

VOX PEDIATRIAE



OSPDL ČLS JEP

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

únor 2010 ■ číslo 2 ■ ročník 10



Problematika pohlavně přenosných infekcí

Vulvovaginitis v dětském a dorostovém věku

Nepravidelnosti menstruačního cyklu

Charakteristika extrakraniálních embryonálních nádorů



Téma čísla:
GYNEKOLOGIE

Eucerin

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www.detskylekar.cz

Adresa redakce:

U Hranic 16, 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)

Redakční rada:

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

Mgr. Michaela Šmejkalová

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.

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá

za obsah inzerce a vložených tiskovin.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE – Ing. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za leden 2009	5
Koalice soukromých lékařů	5
Zpráva ze zahraniční cesty	7
Cíle a krédo Evropské konfederace primárních pediatrů (EC PCP)	7
Kontroly zdravotnických zařízení - informace SÚKL	8
Zdravotní pojišťovny – úhrady v roce 2010	9
Očkování proti pneumokokovým nákazám: nabídka rodičům nebo past pro lékaře?	11



Informace OSPDL ČLS JEP	16
doc. MUDr. Peter Koliba, CSc., MUDr. Peter Koliba ml.	
Problematika pohlavně přenosných infekcí v současné klinické praxi	18
MUDr. Drahoslava Krhounková	
Vulvovaginitis v dětském a dorostovém věku	21
MUDr. Radka Vetešníková-Koubová	
Nepřavidelnosti menstruačního cyklu	24
MUDr. Josef Mališ	
Základní klinická charakteristika nejčastějších extrakraniálních embryonálních nádorů	26
prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.	
Alergie a dětské astma v roce 2010 - II. část	32
doc. Ing. Miroslav Dědek, DrSc.	
Mléčný tuk a jeho význam pro kojenecký a batolecí věk	30
Ze světa odborné literatury	34



Aktuality	36
Řádková inzerce	41
Autodidaktický test	42

Středová příloha:

Vyhláška č. 3/2010 o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek (Výpis části pro odbornost PLDD)

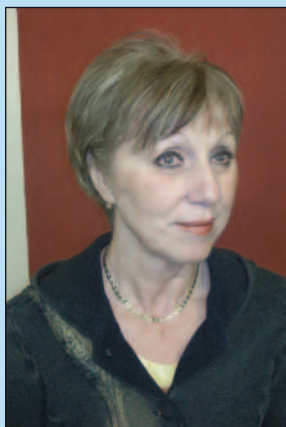


NAKLADATELSTVÍ
UMÚN s. r. o.

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 namalovala ústy Ruth Christensen.



Vážené kolegyně a kolegové,

dovolte mi zmínit jiné téma, než které od prosince 2009 plní naše e-mailové schránky.

Po dlouhých jednáních vešel v prosinci 2009 v platnost čtyřletý vzdělávací program v oboru Praktické lékařství pro děti a dorost. Zkrácením specializačního vzdělávání se před námi otevírá naděje, že do našich řad přibudou o rok dříve mladší kolegové se specializovanou způsobilostí. Uvítají to jistě ti, kteří mají v úmyslu předat své praxe.

Získat specializovanou způsobilost je v současnosti pro mladé lékaře ekonomicky náročné a znamená to zadlužení na samém startu do jejich pracovního života.

Ve srovnání s tím mi steský některých našich kolegů v souvislosti s nákupem vakcín připadají malicherné.

Po absolvování studia na lékařské fakultě naši nástupci často odkládají své plány o založení rodiny a pořízení bydlení, protože jejich prioritou se stává získání specializované způsobilosti v oboru a následně hledání pracovního místa.

Není samozřejmostí, že budou po ukončení fakulty přijati na lůžkové oddělení některé z nemocnic. Při zmínce o záměru dělat praktického lékaře pro děti a dorost je někdy jejich žádost zamítnuta. V opačném případě se musí zavázat, že vrátí finanční prostředky vynaložené na specializační vzdělávání.

V loňském roce začal poprvé stát přispívat formou rezidenčních míst na specializační vzdělávání absolventům lékařských fakult. Cílem tohoto dotačního programu je podpořit obory, kde je nedostatek lékařů. V našem oboru bylo vypsáno 32 rezidenčních míst, ale pro formální nedostatky některých žádostí, bylo ve finále přiděleno o 10 míst méně. Příslíb Ministerstva zdravotnictví ČR daný účastníkům jednání a prezentovaný zástupci MZ ČR na loňském kongresu primární péče, že nevyčerpané počty z roku 2009 přejdou na rok 2010, nebyl naplněn.

Pro letošní rok je pro náš obor vypsáno 20 rezidenčních míst, pro obor dětského lékařství 38, pro vnitřní lékařství 91 a všeobecné praktické lékařství 120. Domnívám se, že i přes naše opakovaná upozornění nevzalo MZ ČR při plánování počtů pro obory primární péče na vědomí současnou věkovou strukturu PLDD. Otázkou však zůstává, kolik ze současných 117 akreditovaných pracovišť zažádá o přidělení rezidenčního místa a převezme tak na čtyři roky plnou zodpovědnost za vzdělávání mladého lékaře nejen ve své ordinaci, ale i během jeho stáží na specializovaných pracovištích.

Uzávěrka přijímání žádostí je ke dni 26. 2. 2010.

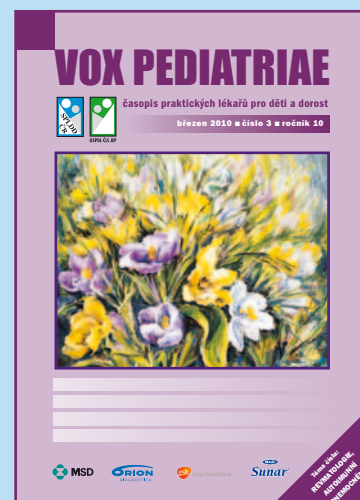
Finanční prostředky z dotace jsou přísně účelově vázány, jsou určeny na mzdové náklady na rezidenta, odvody na zdravotní a sociální pojištění zaměstnavatele (rezident se stává zaměstnancem školitele), na odměnu školitele, úhradu povinných kurzů a stáží stanovených platným vzdělávacím programem a na materiálové náklady, které zahrnují pracovní oblečení pro rezidenta.

Sliby o podpoře primární péče se s velkou pravděpodobností objeví v rámci předvolebního boje. V předvolebních kampaních politické strany opráší slogany „Kvalitní a dostupné zdravotnictví“, to věčné a věčné téma, na které občan slyší. Když se přidá slovíčko „zadarmo“, občan si ani nevzpomene, že se sliby periodicky opakují a nikdy se v praxi neuskuteční a dá svůj hlas těm, kteří naformulují nejlépe nabídku našich služeb.

Na plnění slibů nebude dostatek finančních prostředků. A tak se nastaví regulace lékařům, vytáhne otrěpaná proklamace o „poslání“ a vsadí se na to, že lékaři nenechají pacienta na holičkách. Protesty lékařů na Palackého nebo Staroměstském náměstí občana o realitě nepřesvědčí. Většinou pomohou k vzestupu nahoru těm, kteří vymění lékařskou bílou za oranžovou, modrou či zelenou. Lidé jsou rádi klamáni.

Olga Roškotová

Revmatologie, autoimunní onemocnění



v tomto čísle inzerují...

AVENT
BEIERSDORF
GSK
HERO
KONTO BARIÉRY
MSD
NESTLÉ
PHC
SPIRÁLA
WYETH

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, 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@detskykar.cz



Přehled činnosti SPLDD za leden 2009

MUDr. Pavel Neugebauer

předseda SPLDD ČR

Také leden byl zcela v duchu problematiky očkování proti pneumokokovým nákazám. Přes veškerou snahu se nám nepodařilo přesvědčit odpovědné osoby, že by měl a mohl existovat i alternativní způsob získávání vakcín. Problematika tohoto očkování byla i předmětem jednání se zdravotními pojišťovny o znění dodatků o úhradách pro rok 2010. Na jedné straně relativně vstřícná jednání na centrální úrovni, na straně druhé nepochopitelné informace některých krajských poboček směrem k praktickým dětským lékařům. Každopádně otázka pneumokokové vakcinace přinesla do řad našeho Sdružení hodně emocí, které mohou významně ovlivnit další chod této naší organizace.

5.1. - do kanceláře Sdružení byl svolán mimořádný Výbor, přizváni byli i regionální zástupci. Tématem bylo samozřejmě očkování pneumokokovými vakcínami. Výstupy bylo jednak oslovení jednotlivých ZP, jednak SUKL, ale také oslovení ministryně s žádostí o řešení alternativního způsobu získání vakcín k uvedenému očkování.

8.1. - na osobní schůzce s ministryní byly objasněny důvody, proč požadujeme alternativní způsob získání očkovacích látek na pneumokokové nákazy. Jednání předcházela tisková konference MZ, na které ministryně obhajovala jediný zvolený způsob.

8.1. - na svém pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů. Výstupy zveřejňujeme na jiném místě.

14.1. - Zdravotní výbor Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR řešil mimo jiné otázky spojené s nově zavedeným očkováním proti pneumokokovým nákazám. I na půdě Parlamentu tak zazněly naše argumenty, resp. výhrady k jedinému zvolenému způsobu získávání vakcín. Výbor interpeloval ministryni k prošetření celé situace.

27.1. - na MZ proběhla další schůzka na téma očkování proti pneumokokovým nákazám. Zápis z tohoto jednání zveřejňujeme na jiném místě. Je až s podivem, proč MZ stále urputně trvá na jediné variantě získání vakcín, na přímém nákupu ordinacemi PLDD.

27.1. - v kanceláři Sdružení se konala schůzka s našimi kolegy, kteří se rozhodli již v loňském roce převzít na sebe břeme-

no výchovy nových PLDD. Že má systém rezidenčních míst až příliš dětských nemocí znělo v celém průběhu jednání. Schůzky se účastnila také zástupkyně společnosti GHS Ing. Urbancová, tato společnost má na starosti administraci problematiky rezidenčních míst.

29.1. - na půdě VZP proběhlo jednání s ředitelem MUDr. Pavlem Horákem, tématem byl opět pneumokok, resp. očkování proti nemocem vyvolaným tímto mikroblem. Podstatou jednání bylo vyjasnění si situace kolem smluvního ujednání. O výstupu z tohoto jednání informujeme na jiném místě.

Koalice soukromých lékařů

Koalice se v posledních měsících soustřeďuje především na sledování a hlídání různých legislativních norem. Ty se někdy až chaoticky objevují, aby rychle zase zanikly, některé však vytvářejí potenciální rizika pro fungování soukromých zdravotnických zařízení. Na jednání Koalice byla na žádost ambulantních specialistů zařazena i problematika projektu MAX, resp. AKORDMAX. Pro naše lékaře není tento projekt t.č. aktuální, neboť praktičtí dětské lékaři jsou zvyklí komunikovat s rodiči sami, tedy přímo a bez prostředníka.

■ I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 8. ledna 2010

1. Jednání s MZ ČR – legislativa

• **Seznam výkonů s bodovými hodnotami** – žádné nové informace.

• **Úhradová vyhláška pro rok 2010** – jednotlivé organizace Koalice po vypořádání připomínek s MZ ČR a zdravotními pojišťovny

vyhlášku akceptují. Navýšení úhrad pro platy sester má alespoň částečně prostřednictvím navýšení hodnoty bodu v příloze vyhlášky pouze SAS ČR.

• **Centrální úložiště receptů** – novela zákona o léčivech umožňuje centrálnímu úložišti elektronických receptů sběr osobních údajů o osobách, kterým byl v lékárnách vydán léčivý přípravek. Návrh zákona byl kon-

cem listopadu 2009 zaslán do zkráceného a zúženého meziresortního připomínkového řízení, upraven podle došlých připomínek a předán k projednání Legislativní radě vlády.

• **Návrh vyhlášky MZ ČR o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotních zařízení** je v současné době ve vnějším připomínkovém řízení a k dispozici na webových stránkách Úřadu vlády v knihovně přípravo-



vané legislativy na adrese: <http://eklep.vla-da.cz/eklep/page.jsf>

- **Léky bez receptu s omezením** – je třeba vznést dotaz, zda tato kategorie léků má své opodstatnění a jako jednotný názor členů KSL prosazovat, že nikoliv.

- **Vyhláška o kompetencích oborů** – řazuje lékaře do oborů podle dosaženého vzdělání. Bude vycházet ze specializačních curricul a vydána bude pravděpodobně na jaře 2010.

K návrhu vyhlášky se konala schůzka s MZ ČR, Dr. Jojko zašle ostatním členům Koalice zápis z jednání, jakmile jej bude mít k dispozici.

2. Program MAX a AKORD MAX

- Program MAX je produktem společnosti Santé, s.r.o. zaměřeným na objednávání pacientů k lékařům prostřednictvím sdílených objednacích diářů přes call-centrum. Vedení Santé jej prezentuje jako program podporovaný VZP ČR, ale podle informace nám. Šnajdra nebyl zatím projednán Správní radou VZP. SAS ČR má obavy ze zneužití takto získané databáze pacientů ke komerčním účelům. KSL se k přijetí programu zatím jednoznačně nevyjádřila.

3. Předání funkce mluvčího

- KSL odkládá diskusi na toto téma po ukončení jednání výkonného výboru SSG ČR a jeho rozhodnutí o podmínkách dalšího setrvání zástupce gynekologů v Koalici. Dr. Chrz přislíbil zvážení možnosti účastnit se jednou za dva měsíce jednání Koalice v úterý, aby byla alespoň částečně zajištěna účast statutárních zástupců všech organizací KSL.

9. Různé

- Mgr. Sladkovská požádala o **aktualizaci počtu členů jednotlivých organizací Koalice**. Požadavek zašle jednotlivým sdružením e-mailem.

II. Stanovisko Rady

Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s. k programu Max (pro VZP v podobě AkordMax), přijaté dne 14.1.2010.

Rada SAS registruje, že program MAX:

- je produktem společnosti Santé s.r.o., která jinak provozuje zdravotnické zařízení zabývající se hlavně ambulantní specialisovanou péčí. Jde nejspíše vlastně o snahu rozšířit jejich vlastní organizační systém.

- stojí na tom, že lékaři budou prostřednictvím správce systému (společnosti Santé

s.r.o.) sdílet své objednací diáře včetně kontaktních dat na své pacienty, budou prostřednictvím správce (společnosti Santé s.r.o.) zřízeného call-centra nechat objednat k sobě pacienty.

- počítá s tím, že lékaři budou motivováni k tomu, aby se svými pacienty i kolegy komunikovali přes internetové ústředny správce programu (společnost Santé s.r.o.). Pacient, bude-li se chtít dovolat svému lékaři, bude vytáčet nikoli telefon svého lékaře, ale telefon call-centra a následně čtyřmístný kód, pomocí něžž pak bude, či nebude spojen s lékařem, kterému volá.

- dle údajů od vedení společnosti Santé s.r.o. má podporu ze strany vedení Všeobecné zdravotní pojišťovny. Každá objednávka pacienta touto cestou má být honorována 14,- Kč objednavajícímu lékaři, vyšetření realizované touto cestou pak dalšími 14,- Kč specialistovi. Telefonická konzultace 80,- Kč. Sdružení ambulantních specialistů, o.s. dostalo od vedení společnosti Santé nabídku, že při pomoci s reklamou získá od této společnosti finance v rozsahu 1,- Kč za každé objednání pacienta cestou programu Max.

Rada SAS je toho názoru, že program MAX:

- neřeší ty problémy českého zdravotnictví, kterým je t.č. nezbytné se věnovat. Rada SAS si není vědoma, že by si pacienti stěžovali, že se nemohou dovolat svým ošetřujícím lékařům, ani že by si lékaři stěžovali na to, že je jejich pacienti svými telefonáty obtěžují. Ambulantní specialisté mají již v naprosté většině dávno zavedené objednávkové systémy telefonické či elektronické dle specifik místních a specifik jednotlivých lékařských odborností.

- má-li být dlouhodobě funkční, musí být samofinancovatelný. Rada SAS se obává, že finanční podpora ze strany VZP je jen krátkodobým, resp. dočasným krokem. Rada SAS se zamýšlí nad tím, jak budou užita kontaktní data na pacienty poté, co podpora ze strany VZP skončí.

- systémově může vést k tomu, že lékaři začnou porušovat pravidlo, ke kterému jsme se všichni zavázali smlouvami se všemi pojišťovnami: tj. nevýhodňovat vzájemně pojištěnce žádné zdravotní pojišťovny.

- neposkytuje lékařům žádné záruky, že kontaktní data jejich pacientů nebudou využívána i k jiným účelům, než k objednávání

- neposkytuje žádné záruky, že reálná nedostupnost příslušného lékaře bude vždy tím jediným důvodem, proč se k němu nebude moci pacient dovolat nebo objednat.

Rada SAS upozorňuje, že prostá telefonická konzultace lékařem, který nezná konkrétní zdravotní stav pacienta a nemá přehled o jeho konkrétních nálezech, může být v mnoha oborech i pro pacienty nebezpečná.

- pro mnohé odbornosti neznamena žádání zlepšení kvality objednávání pacientů na vyšetření.

- se snaží do českého zdravotnictví zavést systém, kdy o tom, kdo a kdy poskytne zdravotní péči, bude rozhodovat pracovník call-centra správce (společnosti Santé s.r.o.), přičemž při neexistenci objektivních kritérií je jistě důvodná obava, že tento pracovník může rozhodnout dle jiných než striktně zdravotním stavem pacienta daných kritérií.

Rada SAS

- se pozastavuje nad informací, že by snad vedení Všeobecné zdravotní pojišťovny v době finanční krize vydávalo takto zbytečně peníze určené na zdravotní péči o jejich klienty. Uvedená aktivita by byla nejspíše jen reklamní, marketingovou akcí pojišťovny nejspíše vedenou snahou získat konkurenční výhodu před ostatními pojišťovnami, zároveň ale i podporou jednoho poskytovatele zdravotní péče, který s pomocí VZP získá kontaktní data na nové pacienty. Tato aktivita by dle našeho názoru neměla být hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění, a to ani v době hospodářské konjunktury, natož v krizi. Jsme toho názoru, že podobné aktivity by si měl hradit klient sám z vlastních zdrojů či z komerčního připojištění.

- uzavírá, že program Max by sice mohl pro soukromé lékaře znamenat krátkodobě přilepšení v jejich finančních příjmech (ze strany finanční podpory VZP), z dlouhodobého hlediska jej ale vnímá jako zbytečný komunikační mezičlánek mezi pacientem a lékařem a mezi lékaři vzájemně, který by jednak sám peníze nikoli vydělával, ale spotřebovával a navíc by vedl k odosobnění vztahu lékař-pacient. Lékař by dle názoru Rady SAS zcela zbytečně vydal kontaktní data svých pacientů bez záruky, že by byla využita jen ku prospěchu pacienta a jeho ošetřujících lékařů.

Z těchto důvodů Rada SAS lékařům nedoporučuje, aby se do projektu MAX, resp. AkordMax zapojovali.

Pro Vox připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer



Zpráva ze zahraniční cesty

Brusel, 4. - 5.12. 2009, Výroční zasedání EAP (Evropská akademie pediátrů)

4.12. dopoledne proběhlo setkání prezidentů národních pediatrických společností. Prezidentka EAP Dr. P. Hamilton (UK) zdůraznila potřebu posílit roli pediatrických společností v Evropě. Upozornila na celoevropský trend poklesu počtů pediátrů pečujících o děti v primární linii a vzestup počtů rodných lékařů a všeobecných lékařů pro dospělé pečujících o děti.

Co může udělat EAP? Jednak aktivity na úrovni pracovních skupin, jednak na úrovni vzdělávání, výzkumu, postgraduální praxe. Otázku vzdělávání zdůraznil ve své prezentaci Dr. A. Tenore (Itálie). Pediatr je lékař specialista a potřebuje speciální výcvik. Každý lékař pečující o dítě musí být vzdělán pediatrem. Je nutná harmonizace postgraduálního vzdělávání v Evropě, je mnoho národních modelů. Hlavně společný kmen, který je tříletý, je základem. Učebním materiálem bude učebnice Pediatric Euromaster Course.

Odpoledne bylo odborné zasedání. Přednášky byly na téma: Fyzikální vlastnosti konjugovaných vakcín, imunologické vlastnosti a imunologická odpověď konjugovaných vakcín. Vakcinační schémata a „Venice“ projekt (Vaccine European New Integrated Collaboration Effort). Hromadná imunita a nepřímý protektivní efekt nekonjugovaných vakcín. Budoucnost konjugovaných vakcín.

V podvečerních hodinách bylo zasedání pracovní skupiny pro adolescentní medicínu. Rovněž byla vyslovena potřeba vytvořit vzdělávací model pro adolescentní medicínu v Evropě. Zájem

o spolupráci s MUDr. Kabíčkem. 14. - 15. 6. 2010 se koná Výroční meeting adolescentní medicíny v Reykjavíku.

V sobotu dopoledne proběhlo zasedání pracovních skupin. Já jsem se zúčastnila pracovní skupiny pro primární a sekundární péči. V rámci programu byla i moje prezentace o postgraduálním vzdělávání v oboru PLDD v České republice s následnou diskuzí. Vytvořena malá pracovní skupina pro přípravu sylabu, které jsem členkou za SPLDD ČR.

Informace o přípravě Kongresu EAPS - European Academy of Paediatric Societies v Kodani 23. - 26. říjen 2010, kde je spoluorganizátorem i EAP. V rámci kongresu bude i sekce pro primární pediatrii.

Inovace web stránek, kde bude sekce i pro rodiče.

Informace EAPRASnet - zhodnocení dotazníkové akce ohledně odmítání očkování v ambulancích dětského lékaře. Připravuje se téma „Ukazatele kvality péče v ambulanci primárního pediatra“. V rámci toho ATB rezistence a ATB te-

rapie v primární péči.

Odpoledne bylo generální zasedání výkonného výboru a všech národních delegátů.

Členové výkonného výboru přednesli výroční zprávy o činnosti ve svých agendách, finanční zprávu, činnost v jednotlivých pracovních skupinách - primární, sekundární, terciární pediatrie, etická pracovní skupina, vakcinační, v EBP (vzdělávání). Informace o spolupráci s pediatrickými společnostmi - s AAP (Americká pediatrická akademie) i s časopisem Archives of Diseases in Childhood.

Proběhly volby do funkce předsedy EBP - Jose dos Santos (Portugalsko). Na jarním zasedání 2010 budou volby v pracovních skupinách. Jarní zasedání bude v Lucembursku v dubnu 2010. V roce 2011 ve Vilniusu a v roce 2012 v Praze.

Zapsala: MUDr. Gabriela Kubátová
Zahraniční komise SPLDD ČR

Cíle a krédo Evropské konfederace primárních pediátrů (ECPCP)

Zakládající členové ECPCP přijali na svém zasedání 15.11.2009 deklaraci, v které stanovili cíle a filozofii této organizace.

1. Právo dětí na zdravotní péči

1.1 Děti mají nepopíratelné právo na dobré zdraví a pohodu a na nejvyšší možný standard zdravotnických zařízení a služeb.

1.2. Jakákoliv omezení v poskytování řádné péče zejména nevytvoření náležitého systému primární péče o dítě je v rozporu s článkem 24 Úmluvy OSN o právech dítěte.

2. Úloha pediátrů v primární péči

2.1. ECPCP prosazuje úlohu pediátrů jako poskytovatelů primární zdravotní péče v komunitě od prenatální péče a narození až po hranici dospělosti, a to i v souvislosti s rodinou a sociálním prostředím, v kterém žije.

2.2. Služby mají být poskytovány podle potřeb dítěte a jeho věku a to nejenom z pohledu diagnostiky a léčby, ale i z pohledu zdravotní výchovy, poradenství a prevence.

3. Primární pediatrická péče v zemích s nedostatečným počtem primárních pediátrů

3.1. V zemích, kde primární péči poskytují lékaři jiných odborností jako pediatrii, by měla být zajištěna výuka lékařů z primární pediatrické péče. Pacientům umožnit vyšetření u pediatra v co nejkratším čase.

4. Akademizace primární pediatrické péče

4.1. Lékařské školství v Evropě by mělo zařadit primární pediatrii jako vyučující předmět na lékařských fakultách a podniknout aktivity v oblasti kontinuálního výzkumu v ordinacích primárních pediátrů.

4.2. Vzdělávání v primární pediatrii má být na všech úrovních. Na lékařských fakultách pro studenty i v rámci postgraduálního vzdělávání pro lékaře, obzvláště v zemích, kde primární pediatrickou péči poskytují nepediatrii. Nutné vytvořit curriculum pro všeobecné lékaře, a to lékaři, kteří mají dostatečné zkušenosti z primární praxe.

5. Certifikace a kontinuální vzdělávání primárních pediátrů

5.1. Primární péče by měla být poskytována podle přehledných standardů dobré lékařské praxe se zárukou kvality poskytnuté péče, s možností kontinuálního vzdělávání a možnosti získat certifikát pro dobře vybavenou ambulanci.

5.2. ECPCP bude podporovat a provádět výzkum, výuku, stáže a formulace směrnic pro dobré klinické praxe primárních pediátrů.

6. Propagace projektů a cílů ECPCP

6.1. ECPCP bude podněcovat kontakty a spolupráci mezi i pediatrii vykonávající a vyučující primární pediatrii v Evropě. Bude rozvíjet spolupráci s dalšími evropskými a mezinárodními pediatrickými společnostmi které mají zájem o zvyšování kvality v primární pediatrické péči.

Pro VOX připravila:
MUDr. Gabriela Kubátová



Kontroly zdravotnických zařízení - informace SÚKL

Kontroly ve zdravotnických zařízeních se zaměřují na dodržování podmínek pro zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky při poskytování zdravotní péče, a dále na dodržování zákona o regulaci reklamy.

Legislativní rámec

Kontroly ve zdravotnických zařízeních mají svou oporu v následujících právních předpisech:

• Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů

- Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů, ve znění pozdějších předpisů

- Vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky

• Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů

• Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů

- Vyhláška č. 123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků

- Vyhláška č. 125/2006 Sb., kterou se stanoví tiskopisy formulářů

• Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

• Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích, ve znění pozdějších předpisů

• Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy, ve znění pozdějších předpisů

Používání léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče stanovuje zákon o léčivech. Lékař má dle zákona o léčivech možnost vybavit pacienta léčivými přípravky při poskytování zdravotní péče v případě, že zdravotní stav pacienta nezbytně vyžaduje bezodkladné užívání léčivého přípravku a vzhledem k místní nebo časové nedostupnosti lékařské péče není možný včasný výdej léčivého přípravku na lékařský předpis. Jedná se tedy o akutní případy výdeje léčiva a z pohledu pacienta v této oblasti nedochází k žádné změně.

Vybat pacienta léčivými přípravky při poskytování zdravotní péče lze pouze v pří-

padě, že zdravotní stav pacienta nezbytně vyžaduje bezodkladné užívání léčivého přípravku a vzhledem k místní nebo časové nedostupnosti lékařské péče není možný včasný výdej léčivého přípravku na lékařský předpis. Dále mohou být v ordinacích lékařů dle zákona o léčivech aplikovány imunologické přípravky za účelem očkování.

Inspektoři SÚKL jsou oprávněni kontrolovat dodržování zákona o léčivech a doprovodných vyhlášek u provozovatelů a u dalších osob zacházejících s léčivými dle zákona o léčivech a zákona č. 552/1991 Sb., o státní kontrole, ve znění pozdějších předpisů. Za správné delikty při porušení podmínek při zacházení s léčivými přípravky při poskytování zdravotní péče se může uložit provozovatelům zdravotnických zařízení pokuta až do výše 1 000 000,- Kč.

