpečuje výživa formulí pro nedonošené (doporučujeme do hmotnosti 4,5 kg), u kojenných dětí přídavek Breast milk fortifier. Krevní převod je indikován zcela individuálně podle klinického stavu.

V novorozeneckém a časném kojeneckém období se mohou samozřejmě dále manifestovat jiné, vzácnější vrozené anémie (sférocytóza, thalasemie, Blackfan–Diamondova anémie, Fanconiova anémie, deficiencie glukozo-6-fosfát dehydrogenázy...).

Metabolismus železa u novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností

Nedostatek železa je nejčastější příčinou anémie v dětství. Anémie z nedostatku železa se objevuje vždy, když růstová rychlost a nároky erytropoézy překročí momentální zásoby železa a jeho aktuální příjem stravou. Zásoby železa v době narození jsou v přímé souvislosti s porodní hmotností, donošený novorozenec má při porodu dostatečné zásoby na 4 až 6 měsíců života.

Novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností mají po narození menší zásoby železa na kg než donošený novorozenec v souvislosti se zkráceným vývojem v děloze a nízkou porodní hmotností. K tomu přistupuje postnatálně rychlý

růst a iatrogenní ztráty při odběrech v souvislosti s intenzivní péčí. Nedostatek železa způsobí hypochromní mikrocytární anémii, v periferním nátěru jsou malé krvinky různých tvarů, bývá často trombocytóza. Rozvoj nedostatku železa u novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností je často oddálen v souvislosti s nutností korekce anémie krevním převodem při intenzivní péči. Po opakovaných transfuzích v časném novorozeneckém období jsou zásoby železa dostatečné, často vysoké, proto je před zahájením suplementace železem nutné vyšetřit hladinu železa, ferritinu, transferinu, eventuelně solubilních plasma transferinových receptorů. V době propuštění do domácí péče při prokázaném nedostatku železa doporučujeme suplementaci 2–4 mg/kg/den, další sledování vývoje krevního obrazu je nutné 1× za 6 týdnů.

Literatura u autorky

IMUNITA • TRÁVENÍ

Swiss
Natural Sources®

LAKTOBACÍLKY™

malé cucací pastilky s výbornou
přírodní třešňovou chutí
pro mlsné dětské jazýčky
doplňek stravy



-  **pro rekonvalescenci po antibiotické léčbě**
-  **při zvýšeném riziku průjmů vyvolaných rotaviry a cestovních průjmů**
-  **pro posílení imunity**
-  **vhodné pro alergiky**
-  **při potížích dýchacích cest**



LAKTOBACÍLKY
probiotikum pro děti 

• 3 kmeny, 1 miliarda aktivních buněk
• použita **mikroenkapsulace** - záruka maximálního prostupu živých organismů do střeva

Více info: tel. 241 430 910 • www.swissherbal.cz



Hyperbilirubinemie z pohledu neonatologa

MUDr. Alice Mocková

Neonatologické oddělení FN Plzeň

Souhrn

Hyperbilirubinemie je charakterizována zvýšením hladiny sérového bilirubinu a žlutavým zbarvením kůže a sklér, které je způsobeno depozicí bilirubinu. Je to nejčastější problematika, se kterou se neonatologové setkávají. U většiny novorozenců se jedná o tranzientní nekonjugovanou hyperbilirubinemii. U malého procenta dětí však dochází k výrazné elevaci bilirubinu, která může mít za následek závažnou morbiditu. Časně propouštění novorozenců z porodnic klade větší nároky na správný monitoring dynamiky ikteru ze strany praktických lékařů pro děti a dorost.

Metabolismus bilirubinu

Ke správné interpretaci patogeneze ikteru je nutno znát základy metabolismu bilirubinu. Bilirubin je produkt katabolismu hemu, zhruba 80–90 % bilirubinu vzniká rozpadem červených krvinek nebo při neefektivní erytropoéze. Zbylých 20 % bilirubinu pochází z jiných hem – obsahujících bílkoviny (cytochromů, katalázy, myoglobinu). Rozpad hemu katalyzuje enzym hem-oxygenáza, vzniká při něm oxid uhelnatý (CO) a biliverdin. Enzym biliverdinreduktáza konvertuje biliverdin na bilirubin. Produkce bilirubinu může být tedy nepřímo měřena množstvím vydechovaného CO nebo hladinou karboxyhemoglobinu (COHb). Bilirubin se v plazmě váže na albumin a pouze malé procento Bi zůstává ve formě volného bilirubinu, který však má schopnost přestupu přes biologické membrány (včetně hematoencefalické). Bilirubin navázaný na albumin je transportován do jater, kde probíhá proces konjugace. Konjugací bilirubinu s kyselinou glukuronovou vznikají bilirubin diglukuronid a bilirubin monoglukuronid, proces je katalyzován enzymem difosfoglukonyl transferázou (UDG). Konjugovaný bilirubin, který je již rozpustný ve vodě, může být vyloučen aktivním procesem do žluče a poté do trávicího traktu. U novorozenců není na rozdíl od dospělých trávicí trakt osídlen bakteriemi, jejichž působením dochází v pozdějším věku k přeměně konjugovaného bilirubinu na

urobilin, tím je vysvětlena minimální produkce urobilinu v prvních dnech života dítěte. Střevní bakterie (zejména E. coli) redukují bilirubin na sterkobilin, který je vyloučen stolicí. Část konjugovaného bilirubinu je ve střevě dekonjugována enzymem beta – glukuronidázou a opět vstřebána do cirkulace (proces je nazýván enterohepatální oběh bilirubinu).

Fyziologická žloutenka novorozence je způsobena neonatálními odlišnostmi v metabolismu bilirubinu. Novorozenec má až 3× vyšší produkci bilirubinu než dospělý, což je dáno větším počtem erytrocytů s kratší dobou přežívání (v průměru 85 dní). Eliminační schopnost (clearance) bilirubinu je v tomto věkovém období rovněž nízká na základě nedostatečné aktivity enzymu UGT (clearance v 1 týdnu věku dosahuje v průměru 1 % aktivity dospělých, postupně se normalizuje). Hladinu bilirubinu dále zvyšuje i enterohepatální oběh, který je ovlivněn pomalejší pasáží GIT traktem a nedostatečným přívodem potravy u novorozence. Tyto změny resultují v mírnou nekonjugovanou hyperbilirubinemii, přítomnou u velkého procenta novorozenců. Existují rasové rozdíly v incidenci a době trvání žloutenky, které jsou vysvětleny polymorfismem genu pro enzym UGT (největší výskyt je u východních Asiatů, nejnižší u Afroameričanů). **Hodnota bilirubinu, při které dochází ke klinicky manifestnímu ikteru, je nad 85 umol/l.**

Fyziologická žloutenka je charakterizována rychlým vzestupem bilirubinu nejčastěji 3.–4. den po porodu a od 5. dne opět poklesem jeho hladiny. **Jako horní hranice je považována hranice 248 umol/l u kojených dětí a 195 umol/l u dětí nekojených.** Nepřetrvává déle než 2 týdny u donošených zdravých novorozenců.

Patologická žloutenka je způsobena řadou patologických podmínek, které vystupňovaly mechanismy zodpovědné za vznik žloutenky. Mezi příznaky nefyziologické žloutenky patří:

- výskyt v prvních 24 hodinách života,
- rychlý vzestup bilirubinu (3,4 umol/l za hodinu),
- přítomnost žloutenky u donošeného novorozence po 2 týdnech věku a po 3 týdnech u nedonošeného novorozence,
- hodnota konjugovaného Bi více než 20 % celkového Bi,
- každý ikterus u klinicky alterovaného novorozence.

Mezi rizikové faktory vzniku hyperbilirubinemie patří přítomná žloutenka u sourozence v předchozí graviditě, nízká porodní hmotnost, nedonošenost, nedostatečná výživa dítěte či diabetes matky. Je známo, že žloutenka se nachází ve vyšším procentu u kojených dětí.

Nejčastější **příčinou patologické žloutenky** novorozence je **zvýšená produkce bilirubinu** na základě vystupňované hemolýzy: Rh nebo ABO inkompatibilita, vrozené defekty membrány erytrocytů (př. sferocytóza), erytrocytární enzymatické defekty (př. defekt glukozo-6-fosfodehydrogenázy, pyruvátkinázy). Hemolýzou jsou provázány i neonatální sepse, předpokládá se, že zvýšený oxidativní stres poškozuje neonatální erytrocyty. Ke zvýšené tvorbě bilirubinu dochází při polycytemii, vzniklé např. při pozdním přerušení pupečníku nebo často pozorované u hypotrofnických dětí či u dětí diabetických matek. Sekvestrace krve do uzavřeného prostoru jako následek porodního poranění (kefalhematom, krvácení do nadledvin aj.) má za následek rovněž zvýšenou tvorbu bili-

Tab. č. 1: Laboratorní vyšetření při diferenciální diagnostice hyperbilirubinemie

základní vyšetření:	další vyšetření:
celkový a přímý bilirubin	morfologie ery
KS + Rh faktor matky a dítěte	osmotická rezistence ery
protilátky u matky	Hb elektroforéza
přímý Coombsův test	stanovení enzymů
CRP	v erytrocytech
krvsní obraz včetně diferenciálu	virologie, sérologie
jaterní testy (ALT, AST, ALP, GMT)	hemokultura, LP
moč a sed., kultivace moče	hormony štítné žlázy
vyš. metabolických vad	

Beiersdorf – citlivá dětská pokožka



rubinu. Další příčinou patologické žloutenky je **porucha eliminační schopnosti jater** (snížená clearance bilirubinu), způsobená vrozenými defekty enzymu glukuronyltransferázy (UGT). U **Crigler-Najjarova syndromu I. typu** (dědičnost autozomálně recesivní) je nepřítomnost enzymové aktivity UGT provázena závažnou hyperbilirubinemií, vyskytující se již v prvních dnech života. Novorozenci jsou ohroženi jádrovým ikterem a často umírají v prvním roce života. Řešením jsou výměnné transfuze a ev. transplantace jater.

II. typ Crigler-Najjarova syndromu se vyznačuje sníženou aktivitou enzymu UGT, reaguje na terapii fenobarbitalem (zvyšuje aktivitu UGT), žloutenka bývá méně výrazná. **Gilbertův syndrom** je nejčastější dědičná porucha glukuronidace bilirubinu. Mutace genu UGT1A1 způsobuje sníženou produkci UGT, vedoucí k nekonjugované hyperbilirubinemii. Existuje poměrně vysoká incidence heterozygotů v populaci pro tuto mutaci (např. v USA až 42 %), avšak pouze homozygotní novorozenci mívají vyšší incidenci výskytu žloutenky v prvních dnech života. Hyperbilirubinemie ve vzácných případech dosahuje i vysokých hodnot, jsou-li přítomny i další potencující faktory (zvýšený enterohepatální oběh aj.). V pozdějším věku se intermitentní žloutenka objevuje většinou až od 10. roku, je doprovázena různými symptomy (nauzea, unavitelnost, bolesti břicha). Infekce a hladovění žloutenku zhoršují. Syndrom je benigní a nevyžaduje léčení.

Nejčastější příčinou **zvýšeného enterohepatálního oběhu** je snížená střevní peristaltika, způsobená funkčními či anatomickými odchylkami střeva. Poruchu enterohepatálního oběhu nacházíme u další klinické jednotky – **žloutenky z nedostatku mateřského mléka**. Tato problematika vzniká v situaci, kdy se nedaří nastolit efektivní kojení, často k tomu přispívá krátký pobyt v porodnicích. Mezi maternální faktory podporující vznik žloutenky patří špatná technika kojení, rezultující v poškození bradavek, stres a vyčerpání matky a obavy ze selhání. Neonatální faktory zahrnují inefektivní sání, často pozorované u lehce nezralých novorozenců. Nedostatek mateřského mléka vede k většímu hmotnostnímu úbytku mezi 3. až 5. dnem života novorozence, může způsobovat hypovolemii a hypernatremii (hodnota sodíku v séru vyšší než 150 mmol/l). Od této klinické jednotky je nutno rozlišit **žloutenku kojených dětí**. Typicky se objevuje 5. den po porodu, vrcholí do dvou týdnů postnatálně a mezi 3. a 12. týdnem opět dochází k poklesu bilirubinu k normálním hodnotám. Možným patogenetickým zdůvodněním žloutenky je vyšší hladina beta glukuronidázy v mateřském mléce. Tento enzym způsobuje dekonjugaci bilirubinu ve střevě, a tím zvyšuje jeho reabsorpci v enterohepatálním oběhu.

Klinicky se hyperbilirubinemie projevuje

je žlutavým zbarvením, nejdříve obličej a čela (k rozpoznání může napomoci lehký tlak na kůži, kterým redukuje lokální prokrvení), dále postupuje žloutenka směrem kaudálním a postihuje trup a končetiny, ústup je směrem opačným. Z intenzity žloutenky nelze usuzovat na výši hladiny bilirubinu. Vyšetření zbarvení kůže novorozence by mělo probíhat v dobře osvětlené místnosti, nejlépe při denním světle. Žlutavé zbarvení kůže je většinou jediným patologickým nálezem, u většího hmotnostního úbytku můžeme najít známky mírné dehydratace (zejména u dětí se známkami Cliffordova syndromu, vyvolaného placentární dysfunkcí). Žloutenka provázená hepatomegalií a petechiemi může být spojena s kongenitální infekcí, neonatální sepsí či hemolytickou nemocí novorozence.

Poněvadž bilirubin je považován za potenciální neurotoxin, změny ve svalovém napětí (apatie, hypotonie nebo naopak zvýšená iritabilita a hypertonie), vysoce laděný pláč nebo dokonce křeče jsou varovné příznaky, vyžadující u dítěte okamžité laboratorní vyšetření a odpovídající terapeutická opatření.

Riziko **akutní bilirubinové encefalopatie** se zvyšuje s hodnotami přes 350 umol/l u donošených dětí. Nekonjugovaný volný bilirubin, který není vázaný na albumin, pronikne do CNS, kde může způsobit apoptózu (programovaná buněčná smrt) či nekrozu buněk. Akutní bilirubinová encefalopatie může být buď reverzibilní, nebo má za následek ireverzibilní neurologické poškození. Její průběh je možno rozdělit do 3 fází. V první fázi (většinou v prvních dnech života) je u novorozence pozorována letargie, hypotonie, zhoršené pití a vysoce laděný pláč. Jestliže nedojde k intervenci, přichází další fáze charakterizovaná zvýšenou dráždivostí a horečkou. Dítě se stáčí do opistotonu a zaklání hlavu (retrocollis). Řešením této fáze je okamžitá výměnná transfuze. Ve 3. fázi se objevuje stupor, koma, křeče a event. smrt.

Není-li akutní bilirubinová encefalopatie adekvátně léčena, vyvíjí se v prvním roce života dítěte chronické a nevratné poškození mozku, které se v anglosaské literatuře nazývá **kernicterus (jádrový icterus)** – bilirubin poškozuje především oblast bazálních ganglií, dále má afinitu ke sluchovému nervu. Mezi klinické projevy jádrového ikteru patří choreoatetoidní křeče (chorea, tremor, ballismus), senzorická ztráta sluchu, poruchy pohledu vzhůru, dentální abnormality (porucha vývoje skloviny). Kognitivní funkce jsou relativně zachovány.

■ Konjugovaná hyperbilirubinemie v novorozeneckém a kojeneckém věku

Je vždy patologická a představuje často obtížný diagnostický problém. V laboratorních vyšetřeních nacházíme konjugovanou hyperbilirubinemii

(tzn. hodnota přímého bilirubinu je větší než 20 % celkového bilirubinu). Pro novorozenecký a časný kojenecký věk je příznačné, že i zánětlivá onemocnění jater jsou spojena s větší či menší poruchou odtoku žluči, takže klinicky se projevují jak záněty, tak obstrukce žlučových cest stejně: ikterem, tmavou močí, světlými až acholickými stolicemi a obvykle mírnou hepatomegalií. **Příčinou nekonjugované hyperbilirubinemie** mohou být:

- **prenatální i postnatální infekce virové etiologie** (rubeola, cytomegalovirus, herpes, vzácně hepatitis B, ev. C, varicella, echovirus), ev., toxoplasmóza;
- **bakteriálně podmíněné postnatální sepse** (postihující zejména uropoetický systém);
- **metabolické a genetické poruchy** (galaktosemie, fruktosemie, hypotyreoza, deficit alfa1 antitrypsinu, Zellwegerův syndrom, Dubin-Johnsonův syndrom, Rotorův syndrom, cystická fibróza);
- **VVV žlučových extrahepatálních žlučových cest** (ageneze, atrezie nebo obstrukce);
- **patologie intrahepatálních žlučových cest** (výrazná redukce počtu interlobulárních žlučovodů, způsobená primární poruchou jejich vývoje nebo pozánětlivou destrukcí, Alagillův syndrom);
- dlouhodobá **parenterální výživa**;
- toxické, hypoxické nebo polékové poškození jater;
- syndrom neonatální hepatitis (onemocnění neznámé etiologie se vzácným familiárním výskytem).

Laboratorní vyšetření – u mírného subikteru je možno sledovat intenzitu žlutého zbarvení kůže pomocí **transkutánní bilirubinometrie**. Tato metoda je založena na vícevlíkové spektrální reflektanci, která při průchodu světelného paprsku kůží umožní odlišit optické denzity bilirubinu, oxyhemoglobinu, deoxyhemoglobinu a melaninu v subkutánních vrstvách dítěte, a stanovit tak hodnotu bilirubinu. Slouží ke sledování dynamiky hodnoty bilirubinu u konkrétního pacienta. I když výrazně omezí nadměrné odběry krve, nenahrazuje plně stanovení hodnoty bilirubinu v krvi. Není ji možné použít u dětí, které jsou léčeny fototerapií. U fyziologické žloutenky bývá určení bilirubinu jediným nutným laboratorním vyšetřením. V přítomnosti patologických faktorů (výskyt žloutenky před 1. nebo po 3. dnu života nebo žloutenka s rychlou progresí, bledý kolorit kůže, přidružené známky chorob, perzistující žloutenka po 2. týdnu života aj.) by měla být provedena další upřesňující vyšetření.

Součástí vyšetřovacího algoritmu je **ultra-zvukové vyšetření CNS a břicha** (k vyloučení přítomnosti extravazátů – krvácení do nadledvin, intrakraniální krvácení apod.), **jater a žlučo-**

Hero - A4 – HA mléka



vých cest (nepřítomnost žlučnicku může svědčit o atřezii). Ke zhodnocení průchodnosti žlučových cest se používá scintigrafie nebo endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP). Jaterní biopsie je indikována při podezření na neonatální hepatitis.

U všech dětí se závažnou hyperbilirubinemií by měly být vyšetřeny otoakustické emise (OAE), sloužící ke zhodnocení sluchu novorozence. Vyšetřením kmenových evokovaných potenciálů (BERA – brainstem auditory-evoked potentials) vyloučíme senzoeurální poruchu sluchu.

Terapie nekonjugované hyperbilirubinemie je zahajována a řízena dle **indikačního grafu podle Hodra**. Na horizontále tohoto grafu je uveden věk dítěte v hodinách, na vertikále jsou hodnoty bilirubinu v $\mu\text{mol/l}$. Spojením daného věku novorozence a aktuální hodnoty bilirubinu získáme bod, který se nachází v určitém indikačním pásmu (I.–V. pásmo). Dle indikačních pásem rozhodneme, zda a jak často budeme hodnoty bilirubinu kontrolovat, zda je indikováno zahájení fototerapie, nebo je nutno již přistoupit k výměnné transfuzi. Graf současně zohledňuje i gestační stáří dítěte. Směrodatná je hladina celkového bilirubinu, konjugovaný bilirubin se neodečítá.

Jedna ze základních metod léčby nekonjugované hyperbilirubinemie je **fototerapie (FTT)**, při které je kůže dítěte vystavena účinkům světla o specifické vlnové délce. Světelné záření redukuje různými mechanismy hladinu celkového bilirubinu. Základním mechanismem je tzv. strukturální izomerizace, která mění bilirubin na ve vodě rozpustný lumirubin. Ten je vylučován bez předchozí konjugace žlučí a močí. Při fototerapii je dále část bilirubinu přeměněna fotoizomerizací na méně toxický izomer bilirubinu (4Z, 15E), který je rovněž vylučován žlučí, fotoxidace konvertuje bilirubin na produkty vylučované močí. Účinnost fototerapie je ovlivňována typem světla (užívají se světelné zdroje o vlnové délce 425–475 nm) a vzdáleností mezi zdrojem světla a dítětem (bývá dána výrobce). Ozařovaná plocha kůže by měla být co největší (dítě pod FTT by mělo být nahé a bez plenek, střídavě leží v poloze na zádech a na břiše), oči dítěte musejí být kryty neprůsvitným materiálem, aby se zabránilo poškození sítnice. Poněvadž během FTT dochází k větším ztrátám tekutin (insenzibilní ztráty vody kůží), je nezbytné dbát na dostatečný perorální příjem mléka a včas indikovat parenterální přísun tekutin dítěti. Ani u plně kojených novorozenců, kteří byli přijati k rehospitalizaci pro žloutenku kojených dětí, není vhodné přerušovat kojení.

Kontroly základních životních funkcí (puls, dech, teplota) a četnost močení a stolic jsou prováděny sestrami v daných intervalech. Po ukončení FTT je možno očekávat tzv. rebound fenomén – vzestup bilirubinu na 60 % původní

hodnoty (vysvětlením je vyrovnání hladin mezi extracelulárním prostorem – kůže – a krevním řečištěm). Proto je vhodné ponechat dítě k dalšímu sledování dynamiky bilirubinu v nemocniční péči ještě 24 hodin po skončení fototerapie.

K nežádoucím účinkům FTT patří poruchy termoregulace (podchlazení, přehřátí), dehydratace, přechodný erytém kůže a exantém, změny charakteru stolice, bronzový ikterus a v neposlední řadě negativní efekt na vazbu matka–dítě s následným poklesem laktace.

