

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

únor 2012
číslo 2 • ročník 12



téma čísla

HEPATITIDY



- Způsob vykazování a úhrady zdravotních výkonů
- Česká pediatrie jiným pohledem, diskusní příspěvek
- Zákoník práce – změny v roce 2012
- Virové hepatitidy na začátku 21. století
- Naše zkušenosti s léčbou chronické hepatitidy C
- Novější poznatky o paracetamolu
- 1/2012/DZP cenový předpis MZ ČR o regulaci cen zdravotní péče
- Aktuality



Pracujeme pro zdravější svět™



GlaxoSmithKline

Jak můžeme snížit riziko vzniku alergií o více než 50 %?



BEBA H.A. – jediná kojenecká výživa prokazatelně snižující riziko alergií až do 6 let^{1, 2}

BEBA H.A. je jediná částečně hydrolyzovaná kojenecká výživa, která ve více jak 20 klinických studiích a 2 metaanalýzách prokázala účinnost ve snížení rizika alergií o více než 50 % u nekojených dětí s pozitivní rodinnou alergickou zátěží, v průběhu prvního roku života. To je důvod, proč je jako jediná kojenecká výživa svého druhu doporučována v primární prevenci alergií AAP³ a ESPGHAN⁴.



BEBA H.A. – jistota ve snížení rizika vzniku alergií

Kojení je nejlepší způsob výživy kojenců, proto mu v důvěrné přednost před výrobky náhradní kojenecké výživy.

1. Szajewska H, Horvath A. Meta-analysis of the evidence for a partially hydrolyzed 100% whey formula for the prevention of allergic diseases. *Curr Med Res Opin*. 2010;26(2):423-37.
2. Von Berg A, Filipiak-Pittroff B, Kämmer U et al. Preventive effect of hydrolysed infant formulas persists until age 6 years: long-term results from the German Infant Nutritional Intervention Study (GINI). *J Allergy Clin Immunol* 2008;121:1442-7.
3. Greer FR, Sicherer SH, Burk AW. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2006;117(1):133-91.
4. Hirst A, Koletzko B, Dieberg S et al. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. Joint Statement of the European Society for Paediatric Allergy and Clinical Immunology (ESPA) Committee on Hypoallergenic Formulas and the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Arch Dis Child*. 1999;81(1):80-4.



	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Koalice soukromých lékařů	6
	Právní rubrika: Lékařské pohotovostní služby v návrhu zákona o zdravotních službách	9
	Lenka Dovráková, DiS.	10
	Zákoník práce – změny v roce 2012	
	MUDr. Rusalka Scholleová	11
	Česká pediatrie jiným pohledem, diskusní příspěvek k článku MUDr. Josefa Havlíka	
	Informace OSPDL ČLS JEP	13
	prim. MUDr. J. Hobstová, CSc., prim. MUDr. A. Vitouš	14
	Virové hepatitidy na začátku 21. století	
	MUDr. S. Virtová, MUDr. J. Kydlíčková, MUDr. J. Táborská	21
	Naše zkušenosti s léčbou chronické hepatitidy C	
	MUDr. Jiří Novák	23
	Novější poznatky o paracetamolu ve vztahu k hepatální toxicitě, sensitivitě a vzniku astmatu	
	PhDr. Kateřina Thorová, Ph.D.	27
	Screening poruch autistického spektra v pediatrické praxi	
	MUDr. Jarmila Kavanová	30
	Kazuistika – rotavirus	
	Ze světa odborné literatury	31
	Aktuality	32
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Infekce + STI	38
	1/2012/DZP – cenový předpis MZ ČR o regulaci cen zdravotní péče, stanovení maximálních cen zdravotní péče zubních lékařů hrazené z veřejného zdravotního pojištění plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a specifických zdravotních výkonů	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**AHOU
GSK
HERO
MSD
NESTLÉ
PFIZER**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX
PEDIATRIAE**

www.detskylekar.cz

Tisk a distribuce: Casus Direct Mail, a.s., držitel certifikátu ISO 9001, ISO 14001 a ISO 27001, Žilinská 5, 141 00 Praha 4, www.casus.cz

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

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:
MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc.,
MUDr. Pavel Neugebauer, MUDr. Olga Roškotová

Inzerce: Ing. Veronika Drahovzalová
GSM: 605 281 665 – jen pro inzery
veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

Pondělí 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Úterý 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Středa 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Čtvrtek 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Pátek 10⁰⁰ – 13⁰⁰ hod.

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

Redakce VOX:
telefon: 267 184 065
e-mail: centrum@detskylekar.cz

Obrázek na titulní straně namaloval ústy Jakub Hříbek, převzato z nakladatelství UMÚN, s.r.o., Nad Školou 1285, 463 11 Liberec, tel. 485 161 712, www.umun.cz

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



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

„Vzhledem k vážné situaci, která nastala t.č. v ČR v souvislosti s očkováním, žádáme předsedu SPLDD ČR MUDr. Pavla Neugebauera, aby po pečlivém rozhodnutí zvážil další setrvání ve své funkci.“ Tak zní doporučení brněnských lékařů pod dojmem výstupů po proběhlém semináři věnovaném novému modelu úhrady a vykazování očkování v roce 2012. *„Uspořádání semináře bylo předčasné a unáhlené, neboť nebylo praktickým dětským lékařům co říci“* či *„neměli jsme přistoupit na změny, pokud nebyly námi odsouhlaseny“*, zaznívá z jiných stran.

Jsou výše uvedené citace na místě? Jsou pravdivé? Bylo možné dělat více? Jde skutečně o chybu předsedy? To jsou otázky, které mě zákonitě při čtení podobných hodnocení napadají. Rád bych se nad položenými otázkami krátce zamyslel a pokusil se vyjádřit svůj pohled na věc.

Kdo rozhodl o provedené úpravě, tj. přesunu odpovědnosti za úhradu „povinného“ očkování ze státu, resp. Ministerstva zdravotnictví ČR na zdravotní pojišťovny? Odpověď je jednoduchá – politici. Domnívám se, že v tomto státě snad nemůže být člověk, který by si myslel, že rozhodnutí bylo učiněno na základě analýzy zkušeností z jiných zemí, na základě analýzy stavu fungování systému u nás a po odborné diskusi skutečných odborníků na organizaci zdravotnických systémů. Jestli to rozhodli politici, mohl tomu předseda zabránit? Má větší moc než lídři vládnoucích politických stran?

Na jaké hráče to nakonec spadlo a jak? MZ ČR, které v této kauze zastupuje stát a které si do doby převedení zodpovědnosti za distribuci a úhradu očkovacích látek (OL) nedovedlo se svou rolí poradit? Podle dostupných informací se odhad ztrátovosti OL pohyboval kolem 20–30%. MZ ČR, které před časem změnilo systém distribuce očkovacích látek a které už tehdy rádo přehrálo financování části očkovacích látek (OL) pro nepovinná očkování na zdravotní pojišťovny? Co jsme mohli asi tedy očekávat a co jsme mohli změnit?

Zdravotní pojišťovny (ZP), které v nouzi musí uhradit kdeco? Politici rozhodnou o zvýšení platů v nemocnicích – zdravotní pojišťovno, plať! Státní ústav pro kontrolu léčiv pod kontrolou MZ ČR ve správních řízeních stanovuje maximální ceny a způsoby úhrady – nejen zdravotní pojišťovno, plať. ZP, které zajímá, jak vyjdou příjmy a výdaje v rámci zdravotně-pojistného plánu, a nikoliv kvalita poskytované zdravotní péče? ZP, které mají ekonomiku jako základní krédo, mají usilovat o vysokou proočkovanosť a tudíž zvyšování nákladů? Jaký asi šlo očekávat přístup? Uznávám, že u obou předchozích aktérů jsme možná více, než bylo na místě, věřili v serióznost a přímost jednání. Je to i pro mne poučení.

Dalším aktérem je distributor, který byl podle všeho pro distribuci vybrán ještě před změnou financování. Veřejná zakázka ze strany ZP stanovila pro výběr distribuce kritéria, která nápadně připomínají parametry, jež vznikaly při změně distribuce. Na druhou stranu nutno přiznat, že vybraný distributor je společnost, která poměrně efektivně a brzy dokázala naplnit stanovené základní požadavky, ačkoliv zkušenosti a minulost byly minimální.

Praktický dětský lékař (PLDD), který má díky své profesi poměrně vysoké sociální citění? PLDD, který si díky tomu často neumí říci rodičům o úhradu své činnosti, i když mu to nezaplatí někdo jiný a má na úhradu legitimní právo? PLDD, který si svými nejednotnými stanovisky přispěl ke zrušení části příjmu z regulačních poplatků a tím i byl minimální bariérou vstupu dítěte – pacienta do ordinace? PLDD, který díky nejednotným stanoviskům dnes jen těžko vstřebává manažering své ordinace včetně nákupu vakcín pro nepovinná očkování? PLDD, který o tento manažering často vůbec nestojí? PLDD, který rád kritizuje, ale když má udělat něco pro druhé a po volbě zastupovat své kolegy, raději nepřijde na volební konferenci?

Na druhou stranu taky PLDD, který přes všechny peripetie udržuje proočkovanosť dětské populace na předních místech celosvětových žebříčků? PLDD, který drží na předních místech těchto statistik naši republiku v parametru kojenecké úmrtnosti? PLDD, který zkvalitňováním své činnosti způsobuje existenční nejistotu leckterému lůžkovému dětskému zařízení? A dalo by se ve výčtu i pokračovat.

Osobně jsem hrdý, že jsem PLDD, a chci jím i zůstat. Proto jsem se rozhodl svou funkci vykonávat a popravdě vykonávám ji i pro sebe, neboť bych rád jako PLDD i ještě řadu let fungoval. S touto myšlenkou i na každé jednání chodím. Jsem si plně vědom, že výstupy z řady jednání nejsou vždy ideální a často s nimi nesouhlasím ani já, ale mám skutečně moc tyto výsledky vždy změnit? Já vím, že ne, a až si to nebude myslet větší část PLDD, a dá to najevo i ve volbách, pak budu vědět, že nastal čas odejít. Děkuji všem kolegyním a kolegům za projevenou důvěru a podporu, i když to neříkají nahlas a přede všemi.

Tento rok je rokem volebních konferencí, třeba mě jejich průběh přesvědčí, že jsem se ve svých úvahách mýlil. Přeji všem PLDD, aby se nenechali novou legislativou znechutit a ať vydrží. Na podporu svých slov bych rád parafrázoval: „Přežili jsme Ratha, přežijeme i současné politiky.“ Nebo snad ne?

S přáním radostného očekávání jara

Pavel Neugebauer



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

V prosinci se měla finalizovat jednání nad novým modelem očkování v roce 2012. Přes řadu proběhlých jednání se nepodařilo dojít ke shodě a situaci bude muset direktivně řešit MZ ČR. Začátkem prosince proběhl Kongres medicínského práva, na kterém bylo ilustrativně ukázáno, jak variabilní může být výklad některých ustanovení balíčku tzv. reformních zákonů ve zdravotnictví. Celá reforma, do níž lze zařadit i změnu financování a vykazování očkování od roku 2012, tak ztrácí důvěryhodnost a v řadách lékařů vyvolává stále více otázek.

1.-2.12.

V hotelu Pyramida v Praze se uskutečnil Kongres medicínského práva, kterého jsem se účastnil spolu s dr. Hülleovou a dr. Dvořákovou. Nad některými výstupy jsem se zamýšlel v editorialech lednového čísla, nicméně i k datu, kdy je psán tento přehled činnosti, platí, že řada ustanovení v legislativě, která postupně nabíhá v letošním roce, nemá jednotný právní výklad. Sdružení pořádá řadu seminářů s právní problematikou a i na nich se setkáváme s realitou, kdy na předchozím semináři příslušný právník hodnotil určité ustanovení jinak. A na otázku proč slyšíme odpověď, že k posunu dochází i na základě probíhající diskuse mezi právníky. Co do takové situace přinese denní zkušenost z ordinací, to asi v tuto chvíli tuší málokdo, nejspíše ani tito právníci.

5.12.

Na svém pravidelném jednání se sešla Koalice soukromých lékařů. O výstupech z tohoto jednání informujeme na jiném místě.

7.12.

Na půdě MZ ČR se konalo další z plánovaných jednání na téma očkování v roce 2012, resp. pravidelná očkování v roce 2012. Tohoto jednání se za praktické dětské lékaře účastnili dr. Cabrnchová, dr. Dvořáková a dr. Kudyn. Na tomto jednání zástupce za zdravotní pojišťovny dr. Frňka informoval, že v nejbližších dnech bude znám vítěz obchodní soutěže na výběr distributora pro povinná očkování. Mgr. Uher na tomto jednání informoval o výstupech z jeho jednání s právními zástupci zdravotních pojišťoven, kdy bylo potvrzeno, že smluvním mechanismem pro pravidelná očkování může být jak samostatná smlouva, tak i forma dodatku ke stávající smlouvě. Dále informoval o skutečnosti, že samotný text dodatku není pro poskytovatele problém, rozpory se týkají Metodiky, která je

nicméně součástí tohoto dodatku. Bylo dohodnuto, že toto smluvní ujednání bude uzavíráno na dobu 1 roku s automatickou prodloužením. Zároveň bylo konstatováno, že nedošlo k dohodě o způsobu vykazování a že rozhodnutí učiní MZ ČR.

16.12.

Předsednictvo Sdružení na svém jednání, krom řešení řady problematik z jednotlivých regionů, obsáhle diskutovalo o výstupech z jednání k problematice změn v očkování v roce 2012 a vyslovilo nepokojení nad aktuální situací v této oblasti. Ačkoliv se blíží konec roku, stále panuje řada otázek a MZ naplánovalo na toto téma další schůzku na začátek ledna. Do konce roku tedy nebude moci být směrem k PLDD vydán pokyn, jak mají postupovat. Předsednictvo se dále

obsáhle zabývalo problematikou vydávání VOXu, aby nakonec odhlasovalo ukončení spolupráce s Mgr. Brtnickým. Dalším obsáhle diskutovaným problémem bylo rozhodnutí SEKK v poskytování externí kontroly u rychlé diagnostiky v ordinacích praktických lékařů. SEKK odmítl smluvně ubezpečit jedno vyšetření požadované vyhláškou, kterou se vydává Seznam výkonů, a na základě doporučení odborné biochemické společnosti podmínil provedení externí kontroly nasmlouváním dvou kontrol ročně. Tuto problematiku intenzivně řeší obě profesní organizace i obě odborné společnosti. V neposlední řadě předsednictvo hodnotilo situaci kolem platební morálky zdravotních pojišťoven s tím, že jsou již informace o několikadenním opoždění plateb ze strany VZP.