Používání léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče (§ 5 odst. 8)

Používáním léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče se rozumí jejich podávání pacientovi při výkonu této péče, popřípadě vybavení pacienta léčivými přípravky, tj. poskytnutí potřebného množství léčivých přípravků při propuštění z ústavní péče, při překladech do jiného zdravotnického zařízení nebo při poskytnutí zdravotní péče:

- praktickým lékařem,
- praktickým lékařem pro děti a dorost
- lékařem vykonávajícím pohotovostní službu nebo
- lékařem zdravotnické záchranné služby

Jaké léčivé přípravky mohou zdravotnická zařízení předepisovat a uvádět do oběhu? (§ 8)

Předepisovat, uvádět do oběhu nebo používat při poskytování zdravotní péče lze pouze:

- registrované humánní léčivé přípravky
- léčivé přípravky připravené v lékárně
- léčivé přípravky připravené na dalších pracovištích dle § 79 odst. 2 zákona o léčivech (radiofarmaka, humánní autogenní vakcíny)
- transfúzní přípravky vyrobené v zařízeních transfúzní služby

- pro jednotlivého pacienta lze za účelem poskytnutí optimální zdravotní péče i neregistrovaný léčivý přípravek za podmínek stanovených § 8 odst. 3 a 5 zákona o léčivech
- lze použít jiný registrovaný léčivý přípravek způsobem, který není v souladu se souhrnem údajů o přípravku za podmínek stanovených § 8 odst. 4 a 5 zákona o léčivech

Povinnosti provozovatele zdravotnického zařízení (§ 23)

Provozovatel zdravotnického zařízení je povinen neprodleně oznámit SÚKL výskyt neočekávaného nebo závažného nežádoucího účinku léčivého přípravku nebo podezření z výskytu závady v jakosti léčiva nebo pomocné látky, které vedou k jejich stažení z oběhu. Postup a formulář pro hlášení závady v jakosti: <http://www.sukl.cz/ust-15-verze-2>.

Provozovatel také nesmí uvádět do oběhu nebo používat při poskytování zdravotní péče léčiva s prošlou dobou použitelnosti, se závadou v jakosti nebo o nichž tak rozhodl SÚKL.

Od koho mohou zdravotnická zařízení odebírat léčiva?

Zdravotnická zařízení mohou odebírat léčivé přípravky pouze od osob oprávněných léčivé přípravky vydávat. Patří sem:

- lékárny
- pracoviště nukleární medicíny (radiofarmaka)
- zařízení transfúzní služby (transfúzní přípravky, krevní deriváty)
- imunologická nebo mikrobiologická pracoviště (humánní autogenní vakcíny)

Přímo od distributora mohou zdravotnická zařízení odebírat:

- neregistrované léčivé přípravky předepsané pro konkrétního pacienta
- plyny používané při poskytování zdravotní péče
- infúzní roztoky
- radiofarmaka (pracoviště nukleární medicíny)
- imunologické přípravky za účelem očkování



Odstraňování léčiv (§ 88 – 89)

Provozovatel zdravotnického zařízení je dle zákona o léčivech povinen zajišťovat odstraňování tzv. „nepoužitelných léčiv“.

Nepoužitelná léčiva jsou:

- léčiva nevyhovující jakosti
- léčiva s prošlou dobou použitelnosti nebo uchovávaná za jiných než předepsaných podmínek
- léčiva zjevně poškozená nebo nespolehlivá včetně léčiv vrácených pacienty nebo jejich rodinnými příslušníky

Nepoužitelná léčiva jsou klasifikována jako nebezpečný odpad a provozovatelé zdravotnických zařízení jsou povinni odevzdat nepoužitelná léčiva právnickým nebo fyzickým osobám, kterým byl udělen souhlas orgánem

kraje k odstraňování nepoužitelných léčiv nebo Státním úřadem pro jadernou bezpečnost (v případě radiofarmak).

Seznam osob oprávněných zneškodňovat nepoužitelná léčiva uveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky na svých webových stránkách: www.mzcr.cz. Případně jsou tyto informace dostupné na webových stránkách krajských úřadů.

Zajišťování farmakovigilance (§ 90)

Lékař, zubní lékař, popřípadě farmaceut nebo jiný zdravotnický pracovník, který zaznamenal podezření na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek a jiné skutečnosti závažné pro zdraví léčených osob související s použitím léčivého přípravku, je povinen:

- tyto skutečnosti neprodleně oznámit

SÚKL, a to i tehdy, jestliže léčivý přípravek nebyl použit v souladu se souhrnem údajů o přípravku nebo byl zneužit

- poskytnout součinnost při ověřování skutečností souvisejících s podezřením na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek a podle potřeby zpřístupnit potřebnou dokumentaci

Pro tato hlášení lze použít elektronický formulář, který je zveřejněn na internetových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv: <http://www.sukl.cz/hlaseni-podezreni-na-nezadouci-ucinky-leciveho-pripravku>

nebo

<http://www.leky.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>

Zdravotní pojišťovny – úhrady v roce 2010

Problematika dodatků a úhrad v roce 2010 se často zúžila do projednávání záruk hrazení očkování proti pneumokokovým nákazám. Pravdou je, že kupodivu všechny zdravotní pojišťovny projeví zájem situaci řešit, i když vlastní řešení se někdy rodilo hůře. Co se týká vlastních úhrad, není asi bez zajímavosti, že v podstatě jediná zdravotní pojišťovna – ZP MV ČR - se přihlásila k navýšení plateb do našeho segmentu a u jediné této pojišťovny se meziroční navýšení bude pohybovat kolem 7%. Samozřejmě, že díky různým bonifikačním systémům a mírnému navýšení (kolem 2%) díky úpravě věkových indexů, by neměly platby v letošním roce klesnout pod úroveň roku 2009 a měly by se tedy pohybovat průměrně v pásmu navýšení 2-3%.

I. Výstupy z jednání s VZP ze dne 29.1.2010

Místo konání:
Ústředí VZP ČR

Účastníci jednání:

VZP ČR: MUDr. Pavel Horák, MBA, ředitel,
RNDr. Marcela Ambrožová
SPLDD ČR: MUDr. Pavel Neugebauer, předseda,
MUDr. Milan Kudyn, místopředseda
MZ ČR: Ing. Ivana Jenšová

1. Způsob vykazování a úhrada očkování pneumokovými vakcínami

VZP uhradí ZULP ve vazbě na kód výkonu 02148 ve výši 1163,- Kč v případě užití jak vakcíny Synflorix, tak i Prevenar 7.

Požadavek VZP, aby použitá očkovač látka byla vykazována v nákupní ceně vychází z platné Metodiky pro pořizování a předávání dokladů č.6, v platné verzi.

Veřejný příslib a garance opětovně potvrze-

ná na tomto jednání zaručuje úhradu ZULP ve výši 1163 Kč za dávku bez ohledu na výši vykázané nákupní ceny.

Z výše uvedeného vyplývá, že VZP uhradí očkovač látka ve výši 1163 Kč bez ohledu na to, za kolik jí ZZ pořídilo.

Součástí vyúčtování ze strany VZP bude jasná a jednoznačná identifikovatelnost úhrady ZULP

Neexistují žádné regulační mechanismy VZP, kde by figurovala úhrada výkonů 02148 ani vykázaných ZULP.

2. Podmínky úhrady

VZP uhradí výkon 02148 vč. ZULP v případě, že bude dodržen postup stanovený Metodickým pokynem MZ ČR k odlišným schémátům a kontraindikacím očkování konjugovanou pneumokokovou vakcínou (pracovní název).

Odkaz na tento Metodický pokyn bude součástí úhradového dodatku pro rok 2010.

3. Úhradový dodatek pro rok 2010

Zástupci VZP a SPLDD potvrdili dohodu, že před rozesláním úhradového dodatku bude tento zaslán k připomínkám zástupcům SPLDD.

K problematice ordinačních hodin došlo k dohodě, že pokud místní podmínky a specifika nevedou k účelnosti ordinačních hodin, do 18 hodin se může pojišťovna se ZZ dohodnout na úpravě.

VZP již pro rok 2010 nepočítá s bonifikací za vykazování kódu výkonu 09547.

4. Dodatek řešící bonifikace v programu kvality Akord

VZP pro letošní rok bude předkládat dodatek ve znění roku 2009 s tím, že budou probíhat jednání nad modifikací Akordu pro odbornost 002.

Za VZP: MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA
Za MZ ČR: Ing. Ivana Jenšová
Za SPLDD ČR: MUDr. Pavel Neugebauer



■ II. Metodický pokyn k odlišným schémátům a kontraindikacím očkování konjugovanou pneumokokovou vakcínou

S cílem zabezpečení jednotného postupu v rámci České republiky při očkování proti pneumokokovým nákazám, které bylo zahájeno podle § 30 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, od 1. ledna 2010 vydávám tento

METODICKÝ POKYN

Čl. I

Z veřejného zdravotního pojištění je hrazeno očkování dětí proti pneumokokovým nákazám v následujících případech:

a) pokud bylo zahájeno mezi 3. a 5. měsícem věku dítěte a pokud 3 dávky očkovací látky byly aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce; hrazená péče zahrnuje i přeočkování ve druhém roce věku pojištěnce,

b) pokud bylo zahájeno později než mezi 3. - 5. měsícem věku a do 7. měsíce věku nebudou aplikovány 3 dávky, případně nebylo aplikováno kompletní schéma 3+1; důvodem pro odklad zahájení očkování musí být kontraindikace pro zahájení tohoto očkování, popřípadě změna očkovacího schématu (v tomto případě není zpravidla možné ani zahájit očkování hexavakcínou).

Je-li odklad zahájení očkování způsoben pouze nerozhodností rodičů, zda dítě má být očkováno, a z tohoto důvodu nejsou splněny termíny uvedené v písmenu a) předchozího odstavce, není možné očkování ve smyslu výše uvedeného zákona z veřejného zdravotního pojištění hradiť.

Zdravotní pojišťovna má možnost prostřednictvím svých revizních lékařů ověřit důvod odkladu zahájení očkování.

Důvodem odloženého zahájení, resp. přerušování očkování a následného oddálení aplikace další dávky může být:

1. **Nehojící se jizva po BCC primovakcinaci (kalmetizační jizva) nebo její reaktivace** v průběhu vakcinace a nebo i jiné komplikace související s očkováním proti TBC, které neumožňují aplikaci další očkovací látky. Zodpovědnost za kontraindikace dalšího očkování je na straně registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost (dále jen registrující lékař) a není nutné mít ve zdravotnické dokumentaci žádné vyjádření jiného ošetřujícího lékaře.

2. **Akutní onemocnění dítěte, případně rekonvalescence, neprosívání, kontakt s in-**

fekční chorobou a probíhající inkubační lhůta, prodělané onemocnění CNS, kdy registrující lékař postupuje podle obecně platných doporučení pro odklad očkování.

3. **Ošetřujícím lékařem - specialistou doporučený odklad očkování z jiných důvodů** (příkladem může být dříve zavedený metodický pokyn MZ ČR pro případy kontraindikací aplikace vakcíny s celobuněčnou složkou proti pertusi. Podkladem pro toto rozhodnutí je konzultace s příslušným ošetřujícím lékařem - specialistou nebo kopie doporučení k odkladu dalšího očkování od ošetřujícího lékaře - specialisty s tím, že o této skutečnosti bude proveden zápis ve zdravotnické dokumentaci).

4. **Individuální přístup u očkování nedonošených dětí**, kde je nutné zvážit celkový zdravotní stav. Mezi nejdůležitější očkování u těchto dětí patří i včasná aplikace vakcíny proti pneumokokovým nákazám, která se aplikuje u těžce nedonošených dětí zpravidla ve 14denních intervalech od podání jiných očkovacích látek z důvodu vyšší pravděpodobnosti očekávaných reakcí po aplikaci. I v případě nedonošených dětí platí doporučení očkovat s ohledem na zdravotní stav na základě chronologického stáří bez ohledu na gestační věk dítěte. Výjimkou mohou být pouze děti s porodní hmotností pod 1500 g, ale i v těchto případech se zahajuje očkování zpravidla do 6. měsíce chronologického věku. nejsou-li jiné důvody pro oddálení vakcinace.

Čl. II

Z důvodů uvedených v čl. I tohoto metodického pokynu může být zahájení očkování posunuto a v případech, je-li zahájeno od 7. měsíce věku (po ukončení 6. měsíce věku), snižuje se počet aplikovaných dávek v souladu se souhrnem údajů o přípravku (dále jen SPC) vakcíny proti pneumokokovým nákazám. Ze stejných důvodů může také dojít k přerušování očkování a i v těchto případech dokonce ke změně schématu, které bude následně dokončeno s ohledem na věk dítěte v souladu s SPC. Rozhodující pro úhradu tohoto očkování bude vždy skutečnost, že v době, kdy dítě mělo nárok na úhradu očkování, projeví rodiče zájem, ale objektivní důvody uvedené v čl. I tohoto metodického pokynu. zaznamenané ve zdravotnické dokumentaci, bránily aplikovat tři dávky nejpozději do 7. měsíce, případně došlo ke změně schématu 3 + 1 dávka.

Čl. III

Vakcína, aplikovaná ve změněném schématu, bude proplacena zdravotní pojišťovnou z veřejného zdravotního pojištění registrujícím lékařem, kteří provedli aplikaci i za situace, kdy dojde k nedokončení schématu z jiných důvodů. O této skutečnosti bude proveden zápis do zdravotnické dokumentace. Takovýmto důvodem může být například reakce po aplikaci s následným odmítnutím očkování ze strany rodičů, změna místa bydliště rodičů a nezájem o další aplikaci očkovací látky a jiné důvody, které není v možnostech registrujícího lékaře předem předvídat.

MUDr. Michael Vít Ph.D.,

hlavní hygienik ČR a náměstek ministryně

■ III. Veřejný příslib VZP ČR

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR na četné dotazy sděluje, že tak, jak oznámilo a vysvětlilo na tiskové konferenci Ministerstvo zdravotnictví ČR dne 8. 1. 2010, garantuje praktickým lékařům pro děti a dorost úhradu očkovací látky proti pneumokokovým infekcím ve výši 1 163 Kč za dávku.

Očkovací látka se vykazuje pojišťovně v nákupní ceně jako zvlášť účtovaný léčivý přípravek. VZP ČR uhradí nejvyšší dohodnutou cenu (uvedenou výše). Další technické podrobnosti budou upřesněny v úhradovém dodatku po dokončení jednání s distributory a zástupci praktických lékařů.

28. leden 2010

Jiří Rod,

vedoucí tiskového oddělení
a tiskový mluvčí VZP ČR

■ IV. Prohlášení Svazu zdravotních pojišťoven ČR Úhrada vakcíny proti pneumokokovým infekcím je zajištěna

Svaz zdravotních pojišťoven ČR opakovaně potvrzuje, že úhradu očkovacích vakcín proti pneumokokovým infekcím zdravotní pojišťovny plně zabezpečily.

Smlouva s výrobní firmou garantuje, že vakcína je lékařům dodávána v maximální konečné ceně 1163 Kč a tato částka je při dodržení zákonných podmínek aplikace vakcíny lékařem plně proplácena.

Pojištěnci, kteří splňují zákonem stanovené podmínky, nemusí na vakcínu proti pneumokokovým infekcím doplácet žádnou spoluúčast.

V Praze dne 20. ledna 2010



■ V. Stanovisko ZP MV ČR

Vážený pane předsedo, děkuji za Vaši informaci k problematice očkování pneumokokem. Současně Vám sděluji, že ZP MV ČR bude plně respektovat Metodický pokyn MZ ČR. Všechny pobočky ZP MV ČR již byly v této věci informovány. S pozdravem

MUDr. Jiří Svatoš,
zdravotní ředitel ZP MV ČR

■ VI. Stanovisko OZP zaměstnanců bank, poj. a stavebnictví

Vážený pane předsedo, upravili jsme příslušné ustanovení. Dále jsme doplnili, že z vyhodnocení KHN budou vyloučeny náklady na očkování proti pneumokoku - protože se vykazuje jako ZULP, netýká se regulace preskripce.

Stejně tak jsme upravili přílohu 1.

Abychom maximálně snížili administrativní zátěž s nutností rozšířit smluvně dohodnutý rozsah péče o nové výkony očkování, doplnili jsme Cenové ujednání o vzájemnou dohodu, že předmětné výkony doplní OZP do smluvně dohodnutého rozsahu jednostranně bez nutnosti písemného požadavku ZZ.

Zahajujeme tisk a obesílání našich smluvních partnerů.

Co se týče speciálního Dodatku na očkování proti pneumokokovým infekcím, necítili jsme potřebu ošetřit očkování samostatným dodatkem, protože existují 2 poměrně podrobné metodické pokyny (MZ, dr. Cabrnachová). Pokud to však považujete za účelné, vyhoví-

me Vám. Připravím návrh dodatku, který Vám zašlu - nebudeme posílat s cenovým ujednáním, protože bychom nemohli využít automatizované technologie, což by zbytečně prodlužovalo obesílání Cenovým ujednáním. Poslali bychom proto samostatně začátkem února. Děkuji za součinnost a těším se na další spolupráci.

MUDr. Ludmila Pišková
zdravotní ředitelka

■ VII. Stanovisko ZP M-A

Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE vydává, ve snaze o zajištění kvalitní a dostupné zdravotní péče pro všechny své pojištěnce a v souvislosti s diskutovanou problematikou očkování proti pneumokokovým infekcím, následující prohlášení:

Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE garantuje všem smluvním praktickým lékařům pro děti a dorost úhradu vakcín proti pneumokokovým infekcím ve výši 1 163 Kč za jednu vakcínu.

Vakcíny budou poskytnuty v ordinaci lékaře a vykazování bude prováděno formou smíšené ambulantní dávky - ZULP + výkon; kód výkonu 02148 (očkování spojené s výdejem očkovací látky - konjugovaná očkovací látka proti pneumokokovým nákazám - nepovinné očkování).

Bc. Vladimír Kothera, MBA,
generální ředitel ZP M-A

■ VIII. Stanovisko ČPZP

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP) garantuje všem smluvním praktickým lékařům pro děti a dorost plnou úhradu oč-

kovacích vakcín proti pneumokokovým infekcím ve výši 1 163 Kč za jednu dávku. Při dodržení zákonných podmínek bude ČPZP lékařům hradit vakcínu a výkon očkování (kód výkonu 02148).

„ČPZP projednala s předsedou Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost MUDr. Pavlem Neugebauerem problematiku očkování proti pneumokokovým infekcím a zavázala se, že dohodnuté podmínky lékařům rozešle v cenovém dodatku na rok 2010, který se v současné době připravuje k distribuci,“ sdělila ředitelka zdravotního úseku ČPZP MUDr. Renata Knorová.

Dodala, že v cenovém dodatku budou všem smluvním praktickým dětským a dorostovým lékařům automaticky zařazeny do smluvního repertoáru kódy očkování, včetně kódu 02148.

Do hodnocení komplexní finanční nákladovosti ČPZP nezahrne náklady na očkování proti pneumokokovým infekcím, a to jak na výkon 02148, tak na očkovací látku vykazovanou jako ZÚLP.

Kód očkování bude mít hodnotu bodu 1,10 Kč.

Úhrada očkování bude v souladu s připraveným stanoviskem odborné společnosti povolena i v individuálních případech, kdy ze zdravotních důvodů nemohl být dodržen termín.

Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer

Očkování proti pneumokokovým nákazám: nabídka rodičům nebo past pro lékaře?

Problematika očkování pneumokokovými vakcínami začíná připomínat „nikdy nekončící příběh“. Na jedné straně praktičtí dětské lékaři jako vykonavatelé vůle státu hradit na požádání nový typ očkování, na straně druhé urputní úředníci, kteří tvrdí, že vymysleli nejlepší metodu, jak zakázku státu realizovat. Obě skupiny tvrdí stále totéž, jakoby argumenty, které jsou předkládány, neexistovaly. Vůle po dohodě či rozumném kompromisu je stále v nedohlednu, nervozita na straně praktických lékařů však postupně narůstá. Pro získání komplexního pohledu na situaci tentokrát předkládáme dva dokumenty – záznam z jednání Zdravotního výboru PSP a Zápis z posledního jednání na MZ.

■ I. Záznam jednání výboru pro zdravotnictví (část), 14. ledna 2010

(přepis zvukového záznamu)

p. Hovorka

Vážená paní ministryně, vážení kolegové, vá-

žené kolegyně, všichni víte, že v Janotově balíčku bylo nově zavedeno očkování proti pneumokokům a na začátku roku se objevily některé problémy, na které nás upozornili zejména dětské lékaři. S nákupem těchto vakcín. A já se domnívám, že ta-

kým klíčovým problémem je, že vlastně u vakcín proti pneumokokům není stanovena úhrada této vakcíny, tzn. že ve správním řízení nebyla stanovena úhrada této vakcíny.

O těch dalších věcech, které se týkaly toho ome-



zení, kdy ta úhrada se vlastně provede za zdrav. pojištění v tom daném rozmezí, o tom jsme se tady bavili dřív, ale já myslím, že by bylo lépe, kdyby k tomu promluvil zástupce praktických lékařů. Myslím, že tady je ze Sdružení pan doktor/předseda sdružení pan doktor Neugebauer. Tak jestli by mohl dostat slovo a říci ty problémy.

p. Krákora

Já myslím že jo, ale uvědomme, si my jsme si stanovili nějaký časový limit, zbývá nám dvacet minut. Já bych zase byl rád, kdyby k tomu promluvil hlavní hygienik.

Ale jestli můžete, tak stručně, prosím Vás. Ani nebudeme dávat hlasovat.

Tak, prosím, pane doktore.

MUDr. Neugebauer

Vážené paní poslankyně, vážení páni poslanci, já děkuji za to, že tady můžu vysvětlit některé věci, tak jak je vnímají dětská lékařská a budu se snažit o maximální stručnost - pochopil jsem.

Za prvé bych chtěl říct, že praktičtí lékaři se shodují na tom, že je správně, že očkování bylo zavedeno a že chceme očkovat. To říkám na začátek, aby v tomto bylo jasné. A budu se snažit velmi stručně vysvětlit, v čem leží merit problému.

Víme, že to bylo očkování, které bylo zavedeno novým způsobem jako dobrovolné očkování, které jako jediné je řešeno zákonem 48 upravujícím veřejné zdrav. pojištění. A v podstatě jediným výkladem tohoto zákona je v tuto chvíli metodický pokyn Mzdr. Z těchto důvodů jsme se snažili iniciovat, svolali jsme tzv. Kulatý stůl, kam jsme pozvali zástupce jak ministerstva, tak zdrav. Pojišťoven, tak SUKL, aby jsme nastolily problémy, které vnímáme že s tím očkováním mohou být spojené a od té doby se jedná. Některé věci nám připadají že nejsou vyřešeny.

Finále, které fakticky vzniklo je, řekněme si, že tady máme dva problémy. Jeden úhradový a jeden faktický. Ten úhradový spočívá v tom, že v současnosti se systém tváří, že způsob vykázaní proplacení této vakcíny je pouze formou ZULP k výkonu vykázaným jednotlivým zdravotnickým zařízením. A ten faktický problém jsou takové ty náležitosti, které jsou spojeny a nedodržením toho, co striktně stanoví zákon, tzn. že jestli on říká začátek očkování třetí až pátý měsíc, dokončení sedmý měsíc, tak je to výkladová záležitost, ale to dítě může onemocnět. Kdo to zaplatí. Jestli to dítě se odstěhuje, rodiče se nedostaví atd. Nejsou vyřešeny tyto věci.

I když tedy jsou přísliby ze strany zdrav. pojišťoven, obáváme se, že pak, když přijde na merit věci a bude prováděna kontrola, bude tu snaha striktně dodržovat zákon a pak asi příslib zdrav. pojišťoven pro nás není dostatečnou zárukou. Upřímně řečeno, proto se ti lékaři hodně zlobí, protože různých příslibů jsme tady zažili celou řadu. A teď mi prosím promiňte, paní ministryně, musím tu poznamenat dvě věci. Jedna věc je, mluvili jste tady o tom, regulační poplatky. Víte, že jako jediný segment jsme byli postiženi my zrušením regulačních poplat-

ků u dětí. Mluvílo se tu o kompenzaci. Musím říct, že tak jak tady byla přednesena úhradová vyhláška, k částečné kompenzaci došlo tím navýšením věkových indexů, to objektivně přiznávám, nicméně to tvoří zhruba třetinu té ztráty, tím zrušením regulačních poplatků. Druhá věc, která tady byla slibována, je otázka, mluvilo se tady o stabilizaci středního zdravotnického personálu. Je to dneska tak, že v úhradové vyhlášce je řešeno pouze u lůžkové péče, v ambulantní nikoliv. Čili já tady jenom říkám, že tady je nervozita na straně lékařů, a proto možná jsou někdy emotivnější výstupy v médiích. A rád bych to tady uvedl některé věci na pravou míru.

Při analýze toho systému jsme zjistili, že jedinou překážkou, proč neexistuje jiná varianta způsobu proplacení vakcíny je omezení, které do číselníku vložil SUKL. Tady je pan ředitel Beneš, který vysvětlí, zda to omezení A, které tam je, které znamená, že tu látku lze pouze vykázat spolu s výkonem, zda to je správně a jakým způsobem tam toto omezení bylo vloženo. Je to předmětem i sporů, máme tu i prezidenta Č. lékárnické k., kteří podali stížnost na postup SUKL. Prostě to je realita.

Druhá věc je, my jsme tedy požádali všechny zdrav. pojišťovny, snažíme se to vyřešit tak, že jsme požádali o zvláštní dodatek, který by řešil ty věci, které nejsou jasné a nejsou všechny vyjádřené ani v tom metodickém pokynu. Čili snažíme se to nějakým způsobem vyřešit. I jsme za tím účelem opakovaně oslovovali ministerstvo.

A teď bych chtěl jenom říct takové jednoduché srovnání, abychom věděli, o čem si povídáme. Povinné očkování pneumokokem je pouze v Evropě, aspoň co máme zmapované, na Slovensku. Doporučované je v Německu, Itálii, ve Francii, Švýcarsku. Pro rizikové pacienty je v Rakousku, Slovinsku. Co se týká hrazení očkovací látky, tak Německo hradí očkovací látku do dvou let, v Itálii do tří let, v Maďarsku do dvou let, ve Slovinsku dokonce do pěti let, v Belgii do dvou let. Co se týká forem získávání vakcíny, jak jsem tady o tom mluvil, tak v Německu je vakcína psána na recept, v Itálii na recept plus je možno očkovat ve vakcinačních centrech, v Litvě objednávka ordinací, takže ty metody tady existují, Francie recept, Slovinsko tam dodává Národní institut veřejného zdraví do ordinací vakcíny, na Slovensku na recept, Švýcarsko tam jsou varianty obě, to by nám nejvíce vyhovovalo tzn. přímý nákup do ordinace plus recept a v Lucembursku tam to rozváží do ordinací Mzdr. - zajímavý podnět.

Závěr chci jenom říct, jsou tady tři věci. Jak jsem říkal na začátku, chceme, aby to očkování zůstalo, abychom mohli očkovat. Chceme zachovat přímý nákup, ale taky chceme alternativní způsob získání vakcíny. Děkuji.

p. Krákora

Takže tady jsem slyšeli návrh na řešení.

h.h. Vít

Jestli mohu. My samozřejmě jsme společně

s pediatrickou společností řadu připravovali, aby toto očkování se v ČR rozběhlo. Samozřejmě jsme byli i u několika kulatých stolů, známe všechna ta, o kterých mluvil kolega Neugebauer, jak to chodí v jednotlivých členských státech EU.