I když názor, že expozice dítěte slunečnímu záření snižuje intenzitu žloutenky, přetrvává dlouhodobě mezi laiky a bohužel někdy i mezi zdravotníky (!), je **nutno tuto metodu zavrhnout jako zdraví ohrožující** (možnost podchlazení dítěte či naopak přehřátí a spálení na slunci). V odborné literatuře nebyla za posledních 20 let publikována ani jediná vědecká práce, která by helioterapii doporučovala.

Metoda, kterou je možno přímo odstranit bilirubin z krve, se nazývá **výměnná transfuze**. Jedná se o léčebný výkon, při kterém je odebráno předem vypočítané množství krve novorozence (většinou 180 ml/kg hmotnosti) a je nahrazeno stejným množstvím krve dárce. Výměnná transfuze je indikována při závažné formě hemolytické choroby novorozence buď časně po porodu, nebo při stoupajících hodnotách bilirubinu, které není možno snížit jinými metodami. Při hemolytických procesech, které byly vyvolány izoimunitací (např. v Rh, Kell, ABO systému), odstraní výměnná transfuze současně i cirkulující protilátky a erytrocyty, senzibilizované těmito protilátkami. Provedení výměnné transfuze je doménou vysoce specializovaných novorozeneckých pracovišť a může být provázeno řadou komplikací, např. DIC, trombóza veny portae, infekce, abnormality elektrolytů, arytmie aj.).

U novorozenců s izoimunitní hemolytickou nemocí mohou být podány **intravenózní imunoglobuliny (IVIG)**. Předpokládá se, že IVIG svou vazbou na receptory erytrocytů zablokují vazebná místa pro imunní protilátky, a zabrání tak hemolýze červených krvinek. IVIG se podávají v pomalé infuzi v dávce 500 mg/kg hmotnosti novorozence.

U **konjugované hyperbilirubinemie** se terapie řídí vyvolávající příčinou, bývá indikováno podání kyseliny ursodeoxycholové, která zvyšuje průtok žluči a pomáhá snížit hladinu bilirubinu. Fototerapie se u tohoto typu žloutenky neužívá.

Po propuštění z nemocničního zařízení musí být novorozenec převzat do péče praktickým lékařem pro děti a dorost a zejména u dětí, u kterých byla prováděna fototerapie a které jsou rizikové pro další vývoj hyperbilirubinemie, by měla být kontrola v domácím prostředí provedena co nejdříve.

■ Algoritmus při řešení hyperbilirubinemie

1. odlišení fyziologického a patologického ikteru.

2. na základě anamnézy a klinického vyšetření

stanovit pracovní diagnózu:

zhodnocení anamnézy (KS a Rh matka + dítě, Coombsův test, protilátky u matky, ikterus u sourozence? průběh porodu – *cave asfyxie, porodní traumata, cave novorozenci s nízkou porodní hmotností a nedonošení*, žloutenka již v porodnici? FTT – jak dlouho?), **typ výživy** – kojení × počáteční formule;

klinický stav dítěte (hmotnostní přírůstky, stav hydratace, chování – dráždivost × nadměrná spavost, apatie, počet pomocných plen, četnost a barva stolic, přítomnost další patologie, hepatosplenomegalie, poruchy termoregulace);

typ ikteru – pomerančový, citronový, verdinový, barva kůže – bledost, polycytemie.

3. **cílenými laboratorními vyšetřeními** upřesnit typ hyperbilirubinemie – tab. č. 1.

Většinu základních vyšetření může ordinovat praktický lékař pro děti a dorost, další vyšetření jsou poté prováděna vyššími pracovišti. K hospitalizaci je nutné odeslat dítě, které splňuje podmínky pro fototerapii dle indikačního grafu dle Hodra (např. pokud se jedná o fyziologického donošeného prospívajícího novorozence **bez zvýšeného rizika pro hyperbilirubinemii, je po 96 hodinách života indikována fototerapie při hladině bilirubinu 310 $\mu\text{mol/l}$**), nebo je-li přidružena další patologie (neprospívání, infekce aj.).

Prognóza dětí s nekonjugovanou hyperbilirubinemií adekvátně léčených je dobrá s žádnými či minimálními následky. U dětí s prokázanou izoimunitací je nutno vyšetřit v 6 týdnech krevní obraz a odhalit tak možnou anémii. Anémie bývá normocytární normochromní a dle stupně závažnosti může být korigována aplikací erythropoetinu, v ojedinělých případech transfuzí krve. Pacienti se závažnou hyperbilirubinemií spojenou s dlouhotrvající fototerapií či s výměnnou transfuzí by měli mít vyšetřené otoakustické emise. Pečlivé sledování psychomotorického vývoje je u těchto dětí samozřejmostí.

Závěrem je možno konstatovat, že hyperbilirubinemie by měla být v centru pozornosti všech lékařů pečujících o novorozence a kojence a nesmí chybět ani zevrubná informace rodičům o závažnosti této problematiky. Jen tak je možno předejít závažným následkům pro dítě, pramenícím z nepoznané, opominuté či nesprávně léčené hyperbilirubinemie.

Literatura u autorů



Závažné vrozené vývojové vady v novorozeneckém věku

MUDr. Pavel Huml, MUDr. Alice Mocková, MUDr. Eva Dortová

Neonatologické oddělení FN Plzeň

Souhrn

Vrozené vývojové vady (VVV) jsou významným faktorem, který ovlivňuje neonatální mortalitu a morbiditu. Novorozenecká úmrtnost v České republice byla v roce 2007 1,78‰, bez VVV je novorozenecká úmrtnost 1,22‰. VVV jsou třetí nejvýznamnější příčinou úmrtí v novorozeneckém věku (infekce 31%, hypoxie 30% a VVV 27%). Incidence VVV v České republice je 2–3%, v Plzeňském kraji dosahuje až 3–4%. V našem sdělení bychom chtěli přispět přehledným, stručným návodem v poskytování péče o novorozence se závažnou VVV.

V současnosti je snahou lékařů diagnostikovat vrozené vady především prenatalně. U závažných vad, které jsou neslučitelné s postnatálním životem nebo jej výrazně limitují, je nezbytné rodičům vysvětlit prognózu dítěte, v závislosti na gestačním věku plodu, eventuálně zvážit umělé přerušování těhotenství. Ženy s pokračujícím těhotenstvím se závažnou VVV plodu by měly být sledovány v perinatologických centrech, kde by měl proběhnout i porod dítěte. Prenatální diagnostiku zajišťují především gynekologicko-porodnická pracoviště a oddělení lékařské genetiky pomocí biochemických markerů a ultrazvukového vyšetření. Mezi ultrazvuková screeningová vyšetření patří stanovení nuchální translucence (NT), vyšetření nosních kůstek (NB) a později odhalení morfologických odchylek plodu. Biochemický screening zahrnuje stanovení PAPP-A (pregnancy-associated plasma protein A), volného beta hCG (lidský choriový gonadotropin) a AFP (alfa-1-fetoprotein). Při zjištění odchylky od normy při těchto vyšetřeních pak následují doplňkové diagnostické testy, které rozdělujeme na neinvazivní a invazivní. Mezi neinvazivní metody vyšetření zařazujeme kontrolní sonografii na specializovaném pracovišti, prenatalní echokardiografii, nukleární magnetickou rezonanci (NMR) plodu. Z krve matky je možno vyšetřit fetální jaderné erytrocyty, extracelulární fetální DNA a fetální mRNA. Jen v přísně indikovaných případech se zařazují do diagnostiky invazivní prenatalní testy. Mezi invazivní vyšetření se řadí např. odběr choriových klků, amniocentéza, kordocentéza, placentocentéza a fetoskopie.

Všechny vady nelze prenatalně diagnostikovat. V řadě případů není diagnóza závažné VVV stanovena před 24. týdnem gestace.

V případě narození dítěte s VVV je nutná úzká spolupráce porodníka, neonatologa, genetiky a dalších specialistů, aby byla novorozenci zajištěna optimalizace řešení VVV. Se závažnými VVV se setkávají všichni lékaři, i ti, kteří pracují mimo perinatologická centra. Ani závažné vady nemusí být vždy prenatalně diagnostikovány, buď z důvodu chybně interpretovaných prenatalních nálezů, nebo z nedostatečné prenatalní péče matky (narkomanky, sociálně slabé rodičky, cizinky apod.).

■ Přehled nejčastějších závažných VVV podle jednotlivých systémů

1. *centrální nervový systém* – hydrocefalus, encefalokéla, meningomyelokéla.
2. *gastrointestinální trakt* – atřezie jícnu, kongenitální diafragmatická hernie, atřezie duodena, atřezie anu, omfalokéla, gastroschiza.
3. *kritické srdeční vady* – vady cyanotické a vady se srdečním selháním.
4. *urogenitální trakt* – zadní chlopeč uretry, multicystická dysplazie ledvin, hydronefróza.
5. *respirační trakt* – atřezie choan, hypoplazie plic, kongenitální plicní emfyzém.

■ Ad 1) Centrální nervový systém Hydrocefalus

Vada vyskytující se v incidenci 3–6 na 10 000 novorozenců. Podezření na diagnózu můžeme mít již z klinického vyšetření. Změření obvodu hlavy nás směřuje k diagnóze. Podezření potvrdíme sonografickým vyšetřením, event. NMR mozku. Počítačová tomografie (CT) mozku je v tomto věku kontraindikována. V prvním a druhém trimestru gravidity je diagnostikována tato vada u 2/3 pacientů. Novorozence ošetřujeme na pra-

covišti, na kterém je možná úzká spolupráce s dětským neurochirurgem. Včasná derivace moku výrazně ovlivňuje prognózu dítěte. Neurochirurg založí buď přechodně podkožní reservoir, anebo provede definitivní vyřešení vady, kterým je ventrikuloperitoneální (VP) drenáž. Mortalita této VVV v časném období je 1 %, avšak v pozdějším období dochází k častým infekčním a technickým komplikacím. Udává se, že normální hodnoty IQ dosahuje až 70 % dětí se včasným zavedením VP drenáže.

Meningomyelokéla

Incidence onemocnění je 6–12 na 10 000 novorozenců. Diagnostika vychází z klinického nálezu. K upřesnění poměrů v meningokéle provádíme sonografické vyšetření nebo vyšetření NMR. Po narození je nezbytné sterilní krytí meningomyelokély a vlhčení roušky fyziologickým roztokem, poloha dítěte na boku či na břiše a zabránění protržení vaku kély. *Kontraindikována je dezinfekce kély.* Neurochirurg pak provede plastiku meningomyelokély. V pooperačním období se až u 80–90 % pacientů s meningokélou rozvine hydrocefalus, trvá chabá paraparéza dolních končetin a inkontinence. Psychomotorická retardace bývá u 1/3 dětí s tímto postižením.

Encefalokéla

Incidence onemocnění je 0,8–3 na 10 000 novorozenců. Klasifikuje se pomocí NMR, řešením je neurochirurgická operace. Prognóza závisí na lokalizaci a obsahu encefalokély. První ošetření je obdobné jako u meningokély.

■ Ad 2) Gastrointestinální trakt Atrézie jícnu

Incidence této VVV je 1 : 4500 novorozenců. Klasifikována je podle Vogta v závislosti na



lokalizaci píštěle. Nejčastějším typem je Vogt III B (85 %), kdy jícen je rozdělen na 2 úseky, horní končí slepě a dolní pahýl komunikuje s tracheou. Dítě bezprostředně po narození nápadně sliní, kolem nosu a úst se tvoří bubliny. Je dyspnoické, kašle a má cyanózu, nelze zavést gastrickou sondu. Novorozenecké je ohrožen aspirací a chemickou pneumonií z regurgitující žaludeční tekutiny. Kvůli vzduchu, který proudí píštělí z trachey do jícnu a žaludku, má dítě vzedmuté břicho. Ošetření pacienta spočívá v uložení do *zvýšené polohy a pečlivém odsávání sekretů z pahýlu jícnu*. Diagnózu potvrdíme provedením ezofagogramu s vodnou kontrastní látkou. Převládá jej na specializované pracoviště (klinika dětské chirurgie FN Motol). Pooperačními komplikacemi z dlouhodobého hlediska jsou dysfagie, striktury jícnu a gastroezofageální reflux.

Kongenitální brániční kýla (CDH)

Incidence vady je 1 : 2000–5000 novorozenců. Patří k nejurgentnějším stavům v novorozeneckém věku. Je nutné na ni myslet u každého novorozence, který neadekvátně reaguje na správně prováděnou kardiopulmonální resuscitaci. Nejčastěji se vyskytuje vlevo a má za následek poruchu vývoje a funkce plic. Po narození patří do klinického obrazu cyanóza, dyspnoe, vpadlé břicho, srdce je poslechově přesunuto. Dítě se nesmí *prodechovat vakem s maskou, je nutno ihned intubovat endotracheálně a odsávat žaludek nazogastrickou sondou*. Diagnózu potvrdí běžný předozadní RTG snímek hrudníku. Po zajištění dítěte jej transportujeme do specializovaného centra (Ústav péče o matku a dítě v Praze-Podolí). Mortalita je udávána mezi 15 až 80 %.

Atrézie duodena

Vada se vyskytuje u 1 : 5000–7000 novorozenců. Ve 30 % je spojena s m. Down. Pro diagnózu je typický nález dvou bublin při RTG břicha, které je možno vidět i prenatálně při ultrazvukovém vyšetření. Po stabilizaci stavu dítěte je nutné urgentní operační řešení. První ošetření spočívá v zavedení *nazogastrické sondy, dekompresi žaludku a v doplnění tekutin a minerálů*. Léčba je čistě chirurgická. K obnově pasáže dojde většinou mezi 5. a 14. pooperačním dnem.

Atrézie anorekta

Incidence onemocnění je 1 : 4000–5000 novorozenců. K diagnóze dospějeme již na porodním sále při pečlivém klinickém vyšetření novorozence a při pokusu o *změření teploty dítěte*. Nález potvrdí USG, NMR a RTG břicha. V řadě případů bývají anorektální malformace

spojeny píštělemi, které mohou být perineální či vestibulární. Vada bez zevní píštěle vyžaduje urgentní chirurgické řešení. Snahou je dosáhnout maximální kontinenci (70–100 %). Polovina případů bývá spojena s chronickou obštipací.

Omfalokéla

Jedná se o vak krytý amniem, který vzniká herniací středního střeva do začátku pupečníku. Vak obsahuje střevo, případně i další orgány. Incidence je 1 : 4000 novorozenců. Bývá v 30 % spojena s chromozomálními aberacemi a dalšími VVV. Omfalokélu při prvním ošetření kryjeme *sterilní rouškou, kterou vlhčíme fyziologickým roztokem. Nutné je zavedení nazogastrické sondy a její pravidelné odsávání*. Důležité je komplexní vyšetření a zjištění přidružených VVV, které mohou rozhodovat o dalším postupu. Ten může být buď chirurgický, anebo konzervativní. Novorozenci s izolovanou vadou přežívají v 80 %, z toho 90 % dětí bývá bez jakýchkoliv obtíží.

Gastroschiza

Vada se vyskytuje s incidencí 1 : 5800 novorozenců, nebývá spojena s dalšími přidruženými vadami. Vzniká jako následek vrozeného rozštěpu břišní stěny, kterým vyhrézávají orgány dutiny břišní. Obvykle se vyskytuje vpravo a pupečník je vždy neporušen. Ošetření je obdobné jako u omfalokély – *sterilní krytí a vlhčení roušky fyziologickým roztokem, odsávání žaludku pomocí nazogastrické sondy*. Řešení je chirurgické s nutností dlouhodobé totální parenterální výživy. Přežití dosahuje až 90 %, avšak s nejistou dlouhodobou prognózou.

Ad 3) Kritické srdeční vady

Incidence vrozených srdečních vad je 6,16 na 1000 novorozenců. Diagnóza může být stanovena již prenatálně díky prenatální echokardiografii či postnatálně dle klinického nálezu a pomocí zobrazovacích metod (ECHO, EKG, RTG). Operativní řešení vrozených srdečních vad probíhá výhradně v kardiocentru FN Motol.

V novorozeneckém věku vyžadují urgentní řešení tzv. kritické srdeční vady, které se vyskytují s četností 35 %. Děleny jsou na vady cyanotické a vady spojené se srdečním selháním. Uvádíme jen stručný přehled, neboť podrobnější popis vad přesahuje rámec sdělení.

Cyanotické srdeční vady

Transpozice velkých cév, atrézie plicnice bez komorového defektu, atrézie trikuspidální chlopně, Fallotova tetralogie, totální anomální návrat plicních žil, společný arteriální trunkus

Vady se srdečním selháním

Hypoplasie levého srdce (tachypnoe, dyspnoe, novorozenecké nápadně bledý, nehmatné pulzy na všech končetinách).

Koarktace aorty – vývoj klinických příznaků souvisí s uzávěrem duktus arteriosus (DA). Patognomicky je snížená nebo nehmatná pulzace na femorálních arteriích (AF) ve srovnání s brachiálními arteriemi. Taktéž je přítomna tlaková diference či odlišná saturace na dolních a horních končetinách. Časně propouštění novorozenců z porodnic má za následek, že DA nemusí být ještě uzavřen a pulzy na AF jsou hmatné. Proto při první kontrole praktického lékaře pro děti a dorost musí být zkontrolován pulz na AF, aby byla vyloučena koarktace aorty.

Interrupce aortálního oblouku (obraz multiorganového selhání s metabolickým rozvrtem po uzávěru DA).

Ad 4) Urogenitální trakt

Zadní chlopně uretry

Incidence vady je 1 : 5–8000 novorozenců mužského pohlaví. Je dobře prenatálně diagnostikovatelná (oboustranná dilatace dutého systému ledvin), po narození vadu potvrdí sonografické vyšetření (hydronefróza a hydrourether oboustranně, zesílení stěny močového měchýře a rozšíření horní části uretry) či mikční cystourethrografie (MCUG). Důležité pro diagnostiku je *hodnocení proudu moče a charakteru močení*. První ošetření spočívá v zajištění dostatečné derivace moče (uretrální cévka, epicystostomie, uretherostomie) a s odstupem času se provádí cystoskopicky transuretrální discize chlopně. Ve 30 % případů končí tyto chlapci i přes veškerou léčbu v chronické renální insuficienci.

Hydronefróza

Incidence dosahuje četnosti prenatálně 1 : 200–300, po narození je výskyt 1 : 500 novorozenců. Diagnóza je stanovena ultrasonograficky ve 3.–4. dnu po narození, kdy odezní období fyziologické oligurie. Kontrolní sonografické vyšetření se provádí s odstupem času, jestliže byla při prenatálním vyšetření zjištěna dilatace dutého systému ledvin. To i v případech, kdy byl již postnatálně nález fyziologický. Toto vyšetření je vhodné provést ve 4.–6. týdnu věku novorozence. V 80 % případů ledvinné funkce nejsou alterovány. V současnosti je snaha o velmi konzervativní postup s pravidelnými sonografickými kontrolami a opakovaným kulturačním vyšetřením moče. Operaci vyžadují jen pacienti, jejichž hydronefroticky změněná ledvina nedosahuje 30% zastoupení ledvinné funkce v 1 měsíci věku. Ve 3 měsících věku se

funkční hodnoty postižené ledviny, která je indikovaná k operačnímu řešení, pohybují pod 40%. Separované ledvinné funkce zjišťujeme pomocí izotopového vyšetření ledvin.

Multicystická dysplazie ledvin

Incidence postižení je 1 : 4300 novorozenců, z toho ve 20 % případech se jedná o oboustranné postižení ledvin. Diagnóza je stanovena pomocí ultrasonografického vyšetření již většinou prenatálně (nutno odlišit od rozsáhlé hydronefrózy). U jednostranného postižení je prognóza příznivá. Je zvýšená incidence infekcí, hypertenze a malignity dané ledviny. Novorozenec vyžaduje pravidelné sledování ledvinných funkcí, kontroly krevního tlaku a opakované kultivace moče. Ke zjištění funkčního parenchymu ledviny je vhodné doplnit izotopové vyšetření. Oboustranná dysplazie je spojená s oligohydramniem a plicní hypoplazií. Je neslučitelná se životem a vede buď k nitroděložnímu úmrtí plodu, anebo ke smrti krátce po narození.

■ Ad 5) Respirační trakt

Atrézie choan

Vada se vyskytuje u 0,8 : 10 000 novorozenců. Často (6 %) vada bývá asociována s dalšími VVV, například DiGeorge či CHARGE syndrom. V klinickém nálezu dominuje obtížné zajištění oxygenace novorozence po porodu. Diagnózu stanovíme nemožností zavedení nazogastrické sondy nosními průduchy při odsávání žaludku. Stav vyžaduje zavedení vzduchovodu, event. orotracheální intubaci. Diagnózu je možno ověřit fibroskopicky. Definitivním řešením je operace na specializovaném ORL pracovišti.

Hypoplazie plic

VVV úzce související s předčasným odtokem plodové vody (v 15. až 28. gestačním týdnem). Hypoplazie plic je spojena v 50 % případů s VVV srdce (hypoplazie pravého srdce, Fallotova tetralogie), s vadami gastrointestinálního traktu (CDH), s VVV urogenitálního systému (syndrom Potterové), s vadami skeletu (achondroplazie, osteogenesis imperfecta) anebo s chromozomálními aberacemi (trizomie 13. nebo 18. chromozomu). Diagnostikujeme pomocí RTG hrudníku. Mortalita dosahuje až 95 %.

Lobární plicní emfyzém

Tato vada se vyvíjí na podkladě deficitu bronchiální chrupavky. V klinickém obrazu dominují bezprostředně po narození známky syndromu dechové tísně (RDS) a v pozdějším období tachypnoe, dyspnoe, progredující cyanóza. Vadu diagnostikujeme pomocí RTG hrudníku. Diferenciálně diagnosticky přichází v úvahu plicní cysta a pneumotorax. Diagnózu pomůže vyřešit počítačová tomografie (CT) plic. *Hrudní drenáž je kontraindikována.* Terapií je lobektomie postižené plíce.