31.1.

Způsob vykazování a úhrady zdravotních výkonů očkování a zvláště účtovaných léčivých přípravků zdravotnickými zařízeními v roce 2012. Materiál zpracován na jednání VV SPLDD ČR.

Očkovací látka	Kód výkonu	Dg.	ZULP=kód SÚKL	Hodnota ZULP	Použ. množst. OL/bal.	Poznámka
Infanrix Hexa	02105	Z 278	00 25 646	0	0,1	
Infanrix	02105	Z 271	00 01 713	0	0,1	
Priorix	02105	Z 274	00 57 521	0	1	
Priorix Tetra	02100	Z 274	(01 18 615)	hradí rodič		ZULP nevykazovat*
Bostrix-Polio	02105	Z 273	01 20 112	0	1	
Engerix-B 10	02105	Z 246	00 57 570	0	0,04	
Twinrix ped.	02100	Z 246	(00 26 858)	hradí rodič		ZULP nevykazovat*
Tetavax	02105	Z 235	08 34 43	0	1	
Boostrix	02100	Z 235	(01 20 102)	hradí rodič		ZULP nevykazovat*
Adacel	02100	Z 235	(01 57 626)	hradí rodič		ZULP nevykazovat*
Prevenar 13	02105	Z 238	01 49 868	0	1	Zdravotní indikace
Prevenar 13	02148	Z 238	01 49 868	1 035 Kč	1	Doplatek 485 Kč
Synflorix	02148	Z 238	01 49 034	1 035 Kč	1	Bez doplatku
Infanrix Hib	02105	Z 278	00 56 049	0	1	Rozložené očkování**
Imovax Polio	02105	Z 240	01 00 224	0	1	Rozložené očkování**
Hiberix	02105	Z 238	00 54 227	0	1	Rozložené očkování**
D.T.Vax	02105	Z 278	00 51 873	0	0,1	Rozložené očkování**

* vykazovat pouze v případě smluvního ujednání; **nižší kombinace hrazených OL



Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů řešila především problematiku legislativy a změn, které přinesl balíček tzv. reformních zákonů. Tentokrát vás informujeme o jednom z hodně diskutovaných témat, o přeregistracích. Již v minulém čísle jste si mohli přečíst korespondenci s resortním ministerstvem a dnes vám předkládáme text Metodického pokynu, kdy problematika přeregistrace již dostává konkrétní podobu. Začátek roku sebou nesl samozřejmě i zkušenosti s aplikací tzv. úhradové vyhlášky, Koalice se k tomuto tématu vyjádřila svým tiskovým prohlášením.

■ I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 3. 1. 2012

1. Úhrady 2012

- Zástupci KSL se rozhodli vydat společné prohlášení, ve kterém nebudou hodnotit obsah tzv. úhradové vyhlášky, ale vyjádří svůj nesouhlas s přerozdělováním finančních prostředků ve prospěch pouze jednoho z poskytovatelů, které je v rozporu s programovým prohlášením vlády i trendy v EU.
- O znění cenových dodatků jednájí členové KSL se zdravotními pojišťovnami individuálně.
- Dr. Jojko se obrátí na ZP s dotazem, zda při uplatňování regulací zohlední navýšení DPH.

2. Legislativa

Přeregistrace

- Podle informací, které mají členové Koalice po několika jednáních se zástupci krajských úřadů k dispozici, by přeregistrace neměly být velkou administrativní zátěží. Problém však může nastat u krajských úřadů, které nemají dokumentaci k registraci zdravotnických zařízení ve svém regionu v pořádku, nebo v případě, že budou žádat doplnění těch materiálů, které nebyly v době vzniku ZZ požadovány.
- SAS osloví MUDr. Hřebíkovou, která v dopise Koalici informovala o plánovaných jednáních s krajskými úřady, s žádostí, aby postup KÚ při provádění přeregistrací byl koordinován ve prospěch ZZ s omezením nadbytečné administrativní zátěže.
- Podle informace dr. Jojka podepsalo 17 senátorů ústavní stížnost proti přeregistracím, proti registrům a snad i proti velkým pokutám.

Návrhy na změny novel zákonů

- Mgr. Jakub Uher připravil ve spolupráci s ostatními právními zástupci přehled

nevypořádaných připomínek k návrhu zákona o zdravotních službách a poslal je dr. Šťastnému. Zatím nebyla zaznamenána žádná reakce. Dr. Neugebauer zašle ostatním členům Koalice materiál odeslaný Mgr. Uhrem a osloví znovu dr. Šťastného.

- Dr. Šmatlák navrhl požádat dr. Šťastného o schůzku se zástupci KSL.

3. Různé

- Společnost SEKK, která poskytuje hodnocení kvality laboratoří, trvá na nasmlouvání minimálního počtu dvou kontrol ročně, přestože zdravotní pojišťovny dvě kontroly nepožadují.

■ II. Tiskové prohlášení Koalice soukromých lékařů ze dne 11. 1. 2012

Koalice soukromých lékařů (dále také jen KSL) kategoricky nesouhlasí s tím, že ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím úhradové vyhlášky pro rok 2012 přerozdělilo finanční prostředky na zdravotní péči tak, že navýšilo úhrady pouze nemocnicím.

Daný postup je v rozporu s programovým prohlášením vlády i všemi trendy v rámci EU, kde se procento prostředků, směřující do lůžkové péče, spíše snižuje. Již nyní směřuje v ČR do segmentu lůžkové péče největší procento veřejných financí v rámci EU.

Ministerstvo opakovaně ignoruje problematiku většiny ambulantní sféry a svým konáním ohrožuje chod mnohých ambulantních zařízení. Koalice soukromých lékařů vyzývá ministra zdravotnictví, aby se začal problematikou ambulantního sektoru seriózně zabývat a nepokračoval v jeho diskriminaci.

Za Koalici soukromých lékařů:

MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR, mluvčí KSL

MUDr. Pavel Chrz, prezident České stomatologické komory

MUDr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení praktických lékařů ČR

MUDr. Pavel Neugebauer, předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

MUDr. Alexandra Stará, Sdružení soukromých gynekologů ČR

■ III. Metodický pokyn k aplikaci přechodných ustanovení § 121 a § 122 zákona č. 372/2011 Sb.

K zajištění jednotného postupu při udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb a za účelem odstranění výkladových nejasností, které by se mohly v praxi vyskytnout, vydává Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen „ministerstvo“) v rámci metodického řízení státní správy v přenesené působnosti metodický pokyn k aplikaci přechodných ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách, dále jen „zákon“).

Článek 1

Podle tohoto metodického pokynu postupují příslušné správní orgány při rozhodování o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle přechodných ustanovení zákona.

Článek 2

Ustanovení § 121 zákona obsahuje právní úpravu poskytování zdravotních služeb osobami, které jsou podle dosavadních právních předpisů oprávněny provozovat nestátní zdravotnické zařízení na základě rozhodnutí o registraci podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů (dále také jen „NZZ“). Podle ustanovení § 121 odst. 1 zákona mohou NZZ na základě registrace dle dosavadních předpisů



poskytovat zdravotní služby, které odpovídají druhu a rozsahu zdravotní péče uvedené v registraci, a to po dobu nejdéle 36 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona, nestanoví-li zákon jinak; tyto osoby se považují za poskytovatele. Držitelé registrace podle dosavadních právních předpisů mají právo na vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona za předpokladu, že doloží náležitosti nutné k udělení registrace podle tohoto zákona. Je zde užit termín „registrace podle tohoto zákona“, avšak tento termín užíval zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, který se vydáním zákona zrušuje, zatímco nová právní úprava již nepracuje s termínem „registrace“, ale s termínem „vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb“. Poslední větu ustanovení § 121 odst. 1 zákona je tedy nutno vykládat tak, že držitelé registrace podle dosavadních právních předpisů mají právo na vydání **oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona** za předpokladu, že doloží náležitosti nutné k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Dle ustanovení § 121 odst. 4 zákona pozbývá registrace platnosti dnem nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nejpozději však uplynutím 36 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona. To neplatí, požádá-li shora uvedený poskytovatel o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb do 9 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona a řízení o žádosti nebude pravomocně skončeno do 36 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona; v tomto případě registrace pozbývá platnosti dnem nabytí právní moci rozhodnutí o žádosti.

Poskytování zdravotnické záchranné služby je zvlášť upraveno v § 121 odst. 2. Podle tohoto ustanovení osoba, která je na základě registrace oprávněna provozovat zařízení zdravotnické záchranné služby a nesplňuje požadavky pro udělení oprávnění k poskytování zdravotnické záchranné služby podle tohoto zákona a zákona o zdravotnické záchranné službě, může na základě registrace poskytovat zdravotnickou záchrannou službu v rozsahu odpovídajícím druhu a rozsahu zdravotní péče uvedené v registraci, a to po dobu nejdéle 12 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona; tato osoba se považuje za poskytovatele.

Článek 3

Podle ustanovení § 121 odst. 5 zákona platí, že pokud shora uvedený poskytovatel hodlá poskytovat zdravotní služby po uplynutí 36 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona, požádá do 9 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb obsahuje náležitosti uvedené v § 18 odst. 1 zákona. Příslušný správní orgán je povinen vydat rozhodnutí o žádosti nejpozději do 36 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona.

Z ustanovení § 121 odst. 5 zákona vyplývá, že žádost podaná osobou, která je podle dosavadních právních předpisů oprávněna provozovat nestátní zdravotnické zařízení na základě rozhodnutí o registraci podle zákona č. 160/1992 Sb., obsahuje pouze náležitosti obsažené v § 18 odst. 1 zákona.

Jedná se o:

a) je-li žadatelem fyzická osoba

1. jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné příjmení, státní občanství, adresu místa trvalého pobytu na území České republiky nebo v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresu bydliště mimo území České republiky a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území České republiky a datum a místo narození žadatele,
2. identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,
3. jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné příjmení, státní občanství, adresu místa trvalého pobytu na území České republiky nebo v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresu bydliště mimo území České republiky a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území České republiky a datum a místo narození odborného zástupce, jestliže musí být ustanoven,
4. formu zdravotní péče, obory zdravotní péče, popřípadě druh zdravotní péče podle ustanovení § 5 odst. 2 písm. f) až i) zákona nebo název zdravotní služby podle ustanovení § 2 odst. 2 písm. d) až f) zákona, a to pro každé místo poskytování zdravotních služeb,
5. adresu místa, popřípadě míst poskytování zdravotních služeb, v případě zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče adresu

místa jednotlivých pracovišť a v případě poskytování domácí péče adresu místa kontaktního pracoviště,

6. datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb,
7. dobu, po kterou žadatel hodlá zdravotní služby poskytovat, pokud žádá o udělení oprávnění na dobu určitou,

b) je-li žadatelem právnická osoba

1. obchodní firmu nebo název, adresu sídla, v případě právnické osoby se sídlem mimo území České republiky též místo usazení podniku nebo organizační složky podniku právnické osoby na území České republiky,
2. bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno organizační složkou státu nebo organizační složkou územního samosprávného celku, její název, adresu sídla a identifikační číslo a název jejího zřizovatele, a dále jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné příjmení, státní občanství, adresu místa trvalého pobytu na území České republiky nebo v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresu bydliště mimo území České republiky a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území České republiky a datum narození vedoucího organizační složky státu; údaje o vedoucím organizační složky státu se neuvádějí v případě Bezpečnostní informační služby a Úřadu pro zahraniční styky a informace,
3. údaje uvedené v písmenu a) bodě 3 o odborném zástupci a osobách, které jsou statutárním orgánem žadatele nebo jeho členy nebo které jednají jménem právnické osoby zapisované do obchodního rejstříku nebo obdobného rejstříku před jejím vznikem,
4. adresu místa, popřípadě míst poskytování zdravotních služeb, v případě zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče adresu místa jednotlivých pracovišť a v případě poskytování domácí péče adresu místa kontaktního pracoviště,
5. údaje uvedené v písmenu a) bodech 2, 4, 6 a 7.

Doklady k žádosti správní orgán nevyžaduje, pokud žadatel současně neoznamuje změny týkající se údajů uvedených v rozhodnutí o registraci nebo změny týkající se dokladů, které předkládal k žádosti o registraci.



Článek 4

Ustanovení § 122 zákona obsahuje právní úpravu poskytování zdravotních služeb osobami, které jsou podle dosavadních právních předpisů oprávněny provozovat zdravotnické zařízení státu.

Dle ustanovení § 122 odst. 1 zákona mohou tyto osoby bez oprávnění k poskytování zdravotních služeb poskytovat zdravotní služby odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče, kterou poskytovaly ke dni nabytí účinnosti zákona, a to po dobu nejdéle 12 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona, není-li dále stanoveno jinak; tyto osoby se považují za poskytovatele.

Podle ustanovení § 122 odst. 2 zákona platí, že pokud tyto poskytovatelé hodlají poskytovat zdravotní služby po uplynutí 12 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona, požádají do 3 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb; v tomto případě mohou poskytovat zdravotní služby bez oprávnění do doby nabytí právní moci rozhodnutí o žádosti. Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb **obsahuje náležitosti uvedené v ustanovení § 18 odst. 1, 2 a 4 zákona.** Příslušný správní orgán je povinen vydat rozhodnutí o žádosti nejpozději do 12 měsíců ode dne nabytí účinnosti zákona.

Z uvedeného vyplývá, že na rozdíl od stávajících provozovatelů nestátního zdravotnického zařízení, jejichž žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotnických služeb obsahuje pouze náležitosti uvedené v ustanovení § 18 odst. 1 zákona, jsou osoby, které jsou oprávněny provozovat zdravotnické zařízení státu, povinny k žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb předložit také doklady uvedené v ustanovení § 18 odst. 2 a 4 zákona.