Já musím říct, že je tady jeden problém, na který jsme nepoukázali, o kterém se tady nemluví, a to je dodržení chladového řetězce. Já si stále myslím, že ještě nemáme vzdělané rodiče, vzdělané pacienty tak, aby dodrželi při vybírání této očkovací látky ten chladový řetězec, který by mohl narušit při špatném zacházení s očkovací látkou efektivitu té očkovací látky.

p. Krákora

Děkuji. Paní ministryně.

ministryně Jurásková

Než předám slovo osobám, které jsou v této věci odborně jaksi vybaveny tak, aby tady dokázaly vysvětlit některé věci, tak bych chtěla na začátek říct, že se nám úplně ztratila jak ta maminka, tak ten novorozenec nebo to dítě. Mzdr. se domnívá, že pro rodiče, kteří přijdou do ordinace praktického lékaře je určitou bariérou a určitým dyskomfortem, aby po získání receptu běželi do lékárny, která ne vždy musí být ve vedlejší domě, tu očkovací látku získali a zase se do té ordinace vraceli, kvůli té aplikaci. Tak tolik jenom premisa, kvůli které jsme o tom diskutovali.

Tak, jak říkal pan náměstek Vít, my jsme celý ten režim připravovali ve schodě s pediatrickou společností, diskutovalo se o tom, jakým způsobem bude organizováno to očkování i jakým způsobem budou provedeny úhrady. Takže já se přiznám, že pro mě jako pro ministra bylo velmi nepřijemným novoročním překvapením to, co bylo spuštěno v médiích. Ale to teď mimo věcnou diskusi a jestli dovolíte, pane předsedo, já poprosím o předání slova paní inženýrce.

p. Krákora

Prosím bych o maximální stručnost.

Ing. Jenšovská (MZ)

Ano. Já jenom chci říct, že ten kód výkonu, který vychází z vyhlášky 134 z roku 98, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů, tak je výkon, který má nějakou bodovou hodnotu a je možné k němu vykázat zvlášť účtovaný léčivý přípravek. Takže v případě, kdy by lékař koupil nebo maminka koupila to na recept, tak lékař nemůže zdrav. pojišťovně tento výkon vykázat. Takže by to musela pak zřejmě celé platit maminka. Takže ten systém je nastavený tak, jako při jiných očkováních, není to ojedinělý výkon. I v řadě jiných to máme řešeno prostě přes zvlášť účtovaný léčivý přípravek.

řed. Beneš (SUKL)

Tady zazněla jenom částečná informace z úst pana doktora. Očkování proti pneumokokovi není jediné očkování, které přešlo do nového režimu.



Prosím, očkování vakcínou proti sezónní chřipce běží ve stejném režimu, očkování proti TBC pomocí vakcíny jakbysmet. A jedná se skutečně o situaci nastavenou zákonem. Očkování je součástí výkonu, nelze stanovit výši a podmínky úhrady cestou správního řízení. Jestliže v seznamu hrazených léčivých přípravků byla publikována maximální cena, úhrada a podmínky úhrady, je tomu tak proto, že cena byla stanovena u přípravků ve správním řízení, úhrada a podmínky jsou stanoveny přímo zákonem.

Je to čistě řešení, praktický lékař pro děti a dorost není vázán tím, že musí nakupovat z jednoho zdroje. Může předepsat léčivý přípravek na předpis, kterým je žádanka, jinými slovy ty lékárny, které se bojí o svoji řečnickou obchodní aktivitu, tak mají zajištěný odbyt, ale vykazování zdrav. pojišťovně je dáno přímo zákonem.

p. Krákora

Nějaký návrh na řešení - to tady můžeme povídat do večera. Dejte někdo nějaký návrh na řešení. A my se pokusíme to samozřejmě udělat, aby to bylo v souladu se zákonem.

Jako povídat tady můžeme pořád. Návrh, já chci slyšet návrh.

p. Hovorka

No, já jsem chtěl předtím, než dám ten návrh ještě, kdyby mohl promluvit pan předseda lékárnické komory, pan doktor Havlíček.

Dr. Havlíček

Vážená paní ministryně, vážený pane předsedo, vážení poslanci, vážení přítomní. Součástí naší stížnosti je i návrh na řešení a my jsme stížnost nepodalí pro nějaké postraní důvody, které jsou nám podsouvány, ale protože byl porušen zákon a úhrada takto zveřejněná nebyla stanovená ve správním řízení.

Rád bych opravil slova pana ředitele SUKLu, protože podmínky úhrady nestanovuje zákon, ale vyhláška, která o tomto paragrafu zákona vůbec nehovoří.

Řešení, které navrhujeme, jako součást té stížnosti, je, aby úhrada byla stanovena v řádném správním řízení, tak jak hovoří jiné paragrafy toho zákona, a tím ten problém bude vyřešen. Prostě když dojde standardní správní řízení, při stanovení úhrad nebudeme muset nic jiného přijímat. Takže tohleto je návrh Č. lékárnické k. a záleží na vás, jak se k němu postavíte. Děkuji za slovo.

p. Krákora

Děkujeme taky. Tak co na to vedení SUKLu a ministerstva?

řed. Beneš

Pane předsedo, dámy a pánové. Na řešení otázky úhrad je k dispozici několik právních analýz. My jsme se touto věcí zabývali v okamžiku, kdy byl přijat zákon 362 z roku 2009 Sb. ještě před ním, než byl účinný a SUKL nemá k dispozici to, co je stan-

veno částí šestou zákona, nemá k dispozici tedy nástroje, aby prolomil vůli zákonodárce. To co je stanoveno v části páté zákona, že poskytnutí léčivých přípravků je součástí výkonu, jsou hrazeny v rámci preventivní péče, tak toto je pro nás nepřekročitelná hranice.

Část šestá je specialitou a nemůže prosím být vedeno řízení v kterém mi stanovíme pouze maximální úhradu, ale nebudeme stanovovat podmínky. Podmínky jsou stanoveny ze zákona. Podmínky úhrady u pneumokokových infekcí, u vakcín proti pneumokokovi jsou stanoveny ze zákona. SUKL nemá k dispozici nástroj, aby stanovoval pouze část agendy.

Ing. Jenšovská

Jestli mohu jen stručnou informaci. Já pořád jako nějak nevidím ten problém nebo nevím v čem je problém. Protože pojišťovny se ještě dohodli s těmi výrobci na DNC, což je nejvyšší dohodnutá cena ve výši 1163 korun. Ta cena zahrnuje v podstatě plnou úhradu pro konečného spotřebitele. Ti lékaři to nakoupí za cenu nižší, než je tato, pojišťovna jim zaplatí, 1163 korun plus 184 korun za samotný výkon, takže já se přiznám, teď jsem se ztratila, proč tady teď diskutujeme.

MUDr. Neugebauer

Zaznívají tady některé věci. Já vím, že je to ekonomicky pro některé lékaře zajímavé, ale je potřeba si uvědomit, co zákon říká. Zákon říká, zahazuje se očkování mezi třetím a pátým měsícem věku života, do sedmého musí skončit. Jaké jsou zkušenosti. Dítě se odstěhuje z různých důvodů nepříjde, onemocní, má komplikace typu, že mu vznikne chránička a my se tady můžeme stokrát bavit, že pojišťovna říká: „dobře, budeme respektovat doporučení odborné společnosti a uhradíme tuto vakcínu“ a pak přijde NKÚ a řekne: „Jak to, že hradíte, když zákon žádnou takovouhle výjimku nestanovuje.“ Takže my se domníváme, že je potřeba to vyřešit.

A musím říct, že když tady zaznívá, že je to ve stejném režimu, jako chřipka, tak není, protože pneumokok není vykládán tou vyhláškou, kterou je vykládána právě chřipka, tuberkulóza a podobně. Čili pokud by tam ty věci byly ošetřeny, tak aby to bylo ošetřeno.

Ing. Jenšovská

Zákon 48 řeší ale i např. chřipku.

p. Krákora

Jako já vám rozumím, tady v tom vám dám za pravdu, že co potom, když budou dvě dávky daný a ta třetí nebude atd. My to známe z té praxe, to tady kolega Hovorka stáhl, nelze to uměle prodloužit do jednoho roku, nebo tak, samozřejmě, protože na to musí být odborné stanovisko, nějaký závazný pokyn, že jo, někoho, ať je to SUKL, ministerstvo nebo náměstek ministra, hlavní hygienik. Prostě to je samozřejmě, na to asi nestačí ani pediatrická společnost, aby posunovala hranici někam jinam.

Já vám rozumím, pak budou problémy s pojišťovnou, že pojišťovna to nemá na počítačích, to nebude jasný a normálně vám to odúčtuje, řečnicko si, tak jak to chodí. Ale já si myslím, že tohle jediné domluvit s pojišťovnami.

A měli bychom asi vydat nějaký pokyn, možná my, nebo vy jako společnost a dát tam tady to stanovisko, že k tomuhle bude docházet a jak známe z pediatrie, tak určitě to bude ve dvaceti možná v třiceti procentech. Takže bude neustále takzvané to handrkování s těmi pojišťovnami a půjde tam o desetitisíce, to bude pořád. To s vámi souhlasím tady v tom.

Ing. Jenšovská

Já jestli mohu doplnění. Byl tam na jednání prezident svazu zdrav. pojištěnoven i pan ředitel Horák a přislíbili oba dva, jako je na to spousta svědků, že prostě ty případy, které budou odůvodněné, tak prostě oni nebudou řešit, tu vakcínu proplatí a nebudou zkoumat, jestli to bylo píchnuté dva dny po konci pátého měsíce věku dítěte.

p. Krákora

Jenže, paní inženýrko, to bude všechno až post, za tři nebo za šest měsíců nebo za pololetí, takže to jde o to. Takže nebude to jednoduché.

Tam se hlásil ještě pan Hampl. A krátce, jestli, abychom tak do třičtvrtě na dvě to ukončili.

p. Hampl

Vážený pane předsedo, vážení poslanci, vážené poslankyně, vážená paní ministryně, já považuji prohlášení Č. lékárnické k. za nešťastné. My jsme to na komoře probírali, já jsem byl zásadně proti, protože se domnívám, že to řeší zákon.

A za druhé, pokud jsem pochopil technicky. Pokud mají pediatrii problém, jako že to nemohou objednat přes lékárnu, tak si to objednají přes žádanku, normálně se to vyfakturuje a oni to průčtují s výkonem. Já tady nevidím jeden jediný technický problém.

O ostatních věcech nejsem kompetentní hovořit. Ale jako zástupce provozovatelů říkám, že řada provozovatelů se na mě obrátila s tím, co to je za uměle vyvolaný spor. Protože to se řeší standardní cestou. Děkuji za slovo.

ministryně Jurásková

Pane předsedo, já jsem dostala informaci, o které jsem nevěděla. Že už ten proces je tak daleko, od pana náměstka Víta, o zpracování společného metodického pokynu. Já bych mu předala slovo, aby vás o tom informoval. Děkuji.

h.h. Vít

My samozřejmě nežijeme v izolovaném světě. My jsme v kontaktu s kolegyní Cabrnovou, tak s kolegou Neugebauerem a připravujeme na to všechno metodický návod, který asi by mělo podepsat Mzdr. s Asociací pojištěnoven, kde by všechny ty diskuse o tom, jestli tam je kontraindikace, jestli



kontraindikace mezi třetím a pátým měsícem je na-prosto jasné, že by to mělo být hrazeno. Jako kontraindikaci nikdo z nás není schopen ovlivnit. Čili tento výklad tady bude.

p. Krákora

Já bych navrhl, jak jsem říkal: „dejte návrh na řešení“, já dám návrh na řešení. Velice jednoduchý, jedna věta. Metodický pokyn: zdravotní pojišťovny ČR nebudou zkoumat, za jakých podmínek bylo aplikováno očkování proti pneumokokovi a automaticky tento výkon proplatí. A tím si myslím, že je to jednoduché řešení. Když dítě nebude doočkovaný, tak to budou muset zaplatit stejně...

ministřyně Jurásková

Pane předsedo, já se obávám, jestli to není předcedens směrem ke vztahu poskytovatel a plátce. Já bych spíše se přikláběla k tomu, aby vznikl opravdu ten společný metodický pokyn, který bude pojišťovny určitým způsobem, který je povede v tom, jak s tím nakládat. Protože pojišťovna ze zákona má povinnost i prověřit zpětně poskytnutou péči. Takže ona to bude muset prověřovat. Nelze podle mého názoru...

p. Krákora

Dobře, tak jo. Ale tam jde o tu včasnost. Takže ten metodický pokyn by bylo dobré, aby vyšel dříve tomu do týdne, nebo do čtrnácti dnů.

Dobrý, ještě pan kolega.

p. Hovorka

Já jsem se seznámil s tím názorem pana ředitele SUKL a seznámil jsem se také s tím právním rozkladem, který předložila Č. lékárnická k. a vlastně pediatrii. A já se domnívám, že řešením by bylo, aby výbor požádal Mzdr., aby zajistilo nápravu vadného stavu při stanovování úhrad pneumokokových vakcín stanovením úhrad vakcín správným úředním postupem podle zákona 48/97 tzn. stanovením výše úhrady.

Já můžu rozumět jednomu i druhému vysvětlení, nejsem právník, ale myslím si, že spíše se přiklábím k tomu výkladu, který předkládala ČLK a já si myslím, že to doporučení výboru by bylo dobré k tomu udělat. Myslím si, že to je závažnější, než nějaký metodický pokyn a že by to ten problém odstranilo.

ministřyně Jurásková

Já bohužel nemohu s panem poslancem souhlasit, protože si myslím, že meritum věci je trochu někde jinde. Za prvé.

Za druhé se obávám, že tady na půdě tohoto shromáždění a pan poslanec to řekl sám, že není právník, konstatovat, že je vada v tom předpise, je nemožné. Takže já bych, jestli mohu navrhnout: uložte jako výbor ministerstvu, aby tu věc prošetřilo a podalo vám zprávu. Protože samozřejmě SUKL je orgánem, který tu věc řeší, stížnost byla směřována k němu. Ale v žádném případě nesouhlasím s tím, aby v usnesení byl úkol pro ministerstvo napravit vadný stav.

p. Krákora

Já souhlasím. To bylo podobné jako s tím pneumokokem do jednoho roku, že jo. To zase takhle nemůžem, k tomu přistupovat.

Takže návrh na usnesení by mohl znít, že: My jako výbor ukládáme Mzdr., aby sjednalo/odstranilo... Jakou formulaci?

p. Šťastný

Návrh na usnesení:

Výbor pro zdravotnictví si dovoluje požádat Mzdr., aby předložilo zprávu o řešení problematiky očkování proti pneumokokovým nákazám s tím, že předloží návrh na řešení této situace.

p. Krákora

Já bych tam ještě prosil, kdybychom tam mohli dát, protože to chvátá. Teď, co to je urgentně. Jste schopni do 20. ledna? Dobře, tak do konce ledna.

Tak kdo souhlasí? Jsme vůbec usnášeníschopní? Je nás sedm, to je nejmíň, co může být.

Takže, kdo souhlasí s tímto? Všichni. Takže bych prosil, paní ministřyně, do konce měsíce, jestli byste to mohli nějak upravit.

■ II. Zápis z jednání k problematice očkování pneumokokovými vakcínami (záznam nebyl ze strany MZ verifikován)

Místo konání:

Ministerstvo zdravotnictví ČR

Účastníci jednání:

MZ ČR: Bc. Marek Šnajdr, 1. náměstek, MUDr. Michael Vít, hlavní hygienik ČR
OSPDL ČLS JEP: MUDr. Hana Cabrnchová, předsedkyně

SPLDD ČR: MUDr. Pavel Neugebauer, předseda, MUDr. Ilona Hülleová, 1. místopředsedkyně, MUDr. Milan Kudyn, místopředseda

Téma: úhrada vakcín pro nepovinné očkování proti pneumokokovým nákazám

V úvodním slově náměstek Šnajdr projevil vůli probrat a vydiskutovat problematiku řady sporných informací týkajících se nově zavedeného dobrovolného očkování proti pneumokokům.

Na jednání nepřizval zástupce ZP, neboť VZP má t.č. plánovanou poradu ředitelů KP VZP. Na přímý dotaz byl informován, že dosud neproběhlo jednání se zástupci VZP, bylo ze strany SPLDD opakovaně urgováno a je plánováno na pátek 29.1.2010, kde nám. Šnajdr přislíbil účast někoho z MZdr.

Dr. Neugebauer požádal o zápis z jednání, aby byly jasné výstupy z jednání, představil účastníky jednání.

Dr. Neugebauer shrnul důvody vzniklých protestů na straně lékařů – petice, otevřené dopisy, pod nejdůležitější společný jmenovatel, kterým je vytvoření také alternativního postupu, při kterém by PLDD nebyl nucen k přímému nákupu vakcín, ja-

ko nejlepší variantu uvedl formu předepsání vakcíny na recept, obdobně jako např. v případě očkování na sezónní chřipku.

Dr. Kudyn připomněl argumenty, které zazněly na jednání VV SPLDD 5.1.2010 ze strany nám. Šnajdra pro nemožnost cesty receptu přes lékárny: chladový řetězec a komfort pacienta, ekonomiku. Doplnil, že situací se zabýval i Zdravotní výbor Parlamentu, který řešil i problematiku postupu SUKL v problematice stanovení způsobu úhrady, který vyloučil alternativní cesty úhrady. Požadavek na vysvětlení tohoto postupu a stavu ministerstvem zdravotnictví je i součástí usnesení tohoto výboru. Zeptal se, zda je možné očekávat změny ve smyslu otevření cesty přes recept.

Nám. Šnajdr jménem MZ ČR přednesl důvody, proč MZ zvolilo jediný způsob proplácení vakcín cestou vykazování ZULP k příslušnému kódu výkonu očkování.

1. cena vakcín
2. komfort pro pacienta
3. chladový řetězec

Dále uvedl:

• Zdrav. Výbor PSP nemá úmysl se více věnovat problematice tohoto očkování, jedná se pouze o exekutivní záležitost, není to záležitost zákonodárná.

• ZP si stojí za tímto zvoleným postupem.

• MZ ČR je připraveno odstranit veškeré překážky, které by bránily zavádění tohoto očkování cestou přímého nákupu očkovacích látek ordinacemi (př. zaslání metodického pokynu VZP z minulého týdne).

• MZ ČR nechce vstupovat do dohodnutého postupu mezi MZ-ZP-SUKL, z důvodů nabourání všech 3 principů, které byly uvedeny.

• Znovu kladen důraz především na princip ekonomický - pro systém veřejného zdravotního pojištění - díky jediné zvolené cestě se na základě této Dohody (MZ-ZP-SUKL) podařilo snížit cenu vakcín z původních cca 1600 Kč na současnou hodnotu pod úhradou ZP, tj. 1163 Kč, tj. zvolený systém umožnil stanovit tzv. konečnou cenu pro spotřebitele ve výši 1163 Kč. ZP nemusí připočítat k ceně léku zákonnou marži lékáren.

• V případě duálního systému budou lékárny uplatňovat k ceně 21% marži ze zákona a ZP by neměla nástroj, aby sjednala s výrobcem cenu, protože ZP by musela respektovat druhou cestu přes recept. Odhady ZP na dané očkování je 300 mil., tak těchto 21% je zásadních, i když by se nejednalo o všechny vakcíny.

• Pokud by byl duální systém - expandovala by cena Prevenaru 13, pak by byly náklady mnohem vyšší.

• Systém vykazování ZULP je pro PLDD nový, je potřeba ho vysvětlovat, je i v jiných odbornostech, a to za tvrdších podmínek a nikde s tím není problém. Je to běžný způsob financování péče v jiných segmentech. Požadavek na PLDD, aby ve veřejném



zájmu k tomuto přistoupili, vysvětlovali a s tímto systémem pracovali.

- MZ ČR je povinno hájit ekonomiku ZP v tzv. veřejném zájmu, tj. aby nedošlo k plýtvání prostředky daňových poplatníků

Dr. Kudyn:

- vakcíny jsou k dispozici v ordinaci i cestou přes recept (zajistí PLDD), pacient není nucen k případné cestě do lékárny a zpět k aplikaci

- zajištěním oficiální distribuce do ordinace je zajištěno pro děti, u kterých je zahájeno očkování do 5. měs. věku, tím i dodržení tzv. chladového řetězce, dále argument zajištění této logistiky a zamezení cesty přes lékárny a to nejen pro pneumokokové vakcíny již neplatí?

- Systém ZULPu: dotaz členů k ceně vakcín a výši marže přislíbené ZP, která se rozchází s metodickým pokynem VZP a sdělením zástupců VZP, kteří poukazují na vykázaní vakcín cenou pořizovatel. Pro VZP údajně není jiná cesta, aby nebyla porušena jejich metodika. Odkaz na páteční schůzku v 16,00 hod., požádal o účast nám Šnajdra, za účelem vyjasnění případné marže lékaře a doby splatnosti faktur.

MZ ČR: PLDD

- jeden z mála segmentů, kterému roste úhrada, tudíž je nutno vnímat ekonomiku

Dr. Kudyn požádal o zastavení distribuce této neodpovídající informace VZP o úhradě ve výši pořizovací ceny vakcín k jednotlivým PLDD.

Dr. Hülleová – vrátila diskusi na začátek, vznesla trvalý požadavek za PLDD, kteří vakcinaci vykonávají, aby měli 2 možnosti zajištění vakcín. Hlavní problém spočívá v tom, že velká část PLDD odmítá přímý nákup státem garantovaného dobrovolného očkování proti pneumokokům a opět požádala o zavedení možnosti předpisu vakcín na recept. Pro mnoho lékařů není vlastní cenotvorba podstatná, ale ve veřejném zájmu je udržení, resp. dosažení vysokého stupně proočkovanosti a to i možnosti svobodného rozhodnutí lékaře, jak zajistit vakcínu. Upozornila na nutnost zajištění stability vlastního podnikání praxi PLDD. Co se týká ceny Prevenaru 13, zdůraznila, že ZP jsou ze zákona povinny hradit ekonomicky nejméně náročnou variantu, pro nás je tedy rozhodující stanovení způsobu úhrady, tj. za jakých podmínek – s či bez doplatku.

MZ poznamenává, že ze zákona musí být tato vakcína bez doplatku.

Praxe PLDD používají ZULP v kurativní péči bez připomínek. Nyní je však ZULP zaváděn pro preventivní péči u dobrovolného očkování, na rozdíl od možnosti receptu u vakcinace proti chřipce pouze cestou ZULP.

Reakce nám. Šnajdra

- na rozdíl od PLDD ministerstvo cenotvorba zájímá, zkušenost s pneumokokem zavádá důvod jít touto cestou i u ostatního dobrovolného očkování (např. chřipka)

- 29.1. na jednání s VZP se pokusí MZ zajistit účast jak ředitele Horáka, tak i za MZ nám. Hellerové (nám. Šnajdr je tento den pracovně v Ostravě)

- Garantuje ze strany MZ, že ZP budou hradit konečnou cenu pro spotřebitele, tj. 1163 Kč a nikoliv pořizovací cenu

Dr. Cabrnchová

- připomenula, že již v minulosti MZ vydalo právní stanovisko, že v případě přímého nákupu jsou PLDD součástí distribučního řetězce, tj. mají nárok na podíl na marži, tento materiál bude zrevizován a dán jako příloha zápisu

- dále zdůraznila, že alternativní cesta recept-lékárna je nezbytná pro možnost vytváření tlaku na systém ze strany PLDD, aby systém fungoval a neobrátil se v budoucnu proti PLDD. Možnost alternativní cesty mohla vést k plynulejšímu zahájení nového očkování i v ordinacích, kde dosud tuto cestu lékaři nepoužívali. Současně zopakovala, že na základě stanoviska odborné společnosti je prioritní zajištění dostupnosti očkovacích látek přímo v ordinacích (to byl také argument pro prosazení novely zákona o léčivech umožňující přímý nákup očkovacích látek).

Dr. Hülleová znovu zdůraznila tlak na otevření alternativní cesty a upozornila, že pokud nebude umožněna, hrozí snížení proočkovanosti proti pneumokokům.

V reakci nám. Šnajdr opět zdůraznil, že otevřením druhé cesty se změní možnosti tlaku na finální ceny vakcín.

Dr. Neugebauer

- zdůraznil fakt, že Dohoda MZ-ZP-SUKL je vnímána jako forma diktátu, což také vzbuzuje negativní reakce

- vznesl dále dotaz, proč by nemohly ZP hradit tzv. konečnou cenu pro spotřebitele, tj. 1163 Kč i lékárnám

- dále uvedl, že ZP mají bonifikační nástroje k směřování PLDD k systému přímého nákupu do ordinací PLDD

- se ZP se jedná o zvláštním dodatku k úhradě očkování pneumokokem

Reakce nám. Šnajdra

- konečná cena pro spotřebitele hradit nelze, neboť by se cena „nevešla“, lékárny by nárokovali svých zákonných 21%

- přislíbil pomoc při tvorbě zvláštního dodatku k očkování pneumokokem

- informoval o podání trestního oznámení na ČLekK ze strany SUKL pro šíření poplašné zprávy (ČLekK informovala média, že ZP nejsou z důvodu pochybení SUKL povinny hradit vakcíny na pneumokoka praktickým dětským lékařům)

Dr. Neugebauer

- dále vznesl dotaz na postup, resp záměr MZ

na úhradu dalších vakcín, povinná v. nepovinná očkování

- informoval o skutečnosti, že i v dnešní době některé lékárny fungují v režimu distributora a dodávají vakcíny do ordinací

Dr. Kudyn shrnul požadavek na jasnou specifikaci úhrady vakcín ze strany ZP, navíc v současnosti v číselníku VZP doplatek u Prevenaru

Připomenul návrh SPLDD – tzv. „pneumokokového dodatku“, který byl zaslán na jednotlivé ZP, požádal o podporu vytvoření takového speciálního textového a úhradového dodatku ke smlouvě se ZP.

Nám. Šnajdr připomněl Metodický pokyn MZ k očkování proti pneumokokům, na který by příslušný dodatek odkazoval či navazoval. Návrh tohoto dodatku bude přílohou zápisu, zašle SPLDD.

Dr. Hülleová doplnila informaci, že prof. Prymula na seminářích informuje o možnosti zavedení stejného mechanismu jako u pneumokoka v případě HPV.

Reakce nám. Šnajdra

- povinná očkování nikdy nebudou v režimu přímého nákupu ordinací, toto přichází v úvahu pouze u dobrovolných očkování

- HPV v nejbližších letech nebude hrazeno státem, nebude v režimu pneumokoka

- Doplatek u Prevenaru v číselníku nebude, jednalo se o technický nedostatek způsobený stanovením ceny, který ale neovlivňuje celkovou částku placenou ZP ve výši 1163 Kč.

Dr. Hülleová připomíná Petici, kterou podepisují lékaři. Upozorňuje, že čísla nákupu očkovacích pneumokokových vakcín nemusí odpovídat počtu očkování dětí hrazeného z v.z.p., první reálná čísla budou k dispozici koncem února z vyúčtování ZP. Zpochybňuje nadměrný ekonomický dopad při možnosti odblokování cesty získávání vakcín přes recept, tato možnost by prospěla všem zúčastněným stranám.

Nám. Šnajdr zopakoval, že vycházejí s cenotvorby a úhradotvorby ze zákona a tudíž jiná varianta úhrady a otevření druhé ceny nelze, pokud je potřeba dosáhnout stlačení ceny vakcín.

Na závěr diskutována problematika výběrových řízení na ordinace PLDD při nemocnicích. MUDr. Cabrnchová přislíbila stanovisko OSPDL, že v těchto případech není naplněna činnost PLDD, není konkrétní registrující lékař. MUDr. Neugebauer zajistí další informace k plánovaným VR.

MZ informovalo o záměru podpořit praktické lékaře k vedení a edukaci diabetiků.

Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová

předsedkyně OSPDL ČLS JEP

■ Zřízení Národní imunizační komise MZČR (NIKO):

NIKO je zřízena na základě příkazu paní ministryně č. 3/2010, jehož text byl přijat poradou vedení MZ ČR, jmenovací dekrety budou členům zaslány vč. jednacího řádu a statutu NIKO, ze kterého vyplývají úkoly NIKO. Komise se bude scházet na základě podnětu předsedy, případně místopředsedy komise a bude vydávat aktuální doporučení pro oblast očkování v ČR.