Závažným VVV je důležité předcházet – plánovaným rodičovstvím, genetickým poradenstvím, správnou interpretací prenatálně provedených screeningových vyšetření. U vad neslučitelných s postnatálním životem rodičům včas nabídnout eventuální ukončení gravidity. V případě pozdní diagnostiky VVV je vhodné plánovat porod postiženého jedince již přímo ve specializovaném centru, kde bude zajištěn komplexní přístup a zvoleno optimální řešení VVV. Novorozenci s VVV vyžadují v dalším období a někdy i během celého života sledování ve specializovaných poradnách a řada z nich vyžaduje i časnou vývojovou intervenci.

Literatura u autorů

Doplňk stravy
Pharmaton[®] kiddi
SIRUP





Podporuje
fyzický růst
a **duševní vývoj**
dítěte

Sirup pro děti již od 1 roku

- ◆ **LYSIN**
- ◆ **VÁPŇÍK**
- ◆ **VITAMINY:**
D3, E a komplex B–vitaminů
(B1, B2, niacin, kyselina
pantothenová, B6)



■

Yvážené a cílené složení pro podporu fyzického růstu a duševního vývoje dítěte v náročných obdobích zvýšené potřeby nebo nedostatečného příjmu těchto látek potravou.

Doplňk stravy. Nenahrazuje pestrou, vyváženou stravu.



**Boehringer
Ingelheim**

012-2008-KID

Komplexní léčba novorozeneckého hydrocefalu

MUDr. Petr Vacek,¹⁾ prim. MUDr. Jiří Dort, Ph.D.²⁾

¹⁾ Neurochirurgické oddělení FN Plzeň; ²⁾ Neonatologické oddělení FN Plzeň

Souhrn

Novorozenecký hydrocefalus vzniká nejčastěji jako následek intraventrikulárního krvácení, v menším procentu potom jako součást vrozených vad CNS a po infekcích CNS.



Obr. č. 1



Obr. č. 2

Intraventrikulární krvácení vzniká téměř výhradně u nezralých novorozenců. Z novorozenců narozených před 28. gestačním týdnem je nějakým stupněm intraventrikulárního krvácení postiženo 60–80%. Jedná se o akutní stav – více než 50% krvácení vzniká do 6 hodin po porodu, 2. vrchol výskytu nastává 3. až 4. den a po 4. dni života už zakrvácí jen méně než 5% nezralých novorozenců. Stupeň krvácení potom určuje procento rizika vzniku posthemoragického hydrocefalu, u gr. II je to 18%, u gr. III 30% a u gr. IV. 80% pravděpodobnost rozvoje hydrocefalu.

Cílem léčby posthemoragického hydroce-

falu je především normalizace intrakraniálního tlaku a tím vytvoření podmínek pro další normální vývoj dítěte.

V diagnostice je v tomto věku zlatým standardem ultrasonografie mozku přes velkou fontanelu (obr. 1). Je spolehlivá při hodnocení velikosti komor, zcela bezpečná a je to nejlepší screeningová technika s výhodou využívaná při ambulantních kontrolách. Obtížnější je pouze hodnocení event. přidružených vrozených vad CNS. Ultrasonografie je rovněž využitelná peroperačně při zavádění komorového katétru k dosažení jeho optimální polohy v komoře. Nej kvalitnější zobrazovací metodou mozku samozřejmě zůstává mag-

netická rezonance. Její použití je nezbytné při předoperační rozvaze u složitých anatomických poměrů – při hodnocení komplexních vrozených vad CNS, jako je např. Dandy-Walker malformace, nebo při komplikovaných stavech, jako je např. multilokulární hydrocefalus. Naprosto nevhodné je použití CT u malých dětí do 1 roku, škodlivé účinky radiace na vývoj kognitivních funkcí v dospělosti jsou již dostatečně známé.

V léčbě novorozeneckého hydrocefalu se již nedoporučují opakované komorové punkce, které prokazatelně mozek poškozují, ani zavedení zevní komorové drenáže, která neúměrně zvyšuje riziko infekce při následné

drenážní operaci. Chirurgická léčba začíná implantací podkožního rezervoáru s katérem v postranní komoře, který umožňuje bezpečnou a opakovanou evakuaci mozkomíšního moku i u novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností (obr. 2). Na obr. 3 je jeden z našich pacientů po celkem 110 punkcích cca 1 měsíc po vynětí rezervoáru – kožní kryt je perfektně zhojen.

Zlatým standardem léčby zůstává drenážní operace – ventrikuloperitoneální (obr. 4) nebo ventrikuloatriální. Radikálně změnila prognózu těchto dětí, ale stále je zatížena (obzvláště v této skupině pacientů) velkým procentem infekčních a mechanických komplikací. Na našem pracovišti s výhodou používáme gravitační ventily, jejichž dětský typ je velmi malý, ale díky svým fyzikálním vlastnostem nám umožňuje implantaci drenážního systému u dětí s hmotností okolo 2000 g bez obavy z předrenování po jejich vertikalizaci v dalším průběhu života.

Endoskopické výkony ve své klasické podobě – ventrikulocisternostomie spodiny III. komory do bazálních cisteren – zůstávají u novorozenců stále kontroverzní pro svou poměrně malou úspěšnost a velké procento komplikací. Naopak kombinace klasické drenážní operace s endoskopickým výkonem a zavedením komorového katétru pod přímou kontrolou zraku umožňuje provedení drenáže v jedné době i u složitých anatomických situací. Tuto metodu jsme několikrát s úspěchem použili i u našich pacientů.

Komplikace drenážních operací u novorozenců se přes všechna zdokonalení i ve světových centrech pohybují v desítkách procent s udávaným jednoročním „přežitím“ ventilu maximálně 76 %. Nejčastějšími komplikacemi zůstávají infekce a obstrukce. Nepřítelem číslo jedna je infekce drenáže, která je nejčastější právě v této skupině pacientů, může vést ke snížení intelektu, vzniku epilepsie nebo multilokulárního hydrocefalu.

Na našem pracovišti jsme od května 2005 léčili celkem 30 pacientů s novorozeneckým hydrocefalem s průměrnou porodní hmotností 1890 g (544–3350 g), porozených průměrně ve 29. gestačním týdnu (24+2–40+2). Podkožní rezervoár jsme implantovali celkem u 20 dětí, průměrný počet jeho punkcí byl 51 (2–110). U 4 pacientů se podařilo hydrocefalus kompenzovat pouze punkcemi rezervoáru bez nutnosti drenážní operace. Tu jsme provedli celkem u 26 pacientů. U dvou po operacích v břišní dutině ventrikuloatriální, u ostatních ventrikuloperitoneální, kombi-


Obr. č. 3

Obr. č. 4

naci s endoskopickým výkonem jsme použili u 6 pacientů. U jednoho pacienta jsme před drenážní operací provedli plastiku parietální meningoencefalokély.

Ani v našem souboru pacientů jsme se nevyhnuli komplikacím: 1 pacient zemřel na sepsi střevní etiologie 4 měsíce po drenážní operaci, u 1 pacienta jsme pro operaci appendicitidy drenáž převedli na ventrikuloatriální, 3 pacienti prodělali infekci drenáže, u 3 pacientů jsme řešili obstrukci drenáže.

Kazuistika: 7denní dívka ze sledovaného

těhotenství byla přeložena do naší nemocnice pro progresi růstu hlavičky od narození o 5 cm. Při přijetí jsme zjistili vyklenutou velkou fontanelu a příznak zapadajícího slunce, MRI zobrazila klasickou formu Dandy-Walker malformace – hypoplazii mozečku s agenezí vermis, vysoký úpon tentoria, oploštění kmene tlakem expanzivně se chovající cysty v zadní jámě lební a obstrukční supratentoriální hydrocefalus (obr. 5, 6 a 7). Po akutní odlehčovací punkci jsme dítě 10. den života operovali. Přístupem přes malou fon-



Obr. č. 5



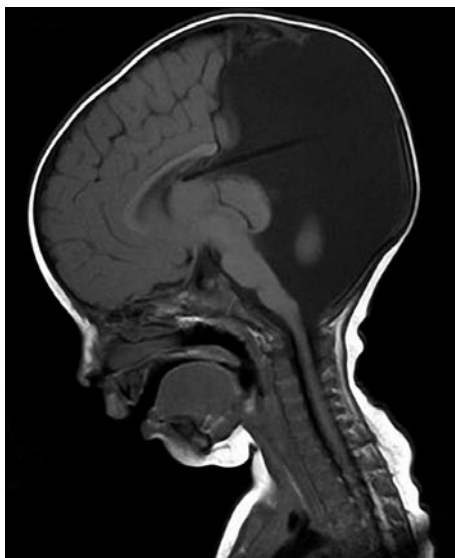
Obr. č. 6



Obr. č. 7



Obr. č. 8



Obr. č. 9



Obr. č. 10

tanelu parasagitálně vpravo jsme provedli endoskopicky cystoventrikulostomii ze zadní jámy lební do III. komory, poté jsme pod přímou kontrolou endoskopu zavedli skrze stomii komorový katétr s přídavnými otvory, aby drénoval jak supra, tak infratentoriální prostor, a výkon jsme zakončili napojením katétru na klasický drenážní systém do peritoneální dutiny přes gravitační ventil. Dítě se zhojilo bez komplikací s dobrou kompenzací intrakraniálního tlaku a jeho vývoj je nyní ve věku 3 let zcela fyziologický – chodí, mluví ve větách, dodržuje tělesnou čistotu, má normální jemnou motoriku. Poslední kontrolní MRI prokazuje vyhovující polohu katétru, úzký supratentoriální komorový systém, mírnou redukci velikosti cesty v zadní jámě

lební a prokazatelné zbytnění obou hypoplastických mozečkových hemisfér, zvláště pravé (obr. 8, 9 a 10).

Závěrem je nutno zdůraznit, že úspěšná

péče o tyto složité pacienty vyžaduje týmovou spolupráci, především neurochirurga a neonatologa, je nutné předvídat komplikace, kterými jsou tyto pacienti extrémně ohroženi, nezbytné jsou tedy důsledné ambulantní kontroly.

Při dodržení výše uvedeného můžeme díky obrovské plasticitě dětského mozku řešit s výborným výsledkem i tak složité situace, jaká nastala v naší kazuistice, a v ideálním případě, máme-li nezralá dvojčata, z nichž se u jednoho rozvinul hydrocefalus a u druhého ne, tak v 16 měsících života již nepoznáme, které z dětí má ventrikuloperitoneální drenáž (obr. 11, drenáž má Kateřina).



Obr. č. 11

Eliška 940 gr. dnes 16 měsíců Kateřina 835 gr.

Avent - kouzelné hrnečky



Pertuse (černý kašel) je stále aktuální onemocnění

MUDr. Kateřina Fabiánová

Odbor epidemiologie infekčních nemocí centrum odborných činností SZÚ

3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Souhrn

Kolem zvýšeného výskytu pertuse je v současné době mnoho otázek. Tento článek by měl krátce pojednat především o problematice správné diagnostiky, vyšetření a terapie onemocnění.

Pertuse (dávivý kašel, černý kašel) je stále aktuální, akutní, bakteriální, vysoce nakažlivé onemocnění, které se udržuje v populaci i v zemích s vysokou proočkovaností (nad 90 %).

Onemocnění má různý charakter v závislosti na věku, předcházející expozici nebo očkování. Malé neočkované nebo neúplně očkované děti mají převážně typické projevy dávivého kašle spojené s apnoe vedoucí obvykle k hospitalizaci, objevují se u nich často komplikace. Starší děti a dospělí mají většinou mírnější klinické projevy s typickým paroxysmálním dlouhotrvajícím kašlem.

■ Současná situace a diagnostika

Od devadesátých let je po celém světě zaznamenáván nárůst hlášených případů pertuse, nejvíce u teenagerů a dospělých (**Graf 1**: Počty hlášených případů pertuse podle věku, ČR, 1987 – do 42. kalendářního týdne 2008). Vzrůstá rovněž

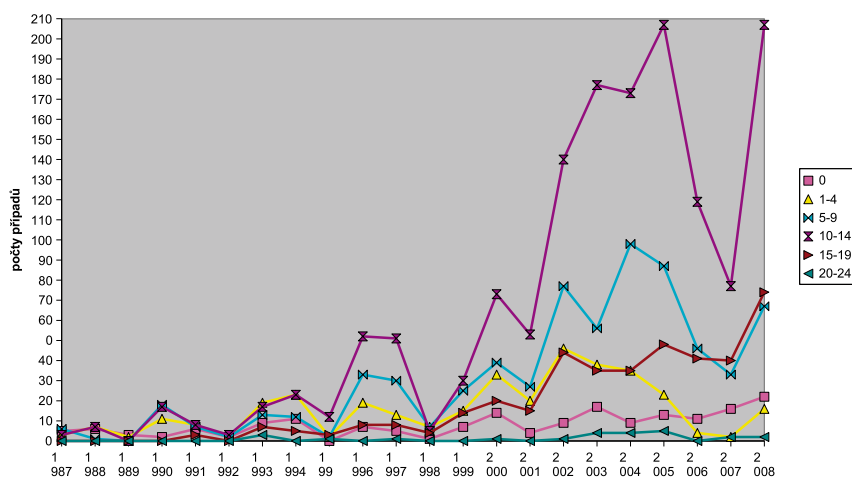
pokládána za celoživotní, ale sérologické přehledy prokázaly pokles protilátek na hraniční hodnoty za 4 až 20 let po prodělaném onemocnění. Se vzrůstajícím počtem imunokompromitovaných jedinců v populaci narůstá také pravděpodobnost

onemocnění se více myslí a cíleně se vyšetřuje, aktivní vyhledávání kontaktů atd.), dostupnější laboratorní diagnostika a kvalitnější laboratorní metody.

Ze závěrů GPI (Global Pertussis Initiative – iniciativa založená na objasnění zvýšené incidence pertuse a její prevenci) vyplývá, že přes zvýšené počty hlášených případů je incidence pertuse celosvětově podhlášená. Na této situaci se podílí (i v ČR) zejména chybně diagnostikované případy, rozdílné definice případu, nenahlášená onemocnění, malá spolupráce mezi lékaři navzájem a mezi lékaři a laboratořemi, variabilita onemocnění, atypické průběhy a nízké povědomí lékařů o onemocnění (citát z mnoha ordinací: „Vy jste proti pertusi očkována, vy ji přece nemůžete dostat!“).

Odhaduje se, že skutečně nahlášeno je pouze 1–36 % všech případů pertuse (například v ČR by to znamenalo, že v roce 2005, kdy bylo zaznamenáno 412 případů onemocnění, by nemocných pertusí mohlo být 1144 až 41 200). Hlášené případy pertuse v ČR od roku 1987 – do 42. kalendářního týdne 2008 jsou znázorněny v logaritmickém grafu 2.

Graf 1: Počty hlášených případů pertuse podle věku, ČR, 1987- do 42. kalendářního týdne 2008



Graf 1

morbidity a mortalita nejmenších, dosud neočkovaných nebo neúplně očkovaných dětí.

Uvažuje se o několika příčinách, které se podílejí na zvýšené incidenci onemocnění:

1. Pokles ochranných protilátek v krvi
 - Imunita po očkování se snižuje s věkem. Titr ochranných protilátek klesá na hraniční hodnoty v průběhu 3–12 let. Očkování tedy neposkytuje celoživotní ochranu!
 - Imunita po prodělaném onemocnění byla

zhoršené, popřípadě nulové odpovědi na očkování.

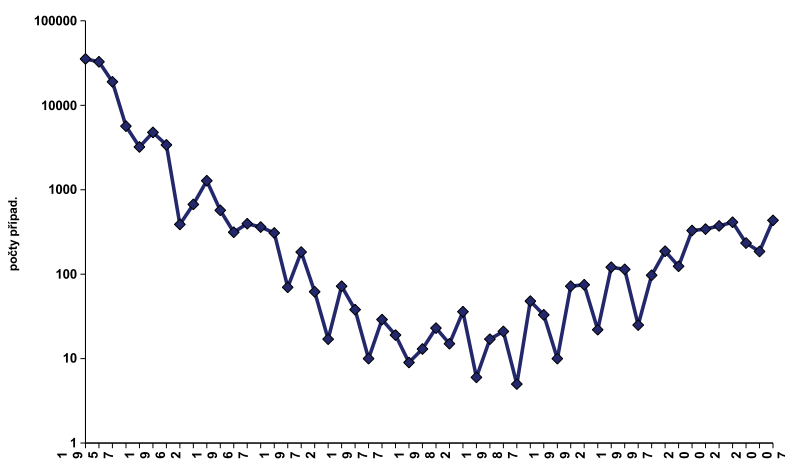
2. Změna v populaci cirkulujícího genotypu *B. pertussis*, která má za následek menší účinnost očkovací látky neobsahující tyto recentní kmeny.
3. Očkovací látka proti pertusi je méně účinná (např. v důsledku technologie výroby, skladování vakcíny apod.).
4. Zvýšená pozornost věnovaná pertusi (na

■ Původce, inkubační doba, přenos, vnímavost

Původcem onemocnění je *Bordetella pertussis*, striktně lidský patogen. **Inkubační doba** je nejčastěji 7–10 dní (rozmezí 1–3 týdny), ale u 22 % domácích kontaktů bylo zaznamenáno prodloužení inkubační doby až na 28 dní po vzniku primárního případu. **Pertuse se přenáší** kapénkami, hlavně při kašlání a kýchání (rychlé je šíření obzvláště v uzavřených dětských kolektivech – jesle, školky,



Graf 2: Hlášené případy pertuse, ČR, 1957 - do 42. kalendářního týdne 2008 (logaritm.)



Graf 2

školy, ale i v kolektivech adolescentů a mladých dospělých, např. ubytovny a vysokoškolské koleje, vojáci), přenos je možný i předměty čerstvě potřísněnými sekrety horních cest dýchacích. **Vnímavost** je všeobecná. Onemocnění je vysoce nakažlivé; více než 90% vnímavých tzv. domácích kontak-

tů onemocní. Přenos mezi vnímavými spolužáky ve škole dosahuje 50–80%. **Období nakažlivosti** začíná koncem inkubační doby, trvá přes celé paroxysmální stadium a může přetrvávat i v rekonvalescenci (i několik dní po ukončení antibiotické léčby).

■ Klinický průběh onemocnění

Klinické formy onemocnění vykazují velkou variabilitu, od klasického průběhu až k asymptomatickým formám (nosičství *B. pertussis* zatím nebylo prokázáno).

Typický průběh onemocnění má čtyři stadia (inkubační, katarální, paroxysmální, stadium rekonvalescence).

Inkubační stadium trvá v průměru 7–10 dní (rozmezí 1–3 týdny).

Katarální stadium, normálně trvajícím 1–2 týdny, začíná většinou jako zánět horních cest dýchacích, s nepříliš významnou teplotou, slzením, kýchním a kašlem, zpočátku občasným, postupně se zhoršujícím.

Paroxysmální stadium obvykle trvá 1–4 týdny, ale i déle, a je charakteristické záchvaty typického suchého, dráždivého, „štěkavého“ kašle, s rudnutím a modráním (cyanózou) v obličeji, které může končit vykašláním malého množství sputa nebo zvracením („dávivý kašel“). Někdy lze u nemocného pozorovat apnoickou pauzu s následným typickým hlasitým zajíkávkým inspiriem.

Námaha při paroxysmech kašle může vést často k subkonjunktiválním sufuzím („černý kašel“).

Pracoviště, která pracují na systému **QuikRead**, mají **dlouhodobě srovnatelné výsledky CRP** v systému externího hodnocení kvality (EHK) s výsledky laboratoří. ověřte si na www.sekk.cz



- CRP
- Strep A
- U-Alb
- FOB

...jeden přístroj pro více vyšetření

Záchvaty kašle mohou být vyvolány jídlem, pláčem, smíchem a dalšími podněty a obvykle se zhoršují v noci. Mohou se opakovat až 30× za den. Po záchvatu bývá nemocný velmi vyčerpaný, ale v období mezi jednotlivými záchvaty může být bez jakýchkoliv příznaků (!), což může vést ke zlehčování onemocnění ze strany lékaře či členů rodiny.

Stadium rekonvalescence je postupné, záchvaty kašle jsou méně časté a snižuje se jejich intenzita. Neparoxysmální kašel však může přetrvávat mnoho týdnů i měsíců a je pro pacienta i okolí velmi obtěžující a bývá zdrojem opakovaných návštěv zejména v ordinacích alergologů a imunologů. Doporučuje se proto radikálně změnit prostředí pacienta a pokusit se tím přerušit vytvořené vazby často reflektorického kašle.

Často se stává, že po proběhlém onemocnění pertusí bývá následující infekce respiračního traktu provázena reflektorickými paroxysmy připomínajícími pertusí.

U starších dětí, adolescentů, dospělých a očkováných bývá průběh onemocnění obvykle mírnější nebo atypický, ale také může probíhat asymptomaticky. Na možnost pertuse by se mělo pomyslet vždy, trvá-li suchý, dráždivý kašel déle než dva týdny a je-li v okolí pacienta někdo s podobným druhem kašlem (ve škole, v rodině, v zaměstnání). Onemocnění pertusí zpočátku vypadá jako běžná respirační infekce – může se vyskytnout rýma, slzení, kýčání, konjunktivitida, subfebrilie, chrapt, bolesti v krku, ale dominantní je rozvoj záchvatovitého, neproduktivního kašle, který se zhoršuje v noci a nereaguje na běžnou léčbu. Mezi záchvaty kašle pacient nemá obvykle žádné symptomy – důležité odlišení od respiračních viróz nebo alergických stavů. Kašel může trvat 8 týdnů i déle.