Jedná se o:

1. doklad o tom, že právnická osoba byla zřízena nebo založena, pokud se nezapíše do obchodního nebo obdobného rejstříku nebo pokud zápis ještě nebyl proveden; je-li žadatelem právnická osoba se sídlem mimo území České republiky, předloží se výpis z obchodního nebo obdobného rejstříku vedeného ve státě sídla a doklad o tom, že právnická osoba, popřípadě podnik nebo organizační složka podniku právnické osoby na území České republiky byly zapsány

- do obchodního rejstříku, pokud zápis již byl proveden; doklad o zápisu do obchodního nebo obdobného rejstříku nebo výpis z těchto rejstříků nesmí být starší 3 měsíců; doklady uvedené v tomto bodě se k žádosti nepřikládají, jde-li o právnickou osobu zřízenou na území České republiky zákonem nebo bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno organizační složkou státu nebo územního samosprávného celku,
2. doklad o bezúhonnosti osob, které jsou statutárním orgánem žadatele nebo jeho členy,
3. doklad o bezúhonnosti vedoucího organizační složky státu nebo organizační složky územního samosprávného celku, bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno touto organizační složkou,
4. v případě ustanovení odborného zástupce doklady o způsobilosti odborného zástupce k samostatnému výkonu zdravotnického povolání, doklad o bezúhonnosti a prohlášení odborného zástupce, že souhlasí s ustanovením do funkce odborného zástupce a že u něj netrvá žádný z důvodů uvedených v ustanovení § 14 odst. 1 a 3 zákona, pro který by nemohl funkci odborného zástupce vykonávat,
5. seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli, a to v rozsahu požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. U lékařů, zubních lékařů a farmaceutů způsobilých k samostatnému výkonu zdravotnického povolání se v seznamu uvede jméno, popřípadě jména, příjmení, obor, v němž mají způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického povolání, a jejich týdenní pracovní doba; u vedoucích zaměstnanců se uvede též jejich pracovní zařazení. U ostatních zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků se v seznamu uvede pouze jejich počet v členění podle odborné způsobilosti. Seznam se člení podle zařazení pracovníků k jednotlivým formám a oborům zdravotní péče, popřípadě druhům zdravotní péče podle ustanovení § 5 odst. 2 písm. f) až i) zákona nebo zdravotním službám podle ustanovení § 2 odst. 2 písm. d) až f) zákona; v případě více míst poskytování zdravotních služeb se seznam člení též podle těchto míst,

6. prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno podle zákona,
7. souhlasné závazné stanovisko vydané Státním ústavem pro kontrolu léčiv k technickému a věcnému vybavení zdravotnického zařízení, jde-li o poskytování lékařské péče,
8. povolení k činnosti podle atomového zákona vydané Státním úřadem pro jadernou bezpečnost, budou-li při poskytování zdravotních služeb používány zdravotnické prostředky užívané k lékařskému ozáření,
9. souhlas ministerstva s poskytováním lázeňské léčebně rehabilitační péče, jde-li o poskytování této péče,
10. rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdraví a provozní řád,
11. doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb,
12. doklad prokazující povolení k pobytu na území České republiky žadatele a odborného zástupce, byl-li ustanoven, pokud mají povinnost takové povolení mít,
13. prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v ustanovení § 17 písm. b) a c) zákona a písemný souhlas předběžného insolvenčního správce nebo insolvenčního správce v případě, kdy nevydání tohoto souhlasu by bylo překážkou pro udělení oprávnění uvedenou v ustanovení § 17 písm. d) nebo e) zákona.

V případě poskytování pouze dlouhodobé lůžkové péče jen zdravotnickými pracovníky nelékařského povolání žadatel k žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb předloží smlouvu s poskytovatelem ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost o zajištění akutní zdravotní péče pacientům.

Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR



Právní rubrika:

Lékařské pohotovostní služby v návrhu zákona o zdravotních službách

Mgr. Jakub Uher
právník SPLDD ČR

Zákon ukládá poskytovateli povinnost „podílet se na žádost kraje na zajištění lékařské pohotovostní služby“, bez dalšího, ovšem pod sankcí do 100 000 Kč za porušení povinnosti podílet se na zajištění lékařské pohotovostní služby.

Lékařská pohotovostní služba je pak definována tak, že se jedná o ambulantní péči poskytovanou pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění. O pohotovostní službu nejde v případě poskytnutí ambulantní péče v rámci pravidelné ordinační doby poskytovatele.

Lékařská pohotovostní služba je tedy definována stavem pacienta (náhlé zhoršení zdravotního stavu nebo průběhu onemocnění) a časem poskytnutí – ovšem nikoli objektivně určeným, ale ve vazbě na ordinační hodiny konkrétního poskytovatele. Tedy péče poskytnutá ve shodnou dobu bude u jednoho poskytovatele péčí běžnou a u jiného poskytovatele pak již péčí pohotovostní.

Zákon pak dále uvádí, že kraj odpovídá za organizaci a zajištění lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství, opět bez dalšího.

Tolik tedy zákon. Otázkou je, zda vůbec a případně jaká povinnost výše uvedenými ustanoveními zákona poskytovatelům vzniká.

V první řadě ze zákona vyplývá, že poskytovatel může poskytovat zdravotní služby pouze v místech uvedených ve svém oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Tedy není možné, aby poskytovatel poskytoval pohotovostní službu v jiném místě, než má výslovně uvedeno v oprávnění. Uzavření smlouvy, na jejímž základě by mělo toto probíhat, není podle mne v souladu se zákonem, vzniká problém s odpovědností atd. Tedy odhlédneme-li od případného pracovněprávního vztahu, na jehož základě by osoba pracovala v zařízení poskytujícím pohotovostní služby, jehož případné uzavření ovšem nemůže být

naplněním zákonem uložené povinnosti podílet se, neboť ta je uložena poskytovateli a nemůže vést k „nucenému“ uzavření pracovněprávního vztahu, tak podle mne nelze učinit jiný závěr, než že podíl na zajištění lékařské pohotovostní služby by se realizoval pouze tak, že poskytovatel by v určitém termínu ponechal svou ordinaci otevřenou pro případy náhlého zhoršení zdravotního stavu nad rámec svých ordinačních hodin.

Další otázkou je, jakým způsobem musí a má být toto smluvně upraveno, případně zda jde o smlouvu úplatnou či nikoli. Podle mého názoru tu smluvní základ mezi krajem a poskytovatelem být musí, jde o vymezení podmínek, rozsahu, termínu, atd., přičemž poskytovatel nebude nucen uzavřít jakoukoli smlouvu, tedy akceptovat bez dalšího jakýkoli návrh kraje. Povinnost není bezúplatná, tedy je relevantní i diskuse o ceně požadované činnosti v rámci jednání o smlouvě.

Další otázkou je, kterých poskytovatelů se povinnost podílet se na pohotovostní službě týká – vzhledem k definici této služby lze dovodit, že se jedná o veškeré ambulantní poskytovatele, bez rozdílu oboru. Lze jen doplnit, že vyhlášky o personálním, věcném a technickém vybavení nebudou obsahovat (a zřejmě ani nemohou, neboť je vazba na obor poskytování) ustanovení řešící povinné minimální vybavení pro ordinaci poskytující pohotovostní péči – to se bude vždy lišit dle oboru konkrétního poskytovatele.

Konečně dosti zásadní je otázka, zda je uvedené ustanovení vůbec způsobilé založit právo či povinnost, a to vzhledem k jeho značné neurčitosti a nekonkrétnosti. Zákoné ustanovení ukládající povinnost je formulováno takto: „podílet se na žádost kraje na zajištění lékařské pohotovostní služby“. Platí, že zákon může ukládat povinnosti, ale jejich obsah musí být ze samotného znění zákona zřejmý a určitý (meze musejí být vymezeny zákonem), není tedy přípustné,

aby neurčitost zákona byla nahrazována rozhodnutím dalšího subjektu (v daném případě kraje, který by se tímto de facto stal tvůrcem práva). Pokud zákonné ustanovení nespĺňuje výše uvedené podmínky (a podle mne je v tomto případě pravděpodobně nespĺňuje), nebude aplikovatelné.

Níže uvádím příslušná ustanovení právních předpisů.

§ 1 odst. 1 písm. a)

Kraj odpovídá za organizaci a zajištění lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

§ 11 odst. 4

Personální zabezpečení zdravotních služeb musí odpovídat oborům, druhu a formě poskytované zdravotní péče a zdravotním službám podle § 2 odst. 2 písm. d) až f). Požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, týkající se odborné, specializované, popřípadě zvláštní odborné způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a jejich počtu stanoví prováděcí právní předpis.

§ 11 odst. 5

Zdravotní služby mohou být poskytovány pouze ve zdravotnických zařízeních v místech uvedených v oprávnění k poskytování zdravotních služeb; to neplatí v případě zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí, zdravotnické dopravní služby, přepravy pacientů neodkladné péče, přednemocniční neodkladné péče poskytované v rámci zdravotnické záchranné služby, zdravotních služeb poskytovaných v mobilních zdravotnických zařízeních ozbrojených sil za krizových situací a jde-li o převoz těla zemřelého na pitvu a z pitvy podle zákona o pohřebnictví. V případě, že poskytovatel poskytuje pouze domácí péči, musí mít kontaktní pracoviště.



§ 11 odst. 6

Zdravotnické zařízení musí být pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno. Technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení musí odpovídat oborům, druhu a formě poskytované zdravotní péče a zdravotním službám podle § 2 odst. 2 písm. d) až f). Požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení, týkající se stavebně technického, funkčního a dispozičního uspořádání prostor a vybavení vybranými zdravotnickými prostředky, jinými přístroji a zařízeními, na vybavení kontaktního pracoviště, a v případě lékařské péče poskytované v odloučeném oddělení výdeje léčiv i na místo poskytování péče, stanoví prováděcí právní předpis. Tímto

nejdou dotčeny požadavky na zdravotnická zařízení podle jiných právních předpisů.

§ 45 odst. 2 písm. l)

Poskytovatel je povinen podílet se na žádost kraje, jehož krajský úřad mu udělil oprávnění, na zajištění lékařské pohotovostní služby, lékařské pohotovostní služby a pohotovostní služby zubních lékařů; to neplatí, jde-li o Vězeňskou službu,

§ 110 odst. 2

Lékařskou pohotovostní službou se rozumí ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění. O pohotovostní službu nejde v případě po-

skytnutí ambulantní péče v rámci pravidelné ordinační doby poskytovatele. Podle věty první a druhé se postupuje i v případě poskytování pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a lékařské pohotovostní služby.

§ 117 odst. 2 písm. i)

Poskytovatel se dopustí správního deliktu dále tím, že poruší povinnost podílet se na zajištění lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby poskytované zubními lékaři nebo lékárníky podle odst. 2 písm. l), Za správní delikt se uloží pokuta do 100 000 Kč.

Zákoník práce změny v roce 2012

Lenka Dovráková, DiS.

Adamec audit s.r.o.

- změna délky zkušební doby – u řadových zaměstnanců se ponechává doba nejdéle 3 měsíců, zatímco u vedoucích zaměstnanců může činit nejvýše 6 měsíců.
- pracovní poměr na dobu určitou – po uzavření pracovního poměru na dobu určitou, lze tento poměr prodloužit pouze 2×. Doba trvání pracovního poměru může být max. 3 roky. Zaměstnanec může u zaměstnavatele na dobu určitou pracovat nejdéle 9 let.
- odstupné – výše odstupného se nově určí dle trvání pracovního poměru u zaměstnavatele
 - jednonásobku průměrného výdělku, jestliže pracovní poměr trval méně než 1 rok,
 - dvojnásobku průměrného výdělku, pokud pracovní poměr trval déle než 1 rok, ale ne déle než 2 roky,
 - trojnásobku průměrného výdělku, pokud zaměstnanec u zaměstnavatele pracoval déle jak 2 roky.
- zaměstnanci, který okamžitě zruší pracovní poměr, bude příslušet místo odstupného náhrada mzdy ve výši průměrného výdělku za dobu, která odpovídá délce výpovědní doby.
- dohoda o provedení práce – mění se rozsah hodin ze 150 na 300 za rok u téhož zaměstnavatele. Dohoda o provedení práce bude zakládat účast na nemocenském pojištění, pokud měsíční příjem přesáhne 10 000 Kč. Nově bude také ke každé ukončené DPP zápočtový list.
- rozšiřuje se okruh nemocensky a důchodově pojištěných zaměstnanců o
 - společníky a jednatele s.r.o. a komanditisty komanditní společnosti, jestliže mimo pracovněprávní vztah vykonávají pro ni práci, za kterou jsou touto společností odměňováni,
 - likvidátory a prokuristy, pokud se jejich příjem považuje za příjem ze závislé činnosti podle zákona o daních z příjmů,
 - členy družstva, kteří vykonávají činnost v orgánech družstva mimo pracovněprávní vztah za odměnu v případě, že výkon této činnosti není dle stanov družstva považován za výkon práce pro družstvo,
 - vedoucí organizačních složek zahraničních právnických osob, které jsou v České republice zapsány v obchodním rejstříku,
- členy kolektivních orgánů právnických osob, kteří jsou za činnost v těchto orgánech odměňováni, pokud se jejich příjem za činnost v těchto orgánech považuje za příjem ze závislé činnosti podle zákona o daních z příjmů.
- zaměstnanec bude účasten nemocenského pojištění po dobu trvání jeho zaměstnání jen v tom kalendářním měsíci, kdy jeho započitatelný příjem dosáhl alespoň částky 2 500 Kč.
- nový výpovědní důvod – zaměstnavatelé nyní mohou dát výpověď zaměstnanci, který hrubým způsobem poruší lékařem stanovený režim při nemocenské v době prvních tří týdnů, kdy jej hradí zaměstnavatel.
- minimální mzda zůstává 8 000 Kč., sleva na poplatníka se zvyšuje z 1 970 Kč na původních 2 070 Kč.



Česká pediatrie jiným pohledem

diskusní příspěvek k článku MUDr. Josefa Havlíka

MUDr. Rusalka Scholleová

Reakce na článek otištěný v ČS Pediatrie 2011;66,(5):327-331 a následně ve Voxu pediatricae 2011;11(10):8-11.

Nikdy bych nepsala tento příspěvek, nebýt výše zmiňovaného provokativního článku. Je velice těžké vypsát stručně a jasně paměť šedesáti až sedmdesáti let mého povědomí o zdravotním systému a vývoji pediatrie v českých zemích. Můj pohled je jiný, protože moje pracovní anamnéza je jiná, neměla jsem absenci ze země na dlouhých 29 let, a také je možno připustit variabilitu vývoje v jednotlivých krajích a okresech. Cítím jako svůj velký úkol vyjádřit se alespoň k některým námětům.