Předseda: hlavní hygienik ČR a náměstek pro ochranu veřejného zdraví

Místopředseda: Předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP

Tajemník: MUDr. Jozef Dlhý Ph.D. /OVZ/

Členové:

- předseda České vakcinologické společnosti ČLS JEP (prof. Prymula)
- zástupce České pediatrické společnosti ČLS JEP (Dr. Vaníčková)
- zástupce České vakcinologické společnosti ČLS JEP (Doc. Chlíbek)
- zástupce Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP (Doc. Marešová)
- zástupce Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP (Dr. Trmal)
- zástupce Státního zdravotního ústavu SZÚ (Dr. Částková)

■ Informace z prvního zasedání NIKO 4.2.2010:

1) NIKO navrhuje vydat následující doporučení ke schématům aplikace konjugované pneumokokové vakcíny:

a) Pro hrazení očkování kojenců je v současnosti možné použít vakcínu Synflorix (PCV 10) a vakcínu Prevenar (PCV 7).

b) Vakcinaci proti pneumokokovým nákazám je vždy vhodné dokončit identickou vakcínou, tedy včetně podání posilovací (booster dávky).

c) V klinické studii bylo prokázáno, že

Synflorix může být bezpečně podán ve druhém roce života jako posilovací dávka dětem očkovaným třemi dávkami základního očkování 7-valentního Prevenaru. Tato studie ukázala, že imunitní odpověď na 7 serotypů obsažených v obou vakcínách byla po posilovací dávce srovnatelná s odpovědí vyvolanou po posilovací dávce 7-valentního Prevenaru. Nicméně děti, které byly v základním schématu očkovány 7-valentním Prevenarem, nebyly v základním schématu očkovány proti dalším serotypům obsaženým v Synflorixu (1, 5 a 7F). Proto u dětí této věkové skupiny očkovaných jednou dávkou Synflorixu nelze předvídat úroveň a délku trvání ochrany proti invazivním pneumokokovým onemocněním a otitis media způsobeným těmito třemi serotypy.

d) Posilovací dávku (booster) po základním schématu očkovací látky proti pneumokokovým nákazám je vhodné podat v intervalu 6 měsíců od poslední dávky, optimálně ve 12 měsících života (nejpozději do 15 měsíců). Tato podmínka je v souladu s SPC u všech vakcín dostupných na trhu v ČR, tedy PCV 7,10,13. Z hlediska úhrady z prostředků zdravotního pojištění, kde je uvedena podmínka úhrady této dávky ve druhém roce života, je toto splněno okamžikem 1. narozenin dítěte, tedy od 12. měsíce. Oddalování podání této dávky na 18. měsíc není z hlediska potřeby včasnosti podání posilovací dávky vhodné. V současnosti bylo možné pouze na základě platného znění SPC u Prevenaru, v případě Synflorixu se upřednostňuje podání mezi 12. až 15. měsícem věku dítěte do 15. měsíce, v případě Prevenaru 13 se doporučuje podat ve věku mezi 11. až 15. měsícem.

e) Přejedání na Prevenar 13 – předpokládaný výsledek správného řízení SÚKL ke stanovení maximální ceny Prevenaru 13 bude v ideálním případě ukončen k 1.5.2010, podmínky úhrady ze zdravotního pojištění nejsou ale dosud stanoveny.

MZ zahájí jednání s firmou Pfizer, aby minimálně do té doby byl trh v ČR saturován stávající vakcínou. Vedle toho MZ zahájilo příslušná jednání s konsorciem Phoenix a.s.

a Avenier a.s. směřující k uzavření dodatku kupní smlouvy na konjugovanou pneumokokovou vakcínu (Prevenar 13) pro očkování zdravotně stigmatizovaných dětí dle vyhl. 537/2006 Sb.,

2) BCG revakcinace

Ze současné praxe vyplývá, že kalmetizační střediska i nadále provádějí kontroly kalmetizačních jizev a případně i revakcinují ve 2 letech děti, které nemají jizvu po BCG primovakcinaci. Stávající legislativa zcela jasně takovýto postup vylučuje. MZČR projedná s právním odborem konečné stanovisko a vydá ve spolupráci s NIKO vyjádření. O výsledku budou informovány také zdravotní pojišťovny.

Podrobný zápis z jednání komise zveřejníme v nejbližším čísle časopisu VOX.

■ Stanovisko České pediatrické společnosti a OSPDL ČLS JEP k problematice „takzvaného létání kojenců a batolat“:

Obě odborné společnosti upozorňují rodiče, že „takzvané létání kojenců a batolat“, které bylo v posledních týdnech opakovaně prezentováno a diskutováno ve veřejných sdělovacích prostředcích, je pohybovou aktivitou, která je pro děti této věkové skupiny jednoznačně riziková. Rychlá změna směru pohybu a velká odstředivá síla při takovém typu „cvičení“ mohou způsobit řadu drobných či větších poranění s dlouhodobými či trvalými následky, které se mohou projevit i po delší době.

Nejčastější rizika event. přímo poškozování, která mohou nastat při „takzvaném létání“:

1. drobná i větší krvácení mezi mozkem a mozkovnou (lebním krytem)

2. nitrooční krvácení do cév sítnice s přechodným event. trvalým poškozením zraku

3. poškození kloubního vaziva a růstové chrupavky dlouhých kostí následkem nadměrného zatížení při držení dítěte pouze



za jednu končetinu při prudkých pohybech a rotaci. Existuje i riziko poškození pouzdra velkých kloubů s následnou poruchou hybnosti a zvyšuje se i riziko úrazů při budoucích sportovních aktivitách dítěte.

4. prudké pohyby v oblasti krční páteře jsou rizikové ve smyslu možných drobných poranění, která mohou být patrná až v pozdějším věku a projevit se poruchou hybnosti této části páteře, bolestmi hlavy, atd.

5. existuje reálné riziko vysmeknutí dítěte při prudkých manévrech s následkem těžkého úrazu.

Závěr:

Metoda „tzv. létání kojenců a batolat“ patří mezi nestandardní postupy a neexistují žádné důkazy o prospěšnosti tohoto typu „cvičení“. Charakter a způsob provádění naopak představují pro děti značná zdravotní rizika.

Jsme přesvědčeni, že obě pediatrické společnosti mají dostatek argumentů, aby apelovaly na rodiče, kteří jsou zodpovědní za zdraví a normální vývoj svých dětí.

Prosíme je tedy, aby tento způsob pohybových aktivit se svými dětmi neprováděli. Pokud budou v této činnosti pokračovat, měli by si být vědomi především morální, ale i právní odpovědnosti za možné poškození zdravotního stavu svých dětí.

■ Nově přijatí členové OSPDL

MUDr. Kristina Otevřelová, Renata Zachová, Jaroslava Galeková, Vladimíra Dieneltová, Jiřina Rusínová, Kateřina Štichhauerová, Jana Macháčková

■ Vzdělávací akce

Pravidelné očkovací semináře pořádané OSPDL:

- 25.3. Brno
- 21.4. Hradec Králové
- 21.5. Olomouc (část přednášek zazní v rámci Pediatrického kongresu v panelu primární péče)
- 29.5. Plzeň
- 12.6. Praha

■ **Nemocnice řeší, jak informovat po telefonu**

Když se pacientům nemocnice v Karviné-Ráji velmi přitížilo nebo zemřou, jejich blízcí, pokud nejsou nablízku, dostanou SMS.

Nemocnice nesdělí, co se stalo, ale adresáti už tuší, že nic dobrého. Nemocnice je totiž textovou zprávou pozve k rozhovoru s lékařem.

„Systém zasílání SMS zpráv místo dřív využívaných telegramů jsme zavedli koncem loňského roku a až na výjimky si lidé tuto službu chválí. Proto ji chceme rozšířit a poskytovat po telefonu i informace o zdravotním stavu pacientů,“ říká mluvčí nemocnice Hana Jakubková.

Vedení teď vymýšlí systém, který by dovolil lékařům telefonovat s příbuznými o nemocných, aniž by porušili zákon na ochranu osobních údajů. Mnoho nemocnic právě kvůli tomuto riziku zatím komunikaci po telefonu odmítá.

„Při telefonování lékař nemá jistotu, že na druhém konci je opravdu člověk, kterému smí informace poskytnout,“ říká mluvčí ostravské fakultní nemocnice Tomáš Oborný.

Mnozí lékaři přesto s příbuznými pacientů telefonují. Záleží však jen na ochotě a přístupu jednotlivců.

„Většina našich nemocnic SMS příbuzným neposílá a informace podávají lékaři vždy jen osobně a člověku, kterého určil pacient,“ říká třeba mluvčí společnosti Agel Tomáš Želazko. „Ale někdy lékaři přihlédnou ke vzdálenosti příbuzných a aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta a podají po telefonu alespoň obecnější informace,“ připouští.

Marx: Informace po telefonu nejlépe ochrání číselný kód Informování po telefonu vyžaduje kvůli pracovnímu vytížení nebo vzdálenosti bydliště stále více lidí. Možnosti proto řeší i další nemocnice. A třeba v Krnově už to funguje. „Nemocnice nezavedla oficiální systém, ale pravidla pro telefonování vyplynula z praxe. Pokud se lékaři domluví s pacienty i lidmi, kterým mohou poskytovat informace, sdělují je i telefonicky. Ověřují však totožnost volajícího několika kontrolními otázkami. Ptají se třeba na rodné příjmení matky pacienta a další osobní údaje,“ líčí mluvčí krnovské nemocnice Eva Kijonková.

David Marx, odborník na bezpečnost a kvalitu ve zdravotnictví, doporučuje šéfům nemocnic, kteří se zajímají o možnost telefonické komunikace, aby si jejich lékaři vždy dohodli s pacienty i příbuznými heslo v podobě číselného kódu. „Právníci tvrdí, že když PIN stačí k ochraně účtů, měl by číselný kód stačit i k ochraně osobních údajů. Je to bezpečnější než odpovědi na kontrolní otázky, které může znát více lidí,“ argumentuje Marx. Podle něj by přesto mělo telefonování o zdravotním stavu stále zůstat spíš krajním řešením a závažné informace by měli lékaři vždy sdělovat pouze osobně. Jana Petrenko, šéfka Koalice pro zdraví, která sdružuje několik pacientských organizací, chce požádat legislativní odbor ministerstva zdravotnictví, aby zkusil doporučit jednotný systém pro všechny nemocnice.

Zdroj: Dnes 22.1.2010

Specializační kurzy pro obor Praktické lékařství pro děti a dorost 1. pololetí 2010

Vedení lékařské praxe PLDD č. akce 220101102

Termín a místo konání: 18.3.2010, Praha 4, Budějovická 15, Hotel ILF
Vedoucí: MUDr. Roškotová Olga

Očkování v praxi PLDD č. akce 220101101

Termín a místo konání: 19.4.2010, Praha 4, Budějovická 15, Hotel ILF
Vedoucí: MUDr. Cabrnová Hana

Dorostové lékařství se zaměřením na rizikové chování v dospívání č. akce 220201270

Termín a místo konání: 20.4.2010, Praha 4, Budějovická 15, Hotel ILF
Vedoucí: MUDr. Kabíček Pavel, CSc.

Strategie antibiotické terapie v primární péči o děti a dorost č. akce 203101101

Termín a místo konání: 22.4.2010, Praha 5, Roentgenova 2, Nemocnice Na Homolce
Vedoucí: MUDr. Jindrák Vlastimil
MUDr. Marek Jiří
doc. MUDr. Marešová Vilma, CSc.

Podrobnosti o vzdělávacích akcích najdete na www.ipvz.cz.

Termíny kurzů na 2. pololetí jsou stanoveny, budou uvedeny s názvy v souladu s vyhláškou 185/2009 Sb.

Za výbor OSPDL ČLS JEP

Olga Roškotová, vědecký sekretář



Problematika pohlavně přenosných infekcí v současné klinické praxi

doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.

Gynekologická ambulance Gynartis, s.r.o., Ostrava

MUDr. Peter Koliba ml.

Gynekologicko-porodnická klinika VFN, Praha

Mezi pohlavně přenosné infekce řadíme bakteriální, virová a parazitární onemocnění, jejichž šíření je umožněno převážně nebo výhradně **pohlavním stykem**. Je to tedy kategorie o něco širší, než původně používané označení tzv. **pohlavní choroby**, mezi které patřila příjice (syfilis), kapavka (gonorrhoea), měkký vřed a tzv. čtvrtá pohlavní nemoc (lymphogranuloma venereum). Název **venerické (pohlavní) nemoci** se používal asi do roku 1990. V současnosti jsou pohlavně přenosné infekce mezinárodně označovány jako „**sexually transmitted diseases**“ – STD (v českém překladu sexuálně přenosné choroby), nebo také „sexually transmitted infections“ – STI. Označení „**sexuálně přenosné infekce**“ je širší a neznamená přímo „nemoc“, která se projevuje symptomy, ale zahrnuje i osoby, které jsou infikované a mohou tuto infekci přenášet dál, i když průběh infekce je u nich asymptomatický.

Z tohoto pohledu je současná situace v této oblasti poměrně závažná a týká se především mladých lidí ve věku 15 až 24 let, u kterých je výskyt pohlavně přenosných infekcí signifikantně nejvyšší. Dle statistických údajů CDS (Centers for Disease Control and Prevention) bylo v roce 2007 v USA více než 1,5 milionu nových infekcí u těchto mladých lidí. Obdobná situace je v Evropě a také v České republice.

Kromě již uvedených venerických infekcí (syfilis, kapavka, měkký vřed a lymphogranuloma venereum) zde především řadíme chlamydiové infekce, kvasinkové záněty, některá virová onemocnění (cytomegalovirus, herpes virus, viry žloutenky B a C) kondylomata accuminata a další. Patří zde i přenos viru HIV, který způsobuje AIDS (syndrom získané imunitní nedostatečnosti).

Kapavka (gonorrhoea) patří mezi poměrně rozšířené sexuálně přenosné infekce. Původcem onemocnění je gramnegativní bakterie *Neisseria gonorrhoeae*. Onemocnění obvykle probíhá jako hnisavý zánět sliznice močových cest a pohlavních orgánů, někdy může být infikovaný konečník, nebo spojivky v očích. Kapavka se nejčastěji přenáší pohlavním stykem. Infekce se může také přenést na novorozence během vaginálního porodu.

Inkubační doba je 2 až 14 dní. První symptomy se u mužů obvykle objevují mezi 2. a 5. dnem po infikaci, u žen 4. až 7. den. Někteří lidé ale mohou být asymptomatictí (bez příznaků) i několik měsíců. Infekce postihuje cylindrický epitel močové trubice a endocervixu. Poševní epitel infekce nepostihuje (je zde dlaždicový epitel), proto stěry provádíme vždy z děložního hrdla, nebo z uretry. Při ascendentním postupu infekce dochází k zánětu dělohy, vejcovodů a vaječníků, což označujeme jako „pánevní zánět“ PID – pelvic inflammatory disease. Jeho nejzávažnější formou je pánevní pelveoperitonitida. Důsledkem prodělaného zánětu je orgánové poškození a při vzestupu gonokoka do vyšších oddílů rodidel dochází k postižení vejcovodů s jejich následnou neprůchodností. Příčinou jsou často srůsty, které mají za následek neplodnost, nebo mimoděložní těhotenství. Kapavková infekce rovněž signifikantně zvyšuje riziko infikování virem HIV, zřejmě tím, že zánět narušuje povrch sliznic. Až 50 % žen infikovaných kapavkou je asymptomatických, nebo mají jenom mírné či netypické potíže jako vaginální výtok, dysurii, nepravidelné krvácení, nebo krvácení po styku. Při gynekologickém vyšetření často nacházíme hlenohnisavý výtok z cervixu, nebo močové trubice. Pokročilejší symptomy se projevují jako nespecifický pánevní zánět – bolestmi v podbříšku, výto-

kem a horečkou. U ženy od nákazy do objevení se prvních příznaků uplyne často delší doba, příznaky jsou však podstatně mírnější než u muže, proto více než polovina kapavčitých nákaz u ženy unikne pozornosti, žena je ovšem infekční, a tak se kapavka často šíří dál. V současnosti se setkáváme se získanou odolností gonokoka vůči penicilinu, takže na základě výsledků vyšetření musíme často volit kombinaci jiných antibiotik. I po vyléčení kapavky jsou nutná kontrolní vyšetření. Teprve opakovaná negativita těchto vyšetření umožňuje pokládat pacienta za vyléčeného.

Syfilis (příjice nebo lues) je nebezpečné bakteriální onemocnění, kterého původcem je bakterie spirocheta (*Treponema pallidum*). V roce 2006 se v ČR objevilo 1584 nových onemocnění syfilis a gonokokových infekcí. Přenáší se prakticky výhradně pohlavním stykem (poševním, orálním i análním). Dále dochází k přenosu z matky na plod. Vzácně může dojít i k přenosu infekce kontaminovanými předměty (např. sklenice) či při těsném kontaktu s nakaženým. Teoreticky možný je i přenos krevní transfúzí (krev dárců je v tomto ohledu testována). Onemocnění probíhá ve třech stádiích. Prvním projevem je primární stádium, které se projevuje tvrdým nebolestivým vředem v místě průniku infekce do organizmu. Dochází rovněž k nebolestivému zduření regionálních mízních uzlin. Vřed se během 4 až 6 týdnů spontánně vyhojí. Při neléčeném průběhu nastává sekundární stádium – stadium generalizace, které je charakterizované generalizovanými kožními změnami – exantémy. Mezi slizniční projevy sekundárního stadia patří i syfilitická angína. V této době se seronegativní syfilis mění v seropozitivní. Typickými projevy tohoto stadia jsou condylomata lata (macerované



papuly kolem konečníku, které jsou vysoce infekční). V tomto období hrozí největší riziko přenosu onemocnění. Vyrážka i zduření uzlin po čase odezní.

Po latentním období, kdy se ale spirochety dál v organizmu pomnožují a poškozují ho, dochází k terciárnímu stádiu onemocnění tzv. pozdní syfilis – syfilis tarda, které je charakteristické tvorbou specifických granulomů. Projevují se orgánové změny – poškození kloubů, srdce, cév nebo nervové soustavy, dále poruchy osobnosti, demence a progresivní paralýza. Terciární stadium vzniká za 5 až 30 roků po infekci.

Diagnóza onemocnění se stanovuje na základě serologických testů. Mezi skrínigové testy patří: RRR a TPHA test. Testy patří do třídy IgG. RRR je makroflokulační test (RRR = rychlá reaginová reakce), TPHA (Treponema Pallium Haemagglutination Assay) využívá jako antigen lyzát z treponemat adsorbovaný na kuřecí krvinky. Mezi tzv. netreponemové reakce patří klasická BWR

(Bordet-Wassermanova reakce). V poslední době se používá mikroflokulační test VDRL (Venereal Diseases Research Laboratories). Vytvořená sraženina (zkoušené sérum s antigenem) je hodnocena v mikroskopu a vyjadřována v křížcích ++++ v souvislosti se stupněm pozitivitu. EIA (Enzyme Immuno Assay) test se používá pro detekci specifických antitreponemových protilátek, imunoglobulinů třídy GaM. Test má vysokou senzitivitu a specifitu. Výsledky EIA testů jsou srovnatelné s výsledky kombinace VDRL a TPHA. V léčbě syfilis je stále optimálním lékem penicilin ve vysokých dávkách aplikovaný parenterálně. Při alergii na penicilin se doporučuje erytromycin.

Dalším onemocněním, které patří mezi STD, je **trichomoniáza**. Původce je pohyblivý prvok – bičenka poševní (*Trichomonas vaginalis*). Je to nákaza, která je nepříjemná zejména pro ženy. Vyvolává hnisavý, svědivý a zapáchající výtok. U mužů vyvolává zánět močové trubice. Průměrná inkubační doba

je 7 dní. V léčbě je osvědčeným lékem metronidazol (Entizol tabl.). V současnosti se trichomoniázou v běžné praxi setkáváme poměrně zřídka, i když riziko je pro promiskuitní chování vysoké.

V poslední době se stále častěji diskutuje problematika **chlamydiových nákaz**. Je to hlavně díky objevům a zavedení diagnostických metod, především PCR (polymerase chain reaction), čímž se zlepšila záchytnost tohoto onemocnění. Chlamydie jsou velmi složité mikroorganizmy, které v současnosti řadíme mezi gramnegativní bakterie. Jejich růstový cyklus je nutí parazitovat v hostitelských buňkách, ze kterých získávají energii a způsobují jejich poškození a zánik. Tato jejich neschopnost růstu v umělém prostředí právě velice znesnadňuje jejich diagnostiku. Chlamydia trachomatis je v současnosti nejčastější sexuálně přenosné bakteriální agens. U žen vyvolávají chlamydie nespecifický zánět. Při infekci ženské

MSD - Silgard



ho pohlavního ústrojí dochází většinou k invazi chlamydií do buněk jednořadého cylindrického epitelu děložního čípku. Zde probíhá růstový cyklus a již během 40-48 hodin se elementární tělíška uvolňují a infikují okolní buňky. Dochází k rozvoji mukopurulentní cervicitidy, která se může projevit hlenohnisavou sekrecí z děložního hrdla, zarudnutím a zduřením čípku. Čípek bývá křehký a často povrchově krvácí. Zákeřnosti tohoto onemocnění je, že u 70-90% žen infekce probíhá bez výrazných klinických známek nebo zcela asymptomaticky. Infikované ženy si mohou stěžovat na abnormální zápachající výtok z pochvy většinou bez pruritu, slabé krvácení po pohlavním styku, mírné bolesti v podbříšku, nebo mají nepravdělné krvácení z rodidel. Popisována bývá i uretritida a dysurické projevy. Až u 40% neléčených žen dochází ascendentnímu šíření chlamydií do oblasti endometria a výstelky vejcovodů. Při přetrvávání endometritidy či salpingitidy infekce přechází v hluboký pánevní zánět s různě intenzivními příznaky od silných bolestí v podbříšku s vysokými teplotami až po téměř asymptomatický průběh. Rozmnožování chlamydií a pokračující zánětlivé změny poškozují hostitelské tkáně. Následná reparační fáze zánětu je spojena s nadměrnou fibroprodukcí a vede ke vzniku srůstů v dutině břišní. Asi u 20% z těchto dívek a žen dochází k nevratnému poškození vejcovodů s následnou sterilitou, 9% bývá postiženo mimoděložním těhotenstvím a u 18% přetrvávají chronické pánevní bolesti. Rovněž u mužů způsobují záněty močové roury, které se projevují často jen velmi malými a snadno přehlédnutelnými příznaky. I když například oční nákaza chlamydiemi, takzvaný trachom, byla známa už ve starověku, možnost pohlavního přenosu a zařazení chlamydií mezi STD je záležitostí moderních poznatků lékařské vědy. Podle amerických statistik se asi čtvrtina mužů a asi třetina žen nakazí současně kapavkou i chlamydiemi. Nejúčinnějším lékem je tetracyklin, případně makrolidy.

Jiná odrůda chlamydií způsobuje nemoc **Lymphogranuloma venereum**, vlekou infekci probíhající podobně jako syfilis ve třech stadiích. U nás je naštěstí málo rozšířena. Z dalších u nás vzácnějších infekcí je to měkký vřed způsobený mikroorganismem *Haemophilus Ducreyi*, v rozvojových zemích

rozšířená donovanóza (*granuloma inguinale*). Naopak stále větší rozšíření u nás doznává postižení takzvanými nespecifickými záněty mykoplazmové infekce a choroby způsobené mikroorganismem *Gardnerella vaginalis*. Tato onemocnění zejména u žen vyvolávají dlouhotrvající, obtěžující a zápachající výtoky.

Samostatnou skupinu sexuálně přenosných nemocí tvoří infekce způsobené různými viry. Patří zde **herpes simplex viry (HSV) typu 1 a 2**, které způsobují lokální eflorescence na místě vstupu viru, nejčastěji v blízkosti úst nebo genitálu. Může jít také o asymptomatický průběh infekce. **Herpes genitalis** může být vyvolán oběma typy virů HSV. Jako první symptomy se objevují puchýřky a vřidky na zevním genitálu, případně též na cervixu nebo rektu. Jsou provázeny bolestí, dysurií, vaginálním nebo uretrálním fluorem a lokální lymfadenopatií. Ze systémových symptomů mohou přicházet horečka, myalgie, neuropatie s retencí moči nebo i meningitida. Herpes genitalis je závažné onemocnění hlavně pro časté recidivy. V léčbě se používají antivirotika (aciclovir). Další významnou virovou infekcí, kterou rovněž řadíme mezi STD je **infekce lidskými papilomaviry (Human Papillomavirus - HPV)**. Existuje asi 100 typů těchto virů. Nebezpečné jsou hlavně viry typu 16 a 18, které mohou způsobit vznik rakoviny děložního čípku. **Karcinom děložního čípku** je ve světě druhým nejčastějším zhoubným nádorem u žen. V České republice je každoročně diagnostikováno 1000 nových případů a cca 400 žen na toto onemocnění zemře. Odborníci už nepochybují, že právě **papilomaviry** jsou toho hlavní příčinou. Další typy 6 a 11 způsobují genitální bradavice, tzv. condylomata accuminata. Kondylomata jsou bradavčité útvary na genitáliích a v jejich okolí. Proti HPV infekci je od roku 2006 zavedené účinné očkování (Silgard, Cervarix).

Mezi nejzávažnější STD beze sporu patří smrtelné onemocnění **AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrom)**, který způsobuje virus **HIV (Human immunodeficiency virus)**, který patří do skupiny retrovirů. Onemocnění je známo teprve od roku 1981 a během několika let přerostlo v celosvětovou pandemii. Virus se vyskytuje v kr-

vi, spermatu a v poševním sekretu, přenáší se pohlavním stykem, velmi často homosexuálním, infikovanou krví a během těhotenství nebo při porodu od nakažené matky na plod či novorozence. Virová partikule se skládá z fosfolipidového obalu s glykoproteinovými výběžky na povrchu a z nukleoidu. Virus HIV obsahuje enzym reverzní transkriptázu, která umožňuje replikaci v napadané hostitelské buňce. HIV má schopnost zabudovat svoji genetickou informaci do genomu hostitele a vyvolat její chronickou perzistující infekci. Infekce postihuje buňky imunitního systému, zejména T lymfocyty. Rozlišujeme typy HIV 1 a HIV 2. HIV 1 je velmi plastický a snadno podléhá mutacím povrchových glykoproteinů, proto se zatím nepodařilo připravit účinnou vakcínu. Největším rizikem přenosu viru HIV jsou promiskuitní osoby, které střídají větší počet často neznámých sexuálních partnerů, dále homo- a bisexuální muži, jejich sexuální partneři a v neposlední řadě narkomani a jiné osoby, které si půjčují injekční stříkačky a jehly. Zákeřnost tohoto onemocnění spočívá v tom, že inkubační doba je poměrně dlouhá (až několik měsíců) a počáteční stadium onemocnění je zcela bez příznaků. Nakažení virem HIV jsou bez příznaků a představují největší nebezpečí šíření infekce. V současné době neznáme léky, které by dokázaly nemoc vyléčit, nanejvýš zastaví její další postup někdy až na řadu let. Postižený je však nadosmrti infekční.

O tom, jak pestrá je škála STD, svědčí i prokázaný fakt, že i taková onemocnění, jako je infekční žloutenka, mohou být přenesena sexuálním kontaktem, v tomto případě nejčastěji orálním sexem.

Závěrem je vhodné zdůraznit význam prevence STD. Nejúčinnějším preventivním opatřením proti šíření sexuálně přenosných nemocí je zdravý sexuální partner a zachovávaní párové sexuální věrnosti. Naproti tomu střídání partnerů, skupinový sex, prostituce a styk s neznámými osobami představují hlavní nebezpečí všech výše uvedených nákaz včetně smrtelného nebezpečí HIV a AIDS.