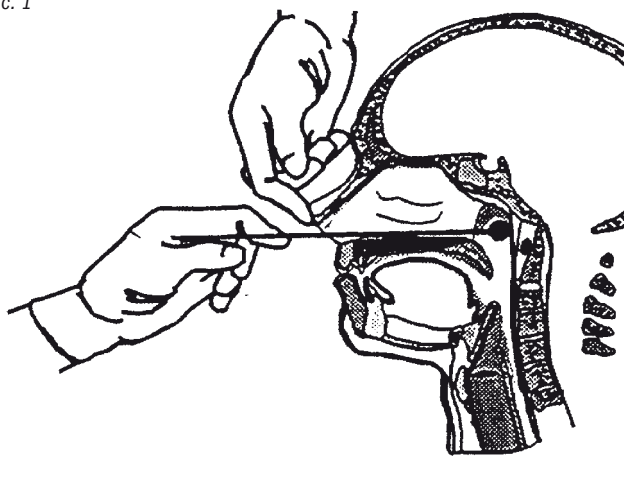
■ Komplikace

Čím je nemocný při onemocnění pertusí mladší, tím vyšší je pravděpodobnost komplikací.

Mezi **méně závažné komplikace** patří např. subkonjunktivální hemoragie, epistaxe, edém obličej, otitis media a poranění uzdičky jazyka.

Mezi **hlavní, často fatální, komplikace** patří pneumonie (vyskytuje se až u 54 % úmrtí spojených s pertusí), encefalopatie, křeče, opakované zvracení, sekundárně vzniklé komplikace dané zvýšeným nitrohručním a nitrobřišním tlakem (např. pneumothorax, pneumomediastinum, hernie),

Obr. č. 1



sekundární bakteriální a virové infekce.

Mezi **komplikace adolescentů a dospělých** patří zejména zvracení, nechutenství, apnoe, pneumonie, inkontinence.

■ Diagnostika onemocnění

Včasná diagnostika a léčba mohou výrazně ovlivnit průběh a šíření onemocnění. Diagnóza pertuse by měla být stanovena na základě klinických známek (včetně krevního obrazu: lymfocytóza 20 000 a více, leukocytóza), laboratorní diagnostiky a případné epidemiologické souvislosti onemocnění.

Laboratorní vyšetření pertuse se opírá o kulti-vační průkaz a izolaci agens, sérologii a PCR detekci (polymerázová řetězová reakce).

„Zlatým“ standardním testem pro diagnózu pertuse stále zůstává **kultivační průkaz**. Vzhledem k vysoké citlivosti *B. pertussis* na zevní prostředí je pro záchyt agens na kultivaci důležitá správná technika odběru a následný transport do laboratoře. Odběr na kulti-vační vyšetření by měl být proveden ještě před zahájením terapie antibiotiky (již jedna dávka antibiotik omezí růst bakterií a kultivace je pak neúspěšná).

Na trhu existují speciální odběrové a transportní sety vhodné pro *B. pertussis* (je velmi citlivá na vyschnutí). Odběrový tampon by měl být proto přímo určen pro *B. pertussis* – Calcium alginate nebo Dacron (nepoužívat vatový tampon).

Nejvyšší záchytnost *B. pertussis* při výtěru je v katarálním stadiu a v prvních dvou týdnech paroxysmálního stadia. Vyšetřovaná osoba nemá před odběrem pít, jíst, případně kouřit ani si čistit zuby. Odběr se provádí nejlépe ráno nalačno (případně minimálně 3 hodiny po jídle). Malé děti je potřeba pomocí druhé osoby fixovat, aby mohl být výtěr správně a bezpečně odebrán. Odběr se provádí z nazofaryngu. (**Obr. 1** Postup: tampon jemně zasunout skrz nosní průduch až na zadní stěnu

nazofaryngu, zde lehce otočit a vytáhnout bez dotyku okolních sliznic – možnost kontaminace jiným etiologickým agens. Běžně se nazofaryngeální výtěry provádí v ambulancích ORL.)

Dříve se běžně prováděl také výtěr z nazolaryngu, od kterého se dnes ustupuje pro možnost laryngeálního spasmu.

Po odběru je třeba tampon ihned zanořit do transportního média a do odeslání do laboratoře uchovávat v pokojové teplotě, ne v lednici. Doba mezi odběrem a zpracováním v laboratoři by neměla přesáhnout 24 hodin.

Na žádance pro laboratoře je třeba uvést, že je požadováno vyšetření na pertusí, a případně předem do laboratoře zavolat, aby měli připravenou půdu pro kultivaci *B. pertussis*. Průkaz *B. pertussis* je možný po 3–7 dnech kultivace.

Výtěr z nazofaryngu a laryngu může být vyšetřen také **metodou PCR**. Metoda dává pozitivní výsledky i při terapii antibiotiky. PCR test je vhodný pro rychlé orientační stanovení diagnózy; ta by však nikdy neměla být stanovena pouze na základě „pozitivního“ PCR, ale vždy společně s klinickými projevy u pacienta!

Sérologická diagnostika (např. aglutinace, ELISA) je založena na průkazu signifikantního čtyřnásobného vzestupu titrů specifických protilátek IgA a IgG v párových sérech pacientů. První vzorek krve se odebírá co nejdříve v akutním stadiu onemocnění, druhý v odstupu minimálně tři týdnů. Průkazem může být i sérokonverze, tj. minimálně čtyřnásobný pokles protilátek mezi prvním a druhým sérem (v případě, že se pacient dostaví na vyšetření až v pozdější fázi onemocnění).

Zásadní podmínkou je, aby oba vzorky byly vyšetřeny najednou v téže laboratoři! Výsledek sérologického vyšetření je nutné hodnotit vždy v kontextu s klinickým stavem pacienta. Vyšetření protilátek v jediném vzorku nemůže být považováno za diagnostický průkaz akutní či nedávné infekce *B. pertussis* vzhledem k tomu, že dosud nebyla stanovena jednotná interpretace sérologických výsledků a zatím není možné spolehlivě určit rozdíl mezi postinfekční a postvakcinační hladinou protilátek.

Protože dochází ke změnám v očkování (přechod na acelulární očkovací látku), je nutné na žádance do laboratoře uvádět i údaje o očkování a datum narození.



■ Diferenciální diagnóza

Při stanovení diagnózy je třeba brát v úvahu i další etiologická agens, která jsou příčinou pertusoidního kašle, např. *B. parapertussis*, *Haemophilus influenzae*, *Mycobacterium tuberculosis*, adenoviry, viry chřipky, parainfluenzy, RSV, enteroviry, chlamydie. Průběh onemocnění u těchto agens je obvykle kratší a bývá provázen horečkou.

■ Principy terapie:

Důležitá je včasná a cílená terapie, která zkracuje dobu trvání nemoci; antibiotická léčba zahájená pozdě sice potlačí růst bakterií, ale nezkrátí trvání již rozvinutých záchvatů, způsobených především působením pertusového toxinu.

Podle Konsensu používání antibiotik II. Makrolidová antibiotika. Subkomise pro antibiotickou politiku Komise pro lékovou politiku a kategorizaci léčiv ČLS JEP (Urbášková, P., Marešová, V., Jindrák, V., et al) jsou u nás lékem první volby doporučována makrolidová antibiotika:

- erythromycin, clarithromycin, azithromycin,
- je třeba myslet na možný vedlejší efekt léčby erytromycinem u malých dětí – hypertrofickou pylorickou stenózu,

- doporučuje se přeléčit i úzké rodinné či jiné kontakty bez ohledu na věk, imunizaci nebo příznaky.

K podpůrné a symptomatické léčbě patří také tlumení sedativy (levopromazin), je třeba nemocné dítě sledovat, zvlhčovat vzduch. Kojenec by měl být hospitalizován vždy pro možnost závažných komplikací.

■ Závěr

Návrat pertuse v zemích s vysokou proočkovaností a zvýšená incidence onemocnění obrátily pozornost na booster dávku acelulární očkovací látkou proti pertusi a její zařazení do pravidelného očkování. V České republice se uvažuje o zavedení booster dávky mezi 10. a 11. rokem života.

Onemocnění pertusí je závažné zejména pro nejmenší, dosud neočkované nebo neúplně očkované děti. U starších dětí a dospělých probíhá s mírnějšími projevy a je velmi obtěžující pro úporný, dlouhotrvající kašel. Právě tyto věkové skupiny jsou zdrojem onemocnění pro nejmenší děti. V roce 2005 a 2007 byla v ČR po 30 letech zaznamenána dvě úmrtí; měsíční chlapec a čtyřměsíční dívka, u obou dětí byla zdrojem onemocnění úzká rodina.

Od roku 2007 došlo k posunu začátku základního očkování (vyhláška č. 537/2006 ze dne 29. listopadu 2006, o očkování proti infekčním nemocem: „...Základní očkování se provede v době od započatého třináctého týdne po narození dítěte, vždy však až po zhojení postvakcinační reakce po očkování proti tuberkulóze...“). Prodloužila se tak doba, kdy jsou děti nechráněné očkováním, téměř na tři měsíce, případně déle (pokud jsou komplikace s hojením tbc chráničky nebo jiným onemocněním).

Je proto důležité apelovat na rodiče neočkovaných dětí, aby své dítě chránili před možným kontaktem s nemocným člověkem (zejména vyhýbat se současným praktikám, kdy rodiče berou své téměř novorozené dítě do nákupních a zábavních center, kde se koncentruje velké množství osob a zvyšuje se pravděpodobnost přenosu onemocnění). Zároveň by rodiče novorozených dětí neměli podceňovat kašel u sebe, starších dětí v rodině, prarodičů apod., včas navštívit svého lékaře a nechat se vyšetřit.

Literatura u autorů



Dentocult® Xylitol

Jsou 100% xylitolové pastilky s mátovou příchutí.

Užíváme 4-5x denně 1-2 pastilky, které se nechají pomalu rozpustit v ústech.

Jsou vhodné pro děti, těhotné i diabetiky.

1 balení obsahuje 160 pastilek.

Objednávky na: www.xylitol.cz

SLADKÝ XYLITOL MÍSTO SLADKÝCH BONBÓNŮ



50 let pravidelné vakcinace dětí v České republice

prof. MUDr. Jiří Havlík, DrSc.

Emeritní profesor 1. infekční kliniky 2. LF UK v Praze, FN Na Bulovce

Souhrn

Ačkoliv o infekčních chorobách se již vědělo ve starém Egyptě, až do 18. století nebylo téměř nic známo o jejich původcích. Ze zkušenosti se vědělo, že prodělání některého infekčního onemocnění spolehlivě chrání proti stejné nemoci.

Očkování je bezesporu jedním z největších objevů lidstva, díky němuž je možno předcházet infekčním chorobám. Umožňuje, aby si člověk sám vytvořil svou přirozenou ochranu před nákazou bakteriemi nebo viry.

Navíc bylo prokázáno, že proočkování větší části populace vede k ochraně i jedinců, kteří nebyli očkováni, tedy k tzv. kolektivní imunitě. Procento osob, které musí být imunizovány, aby bylo dosaženo kolektivní imunity, se liší nemoc od nemoci. Například u spalniček a černého kašle je třeba, aby bylo očkováno 90–100 % populace, u chřipky „jen“ 75 % osob z kolektivu.

■ Historie a současnost vakcinace

• Za objevitele očkování je považován skotský lékař **Edward Jenner**, který vypořádal, že dojičky krav, jež prodělaly kravské neštovice, neonemocnely při epidemii **pravými neštovicemi**. V roce 1798 publikoval Jenner vlastním nákladem výsledky svých pozorování a o tři roky později byly v Evropě jeho metodou již **očkováni tisíce lidí proti pravým neštovicím**.

• Za zakladatele očkování je také považován francouzský chemik a bakteriolog **Louis Pasteur**. Ten zjistil, že původce nález lze oslabovat různými metodami tak, že ztratí schopnost vyvolat onemocnění, ale stále působí na vytváření protilátek. Tak postupně prodlužovaným vysušováním infikovaných králičích mích vyvinul **vakcínu proti vzteklině**.

• Prakticky po celé 20. století se vědci snažili vytvořit účinné očkovací látky, které by očkovaného chránily před infekčními onemocněními. Ale teprve v posledních letech byly objasněny imunologické mechanismy, které vedou po podání vakcíny k vzniku ochrany před nákazou. Ačkoliv přínosy očkování jsou zcela zřejmé, již od počátků zavádění prvních vakcín se vyskytovali lidé, kteří se k očkování stavěli negativně a hlásali, že je proti přírodě, aby se nemoc ze zvířat přenášela na lidi – jako je tomu u pravých neštovic.

• Názory na možnou škodlivost imunizace zesílily poměrně nedávno, kdy už došlo k značnému omezení až vymizení některých infekčních onemocnění právě v důsledku širokého používání očkovacích látek. Ty, podobně jako všechny léky, mohou – i když jen zřídka – způsobit některé nežádoucí reakce nebo mít vedlejší účinky, ale závažné reakce po očkování jsou velmi vzácné. V současné době je v ČR možné očkovat **proti 24 infekčním nemocem**. Většina vakcín je proti virovým nálezům. Tyto očkovací látky obsahují atenuované nebo usmrcené viry. V jiných vakcínách jsou oslabené bakteriální toxiny, mrtvé mikroby nebo jen rozhodující antigeny příslušných patogenů, které vedou k tvorbě specifických protilátek. Očkovací látky nemohou způsobit infekční onemocnění, ale očkovaného před chorobou chrání.

• Nové biotechnologické postupy umožňují vyrobit a zavádět vakcíny, které využívají poznatků genetického inženýrství a jejich cílem je aktivovat a zvyšovat imunitní odpověď. Úkolem je nahradit mnohé z dosavadních vakcín novými preparáty, u nichž se předpokládá, že budou bezpečnější, účinnější a finančně dostupnější.

• Moderní vakcinologie hledá a dílem již našla cesty, jak chránit před infekcemi již novorozence, neboť jejich imunitní systém není plně vyvinut a jsou k mnoha infekcím vnímavější než starší děti. I přes veškerý

pokrok je na světě více než **36 milionů novorozenců, kteří nejsou očkováni**, a to pro nedostatek finančních prostředků ve zdravotnictví rozvojových zemí.

• Dosud je mnoho infekčních nemocí, které postihují člověka, proti nimž nejsou zatím účinné očkovací látky; jsou mezi nimi i takové, které představují velkou hrozbu pro lidstvo, jako je např. AIDS. Díky pokrokům v nádorové imunologii se pracuje také na přípravě vakcín proti některým zhoubným nádorům.

• Na **výzkum, vývoj, výrobu a zavedení na trh jedné očkovací látky** je v současnosti potřeba vynaložit náklady ve výši přibližně **800 milionů dolarů** a její vývoj trvá až 10 let. K tomu mají dostatečné finanční zdroje pouze ti největší světoví výrobci.

■ Historie vakcinace v Čechách

1800 první očkování proti pravým neštovicím; v roce 1802 bylo očkováno již 12 tisíc lidí

1803 nařízení královského gubernia – zavedení očkování proti pravým neštovicím, hrabě Chotek vydal pamětní medaile k zahájení vakcinace v Čechách

1836 zákon očkování v Rakouském císařství stanovil, kdo a za jakých podmínek smí očkování provádět

1918 očkování proti vzteklině – nemoci, která může postihovat téměř všechny tep-

Nutricia – Hami Toddlers



■ Ostřejší vidění i do bulvy

Jako nejen optická pomůcka, ale i diagnostické zařízení by mohly posloužit kontaktní čočky s tlakovým senzorem

Nejen lepší pohled na svět by mohla nabídnout nová technologie kontaktních čoček. Tým z University of California představil tuto optickou pomůcku doplněnou o senzor, který by měl svého majitele včas varovat před hrozbou zeleného očního zákalu.

Zelený oční zákal čili glaukom vzniká poté, co v tekutině uvnitř oka stoupne tlak a ten následně poškodí zrakový nerv. Choroba nastupuje nepozorovaně. Nemocný pocítí první výraznější příznaky, až když je oční nerv nevratně poškozen. K obvyklým počátečním projevům glaukomu patří poruchy periferního vidění a rozmazané okraje zorného pole. V současné době není k dispozici žádná léčba, která by poškození zrakového nervu mohla zase napravit.

Proto je kontrola nitroočního tlaku důležitá především u starších lidí, kteří jsou glaukomem zvláště ohroženi. Glaukom je po šedém očním zákalu druhou nejčastější příčinou slepoty. Odhaduje se, že po celém světě připraví o zrak asi pět milionů lidí.

„Hlídač“ nitroočního tlaku

Materiáloví inženýři Hailing Cong a Tingrui Pan z University of California v americkém Davisu zabudovali do polymeru pro výrobu kontaktních čoček elektricky vodivé materiály a tím otevřeli cestu ke konstrukci „hlídače“ nitroočního tlaku. Jako výchozí surovina jim posloužil běžný organický polymer polydimetylsiloxan, který lze formovat do nejrůznějších tvarů. Z něj už se kontaktní čočky vyrábějí, ale stávající postupy výroby nedovolovaly vytvářet v čočce další struktury.

Cong a Pan vyvinuli jednodušší metodu výroby polydimetylsiloxanových čoček. Přitom našli způsob, jak donutit polymer, aby vedl elektrický proud. Do roztoku se surovinou pro výrobu čoček nejprve přidali chemikálii, která navozuje polymeraci v ultrafialovém záření. Následně roztok ozářili přes masku tak, aby polymeraci vznikala mřížka předem určeného tvaru.

Když přidali do výchozí suroviny ještě ionty stříbra, vznikla mřížka, která vede elektrický proud. Tak mohli vytvářet elektrické obvody, jejichž tvar lze určit s přesností jedné setiny milimetru. Odpor takového elektrického obvodu se mění s tím, jak je natahován nebo naopak stlačován. Díky tomu ho lze využít k měření tlaku. Celý postup byl zveřejněn ve vědeckém časopise *Advanced Functional Materials*.

Kontrola se výrazně usnadní

Cong s Panem vytvořili pomocí nové technologie kontaktní čočku se zabudovanou mřížkou elektrického obvodu reagujícího na deformace. Uvnitř oka je určitý tlak, jenž dává oční kouli její tvar. „Chytrá“ kontaktní čočka přisedá po vložení do oka na rohovku a přizpůsobuje se jejímu tvaru. Při nástupu zeleného zákalu nitrooční tlak roste. Tvar oka se mění a deformuje mřížku z vodivého materiálu uvnitř kontaktní čočky. To se projeví změnou elektrického odporu v obvodu, který je zaznamenán.

Prototyp čočky má senzor z neprůhledného materiálu, zakrývajícího část zorného pole. Cong a Pan už ale pracují na tvorbě průhledné mřížky, jež by nebránila volnému výhledu. Takovou čočku by mohl člověk nosit dlouhodobě a elektrický obvod by mu zajistil průběžnou kontrolu nitroočního tlaku. Dvojice materiálových inženýrů vyvinula také systém pro dálkové měření elektrického odporu, který kontrolu nitroočního tlaku výrazně usnadní.

Zdroj: Lidové noviny

lokrevné živočichy včetně člověka. Pokud se objeví příznaky této nemoci, znamená to pro postižené smrt

1919 zákon č. 412/1919 Sb., o povinném očkování dětí proti neštovicím; pokud rodiče neuposlechli a nenechali své dítě očkovat, hrozila jim pokuta od 10 do 100 korun či dokonce vězení v trvání od 24 hodin do 8 dnů

1923 první použití vakcíny proti tuberkulóze

1946 zákon o povinném očkování proti záškrtu

1947 očkování dětí proti záškrtu a tuberkulóze

1952 očkování dětí proti tetanu

1953 zavedení povinného očkování dětí proti tuberkulóze (vakcína BCG)

1957 plošné očkování proti dětské obrně jako v jedné z prvních zemí světa

1958 v prosinci vydána vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 207/1958, o očkování proti přenosným nemocem. Od 1. 1. 1959 stanovila pravidelné očkování proti tuberkulóze, trivakcinou proti záškrtu, tetanu a dávívému kašli, dále proti pravým neštovicím a dětské obrně

1969 zavedení plošného očkování dětí proti spalničkám. Do této doby se ročně spalničkami nakazilo až 50 tisíc dětí a na 50 až 100 jich nemoci podleho

1980 ukončení očkování proti pravým neštovicím; v prosinci 1979 WHO oznámila, že pravé neštovice byly eradikovány z povrchu světa

1982 očkování 12letých dívek proti zarděnkám a zavedení očkování rizikových skupin proti virovému zánětu jater typu B

1986 očkování proti zarděnkám všech dětí od 2 let

1996 významné zjednodušení ve vakcinaci dětí – zavedení kombinované vakcíny proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím

2001 zavedení očkování novorozenců a 12letých dětí proti virovému zánětu jater typu B a proti Haemophilus influenzae typu b

2007 zavedení kombinované vakcíny – hexavakcíny chránící proti záškrtu, tetanu, dávívému kašli, virovému zánětu jater typu B, dětské obrně a Haemophilus influenzae; očkování rizikových skupin obyvatel proti chřipce a polysacharidovou vakcínou proti pneumokokovým infekcím

■ Výskyt případů infekčních onemocnění u dětí od 0 do 14 let od roku 1955

Velmi rychle se zapomíná, že ještě několik desítek let po druhé světové válce se u nás vyskytovaly desetitisíce případů infekčních nemocí. Po zavedení pravidelného očkování proti dětské obrně se velmi rychle dosáhlo jejich eliminace. Dnes se prakticky nevyskytují nemoci jako záškrta, tetanus či spalničky. Díky očkování se udržuje i nízký výskyt dávívého kašle (i když v posledních letech počty případů stouply), tuberkulózy, příušnic i zarděnek. Většina těchto nemocí byla před zavedením očkování příčinou úmrtí stovek dětí ročně.