Ač jsem z téže generace a absolvovala patrně stejnou pediatrickou fakultu Karlovy univerzity v Praze, můj pohled na stav pediatrie u nás je odlišný. Promovala jsem v roce 1955, pracovala na Chrudimsku, po čtyřech letech v okrese Pardubice, celkem téměř 50 let. V zahraničí jsem nepracovala, zato alespoň deset let jsem sledovala British Medical Journal a příležitostně i další cizí časopisy, abych se ubezpečila, že česká pediatrie jde s dobou a nezaostává.

■ Historie

K pochopení odlišnosti vývoje pediatrické péče u nás od vyspělých evropských zemí je nutno uvést několik poznámek. Ještě než jsem byla přijata na lékařskou fakultu v r. 1949, praktikovala jsem o prázdninách na chirurgickém oddělení v Příbrami. V té době tam stále ještě byla jen dvě oddělení (chirurgicko-porodnické a interní) v důsledku nedostatku lékařů a právě tak středního zdravotnického personálu následkem uzavření vysokých i řady zdravotnických škol v době německé okupace (1939-1945). Ale i před válkou bylo pediátrů málo. Péči o děti vykonávali praktičtí lékaři, jejichž obvody čítaly někde ještě v polovině šedesátých letech 4-5000 obyvatel a i o dva tisíce více (Přeloučsko). Po válce se rozbíhaly celoplošné očkovací akce, začaly vznikat dětské poradny k zajištění péče o kojence a jejich výživu. Kojenecká úmrtnost byla tehdy vysoká, 40-50 promile a víc, bylo třeba jednat rychle. Pro nedostatek

erudovaných lékařů byly pořádány kursy pediatrie v Havlíčkově Brodě pod vedením prim. Jaroslava Lhotáka, později profesora na dětské klinice v Olomouci. V letech 1951/1952 byl otevřen pediatrický směr pro 4. ročník lékařské fakulty a r. 1953/54 již samostatná pediatrická fakulta Karlovy univerzity v Praze v čele s prof. Josefem Švejcarem z 1. dětské a doc., později prof. Josefem Houškem z 2. dětské kliniky prof. Jiřího Brdlíka. tehdy v Sokolské ul. (nyní v Praze-Motole), a později také v Brně za vedení prof. O. Teyschla.

Během mých lékařských studií se situace postupně zlepšovala. Rok před promocí jsem se seznámila s chodem dětského oddělení v Sokolově a Kolíně, to byla má praktická „učební léta“. Po promoci po nástupu na dětské oddělení v Chrudimi jsem byla přijata jako lékařka s plnou kvalifikací pro pediatrii a plnou zodpovědností včetně nočních služeb společných pro obě oddělení – dětské (35 lůžek) a interní. Lékařka, která mi oddělení předala, odešla na obvod pro dospělé. Noční a nedělní služby se sloužily převážně ve třech na obou odděleních. Jedinou oporou mi byl primář dětského oddělení, který však byl zatížen ambulancí při nemocnici a dalšími aktivitami v dětských poradnách, na nichž jsem se záhy začala podílet. Často jsem musela řešit a rozhodovat se sama, a zvláště tehdy, když jsem se ocitla na asi deset dní bez primáře. Pracovalo se tehdy velice úsporně, tj. dělala se jen nutná účelná vyšetření, aby bylo možno dospět ke správné diagnóze. Vedle ambulance byla laboratoř pro vyšetření moči, sedimentace krve a mikroskopické vyšetření mozkomíšního moku. Krevní obrazy a tehdy prováděná biochemická vyšetření se prováděla na detašovaném pracovišti (do roku 1957). Jsem přesvědčena, že v padesátých letech byli absolventi lékařských fakult přednostně umisťováni do pohraničí na úkor vnitrozemí a měli pak to štěstí více studovat a diskutovat nad případy svých pacientů.

■ Současnost

K evidenci a dispenzarizaci dětí vadných a chronicky nemocných byl dán pokyn již od konce padesátých let. Tehdy byly zvláště

aktuální stavy po prodělaném akutním revmatismu, mezi ně byly řazeny i jiná ne zcela objasněná onemocnění. Pravidelnou kontrolu tehdy vyžadovaly především stavy po revmatických karditidách. S příchodem doc., později prof. Jana Ringla z dětské kliniky v Praze-Vinohradech do Pardubic se začala uplatňovat v péči o dětské revmatiky nová kritéria (Jonesova) a péče byla soustředěna společně s vrozenými vadami srdce do Pardubic. Další poradny vznikaly jen pomalu v rámci okresu při nemocničním oddělení. Teprve v posledních letech se některé poradny musely pro nedostatek místa přemístit mimo areál nemocnice. Současný PLDD se o své chronicky nemocné v dispenzární péči také stará, ale nesoustřeďuje je do poraden. Proto termínu „nejasné poradny v každém menším městě“ nemohu rozumět. Po „sametové revoluci“ se začal vytvářet nový systém s cílem vybudovat lepší, účelněji vedený zdravotní systém odpovídající tehdejšímu trendu více se srovnávat se vzory péče o děti v západních zemích. I když to nebylo vždy racionální, např. exploze rušení míst v jeslích a mateřských školách. Přejít na pokladenský systém ze začátku (1993-95) při 27 zdravotních pojišťovnách, vznik soukromých praxí, dostupnost nových laboratorních a zobrazovacích technik, rozvoj dalších antibiotik a léčiv vůbec od stále se zvětšujícího počtu firem a tím i názvů léků, vpád počítačů do ordinací atd. způsobily, že současní PLDD právě tak nemají čas, jako jej neměla naše generace. A „haldy“ administrativy čekají na své zpracování na parapetech oken mnoha ordinací tak jako dříve. To je skutečná bída.

Ovšem lesk pediatrie nelze vztahovat jen na úctyhodně nízkou kojeneckou úmrtnost. Lesk české pediatrie spočívá v systému pravidelných preventivních prohlídek dětí zdravých a péči o děti chronicky nemocné a vadné ve specializovaných poradnách krajských, ev. při klinických pracovištích jako jsou kardiocentra, hematologicko-onkologická oddělení, centrum pro metabolické vady, pro pankreatofibrózu atd. Vznikla krajská, někde i okresní ordinace pro endokrinologii a kardiologii vybavená ultrazvukem,



Uromodulin odhalí poruchu ledvin

Včasné odhalení poruch funkce ledvin umožní unikátní nález pracovníků oddělení laboratorní medicíny společnosti Středomoravská nemocniční, a. s., která spravuje nemocnice ve Šternberku, Prostějově a Přerově.

Zjistili, že velmi přesným ukazatelem časného poškození ledvin je bílkovina uromodulin, která se vyskytuje nejen v moči, ale i v krvi. Podle její koncentrace lze monitorovat zdravotní stav pacientů. „Ve spolupráci s výzkumným pracovištěm Univerzity Karlovy v Praze a biotechnologickou firmou jsme náhodně, při testování látky zvané uromodulin, kterou jsme chtěli stanovit v moči, zjistili, že se tato bílkovina vyskytuje také ve vysoké koncentraci v krvi jak u zdravých, tak u nemocných osob,“ uvedl přednosta oddělení laboratorní medicíny prof. MUDr. David Stejskal, Ph.D., MBA, EurChem. Ve dvou studiích v Praze a Prostějově si odborníci ověřili, že uromodulin je velmi přesným ukazatelem časného poškození ledvin a pravděpodobně lze podle jeho koncentrace i monitorovat zdravotní stav pacientů s ledvinovým postižením. Diagnostika počínajících postižení ledvin je přitom zcela zásadní pro stanovení odpovídající léčby a nyní neexistuje žádný ojedinělý parametr, pomocí kterého by bylo možno toto poškození odhadovat. „Běžně se v praxi používají takzvané multiplexní analýzy, které spočívají ve vyšetření palety metod v krvi a moči. Ty však často nejsou dostatečně robustní ani citlivé. Náš test podle prvních výsledků tato negativa neobsahuje a správně odhadoval přítomnost poškození ledvin u více než 96 % jedinců,“ uvedl prof. Stejskal. Doplnil, že společnost si celý projekt nechává patentovat. Lidem s chronickým onemocněním ledvin hrozí nejméně desetinásobné riziko, že předčasně zemřou následkem kardiovaskulárních onemocnění koronárních tepen, mozkových tepen, periferních tepen či selhání srdce. V ČR je odhadem asi pět procent obyvatel s významně sníženou filtrační funkcí ledvin, nejčastěji v důsledku diabetu, hypertenze či poruchy prokrvení ledvin. Snížit riziko vývoje selhání ledvin a předejít komplikacím přitom může právě včasná diagnóza.

Zdroj: čtk 16. 2. 2012

v nichž pracují lékaři se subspecializací v příslušném oboru. Nelze pominout řadu screeningových vyšetření prováděných k vyhledávání dětí s metabolickou vadou nebo endokrinologickou poruchou. Mnoho úsilí se věnuje sonografickým vyšetřením kyčlí dětí od jejich narození a následným kontrolám u ortopeda. Právě tak intenzivně se sleduje neuropsychický vývoj, aby při jeho poruchách mohly včas zasáhnout rehabilitační instruktorky, většinou upřednostňující metodiku doktora Vojty (Praha, Mnichov).

Rozvoj vakcinologie zvláště v posledních dvou desetiletích přináší pediatrii mnoho dalších problémů odborných i problémů při komunikaci s rodiči, kteří z různých důvodů vakcinaci odmítají nebo u nepovinných očkování zvažují, zda mají investovat poměrně dost velkou částku do vakcinace svého dítěte. Očkování se provádí průběžně v poradnách pro kojence, při vícedávkových vakcínách většinou na pozvání mimo ordinaci hodiny poradny. Pojem „sociálně preventivní očkovací centrum“ mi není znám.

PLDD je považován nejen za znalce dítěte a jeho rodičů, ale i jeho rodiny a rodinného prostředí. Upadající rodinné poměry následkem změny pohledu na smysl rodiny a význam péče o výchovu oběma rodiči se ale bohužel dotkl nás všech a pediatri se činí zodpovědným za ohlašovací povinnost, když se úřední instituce o určitém sociálním případě nedozví včas. Pediatri a jeho dětská sestra jsou považováni za znalce rodiny, posudky ale píše lékař a jeho administrativní povinnosti tak narůstají, kupa papírů na okenním parapetu lékařské ordinace narůstá. V těchto případech je mu nápomocna dětská sestra, jejíž kvalifikace se zvyšuje a mohla by lékaře zastat.

Diskusi si zaslouží otázka vybavení a vyšetřování v základní a pohotovostní ordinaci. Krevní obraz nemusím mít ihned, laboratorní zpracování je spolehlivější. Krevní sedimentace a CRP poskytují určitou informaci, ale pro nasazení antibiotika to nestačí, rozhodující je klinický obraz nemoci. Pokyny k vyšetření moči pro ambulanci PLDD byly již dány profesorem Jandou v minulém roce. Vyšetření v mikrobiologické laboratoři se stanovením citlivosti na antibiotika a další chemoterapeutika má následovat. Totéž platí o výtěrech na bakteriologické vyšetření. Rychlotesty k zjištění beta hemolytického streptokoka jsou užitečné, nikdo je nezakazuje. Klasickou spálovou angínu lze poznat, ale beta hemolytický streptokok není jediným původcem angín. Shodně

s autorem si myslím, že dobrý otoskop by neměl chybět. Právě tak i dobré proškolení v předatestační přípravě na ORL oddělení se zaměřením na otitidii včetně používání tympanometru. Akutní otitidy mají svůj vývoj, mění se v průběhu hodin a otiatr je běžně dostupný, alespoň v městských aglomeracích. Biochemická vyšetření z krve až na výjimky (glykémie) nejsou nutná pro akutní péči PLDD. S alergiemi se setkáváme často. Akutní stavy léčíme ihned, zjišťování pravé příčiny je odkladné, pro časovou náročnost se provádí atestovaným alergologem na doporučení PLDD s vypsáním podrobné anamnézy a výsledků předepsaných vyšetření. Zásadně vyšetření mimo seznam výkonů nejsou lékaři zakázána, ale pokud je lékař nemá nasmlouvaná se zdravotními pojišťovnami zvlášť, tak ta je neproplatí.

Odesílání dětí k vyšetření u lékaře specialisty jsou doporučeny od první poloviny 90. let nové tiskopisy VZP-06K/1999, v nichž je více místa pro sepsání podrobnější anamnézy, která je pro konzultujícího lékaře důležitá, neboť kdo zná lépe „své“ dítě než PLDD, jenž je zná od jeho narození. Staré tiskopisy „Poukazy k vyšetření/ léčení“ jsou však dosud tolerovány a často stačí.

Závěr

PLDD poskytuje dětem a mládeži do 18 let komplexní zdravotní službu v současnosti s výhledem do jejich budoucnosti. Nutně se zabývá obezitou, smyslovými a ortopedickými vadami, stavem chrupu a ortodontickými vadami atd., a také jejich chováním. To nás navádí k dotazům na jejich návyky, jako je kouření, užívání drog a jejich životní styl (sport, surfování na počítači, facebook atd.). Pokud adolescent dál studuje, měl by zůstat v péči svého PLDD i přes 19. rok, pokud sám o změnu k praktickému lékaři pro dospělé nepožádá. Je nutno uznat, že takto pojatá primární pediatrie je jiná. Též otevírá více možností pro uplatnění našich dětských sester, jimž se dnes dostává více vzdělání zdravotnického i psychologického. Mnohé se změnilo, ale je pediatrie pro lékaře neatraktivní? Patrně ano co do příjmu od zdravotních pojišťoven. Pro PLDD, kteří vykazují více empatií vůči dětem, mladistvým a jejich rodičům, to rozhodně není bída, pouze lesk, který neblyští, nezáří. Přínos příspěvku doktora Havlíka je podnět k zamýšlení a diskusi.



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnová
předsedkyně OSPDL ČSL JEP

■ Zápis ze zasedání Akreditační komise oboru Praktické lékařství pro děti a dorost dne 18.1. 2012 na Ministerstvu zdravotnictví ČR

MUDr. H. Cabrnová požádala o informaci týkající se počtu obsazených a neobsazených rezidenčních míst v roce 2011 pro obor PLDD.