Literatura u autorů



Vulvovaginitis v dětském a dorostovém věku

MUDr. Drahoslava Krhounková

Ambulance pro gynekologii dětí, dospívajících a dospělých žen, Most

Vulvovaginitis je vulvitis, tj. zánět zevních rodidel, a colpitis, tj. zánět pochvy, neboť se prakticky vždy vyskytují současně. Základním příznakem onemocnění je výtok, tj. fluor vaginalis, což je nejčastější problém, se kterým se pacientky obracují na lékaře v gynekologické ambulanci. Většinou se jedná o dívky v předškolním a mladším školním věku, jejichž vyšetření mnohdy vyžaduje velkou trpělivost.

■ Etiologie

Etiologie je odlišná od dospělých. Také jednotlivá období dětského věku mají svoje specifika

Novorozenecké období - vliv mateřských estrogenů (28 dní od narození)

- fluor neonatalis purus
- patologický-fluor neonatalis mixtus

Klidové období bez vlivu estrogenů

- fluor-vždy patologie

Období pohlavního dospívání - vliv endogenních estrogenů

- fyziologický fluor pubertalis purus
- patologický-fluor pubertalis mixtus

■ Novorozenecké období



V novorozeneckém období je děvčátko pod doznívajícím vlivem mateřských estrogenů. Důsledkem je proliferace poševních epitelů, přítomnost *Lactobacillus acidophilus* Döderleini, kyselá reakce, stejně jako v pubertě. Tvoří se fyziologický výtok - fluor neonatalis purus. Stav je nazýván HALBANOVA REAKCE (obr. 1)

Postupně s odezněním hormonální reakce fluor mizí. Může se vyskytnout i fluor neonatalis mixtus, který je projevem nějakého patogenního agens. Přenos probíhá během porodu z porodních cest, nebo postnatálně při zanedbávání hygienických pravidel matkou. Léčením kolpitis

u gravidních žen a osvětou o hygienických pravidlech při péči o novorozenecká rodidla lze novorozeneckým vulvovaginitidám předcházet.

■ Klidové období

V klidovém období není organismus pod vlivem pohlavních hormonů. Výtok je vždy projevem zánětu rodidel. Jednotlivá etiologická agens jsou přehledně uvedena níže podle četnosti. K infekci střevními bakteriemi dochází díky nesprávným hygienickým návykům. Někteří autoři popisují koincidenci vulvovaginitid s chronickou zácpou. Nutno je myslet na přenos pomocí cizích těles, které si děti často zavádí při hře do rodidel. Zpočátku nečiní dítě žádné potíže, ale časem vyvolá hnisavý zánět pochvy, někdy i s krvácením. Na cizí těleso myslíme při recidivujícím výtoku. Je třeba zdůraznit význam vaginoskopie při diagnostice etiologie vulvovaginitis. Je poměrně snadné pro ambulantního lékaře provést kulturační vyšetření pochvy u dítěte, ale chybí-li vaginoskop, může cizí těleso uniknout pozornosti, protože měkké předměty jen velmi obtížně diagnostikujeme palpačním vyšetřením per rectum. Vaginoskop je také nezbytný k extrakci tělesa. Je-li cizí těleso zaklíněno hluboko v klenbách poševních mělo by vzniknout a být vyloučeno podezření na pohlavní zneužívání, neboť nedaří-li se extrakce pro hloubku zavedení, není pravděpodobné, že ho dítě tak hluboko zavedlo. Samozřejmě pohlavní zneužívání může být samotnou příčinou výtoku. Příčinou výtoku jsou i střevní paraziti, zejména *Enterobius vermicularis*. Samička klade vajíčka do okolí řitního otvoru, tím vyvolává u dítěte pocit svědění, při škrábání si samo zavleče infekci na rodidla. Literatura udává až 50% koincidenci výskytu roupa u dětských vulvovaginitid. Je potřeba cíleně pátrat po této možnosti a následně léčit. Vzácnější je koincidence s celkovým onemocněním např. při spále, angíně (streptokoky a stafylokoky). Prevencí proti recidivám je pak kultivace z krku a nosu k vyloučení přítomnosti patogenu. Při shodě etiologického agens nebo při současném výskytu celkového onemocnění je vhodné přeléčit dítě kromě lokální vaginální léčby i celkově. Poměrně často trpí vulvovaginitidou také pacientky s recidivujícími infekcemi močových cest, zdrojem infekce je kontakt rodidel s močí, která je kontaminována bakteriemi. Mykózy jsou vzácné. Vyskytují se častěji u juvenilních diabetiček nebo u dívek s předčasnou pubertou.

Střevní flóra - *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Acinetobacter*

Stafylokoky - *Staphylococcus pyogenes aureus*, *Staphylococcus epidermidis albus*, *Staphylococcus saprophyticus*

Streptokoky - *Streptococcus beta-haemolyticus sk. A, B*, *Streptococcus faecalis*, *Streptococcus faecium*, *Streptococcus alfa, gama*, viridující streptokoky

Aerobní nesporulující bakterie - *Gardnerella vaginalis*, *Corynebacterium vaginale*

Aerobní bakterie smíšené - pneumokoky, pseudomonady

Anaerobní flóra - peptokoky, *Coprococcus*, propionibakterie, *Bacteroides fragilis* a jiné bakteroidy.

■ Období pohlavního dospívání

V období pohlavního dospívání se uplatňuje vliv endogenních estrogenů. Pochva se fyziologicky osidluje kulturou *Lactobacillus acidophilus*, projevem je fluor pubertalis purus - čirý hlen, který je příznakem blížícího se menarche. Samozřejmě nevyžaduje žádnou léčbu. Avšak pečlivé matky dívky přivádí do ambulance a léčbu požadují, pak je nutné podrobně vysvětlit. Jestliže dojde ke kolonizaci pochvy nějakým patogenem, vzniká fluor pubertalis mixtus, kde se vyskytuje stejné spektrum nálezů jako u dospělých žen, přesto jsou cesty přenosu infekce podobné jako v klidovém období.

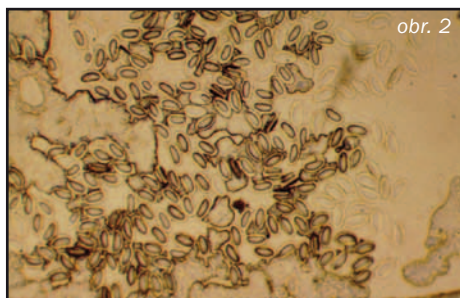
Po zahájení pohlavního života je problematika vulvovaginitid shodná jako u dospělých žen. Dochází k prudkému nárůstu zejména mykóz (*Candida albicans*, *Candida glabrata*), trichomoniázy a *Gardnerelly vaginalis*. Z virových infekcí se nejčastěji můžeme setkat s herpes genitális.

■ Symptomatologie a diagnostika

Pacientky do ambulance přivádí výtok z rodidel na spodních kalhotkách. Charakter výto-



ku je různý, závisí na etiologickém agens, tj. výtok hlenovitý, zpěněný, škrobovitý, hlenohnisavý, bílý, nažloutlý, dozelená, nahnědlý, zakrvašlý. Někdy pacientka sama udává svědění, pálení rodidel, obvykle při močení. Při větším množství výtoku dochází k opruzení, edému a maceraci rodidel. Při velkém nucení a svědění bývají na rodidlech přítomny ragády a exkoriace. U oběžných s chronickým výtokem můžeme nalézt tzv. perigenitální halo – tmavěji zabarvenou kůži kolem genitálu až k anální krajině. V klidovém období je někdy prvním příznakem slabé estrogénisace je tenká a při překrvení snadno krvácí). Hlavním příznakem může být bolest v podbřišku za sponou, která se objevuje intermitentně.



Pacientka bývá opakovaně vyšetřována na chirurgii, odkud se dostává na gynekologické vyšetření. Po úspěšné sanaci patogenů pochvy bolest zcela mizí. V ambulanci dětské gynekologie striktně vyžadujeme před nasazením léčby odběr mikrobiologického kultivačního vyšetření s typizací citlivosti na jednotlivá terapeutika, tím je následně provedena cílená terapie a předcházíme přechodu zánětu do chronického stadia. Je nutné pátrat po dalších příčinách (např. oxyuriasis, cizí těleso). Máme-li podezření na přítomnost Enterobius vermicularis, pak je třeba cíleně pátrat kolem análního otvoru po vajíčkách roupa. Snadný je průkaz nalepením průhledné lepicí pásky na neomytý konečník, tzv. vyšetření dle Brumpta. Pásku pak nalepíme na podložní sklíčko a pod mikroskopickým zvětšením stanovíme přítomnost vajíček (obr. 2).

Je-li v klidovém období kultivačním vyšetřením prokázána mykosa, je vhodné vyšetřit hladinu glykemie, neboť se může jednat o první projev zatím subklinicky probíhajícího diabetes mellitus. Můžeme se setkat s kultivačním nálezem Neisseria gonorrhoeae. Většinou se jedná o nepohlavní přenos, přesto musíme pátrat i po případném pohlavním přenosu.

Terapie

Zásadně léčíme cílenou lokální vaginální léčbou. Celková protizánětlivá terapie zbytečně dítě zatěžuje. Avšak jsou případy, kdy je celková terapie nutná, pak ji nasazujeme vždy v kombinaci s lokální vaginální terapií (např. při kultivačním

nález streptokoků při současném nález v kultivaci z krku či nosu, abychom zabránili reinfekci, současná infekce močových cest, respirační infekce, kapavka). Zahraníční literatura udává i primární použití kombinované orální i lokální vaginální léčby.

Při výrazných subjektivních obtížích pacientky do výsledku kultivačního vyšetření zklidňujeme zevní rodidla masťovými formami léků (např. Pityol či Framykoin ung). Doporučujeme dostatečnou hygienu tekoucí vodou. Zásadně nevhodné je doporučovat sedací koupele (heřmánkové či hypermanganové), v sedací koupeli je současně konečník i rodidla, a tím se naopak usnadňuje přenos. K lokální léčbě se používají magistraliter připravované čípky, které jsou přizpůsobeny anatomickým poměrům. U starších dívek můžeme využít vaginálních krémů s vhodným štíhlým zavaděčem (např. Macmiror complex). Matce je vždy zavádění čípku vysvětleno a předvedeno, důležitá je zejména hloubka zavedení čípku. Léčba trvá 7-10 dní. U recidivujících nebo masivních výtoků zejména u dětí předškolního věku je vhodná léčba za hospitalizace, která má větší efekt a méně recidiv. Za 3 týdny po ukončení léčby je nutná kontrola vaginoskopem. Při diagnóze Enterobius vermicularis podáváme Pyrinium či Vermox jednorázově a dávku opakujeme dvakrát vždy po třech týdnech.

U pacientek s chronickým zánětem pochvy a zevních rodidel doporučujeme balneoterapii v Dětské gynekologické léčebně ve lázních Bělohrad (indikace č. XXIX - 1).

Typická chybná situace: předškolní dítě bez vaginoskopického a kultivačního vyšetření je léčeno zevně lokálně masť (Canestenem). Zde nacházíme několik chyb: Nemí-li provedena vaginoskopie, nemůžeme vyloučit např. cizí těleso. Bez kultivace není léčba cílená a pouhá zevní aplikace léčiva nemůže postihnout zánět hluboko v pochvě, proto vede k recidivě. Canesten je antimykotikum, přitom nejčastějšími vyvolavateli v tomto věku jsou střevní bakterie.

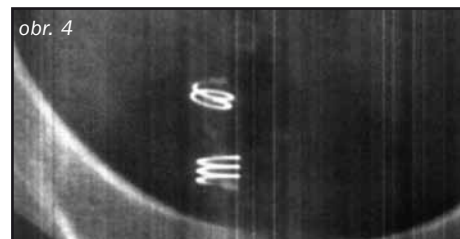
Kazuistika: 9letá dívka se sanguiolentním zápachajícím výtokem léčeným pediatrem po neúspěšné léčbě sedacími koupelemi byla přivedena maminkou do gynekologické ambulance po půl roce.

Při vyšetření: zevně anulární intaktní hymen, po vložení vaginoskopu vidi sanquinolentní zápachající fluor, po 3 cm polypozní kontaktně krváčející susp. tkáň.

PR: infantilní uterus, na zadní stěně pochvy tuhý hrbolek.

Odeslána statim na pracoviště dětské gynekologie ve FN Motol se susp. na sarcoma botroides. V celkové anestezii vyšetření a cílená biopsie, výsledek viz (obrázek č.3)

Proto proveden nativní snímek podbřišku



a objeveny další fragmenty spirály z propisovací tužky, (obr. 4).

Extrahovány v iterativní CA z malého recesu v pochvě, který byl vyplněn granulační tkání...

Závěr: Stp. extrakci corporis alieni et colpitis chronica purulenta.

SUSP. POHLAVNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ z důvodu, že nález a zejm. jeho lokalizace prakticky vylučují, že by si to dívka mohla udělat sama (velký časový odstup – rezavé pěrko!)

Případ předán Policii ČR pro pohlavní zneužívání neznámým pachatelem.

Závěr

Diagnostika a léčba vulvovaginitid u dětí by měla patřit do rukou gynekologa, erudovaného v oboru dětské gynekologie a jehož ambulance je vybavena vaginoskopem. Nemí-li vulvovaginitida správně léčena, může přecházet do chronického stadia. Je nutné mít stále na paměti možnost ascenze infekce, toto riziko s nástupem estrogénisace vrůstá, a tím nebezpečí následné sterility. Díky úzkému vztahu krátké dětské uretry k poševnímu vchodu při chronické vulvovaginitidě dochází k průniku bakterií i do močového měchýře a ascensí do ledvin, čímž může dojít ke vzniku chronických onemocnění močového systému.

Literatura:

- Hořejší, J.: Dětská gynekologie. Praha, Avicenum 1990
- Hořejší, J., Uhrová, E., Štucbartová, M.: Kombinace niifuratelu s nystatinem v léčbě vulvovaginitis smíšené etiologie u dětí a dospívajících, Čes. gynekologie 61(1):51-53, 1996
- Farrington, P.F.: Pediatric vulvovaginitis, Clin. obstet. and gynecol. 40(1):135-140, 1997
- van Neer, P.A.F.A. et al.: Constipatio presenting as recurrent vulvovaginitis in prepubertal children, Journal amer. Acad. Dermatol. 43(4):718-719, 2000
- Čepický, P.: Poznámky k terapii vulvovaginitis, Mod. gyn. por. 9(2):405-408, 2000
- Vetešniková-Koubková R., Hořejší J.: Vulvovaginitis v gynekologii dětí a dospívajících, Mod. gyn. por. 10(4):406-414, 2001
- Koumantakis, E.E. et al: Vulvovaginitis during childhood and adolescence, J. of pediatric and adolescent gynecology 10(1):39-40, 1997
- Creatsas, G. et al: Combined oral and vaginal treatment of severe vulvovaginitis during childhood, J. of pediatric and adolescent Gynecology 12(1):23-25

Wyeth - Prevenar



Nepravidelnosti menstruačního cyklu

MUDr. Radka Vetešnicková-Koubová

Soukromá gynekologická ambulance, Praha 9

Průměrný věk menarche, tj. prvního menstruačního krvácení, je v České republice 12,5 roku. Za normu považujeme menarche od 10 do 15 let. Za menstruační cyklus považujeme dobu od 1. dne krvácení do dalšího 1. dne krvácení. Ideální cyklus je 28 dní. Norma je ale 21 - 35 dní. Z tohoto pohledu lze rozdělit poruchy menstruačního cyklu na nepravidelnosti rytmu - juvenilní metroragie, oligomenorea, amenorea a na poruchu puberty.

■ Nepravidelnosti rytmu

V prvních dvou (třech) letech od menarche jsou malé nepravidelnosti normální. Jsou-li nepravidelnosti ve smyslu oligomenorey - tedy menstruační krvácení vynechává (někdy i 2-3 měsíce chybí), nemusíme to zatím řešit. Většina takových poruch se postupně díky nástupu ovulace sama upraví. Dívka by měla být vybavena menstruačním kalendářem, který by ideálně pediatr při prevenci zkontrolovat.

Jestliže ale závažná oligomenorea (pauzy 2 měsíce a více) přetrvává déle jak 2 roky nebo mírná oligomenorea (cyklus 35-45 dní) přetrvává 3 roky, měla by být dívka odeslána k vyšetření a regulaci cyklu k dětskému gynekologovi. K léčbě se používá obvykle gestagen-progesteron ve druhé polovině cyklu. Taková léčba se snaží o normalizaci hormonálních hladin v krvi („periferii“) a předpokládá, že zpětno-vazebním systémem dojde k úpravě hladin hormonů na ose hypotalamus-hypofýza-ovarium. Méně ideálním řešením je nasazení hormonální antikoncepce - ta totiž situaci neřeší, jen dívka - samozřejmě zcela spokojena - zevně pravidelně krvácí, avšak po vysazení HAK se oligomenorea ve většině případů vrací. Proto bych antikoncepci doporučila jen v případě, když již dívka sexuálně žije.

■ Sekundární amenorea

Jestliže menses chybí déle jak 45 dní, hovoříme o sekundární amenoree. Musíme vyloučit nejčastější příčinu - těhotenství. Jestliže je amenorea 6 měsíců a déle (2 roky po menarche), pak je již léčba nutná. Je prokázáno denzitometricky, že po 6 měsících se začíná odbourávat kostní hmota. Tím pak dívka v postklimakterických letech dospěje dříve k osteoporóze. V současné době je



nejčastější příčinou těžké sekundární amenorey mentální anorexie. Zde se hormonální odpověď vrací do předpubertálního vzorce a je často velmi obtížné menses opět obnovit, a to i v případě, kdy dívka sama zase přibere. Důležitá je spolupráce s psychiatrem a co nejčasnější odeslání ke gynekologické léčbě. Zde se nejprve dlouhodobě aplikuje jen estrogen, aby došlo k opětovné estrogenizaci pochvy a děložní sliznice, pak se přidává gestagen k vyvolání menses a léky se pak individuálně kombinují. Kombinujeme ultrazvuková vyšetření s výsledkem hormonální cytologie - stěru z horní třetiny pochvy, který nám ukazuje úroveň estrogenizace lépe než hormonální hladiny z krve, protože citlivost tkáně k estrogeneru je individuální.

■ Juvenilní metroragie

Vyskytuje se typicky v prvních dvou letech po menarche. O tzv. juvenilní metroragii hovoříme, jestliže dívka krvácí častěji než po 21 dnech či déle než 7-8 dní. Často před příhodou krvácení je amenorea 5-7 týdnů. Tato porucha je hormonálně obdobou silného krvácení u žen v preklímakteriu, kde se ovšem řeší zástava krvácení okamžitě kyretáží. Což se u dětí pochopitelně provádí jen z vitální indikace. Principem jsou anovulační cyk-

ly, kdy se endometrium v děloze nachází pouze pod vlivem estrogenů. Nedochází-li k ovulaci, nevytvorí se žluté tělísko, netvoří se tedy žádný progesteron. Díky estrogeneru sliznice stále proliferuje, přirůstá, ale protože je na estrogeneru závislá, najednou dojde k relativnímu hypoestrinismu, množství hormonu už nestačí na „výživu“ celé sliznice, proto kraniálně endometrium odumírá a krvácí, ale kaudálně od bazální membrány stále přirůstá. Není-li totiž sliznice sekrečně ztransformována progesteronem, nemůže se odloučit ve „správné“ vrstvě u bazální membrány. Takové krvácení bývá silné nebo naopak slabé, ale dlouhé. Bohužel není výjimkou, kdy se dívka dostaví na ambulanci setrvalého krvácení, byt slabého, 6-8 týdnů v kuse („Maminka to měla také, je to přece v tomto věku normální.“). Samozřejmě je značně anemická.

Naším úkolem je zastavit krvácení. Provádíme tzv. hormonální kyretáž: aplikujeme dva dny po sobě hormonální náraz 10 mg Agolutinu a 1 mg Agofolinu i.m.. Estrogen způsobí dočasnou zástavu krvácení a gestagen mezitím stačí endometrium ztransformovat. Po 3-10 denní pauze bez krvácení či jen špinění se objevuje tzv. odlučovací krvácení, nahrazující klasickou kyretáž. Tím jsme vyřešili aktuální krvácení, ale nikoliv příčinu - anovulaci. Proto je třeba preventivně aplikovat minimálně 6 měsíců gestagen ve druhé polovině cyklu, aby se situace zase neopakovala. Jestliže dívka pravidelně menstruuje, postupně snižujeme dávky gestagenu až jej zcela vysadíme. Jinak nepoznáme, jak bude menses probíhat bez našeho zásahu. Opět předpokládáme úpravu zpětno-vazebním systémem. Jakmile se cyklus zase zkracuje či prodlužuje krvácení, musíme se co nejdříve vrátit zase zpět k substituci cyk-



lu gestagenem, vždy minimálně o 3 měsíce déle než při předchozím pokusu. Na poprvé jsme úspěšní cca v 70% případů. Nutno říci, že existují ženy, které bez substituce pravidelně nemenstrují nikdy. U nich lze samozřejmě předpokládat větší pravděpodobnost problému s otěhotněním a je třeba je na to upozornit, vzhledem k současnému trendu s mateřstvím v pozdějším věku.

Musíme také upravit krevní obraz, feroterapie je samozřejmostí. V době krvácení je vhodná kyselina listová a vitamin C ke snížení krvácení. Jestliže dívka krvácí silně či je značně anemická, je vhodná léčba za hospitalizace. Zde se aplikuje infuzoterapie s Remestypem, Metylergometrin apod.

■ Poruchy puberty

Jestliže dívka do svých patnáctých narozenin nemá menses, hovoříme o tzv. primární amenorey. V každém případě by měla být odeslána na vyšetření jestliže při patnáctileté preventivní prohlídce ještě nemenstruje. Příčin může být mnoho. Nejčastěji se jedná o „opožděnou pubertu“ - vyšetřením se zjistí přiměřený vývoj sekundárních pohlavních

znaků i růst dělohy a chybí „jen“ menses, pak lze ještě vyčkat, zda nezačne menses spontánně.

Avšak je mnoho vážnějších příčin a čím dříve jsou odhaleny, tím lépe. V tomto nám bývala ku prospěchu povinná gynekologická prohlídka v 15 letech. Můžeme zjistit vrozené anatomické vady genitálu - samotná atresie dělohy, atresie dělohy a pochvy (tzv. Rokitsanski-Kustner syndrom), genetické vady - lištovité gonády u mozaiky Turnerova syndromu (na klasický Turnerův syndrom 45X0 se přijde vzhledem k opožďování růstu dříve) nebo sy testikulární feminizace (kdy je jedinec geneticky 46XY, gonády jsou varlata a je třeba je neprodleně operačně odstranit pro vysoké riziko malignizace).

Na druhém pólu je puberta předčasná. Nejčastěji bývá částečná v podobě tellarche praecox - tedy izolovaný vývoj prsních žlázek, často i v kojeneckém či batolecím věku. Takové děvčátko by ale mělo být pravidelně kontrolováno po celý předškolní věk, aby se nepřehlédla opravdová aktivace pubertálního vývoje. Samotné prsy se začínají vyvíjet cca v 7-8 letech. Zjistíme-li při pre-

ventivní kontrole nápadně urychlený rozvoj sekundárních pohlavních znaků, nápadnou akceleraci růstu, měla by být dívka na gynekologii odeslána a gynekolog ve spolupráci s endokrinologem může pubertální vývoj zastavit. Dojde-li již k menarche (před 10. rokem věku se jedná o předčasnou pubertu), pak je již léčba obtížnější, ale ne zcela nemožná. U dětí s předčasnou pubertou je největším problémem uzávěr růstových štěrbin a tím pádem výrazně malá definitivně dosažená výška.

■ Závěr

Kromě vulvovaginitid a synechií jsou nepravidelnosti menstruačního cyklu nejčastějším gynekologickým problémem, se kterým se pediater v praxi setkává. Ne vždy je nutné gynekologické vyšetření a stačí jen dívku ubezpečit, že její menstruační cyklus je v pořádku. V některých případech je ale vhodné dívku odeslat ke gynekologickému vyšetření nejlépe k atestovanému dětskému gynekologovi, kterých bohužel není mnoho.

Literatura u autorky



Základní klinická charakteristika nejčastějších extrakraniálních embryonálních nádorů

MUDr. Josef Mališ

Klinika dětské hematologie a onkologie, 2. LF UK a FN Motol, Praha

Embryonální nádory se považují za výsledek dvou po sobě následujících mutací, první v průběhu embryonálního vývoje a druhé již v somatických buňkách po narození. Proto také zastoupení embryonálních nádorů je významně vyšší u kojenců a batolat a se zvyšujícím se věkem jejich incidence klesá, ve školním věku jsou již vzácné (tab. 1). Obě popisované mutace mohou proběhnout již v průběhu embryonálního vývoje a dítě se s nádorem již narodí.

Tab. č. 1: Poměrné zastoupení nádorů v jednotlivých věkových obdobích

Typ nádoru	< 1 měsíc	< 1 rok	< 15 let
Leukémie	13	14	31
CNS	3	15	18
Neuroblastom	54	27	8
Retinoblastom	0	13	4
Ledviny	13	11	6
Játra	0	3	1,5
Sarkomy	11	5	11
Lymfomy	0,5	1	14
Teratomy	0	6	0,5

páteře (nejčastěji v retroperitoneu, pak hrudníku, pánvi a krku) – extraadrenální neuroblastom (obr. 1). Metastazuje často do kostní dřene, jater nebo kůže (obr. 2) (novorozenci, kojenci) nebo do kostí), lymfatických uzlin, vzácně do CNS.

Symptomatologie sympatogenních nádorů vyplývá z lokalizace primárního ložiska a/nebo lokalizace metastáz.

Primární nádor se projevuje hmatnou rezistencí (břícho, krk, malá pánev) (obr. 3), v hrudníku bývá většinou klinicky němý a může být náhodným

nálezem při rtg vyšetření plic (obr. 4) z jiné indikace. Neuroblastomy z paravertebrálních ganglií mají někdy tendenci prorůstat skrz foramina intervertebralia do páteřního kanálu a utlačovat tam míšní kořeny nebo míchu. Prvními příznaky jsou pak známky kořenového dráždění, poruchy chůze nebo pohyblivosti končetin, vyprazdňování, vzácně je prvním projevem obraz transverzální léze míšní.

Projevy metastáz do kůže bývají nejčastěji u novorozenců a malých kojenců – promodrávající, borůvkám podobné uzlíky kdekoliv na kůži jsou nejčastěji patrné už při porodu a nález nitrobřišní rezistence – primární ložisko nebo současně metastaticky postižená játra umožní stanovit diagnózu již klinicky. Kožní metastázy však nemusí vždy připomínat borůvky, ale mohou to být drobné většinou tuhé podkožní uzlíky především na trupu. Infiltrace kostní dřene se jen vzácně projevuje klinickými příznaky z nedostatku krevních elementů (krvácení do kůže), které vídáme např. u leukémií, ale anémie není při těchto stavech nijak vzácná. Postižení jater může být někdy bizarní – obrovské břicho vy-

plněné rezistencí po obou stranách (obr. 5), častěji zvětšená játra mohou být považována za břicho dobře najedeného dítěte, zaplynované. Játra jsou dobře přístupná klinickému vyšetření – pohmat, poklep a jakákoliv rezistence je jednoznačnou indikací dalšího vyšetření, např. ultrazvukem.

Diseminace do uzlin se děje nejčastěji do lokoregionálních uzlin, ale vzdálené uzliny mohou být postiženy také, např. supraklavikulární a jiné uzliny na krku při lokalizaci primárního nádoru v retroperitoneu. Obecně jsou postižené uzliny tuhé, špatně pohyblivé vůči okolí, nebývají symetrické, často tvoří pakety.