■ Nemoci, proti kterým se u nás plošně očkuje či očkovalo:

Pravé neštovice

- ve středověku považovány za Boží trest za hříšný život
- každá léčba byla bezvýsledná (v Londýně na epidemii zemřelo 80 % nakažených dětí do 5 let věku, v Berlíně podleho neštovicím 98 % dětí do 12 let věku)
- v 17. a v 18. století se epidemie pravých neštovic objevovaly zvláště v době válek; každoročně postihovaly v Evropě až jeden milion lidí, z nichž 20–60 % umíralo a 30 % přeživších oslepo; u dětí byla smrtnost až 98 %
- před zavedením očkování vykazovalo toto onemocnění 8–20 % všech úmrtí!!!
- po postupném zavádění očkování případů pozvolna ubývalo
- uvádí se, že ve 20. století do vymýcení pravých neštovic této nemoci podleho na 100 milionů lidí!!!
- posledním nakaženým byl 23letý nemocniční kuchař Ali Maow Maalin



Tabulka ukazuje, jak díky postupnému zavádění očkování klesal výskyt jednotlivých infekčních onemocnění.

Rok	Dětská obrna	Záškrt	Dávivý kašel	Tetanus	Spalničky	Zarděnky	Příušnice
1955	133	1232	30402	27	42246	-	-
1965	0	21	657	1	22591	8763	47559
1975	0	0	16	0	17998	3059	100553
1985	0	0	35	0	26	68024	58065
1995	0	0	22	2	5	764	5821
1996	0	0	121	0	10	2842	5759
1997	0	0	114	2	14	852	882
1998	0	0	25	1	19	6820	410
1999	0	0	97	0	2	974	117
2000	0	0	187	1	9	743	120
2001	0	0	124	3	6	894	107
2002	0	0	329	0	4	3156	748
2003	0	0	342	0	30	28	753
2004	0	0	373	0	17	31	244
2005	0	0	411	0	0	8	1803

- v Somálském přístavu Merka v říjnu 1977; nákazu přežil.
- V roce 1979 WHO deklarovala vyměnění pravých neštovic
- pro vyměnění této choroby bylo celosvětově

vě použito 2,4 miliardy očkovacích látek, přičemž nejdůležitější roli sehrála vakcína Dryvax® f. Wyeth, jejíž zásoby se v následujících desetiletích uchovávaly pro případ bioteroristického útoku

Tuberkulóza

- člověk je jediným zdrojem nákazy
- první očkování bylo podáváno kojencům v Paříži roku 1921 (perorálně)

ROZDÍL JE VE ZKUŠENOSTECH

Doložená účinnost u pneumokokových onemocnění^{1,2,3}



Prevenar
Pneumokoková sacharidová konjugovaná vakcína, adsorbovaná

DŮVĚRA VE ZKUŠENOSTI

PREVENAR* je indikován k aktivní imunizaci kojenců a dětí ve věkovém rozmezí od 2 měsíců do 5 let věku proti invazivním onemocněním, pneumoniím a zánětům středního ucha, vyvolaných sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F *Streptococcus pneumoniae*.

www.prevenar.cz

Wyeth® Wyeth Whitehall Czech s. r. o., Novodvorská 994, 142 21 Praha 4, Tel.: 267 294 111, fax: 267 294 199

Zkrácená informace o přípravku: Prevenar. Pneumokoková sacharidová konjugovaná vakcína, adsorbovaná.
Složení: Jedna 0,5 ml dávka obsahuje: Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 4* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 6B* 4 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 9V* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 14* 2 mikrogramy, Pneumococcale oligosaccharidum sérotypus 18C* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 19F* 2 mikrogramy, Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 23F* 2 mikrogramy. *Konjugován s nosným proteinem CRM₁₉₇ a adsorbován na fosforečnan hlinitý (0,5 mg).
Terapeutické indikace: Aktivní imunizace proti onemocněním vyvolaným *Streptococcus pneumoniae* sérotypů 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F (zahrnujícím sepse, meningitidy, pneumonie, bakteremie a akutní otitis media) u kojenců a dětí ve věku od 2 měsíců do 5 let. **Dávkování a způsob podání:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. Děti ve věku 2-6 měsíců: Tři dávky po 0,5 ml, s přestávkami nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Dříve neočkovaní starší kojenci a děti: Kojenci ve věku 7-11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml, s přestávkou nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12-23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s přestávkou nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti ve věku 24 měsíců - 5 let: jedna samostatná dávka. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na difterický toxoid. **Zvláštní varování a zvláštní opatření pro použití:** Tato vakcína nemá být podávána kojencům nebo dětem s trombocytopenií nebo s jinými poruchami hemokoagulace, které jsou kontraindikací pro intramuskulární aplikaci, pokud ovšem potenciální přínos jasně nepřevažuje nad rizikem podání. Prevenar nechrání proti těm sérotypům *Streptococcus pneumoniae*, které vakcína neobsahuje, ani proti jiným mikroorganismům, které způsobují stejná invazivní onemocnění nebo zánět středního ucha. **Interakce s jinými léčivými:** Prevenar může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa vpichu. **Inkompatibility:** Prevenar nesmí být mísen s žádnými jinými léčivými přípravky do jedné injekce. **Nežádoucí účinky:** Nechutenství, zvracení, průjem, exantém. Reakce v místě vpichu (jako erytém, zatvrdnutí/otok, bolest/citlivost), horečka $\geq 38^\circ\text{C}$, podrážděnost, pláč, ospalost, neklidný spánek. **Doplňující klinické údaje:** Účinnost proti pneumonii: V Kaiserově Permenantní studii pneumonií a bakteremií, vyvolaných kmeny sérotypů *S. pneumoniae*, obsaženými ve vakcíně, byla účinnost 87,5% [95% CI: 7, 99]. Účinnost proti akutní otitis media (AOM): Pneumokok je odpovědný za 30-40% všech bakteriálních AOM a za větší podíl závažných AOM. Teoreticky by Prevenar mohl předcházet 6-13% všech klinických případů AOM. **Druh obalu a velikost balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo typ I) s pístním těhlem z polypropylénu. **Velikost balení:** 1 a 10 se samostatnou injekční jehlou nebo bez samostatné injekční jehly a multibalení sestávající z 5 balení po 10 předplněných injekčních stříkačkách bez injekční jehly. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při 2°C - 8°C (v chladničce). Chraňte před mrazem. **Držitel registrace:** Wyeth Lederle Vaccines S.A., Belgie. Registrační čísla: EU/1/00/167/001 až 008. **Datum revize textu:** 20. 6. 2008. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Před použitím si prosím pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku.**

Reference: 1. Eskola J, Kilpi T, Palmu A, et al. Efficacy of a pneumococcal conjugate vaccine against acute otitis media. N Engl J Med. 2001;344:403-409. 2. Black S, Shinefield H, Ling S, et al. Effectiveness of heptavalent-pneumococcal conjugate vaccine in children younger than five years of age for prevention of pneumonia. Pediatr Infect Dis J. 2002;21:810-815. 3. Whitney CG, Farley MM, Hadler J, et al. Decline in invasive pneumococcal disease after the introduction of protein-polysaccharide conjugate vaccine. N Engl J Med. 2003;348:1737-1746.



- podle odhadů WHO je na světě na 1,7 miliardy infikovaných a ročně dochází k 8 milionům nových nálezů; nemoci podléhá asi 3,3 milionu osob především ze zemí třetího světa
- od 19. století se výskyt tuberkulózy snižoval; v posledních desetiletích však i Evropa zaznamenává zvýšený počet případů onemocnění, což může být způsobeno vysokým počtem uprchlíků z válkou ohrožených oblastí a ekonomických imigrantů
- nejvíce používaná vakcína proti TBC – BCG je nejdiskutovanější očkovačím látkou; nezábrání totiž onemocnění!!!
- ČR patří k zemím s nejnižším výskytem nových případů tuberkulózy a u dětí jde o onemocnění vzácné

Tetanus

- k onemocnění dochází především po poranění, která byla znečištěna zemí
- v roce 1981 se uvádělo, že tetanem onemocnělo celosvětově 1,2 milionu osob, z nichž 50 % této chorobě podlehl – většinou novorozenci (95 % úmrtnost)
- ještě v roce 2001 onemocnělo tetanem v rozvojových zemích více než 200 000 novorozenců, z nichž 90 % nemoci podlehl
- u nás už od 60. let 20. století byly hlášeny pouze 1–4 případy ročně, u dětí se tetanus v ČR již po léta nevyskytuje
- onemocnění nezanechává imunitu, proto je třeba v rekonvalescenci provést řádné přeočkování

Záškrt

- pouze lidské onemocnění, známo odpradávná
- ve zdravé populaci může být 3–5 % nosičů mikroba; v očkované populaci je nosičství výjimečné
- ještě ve 20. letech 20. století byl záškrt nejčastější příčinou smrti dětí ve věku 2–14 let; povinné očkování dětí ve vyspělých zemích snížilo jeho výskyt na ojedinělé případy; v rozvojových zemích je však stále častou příčinou dětských úmrtí
- očkování sice chrání před onemocněním, ale ochrana není 100%; proto je důležité, aby bylo v populaci dosaženo 70% proočkovanosti, která zabrání epidemii
- přerušení pravidelného očkování dětí vede k vzniku nových epidemií – což postihlo v devadesátých letech minulého století řadu zemí bývalého Sovětského svazu

Černý kašel

- vysoce nakažlivá choroba, která je známa teprve od 16. století
- nejčastěji se vyskytuje u dětí od 1 do 4 let (60 %) a u kojenců (20 %); častější výskyt je u dívek
- od konce minulého století je pozorováno zvýšení počtu černého kašle u očkovaných adolescentů a dospělých; podle zkušeností ze zahraničí bude i v ČR zavedeno přeočkování proti černému kašli 11letých dětí
- celobuněčná vakcína, po které docházelo k častému výskytu i závažných nežádoucích účinků, byla v hexavakcíně nahrazena acelulární vakcínou (finančně náročnější, ale bezpečnější)
- v roce 2001 bylo WHO hlášeno 285 000 úmrtí na černý kašel
- člověk je jediným zdrojem nákazy, takže je možné uvažovat o celosvětové eradikaci této infekční choroby

Dětská obrna

- pouze lidské onemocnění, při němž je zdrojem nákazy vždy člověk (v kojeneckém věku dochází k nálezům po vymizení mateřských protilátek)
- v dávné minulosti patrně jen sporadický výskyt – rozsáhlé epidemie zaznamenány mezi roky 1920–1930 v USA, Evropě, Austrálii i na Novém Zélandu s úmrtností až 27 %
- v ČR byl výskyt dětské obrny do začátku 30. let 20. století sporadický; velké epidemie však propukly v letech 1939, 1948 a 1953; umíralo na ni až 50 dětí ročně; od roku 1961 se u nás toto onemocnění nevyskytuje
- proočkovanost je v ČR kolem 97 %; pokud bude ochráněna očkovaním celá populace, může toto onemocnění zmizet ze zemského povrchu – jeden z cílů WHO
- aby vymizely atenuované očkovačím kmeny z lidské populace, očkuje se celosvětově jen neživou vakcínou

Spalničky

- po překonání onemocnění vzniká celoživotní imunita
- přenáší se kapénkovou infekcí, nakažlivost je enormně vysoká a vnímavost všeobecná
- před zavedením očkování v ČR hlášeno až 50 tisíc případů ročně (s úmrtností 0,1–0,2 %); v roce 1982 se spalničkový virus přestal šířit a spalničky byly v ČR prakticky vymýceny (ve světě však podle statistik WHO umírá na spalničky ročně až 1 milion dětí!!!)

- pro výrobu očkovačích látek proti spalničkám se používají různé atenuované kmeny viru; účinnost vakcíny je 95 %; v ČR se kombinuje s očkovaním proti zarděnkám a příušnicím zajišťujícím dlouhodobou ochranu
- jde o výlučně lidské onemocnění, a proto je možno uvažovat o jeho celosvětovém vymýcení

Zarděnky

- nemoc nebyla rozlišována od spalniček; většinou probíhala lehce a bez komplikací
- nákaza se přenáší vzduchem přes nosohltan; překonání onemocnění přináší celoživotní imunitu
- od roku 1941 je známo, že zarděnky u žen v prvních měsících těhotenství mohou vést k vrozeným vadám novorozenců
- v 60. letech 20. století proběhly rozsáhlé epidemie zarděnek v Evropě a USA, které postihly mnohé těhotné ženy. U některých došlo k potratu či poškození plodu – k vzniku tzv. rubeolózního syndromu (srdeční vady, mentální retardace, hluchota, encefalita apod.)
- od konce 60. let se zavádělo účinné očkování; později v kombinaci se spalničkami a příušnicím; v ČR se očkuje od roku 1982 – 12leté dívky; od roku 1986 všechny dvouleté děti
- pokud by byli očkovaní všichni kojenci, mohlo by dojít k vymýcení zarděnek do 40–50 let; při proočkovanosti všech dívek školního věku by vymizel rubeolózní syndrom za 10 až 20 let

Příušnice

- nemoc se přenáší vzduchem do dýchacího ústrojí vnímavého jedince; i když je vnímavost všeobecná, míra nakažlivosti je jen asi 30 %
- před zavedením očkování postihovaly několik desítek tisíc dětí; nyní dochází k zvýšenému počtu onemocnění u očkovaných mladistvých a dospělých
- časté onemocnění u vojáků především v době válek
- první inaktivované vakcíny testovány již od roku 1951; atenuované vakcíny pak od roku 1966

Virová hepatitida typu B

- jediným zdrojem onemocnění je člověk
- k přenosu choroby stačí i minimální množství krve (např. injekční jehlou, při sexuálním styku, intimním styku apod.)



- očkování proti žloutence je k dispozici od roku 1981 – tzv. plazmové vakcíny (získávají se z plazmy pacientů s chronickou žloutenkou typu B)
- ve vyspělých státech se tyto vakcíny již od roku 1986 nepoužívají, ale stále se vyrábějí a jsou k dispozici v mnohých zemích Asie
- od roku 1986 se používá rekombinantní vakcína, při níž se HbsAg získává expresí ze *Saccharomyces cerevisiae*

Onemocnění

Haemophilus influenzae typu b

- již v roce 1889 byl izolován tento mikrob ze sputa nemocného, který zemřel na chřipku a byl původně považován za původce chřipky; později byl shodný mikrob izolován i z krve a moku dětí nemocných bakteriální meningitidou
- *H. influenzae* způsobuje různá závažná onemocnění, jako meningitidy (především děti do 5 let věku), epiglottitidy, ale i bakteriální komplikace při virových infekcích dýchacích cest (otitidy u dětí starších jednoho až dvou let)
- časté jsou následky – nejčastěji poruchy sluchu až hluchota, psychomotorické poruchy, neschopnost učit se, křečové stavy a jiné pohybové anomálie
- před zahájením očkování dětí do jednoho roku v červenci 2001 byl výskyt systémových hemofilových onemocnění v ČR kolem 100 případů ročně (meningitidy, epiglottitidy); nyní je ročně jen do 10 těchto onemocnění
- pro zajištění účinnosti vakcíny již u kojenců se používá konjugovaná vakcína, v níž je hemofilový antigen navázán na záškrtový toxoid

Očkovací kalendář v České republice

Očkování jsou pravidelná, zvláštní, mimořádná, při úrazech a poraněních, při cestách do zahraničí a další očkování na vyžádání.

Pravidelné očkování je v České republice povinné podle § 45 a násl. zákona číslo 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, a dle vyhlášky č. 439/2000 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění vyhlášky č. 30/2004 Sb.

Pro účely tohoto očkování jsou vybrány očkovací látky tak, aby vždy na celém území byla používána shodná očkovací látka. Přičemž doporučené očkovací schéma je následující:

V následující tabulce jsou uvedeny počty úmrtí na infekční onemocnění, proti nimž se v České republice již provádí pravidelné očkování. Uvedené údaje se týkají kategorie dětí od 0 do 14 let v období od roku 1946 do roku 2000.

Rok	Dětská obrna	Záškrt	Dávivý kašel	Tetanus	Spalničky	Zarděnky	Příušnice	Tuberkulóza
1946	16	828	433	85 (56)	160	0	3	749
1950	13	139	166	57 (36)	179	0	1	306
1955	3	81	46	18 (3)	42	1	2	53
1960	1	13	4	1 (1)	48	1	0	11
1961 až 70	0	12	12	1	291	1	4	26
1971 až 80	0	0	0	0	10	0	3	3
1981 až 2000	0	0	0	0	14	0	1	1

Pro účely tohoto očkování jsou vybrány očkovací látky tak, aby vždy na celém území byla používána shodná očkovací látka. Přičemž doporučené očkovací schéma je následující:

Věk očkovaného	Schéma aplikace	Očkování proti infekci
4. den až 6. týden	prvotní očkování	tuberkulóza
13.–16. týden	1. dávka	hexavakcína (záškrt, tetanus, dávivý kašel, hemofilová invazivní infekce, žloutenka typu B, dětská obrna)
17.–20. týden	2. dávka	hexavakcína
21.–24. týden	3. dávka	hexavakcína
15.–18. měsíc	4. dávka	hexavakcína
21.–28. měsíc	1. dávka	spalničky, příušnice, zarděnky
	2. dávka („catch up“ dávka)	spalničky, příušnice, zarděnky
5.–6. rok	přeočkování	záškrt, tetanus, dávivý kašel
10.–11. rok	přeočkování	dětská obrna
11.–12. rok	přeočkování pouze u tuberkulin-negativních	tuberkulóza
14.–15. rok	přeočkování (další očkování po 10–15 letech)	tetanus
Bez rozdílu věku (především starší osoby)	1 dávka každý rok	chřipka

Po zavedení hexavakcíny v roce 2007, která nahradila vakcínu zahrnující látky proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli a invazivnímu hemofilovému onemocnění, dále pak vakcínu proti žloutence typu B a očkovací látku proti dětské obrně, se zmenšil počet vpichů a návštěv u lékaře na minimum.

Dosavadní lékařské práce ukazují, že ochrana, kterou zajistí kombinovaná očkovací látka, je stejná, ne-li vyšší než při podání jednotlivých očkovacích látek. Moderní očko-

vací látky navíc obsahují podstatně méně antigenů než dříve vyráběné vakcíny.

Budoucnost očkování v ČR

Budoucí očkovací kalendář, který by měl být zaveden v České republice, musí splňovat několik základních podmínek – zavádění kombinovaných vakcín, které umožní snížit počet vpichů a získat čas k aplikaci očkovacích látek proti dalším infekčním chorobám.

Zavedením hexavakcíny se uvolnil prostor



Slepoty z kontaktních čoček

Lékaři odhalili v gelu kontaktních čoček nebezpečného prvoka, který může proniknout do oka a vyvolat vážné onemocnění. Měňavky *Acanthamoeba* žijí zcela běžně v půdě a často pronikají i do vody. Přežívají dokonce i v chlorované pitné vodě nebo ve vodě plaveckých bazénů. Většina z těchto mikroskopických prvků se živí bakteriemi a nemá s člověkem mnoho společného. Některé druhy měňavek jsou však schopné vyvolat závažné infekce. Jednou z chorob vyvolaných měňavkami rodu *Acanthamoeba* je zánět rohovky oka. Zánět provází silné bolesti a při rozsáhlejší zasažení rohovky hrozí nemocnému oslepnutí.

„Zánět rohovky vyvolaný měňavkami se v posledních letech vyskytuje stále častěji,“ říká španělský odborník na tropické choroby Basilio Valladares z univerzity v La Laguna na Kanárských ostrovech. „Je to logický důsledek toho, že stále více lidí nosí kontaktní čočky. Když se lidé koupou v bazénu s kontaktními čočkami nebo si vyplachují obaly na čočky vodou z vodovodu, mohou se měňavky dostat na kontaktní čočky. S čočkami jsou pak zavlečeny až do oka. Měňavky žijí v prostoru mezi okem a kontaktní čočkou. Běžné desinfekční roztoky, které se pro čištění kontaktních čoček používají, je nezahubí.“

Zhruba 85 % všech lidí, kteří onemocní měňavkovým zánětem rohovky, nosí kontaktní čočky. Nebezpečné měňavky jsou však zřejmě mnohem rozšířenější. Valladares prověřil 90 kontaktních čoček a 153 obalů na kontaktní čočky od lidí, kteří neměli žádné příznaky zánětu rohovky. Ve dvou třetinách obalů a čoček odhalil prvoky *Acanthamoeba*. Třetina měňavek patřila k druhům vyvolávajícím závažné záněty rohovky. Riziko nákazy rostlo u čoček určených k dlouhodobějšímu opakovanému nošení. Z čoček používaných dva roky byla měňavkami infikována většina.

Vědci sledovali také výskyt měňavek v kontaktních čočkách používaných obyvateli Skotska a zjistil, že riziko nákazy je tam výrazně nižší. „Je to zřejmě důsledek podstatně teplejšího klimatu na Kanárských ostrovech,“ říká Valladares. Lékaři hledali prostředky, které by návštěvníky Kanárských ostrovů před nebezpečnými měňavkami chránily. Testovali antibiotikum ciprofloxacin a desinfekční prostředek chlorhexidin. Zjistili, že oba prostředky měňavku spolehlivě hubí. Chlorhexidin je dokonce součástí roztoků určených pro uchování kontaktních čoček. Jeho koncentrace však nebyla dost silná na to, aby čočky před měňavkou spolehlivě ochránila. „Návštěvníci Kanárských ostrovů jsou vystaveni vyššímu riziku zánětu rohovky vyvolaného měňavkami. Doufáme, že jim už brzy budeme moci nabídnout desinfekční roztoky, které je před tímto onemocněním uchrání,“ slibuje Valladares.

Převzato: LN, 3. listopadu 2008

pro rozšíření očkovacího schématu o další očkování. Horkým kandidátem je zavedení konjugované vakcíny proti pneumokokovým onemocněním dětem do dvou let. Tu je možné aplikovat současně či se 14denním zpožděním oproti hexavakcíně.