Oproti minulým rokům dochází ke snížení dotace i k počtu rezidenčních míst, a to z důvodu nedostatku finančních prostředků (nutno počítat s finančními prostředky pro rezidenty z roku 2009, 2010 a 2011). Dalším důvodem ke snížení počtu rezidenčních míst je i skutečnost, že podpora specializačního vzdělávání se má z rozhodnutí ministerstva soustředit na základní kmen ostatních oborů specializačního vzdělávání.

Členové AK PLDD zásadně nesouhlasí s ponížením částky na rok 2012 na jedno rezidenční místo v porovnání s dotací vypsanou pro obor Všeobecný praktický lékař. Je nepochopitelné, proč první tři roky je dotace v původní výši a v posledním roce vzdělávání dochází ve výpočtu k poklesu částky. AK PLDD pak považuje za problematické použití finančních prostředků na část vzdělávací náplně, problematický pak bude i způsob, jakým bude dotace vypočítávána. V tomto smyslu se také zástupci oboru PLDD obrátí na MZČR s dotazem o vysvětlení.

■ Informace o očkování proti rotavirům – projekt VZP od 1.2. 2012

Projekt je určen novorozencům ve věku od 6. do 24. týdne, pojištěným u VZP ČR. Vakcína musí být zaplacená v období po datu 1.2. 2012 a do 31. 12. 2012. Lékař/lékařna potvrzuje platbu za očkovací schéma, tj. obě dávky do voucheru.

Projekt PLDD	RM 2010	RM 2011	RM 2012
Počet požadovaných RM	30	32	
Vypsáno míst	20	30	15
Navýšeno míst	24	30	
Počet vybraných RM	24	28*	
Obsazeno míst	24	21	
Dotace na rez.	1 350 000 Kč	1 250 000 Kč	1 092 000 Kč
Dotace celkem	32 400 000 Kč	26 250 000 Kč	

*AK PLDD požádala následně o snížení počtu RM (28 obsazených míst) s tím, že se navýší finanční prostředky ostatním rezidenčním místům tak, aby byla stejná celková částka jako v předchozím roce. MZ rozhodlo uvedený požadavek neschválit.

Zákonný zástupce dítěte zaplatí celkovou cenu za očkovací schéma najednou a příspěvek od VZP získá ihned po jejím zaplacení. Příspěvek bude proplácen nejpozději do 31. 12. 2012. Po uplynutí této lhůty nebude mít klient na uplatnění příspěvku nárok. Klient uhradí za očkovací látku maximálně 2 600 Kč, od VZP mu bude na pobočkách proplaceno 500 Kč na základě vyplněného voucheru a potvrzení (pokladní doklad) o zaplacení očkovacího schématu. Příspěvek není určen na náklady spojené s očkováním, které hradí klient lékaři (poplatek za aplikaci vakcíny). Očkovací látku lze zakoupit u lékaře v přímé distribuci nebo na základě lékařského předpisu v lékárnách zapojených v garantované síti distributorů. Seznam lékáren zapojených do projektu naleznete na www.vzp.cz/rotaviry.

V tomto projektu není nutné čerpat druhou dávku od distributora na základě certifikátu, ale po celou dobu projektu jsou dostupné všechny dávky očkovací látky za ceny, které se vejdu do podmínek

projektu. Voucher je nutný pouze proto, že podpora 500 Kč je ze strany VZP limitována pro předem daný počet pojištěnců VZP, tedy pouze pro ty, kdo si voucher vyvednou a nechají si ho potvrdit.

■ Pravidelné setkání školitelů – akreditovaných pracovišť v oboru praktické lékařství pro děti a dorost

Srdečně Vás zveme na tradiční setkání školitelů, které letos proběhne ve dnech **1.6.–3.6. 2012 v Aquapalace Hotelu Prague**, v blízkosti průhonického zámku a parku. Na setkání zveme i případné zájemce z řad PLDD, kteří zvažují možnost stát se akreditovanými pracovišti, tedy mají zájem poskytovat vzdělávání svým budoucím kolegům. Držitelé akreditace budou obesláni automaticky, pro další zájemce doporučujeme sledovat stránky www.detskylekar.cz, kapacita pro další zájemce bude omezená.





Virové hepatitidy na začátku 21. století

prim. MUDr. Jiřina Hobstová, CSc.^{1,3}, prim. MUDr. Adam Vítouš^{2,3}

1) Infekční oddělení, Fakultní nemocnice v Motole, Praha; 2) Infekční oddělení, Krajská nemocnice Liberec;

3) III. klinika infekčních a tropických nemocí, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Článek je věnován současným poznatkům, kterých bylo dosaženo v posledních desítkách let na poli virových hepatitid. Pokrok v infekční hepatologii je prezentován především rozvojem možností antivirové léčby chronických forem hepatitid. Standardní kombinací pro léčbu chronické hepatitidy C zůstává pegylovaný interferon v kombinaci s ribavirinem a v nejbližší době budou k dispozici nové inhibitory virových proteáz, boceprevir a telaprevir. Stanoveny byly i prediktory úspěšnosti protivirové léčby. Kromě genotypu, virové nálože, typu léčebné odpovědi ve 4. a 12. týdnu léčby, věku, pohlaví, rasy, obezity, inzulinové rezistence i nově objevený polymorfismus IL28B, který se řadí mezi hlavní faktory ovlivňující výsledek léčby. V současnosti lze léčbu individualizovat podle genotypu, virové nálože a rapidní nebo časně léčebné odpovědi. Pro léčbu chronické hepatitidy B je v ČR registrován pegylovaný interferon alfa 2a a nukleos(t)idová analoga: lamivudin, entecavir, adefovir dipivoxil a tenofovir.

Virové hepatitidy lze rozdělit podle etiologie, způsobu přenosu, klinického průběhu a histologického obrazu. Podle etiologie se hepatitidy rozlišují na A, B, C, D a E. Pro hepatitidu A a E je typický fekálně-orální přenos, zatímco zbývající hepatitidy se přenášejí par-enterálním nebo sexuálním způsobem. Dle klinického průběhu se virové hepatitidy dělí na akutní a chronické. Enterálně přenosné hepatitidy A a E do chronicity nepřecházejí. Při klasifikaci chronických hepatitid je třeba vzít v úvahu etiologii, laboratorní markery a histologický obraz.

■ Virová hepatitida A (VHA)

Původcem VHA je RNA virus ze skupiny Picornaviridae objevený v roce 1973 Feinstonem – HAV (hepatitis A virus).

Epidemiologie. VHA se vyskytuje celosvětově buď sporadicky, nebo v epidemiích. Incidence v ČR kolísá (graf č. 1), celosvětově se počet onemocnění za rok odhaduje na 1,7 miliónu, přičemž v rozvinutých zemích je incidence 1,5/100 000 obyvatel a v zemích rozvojových stoupá až k 150/100 000 obyvatel. Za endemické oblasti jsou považovány Afrika, Indie, Jižní Amerika, Arabský poloostrov, jihovýchodní Asie, ale i tam se již začínají očkovat děti a incidence v těchto zemích klesá. Cesta přenosu je nejčastěji fekálně-orální, buď kontaktem s infekční osobou, nebo pozřením kontaminované stravy či vody, přenos je možný i sexuální, a to análním stykem. Vysokých koncentrací v krvi i stolici dosahuje HAV 3–10 dní před objevením klinických příznaků, po této době se objevují specifické protilátky a zároveň

koncentrace viru v krvi i stolici prudce klesá. Metodou PCR je HAV detekován ve stolici i několik týdnů a z experimentů na šimpanzech vyplývá, že HAV RNA je v jaterní tkáni detekovatelná několik měsíců. Kojenci vylučují virus déle a imunodeficitní osoby mohou virus vylučovat 4–5 měsíců.

Klinický průběh. Inkubační doba je 30 dní (15–56 dní). Klinické příznaky mají široké spektrum, od asymptomatického průběhu subklinické průběhy charakteristické většími dyspeptickými obtížemi nebo zvýšenou teplotou až po cholestatické nebo dokonce zcela výjimečně fulminantní formy. Pouze 30 % symptomatických nemocných vyvine ikterus, často je přítomna hepatomegalie. Ve srovnání s hepatitidou B a C se extrahepatální symptomatologie vyskytuje zřídka, popisována je vaskulitida, artritidy, nervové příznaky či trombocytopenie nebo aplastická anémie. Fulminantně probíhá VHA v necelém 0,5 % všech případů. Do chronického stadia VHA nepřechází.

Laboratorní diagnostika. K laboratorní diagnostice patří vyšetření enzymů jaterní cytolýzy (ALT, AST), které jsou zpravidla výrazně zvýšené, u ikterických forem i vysoká hladina bilirubinu. K průkazu infekce se vyšetřují specifické protilátky proti HAV třídy IgM, které se objevují u 99 % pacientů v akutní fázi, vrcholu dosahují ve 2. měsíci od nákazy a detekovat je lze zpravidla po dobu 6–12 měsíců, někdy i déle, takže jejich samotná detekce bez hepatocelulární léze odpovídá proběhlé symptomatické či oligosymptomatické formě. Protilátky třídy IgG se vytvářejí poměrně brzy a přetrvávají po

celý život, čímž zaručují celoživotní imunitu. VHA není zpravidla těžké onemocnění, laboratorní testy se upravují do několika týdnů, výjimečně měsíců.

Léčba je symptomatická. Prevence obnáší zvýšenou opatrnost při přípravě stravy, zejména v zemích s endemickým výskytem, kde platí známé pravidlo „cook it, peel it, or leave it“. Bezpečným opatřením je vakcinace. Po podání dvou dávek je zaručena ochrana nejméně na 10 let, ale možná i na celý život. Po vakcinaci se u pětiny vakcinovaných objevují krátkodobě i protilátky ve třídě IgM. Vakcíny proti VHA jsou inaktivované, v Číně používají několik typů živých atenuovaných vakcín. Všechny vakcíny jsou vysoce imunogenní a současně nízké reaktogenní. Vakcína je většinou aplikována preventivně, čili preexpozici, ale lze ji také využít k profylaxi. Postexpozici podání vakcíny se doporučuje ve věkové kategorii od 1 roku věku do 40 let, od 40 let je preferováno postexpozici podání gamaglobulinu v dávce 0,02–0,06 ml/kg t.h. Protektivní účinek gamaglobulinu trvá 12–20 týdnů. Bohužel hygienická služba v ČR je v posledních letech odkázána na sbírání hlášení prokázaných případů a doporučování zvýšeného hygienického dozoru, což obnáší vyšetření jaterních testů a anti-HAV protilátek v pravidelných intervalech většinou u dětského nebo praktického lékaře, a vakcínu ani gamaglobulin již neaplikují, i když tuto profylaxi mohou doporučit. Ze zákona vyplývající hospitalizace pacientů, kteří již mají obtíže či patologické hodnoty jaterních testů s přítomností protilátek anti-HAV třídy



IgM, nemá zpravidla kýžený efekt ve smyslu šíření infekce do okolí, neboť pacienti v té době již virus téměř nevylučují.

■ Virová hepatitida B (VHB)

Původce VHB. Původce hepatitidy B (hepatitis B virus – HBV) byl náhodně objeven Blumbergem v roce 1965, když se snažil detekovat genetické rozdíly v různých lidských populacích. U australských domorodců tehdy detekoval nový antigen, který byl původně nazván australský antigen. Krátce poté byl tento antigen dán do souvislosti s tzv. sérovou hepatitidou a později zařazen do hepadnavirů. (**hepatitis**, původně řecky *εναν hepar*, **DNA** viry). HBV má povrchový antigen a nukleokapsidu. Virový genom obsahuje 4 otevřené čtecí rámce, které kódují HBsAg, HBcAg, virovou polymerázu a X-protein. Nukleokapsidu tvoří malá, cirkulární, částečně dvouvláknová DNA, virová polymeráza, která je pevně na genom navázána, core antigen (HBcAg), který není v krvi detekovatelný, HBe-Ag, který je známkou replikace viru a do krve se uvolňuje. Jednou z funkcí povrchových antigenů je vazba viru na povrch hepatocytů na jejich dosud neznámý receptor. Po vstupu do hepatocytu je virová DNA okamžitě transformována do cccDNA (covalently closed circular DNA), která slouží jako matrice pro transkripci virových genů. Strukturou i chemicky působí jako extrachromozomální DNA čili něco jako plazmid. Za poškození jaterních buněk až jejich nekrózu i extrahepatální příznaky je zodpovědná imunitní reakce zprostředkovaná TH1 odpovědí v čele s CD8 CTL, NK buňkami, cytokiny TNF α , interferonem γ a cytokiny jako IL-12, IL-15 a mnoha dalšími molekulami. Právě tato prudká, přehnaná imunitní odpověď je příčinou fulminantní hepatitidy, která rezultuje v jaterní selhání,

často již s negativním HBsAg. Protilátky proti HBsAg jsou virus neutralizační a tudíž protektivní, čehož se využívá ve výrobě vakcín. Sekvenční metody umožnily rozoznat genotypy A–H. Genotypizace je nejjednodušší metodou sloužící k identifikaci rezistentních mutantů a má velký význam epidemiologický, neboť existuje geografická distribuce jednotlivých genotypů. V ČR jsou dominantními genotypy HBV A (67,1 %) a D (28,4 %), vzácně jiné genotypy.

Epidemiologie. Přenos HBV se děje krví a krevními deriváty, transplantovaným orgánem, transfuzí, heterosexuálním i homosexuálním kontaktem a vertikálně z matky na dítě. V dnešní době, ve které jsou krevní deriváty přísně kontrolovány, je přenos HBV transfuzí velmi vzácný, ale malé epidemie VHB jako nemocniční infekce můžeme vidět i dnes, pokud jsou zdravotnickým personálem zanedbána základní protiepidemická a hygienická pravidla. Celosvětové odhady říkají, že 40 % celé lidské populace se setkalo s HBV a přibližně 350 miliónů zůstává HBsAg pozitivních, to znamená, že trpí některou z forem chronické hepatitidy se všemi důsledky. Prevalence chronické VHB se výrazně liší podle lokality, nízká prevalence (0,1–2 %) je zaznamenávána v západní Evropě, USA, Kanadě, Austrálii a Novém Zélandu, středně vysoká prevalence (3–5 %) je hlášena ze středozemních států, Japonska, centrální Asie, Středního východu a Jižní Ameriky, zatímco vysoká prevalence (10–20 %) je zaznamenána v jihovýchodní Asii, Číně a subsaharské Africe. Roční incidence v ČR, podobně jako v jiných evropských státech, díky zavedení plošné vakcinace 12letých dětí v roce 2001 a v témže roce i kojenců trvale klesá (graf č. 2). Vzhledem k tomu, že HBV se přenáší z poloviny krevní cestou a z poloviny heterosexuálním či homosexuálním kontaktem,

nejohroženější skupinou se stávají jedinci ve věku 20–44 let (graf č. 3). Tato věková kategorie také převažuje v komunitě uživatelů drog. Bohužel stále častěji je diagnostikována jaterní cirhóza, případně hepatocelulární karcinom asociované s chronickou VHB.