Metastázy do kostí představují neuroblastom s nejhorší prognózou, postihuje častěji starší kojence a mladší batolata. Tyto metastázy mohou být v každé kosti, ale predilekčně se nacházejí v dlouhých kostech končetin.

Klinické projevy metastáz v kostech: *bolesti v kyčlích* – odmítání chůze; v *kostech lebky* – rezistence na kostech při pohazení, česání; *otoky a hematomy víček*, častěji dolních. Tento klinický projev svědčí o metastázách ve skeletu orbit – metastázy obliterují cirkulaci v orbitě a první známkou bývá hematoma, často mylně považovaný za posttraumatický (obr. 6), při další progresi metastáz je již orbita pro bulbus malá a ten je vytlačován z orbity (protruze a deviace bulbu – zpočátku jednostranná, později oboustranná ale asymetrická), hematoma progredují současně až vznikají brýlové hematoma (obr. 7). V anglosaské literatuře vzniklo pro tento stav označení – *mývalí oči*. Metastatické *postižení žeber* se projevuje rezistencí, diseminace do obratlů vede i ke *kompresivním frakturám obratlových těl*, někdy s tlakem na intervertebrální nervy.

Kostní dřeň bývá častým místem metastáz, často její postižení nemá žádnou kli-

Neuroblastom představuje nejčastější extrakraniální nádor u dětí, vychází z nediferencovaných neuroektodermálních buněk. Z možné rozsáhlé lokalizace primárních ložisek (od krku až do malé pánve) a pestré biologické aktivity jednotlivých typů neuroblastomu vyplývá nesmírně široká škála iniciálních projevů, klinického chování, odpovědí na podanou léčbu a prognózy. Neuroblastom se proto označuje jako záhadný nádor. Vysvětlení diametrálně odlišného biologického chování nádoru u dětí stále neznáme. Na jedné straně diseminovaný nádor s rychlou progresí vedoucí k smrti, zatímco u jiných pacientů je neuroblastom klinicky němý, často po mnoha letech a nemocného nijak neohrožuje.

Nejčastější je neuroblastom u dětí mladších jednoho roku s incidencí 1/100 000. Po 6. roce života je výjimečný, nicméně může se vyskytnout i u mladých dospělých (s mimořádně špatnou prognózou).

Primární ložisko neuroblastomu vychází buď ze dřene nadledvin (adrenální neuroblastom) nebo ze sympatických ganglií podél



Obr.1: Extraadrenální neuroblastom



Obr.2: Kožní metastázy neuroblastomu u novorozence



Obr. 3: Viditelná a hmatná rezistence v břiše (neuroblastom)

nickou symptomatologií a odhalí se až při její punkci. Významná infiltrace hemopoetické tkáně se však může projevit anémií, petechiemi nebo výraznějšími podlitinami.

Neuroblastom může být zdrojem extrémně vysokých hladin katecholaminů vedoucích k hypertenzi (častěji paroxysmální) nebo náhle vznikajícímu zarudnutí kůže, často na jedné polovině těla.

Vasoaktivní peptid vyvolává vodnaté průjmy (paraneoplastický projev neuroblastomu), které neodpovídají na obvyklou léčbu. Neuroblastomy v těchto situacích bývají většinou biologicky málo aktivní a chirurgické odstranění ložiska neuroblastomu vede k promptnímu vyřešení průjmů.

Prognóza neuroblastomů odvisí od klinického stadia, přítomnosti N-myc amplifikace

patrné na chromozómech nádorových buněk, operabilitě, lokalizaci metastáz a věku v době stanovení diagnózy (děti mladší 18 měsíců mají staticky lepší prognózu v porovnání se staršími jedinci). Trvalému výzkumu jsou podrobeny i další potenciální faktory ovlivňující šanci na vyléčení (chromozomální aberace např. na 1., 11., nebo 17. chromozómu). Jejich skutečný vliv na prognózu však vyžaduje ještě další hodnocení. N-myc amplifikace je první změnou diagnostikovanou v chromozomální výbavě neuroblastomových buněk a představuje nezávislý prognostický faktor, jeho přítomnost a počet kopií vyšší než 10 významně zhoršuje prognózu neuroblastomu.

Léčba lokalizovaných neuroblastomů je chirurgická. Úplné odstranění může být dostatečným léčebným zákrokem, pokud je přítomno reziduum, následuje léčba chemoterapií. Diseminované neuroblastomy vyžadují komplexní léčbu: indukční chemoterapie, chirurgická léčba, megaterapie s převodem vlastní hemopoetické tkáně (autologní transplantace), radioterapie, biologická léčba retinoidy (podpora apoptózy buněk), případně léčba protilátkami proti specifickým antigenům na membránách neuroblastomových buněk.

Zvláštní postupy se používají u neuroblastomů velmi malých dětí: někdy stačí odstranění primárního ložiska i u diseminovaných stádií (neuroblastomy IV-S, nebo nověji označované Ms), lokalizované formy (obvykle do velikosti 5 cm) je možné pouze sledovat a umožnit spontánní regresu.

Lokalizované neuroblastomy je možné vyléčit ve více než 90%, diseminované formy u dětí starších 18 měsíců mají prognózu významně horší, pohybují se kolem 50%. Diseminované neuroblastomy z velké části zareagují na úvodní léčbu velmi dobře, ale velmi často (většinou do jednoho roku) recidivují a léčba těchto recidiv je obvykle neúspěšná.

Nefroblastom (Wilmsův nádor) představuje nejčastější nádor ledvin u dětí, tvoří přibližně 6% všech nádorových onemocnění dětského a dorostového věku. Jeho incidence je 7 až 8 nově diagnostikovaných nefroblastomů na 1 mil. dětí do 15. roku věku, což v podmínkách České republiky představuje průměrně 12 nových pacientů s nefroblastomem za rok. Je to typický nádor kojeneckého a batolecího věku s vrcholem výskytu mezi 2. a 3. rokem. Přibližně 10% nefroblastomů se vyskytuje současně s některými vrozenými



Obr. 4: Asymptomatický neuroblastom mediastina



Obr. 5: Klinický obraz metastaticky zvětšených jater kojence



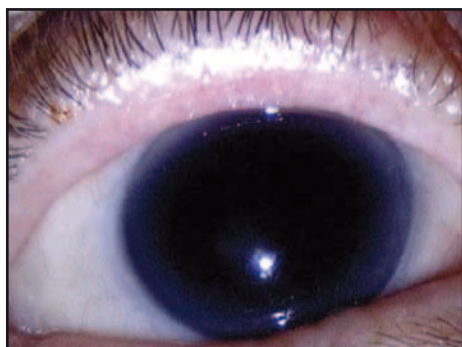
Obr. 6: Klinický obraz metastázy neuroblastomu v orbitě



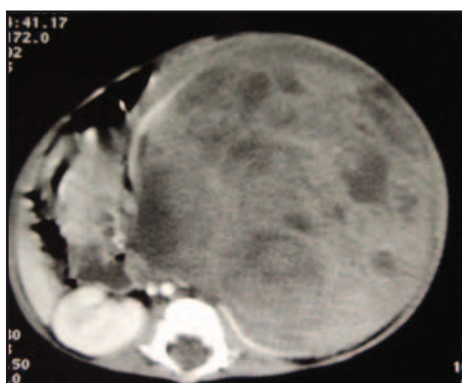
Obr. 7: Brýlový hematom – metastázy neuroblastomu do obou orbit

nými vývojovými vadami – nejčastěji aniridie, (obr. 8) genitourinární malformace, mentální retardace (WAGR syndrom) nebo s některými syndromy – Beckwithův-Wiedemannův syndrom, Denysův-Drashův syndrom a další.

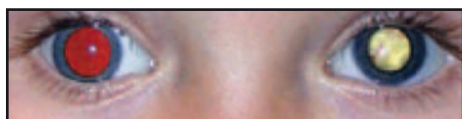
Nádory ledvin jsou v převažující většině



Obr. 8: Aniridie – častý výskyt této vrozené vady s nefroblastomem



Obr. 9: CT obraz obrovského nefroblastomu



Obr. 10: Leukorie – nejčastější klinický obraz retinoblastomu



Obr. 11: Leukokorie patrná na rodinné fotografii

obrovské nádory (obr. 9), které nemocnému dítěti nemusí působit žádné obtíže. Často bývají náhodným palpačním nálezem objeveným rodiči, samotným dítětem, nebo vedlejším nálezem lékaře při vyšetření pro jiné obtíže. Útlak objemného nádoru na ostatní nitrobršišní struktury může působit bolest břicha. Hematurie není častým projevem, postihuje zhruba kolem 20% dětí. Nemusí být trvalá, ale intermitentní a různé intenzity. Nefroblastom je nádor velmi křehký, citlivý na nešetřné vyšetřování nebo manipulaci a proto může při těchto manévrech prasknout. Perforace se může přihodit i spontánně

a nádor se projeví pod obrazem hemoragického šoku a urgentní revize dutiny břišní odhalí zdroj nitrobršišního krvácení.

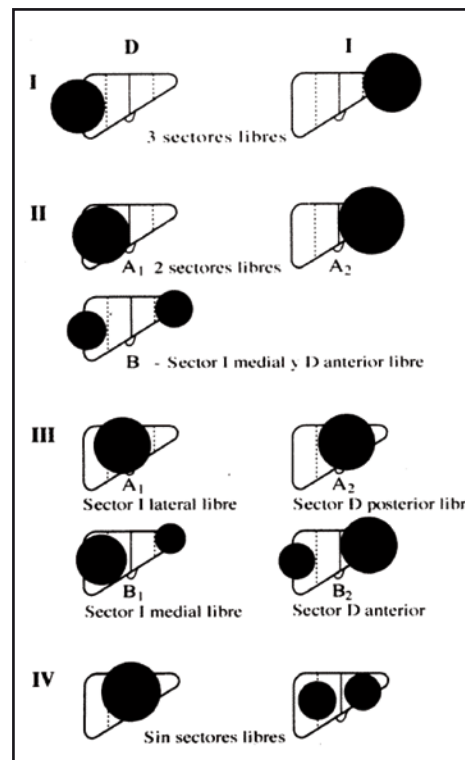
Nefroblastom metastazuje do uzlin hloových a paraortálních, hematogenně predilekčně do plic, méně často do jater, mozku nebo kostí. Metastázy jsou většinou klinicky němé, jen plicní ložiska mohou působit dráždivý kašel a eventuální výpotek je možné detekovat fyzikálně. Metastázy do mozku se projeví většinou akutní neurologickou symptomatologií – epiparoxysmus, koma. Kostní metastázy bolestivostí, otoky postižených kostí nebo patologické fraktury. Přibližně 8% nefroblastomů postihuje obě ledviny, toto není projevem metastázování z jedné do druhé ledviny, ale synchronní postižení ledvin; metachronní postižení druhostranné ledviny je mnohem vzácnější.

Převažující histopatologické typy nefroblastomů představují typické embryonální nádory, které obsahují různé podíly buněčných typů (blastémové, stromální a epiteliální). Kromě těchto typických nefroblastomů jsou zhruba v 15% zastoupeny jiné varianty nefroblastomů nebo nádory ledvin zcela se od něj odlišující – anaplastický nefroblastom (prognosticky méně příznivý, ale léčitelný agresivnější terapií a radioterapií), nádor ze světlých buněk (s výraznou schopností metastazovat do kostí a mozku), rabdoidní nádor ledviny (vysoce chemorezistentní nádor, který časně metastazuje), mezoblastický nefrom (benigní varianta většinou u malých dětí).

Rozsah onemocnění je možné stanovit ultrazvukovým vyšetřením břicha, někdy s nutností doplňujícího CT vyšetření a rtg snímku plic.

Léčba spočívá v chirurgickém odstranění nádoru buď iniciálně (obvykle v Severní Americe) nebo po předoperační (neoadjuvantní) léčbě (především Evropa), jejímž cílem je nádor zmenšit, snížit jeho fragilitu a posoudit podle odpovědi na tuto léčbu chemosenzitivitu nádoru. Metastázy obvykle ustupují při chemoterapii, reziduální lze odstranit chirurgicky, pokud to není možné, je nezbytné zařadit radioterapii. Léčbu zářením používáme také při ozáření lůžka po nefrektomii při histopatologicky agresivních typech a/nebo při postižení paraortálních uzlin.

Léčba nefroblastomů a ostatních nádorů prodělala v průběhu posledních padesáti let významné změny. Účinná chemoterapie vyřadila dříve paušálně používanou radioterapii,



Obr. 12: PRETEXT – postižení jednotlivých segmentů jater při postižení hepatoblastomem

kteřá je dnes používána maximálně u 15% dětí s tímto typem nádoru. Chemoterapie se významně zkrátila a u lokalizovaných forem se podává jen několik týdnů. Vývoj léčby nádorů ledvin patří se řadí mezi nejúspěšnější kapitoly dětské onkologie. Lokalizované nefroblastomy lze vyléčit v 95%, diseminované v asi 75%. I recidivující nefroblastomy mají asi 50% naději na dosažení vyléčení. Nemocní, kteří nebyli léčeni radioterapií nemají téměř žádné trvalé následky a kvalita života vyléčených dětí je plně srovnatelná s jejich vrstevníky.

Retinoblastom. Je to nejčastější nádor oka u dětí a postihuje podle různých statistik 1/10 000 až 1/18 000 nově narozených dětí. V podmínkách ČR to znamená 6 až 10 nově diagnostikovaných dětí s retinoblastomem ročně. Asi 40% retinoblastomů je bilaterálních, z nichž převažující část je hereditární. I unilaterální retinoblastomy mohou být hereditární. Retinoblastomový gen – Rb-1 gen lokalizovaný na 13. chromozomu je odpovědný nejen za bilaterální postižení, ale také za vzácný trilaterální retinoblastom (oba bulby a ložisko v pinealis), rozvoj časného radiogenního sarkomu u dětí ozářovaných pro retinoblastom zevní radioterapií a také rozvoj



osteosarkomu – nejčastější sekundární malignity u dětí vyléčených pro bilaterální retinoblastom.

Nejčastějším projevem retinoblastomu je běložlutavý odlesk v zornici postiženého oka – leukokorie (obr. 10). Tento projev je již známou pokročilého onemocnění, protože nádor, který vychází ze sítnice, již z velké části vyplnil sklivcovou dutinu a oko, jež bývá zpravidla amaurotické. V současné době je možné zachytit počínající stadia retinoblastomů na rodných fotografiích prováděných digitálními fotoaparáty, především při použití blesku. Při jejich zpětném prohlázení lze vystopovat projevy retinoblastomů často i několik měsíců před stanovením diagnózy (obr. 11). Onemocnění je diagnostikováno oftalmoskopicky očním specialistou, který nejčastěji popisuje prominující nádorové hmoty vycházející ze sítnice a mnohdy ji nadzvedávající s vinoucími se cévami na povrchu a často přítomnými kalcifikacemi. Někdy se nádorové hmoty uvolňují jako plovoucí vločky do sklivce – seeding. Retinoblastom jen velmi vzácně postihuje extrabulbární struktury (CNS, kosti, játra, kostní dřeň). Pokud však tato situace nastane, tak je průběh velmi agresivní, rychlý a možnost vyléčení velmi malá.

Léčba: Tradičním a dosud stále prováděným léčebným zákrokem je enukleace postiženého oka, které se provádí u pokročilých stádií, především u amaurotického oka, kde není šance na záchranu zraku. Systémová chemoterapie (chemoredukce) dokáže nádorová ložiska významně zmenšit a zvýšit nádeji na záchranu očního bulbu a zrakových schopností. Efekt chemoterapie lze posílit lokální transpupilární termoterapií laserem nebo brachyterapií, kdy je radioaktivní izotop umístěn v olověné schránce, která se připevní na oční bulbus tak, aby ozařované ložisko bylo na korespondující straně stěny očního bulbu. Po několika dnech se plomba s izotopem odstraní. Retinoblastom je nádor značně radiosenzitivní, ale zevní radioterapie je rezervována pouze na situace, kdy se nádor šíří mimo bulbus (do optického nervu) nebo u zcela vzácných forem extraorbitálně rostoucích retinoblastomů. Zevní radioterapii se snažíme téměř vždy vyhnout u bilaterálních nádorů. Vyléčení nemocní s oboustranným retinoblastomem jsou vystaveni extrémně vysokému riziku vzniku sekundárních nádorů. Za 50 let po stanovení dg bilaterálního retinoblastomu se incidence sekundárních malignit pohybuje kolem 50%! Především se jedná o osteosarkom, leukémie, radiogen-

ní nádory a další. Proto jedinci po ukončení léčby retinoblastomů vyžadují celoživotní dispenzarizaci, genetické vyšetření před plánovaným rodičovstvím a vyšetření jejich potomků bezprostředně po narození. Prognóza retinoblastomů je velmi dobrá, téměř 100%, ale pozdní následky jsou velmi závažné a vyžadují komplexní péči pro celou rodinu.

Diseminované retinoblastomy, byť jsou velmi vzácné vyžadují intenzivní kombinovanou léčbu, často zakončenou megaterapií s převodem hemopoetických buněk. Ale i přes tuto terapii je prognóza těchto nemocných velmi nepříznivá.

Hepatoblastom. Představuje nádor velmi vzácný, jehož počet v ČR jen výjimečně dosáhne 5 za jeden rok. Typicky se objevuje u dětí mladších 3 let. Nejčastějším projevem je hmatná rezistence v pravém podžebří, která bývá často významných rozměrů a není vzácností, že zasahuje až k lopatě kosti kyčelní a přestupuje přes střední čáru na druhostrannou polovinu břicha, ve velmi pokročilých stádiích je patrná výrazná žilní kresba na břišní stěně. Ikterus se objevuje velmi vzácně, není výjimkou anémie. V krvi se nachází extrémně vysoké hladiny alfa-fetoproteinu – v kombinaci s jednoznačně patrným nádorem jater je diagnóza hepatoblastomu jednoznačná. Hepatoblastom metastazuje do hilových uzlin, plic, vzácně do mozku či jiných orgánů. K vyšetření je kromě ultrazvuku a rtg plic potřebné vyšetření CT jater k posouzení iniciálního rozsahu onemocnění. Pro stanovení léčebného postupu je nutné stanovit, jak velká část jater je nádorem postižena. Z těchto důvodů se játra dělí radiologicky na 4 segmenty a pokud je alespoň jeden segment volný – nepostižený nádorem, je možné plánovat resekci (PRETEXT – PRETreatment EXTend). Hepatoblastom je typický nádor vyžadující součinnost jednotlivých léčebných modalit – chirurgické léčby a chemoterapie. Téměř 2/3 dětí jsou diagnostikovány s iniciálně neresekabilním nádorem, neoadjuvantní chemoterapie dokáže významně nádor zmenšit a usnadnit resekci, pooperační chemoterapie pak zničí eventuální zbytkové onemocnění. Terapeutickým problémem jsou nádory, které postižují všechny 4 segmenty jater nebo nádorová ložiska, která jsou uložena centrálně (obr. 12) a jsou v nich zavazaty hlavní jaterní cévy a žlučovody, což znemožňuje resekci, byť někdy i relativně malých ložisek. V těchto situacích je možné zvážet radikální hepatektomii a následnou trans-

plantaci jater. Předpokladem úspěchu tohoto postupu je úplné odstranění nádoru a nepřítomnost hilových nebo vzdálených metastáz. Tento postup je však spojen s celoživotní imunosupresivní léčbou a všemi riziky, které s sebou tato léčba nese.

Z charakteristik uvedených embryonálních nádorů vyplývá obecný závěr, že čím je časnější stanovení správné diagnózy, tím je šance na vyléčení větší. Neplatí to v případě neuroblastomu, který se chová často velmi nevyzpytatelně, a diseminovaný neuroblastom se mnohdy diagnostikuje i u pravidelně vyšetřovaných nebo sledovaných dětí.

Literatura u autora

Jaké máte brát léky, vám řeknou na každé poště

Zapomněli jste, jaké vám lékař předepsal pilulky? Nově to můžete zjistit i na poště.

Tedy alespoň ti pacienti, kteří vlastní internetovou zdravotní knížku IZIP. Což je nyní více než jeden a čtvrt milionu lidí a do konce příštího roku by to měly být dva miliony pacientů. Princip je jednoduchý: na přepážkách pošty se objevila nová služba - výpisy ze zdravotní knížky. Je to praktické, třeba když měníte lékaře a chcete mu předat informace o sobě. Nebo když chcete vědět, jaké léky či vyšetření vám který lékař předepsal. „Ale i tehdy, když si nemůžete vzpomenout, jaké léky jste brali před časem a dobře vám zabíraly. I proto tuto službu využívají často senioři,“ popisuje ředitel projektu IZIP Jiří Pašek. Za výpis ovšem zaplatíte padesát korun.

Od příštího roku pomůže rodičům očkovací kalendář, který jim ohlídá termíny očkování dětí a sám ohlásí (lékaři v počítači nebo na mail či mobil rodičů), že je čas přijít do ordinace. Do knížky zapisuje dvanáct tisíc lékařů a většina velkých nemocnic. Data o pacientovi, o jeho alergiích, lécích či krevní skupině dostávají záchranné služby rovnou do sanitek.

Zdroj: Dnes 21.12.2009

Mléčný tuk a jeho význam pro kojenecký a batolecí věk

doc. Ing. Miroslav Dědek, DrSc.

V poslední době se stále více diskutuje o významném vlivu časně výživy na zdraví dětí v dospělosti. Pro správný růst a vývoj dítěte je neodmyslitelná vyvážená strava se zastoupením všech důležitých složek – bílkovin, tuků, sacharidů, vitaminů a minerálních látek. Složení stravy by být vždy přizpůsobeno věkové kategorii a fyziologické zralosti dítěte.

Velmi často se stává, že maminky z obavy, aby jejich děťátko netrpělo obezitou, mají tendenci odmalička své dítě krmit nízkotučnými potravinami a chrání je před jídly připravovanými na tuku. A právě to je chyba. Dítě tuky potřebuje pro správný růst, vývoj a tvorbu hormonů. Tuky jsou také významným zdrojem energie. Nevyřazujte z dětského jídelníčku tuky úplně.

Kojenci, pokud jsou kojeni, obvykle dostávají dostatek všech živin včetně tuku prostřednictvím mateřského mléka.

Kojenci, kteří nemohou být kojeni, získávají dostatek energie a důležitých živin prostřednictvím náhradní mléčné výživy. Obsah tuku v počátečních formulích se pohybuje v rozmezí 4,4 g/100 kcal – 6,0 g/100 kcal a v pokračovacích mléčích v rozmezí 4,0 g/100 kcal – 6,0 g/100 kcal.

Otázka zdroje tuku není legislativně řešena. Obecně převládá v poslední době trend zařazovat vyšší podíl rostlinných tuků na úkor živočišných. Nicméně úplné vyloučení živočišných tuků z jídelníčku kojenců a dětí není z výživového hlediska žádoucí. V kojenecké výživě se proto využívá vhodné kombinace rostlinných a živočišných tuků zejména mléčného tuku.

Mléčný tuk ve výživě člověka nelze nahradit tukovými náhradami. Mléčný tuk je zdrojem:

- fosfolipidů (zejména lecitinu)
- sterolů (cholesterolu, ergosterolu a jejich prekurzoru squalenu)
- karotenů a karotenoidů (zejména betakarotenu, lykopenu, xantofylu)

Je důležitým zdrojem energie (rychlá využitelnost), zejména v dětském věku. Je nositelem typických sensorických vlastností – plné mléčné chuti a vůně. Fosfolipidy jsou nezbytné pro stavbu buněčných membrán, tedy pro stavbu veškerých tkání, zejména tkáně mozkové. Cholesterol je nezbytnou složkou buněčných membrán, je důležitý pro tvorbu a přeměnu buněk a tkání, je prekurzorem vitamínu D3, brání endogen-

ní tvorbě cholesterolu v případě jeho absence ve výživě a je tak prevencí zvyšování jeho hladiny.

Ergosterol je prekurzorem vitamínu D2, nezbytného pro utilizaci vápníku. Karotenoidy (lykopen a další) svými antioxidantními účinky přispívají k prevenci řady onemocnění. Jedinou vlastností mléčného tuku je jeho prostorové uspořádání. Pouze mléčný tuk je emulzí tukových kapek v mléčném séru. Toto prostorové uspořádání vytváří obrovské povrchy, které umožňují rychlou hydrolýzu a rychlou přeměnu na energii a následné využití. Pokračovací a batolecí mléčná výživa řady SUNAR jsou obohacena o mléčný tuk a obsahují ve 100 ml:

- Sunar complex 1
– 0,07 g mléčného tuku/100 ml
- Sunar complex 2
– 1,1 g mléčného tuku/100 ml
- Sunar original
– 1,9 g mléčného tuku/100 ml

Ve stejném množství mateřského mléka při průměrné tučnosti 4,2 % je obsaženo v průměru 30 - 40 mg cholesterolu. Cholesterol slouží jako významná stavební a funkční látka v buněčných membránách a jiných buněčných strukturách, v nervových buňkách nebo slouží jako prekurzor k tvorbě steroidních hormonů a žlučových kyselin. Cholesterol je důležitou biologickou látkou a organismus je vybaven mechanismem k jeho zajištění endogenní syntézou (Szitányi, Nevorál: Tuky a časná stadia vývoje dětského organismu - Vox Paediatricae 2002/2). Přívod cholesterolu potravou není jedinou složkou, která rozhoduje o jeho výsledném množství v krvi. Ta je dána vztahy mezi tvorbou cholesterolu v organismu a jeho přívodem potravou. Za normálních podmínek by se jeho tvorba v těle měla snižovat jeho zvýšeným příjmem cestou výživy (Turek: Dřívější názory na cholesterol v novém světle- konference SV Výživa a zdraví 2000, Fomon

S. J., Ziegler E.E. et al.: Excretion of fat by normal full-term infants fed various milks and formulas. Am. J. Clin Nutr. 1970,23 s.:1299-1313). Biologický význam cholesterolu je dán tím, že je geneticky zakódována jeho endogenní tvorba prakticky ve všech buňkách organismu. Jeho tvorba organismem může být v dospělosti až 3 x vyšší, než jeho přívod výživou. Na rozdíl od klasických tuků neposkytuje žádnou energii, neboť jeho sterolové jádro se v organismu nerozkládá a může se v různých podobách využít, případně z organismu vyloučit. Obavy z přítomnosti cholesterolu v náhradní mléčné kojenecké výživě s obsahem mléčného tuku nejsou opodstatněné. Hodnota cholesterolemie u dětí takto živěných nebývá vyšší než u dětí kojených. Obsah cholesterolu v mateřském mléce je přirozený a slouží k pokrývání dalších fyziologických a biologických funkcí. Řada látek v mléce zajišťuje i regulaci cholesterolemie, zejména laktóza, fosfolipidy a kyselina orotová s výsledným efektem snížení hladiny cholesterolu i při jeho zastoupení v požívaném mléce. Mléčný tuk je i nositelem nativních lipofilních vitaminů a dalších složek. Mléčný tuk se také významnou měrou podílí na sensorických vlastnostech obnoveného mléka, což připívá k jeho dobremu přijímání kojenci a dětmi. To je jedna ze základních podmínek získávání potřebného výživového návyku na mléko v tomto věkovém období. Na příkladu mléka, zejména v tomto věkovém období, lze prokázat některé mechanismy snižující hladinu cholesterolu, i když jej obsahuje a v konečné fázi má hypocholesterolemický efekt. (St.Onge, M.P. et al.: Consumption of fermented and non fermented dairy products: effects on cholesterol concentrations and metabolism. Am. J. Clin. Nutr., 71.200.s: 674-681).

Jedná se o klasický příklad věkových zvláštností ve výživě.



Hero - Sunar

Alergie a dětské astma v roce 2010

(II. část: Diagnostika)

prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.