Zavedení **plošného očkování proti pneumokokovým infekcím** doporučují vedle Světové zdravotnické organizace také odborné společnosti. Pneumokoky totiž patří celosvětově k největším zabijákům. Ročně podle pneumokokovým nákazám více než milion dětí na celém světě. Pneumokoky způsobují závažná systémová onemocnění, jako jsou záněty mozkových blan, bakteriemie či pneumonie. Jsou také častým původcem méně vážných, ale vysoce frekvencovaných onemocnění – zánětů středního ucha a zánětů obličejových dutin.

Plošně se konjugovanou pneumokokovou vakcínou už očkuje ve 26 zemích světa, z toho v 16 evropských zemích. Od dubna 2008 i na sousedním Slovensku, kde zdravotní pojišťovny proplácují rodičům téměř 100 % částky za vakcínu.

Dne 2. 10. 2008 Ministerstvo zdravotnictví České republiky deklarovalo záměr zavést bezplatné plošné očkování dětí proti pneumokokovým nákazám, a to od počátku roku 2009.

Poděkování: Některé podklady pro tuto práci mi laskavě poskytla firma Wyeth Whitehall Czech.

Literatura u autora

OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR regionu Praha a Středočeského kraje

si vás dovoluji pozvat na tyto odborné semináře v roce 2009.

Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci (není-li uvedeno jinak)
**v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 1,
stanice metra „C“ I. P. Pavlova**

**16.30–18.00 odborný program
18.00–19.00 profesní problematika**

- | | |
|--|--|
| 8. 1. 2009 v 17 hod.
(pozor změna!) | doc. MUDr. Jiří Chomiak, ortopedická klinika FN Bulovka:
Záněty pohybového aparátu v dětském věku. |
| 5. 2. 2009 | doc. MUDr. Jiří Radvanský, Fakulta TV a sportu, FN Motol:
Posuzování sportovní způsobilosti. |
| 5. 3. 2009 | MUDr. Radim Uzel, Ústav pro rodinu a sexuální výchovu:
Sexuální a reprodukční zdraví. |
| 2. 4. 2009 | Konference – místo konání bude upřesněno. |
| 7. 5. 2009 | MUDr. Felix Votava, Klinika dětí a dorostu FN Královské Vinohrady:
Novorozenecký screening v Evropě a u nás. |
| 4. 6. 2009 | MUDr. Marcela Černá, Endokrinologický ústav, Národní tř., Praha 1:
Léčba thyreopatií v ordinaci PLDD. |
| 3. 9. 2009 | MUDr. Štěpánka Čapková, kožní klinika, FN Motol:
Novinky v léčbě dětských kožních onemocnění. |
| 1. 10. 2009 | prof. MUDr. Milan Macek, CSc., odd. lék. genetiky FN Motol:
Evropská populace z pohledu mutací genu cystické fibrózy. |
| 5. 11. 2009 | doc. MUDr. Petr Sedláček, CSc., odd. hematologie, FN Motol:
Kvasinková onemocnění u dětí. |
| 3. 12. 2009 | PhDr. Magdalena Frouzová, Institut pro výzkum rodiny, Praha 2:
Nonverbální komunikace. |

Akacia Group - A4 - Enterol

Systemová enzymoterapie v léčbě zánětů dýchacích cest

MUDr. Marta Honzíková

MUCOS Pharma CZ s.r.o. – klinický výzkum

Přípravky pro **systemovou enzymoterapii (SET)** jsou využívány jako součást léčby řady zánětlivých onemocnění. Nepřekvapí tedy, že se velmi dobře uplatňují i v léčbě akutních, chronických a recidivujících zánětů horních i dolních dýchacích cest jako např. **sinusitidy, laryngitidy, angíny, bronchitidy, otitidy**. Proteolytické enzymy obsažené ve Wobenzymu a Phlogenzymu příznivým způsobem modulují průběh zánětlivého procesu a urychlují jeho zhojení a zmírňují otok sliznic dýchacích cest. Současné zlepšení reologických vlastností krve zlepšuje mikrocirkulaci v postižených tkáních a tím také jejich venózní a lymfatickou drenáž a snáze jsou odplavovány degradační produkty zánětu. Současné podávání antibiotik s přípravky pro SET zlepšuje průniku antibiotik do tkání. Výsledky experimentů, klinických studií i zkušenosti z praktické medicíny svědčí také pro **imunomodulační efekt** těchto přípravků.

Jedním z prvních autorů, který u nás publikoval svoje zkušenosti se systemovou enzymoterapií v této oblasti byl Hubáček a kol. (1997). Pozitivní výsledky dokumentoval u **sinusitid, otitid, edémů hlasivek, vasomotorických a alergických rinitid**. První zkušenosti se SET v ORL u dětí prezentovala Vyhnanáková a kol. (1998). Kombinace Phlogenzymu s antibiotiky u pacientů s **akutními sinusitidami** vedla k rychlejšímu ústupu obtíží a nebyly pozorovány recidivy.

Protiotokový a protizánětlivý efekt SET se osvědčil také u **sekretorických otitid, kde je hlavním cílem konzervativní léčby** odstranění chronického otoku sliznic a snížení vysoké vazkosti sekretu. Veldová (1999) dosáhla příznivých výsledků při zařazení SET do konzervativní ambulantní léčby **sekretorické otitidy**. Ze skupiny léčené s užitím SET muselo pouze 7,7 % dětí podstoupit operační výkon (tympanstomie s odsátím středouší), zatímco ze skupiny léčené pouze klasicky to bylo 25 %.

Vyhnanáková a kol. (1999) používali Phlogenzym v kombinaci s obligátními přípravky v pooperační léčbě dětí po provedené tympanstomii. Dosáhli u vyššího procenta dětí vyléčení s normalizací typanometrické křivky a při tříměsíčním sledování tyto děti také méně trpěly akutními záněty dýchacích cest při porovnání s kontrolní skupinou léčenou pouze obligátně.

Od konce 90. let začaly přibývat zkušenosti se SET také v pediatrii. Jako první svoje výsledky prezentovala Vokálová, která sledovala skupinu 30 dětí s **opakovanými záněty dýchacích cest**, které měly i odchylku v některém ze sledovaných imunologických vyšetření (IgA, M, G, E, CD3). Zaznamenala významné snížení počtu i závažnosti zánětů dýchacích cest, které přetrvávalo i po ukončení 3 měsíce trvajících podávání Wobenzymu. Poklesla i související spotřeba antibiotik a jevila se tendence k úpravě imunologických parametrů. Obdobné výsledky popsala v roce 2002 při vyhodnocení skupiny 109 pacientů, kde malou část tvořili i dospělí. Také u této skupiny zaznamenala mimo jiné tendenci ke snížení či normalizaci hodnot IgE a normalizaci či zvýšení původně sníženého IgA.

Výsledky Vokálové i další publikovaná sdělení (Gricová 2003, Hubková 2003) i nepublikované zkušenosti řady dalších pediatriů byly podnětem k uskutečnění peregistračního multicentrického retrospektivního hodnocení, které se zaměřilo na objektivizaci vlivu Wobenzymu (SET) na snížení počtu opakovaných zánětů dýchacích cest u dětí a porovnání jeho efektu s běžně užívanými bakteriálními imunomodulátory (BIM) (Honzíková a kol., 2004). Ve studii byl porovnáván počet zánětů dýchacích cest (včetně sinusitid a zánětů středouší) a počet souvisejících antibiotických kúr v období 1 roku před zahájením sledované léčby s počty sledovaných parametrů v roce následujícím. Byla vyhodnocena data 468 dětí (SET - 346 dětí; BIM - 122 dětí) ve věku od 3 do 18 let. Wobenzym děti užívaly v průměru 13,6 týdne. Průměrný počet zánětů dýchacích cest v jednom roce se snížil u skupiny SET z hodnoty 5,3 na 2,2 (o 59 %), u skupiny BIM poklesl z 5,2 na 3,4 (o 32 %), Průměrný počet souvisejících antibiotických kúr klesl ve skupině SET z hodnoty 2,7 na 0,8 (o 68 %), u skupiny BIM z 2,7 na 1,6 (o 35 %). Obě léčebné metody vykázaly zlepšení na stejné hladině statistické významnosti, u skupiny SET ale byly dosaženy změny významnější při porovnání se skupinou BIM ($p < 0,001$).

Bartošíková a kol. (2006) rovněž hodnotili efekt přípravku SET Wobenzym u dětí s **opakovanými infekcemi dýchacích cest**. Studie se zaměřila na průběhu onemocnění

a na spotřebu antibiotik a dalších léků z hlediska účelné a ekonomické farmakoterapie. V souboru 30 dětí od 3 do 15 let bylo 63 % s alergickým onemocněním a 47 % s diagnózou astmatu. Soubor byl sledován půl roku před začátkem SET a dále následujících 6 měsíců. Děti dostávaly Wobenzym v průměru 3 měsíce. Ve sledovaném období došlo ke statisticky vysoce významnému poklesu průměrného počtu onemocnění a ke snížení počtu infekčních epizod, které vyžadovaly antibiotickou léčbu. Dále bylo zaznamenáno signifikantní zkrácení průměrné délky onemocnění a statisticky vysoce významné snížení spotřeby bronchodilatancí, antibiotik, chemoterapeutik, antitusik a expektorancí.

Závěry studie Bartošíkové, výsledky pilotních studií i reference klinických zkušeností pediatriů a některých alergologů-imunologů z terénu svědčí pro příznivý efekt SET u dětských astmatiků. Udávají zlepšení kompenzace, omezení počtu akutních zánětlivých exacerbací, snížení spotřeby bronchodilatancí a inhalačních kortikoidů.

Akutní laryngitidy jsou obávaným onemocněním u dětí, ale mohou být také nepříjemným pracovním handicapem pro mnoho dospělých. **Edém hlasivek**, který je doprovází znemožňuje pracovní výkon hlasovým profesionálům. Veldová ve své studii prokázala, že skupina hlasových profesionálek (50 zpěvaček, hereček apod.) léčených s využitím Phlogenzymu měla mnohem kratší dobu neschopnosti hlasové práce, rychlejší úpravu laryngoskopického nálezu i kvality hlasu oproti kontrolní skupině (40 žen stejných profesí), kde byl jako protiotokový prostředek použit aescin.

Výše uvedená data tedy dokládají efektivitu využití přípravků pro SET v komplexní léčbě akutních, chronických i recidivujících zánětů dýchacích cest u dětí i dospělých a podle referencí z terénu lze soudit, že mezi dětskými lékaři stále přibývá těch, kteří systemovou enzymoterapii používají jako běžnou součást svého terapeutického rejstříku. ■

Literatura u autorky

Na adrese mhonzikova@mucos.cz uvítáme veškeré reference vašich zkušeností se SET, včetně nepříznivých.



Ze světa odborné literatury...

Těžká otrava preparátem Ecstasy u 8měsíčního kojence

V práci je popsána otrava 8měsíčního kojence preparátem Ecstasy-methylenedioxyamfetamin MDMA. Hladina MDMA byla za 2 hodiny po požití 785 ng/ml, přičemž letální hladina je pro dospělé více než 500 ng/ml. U pacienta byla patrná tachykardie přes 210/min, hypertermie, záškuby, hypertenze 125/70. Zahájena léčba benzodiazepiny, ochlazením a rehydratační terapií. Po 6 hodinách se uvedené hodnoty vrátily k normálu, hladina MDMA byla jen 274 ng/ml. Pacient se klinicky plně upravil.

Eur. J. Pediatr. 2008, 167, 1067-1070

Vliv psychosociální nemocnosti v léčbě dětí s fekální inkontinencí

Všechny děti s fekální inkontinencí mají zvýrazněnou složku psychosociální nemocnosti. Autoři proto ohodnotili 150 dětí s fekální inkontinencí, které byly léčeny multidisciplinárním programem. Všechny děti byly před tím nejruznějším způsobem léčeny. Je nutné také ještě zdůraznit, že zácpa spojená s fekální inkontinencí nebo bez ní postihuje 3-5% dětí. Je také pravda, že 80% dětí s fekální inkontinencí má chronickou zácpu. Léčebný protokol pro tyto děti obsahuje laxativa, trénink vyprazdňování, psychologickou léčbu biofeedbackem (posilování svalstva pánevního dna). Léčebný úspěch se pohybuje mezi 40-75%. Zjistilo se ale také, že trénink jen s pomocí biofeedbacku nemá žádný přídavný terapeutický efekt u dětí s chronickou zácpou. V souboru dětí ve věku 6-18 let byla fekální inkontinence bez zácpy definována:

- defekace s frekvencí tři i vícekrát týdně během 12 týdnů u dětí starších 4 roky;
- a dále anamnéza defekace v místě a čase nepřiměřená sociálnímu kontextu v nepřítomnosti strukturálních nebo zánětlivých změn a v nepřítomnosti ukazatelů fekální retence.

Zácpa pak byla definována jako defekace méně než 3× za týden, dále pak jako dvě i více epizod fekální inkontinence za týden a periodická pasáž velkého množství stolice 1× za 7-30 dní. Děti mladší než 7 let a děti s těžkou mentální retardací byly ze skupiny vyloučeny. Data byla shrnuta během 3, 6, 12 měsíců.

Vlastní multidisciplinární program zahrnoval přítomnost dvou dětských lékařů, dvou psychologů a endoskopického asistenta. Z osmotických laxativ užívaly lactulosu a stimulační laxativa. Děti s těžkou zácpou byly léčeny s rektálními stimulačními laxativy. Před každým biofeedbackem, který byl ale součástí terapie, a po něm byl naplánován pohovor s rodiči a psychologem. Zde byl probíráno vyprazdňování, zvýšení rektální citlivosti a zvýšení svalové síly sfinkteru. Dále pak probírány techniky chování, pozitivní zkušenosti, demystifikace a k tomu trénink biofeedbacku. Tato sezení se konala po 9 týdňů. Při závěrečném hodnocení bylo přihlíženo k tomu, že 31 dětí (22% pacientů) mělo fekální inkontinenci bez

zácpy a 110 dětí (78%) mělo fekální inkontinenci se zácpou. Hyperaktivních dětí (ADHD) bylo 11, hraničních s touto diagnózou 11, s vývojovými psychosociálními poruchami 9, dětí s jakýmkoliv zřetelnými poruchami chování v celém průběhu života dítěte dalších 28. Problémové vztahy mezi dětmi a rodiči byly prezentovány ve 45% a 62% mělo potíže v postavení v daném kolektivu. Nebylo rozdílů mezi pacienty se zácpou a bez ní. V 6 týdnech po začátku programu byla léčba úspěšná u 97 ze 116 dětí, tj. v 69%. Dvanáct měsíců po začátku léčení mělo 50% pacientů opět zkušenosti s relapsem. U dětí bez psychosociální nemocnosti nebyly tyto difference nalezeny. Léčba byla méně úspěšná u dětí s ADHD a u dětí s problémovými vztahy v rodině. Také u dětí s mentální retardací byla úspěšnost menší. Ukazuje se také, že 20% dětí s fekální inkontinencí mělo více úzkostných a depresivních syndromů a i více školních problémů.

Eur. J. Pediatr. 2008, 167, 985-989

Porovnání perorální a intravenosní léčby pyelonefritidy

V práci se vycházelo z hypotézy, že léčba antibiotiky u dětí s akutní pyelonefritidou a scintigraficky dokumentovanými lézemi je stejně efektivní při používání perorálních i intravenosních antibiotik. Prošli celkem 365 dětí ve věku od 6 měsíců do 16 let s pozitivní bakteriurií. Moč byla odebrána katétre. Děti dostávaly perorálně Cefitibuten 9 mg/kg 1× denně v I. skupině po dobu 14 dnů. Ve II. skupině dostávaly iv. ceftriaxon po 3 dny následovně perorálním cefitibutenem po dalších 11 dní. Efekt byl u všech hodnocen m.j. na renální scintigrafii provedené za 6 měsíců. Z 219 dětí s lézemi na akutní scintigrafii bylo 152 dětí vzato do studie. Z toho bylo 80 převážně děvčat průměrného stáří 2,2 roku, která dostávala cefitibuten perorálně, a v druhé skupině 72 také převážně děvčat. Pacienti ve skupině s iv antibiotiky měli vyšší CRP a i původně větší léze na scinti při akutním vyšetření. Posléze byla provedena následná scinti za 6 měsíců. Zde byly nálezy u 21 z 80 prvé skupiny a u 33 ze 72 druhé skupiny. Nebyly popisovány žádné větší difference na scanu mezi oběma skupinami. Korelace byla patrná pouze směrem k nálezům v akutní fázi a u dětí s vesicoureterálním refluxem. Domnívají se, že perorální léčba i intravenosní léčba byla stejně účinná. Mohli také konstatovat, že u 2/3 dětí s akutní pyelonefritidou se ukázaly v nějakém období léze na scinti. Dlouhodobě sledování dětí s pozitivní scinti vykazovalo redukci renální funkce. Na druhé straně děti s febrilními atakami bez lézí na DMSA nakonec měly dobrou prognózu. Důležitější než začátek perorálního nebo intravenosního podávání se jevil termín provedení DMSA scinti. Prevalence bakteriemií u dětí kolem věku 2 měsíců a méně se pohybuje kolem 15% a u dětí mezi 2-6 měsícem mezi 9-10%. Děti starší 6 měsíců mají jen zřídka bakteriemií, pro tyto děti je možné perorální léčbu používat. Jen u akutních zánětů s vysokým CRP a včasnými nálezy na scinti

je vhodné intravenosní podávání ATB. Po skončení akutní fáze léčby je vhodné pokračovat v prolongovaném podávání cotrimoxazolu 12-18 mg na kg hmotnosti v jedné nebo ve dvou denních dávkách nebo nitrofurantoin 1-1,5 mg/kg váhy v jedné nebo dvou dávkách dlouhodobě. Následně pak po 2 měsících vhodné provedení MCRG.

Eur. J. Pediatr. 2008, 167, 1037-1047

Neurologické komplikace mycoplasma pneumonie v dětském věku

Mycoplasma pneumonie působí v dětském věku i četné neurologické komplikace. Buď v průběhu vlastního respiračního onemocnění, nebo po jeho akutním průběhu. Vlastní patogenetický mechanismus zůstává nejasný. Ačkoliv meningoencephalitida a akutní diseminovaná encephalomyelitida jsou společnou komplikací, je popisováno již několik případů akutní transversní myelitidy nebo izolované paresy n. abducens asociované s tímto onemocněním. Asociace mezi očními příznaky u myasthenia gravis a mycoplasma pneumonie nebyla dříve popisována. V práci je prezentováno celkem 5 klinických obrazů. Uvádí se dokonce, že mycoplasma pneumonie je příčinou 10% encephalitid u dětí. U prvního pacienta byly v popředí bolesti hlavy, zvracení a letargie, posléze pneumonie. Při vyšetřování nalezeny patologické nálezy na EEG i MRI a i pozitivní sérologie na MP. Konečnou dg. pak byla pneumonie mycoplasmová a diseminovaná encephalomyelitis. Po iv. Klacidu nastalo i významné zlepšení. Neurologický nálezy se zcela upravily. Také u druhého pacienta byla podobná klinika, ale jen nálezy na EEG a pozitivní sérologie na MP. V LP jen vyšší leukocyty. Léčba i konečný efekt stejný jako u prvního dítěte, stejně jako diagnóza. U třetího pacienta za 3 týdny po respiračním onemocnění se objevily změny reflexů na dolních končetinách, v LP norm. nálezy. Pozitivita nálezu na MRI a pozitivní sérologie. Pro dg. transversální myelitidy léčen pulsním methylprednisolonem, nakonec propuštěn bez závažnější poruchy motoriky. U pacienta při respiračním onemocnění nastala paresa n. abducens, na rtg. plic patrné infiltráty, pozitivní sérologie a velmi dobrý efekt terapie claritromycinem. U posledního popisovaného pacienta, který byl přijat pro polykací potíže a bilaterální ptozu při respiračním onemocnění, bylo podezření na myasthenia gravis. Pozitivní sérologie, léčba claritromycinem spolu s pyridostigminem vedla k úpravě. Není jasné, zda MP působí neurotoxicky, nebo přímou invazí, či autoimunním mechanismem. Na neurologické komplikace je však nutné pomyslet.

Eur. J. Pediatr. 2008, 167, 973-978

Ve spolupráci s firmou Mucos Pharma zpracoval MUDr. J. Liška, CSc.



Aktuality...

Čunek chce dát poplatky místo lékařům pojišťovněm, Julínek je proti

O pořádný rozruch se postaral v neděli šéf KDU-ČSL a vicepremiér Jiří Čunek. Přišel s tím, že vybrané poplatky by neměly zůstat lékařům, ale měly by jít do systému zdravotního pojištění. „Budeme o tom jednat v blízké době v koalici,“ řekl Čunek v nedělním pořadu ČT Otázky Václava Moravce. Dodal, že lidovci také požadují, aby lidé platili jen za recept, a to 20 Kč – a ne jako dosud 30 Kč za položku na receptu. Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS), pro kterého tento návrh byl zjevně překvapením, to označil za „vymyšlený si problémů tam, kde nejsou“.

Pro Právo zopakoval, že systém poplatků se plně osvědčil a už se vybraly přibližně čtyři miliardy.

Také stínový ministr zdravotnictví za ČSSD David Rath označil požadavek lidovců, aby peníze z poplatků šly do pojištění, za „zmatečný“.

Experti se neshodli

„Technicky si to neumím představit. Znamenalo by to, že lékaři poplatek vyberou a odvedou ho pojišťovně. Byl by to ještě větší zmatek než dneska. Trváme na tom, že všechny poplatky musejí být zrušeny,“ řekl Rath.

Schůzka koaličních expertů na ministerstvu zdravotnictví, která měla vyřešit spor vládních stran o Julínkovu reformu, nebyla úspěšná.

Přestože se podařilo přibližně 20 sporných otázek mezi lidovci, ministerstvem a zelenými vysvětlit a dojít ke kompromisu, hlavní problémy trvají.