Klinický průběh. Dle klinického průběhu rozlišujeme VHB na akutní a chronickou. Inkubační doba kolísá od 1 do 6 měsíců.

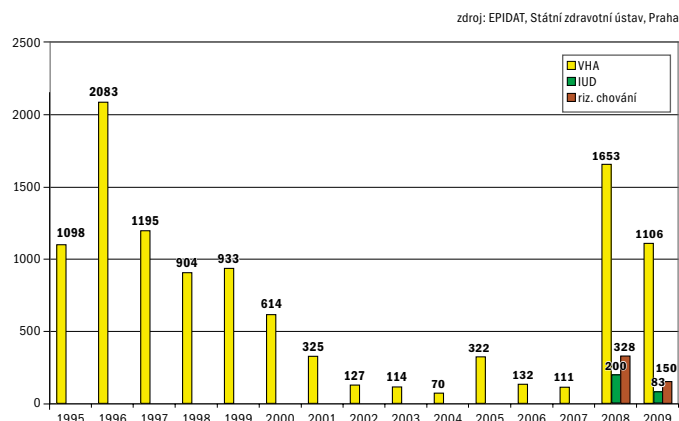
Akutní VHB může mít prodromální stadium, charakteristické vyrážkou, artralgiemi či artritidami a horečkou. Tyto příznaky zpravidla mizí krátce po objevení příznaků hepatitidy. Tyto klinické příznaky jsou v souladu s poznáním, že nikdy nebyl prokázán cytotoxický účinek HBV. Fulminantní průběh zpravidla s letálním zakončením je pozorován v necelém 1 % akutních VHB. U akutní VHB laboratorně zjišťujeme mnohonásobné zvýšení enzymů jaterní cytolýzy, jejich hladiny se normalizují od 1–6 měsíců od začátku onemocnění, jejich zvýšení trvající déle než 6 měsíců již signalizuje přechod do chronické formy. V 30 % akutních forem je zvýšený bilirubin.

Léčba akutní VHB je symptomatická, antivirová léčba je indikována ve zvláštních případech, např. u protahovaných průběhů, u imunodeficitních pacientů, u koinfekcí s jinými hepatotropními viry či HIV. Pacient, u kterého probíhá fulminantní forma akutní VHB, by měl být bez prodlení předán transplantacnímu centru.

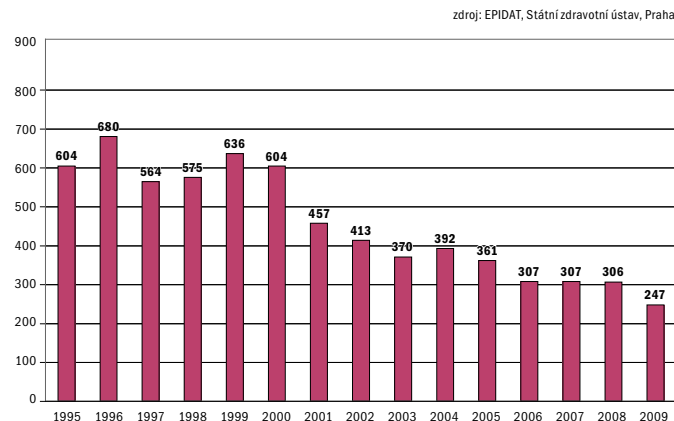
Chronická VHB je charakterizována přítomností HBsAg po delší době než 6 měsíců od začátku onemocnění, zpravidla zároveň s neustupující hepatocelulární aktivitou. Existuje HBeAg pozitivní forma a HBeAg negativní forma chronické VHB.

Příčinou HBeAg negativní formy VHB je bodová mutace v oblasti precore/core virového genomu, která rezultuje v zástavu

Graf č. 1 Incidence VHA v ČR 1995–2009

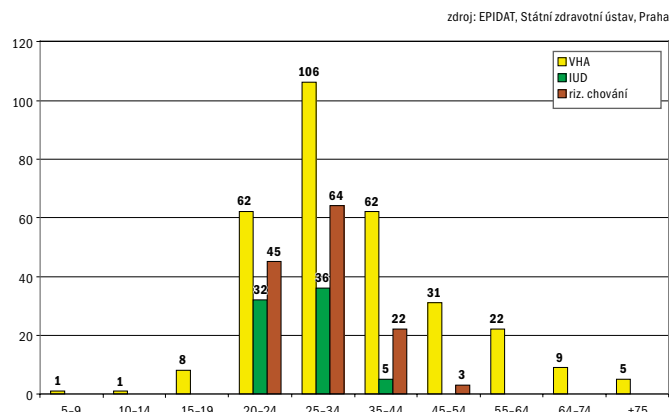


Graf č. 2 Incidence VHB v ČR 1995–2009





Graf č. 3 Incidence VHB v ČR v roce 2008 v závislosti na věku



syntézy HBeAg. HBeAg negativní chronická VHB je charakteristická nižší virovou náloží, ale méně příznivým průběhem, charakteristickým vyšší biochemickou aktivitou a horší odpovědí na antivirovou léčbu. Obě tyto hepatitidy mohou probíhat ve třech fázích.

- **Fáze imunoaktivní**, při které virus výrazně replikuje, zjišťujeme vysokou virémii a zároveň zvýšené hladiny aminotransferáz svědčící pro aktivní zánět.
- **Fáze imunitolerantní** je charakteristická vysokou virémií, ale bez hepatocelulární aktivity. Typicky se tento průběh objevuje po vertikálním přenosu HBV. Infekce získané v dětství se často časem mění na HBeAg negativní VHB, s nižší virovou náloží, ale aktivním zánětem se všemi důsledky.
- Poslední fáze je tzv. **asymptomatické nosičství**, při kterém jsou enzymy jaterní cytolyzy v normě a virémie nedetekovatelná, příp. nízká. Cut-off virové nálože je 1×10^4 kopií/ml (odpovídá 2×10^3 IU/ml).

Dělení na tyto tři fáze onemocnění má praktický dopad, neboť imunoaktivní forma a někdy i imunitolerantní forma je indikací k protivirové léčbě. U imunoaktivní formy HBeAg pozitivní je indikací k léčbě virová nálož vyšší než 2×10^4 IU/ml, u HBeAg negativních forem vyšší než 2×10^3 IU/ml. Ostatní formy chronické hepatitidy je nutné pravidelně sledovat, neboť přechod mezi jednotlivými fázemi je možný.

Pokud je nemocný léčen agresivní *imunosupresivní léčbou* či *chemoterapií*, s kterou se setkáváme v onkologii nebo transplantaci medicíně, může i prostě asymptomatické nosičství HBsAg rychle rezultovat v relaps VHB, která ovšem tentokrát může probíhat pod obrazem fibrotizující cholestatické hepatitidy s vysokou úmrtností. K zabránění této komplikaci je třeba před zahájením

imunosuprese zahájit léčbu virostatikem bez ohledu na výšku virové nálože. Doporučuje se zahájit podávání lamivudinu a pacienta bedlivě sledovat.

V posledních letech vzrůstá počet pacientů léčených *biologickou léčbou*; u všech je doporučen screening hepatitidy B. V případě, že HBsAg je negativní, anti-HBs negativní a anti-HBc pozitivní, je doporučena vakcinace proti HBV, alespoň jednou dávkou. V případě, že do 4 týdnů nevytvoří takový pacient anti-HBs, je třeba zkontrolovat virovou nálož. Při její pozitivitě zahájit antivirovou léčbu, při její negativitě dokončit vakcinaci proti VHB. Pokud se pacient nesetkal s HBV (HBsAg, anti-HBcIgG, anti-HBs negativní) a lze chemoterapii či imunosupresi odložit, jak tomu zpravidla bývá před zařazením na čekací listinu, je doporučena kompletní vakcinace proti VHB. Vzhledem ke špatné imunologické odpovědi je doporučováno starým lidem a imunokompromitovaným jedincům vakcinační schéma s dvojnásobnou dávkou antigenu, ale ani potom není vytvoření dostatečné postvakcinační hladiny protilátek zaručené. Pokud je zahájena antivirová léčba, její ukončení má být zároveň s imunosupresí či ukončením chemoterapie.

Chronická VHB, která ještě neprogredovala do vyššího stupně fibrózy, má zpravidla asymptomatický průběh, navíc řada pacientů neudává v anamnéze ani akutní hepatitidu. Přechod do chronicity je závislý na věku nemocného v době onemocnění. Pokud onemocní dospělý člověk, má 5 % pravděpodobnost, že akutní forma přejde do chronicity, pokud dojde k perinatálnímu přenosu, 90 % dětí onemocní chronickou formou, a pokud infekce vznikne u dětí od 1 do 5 let, do chronicity přejde 20–50 % onemocnění. Přirozený průběh chronické VHB je

dán interakcí mezi imunologickou odpovědí a replikujícím virem. Vzhledem k imunopatogenezi VHB se setkáváme i s extrahepatálními projevy, které další průběh také ovlivňují. K nejčastějším patří polyarteritis nodosa a glomerulonefritida. Postižení se objevuje častěji u dětí a na rozdíl od polyarteritis nodosa není glomerulonefritida ovlivnitelná antivirovou léčbou. Chronická VHB progreduje do jaterní fibrózy, ale 15–30 % nemocných s fibrózou nikdy nedospěje do stadia cirhózy, zatímco u 20–30 % pacientů je progresi do cirhózy, resp. hepatocelulárního karcinomu rychlá. Faktory, které ovlivňují progresi onemocnění, jsou např. konzumace alkoholu, koinfekce s HCV nebo HDV, HIV, případně další noxy, které játra poškozují, např. toxiny, včetně léků. Pro chronický průběh jsou charakteristické relapsy, které mohou probíhat jako akutní VHB, včetně anti-HBc IgM pozitivity, a u předem nepoznaných chronických VHB může být relaps chronické HBV zaměněn za akutní VHB.

Léčba chronické VHB. Antivirová léčba je indikována u imunoaktivní formy, v případě imunitolerance rozhoduje o případném zahájení léčby histologický nálezk.

Cílem antivirové léčby je utlumit virovou replikaci, udržet ji dlouhodobě na co nejnížší úrovni a tak zpomalit rozvoj fibrózy, potažmo cirhózy a jejích komplikací. Sérologickým korelátem úspěšnosti léčby je u HBeAg pozitivních forem HBeAg sérokonverze (vymizení HBeAg a produkce anti-HBe protilátek). Těchto markerů nelze použít u HBeAg negativních forem VHB a za cíl léčby je považováno dlouhodobé potlačení replikace viru monitorované virovou náloží. Po ukončení léčby v těchto případech ale mnohem častěji dochází k rekurenci infekce a k nutnosti léčbu znovu zahájit. Málokdy dosaženým, ale zato definitivním cílem antivirové léčby je vymizení HBsAg.

K léčbě chronické VHB se používá pegylovaný interferon (PEG-IFN) $\alpha 2a$ v monoterapii, aplikovaný 1× týdně subkutánně. Výhody této léčby jsou, že léčba je časově ohraničená, trvá při dobré terapeutické odpovědi rok a neindukuje vznik rezistentních mutantů. Úspěchu je ale dosahováno pouze v 25 % takto léčených případů. Léčba interferonem je absolutně kontraindikována u některých autoimunitních onemocnění, psychiatrických onemocnění, která nejsou dobře kontrolována léčbou, a u pokročilých jaterních onemocnění. Nemocní, u kterých nebyla monoterapie pegylovaným interferonem úspěšná nebo nemohla být zahájena,



jsou indikováni k léčbě nukleos(t)idovými analogy. Léčba perorálními virostatiky je časově neomezená. Mechanismus jejich účinku je založen na inhibici reverzní transkriptázy, čímž je zabráněno kompletní dostavbě viru a tím dosaženo snížení replikace HBV. V současné době je k léčbě VHB schváleno pět přípravků s výše uvedeným mechanismem účinku. Z nich jsou v ČR schváleny čtyři přípravky: lamivudin, adefovir dipivoxil, entecavir a tenofovir. Vývoj dalších virostatik běží dál, neboť podobně jako u HIV infekce používání současných virostatik vede k rozvoji rezistentních mutantů HBV a ke ztrátě účinnosti podávaného virostatika. Lamivudin vzhledem ke své nízké genetické bariéře k HBV rezistenci má omezené použití (prevence rekurence nebo relapsu VHB u pacientů na imunosupresivní léčbě, akutní protrahovaná forma VHB).

Primární neodpovídatost k léčbě (*non-response*) je definována poklesem virémie o $1 \log_{10}$ po 6 měsících antivirové léčby a je důvodem ke změně léčby. Během léčby je nutné pravidelně sledovat vývoj **rezistence**. Prvním laboratorním indikátorem je obvykle virologický průlom (breakthrough), který se projeví vzestupem virové nálože o $1 \log_{10}$ od nadiru (nejnižší dosažené virové nálože během léčby). Rezistentní mutanty mají obvykle nižší replikační potenciál než divoký virus, nicméně časem může virová nálož převýšit vstupní virémii (rebound fenomén). Biochemický průlom charakterizovaný rozvojem hepatocelulární aktivity obvykle následuje týdny až roky po vzniku virologické rezistence. Genotypová rezistence detekuje jednotlivé mutace a v některých případech ji můžeme detekovat hned na počátku léčby. V průběhu léčby jde většinou ruku v ruce s rozvojem virologické rezistence. Rizikovými faktory pro vznik rezistence jsou: použití virostatik s nízkou genetickou bariérou vůči rezistenci (lamivudin), obezita a vysoká vstupní virová nálož.