Dětské odd. FN Na Bulovce Praha 8, Česká iniciativa pro astma o.p.s.

Když hovoříme o strategii péče o astma, zdůrazňujeme pro dosažení léčebného úspěchu, zvláště u dětí, zásadu - „včasná diagnóza, včasná léčba“. Nedávno se mě po semináři na toto téma zeptala jedna kolegyně: „Co je těžší – stanovení diagnózy nebo léčba?“. Přiznám se, že jsem se přiklonil k odpovědi: „Těžší, zejména u malých dětí, je diagnóza“. Ve včasném stanovení diagnózy u dětí v prvních pěti letech života jsou dosud největší rezervy. Proto se tomuto věkovému období věnují ve svých dokumentech mezinárodní pediatrické expertní skupiny.

■ Dětské astma v prvních pěti letech života

V tomto období se projevují první příznaky astmatu až v polovině případů. Diagnostika astmatu se opírá především o **znalost rodinné anamnézy a klinických projevů s pečlivým zhodnocením jejich průběhu**. Základní ukazatelé astmatu – reverzibilní bronchiální obstrukce, bronchiální hyperreaktivita a sekrece vazkého hlenu – mají v tomto věkovém období velmi pestrou podobu. Klasický astmatický záchvat náhle vzniklé výdechové dušnosti je spíše výjimkou. V popředí je „**syndrom hvízdajícího dítěte**“. Rodiče popisují zvuk provázející dýchání velmi rozdílně jako – hvízdání, sípot, chrčení, dušnost s pískáním. Zvukový fenomén se vyskytuje v krátkých epizodách, jindy trvá déle, je častější v noci, objevuje se při pohybu, při rozrušení. Je spojen s dráždivým kašlem, dusivým kašlem, s kašlem náhle vznikajícím nebo naopak protrahovaným – „prokašle celou noc“. Příznaky mohou mít v popředí faké laryngeální postižení s příznakem chrapotu.

Fenotypy syndromu hvízdajícího dítěte - kašel a/nebo ztížené hvízdavé dýchání

• **přechodné příznaky** - začínají a končí v období prvních tří let života; mohou být jen *epizodické*. většinou spouštěné viry a mezi virovými infekcemi je dítě bez příznaků, nebo se vyskytují i mezi virovými epizodami ve hře je pak více spouštěčů (alergenových i jiných).

• **perzistující příznaky** - začínají před třetím rokem života a přetrvávají i po 6. roce věku. Zvláštní postavení mají kojenci a batolata v prvních 2 letech: výskyt příznaků v období posledních tří měsíců po většinu dnů v týdnu je perzistující formou syndromu.

• **příznaky s pozdním začátkem** - začínají po 3. roce věku.

**Fenotypy u dětí starších dvou let:
Astma indukované viry, astma pozátěžové,
astma alergické, astma potravinové.**

■ Je to již astma?

Příznaky hvízdavého dýchání a kašle se spouštějí nebo zhoršují

• při kontaktu se známými alergenovými zdroji – domácí zvířata, roztoči, plísně, pyl • při tělesné zátěži, v zakouřeném, prašném prostředí, v prostředí pachů, parfumů, • opakovaně při „nachlazení“ s odezvou bronchiální trvající déle než 10 dnů • při emocích, • u kojenců a batolat změ-

ny dechového rytmu, vtahování mezižebří, hlasité dýchání, obtíže při krmení. • Po podání bronchodilatačního léku dochází k úlevě • kladná odezva na „terapeutický pokus“ podáním antileukotrienu nebo inhalačního kortikosteroidu po dobu 4-8 týdnů a zhoršení stavu po jeho vysazení.

Zvýšení rizika astmatu - platí pro VŠECHNY VĚKOVÉ SKUPINY

• výskyt astmatu nebo jiného alergického onemocnění u rodičů a sourozenců • příznaky ekzému u dítěte samotného • hledání a poznání příčinného alergenu • pozitivita kožních testů (proveditelné už u kojenců), pozitivita specifických IgE protilátek • eozinofilie, zvýšená koncentrace ECP (eozinofilní kationický protein)

■ Dětské astma u dětí starších pěti let

Riziko astmatu se zvyšuje

• monitorování plicní funkce spirometrií a průkaz bronchiální obstrukce, zvláštní pozornost na hodnoty středního výdechového proudu (MEF 25,50,75%) • pozitivní bronchodilatační test – zvýšení o 12% a více po inhalaci 400 µg salbutamol • průkaz bronchiální hyperreakivity bronchoprovokační inhalací metacholinu (nebo histaminu), vyšetření plicní funkce po zátěži (bicyklový ergometr, běhátko nebo improvizovaný běh), • vyšetření oxidu dusnatého ve vydechaném vzduchu.

Diferenciální diagnostika

Při opakovaných stavech příznaků syndromu hvízdajícího dítěte a zejména u těžších forem a při stavech, kdy terapeutický pokus je negativní, je třeba zvážit jiné příčiny:

• gastro-efozofageální reflux • aspirace cizího tělesa, anatomické příčiny – stenozy bronchů, tracheomalacie • syndrom primární ciliární dyskinezy, cystická fibroza, vrozené srdeční vady • chronická rinosinusitida, hronická respirační infekce, tuberkulóza, imunodeficience.

Pro odpovědi na některé speciální otázky přichází v úvahu **flexibilní bronchoskopie**, proveditelná od nejranějšího věku. Odhalí anatomickou příčinu, je přímou metodou průkazu eozinofilního zánětu a jeho rozsahu bioptickým vyšetřením. Prokáže i utajenou aspiraci cizího tělesa. V tomto směru je významná zejména u dětí v prvních 2-5 letech života. V pozadí perzistujících projevů nočního dráždivého kašle nebo kašle provokovaného fy-

zickou zátěží může být prakticky ve všech věkových skupinách **gastroezofageální reflux**. Jeho spolehlivým průkazem je **jícnová pHmetrie**.

Diagnostika dětského astmatu má své věkové dělení - skupina dětí do dvou let věku, děti do pěti let věku a děti starších pěti let. Zvláštní skupinu pak tvoří adolescenti, u nichž astma pokračuje z raného věku, ale v řadě případů teprve začíná. Vedle alergenů vstupují do hry vlivy způsobu jejich života, trávení volného času, kuřáctví a někdy i osobitý přístup ke zdraví.

■ Závěry pro praxi

Diagnostika dětského astmatu je hlavolam, skládačka, mozaika, v níž každý díl má svůj význam. Úloha praktického pediatra pro děti a dorost je nezastupitelná. • Zachycení rizikových geneticky disponovaných dětí • U dětí v prvních pěti letech života představuje diagnostika trpělivý proces sledování dítěte, vyhodnocování příznaků, znalost rodiny a rodinného prostředí, poznání dítěte i v jiných okolnostech (očkování, jiná akutní i opakovaná onemocnění). • Alergologické a imunologické vyšetření ve všech věkových skupinách je nezbytné, ale není potvrzením diagnózy astmatu. Vysoká koncentrace celkového IgE, specifických IgE protilátek, pozitivita kožních testů alergenů vypovídají o dítěti, o rozsahu senzibilizace a o jeho stupni rizika vzniku astmatu. • Vysoká koncentrace ECP a vydechaného oxidu dusnatého nejsou dokladem diagnózy astmatu, ale charakterizují stupeň probíhajícího alergického zánětu. • Flexibilní bronchoskopie potvrdí možnou anatomickou vadu a rozsah bronchiálního zánětu.

Pro potvrzení diagnózy astmatu je nutné doložení reverzibilní bronchiální obstrukce - u dětí do 5 let věku nepřímo terapeutickým pokusem, u dětí starších pěti let věku funkčním vyšetřením spirometrií, bronchodilatačním testem a vyšetřením bronchiální reaktivity (metacholinový test, zátěžový test, orientačně domácím měřením výdecheměrem).

Ke včasnému stanovení diagnózy astmatu u dětí je pro praktického pediatra naléhavě potřebná trvalá spoluúčast specialisty – alergologa a klinického imunologa, k němuž podle individuální situace přistupuje pneumolog, otorinolaryngolog, gastroenterolog a podle potřeby další včetně psychologa a hygienika.

MSD - Singulier



Ze světa odborné literatury...

Diagnosa a léčba alergie na kravské mléko

Alergie na KM postihuje kolem 3 % kojenců. Ukazatelé a symptomy jsou často nespecifické a je velmi důležité je objektivizovat. Často jsou totiž děti vedeny bez diagnosy. Vlastní alergie se pak u starších dětí redukuje jak z hlediska závažnosti obrazu, tak z hlediska frekvence. Procento rodičů, kteří věří, že jejich dítě má alergii na KM či jinou potravinovou alergii, kolísá mezi 5-20 %. Předpokládá se ale, že procento dětí s dg.uvedené alergie na KM je 2-3x vyšší. Špatná diagnosa nepoškozuje dítě somaticky, ale především činí léčbu ekzému neefektivní a dietu deficitní. Také dlouhodobá eliminace bílkovin KM může způsobit těžkou alergickou reakci při jeho opětovném nasazení. Pečlivá diagnosa alergie na KM je proto bezpodmínečně nutná.

Těžká alergická reakce může být prezentována již v poporodním období, zvláště u dětí plně kojených. Všechny reakce však nemusí být alergického charakteru. Již v roce 2001 byla publikována práce o terminologii vedlejších reakcí. Pro potravinovou hypersensitivitu se používá název potravinová intolerance a potravinová alergie. Většina dětí s touto alergií má IgE zprostředkovanou alergii a manifestuje se atopickou konstitucí s atopickým ekzémem či bez něho, asthmatem či alergickou rhinitis. Malá skupina buněčně zprostředkované alergie se projevuje GIT symptomy. Velmi musíme dávat pozor na anamnézu, opakované výsevy urtiky, raše, krátce po požití MM jsou podezřelé. Mezi ukazatele a symptomy patří: zvracení, regurgitace, diarhea, obstipace, raš, ekzém, urtikarie, zduření rtu, angioedém, pruritus, rhinitis, conjunktivitis, odmítání stravy, růstová retardace, anémie z nedostatku Fe, narušený spánek a dráždivost. Role laboratorních testů je diskutabilní. Přes 50 % sensibilisovaných dětí nemá nakonec prokázanou potravinovou alergii, protože pozitivní kožní test a IgE specifické protilátky mohou být falešně interpretovány. V poslední době se zvyšuje zájem o orální a podjazykovou složku podávání. Persistující IgE ve věku 8 let, t.j. IgE zprostředkované v 8 letech věku kolísá od 15 do 58 % dětí.

Eur.J.Pediatr. 2009, 168, 891-896

Role vrozeného kongenitálního QT syndromu u nevysvětlitelných náhlých úmrtí - návrh na EKG screening

Kongenitální syndrom dlouhého QT intervalu je sporadickou nebo familiární nedědičnou arytmií. To může vést k náhlé smrti způsobené fibrilací komor. Toto může být pozorováno v kterémkoliv věku, většinou však ve věku kojeneckém. Nedávné studie nevysvětlitelného syndromu náhlého selhání ukazovaly na abnormální mutaci u 10 % stavů. Objevuje se proto návrh začlenit EKG v těchto rodinách do vyšetřování. Předpoklad pro vznik těchto stavů prý tkví ve změnách iontů a tím repolarizaci kardiomyocytů. Na srdci nezjišťujeme anatomické změny. 80 % SIDS se nevysvětlí post mortem. Vlastní SIDS byl poprvé popsán v roce 1969.

Domněnky, že se jedná o polymorfní ventrikulární arytmie nebo o abnormální kardiální repolarizaci - reflektovanou autonomní instabilitu. Zjistilo se také, že 90% SIDS má mutaci ve 3 genech. Zkoušejí se beta adrenergní blokátory, cervicothorakální sympatická denervace, pacemaker nebo implantovaný defibrilátor. V rodinách určitě provádět včas EKG.

Eur.J.Pediatr. 2009, 168-2001

Sledování televize a potravinové návyky u batolat a předškolních dětí v Řecku

Účelem studie bylo ohodnotit vztah mezi časem sledování televize a stravovacími návyky předškolních dětí. Reprezentativní vzorek se týkal více než 2000 dětí ve stáří 1- 5 let. Většina účastníků strávila před televizí méně než 2 hodiny denně (74 %). Účelem bylo zjistit, zda sledování televize vytváří i nesprávné stravovací návyky, zda nadváha je způsobena nejen nedostatkem pohybu, ale i zjistit, zda již tyto malé děti a jejich rodiče podléhají reklamě jídla z TV. Postupně zjistili, že sledování TV je silně asociováno se zvýšeným příjmem potravy v rámci tzv. a i inzerovaného fast-food (rychlého občerstvení). Vysoký příjem stravy s obsahem cukru, tuku a i sladkých nápojů kontrastoval s minimálním nebo žádným příjmem ovoce a zeleniny. Zároveň autoři citují jiné práce, kde udávají, že až polovina dětí tohoto věku tráví před TV více než 2 hodiny denně a úměrně se tak i zhoršuje skladba jejich jídelníčku. Tyto děti mají samozřejmě větší energetický

příjem. Účelová intervence především směrem k matkám musí i přinést pozitivní odpověď k ovlivnění BMI těchto dětí.

Eur.J.Pediatr. 2009, 168, 801-808.

Fulminantní sepse při hemofilové meningitidě léčená aktivovaným C proteinem

Uvádějí zde kazuistiku 13 měsíců starého dítěte, děvčete s hemofilovou meningitidou, která se prezentovala pod obrazem těžkého septického šoku i s mozkovými drobnými infarkty. Septický stav postihuje hemostatický systém. Excesivní aktivace prokoagulačních a antifibrinolytických procesů se současným endoteliálním poškozením vede k formaci mikrotrombů a k mikrovaskulární a diseminované intravaskulární koagulopatii (IK). Purpura fulminans je pak komplikací septických dětí prezentujících se s petechiemi, ekchymosami, hemoragickým bulosním výsevem a akrální nekrosou, která může vést až k amputaci. Toto je pozorováno zvláště u jedinců s deficitem C proteinu. Mladý a střední věk je zde rizikový. Hrozí plicní embolie, iktus a hluboká venosní tromboza. Aktivováním proteinu C se postihuje nejen antikoagulační aktivita, je zde i přímý cytoprotektivní efekt. Tento zahrnuje aktivaci v expresi genů, protizánětlivou aktivitu, anti-apoptozu a stabilizaci endotelu. Tato pacientka měla velmi rychlý průběh s hemikonvulzemi, edemem pravé hemisféry. V liguoru byl nález pleiocytozy, 99 % neutrofilů, Hib antigen byl pozitivní. Purulentní meningitida byla léčena ampicilinem a cefotaximem s dexametazonem. Po iniciální léčbě se ale stav pacientky zhoršoval, byla v šoku. Stav postupně směřoval k akrální gangréně a krvácení do CNS. Nasazení terapie s aktivovaným proteinem C z plasmy vedlo k drastickému zlepšení klinického obrazu, laboratoře. Pacientka zhojena rychle i na končetinách a i po stránce CNS došlo prakticky během krátké doby k rychlé úpravě. Dodatečně zjištěn v rodině defekt proteinu C a častá úmrtí ve středním věku. Autoři doporučují aktivovaný protein C (Anact C) u těchto pacientů.

Eur.J.Pediatr. 2009, 168, 673-677.

Ve spolupráci s firmou
Mucos Pharma
připravil MUDr. Jiří Liška, CSc.

Solen



Aktuality...

Kojení neovlivní zdraví dětí, tvrdí kontroverzní studie

Kojení není pro děti tak prospěšné, jak se dosud soudilo. O jejich zdraví se rozhoduje už před narozením.

Budoucí OBEZITU ČI PROPUKNUTÍ CUKROVKY způsobuje nadměrné množství mužských hormonů v placentě, tvrdí norští vědci.

Mateřské mléko je pro děti to nejlepší. Posiluje imunitu, chrání kojence před infekcemi, podporuje vztah s matkou i duševní vývoj. Tyto rady slyšela snad každá matka od svého lékaře.

Nyní však přišli badatelé z Norské univerzity pro vědu a technologie (NTNU) s opačným tvrzením. Kojení prý není pro zdraví zas tak důležité. Takto živěné děti jsou sice celkově zdravější než ty krmené z lahve, ale není to mlékem.

O jejich zdraví – i o schopnosti žen kojit – se totiž rozhoduje již v děloze. Za všechno mohou mužské pohlavní hormony.

„Soudíme, že ty – a nikoli vůle matky – přímo ovlivňují schopnost kojit a tvořit mléko,“ uvedl Sven M. Carlsen na odborném lékařském fóru Informa Healthcare. Jak zjistil, těhotné ženy, které mají vyšší hladinu testosteronu, totiž kojí méně.

Tato souvislost je již známa. Až do roku 1980, kdy se objevily vhodnější léky, se tento mužský hormon podával ženám v případě, kdy bylo nutné zastavit tvorbu mléka. „Právě proto nás zajímalo, zda se zvýšená hladina testosteronu u těhotných žen projevuje i v kojení,“ vysvětluje Carlsen.

Rozhoduje placenta Klíč ke zdraví se nalézá více v placentě než v mateřském mléce, tvrdí nyní. Plod produkuje hormony a ty mají dopad na funkci placenty. Ta opět prostřednictvím hormonů ovlivňuje metabolické pochody matky.

Nadmíra testosteronu u matky brání vývoji mléčných žláz v prsu a pak i tvorbě mléka, pro dítě znamená vyšší riziko obezity, cukrovky a u dívek syndromu polycystických ovarií (hormonální porucha, vedoucí až k neplodnosti).

Carlsen uvádí, že kojení je méně časté u mladých matek, u kuřaček, u obézních, u žen s vysokým krevním tlakem, se syndromem polycystických ovarií a u předčasně narozených s nízkou porodní hmotností. A také u matek synů.

„U všech těchto skupin je jen jediný důvod, proč kojí méně – našli jsme u nich zvýšenou hladinu testosteronu během těhotenství.“ Karty jsou rozdány ještě před narozením, tvrdí teď norští vědci. O zdraví dítěte se rozhoduje v děloze. „A kojení není otázka vůle.“ Kojení pro zdraví?

Některé odborníky samozřejmě jeho studie zvedla ze židlí. „Tato studie byla označena jako kontroverzní a odmítli ji odborníci na celém světě s tím, že výsledky zkoumání jsou nezodpovědné a zavádějící,“ uvádí předsedkyně Laktační ligy Anna Mydlilová. A americká Akademie kojení ve svém vyjádření apeluje: Studie nestanovila jeho účinky na zdraví matky nebo dítěte, ani nesrovnávala kojené a nekojené děti.

Většina studií na téma kojení a zdraví totiž již léta opakovaně dochází ke stejnému závěru: čím déle pije batole mateřské mléko, tím je zdravější. Je blahodárné pro imunitní systém – prokazatelně totiž obsahuje enzymy a protilátky, které chrání zažívací ústrojí miminka před invazí virů a bakterií. Kojení ovlivňuje i inteligenci dětí. Například dánští vědci před časem publikovali, že kojenci pijící mateřské mléko sedm až devět měsíců měli až o sedm bodů vyšší IQ než děti kojené méně než měsíc. Výhodu v rozvoji poznávacích schopností poskytují patrně některé látky (esenciální kyseliny, růstové faktory) v mateřském mléce, které v umělé výživě chybějí, svoji roli hraje podle lékařů i efekt psychologický.

Carlsenův tým však oponuje: Prozkoumali jsme více než 50 mezinárodních studií na téma kojení a zdraví. Nejrozsáhlejší z nich posuzovala 17 tisíc žen a jejich potomků v Bělorusku, děti sledovala až do věku šesti let.

A nenašla žádnou souvislost mezi pitím mateřského mléka a sníženým výskytem astmatu a alergií. „Pokud jsou děti zdravější, je to díky zdravému těhotenství,“ tvrdí Carlsen, „kojení je skutečně příznivé jen pro rozvoj duševních schopností dětí.“

Profesor Michael S. Kramer, autor běloruské studie, se však ke kritice Carlsena přidává: výsledky jeho vědecké práce prý zkrleslil, uvedl jen negativní výsledky. „Studie profesora Kramera naopak zjistila, že kojené děti jsou chráněny před průjmami a atopickým ekzémem během prvního roku života a že mají výrazně vyšší IQ ve věku 6,5 roku. A že kojení snižuje dětskou úmrtnost až o třináct procent,“ dodává doktorka Mydlilová.

Gerald Calnen, prezident Akademie kojení uvádí, že podle aktuálního přehledu vlády USA mají nekojené děti dvakrát vyšší pravděpodobnost výskytu ušních infekcí, téměř čtyřikrát vyšší pravděpodobnost výskytu zápalu plic a dvakrát vyšší pravděpodobnost výskytu průjmových onemocnění. Jejich matky musí čelit vyššímu riziku diabetu, metabolického syndromu a rakoviny prsů a vaječníků. „Kojení je dobré pro matky i děti,“ říká Calnen. „Matky, které chtějí kojit, si zaslouží podporu.“

Norští vědci ubezpečují, že nevystupují proti kojení, ale chtějí sejmout cejch z žen, které mají mléko jen krátce či vůbec.

Teď už pracují na další studii: ověřují, zda je možné snížit hladinu testosteronu například cvičením nebo dietou. „Aby mohly kojit i ženy, jimž v tom brání mužské hormony.“

Ženy kojí stále častěji

Děti by se měly plně kojit do šesti měsíců života, doporučuje to Světová zdravotní organizace. V Česku při propouštění z porodnice pije mateřské mléko 91 % dětí, za šest týdnů už jen 64 % a za půl roku 28,6%. Za uplynulých deset let však u nás podíl těchto miminek stoupl o desetinu a přibýlo matek, které kojí více let. Nebezpečný hormon U matky vyvolá nadmíra testosteronu nedostatečný vývoj mléčných žláz v prsu a pro dítě přináší zvýšené riziko obezity, cukrovky

Zdroj: Dnes 23. 1. 2010

Obřízka zvyšuje odolnost vůči HIV

V subsaharské Africe čelí obřezání muži o 40 procent nižšímu riziku nákazy virem HIV než muži, kteří se obřízce nepodrobili

Na každou buňku lidského organismu připadá deset buněk bakterií, jež člověk hostí ve svém těle. V našich útrokách žije asi kilo a půl bakterií a pestrou bakteriální zoo nosíme také na kůži. Někteří biologové dokonce vnímají člověka jako superorganismus tvořený lidskými a bakteriálními buňkami, jež spolu čile komunikují a vzájemně spolupracují.

Stále častěji se ukazuje, že je to právě množství a druhová skladba bakteriálních „podnájemníků“, co rozhoduje o našem zdraví. Nejnovější výzkumy prokázaly, že změny ve společenství mikroorganismů se podílejí na vyšší odolnosti obřezaných mužů k infekci virem HIV a hrají významnou roli i při astmatu.

Obřízka mění skladbu bakterií V subsaharské Africe čelí obřezání muži o 40 procent nižšímu riziku nákazy virem HIV než muži, kteří se obřízce nepodrobili.

Tým amerického epidemiologa Ronalda Graye z Johns Hopkins University prokázal tento ochranný efekt obřízky mezi muži v Ugandě. Při vyšetřeních získali vědci rovněž vzorky bakterií, které se přirozeně vyskytují na sliznici penisu obřezaných a neobřezaných mužů. Ty teď podrobili zevrubným analýzám genetiky a mikrobiologové z Translational Genomics Research Institute v arizonském Flagstaffu pod vedením Lance Price.



Pomoc genetiků byla pro úspěch studie klíčová. V laboratoři umí mikrobiologové kultivovat jen jedno procento všech bakterií. Genetické analýzy odhalí ve vzorku vybraný bakteriální gen a z počtu jeho variant pak vědci určí druhové spektrum bakterií. Odhalí tak i bakterie, jež v laboratorních podmínkách nerostou a unikají detekci klasickými mikrobiologickými postupy. Z podobných studií je zřejmé, že společenství bakterií obývajících lidské tělo, tzv. bakteriom, je podstatně pestřejší, než jsme si ještě nedávno mysleli.

Odstranění předkožky při obřízce dramaticky mění podmínky, jež panují na sliznici penisu. Sliznice je mnohem více vystavena působení vzduchu a to má na druhové složení bakterií zásadní vliv. Studie Priceova týmu zveřejněná v prestižním vědeckém časopise PLoS ONE ukázala, že ze sliznice mizí bakterie, jimž vyhovuje prostředí s nízkým obsahem kyslíku.

Rozmáhají se naopak bakterie, jež vysoké koncentrace kyslíku k životu nezbytně potřebují. Mezi bakteriemi schopnými růstu bez kyslíku se nachází celá řada původců zánětů. Tito mikrobi jsou s to aktivovat tzv. Langerhansovy buňky, jež tvoří nedílnou součást imunitní obrany.

V klidovém režimu se Langerhansovy buňky podílejí na vychytávání a následné likvidaci virů. Po aktivaci bakteriemi ale vystupují Langerhansovy buňky jako spolupracovníci viru HIV, protože umožňují přímý kontakt viru s typem bílých krvinek, na něž virus cílí. Změna ve společenstvu bakterií na sliznici penisu po obřízce navodí podmínky, za nichž zůstávají Langerhansovy buňky v klidu. Obřízka může zvyšovat odolnost k viru HIV i řadou jiných mechanismů. Dochází po ní například ke ztluštění povrchové vrstvy sliznice, k tzv. keratinizaci. Takto „obrněná“ sliznice představuje pro průnik viru HIV podstatně účinnější bariéru.

Navzdory mnoha pozitivním zkušenostem zůstává obřízka předmětem bouřlivých diskusí. Na jedné straně zjevně zvyšuje odolnost k řadě pohlavně přenosných chorob. Na druhé straně ale představuje i zdravotní riziko, protože v mnoha částech Afriky se provádí neodborně a za otřesných hygienických podmínek. Vědci se proto v dalším výzkumu snaží zjistit, zda se zvýšené riziko nákazy virem HIV pojí s přítomností vybraných druhů bakterií. Následně chtějí najít způsob, jak snížit výskyt těchto „rizikových mikroorganismů“ i u mužů, kteří se obřízce nemohou nebo nechťejí podrobit. Astmatici mají v plicích příliš mnoho bakterií. Tým vedený Williamem Cooksonem z Imperial College London prokázal propastné rozdíly mezi druhovým složením společenstva bakterií sídlících v dýchacích cestách zdravých lidí a astmatiků. Výsledky jejich výzkumu zveřejnil rovněž prestižní vědecký časopis PLoS ONE.

Také Cooksonův tým použil k identifikaci bakterií genetické analýzy. S využitím těchto velice citlivých metod vyvrátili vědci starší představy, podle kterých panují v dolních dýchacích cestách člověka sterilní podmínky.

Ani naprosto zdravý člověk nemá dýchací cesty prosté mikrobů. V místě, kde se průdušnice dělí na průdušky, lze na jediném centimetru čtverečním napočítat asi dva tisíce bakterií. Jsou mezi ni-



mi i druhy, které nesnášejí vysoké koncentrace kyslíku.

Dřívějším pokusům o odhalování tradičními mikrobiologickými metodami tyto bakterie zjevně unikaly. Cookson a jeho spolupracovníci prokázali, že bakterie, jež se nám uhnízdí v dolních dýchacích cestách v dětství, už v pozdějším věku výrazně neměníme.

O to razantněji může do bakteriálního prostředí dýchacích cest zasáhnout onemocnění, jako je astma. Touto chorobou trpí na světě asi 300 milionů lidí. Příčiny jejího vzniku nejsou známy. Cooksonův tým zjistil, že pacienti trpící astmatem mají v dýchacích cestách až desetkrát více bakterií než zdraví lidé. To jsou počty, jež o mnoho nezaostávají za průměrným množstvím bakterií běžně žijících na povrchu naší kůže.