Koalice ČSSD s ODS v Jihomoravském kraji ...

Příslušný zákon prošel Sněmovnou, měl by ho projednat Senát a vyjádřit se prezident.

V opozici zůstane KSČM a KDU-ČSL. Koalice bude mít v 65 členném zastupitelstvu 37 členů.

Pravděpodobný budoucí hejtman Michal Hašek, dosavadní šéf poslaneckého klubu ČSSD, i lídr ODS Milan Venclík včera večer shodně uvedli, že jednání byla dlouhá, tvrdá, ale korektní. Hašek odmítl označovat spojení s ODS jako zradu na voličích.

„Plných 90 procent priorit ve volebních programech obou stran je shodných, těžko najdete věci, které jdou proti sobě,“ řekl. Za největší zádrhel jednání označil regulační poplatky ve zdravotnictví. Venclík potvrdil, že v poplatcích udělal ústupek.

Hašek připomněl, že dopad poplatků do rozpočtu kraje byl znám už před volbami, za rok dosahuje zhruba 75 miliónů korun. Pokud stranická grémia schválí návrh koaliční smlouvy, bude smlouva podepsána v nejbližších dnech.

Sociální demokraté již dříve oznámili svůj zájem o řízení zdravotnictví, sociální oblasti, školství a dopravy. Není zatím jasné, kolik lidí bude mít každá strana v radě kraje. „Sociální demokracie v pondělí dopoledne jednala také s lidovci a komunisty, s každou stranou zvlášť, o jejich důstojném podílu na spoluodpovědnosti na řízení Jihomoravského kraje,“ uvedl Hašek.

Lídr KSČM Vojtěch Adam Právu potvrdil, že jako opoziční strana jsou spokojeni, akceptovali také návrhy lidovců ve věci obsazení výborů a komisí.

Převzato: Právo 18.11.2008

České zdravotnictví patří v Evropě k průměru

Zdravotní systém v Česku patří ve vstřícnosti či přátelskosti k lidem k evropskému průměru.

Podle žebříčku Euro Health Consumer Index (EHCI) zveřejněného ve čtvrtku patří České republice mezi jednatřiceti zkoumanými státy šestnácté místo.

Nejlépe jsou na tom v tomto směru Nizozemsko, nejhůře Lotyšsko. Analýzy posledních trendů v Česku prý nicméně ukazují, že český zdravotní systém se vyvíjí o poznání rychleji než evropský průměr.

„Těšíme se na den, kdy aktuální reformy umožní velkorysejší využívání léků,“ řekl při hodnocení výsledků České republiky ředitel organizace Health Consumer Powerhouse (HCP) Johan Hjertqvist. Podle Arne Björnbergové, která se na vzniku žebříčku podílela, by se pak Češi měli více spolupodílet na své léčbě.

Index, který pravidelně od roku 2005 zveřejňuje organizace Health Consumer Powerhouse (HCP), porovnává národní systémy v šesti různých oblastech.

Zaměřuje se třeba na to, jaký mají lidé přístup k informacím, zda a nakolik je ve vztahu s pacienty využíván internet, jaký je rozsah služeb či jak dlouho musí pacienti na některé úkony čekat. Jednotlivé země mohou získat maximálně 1000 bodů. Vítězní Nizozemci dosáhli na metu 839 bodů, Češi mají stejně jako Italové 640 bodů, Slovinci 556 bodů.

Převzato: ČTK, 14.11.2008

Neregulovaní lidovci

Jiří Čunek jako hlava lidovců v neděli zase národu doložil, že jeho strana disponuje špatnou pověstí zaslouženě. V debatě o reformě zdravotnictví strana tápe, respektive je nekonzistentní a zcela ve vleku svých rebelujících „expertů“.

Lidovcům schází odvaha k tomu, aby koalici kvůli reformě zdravotnictví opustili, a zároveň se bojí toho, že nepopulární opatření je připraví o zbytky voličů. Proto předseda připomínal střecha.

Regulační poplatky za recept se prý mají snížit na dvacet korun a mají je dostat pojišťovny. A proč je nesnížit jen na dvacet pět korun? Nebo rovnou na deset či na korunu? Na tuhle otázku lidovci bezpochyby odpověď neznají – populismus není racionální. Proč čekat, až se dopad poplatků vyhodnotí na relevantních statistikách?

Vrcholem směšnosti pana Čunka je mudrování o tom, že některý lékař má pacientů pět, jiný desítky – je to nespravedlivé. Ano, některý lékař je šikovný a pacienti se mu hrnou, jiný má pověst mizernou a lidi jej nevyhledávají. Některá vyšetření trvají hodiny, jiná pár minut. Tohle chce strana lidová „napravit“?

Debaty, jež se odvíjela v neděli na televizní obrazovce, koalici nepomohla. Místo toho, aby společně vysvětlovali občanům, proč je reforma racionální, pomáhali opozici a s ní i nástupu populismu.

Převzato: LN, 18.11.2008

Průzkum: lékaři Julínkovu reformu chtějí

Zatímco lidé v krajských volbách reformu zdravotnictví odmítli, mezi českými lékaři si ministr Tomáš Julínek paradoxně polepšil. Více než polovina zdravotníků s jeho reformami souhlasí.

Podle čerstvého průzkumu agentury STEM/MARK mezi téměř tisícovkou lékařů a sester bylo jedenapadesát procent dotázaných přesvědčeno, že pokud by Julínek dostal možnost své záměry provést, českému zdravotnictví by to pomohlo.

Od ledna, kdy se průzkum konal poprvé a reforma byla na samém počátku, získal Julínek na svou stranu šestnáct procent zdravotníků.



„Koncept reformy považuje za špatnou jen 30 procent dotázaných lékařů a sester. Polovina zdravotníků vidí chybu spíše ve špatné komunikaci a v nepopularitě jinak správných kroků,“ vysvětluje postoje zdravotníků autor průzkumu.

Ministr své kroky podle 85 procent lékařů neuměl obhájit před laickou veřejností.

Zhruba polovina zdravotníků podle průzkumu podporuje vybírání regulačních poplatků v ordinacích a nemocnicích. Jejich popularita mezi lékaři od ledna také zřetelně vzrostla. Na začátku roku je považováno za dobrý krok 27 procent účastníků průzkumu, nyní je to dvakrát víc.

Výsledky průzkumu jsou v rozporu se závěry víkendového sjezdu České lékařské komory, která drtivou většinou Julínkovy reformy odmítla. Šéf komory Milan Kubek, člověk blízký Julínkovu oponentovi Davidu Rathovi, pak prohlásil, že ministr nemá podporu lékařů.

„Účastníci průzkumu nemuseli být detailně informováni o záměrech ministerstva. Na rozdíl od delegátů komory, kteří Julínkovy plány odmítli,“ snažil se vysvětlit rozpor mezi průzkumem a proklamovaným názorem lékařské stavovské organizace Milan Kubek.

Zatím není jasné, jak to bude s reformou zdravotnictví dál. Včera sice o balíku zákonů jednala vláda, ale k ničemu nedospěla. Lidovci si nejprve nepřáli, aby byl bod o Julínkových zákonech vůbec na programu jednání, to se ale jejich předsedovi Jiřímu Čunkovi nepodařilo prosadit.

Převzato: Průzkum STEM mezi 943 lékaři a sestrami

Vláda rozhodne o registraci novorozenců

Ministryni pro menšiny a lidská práva Džamile Stehlíkové (Strana zelených) se do zákona o zdravotních službách podařilo prosadit povinné registrace novorozenců u pediatri. O reformních zákonech předložených ministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem (ODS) měla vláda rozhodovat už tuto středu. Kvůli nesouhlasu koaličních partnerů byla debata o nich přerušena do dalšího zasedání vlády - tedy do příštího týdne.

Podle Stehlíkové by povinné registrace měly pomoci snížit množství týraných dětí v Česku. „Právě děti, které nejsou evidované u lékaře a nechodí na pravidelné prohlídky, mohou být rodiči týrány a zneužívány bez možnosti odhalení takového jednání. Pokud tyto případy nejsou podchyceny včas, může docházet k těžkým zraněním, či dokonce smrti dítěte,“ řekla Stehlíková. Povinnou registraci navrhl výbor pro práva dítěte Rady vlády pro lidská práva v září loňského roku.

Povinnost registrovat své dítě by podle návrhu neměli rodiče, ale porodníci.

Převzato: ČTK, 14.11.2008

Zachraňte Julínka!

Toto je výzva: zachraňte Julínka! Když nějaká partaj prohraje byť i irrelevantní volby a dostane se pod tlak, musí dodat oběti a rituálně je zaříznout. Vůbec nezáleží na tom, zda se provinily, či nikoli, naopak svině vždycky v politických hrách přežijí, to je podstata.

Topolánkova ODS teď leží skrčená v koutě a třese se o holou existenci. Ať to s ní dopadne jakkoli, ať se třeba rozštěpí na hradní křídlo v čele s metropolitou Bémem a druhé s Topolánkem či jeho nástupcem, nebo nakonec zůstane celá pod jakýmkoli vedením, ODS bude přinášet hlavy na obětní stůl.

A šestnáctý nebo vlastně kolikátý ministr zdravotnictví Tomáš Julínek je šťavnatý kousek, první na ráně. Jak se mezi těmi všemi tupými populisty traduje, krajské a senátní volby přece prohrály třicetikorunové poplatky v ordinacích. Musím přiznat: i my jsme se připojili ke kritice zdravotnické reformy, když jsme na titulní straně zobrazili ministra Julínka na lůžku

oddělení ARO s podtitulkem Nemocná reforma. To, co jsme reformě ministra Julínka vytýkali, byla v zásadě jen podružnost. Necitlivost, která může být věcí názoru, ale tenkrát jsme se shodli, že novorozenci a děti by poplatky platit neměli, což se nakonec změnilo.

Efekt jeho opatření ve spojení s kroky ministerstva práce a sociálních věcí zůstává nepochybně pozitivní. Simulantů ubylo a už se nevyhazují miliony za běžné léky. A i ti nejtupější populisté si musejí být vědomi, že reformy jsou nutné, i když vykřikují opak a veřejně to nikdy nepřiznají.

Ministr Julínek asi není mistrem masové komunikace, a to ani v tandemu s Cikrtem. Je ale ministrem s vizí, která může českému zdravotnictví pomoci. Je nepochybně jedním z nejcennějších členů Topolánkova kabinetu, evidentně nekrade a není součástí nějaké zájmové mafie. Bohužel, jak se často stává, schopnosti nejsou tím pravým předpokladem pro výkon funkce. Rozhodují jiná kritéria, a když partaj potřebuje, obětuje i nejméně vinné. Tak to chce mediální lid. Tak to chce doba. Nic nového pod sluncem.

Převzato: Týden, 2. 11. 2008

Tužku lékař přijmout smí, exotický zájezd ne

Česká lékařská komora (ČLK) zjistila, že její dosavadní předpisy, které zakazují korupci lékařů, nestačí. Vydala proto upřesnění pravidel spolupráce doktorů s farmaceutickými firmami. Reagovala tak i na informace médií o plánovaném zájezdním zasedání českých lékařů v Africe nebo luxusní dovolené lékařů hrazené firmou.

„Případy, které byly v poslední době publikovány, nevrhají dobré světlo na lékařský stav a Česká lékařská komora před tím nemůže strkat hlavu do písku,“ přiznal prezident ČLK Milan Kubek.

Lékaři podle nových pravidel například nesmějí od výrobce léků přijmout nepřiměřeně drahé dary nebo pozvání na kongres, který se bezdůvodně koná v exotické zemi.

Pokud někdo na lékaře podá stížnost k lékařské komoře, bude mu stejně jako dnes za přijímání úplatků od farmaceutických firem hrozit důtka, pokuta nebo vyloučení z komory, a tím zákaz výkonu lékařského povolání. Od nových pravidel si Kubek slibuje, že jasněji stanoví, co už si lékař nemůže dovolit.

Ministerstvo zdravotnictví nová pravidla, která stanovila ČLK, vítá. „Je to krok správným směrem, Uvidíme ovšem, jak bude fungovat v praxi,“ řekl mluvčí úřadu Tomáš Cikrt. „Chceme jít ještě dál,“ dodal. Státní ústav pro kontrolu léčiv by například mohl v budoucnu získat pravomoc vyslat na kongres své zaměstnance. Ti by na místě zjistili, zda se skutečně jedná o vzdělávací akci, a ne o rekreaci.

„Máme připraveny legislativní i nelegislativní kroky. Představíme je poté, až se uklidní politická situace,“ slíbil Cikrt.

Také někteří představitelé komory by uvítali další upřesnění pravidel. „Je to správný krok. Předpis by ale měl být ještě přesnější,“ myslí si člen představenstva ČLK Lubor Kinšt.

V dokumentu evropské organizace lékařů, ze kterého předpis komory vychází, se například píše, že lékař nesmí žádat od průmyslu žádné dary. V české verzi je ale zakázáno chtít „neoprávněné“ dary.

„Žádný takový předpis nejde napsat úplně explicitně,“ brání nový předpis Kubek.

Protikorupční pravidla ČLK

- Lékař nesmí přijmout neoprávněné pohostinství.
- Dary, které lékař přijme, nesmí být nepřiměřeně drahé a musí souviset s výkonem lékařského povolání.
- Lékaři se mohou účastnit vzdělávacích akcí sponzorovaných farmaceutickými firmami. Místo konání akce ale nesmí vyžadovat



„neodpovídající nadbytečné cestování“.

– Pokud lékař působí jako konzultant farmaceutické firmy, nesmí to tajit.

Převzato: LN, 31. 10. 2008

Hyperaktivní dítě? Ne, jen zlobivé

Ministryně Džamila Stehlíková chce, aby rodiče nedávali svým dětem facky. Považuje to za týrání, i když většina lidí s ní nesouhlasí. V Británii mezitím zjišťovali, proč má tolik dětí diagnózu hyperaktivní – a ukázalo se, že často jde spíš o špatně vychované děti.

Určitě už se vám to také stalo. Jste s partou známých na chalupě, děti si hrají, ale jedno je „jako z divokých vajec“. Málem vám skáče po hlavě, aniž by ho někdo okřikl.

Když už to nevydržíte a dáte najevo, že by ho rodiče měli ukáznit, dozvíte se, že by to bylo marné: chlapec prý je hyperaktivní.

Je skutečně nemocný, nebo jen nevychovaný? Odpověď hledali britští vědci a jejich výzkum ukázal, že nálepkou hyperaktivní dostávají i špatně vychované děti. Podle nich hyperaktivitou a poruchu soustředění (ADHD) trpí jen necelá polovina takto označovaných dětí. Ty ostatní jsou prostě jen nevychované.

Jak na to Angličané přišli? Tým vědců se téměř rok zaměřil na 52 dětí, u kterých rodiče a učitelé pozorovali typické projevy hyperaktivních dětí. Nejsou schopné soustředit se na výuku ani na hraní, u ničeho dlouho nevydrží, jsou hlučné, zapomnětlivé a nedokážou se podřídit okolí. Ale tyto příznaky se u sledovaných dětí projevovaly jen občas. U skutečně hyperaktivních dětí by musely být trvalé.

Chtějí osvědčení na úlevy. „Nevychované děti jsou schopné své chování ovlivnit vůlí, ty hyperaktivní ne,“ říká dětský psycholog Jiří Knoll z pedagogicko-psychologické poradny v Pardubicích. Proč? Hyperaktivní dítě postrádá schopnost útlumu. Je v permanentním napětí. „Je to trvalá neurologická porucha. Někde při vývoji plodu nedozrála část mozku tak, jak by bylo potřeba,“ vysvětluje dětská psychologka Václava Masáková z Prahy.

Odborníci připouštějí, že do poraden přicházejí rodiče s nevychovanými dětmi a dožadují se potvrzení o hyperaktivitě.

K čemu jim je?

„Chování dětí, které jsou prohlášeny za hyperaktivní, je více tolerované,“ míní psycholog Knoll. Hyperaktivní děti mají navíc ve škole úlevy. Mají volnější režim, mohou se při vyučování projít, učitelé jim mohou zkrátit vyučovací hodinu.

A tak do poraden přicházejí nikoliv hyperaktivní, ale jen zneurotizované děti, jejichž neklid pramení z tlaku, který na ně rodiče vyvíjejí. „Musí chodit do kroužků a do předškolních příprav, na hudební výchovu apod. Vůbec nemají čas hrát si, zklidnit se,“ popisuje psychologka nadměrnou zátěž, která mnohé děti zneklidňuje.

Lze nezvladatelné děti vychovat? A nebit je přitom?

Odborníci jednoznačně říkají, že fyzické tresty moc nepomáhají, protože fungují jen krátkodobě. Navíc do věku pěti let dítě prostě potřebuje plácnout. „Je to lepší než ho nechat vletět pod auto nebo sáhnout na rozpálená kamna,“ míní psychologka Masáková. U větších dětí se rodiče musí obrnit trpělivostí a důsledně trvat na splnění úkolu. Ječení vzdorujícího dítěte je nutně prostě vydržet.

Chyba je i ve výchově. Proč je dnes tolik nezvladatelných dětí? Chyba je i ve výchově. „Rodiče přiznávají, že jsou nedůslední,“ říká Eva Kvitová ze Střediska výchovné péče v Brně. A nedokážou děti motivovat systémem odměn a sankcí přiměřeným jejich věku.

Za splnění úkolu dítěti umožní dělat nebo mu dají něco, co má rádo. Když neposlechne, o to příjemné přijde. Čím je dítě menší, tím rychleji

musí odměnu dostat.

K většímu počtu těžce zvladatelných dětí ovšem přispívá i doba. „Žijeme v hyperaktivním čase. Na dítě se valí obrovská spousta informací, které musí rychle zpracovávat. Například dnešní kreslené filmy pro děti – to je neskutečné tempo. Dříve byly víc pohodové,“ míní psychologka Kateřina Thorová.

Ať už je dítě hyperaktivní nebo jen nevychované, nebude s ním pořízení, dokud mu rodiče nestanoví pevný řád a důsledně nebudou trvat na jeho dodržování. Dítě potřebuje i dostatek pohybu a to, aby se rodiče střídali v péči o ně. „Není možné, aby na všechno byla zneurotizovaná matka, která má na starosti celou domácnost a k tomu ještě tři děti. Dítě tu nervozitu vycítí a pak hodně zlobí,“ říká psychologka Thorová.

Odborníci připouštějí, že do poraden přicházejí rodiče s nevychovanými dětmi a dožadují se potvrzení o hyperaktivitě.

Převzato: MF Dnes, 25. 7. 2008

STOP plýtvání antibiotiky

Miliardu korun ročně by mohlo české zdravotnictví ušetřit, kdyby se v něm nepoužívalo tolik antibiotik zbytečně. Tvrdí to uznávaný odborník na tuto problematiku Vlastimil Jindrák z Nemocnice na Homolce.

„Některé evropské země už zavedly určité národní programy, které měly velmi pozitivní dopad na omezení nadužívání antibiotik. Ty země, kde byla nalezena finanční podpora, dosáhly úspěchů. V ostatních účinnost antibiotik klesá,“ varuje Jindrák.

Ve Francii, kde byla spotřeba zmiňovaných léků největší v Evropě, pomohla také reklamní kampaň. Ta nabádala lidi mimo jiné i v televizních spotech, aby od svého lékaře zbytečně antibiotika nepožadovali. Za osm let tam klesla spotřeba uvedených medikamentů v ambulancích o třetinu a každé euro vložené do kampaně přineslo čtrnáct eur na úsporách.

Lékaři chtějí jednat s ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami, aby podobnou kampaň financovaly u nás. Prostředky by mohly přijít i z fondů Evropské unie. Česká republika si totiž zvolila problém klesající účinnosti antibiotik za jedno ze tří zdravotnických témat našeho předsednictví unii. „Budou pořádané konference, které budou vést naši odborníci. Znamená to možná i více peněz z evropských zdrojů,“ potvrzuje mluvčí ministerstva zdravotnictví Tomáš Cíkr.

Úspora peněz není ale hlavní důvod, proč by lékaři neměli předepisovat antibiotika víc, než je zapotřebí. Když se požívají příliš často, přestávají totiž na některé druhy bakterií zabírat. Například podíl určitého druhu stafylokoků, na který antibiotika neúčinkují, přesahuje v Česku 14 procent. Tyto bakterie přitom způsobují vážné infekce.

Jak je to možné? Podle Jindráka například praktičtí lékaři v Česku předepisují až polovinu antibiotik zbytečně nebo nesprávně: „nasadí“ pacientovi jiný lék, než by měli.

Ministerstvo zdravotnictví proto po několika letech obnovilo národní antibiotický program. „Dobrá antibiotická politika jednoznačně vede k úsporám. Antibiotika, která máme k dispozici, jsou méně účinná. Léčba se tak prodražuje, protože jsou lidé více nemocní a déle leží v nemocnici,“ vysvětluje Tomáš Cíkr.

Odborníci volají pro zavedení projektů, které zajistí správné nakládání s antibiotiky. Na účinná opatření by podle Jindráka bylo zapotřebí odhadem deset milionů korun ročně. Problém s účinností antibiotik trápí lékaře všude ve vyspělém světě. V Evropě jsou na tom nejhůř jižní a balkánské země, naopak nejmenší spotřeba antibiotik, a tedy i nejmenší problém s odolnými bakteriemi, mají v Nizozemsku.

Převzato: LN, 1. 10. 2008

Johnson&Johnson - Olynth HA



Nová vakcína proti chřipce

Pokud se povedou testy, jež právě probíhají v Británii, mohlo by být odzvoněno každoroční ruletě, kterou představují pravidelná očkování proti chřipce.