- *Děti s chronickou VHB* trpí zpravidla imunitotolerantní formou a jejich léčba se až na výjimky nedoporučuje do 12 let věku. Pokud je léčba indikována před dosažením 12 let věku, pak je vhodný lamivudin, od 12 let adefovir dipivoxil. Od 3 let věku lze v indikovaných případech zvážit podání interferonu.

- *Těhotné ženy trpící chronickou VHB* jsou ve vyšším riziku rozvoje gestačního diabetu, předčasněho porodu a hlavně vyšší úmrtnosti. Většinou nedochází ke vzplanutí aktivity VHB během prvních dvou trimestrů gravidity, ale může k němu dojít v třetím

trimestru a v období 6 měsíců po porodu. Prevence lamivudinem je v těchto případech neúčinná a ve frekvenci výskytu není rozdílu mezi HBeAg pozitivními a HBeAg negativními pacientkami. Pečlivé sledování je důrazně doporučováno až půl roku po porodu. Dalším problémem VHB v těhotenství je možnost vertikálního přenosu HBV, který je pozorován až u 90 % novorozenců HBeAg pozitivních matek a u 10–20 % HBeAg negativních matek. Vertikálnímu přenosu zpravidla zabrání pasivní a aktivní imunizace novorozence podaná do 24 hodin po porodu. Takto imunizované novorozence mohou ženy kojit. U žen, které mají vysokou virovou nálož ($> 8 \log_{10}$ cps/ml), nemusí mít tato profylaxe novorozenců efekt. V těchto případech se ke snížení virové nálože matky doporučuje buď opakované podání imunoglobulinu proti hepatitidě B (HBIG) ve třetím trimestru, nebo levnější zahájení podávání lamivudinu po dobu posledního trimestru. V těhotenství je vakcinace proti VHB bezpečná a ženy by ji v indikovaných případech (profylaxe) měly i v těhotenství podstoupit.

- Zvláštní skupinou jsou pacienti v *chronickém dialyzačním programu a pacienti po transplantaci ledviny*. Vakcinace proti VHB u nich bývá často bez vytvoření protektivní hladiny protilátek. Dávky nukleos(t)idových analogů, které jsou indikovány k léčbě chronické VHB, musejí být příslušně redukovány. U nefropatií asociovaných s VHB dochází při antivirové léčbě, včetně kombinace s interferonem, k významnému zlepšení proteinurie, která významně koreluje s clearancí HBeAg. Po transplantaci ledviny je lékem volby entecavir, při léčbě adefovirem se pozorovalo častější selhání transplantované ledviny.

U všech virostatiky léčených pacientů pro chronickou VHB je doporučeno pravidelné sledování virové nálože, přičemž zvýšení o $1 \log_{10}$ proti nadiru (nejnižší dosažená virová nálož) již svědčí o vznikající rezistenci na podávané virostatikum a je indikací ke změně antivirové léčby. Dále je třeba monitorovat hladiny α 1fetoproteinu a ultrasonografií jater, aby byla případně zachycena raná stadia hepatocelulárního karcinomu v cirhóze, ale bohužel i v játrech bez cirhózy.

■ Virová hepatitida D (VHD)

Původce hepatitidy D (HDV) je unikátní RNA virus v rámci čeledi Deltaviridae. HDV se skládá z genomu kódujícího pouze jeden protein, tzv. delta antigen (HDAG). Lipidový

obal této nukleokapsidy tvoří HBsAg, který si HDV jako jediný vzal z viru HBV v rámci koinfekce. Replikace obou virů je na sobě nezávislá. Rozlišuje se nejméně 8 genotypů HDV s rozdílnou geografickou distribucí.

Epidemiologie. VHD se vyskytuje na celém světě, incidence kolísá mezi jednotlivými světadily i státy a předpokládá se, že nejméně 5 % nositelů HBsAg je infikováno HDV. Incidence v ČR je nízká, celosvětově poněkud vyšší v komunitě intravenózních uživatelů drog, ale i tam setrvává bez dramatických změn za posledních několik desítek let. VHD je získána buď jako koinfekce (simultánní infekce HBV a HDV), nebo jako superinfekce.

Klinický průběh. Koinfekce probíhá jako akutní hepatitida s těžším průběhem, do chronicity přechází zřídka, přibližně v 5 % případů. Superinfekce se naopak klinicky manifestuje jako exacerbace chronické VHB nebo akutní hepatitida u (před tím symptomatického) nosiče a mívá zpravidla těžký průběh, který může mít až fulminantní charakter. Většinou přechází do chronicity a významným způsobem zhoršuje průběh jaterního onemocnění. Přejít do cirhózy je pozorován již během několika málo let u 85 % těchto pacientů a chronická VHD s sebou nese také vyšší riziko vzniku hepatocelulárního karcinomu (HCC). Naopak pacienti s VHD asociovanou cirhózou mají po transplantaci jater lepší prognózu než pacienti, kterým jsou transplantována játra pro cirhózu asociovanou s VHB.

Diagnostika spočívá v detekci protilátek třídy IgM a IgG, k monitorování průběhu i léčby je vhodné opakované vyšetření kvantitativní hladiny HDV RNA. V jaterní tkáni je možné detekovat delta antigen. V séru pacientů s vysokou virovou náloží HDV RNA není často možné detekovat HBsAg, neboť je spotřebován.

Léčba akutní VHD není známá. Jediným schváleným přípravkem pro léčbu chronické VHD je interferon. Žádné jiné z dosud užívaných virostatik na léčbu VHB nebylo v léčbě VHD účinné.

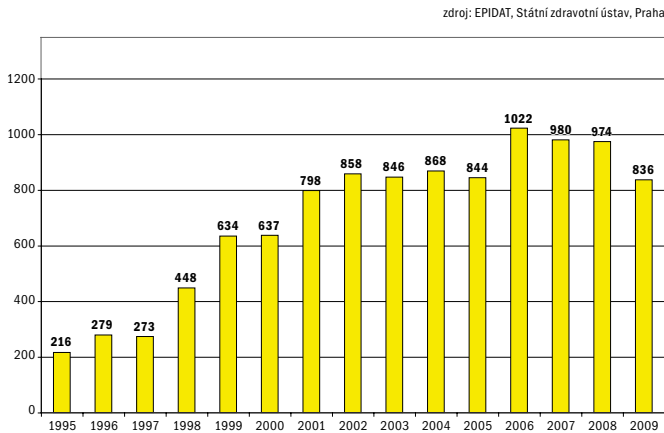
Prevence VHD spočívá ve vakcinaci proti VHB, postexpozici profylaxe (vakcinace proti VHB, hyperimunní globulin) není účinná.

■ Virová hepatitida C (VHC)

Původce VHC. Do roku 1989, kdy byl objeven virus VHC, byla tato hepatitida nazývána NANBH (non-A, non-B hepatitida). VHC vyvolává malý obalený virus HCV s jednovláknovou RNA, z rodu *Hepacivirus*, čeledi



Graf č. 4 Incidence VHC v ČR 1995–2009



Flaviviridae. HCV má 6 genotypů (1–6, a nejméně 50 subtypů), přičemž na území ČR převažují infekce vyvolané genotypem 1. Stanovení genotypu má význam nejenom epidemiologický, ale i prognostický, u genotypu 1 a 4 se hůře dosahuje setrvalé léčebné odpovědi, zatímco u genotypu 2 a 3 je jí dosaženo v podstatně větší míře.

Epidemiologie. Celosvětově se počet jedinců infikovaných HCV odhaduje na 170 milionů. V ČR je každoročně hlášeno cca 850 nově diagnostikovaných onemocnění (graf č. 4). Infekce se přenáší krví, krevními deriváty, v malém měřítku vertikálně a sexuálním kontaktem. Vzhledem k faktu, že v ČR jsou od roku 1992 kontrolovány krevní deriváty metodami 3. generace, téměř zcela vymizel posttransfuzní přenos. Přibývá ale uživatelů drog, kteří si půjčováním pomůcek k žilní aplikaci drogy hepatitidu C předávají a tím se stávají nejpostiženější skupinou obyvatel (grafy č. 5–7).

Diagnostika VHC se provádí průkazem protilátek a přímým průkazem HCV RNA metodou PCR. HCV detekovatelný metodou PCR se objevuje v séru 3–7 dní po expozici, protilátky zpravidla později, někdy i za 12 týdnů. U imunodeficitních pacientů, např. u pacientů s AIDS nebo malých kojenců, může probíhat infekce HCV bez produkce protilátek, pouze s detekovatelnou virémií. Na rozdíl od ostatních hepatitid přechází VHC téměř v 70–80 % do chronického stadia, pouze 10–30 % probíhá jen jako akutní hepatitida. Neléčená chronická VHC má stejné konsekvence jako chronická VHB. U 20–30 % pacientů dojde během 5–20 let ke vzniku cirhózy a u 5 % z nich se vyvine hepatocelulární karcinom (HCC). Incidence VHC celosvětově klesá, ale kvalifikované odhady předpovídají výrazné zvýšení s VHC souvisejících cirhóz a HCC a tudíž výraznou potřebu transplantací jater. To vše s sebou přinese mnohonásobně vyšší náklady na léčbu a je proto nutné se snažit o vyléčení

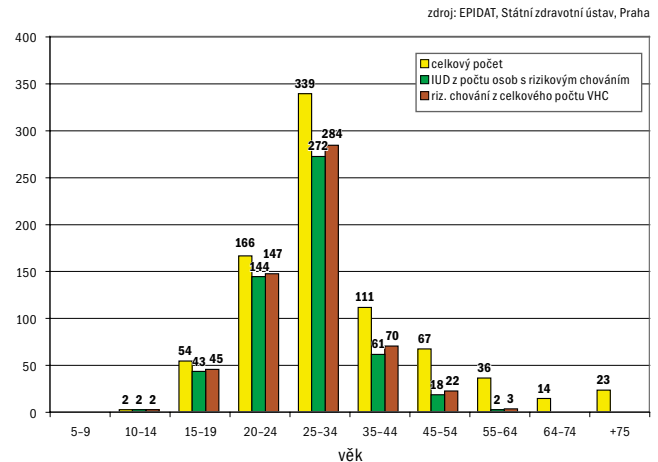
VHC u co nejvyššího počtu pacientů dříve, než u nich dojde k progresi do cirhózy.

U všech chronických VHC je nutné před zahájením antivirové léčby zjistit genotyp, virovou nálož, laboratorní aktivitu zánětu a stupeň fibrózy. Zlatým standardem k zjištění aktivity zánětu (grade) a stupně pokročilosti fibrózy (stage) je pouze získání vzorku jaterní tkáně k histologickému vyšetření cestou jaterní biopsie. Opakovaná jaterní biopsie nám umožňuje sledovat dynamiku pokročilosti zánětu.

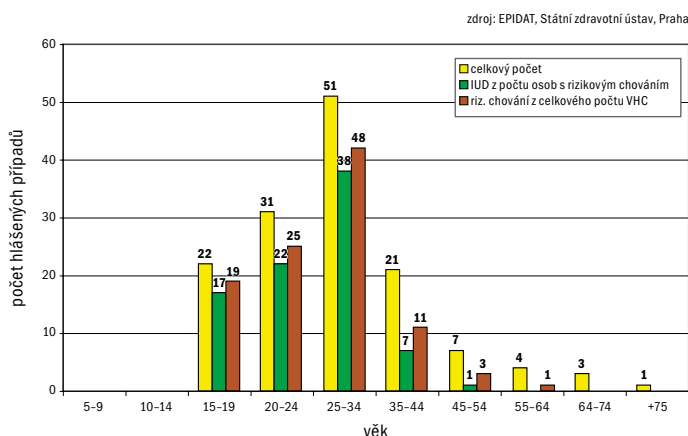
Léčba VHC. Indikací k antivirové léčbě je a) pozitivní HCV RNA v séru, b) histologicky ověřený zánět konzistentní s chronickou hepatitidou, ale v poslední době je nutnost histologického vyšetření jater před zahájením antivirové léčby zpochybňována, c) věk nad 18 let, v indikovaných případech je již doporučována i léčba dětí.

Standardní kombinací je interferon a ribavirin. Do konce 90. let byl k dispozici pouze konvenční interferon, který bylo nutno apli-

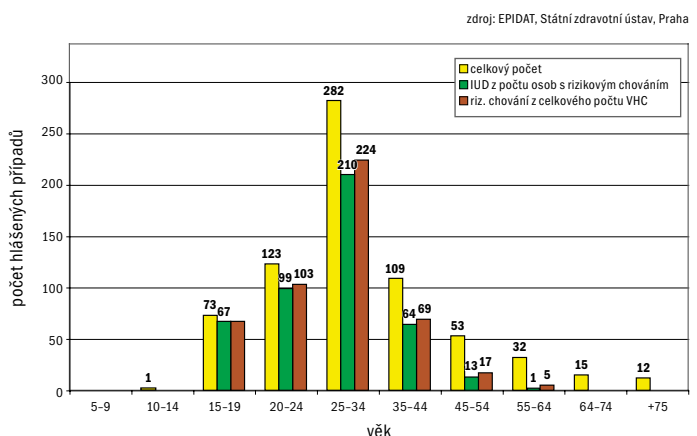
Graf č. 5 Chronické VHC v ČR v roce 2008 v závislosti na věku