Na každém čtverečním centimetru pokožky hostíme asi 50 tisíc bakterií. Významné rozdíly mezi zdravými lidmi a astmatiky byly patrné i v druho-

„V minulém čísle došlo technickou chybou ke špatné čitelnosti textu v pozvánce na mezioborové sympozium s tematikou ADHD. Tento inzerát proto publikujeme znovu a čtenářům se omlouváme.“

Pozvánka

na mezioborové sympozium

na téma

ADHD

dne 26.3.2010 (pátek) od 9:00 do 17:00

v Eurocentru Jablonec nad Nisou

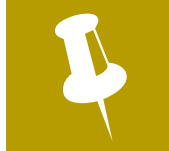
Program:

- ADHD /genetika, etiologie, diagnostika, terapie, mezioborová koordinace/ (doc. Dr. Paclt, CSc.)
- ADHD a epilepsie (prim. Dr. Hadač, PhD.)
- ADHD a poruchy spánku (Dr. Příhodová)
- ADHD a dyskinese (Dr. Koumarová)
- ADHD a speciální komorbidity (as. Dr. Zumrová, CSc.)
- ADHD a dysfázie (Dr. Škodová)
- Dyslexie nejen pedagogický problém (doc. Dr. Zelinková, CSc.)
- Rehabilitační možnosti v komplexní péči o pacienty s ADHD kol.

Sympozium určeno převážně **pediatrům** a odborníkům v tomto tématu zainteresovaným

Organizátor: Spirála s.r.o.
Adresa: Na Šumavě 48,
Jablonec n/N 46602

ONLINE PŘIHLÁŠKA:
www.spiralasro.cz/sympozium



vém složení bakterií. Astatikům prosperovaly v dýchacích cestách například bakterie rodu *Hemophilus*, *Moraxella* a *Neisseria*. Tyto bakterie dokážou vyvolat v dýchacích cestách záněty. Bakterie rodu *Prevotella* nebo *Veillonella* byly mnohem čtenější u zdravých lidí.

Zatím není jasné, nakolik se změna bakteriomu v dýchacích cestách podílí na vzniku astmatu a nakolik je taková změna naopak důsledkem onemocnění. Bakterie rodu *Hemophilus*, *Moraxella* a *Neisseria* však lze nalézt ve zvýšených počtech už u novorozenců, kteří jsou následně mnohem náchylnější k astmatu. To naznačuje, že význam změn v druhovém složení bakterií v dýchacích cestách není pro vznik astmatu zanedbatelný. Cookson a jeho spolupracovníci jsou přesvědčeni, že poznatky o bakteriomu v dýchacích cestách astmatiků mohou vést světlo do mechanismu vzniku astmatu a jsou využitelné i pro jeho léčbu. Astatikům by mohla ulevit dlouhodobá léčba antibiotiky. Pacientům, v jejichž průduškách se rozmohla bakterie *Hemophilus influenzae*, by mohla přinést úlevu vakcína, která je běžně k dispozici.

Zdroj: LN 19. 1. 2010

Brzdí patenty vývoj medicíny?

Podle odborníků doplácí nemocní lidé ve třetím světě na využívání práv k duševnímu vlastnictví.

Výzkum léků ve farmaceutických firmách se často soustředí pouze na nemoci, které vyžadují nákladnou a dlouhodobou léčbu. Léčba chorob či zranění je stále dokonalejší a zároveň i dražší. Do ceny nových léků, přístrojů i diagnostických testů se promítají také poplatky za patenty, kterými si objevitelé a konstruktéři chrání plody své práce. Není v konečném důsledku pokrok v medicíně brzděn a lékařská péče omezena?

Odpověď na tuto otázku hledal prestižní časopis *PLoS Medicine*, který vyzval k diskusi o přínosu patentů pro medicínu pětici předních světových expertů. Došli k závěru, že patenty nepředstavují zásadní překážku. To však platí jen pro ekonomicky rozvinuté země. Třetí svět na současnou podobu patentového systému tvrdě doplácí.

Patenty platí náklady výzkumu *Test*, který zjistí poškození genu *BRCA1* a *BRCA2* a odhalí tak zvýšenou náchylnost k rakovině prsu a vaječníků, stojí asi tři tisíce dolarů. Jeho výrobce, americká biotechnologická firma *Myriad Genetics*, má postup krytý patentem a to jí zajišťuje na určitou dobu monopol na zdravotnickém trhu.

Ve Spojených státech čelí firma žalobě, podle které svým patentem omezuje nejen právo pacientek na informaci o jejich zdravotních rizicích, ale zároveň brzdí onkologický výzkum, který by mohl vést k novým metodám léčby nádorových onemocnění.

Myriad Genetics se brání tím, že se jí prostřednictvím patentu jen vrací to, co do vývoje testu investovala. Díky tomu firma ekonomicky prosperuje a může pokračovat ve vývoji nových diagnostických souprav.

Jeden z účastníků diskuse, kanadský expert na patentové právo *Richard Gold*, uvádí, že patenty a příjmy, které z nich pramení, jsou vnímány jako „živá voda“ biomedicínského výzkumu. Náklady na vývoj a otestování nového léku se každých deset let zhruba zdvojnásobí. Soukromé firmy by se bez vyhlídky na návratnost vynaložených investic do riskantního podnikání, jakým biomedicínský výzkum bezesporu je, často vůbec nepouštěly.

Faktem ale zůstává, že tento systém ztrácí dech. Množství nových léků uvedených na trh klesá. Je stále méně léků, které přinášejí skutečně revoluční změny. Klesá i efektivita výzkumu a vývoje. Za jeden dolar vynaložený na výzkum a ověření připadá stále méně novinek prosazujících se do medicínské praxe.

Názorně je tento trend patrný u antibiotik. Zatímco bakterií vyvolávajících závažná onemocnění a vzdorujících stávajícím lékům přibývá, nových antibiotik je poskrovnu. Většina z nich vznikla navíc jen obměnou stávajících léků, a je proto pravděpodobné, že bakteriím nedá mnoho práce a vyvi-

nou si proti nim odolnost.

Malý zájem o vývoj antibiotik ale nevyvívá jen z toho, že jejich vývoj je tak obtížný. Svou roli sehrává i specifická poptávka. Nakažlivými chorobami onemocní obvykle jen malá část populace a ta se při správném nasazení léku rychle uzdraví. „Životnost“ antibiotika na trhu omezuje rychlý vznik rezistentních bakterií, které léku vzdorují. To vše má za následek, že celková spotřeba antibiotik je poměrně nízká, a malý odbytek se zákonitě projeví i na ceně léku. To, že je drahý, není zdaleka jen důsledkem toho, že je patentovaný.

Spolupráce nevážne. Další diskutující *Warren Kaplan* z *The Boston University School of Public Health* poukazuje na fakt, že patentové právo je spleť a prodat se džunglí všech povolení může být nad síly těch, kdo by chtěli popohnat biomedicínský výzkum vpřed. V diskusích o patentu firmy *Myriad Genetics* uvedla polovina dotázaných ředitelů amerických genetických laboratoří, že jim existující patenty zabránily ve vývoji nových diagnostických testů.

Někdy je k vývoji nového léku nebo přístroje zapotřebí získat tolik patentových práv, že se jejich vyřízení zdá prakticky neproveditelné. Stačí, aby si jeden vlastník patentu postavil hlavu nebo vznesl neúnosné požadavky, a i velmi slibný projekt je předem odsouzen k nezdaru. Ve prospěch tohoto náhledu na první pohled svědčí i výsledky výzkumu provedeného ve Francii. Každý sedmý pokus o společný projekt několika firem skončil krachem nebo se jeho spuštění podstatně opozdilo jen proto, že se firmy mezi sebou nedokázaly domluvit. Dohody o patentech však mezi příčinami těchto fiasek figurovaly jen výjimečně. Prokázal se spíše opačný trend. Firmy, které jsou zblhlé v ochraně výsledků svého výzkumu a vývoje prostřednictvím patentů, se většinou domluví rychle a bez potíží.

Písek do jemného soukolí spolupráce můžou nasypat naopak omezení, která nevyplývají z patentové ochrany. Není neobvyklé, když si vědci snaží udržet kontrolu nad informacemi nebo materiálem, jenž jim zajišťuje oproti konkurentům určitou výhodu. Když se objevila ptačí chřipka, pokoušeli se někteří virologové vytvořit veřejně přístupnou mezinárodní databázi s údaji o dědičné informaci různých typů viru ptačí chřipky. Řada vědců by ráda z databáze čerpala, ale nebyli ochotni do ní poskytnout výsledky vlastní práce.

Biomedicínský výzkum nerad vstupuje do oblastí, kde existuje příliš mnoho patentů držných mnoha rozličnými subjekty. *Warren Kaplan* je přesvědčen, že v řadě případů je strach zbytečný. Spolupráci podle něj nezabíjejí patenty, ale obava z komplikací, které by teoreticky mohly nastat. Nemocní třetího světa na okraji zájmu. V ekonomicky vyspělých zemích se patenty nejeví jako limitující faktor pro biomedicínský výzkum a inovace v medicíně. Účastníci debaty uspořádané časopisem *PLoS Medicine* *James Orbinsky*, *Sarah Harland-Loganová* a *Sevil N-Marandiová* jsou přesvědčeni, že na rozvojové země dopadá břímě patentů mnohem citelněji. Zdražení léků i přístrojů může znepřístupnit lékařskou péči obrovskému počtu nemocných. Na světě žije 3,8 miliardy lidí s denním příjmem pod dva dolary na den. Pro ně mohou být nedostupným snem i léčebné prostředky, které jsou ve zbytku světa běžné.

Jak moc k tomu přispívají patenty, dokumentují *Harland-Loganová*, *N-Marandiová* a *Orbinsky* na antivirotikách proti HIV. V roce 2001, kdy léky ještě kryly patenty, činily roční náklady na léčbu okolo 15 000 dolarů. V roce 2007 patenty vypršely a začala výroba levných generických léků. Cena roční terapie klesla ke 100 dolarů.

Chudý třetí svět nepředstavuje perspektivní odbytiště, a proto se biomedicínský výzkum zhusta soustředí na řešení problémů těch, kteří si drahé léky dovolit mohou. Malárie, tuberkulóza, záněty plic a průjmová onemocnění nefigurují v popředí zájmu výrobců léků. I když tyto choroby sužují plnou pětinu všech nemocných světa, na výzkum jejich léčby se vynakládá 0,3 procenta prostředků věnovaných na biomedicínský výzkum. Miliarda lidí v třetím světě trpí chorobami, na které existuje jen málo účinn-

Avent - kousátka



ná léčba nebo na ni nejsou léky a vakcíny vůbec. Z 1556 nových léčiv uvedených na trh v letech 1975 až 2004 cílilo na tropické choroby a tuberkulózu jen dvacet.

Orbinsky, Harland-Loganová a N-Marandiová konstatují, že patentový systém je vadný a musí být reformován tak, aby v něm nepadal veřejný prospěch – třeba dostupnost léčby nebo zásadní inovace – za obět zisku soukromých subjektů. Tam, kde tržní mechanismy brání soukromému sektoru, aby zohledňoval veřejný prospěch, musí jeho roli převzít veřejný sektor. Trio vědců v této souvislosti cituje zprávu britské učené společnosti Royal Society: „Využívání práv k duševnímu vlastnictví tak, že to prospívá lidem v jedné části světa, a neprospívá to druhým, anebo jim to dokonce škodí, neodpovídá tomu, proč byl patentový systém založen.“

Zdroj: LN 16. 1. 2010

Buňky se roztančily podle hodin

Kolektivně pracující mikroorganismy by mohly v lidském těle vyrábět léky ve správnou chvíli a v přesně odměřeném množství

V laboratoři Jeffa Hastyho na Kalifornské univerzitě v San Diegu se střídavě rozsvěcí a zhasí namodralé světlo. Nepatří majáku policejního vozu nebo sanitky. Lze jej zahlédnout jen pod mikroskopem a jeho zdrojem je kolonie tvořená miliony bakterií. Všechny jako na povel najednou zazáří a vzápětí se ponoří do tmy. Tak vypadá nejnovější úspěch vědců pracujících v oboru syntetické biologie.

Od umělých virů k miniaturním součástkám Syntetická biologie se snaží o „evoluci v laboratoři“. Vědci už například syntetizovali kompletní dědičnou informaci jednoduchých mikroorganismů. Dokázali v laboratoři rekonstruovat virus španělské chřipky a bakterie vybavili „nouzovou“ dědičnou informací, složenou z minimální sady genů nezbytně potřebných k životu.

Dalším oborem syntetické biologie je „inovace součástek“. Vědci vnesou do dědičné informace několik zcela nových genů a s jejich pomocí naučí buňku kouskům, jaké jí příroda do vínku nedala. V loňském roce zabudoval tým genetiků vedený Arim Fiedlandem z Bostonské univerzity do živých buněk sadu genů, díky které se buňky naučily počítat a navíc si pamatují, do kolika napočítaly.

Pro vnitrobuněčnou „počítadla“ se nabízí řada praktických uplatnění. Mohou sloužit jako vnitřní pojistky pro nebezpečné mikroorganismy, které by mohly v případě nehody uniknout z laboratoří. Vědci by buňky vybavili „časovanou bombou“.

Když buňka napočítá určitý počet buněčných dělení, spustí geny pro samodestrukční procesy a spáchá sebevraždu. Pro podobné účely by šlo využít i bakterie, které švýcarští vědci z curyšské techniky proměnili na hodinky odměřující čas.

Až doposud se buňky pozměněné syntetickou biologii chovaly jako individualisté neschopní koordinovaného úsilí. Tento problém zdárně vyřešil tým Jeffa Hastyho. Bakterie v jeho laboratoři blikají koordinovaně. Vědce zaskočilo, jak dobře buněčný „synchronizátor“ v bakteriích fungoval. Hastyho spolupracovník Tal Danino nasadil bakterie vybavené všemi potřebnými geny do zvláštního čipu, kde měl pod kontrolou jak počty množících se bakterií, tak i jejich zásobování živným roztokem.

Čip dal pod mikroskop a několik hodin marně čekal, až se bakterie „rozsvítí“. Šel se tedy na pár hodin prospat. Kameru sledující bakterie však nechal zapnutou. Když se brzy ráno vrátil do laboratoře, vládla v čipu stále tma. Danino byl přesvědčen, že pokus nevyšel. Když si však zrychleně pustil záznam z kamery, zahlédl první záblesk světla. Po něm druhý, třetí, čtvrtý. Bakterie se rozsvěcovaly na krátkou dobu vždy po hodině. Zneužitý odposlech Vědci využili k synchronizaci bakterií látku, již se spolu mikrobi dorozumívají. Každá bakterie se ohlašuje ostatním produkcí zvláštní komunikační molekuly. Když se bakterie „dozvědí“, že je-

jich koncentrace přesáhla v prostředí kritickou mez, můžou na to zareagovat dramatickou změnou ve vlastnostech i chování. Například bakterie *Pseudomonas aeruginosa* se v nízkých koncentracích chová v těle hostitele „slušně“. Jakmile její počty přesáhnou kritickou mez, změní se na agresora. Neroste už volně, ale vytváří komplikované povlaky, tzv. biofilmy, které jí kromě jiného chrání proti antibiotikům.

Jeff Hasty vybavil běžnou střevní bakterii *Escherichia coli* genem pro produkci komunikační molekuly AHL. „Přírodní“ bakterie sice tuto molekulu nevyrábí, ale je vybavena k jejímu zachycení. Pomocí AHL se domlouvají jiné druhy bakterií a *Escherichia coli* je uzpůsobena k „odposlechu“ jejich komunikace. Hastyho bakterie aktivovaly po zachycení signálu v podobě molekul AHL tři různé geny. Jeden se přičinil o další produkci komunikační molekuly. Druhý gen začal s mírnou prodlevou vyrábět protein AiiA, který signální molekuly rozkládá. Třetí gen vyráběl na podnět AHL bílkovinu, jež krásně fluoreskuje. Bakterie tak byla vybavena jak „plynovým pedálem“ v podobě genu produkujícího signální molekulu, tak i „brzdou“ v podobě genu pro produkci bílkoviny AiiA. Světlo fluoreskujícího proteinu ohlašovalo, co se v buňce právě odehrává.

Bakterie vyráběly molekuly AHL, a když se namnožily na kritické množství, byly vystaveny silnému signálu komunikačních molekul od sousedních buněk. To je nabilo k další produkci AHL a zároveň i k výrobě světélkujícího proteinu. Všechny bakterie se jako na povel rozsvítily.

V té chvíli už se připravoval k akci gen pro bílkovinu AiiA. Když si bakterie vyrobily tento protein, zarazily si tím výrobu molekul AHL. Buňky jako na povel zhasly, protože koncentrace AHL v okolí bakterií klesla a signální molekuly už netlačily na „plynový pedál“ genu pro světélkující bílkovinu. To však nemělo dlouhého trvání. Při nedostatku AHL „usnul“ gen pro produkci rozkladného proteinu AiiA a koncentrace signální molekuly mohly opět růst. Díky tomu, že molekula AHL nepůsobí jen uvnitř buňky a její účinky zasahují i okolní bakterie, se podařilo činnost pěstovaných bakterií dokonale synchronizovat. Přestaly se chovat jako „solisté“ a začaly působit jako „kolektiv“.

Co přinesou bakteriální oscilátory?

Výsledky experimentu, zveřejněné v týdeníku *Nature*, sklidily mezi odborníky velký ohlas.

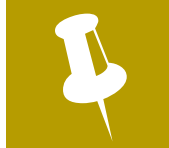
„Poprvé máme možnost synchronizovat vnitřní oscilátory v různých organismech tvořících jednu populaci. Pokud dokážeme totéž s buňkami savců, bude to mít v budoucnu obrovský význam,“ řekl v rozhovoru pro vědecký časopis jeden z autorů švýcarských „bakteriálních hodin“ Martin Fusseneger z curyšské techniky.

Objev má velký význam pro poznání mechanismů zajišťujících synchronizaci buněk v organismu. Pro správné funkce mozku jsou životně důležité synchronní akce některých neuronů. Narušení synchronizace může vést k vážným komplikacím, například k epilepsii. Fusseneger doufá, že se v budoucnu podaří vytvořit buněčné oscilátory, které dokážou nesoúlad mezi neurony v nemocném mozku napravit.

Ještě dříve se praktického využití zřejmě dočká synchronizované bakterie. Laboratorně připravení mikrobi by mohli sloužit jako biosenzor registrující výskyt nebezpečných látek v prostředí. Na přítomnost nežádoucí chemikálie by bakterie upozornily varovným koordinovaným blikáním. Kolektivně pracující bakterie by mohly v lidském organismu produkovat léky a uvolňovat je do těla ve správnou chvíli a v přesně odměřeném množství.

Bakterie by například zajistily diabetikům správné dávkování inzulínu. Synchronizované buňky by mohly normalizovat funkce některých hormonů. Ty jsou v těle opakovaně uvolňovány v malém množství. Informace nesená těmito hormony se podobá zprávě psané morseovkou.

Napodobit tento signál je obtížné. Jedna velká dávka hormonu například v injekci představuje brutální zásah do jemného přediva hormonální regulace.



Buňky, které by uměly posílat malé dávky hormonu jako hormonální „tečky“ a „čárky“, by navodily v organismu pacienta podstatně přirozenější stav.

Střevní bakterie v roli oscilátoru

Bakterie *Escherichia coli* je jedním z nejběžnějších a také vědci nejlépe prozkoumaných organismů. Týmu vedenému Jeffem Hastym posloužily jako základ ke konstrukci mikrobiologického oscilátoru.

Zdroj: LN 2.2. 2010

Cigarety jsou plné bakterií

Analýza složení tabákových výrobků známých značek odhalila stopy stovek druhů mikroorganismů

Seznam zdravotních rizik spojovaných s kouřením je dlouhý a dobře známý, ovšem málokdo by čekal, že cigareta může být nebezpečná i nezapálená. V tabáku jsou totiž hojně zastoupeny patogenní mikroorganismy. Vědci nyní zkoumají, zda tyto bakterie mohou způsobit zdravotní komplikace.

Cigarety samé i zplodiny vzniklé po jejich zapálení jsou z chemického hlediska důkladně prozkoumány. Koncentrace těžkých kovů a dalších škodlivin se přísně sleduje. S mikroorganismy je to jiné, i když myšlenka, že usušený tabák může být rejdištěm bakterií, není zcela nová. Několika vědeckým týmům se v minulosti podařilo z tabáku izolovat živé mikroby a v laboratorních podmínkách je dál kultivovat. Ovšem vždy bylo cílem najít jeden či dva konkrétní druhy bakterií. Další „zvířena“ v takovém případě unikala pozornosti.

Nové genetické metody mají mnohem širší záběr. Tým vedený Amy Sapkotovou z University of Maryland s jejich pomocí testoval složení čtyř běžných značek cigaret (Marlboro Red, Camel, Kool Filter Kings a Lucky Strike Original Red), z nichž většina je dostupná i na českém trhu. Balíčky cigaret experimentátoři otevřeli ve sterilním prostředí a provedli testy.

Kouř jako nosič zárodků Vědci k vyhodnocení celkové bakteriální diversity v náplni cigaret využili analýzu genu 16S rDNA. Tento úsek genetické informace má každý mikrob. Protože část genu je velmi proměnlivá, lze ji použít jako genetický „čárový kód“ pro bezpečnou identifikaci. Celkem sledovali podobnost s 800 variantami genu 16S. Shodu našli v několika stovkách případů. Metoda sama o sobě však nevyovídá o tom, zda jsou vystopované mikroby stále naživu. To Sapkotová a spol. ještě musí prokázat.

„Vyberte si libovolný spis pojednávající o zdravotních dopadech kouření a uvidíte, že hned v úvodu zmíní, jak často u kuřáků i lidí vystavených pasivnímu kouření dochází k infekci horních a dolních cest dýchacích,“ poznamenává Amy Sapkotová, hlavní autorka studie, kterou přijal časopis *Environmental Health Perspectives*. Převládá přesvědčení, že následkem kouření se naruší činnost plic, případně dojde k oslabení imunity. Oba faktory se mohou uplatnit i souběžně. „Ovšem dosud nikdo nehovořil o cigaretách jako o zdroji těchto infekcí,“ zdůrazňuje Sapkotová. Její výsledky ukazují, že jde o reálnou možnost.

Kuřáci se nemožou uklidňovat ani nadějí, že žár od cigaretového plamene bakterie zničí. V části vzdálenější od popela je teplota pro většinu mikroorganismů bezpečná. V úvahu připadá i scénář, ve kterém kouř roznesení infekce napomáhá. Díky navázání na pevné částice může bakterie překonat obranné filtry organismu (například mandle), které by si se samotnou infekcí poradily, a dorazit přímo do plic.

Zdroj: LN 2.2.2010

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.

Prodám zavedenou praxi

Prodám zavedenou praxi praktického lékaře pro děti a dorost v blízkosti Českých Budějovic.

Bližší informace na telefonu: 604 318 717 • Ev. č.: 169-09-09

Přenechám praxi

Přenechám praxi PLDD v Brně. Jedná se o menší ale perspektivní obvod.

První kontakt prosím cestou SMS na tel.: 604 390 056. • Ev. č.: 170-09-09

Hledám PLDD na částečný úvazek

Hledám PLDD na částečný úvazek a pozdější převod ordinace na Praze 15.

Kontakt e-mail: peddm@seznam.cz, tel.: 739 574 225 • Ev. č.: 171-09-09

Přenechám praxi

Přenechám praxi PLDD v Žamberku. Jedná se o menší ale perspektivní obvod.

První kontakt na tel. číslo: 603 364 324 • Ev. č.: 172-01-10

Hledám místo asistenta

Lékař se specializovanou způsobilostí pro PLDD hledá místo asistenta

s možností budoucího převzetí praxe – Kladensko, Slánsko,

Praha – západ, Praha 1,2, 6. Kontakt: e-mail: radatomas@centrum.cz,

tel.: 777 672 365 • Ev. č.: 173-01-10

Přijmu pediatra

Přijmu pediatra na plný úvazek k samostatné práci v ordinaci PLDD v okrese

Karviná, prodej a převzetí praxe možný nyní i později. e-mail: sropldd@email.cz,

tel.: 602 729 169 • Ev. č.: 174-01-10

Prodám a přenechám praxi

Prodám a předám praxi PLDD, dobře zavedenou, v okrese Karviná, ihned nebo později dle dohody nebo možnost zaměstnání lékaře pediatra.

e-mail: sropldd@email.cz, tel.: 602 729 169 • Ev. č.: 175-01-10

Převzmu/odkoupím praxi PLDD

Pediatr s licencií převzme - odkoupí zavedenou praxi PLDD nejlépe v Praze 4,

event. Praze 2. Případně, dle domluvy, přijmu místo asistenta v praxi v téže

lokality s výhledem na předání v horizontu 2-3 let.

Kontakt: e-mail: Zemaradka@seznam.cz, event. tel.: 604 302 830

• Ev. č.: 176-02-10

Autodidaktický test 2/2010

PRÁVNÍ PROBLEMATIKA

1. Nedostaví-li se zákonný zástupce s dítětem k pravidelnému očkování, je povinností zdravotnického zařízení toto ohlásit na příslušnou KHS, kde zákonnému zástupci hrozí pokuta až 10.000 Kč, pokud nesplní zdravotnické zařízení svoji povinnost zajistit a provést pravidelné očkování, hrozí mu pokuta až 2 milionů Kč. Oznámení o odmítání očkování je nutno podat:

- a) do 1 roku od nejzazšího termínu stanoveného druhu očkování
- b) pokud se nedostaví opakovaně na vyzvání
- c) ke dni nejzazšího termínu stanoveného druhu očkování

2. Zdravotnický pracovník může být zbaven povinné mlčenlivosti:

- a) soudcem
- b) policistou
- c) registrujícím orgánem registrující nestátní zdravotnické zařízení
- d) soudním znalcem

3. Policie může v rámci zahájeného pátrání po konkrétní hledané či pohřešované osobě požadovat po zdravotnickém zařízení:


- a) vydání zdravotnické dokumentace týkající se dané osoby
- b) informaci o době a místě poskytnuté zdravotní péče týkající se dané osoby
- c) informaci o době a místě poskytnuté zdravotní péče týkající se dané osoby a druhu poskytnuté pomoci, ale jen v rozsahu týkajícím se konkrétní události

4. Pacient či zákonný zástupce dítěte (dítětem je člověk do 18. narozenin) má právo znát veškeré informace shromažďované o zdravotním stavu ve zdravotnické dokumentaci. Toto právo má i nezletilý přiměřeně ke své rozumové vyspělosti. Za tímto účelem může:

- a) pacient/zákonný zástupce požadovat předání celé zdravotnické dokumentace. O předání zdravotnické dokumentace musí být proveden zápis.
- b) pacient/zákonný zástupce požadovat předání zdravotnické dokumentace s výjimkou údajů o třetích osobách (např. druhém rodiči, o rodičích apod.). O předání zdravotnické dokumentace musí být proveden zápis.
- c) pacient/zákonný zástupce požadovat poskytnutí zdravotnické dokumentace s výjimkou údajů o třetích osobách (např. druhém rodiči, o rodičích apod.) za účelem jejího prohlížení, opsání, kopírování či provedení výpisu. O poskytnutí zdravotnické dokumentace k tomuto účelu musí být proveden zápis.

5. Zákon č. 48/1997 Sb. ukládá pojištěnci podstoupit preventivní prohlídku. Tuto povinnost mají za nezletilé jejich zákonní zástupci. Pokud se nezletilý k preventivní prohlídce nedostaví, má praktický lékař pro děti a dorost:

- a) nezletilého prohlédnout ve škole v přítomnosti třídního učitele
- b) požádat o předvedení nezletilého do ordinace v doprovodu policie
- c) oznámit to příslušnému orgánu sociálně-právní ochrany dítěte

Generální partner testů je  MSD

Nestlé - Beba HA

GSK - Cervarix