Zatímco současné vakcíny jsou de facto směsí vakcín proti třem kmenům, které mezinárodní komise každoročně předem odhaduje jako v daném roce nejvýznamnější, právě testovaná vakcína je univerzální, takže by ji nebylo nutné stále měnit. Unikátní postup použitý při přípravě vakcíny spočívá v tom, že látka je zaměřena na jinou část viru chřipky, než tomu je u současných vakcín. Podobný přípravek je dlouhé roky považován za „svatý grál“ v boji proti této chorobě.

Vakcína míří jinam

Vedoucí výzkumné skupiny z Oxfordské univerzity dr. Sarah Gilbertová připomíná, že současné vakcíny jsou připravovány proti proteinům H a N, které tvoří součást obalu viru chřipky. Tyto proteiny jsou ale velice náchylné k mutacím, takže vakcína musí být každým rokem připravena znovu, protože v daném roce nejběžnější kmeny jsou pokaždé jiné. Badatelé z Oxfordu proto připravili vakcínu proti proteinům z vnitřku viru, u nichž je mezikmenová variabilita mnohem menší a které navíc prakticky nejsou náchylné k mutacím.

Odpadají problémy se skladováním

Samotná vakcína využívá jako nosiče oslabeného viru neštovic, což je technika rutinně užívaná u vakcín proti malárii a tuberkulóze. Ve chvíli, kdy se virus začne v těle množit, imunitní systém reaguje proti přidaným proteinům zvaným matrix protein 1 a nucleo-protein. První klinické testy zatím proběhly ve velmi malém měřítku, vakcína je zkoušena u pouhých dvanácti dobrovolníků. Do masového nasazení je tedy ještě velmi daleko, sám výzkumný tým mluví o horizontu deseti let.

Pokud se postup oxfordské skupiny ukáže jako životná alternativa, může mít nová vakcína dalekosáhlé použití. Kromě jednoduchosti aplikace (lidé by mohli být opakovaně imunizováni pouze jednou za 10 let) by byl odstraněn základní problém sužující současné vakcíny. Těch buď každoročně není dost, protože se začínou připravovat příliš pozdě, nebo jsou jen částečně účinné, neboť jsou připraveny proti v tomto roce ne zcela nejvhodnějším kmenům viru chřipky. Navíc tyto vakcíny nemohou být skladovány, protože příští rok jsou již zastaralé. V případě pandemie potom vakcína schází. V případě nové vakcíny by bylo nejen možné v podstatě imunizovat celou populaci, ale také mít pro případ pandemie dostatečné zásoby.

Převzato: ZDN, 22. 9. 2008

Astma zřejmě zhoršuje také paracetamol

Použití paracetamolu (acetaminofenu) v prvním roce života dítěte zvyšuje riziko astmatu, rinokonjunktivitidy a ekzému mezi 6. a 7. rokem. Vyplývá to z práce publikované ve speciálním vydání časopisu Lancet, které bylo problematice astmatu věnováno.

V rámci třetí fáze mezinárodní studie astmatu a alergií v dětství (ISAAC) vyplňovali rodiče či opatrovníci dětí ve věku 6 a 7 let písemné dotazníky týkající se symptomů astmatu, zánětu spojivek, ekzému a na druhé straně potom několika potenciálních rizikových faktorů. Jedním z nich bylo užívání paracetamolu u horečky v prvním roce života dítěte a vyšší frekvence jeho užívání v předchozích 12 měsících.

Byly vyhodnoceny dotazníky týkající se více než 200 tisíc dětí ze 73 center ve 31 zemích. Centra musela být schopna dodat výsledky od více než tisíce respondentů a vyplněno muselo být minimálně 60 % dotazníků. Richard Beasley s kolegy z Medical Research Institute v novozélandském Wellingtonu pak při analýze dat použil techniku logistické regrese

a dospěl k závěru, že používání paracetamolu na horečku v prvních letech života zvyšuje u dětí ve věku 6 až 7 let pravděpodobnost symptomů astmatu o 46 %.

Pokud jde o užívání léku v nedávné minulosti (v předchozích 12 měsících), bylo zvýšení výskytu symptomů závislé na dávce paracetamolu. Střední dávky zvyšovaly riziko o 61%, zatímco vysoké trojnásobně. Závažné symptomy astmatu byly při používání paracetamolu zvýšeny o 22–38 %. Nasazení léku v prvním roce života navíc zvyšovalo o 48 % riziko rinokonjunktivitidy a ekzému o 35 %. Nedávné nasazení léku ovlivňovalo tyto choroby stejně jako u astmatu v závislosti na dávkování.

„Je třeba zdůraznit, že výsledky naší studie by neměly být důvodem, aby paracetamol přestal být v dětství užíván. Je i nadále preferovaným léčivem ke zmírnění bolesti a horečky u dětí. Studie nicméně vyznívá v souladu se stávajícími směrnicemi WHO, které nedoporučují rutinní nasazení tohoto léku. Paracetamol by měl být podle doporučení WHO vyhrazen pro děti postižené vyšší teplotou (přesahující 38,5 °C),“ prohlásil Beasley.

Další studie paracetamolu by pomohla

Důvodem dnešní dominance paracetamolu jako medikace při horečce u dětí bylo riziko Reyova syndromu, které je spojeno s nejstarším antipyretikem – aspirinem. Mezinárodní doporučení pro astmatiky stále v převážné většině považují paracetamol za nejvhodnější léčivo pro horečku či bolest u dětí. Antipyretické účinky paracetamolu byly rozpoznány kolem roku 1950, bezmála 50 let poté, co byl objeven. Výhodou paracetamolu je kromě významně nižšího rizika alergických reakcí i absence gastrotoxicity.

Studii v Lancetu doprovází komentář R. Grahama Barra z Kolumbijské univerzity v New Yorku, který zdůrazňuje, že výsledkem této práce je spíše otázka než jasný závěr, protože kauzalita vzájemného vztahu zde není jednoznačně zodpovězena. Z designu studie vyplývá omezení její validity. Dotazníky byly vyplňovány laiky, data byla sbírána retrospektivně, a je tedy možné, že výsledky ovlivnila neschopnost mnohé si vybavit či nepřesnosti v překladech dotazníků do nejrůznějších jazyků v zemích, kde byly distribuovány; incidence astmatu však mohla být ovlivněna i jinými faktory.

Barr se rovněž připojuje k Beasleyho názoru, že vztah paracetamolu a astmatu by si zasloužil randomizovanou studii probíhající na dostatečně širokém vzorku probandů a v delším časovém intervalu, přičemž paracetamol by byl porovnáván s aktivní kontrolní terapií, jako je například ibuprofen, a s placebem. „Vzhledem k heterogenní povaze choroby by bylo velmi zajímavé, k jakým výsledkům by podobná studie dospěla z pohledu farmakogenetiky,“ soudí Barr.

Převzato: ZDN, 27. 10. 2008

Od ledna některé léky budou jen na občanku

Od ledna příštího roku chce ministerstvo zavést novou kategorii léků tzv. bez receptu, ale s omezením. A hned se kolem toho strhla obrovská hádka.

Na jedné straně lékařská komora tvrdí, že je to nesmysl, který se vymstí na zdraví pacientů. Na druhé straně ministr zdravotnictví Tomáš Julínek, někteří lékaři, a hlavně lékárníci tvrdí, že je to rozšíření služeb pro pacienty.

„Chceme zvýšit počet volně prodejných léků, aby je pacienti měli snáze dostupné,“ řekl Právu ministr zdravotnictví Tomáš Julínek. Zástupci ambulantních lékařů jsou většinou pro, ale mají podmínku: budeme se domlouvat a dohadovat na tom, které léky do této nové kategorie budou zařazeny.



Kontrola v lékárně

A jak by takový výdej léků bez lékařského předpisu, ale s omezením vypadal?

Pokud by si pro něj pacient přišel do lékárně, bude se muset prokázat občanským průkazem a zároveň bude omezen počet balení léků, které mu mohou být v měsíci vydány. Znamená to, že lékárník bude muset v počítači zkontrolovat, zda danému zákazníkovi již daný lék nebyl v měsíci vydán v jiné lékárně, a bude muset vést o vydání léku pacientovi záznamy.

Které léky to budou, zatím není jasné

Zatím není jasné, které léky by do nové skupiny měly být zařazeny. Jisté je zatím pouze jedno: na seznamu těchto léků budou léky s pseudoefedrinem, a to proto, aby se nedaly zneužít pro výrobu drog. Na pozitivním seznamu SÚKL jsou vedle léků na vysoký krevní tlak či cholesterol také léky na léčení astmatu a pohotovostní antikoncepce. Lékárnická komora ještě navrhuje doplnit seznam o antibiotickou mast framykoin a anopyrin 100 mg. Nic ale není jasné.

Diskutovat o tom, které léky se zařadí na seznam bez receptu, ale s omezením, se má do konce listopadu a v prosinci ministerstvo rozhodne, které léky to budou. Příslušnou vyhlášku pak vydá SÚKL.

Převzato: Právo, 30. 10. 2008

ÚS: členství v ČLK zůstává povinné

Ústavní soud ČR rozhodl, že členství v České lékařské komoře zůstane pro lékaře nadále povinné.

Podmínkou pro výkon lékařské profese v Česku nadále zůstává členství v České lékařské komoře (ČLK). Soudci Ústavního soudu ČR (ÚS) nenašli na zákonné úpravě nic protiústavního, komora podle nich pracuje ve veřejném zájmu, který spočívá v ochraně zdraví.

Prezident ČLK Milan Kubek je s rozhodnutím ÚS spokojen.

„Podle mého názoru návrh na zrušení povinného členství vycházel ze zásadního nepochopení rozdílu mezi občanským sdružením, tedy dobrovolným spolkem, který vzniká z vůle občanů, kteří se dobrovolně sdružují, a mezi veřejnoprávní korporací, jakou je profesní lékařská samospráva. Tedy určitá obdoba místní samosprávy, která vzniká z vůle státu zákonem. Právě tím zákonem stát na tuto profesní samosprávu deleguje část své pravomoci, protože tak uznává, že by tyto záležitosti měli řešit ti, kteří dané problematice rozumějí.“

Lékaři dokážou své problémy spravovat mnohem lépe než státní úředníci. A abychom mohli tento dozor vykonávat, pochopitelně musíme dosáhnout na všechny lékaře, protože kdyby tomu tak nebylo, mohl by lékař, který se nějak provinil, jednoduše z komory vystoupit a mohl by dál poškozovat pacienty,“ řekl Kubek. Podle ministerstva zdravotnictví se toto rozhodnutí dalo předpokládat. Podle jeho mluvčího Tomáše Cikrta soud posuzoval soulad zákona s ústavou a nehodnotil, zda je povinné členství dobré nebo špatné.

Zrušit ustanovení v zákoně o lékařské, stomatologické a lékárnické komoře navrhla už v roce 2006 skupina senátorů napříč stranami. Podstatou návrhu bylo tvrzení, že povinné členství odporuje základnímu právu na svobodné sdružování, když činí ze sdružování povinnost. „Pro mě principiálně, když je něco povinné nutného, jako nějaké členství, tak je to špatně. Proto by se měl změnit zákon,“ uvedla u ÚS jedna z navrhovatelek Liana Janáčková. Před soudem připustila, že skupina senátorů návrh sepsala po výzvě skupiny nespokojených lékařů. Některým členům ČLK totiž vadí, že komora často vystupuje politicky.

Soudce: Lékaři mají komoru, jakou chtějí

Podle soudce ÚS Vladimíra Kůrky nemají podobné námitky proti vystupování předáků komory ústavněprávní rozměr. Řekl, že své představitele

si volí členové komory. „Aktuální veřejný obraz komory odráží dominantní vůli všech členů. Lze to vyjádřit i tak, že lékaři mají takovou komoru, jakou chtějí,“ uvedl Kůrka. Podle ministerstva zdravotnictví rozhodnutí soudu nic nemění na faktu, že vývoj v komoře ukázal, že povinné členství nenaplnuje očekávání lékařů.

„Naopak umožňuje úzké skupince lidí, napojené jednoznačně na stínového ministra ČSSD Davida Ratha, vydávat své politické názory za názory všech 40 000 lékařů,“ uvedl pro ČTK Cikrt. Z různých stran se ozývají názory, že ČLK funguje jako odbory. „Komora by měla hlídat kvalitu a ukazuje se, že ji nehlídá, že na to stejně nemá žádné nástroje. Přeměnila se v odborovou organizaci a vlastně se stará o platy zaměstnanců,“ řekl novinářům ministr zdravotnictví Tomáš Julínek

Kubek: ČLK se k politice vyjadřovat musí

Podle prezidenta Milana Kubka je logické, že se komora někdy vyjadřuje k politickým otázkám. „Komora je a bude nestranická, nepodporuje žádnou stranu. Ale politika je správa věcí veřejných a zdravotnictví je věc veřejná. Musíme se vyjadřovat k připravovaným právním normám,“ vysvětlil Kubek. Povinné členství v lékařské komoře není v Evropě ničím výjimečným. Vyžaduje jej šestnáct zemí Evropské unie, například Německo, Rakousko, Francie nebo Dánsko.

Dalších deset má zavedenou povinnou registraci. V Česku musí být povinné v komoře také stomatologové, lékárníci, ale i advokáti nebo notáři. Komory mají různá pravidla a pravomoci. „U osmi ze současných devíti profesních komor je členství povinné. Pouze advokátní komora vyžaduje povinnou registraci,“ připomněl Kubek. Ten prý v zásadě nic proti povinné registraci nemá, podle něj by to byla určitá forma analogie k povinnému členství, jen s jiným názvem.

Převzato: ZDN, 20. 10. 2008

Chrz do čela stomatologů

Novým prezidentem České stomatologické komory byl zvolen v neděli v Plzni Pavel Chrz (54) z Poděbrad. Ve druhém kole porazil Jiřího Zemena z Plzně. Nahradí Jiřího Pekárka, který komoru vedl 18 let. K výměně ale dojde až v září 2009.

Dosavadní viceprezident Chrz získal 54 hlasů z 87 delegátů sněmu. Zemen získal 33 hlasů.

„Za priority považuji pokus o prosazení samostatného zákona o stomatologické komoře, zlepšení vzdělávání zubařů i zubních týmů a zajištění prosperity stomatologů. A to i vyčleněním některých výkonů z péče hrazené pojišťovny do nehrzené péče,“ řekl Chrz.

Převzato: Právo, 10. 11. 2008

Julínek: Reformy v ohrožení

Lékaři volají po odchodu ministra zdravotnictví, Topolánek ho ale zatím podrží

Reformní zákony možná neprojdou, připustil na sjezdu České lékařské komory (ČLK) ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS).

„Politická vývrtka ve straně lidové může zabránit přijetí těchto zákonů,“ prohlásil. Dnes má Julínek o navrhovaných zdravotních zákonech jednat s předsedou KDU-ČSL Jiřím Čunkem. Ten před několika dny prohlásil, že lidovci zabrání přijetí zdravotnických zákonů na vládě. Podle Julínka ale ještě existuje naděje, že se na dnešním setkání podaří najít kompromis. „Na něčem se dohodnout musíme, jinak to bude muset řešit nějaké koaliční jednání,“ soudí Julínek.

„Úkolem není jen vytvořit vizi, ale také ji prosadit.“ Sjezd lékařské komory o víkendu vyzval k výměně na postu ministra zdravotnictví a k odmítnutí reformy, které Julínek nabízí. Ukázalo se tak, že s Julínkovou reformou



nesouhlasí nejen centrální vedení lékařské komory, ale také výrazná většina delegátů okresních sdružení této organizace – ve které jsou všichni aktivní lékaři povinně. A to přestože předtím na sjezdu Julínek svou reformu obhajoval přes dvě hodiny.

Přesvědčit zdravotníky a koaliční partnery o reformě je nyní pro Julínka naprosto klíčové. Vyplývalo to z prohlášení premiéra Mirka Topolánka (ODS) v České televizi. „Pokud by nebyl schopen prosadit kroky jen proto, že je to Tomáš Julínek, tak by jeho pozice (ve vládě) byla ohrožena,“ uvedl premiér s tím, že dosud se Julínkovi podporu zdravotníků získat nepodařilo.

Ovšem i po výzvě lékařské komory má Julínek zatím Topolánkovu podporu.

Ministr tvrdí, že jiná sdružení lékařů jeho návrhy podporují. „Reakce jiných lékařů z asociací jsou k reformě daleko pozitivnější a jsem od nich vybízen, abych ty zákony prosadil,“ řekl.

Při nedělní diskusi na sjezdu se do Julínka opřel i jeho stranický kolega poslanec Boris Šťastný. „Budeme muset přehodnotit celou koncepci budoucích zdravotních reforem,“ myslí si. „Úkolem ministra jako manažera není jen vytvořit vizi, ale také ji prosadit. Bohužel vnímám, že tyto zákony nemají jasnou politickou podporu ani v rámci koalice,“ dodal s tím, že kdyby měl hlasovat jako delegát sjezdu ČLK, tak výzvu k výměně na postu ministra zdravotnictví podpoří.

Na výzvy komory, aby odešel a aby svou reformu stáhl, Julínek reagoval nebude. „Pokud mě bude chtít reformní vláda, pokud se v koalici dohodneme na průchodnosti reforem, budu to prosazovat a pan Kubek (prezident ČLK) mě od toho neodradí,“ říká Julínek.

Převzato: LN, 10. 11. 2008

Lékařská komora žádá odvolání ministra

Česká lékařská komora (ČLK) žádá odvolání ministra zdravotnictví Tomáše Julínka (ODS). Návrh podpořilo 131 delegátů sjezdu, který se konal o víkend v Praze. Proti bylo 94 delegátů, 16 se jich zdrželo hlasování.

Delegáti rovněž vyzvali vládu a parlament, aby odmítly reformu, kterou ministr připravil.

Sjezd odmítl také to, aby v krajských zařízeních neplatili pacienti regulační poplatky, jak to plánuje ČSSD.

„ČLK žádá změnu na postu ministra zdravotnictví z důvodu prosazování revolučních nikoli reformních změn v českém zdravotnictví silou, bez diskuse s ČLK. Tyto praktiky patří do totalitní minulosti naší země,“ uvádí se v usnesení sjezdu.

Někteří delegáti přijetí usnesení ostře kritizovali. „Je to ostuda lékařského stavu,“ uvedl člen představenstva ČLK Lubomír Kinšt, který patří k Julínkovým zastáncům.

Ministr sliboval víc peněz zdravotnictví.

Podle delegátů se má prezident ČLK Milan Kubek v případě, že kraje budou odpouštět poplatky ve svých zařízeních, obrátit na Úřad pro ochranu hospodářské soutěže.

Delegáti přijali usnesení proti ministroví a reformě i přesto, že Julínek s nimi v sobotu tři hodiny diskutoval. Debata byla ostrá.

Ministr slíbil lékařům, že díky jeho reformám poplynou do zdravotnictví další peníze, mimo jiné z poplatků a kvůli tomu, že si budou moci pacienti připlatit za nadstandard. Julínek odmítl stáhnout návrhy zákonů i z druhé části reformy.

Jeden z delegátů naopak poděkoval ministroví, že prosadil poplatky pacientů. „Jste první ministr, který do takzvané zadarmo přináší peníze,“ řekl.

V neděli delegáti diskutovali s poslanci koaličních i opozičních stran.

„Reformní zákony nemají jasnou politickou podporu ani uvnitř koalice,“ řekl delegátům poslanec ODS Boris Šťastný. Ten už dříve řekl, že kdyby on byl v kůži Julínka, „neváhal bych uznat podíl na volební porážce a svým odchodem bych se snažil v nelehké situaci ODS pomoci“. Poslanec KDU-ČSL Ludvík Hovorka uvedl, že pokud premiér ministra odvolá, měl by s ním odejít i jeho ministerský tým. Řešení problémů ve zdravotnictví vidí ve vylepšování současného systému.

Oba poslanci vytkli Julínkovi nedostatečnou komunikaci.

Převzato: Právo, 10. 11. 2008

I N Z E R C E

V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA. Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.

Hledám zástup do ordinace PLDD

Hledám pediatra na zástup do ordinace PLDD v Praze 5 – od listopadu 2008 na období cca 1 roku. Kontakt: detskaambulance@seznam.cz Ev. č.: 140-07-08

Hledám asistenta na zástup

Hledám asistenta do ordinace PLDD v Praze 9. Tel.: 775 283 513, e-mail: c.dostal@seznam.cz. Ev. č.: 141-07-08

Hledám nástupce

Hledám nástupce do zavedené pediatrické ordinace v České Třebové. Tel.: 602 435 938 ve večerních hodinách. Ev. č.: 142-07-08

www.cviceniprozdravi.cz

Vadné držení těla, bolesti zad. Osvědčené zdravotní cvičení na DVD. www.cviceniprozdravi.cz. Ev. č.: 143-08-08

Prodám zavedenou praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi PLDD na Mostecku. Spěchá. Tel.: 606 471 197 od 17hod. Ev. č.: 144-08-08

Přenechám zavedenou praxi

Přenechám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Karlových Varech. Tel.: 737 623 358. Ev. č.: 146-09-08

Přenechám zavedenou praxi PLDD

Přenechám zavedenou praxi PLDD v okrese Znojmo. Tel.: 777 890 615 od 17 do 18 hod. Ev. č.: 147-09-08

Hledáme PLDD

Pro dva spojené obvody Hartmanice-Kašperské Hory hledáme PLDD. Nabízíme pracovní poměr na dobu neurčitou, individuální plat, byt 3+1, týden dovolené navíc, též možný úvazek 0,4 pro alergologa. Zdravotní dětská sestra také vítána. ZS Šumava, s. r. o., Ing. Bauchová, Tel.: 724 181 016. Ev. č.: 148-11-08

Hledám výpomoc do ordinace PLDD

Hledám kolegyni, či kolegu na výpomoc do ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, úvazek 0,4, event. 0,6 - s perspektivou odprodeje praxe, Liberecký kraj, kontakt - mobil: 737 385 196 Ev. č.: 149-11-08

Stiefel A4 - Oilatum

GSK – Priorix tetra