Graf č. 6 Incidence akutní VHC v roce 2009 v závislosti na věku



Graf č. 7 Incidence chronické VHC v ČR v roce 2009 v závislosti na věku





kovat s.c. 3× týdně. Navázáním molekuly interferonu na polyetylen glykol vznikla tzv. pegylovaná forma s prodlouženým účinkem, kterou je možno aplikovat 1× týdně s.c. K dispozici je pegylovaný interferon $\alpha 2a$, který se podává v dávce 180 $\mu\text{g}/1\times$ týdně s.c. a pegylovaný interferon $\alpha 2b$, který se podává 1× týdně v dávce 1,5 $\mu\text{g}/\text{kg t.h.}$ Oba dostupné pegylované interferony je třeba pro dosažení optimálního léčebného účinku kombinovat s perorálním ribavirinem v dávce $\geq 10,6\text{ mg}/\text{kg}/\text{den}$, zpravidla 1000–1200 mg/den u genotypu 1 a 4, u genotypu 2 a 3 stačí 800 mg/den . Uvedenou kombinací lze dosáhnout setrvalé léčebné odpovědi (nedetekovatelná virémie 6 měsíců po ukončení léčby, tzv. SVR) cca u 60 % léčených nemocných, přičemž až v 90 % se daří dosáhnout setrvalé léčebné odpovědi u genotypu 2 a 3, zatímco u genotypu 1 a 4 se úspěchu dosahuje v necelé polovině případů. Léčba VHC vyvolané genotypem 1 a 4 trvá 48 týdnů, léčba genotypů 2, 3 trvá 24 týdnů. Ribavirin je inhibitor virové polymerázy, umocňuje účinek interferonu indukci interferon stimulujících cytokinů i antisérového globulinu a je nepostradatelným antivirotikem nejenom v kombinaci s interferonem, ale i v kombinacích s některými novými molekulami. Hlavními prediktory selhání antivirové léčby jsou genotyp 1 a 4, vysoká virová nálož před zahájením léčby ($> 600\,000\text{ IU}/\text{ml}$) a v poslední době zjištěný genový polymorfismus v oblasti IL28B, který kóduje interferon λ . Zdá se, že do budoucna bude třeba k retreatmentu trojkombinací vytipovat pacienty právě s negativními předpovědními ukazateli, např. genovým polymorfismem IL28B. K ukazatelům s negativní předpovědní hodnotou patří kromě výše uvedených hlavních prediktorů i vyšší věk, ženské pohlaví, obezita, rasa, inzulinová rezistence, metabolická steatóza, jaterní fibróza. Dalším významným prognostickým ukazatelem již během zahájené léčby je typ léčebné odpovědi. Vymizení virémie ve 4. týdnu léčby je označováno za rychlou virologickou odpověď (RVR) a tento typ odpovědi je považován za nejprůběžnější, co se týče dosažení setrvalé virologické odpovědi (SVR). U pacientů s genotypem 1, nízkou virémií ($< 600\,000\text{ IU}/\text{ml}$), rychlou léčebnou odpovědí a bez jiných negativních prediktivních ukazatelů je možno zkrátit léčbu z běžných 48 týdnů na 24 týdnů. Někteří autoři dokazují, že za stejných podmínek u genotypů 2 a 3 je možné zkrátit léčbu z běžných 24 týdnů na 16 týdnů. Druhým krokem v hodnocení účinnosti léčby je virémie ve 12. týdnu léčby.

Její negativita je označována jako kompletní časná léčebná odpověď (cEVR) a pacienti s tímto typem léčebné odpovědi dosahují SVR v 60–72 %. Pokles o 2 log se označuje jako částečná časná odpověď (pEVR) a tito pacienti se označují jako pomalí responderi. U nich je milníkem v rozhodování o dalším pokračování v léčbě virémie ve 24. týdnu, pokud je negativní, v léčbě má být pokračováno, i když u pomalých responderů je setrvalé virologické odpovědi dosaženo pouze u 35–45 % pacientů. Pokud je virémie ve 24. týdnu pozitivní, léčba má být ukončena, neboť šance na dosažení SVR je minimální. U pomalých responderů se zvažovalo prodloužení antivirové léčby na 72 týdnů, ale poslední studie neprokazují žádný efekt této volby a léčba i u nich by měla trvat 48 týdnů. Bezprostřední zahájení léčby u akutní symptomatické VHC vyvolané non-1 genotypem není doporučováno, neboť je poměrně velká šance, že dojde ke spontánní clearanci viru. Pokud se tak nestane, je doporučeno zahájit léčbu za 3 měsíce od expozice. U genotypu 1 je doporučeno zahájit léčbu ihned. Pokud je možné monitorovat kvantitativní virémii od získání nákazy, je možné i u genotypu 1 posunout začátek léčby až do doby, kdy je jasné, že virová nálož neklesá, nejpозději 3 měsíce od expozice. Výsledky léčby jsou rozhodně lepší, když je léčba zahájena dříve než po 1 roce trvání infekce. Léčba má trvat 24 týdnů a doporučena je monoterapie PEG-IFN. U pacientů HIV pozitivních je doporučena kombinace PEG-IFN s ribavirinem i u akutní VHC a někteří autoři doporučují kombinovanou antivirovou léčbu i u HIV negativních pacientů.

Budoucnost terapie VHC. Vysoký počet pacientů, u kterých nebylo dosaženo setrvalé virologické odpovědi, motivoval vědecké týmy k vývoji nových molekul, které využívají inhibice virových enzymů, tzv. přímo působících virostatik (*DAA – direct acting agents*). DAA se vyvíjejí proti několika virovým enzymům včetně virové NS3/4S proteázy, NS5B polymerázy, NS5A a NS4B.

V současné době se ukončují studie ve fázi III s některými inhibitory proteáz, přičemž nejbližší ke schválení k širokému použití mají boceprevir a telaprevir. Z posledních zveřejněných studií vyplývá, že boceprevir bude pravděpodobně podáván do kombinace se standardní léčbou (pegylovaný interferon s ribavirinem). K této nové léčbě budou nejspíše indikováni nemocní, kteří relabovali po standardní léčbě nebo kteří vůbec neodpověděli na standardní léčbu, přičemž relaps je definován jako znovuobjevení virémie po ukon-

čení léčby poté, co byl pacient byl po celou dobu léčby virologicky negativní.

Nové molekuly jsou vyvíjeny nejenom proti virovým enzymům, ale nové poznatky o hostitelských proteinových koreceptorech (CD81, claudin-1, occludin), které umožňují vazbu a vstup do hostitelské buňky, iniciovaly vývoj molekul, které působí na opačné, tedy hostitelské straně a zasahují do životního cyklu HCV inhibicí jeho vstupu do buňky (ITX 5061). Zdá se, že hlavní roli budou tyto molekuly mít při zabránění infekce de novo naivních buněk, což by mělo velký význam po alogenních transplantacích jater k zabránění reinfekce nebo jako postexpozici profylaxe. Klinické studie v různých fázích probíhají i s inhibitory syntézy tuků (statiny), s antagonisty cyclophyllinu či inhibitory mikroRNA, která hraje klíčovou úlohu v regulování translace hostitelské mRNA. Výhodou molekul, které zasahují do životního cyklu HCV, je vysoká bariéra k virové rezistenci, ale nevýhodou toxicita k hostitelské buňce. Studie probíhají také s terapeutickými vakcínami v kombinaci se standardní antivirovou léčbou.

Standardní současně používaná antivirová léčba má řadu kontraindikací a **nežádoucích účinků** (NÚ). Až u 75 % pacientů se vyskytne jeden nebo více NÚ, z nichž některé mohou výrazně ovlivnit adherenci k léčbě a ta potažmo výsledek léčby. S interferonem související nejčastější NÚ jsou: hematologické (neutropenie, trombopenie), neuropsychiatrické (poruchy paměti, koncentrace, vidění, bolesti hlavy, deprese, podrážděnost, agresivita, sebevražedné tendence), flu-like syndrom (horečka, artralgie, myalgie), metabolické (indukce autoimunitní tyreoiditidy s projevy hypofunkce i hyperfunkce), gastrointestinální (nauzea, zvracení, úbytek na váze), kožní (alopecie, zhoršení atopického ekzému), plicní (intersticiální fibróza). S podáváním ribavirinu nejčastěji souvisejí: hemolytická anémie, vyrážky, zvýšení kyseliny močové a triglyceridů. Ribavirin vyvolává obtěžující kašel a je teratogenní, takže gravidita není doporučena po celou dobu kombinované antivirové léčby a ještě 6 měsíců po jejím ukončení. Léčba je kontraindikována u pacientů s dekompenzovanou cirhózou, závažnou depresí či jiným psychiatrickým onemocněním, které není kontrolováno léčbou, a kardiopulmonálním onemocněním.

Léčba dětí. Děti mohou získat infekci posttransfuzně, vertikálně od infikované matky při porodu nebo později v rámci rizikového



Hemofilici se obávají ohrožení léčby, podle SÚKL nic nehrozí

Léčba pacientů s poruchou krevní srážlivosti je podle Českého svazu hemofiliků ohrožena. Některé životně důležité léky si prý nadále nemohou aplikovat doma, ale musejí kvůli tomu být hospitalizováni.

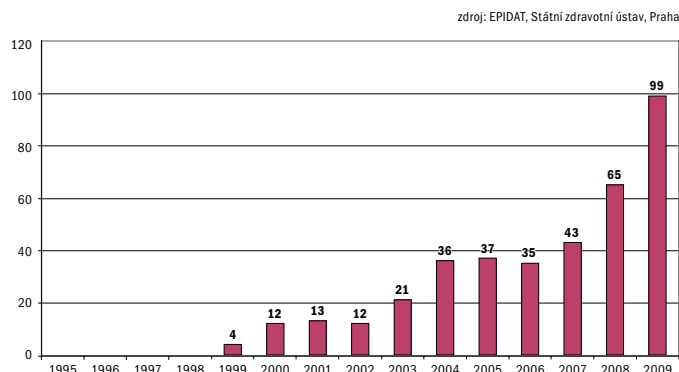
Česku hrozí podle svazu kvůli tomu „ne-betyčná ostuda“. Změnu značení léků udělal Léčkový ústav, ten ale ohrožení pacientů odmítl. Jejich obavy prý vznikly nesprávným výkladem rozhodnutí úřadu. Lékaři mohou dál psát pacientům léky pro domácí léčbu.

V ČR žije zhruba 800 hemofiliků, přes dvě stovky jsou děti a dospívající do 18 let. Nemoc se nejčastěji zjistí screeningem v porodnici. Při úrazu a krvácení musejí pacienti okamžitě dostat do žíly faktor srážlivosti, který krvácení zabrání. Lék mají proto stále u sebe. Je to nutné, protože časté krvácení zhoršuje stav jejich kloubů, pacienti pak potřebují kloubní implantát. Operace stojí stovky tisíc korun. Bez léčby končí pacienti na vozíku.

„Léčba hemofilie prodělala za 25 let úžasný pokrok, na jehož konci stojí snadná aplikace léčebného produktu prakticky kdekoli a hlavně okamžitě. Ústav však rozhodl zcela nepochopitelně, že léčbu zruší a vrátí hemofiliky o mnoho let zpátky,“ řekl ČTK předseda Českého svazu hemofiliků Vladimír Dolejš. Proti rozhodnutí ústavu vystoupily odborné lékařské společnosti. „Obava pacientů vznikla nesprávnou interpretací dopadu rozhodnutí ústavu v oblasti cen a úhrad. Aktuálně je zajištěna úhrada přípravků s koagulačním faktorem VIII. Ústav si je vědom důležitosti této léčby a tento fakt zohledňuje i v běžících správních řízeních,“ řekla ČTK mluvčí Státního ústavu pro kontrolu léčiv Veronika Petláková. SÚKL změnil podle platné legislativy symboly pro vykazání péče zdravotní pojišťovně, nijak to podle Petlákové ale nezasahuje do možnosti používat tyto léky v domácí péči. Hemofilická centra tak nadále mohou vydávat lék pro domácí léčbu a řádně je vykazat pojišťovně, shrnula.

Zdroj: ZDN, 16. 2. 2012

Graf č. 8 Incidence VHC v ČR 1999–2009



chování, většinou užíváním drog. Vertikální přenos je vzácný, vyskytuje se u 4–13 % dětí. Vyšší riziko nesou novorozenci matek s vysokou virovou náloží a u matek HIV pozitivních. Profylaxe není známá, kojení není kontraindikováno, s výjimkou HIV pozitivních matek. Antivirová léčba je doporučována od 3 let, ale vzhledem k nežádoucím účinkům antivirové léčby je doporučováno vyčkat staršího věku. Sami léčíme děti od 7 let s prokázanou hepatocelulární aktivitou. Dávkování interferonu u dětí se liší dle jednotlivých autorů od 1–1,5 µg/kg/týden nebo 60 µg/m²/týden. Efekt léčby i nežádoucí účinky jsou podobné jako u dospělých pacientů, ale u dětí jsou častěji pozorovány změny chování, poruchy kognitivních funkcí a ireverzibilní poruchy růstu až o 1 percentil. Vzhledem k tomu je třeba léčbu indikovat uvážlivě a pouze u dětí, u kterých byly detekovány rizikové faktory pro rychlý přechod do fibrózy, či u těch, které již mají fibrózu detekovanou. Děti s nízkou virémií mají vyšší šanci na spontánní clearance HCV než děti s vysokou virémií, nejčastěji do 3 let věku, ale i po 10 letech od získání infekce.

■ Virová hepatitida E (VHE)

Původce VHE (HEV) byl objeven v roce 1990. Jde o nebalený RNA virus, zařazený do samostatného rodu *Hepevirus*, čeledi *Hepeviridae*. Fylogenetickou analýzou byl rod rozdělen do 4 savčích a 1 ptačích genotypů, s desítkami podskupin. Genotyp I je především izolován z velkých epidemií (Čína, Indie, Afrika), genotyp II z Mexika a ojediněle z Afriky, genotyp III je izolován od lidí především z míst sporadického výskytu, ale zároveň i od domácích a divokých prasat a jelení zvěře. Výskyt genotypu IV je omezen na Čínu, Indonésii, Indii a Japonsko a má podobně jako genotyp III zoonotický potenciál.

Epidemiologie. Epizootologické studie prokázaly HEV v domácích chovech prasat, především selat nejenom ve státech západní Evropy a USA, ale i v ČR. První epidemie byly popsány v padesátých letech v Dillí a v sedmdesátých letech v Kašmíru. Další epidemie vyvolané tímto virem jsou popisovány v zemích Asie, Afriky, Jižní a Střední Ameriky většinou v souvislosti s fekální kontaminací pitné nebo užitkové vody po velkých deštích. V současné době jsou hlášeny epidemie z Čadu a Súdánu. V průmyslových zemích jsou popisovány sporadické případy.

V těchto případech se předpokládá alimentární přenos nedostatečně tepelně upraveným masem z prasat, např. játry, nebo import ze zemí s endemickým výskytem. V ČR je ročně hlášeno několik desítek onemocnění.

Klinický obraz. VHE probíhá srovnatelně s VHA, u běžné populace má příznivý průběh a podobně jako u VHA většina případů má subklinický průběh. V Indii u těhotných žen je pozorován častý fulminantní průběh VHE, s vysokou mortalitou až 20 %, přičemž u těhotných žen v Egyptě je klinický průběh u těhotných žen srovnatelný s ostatní populací, u které je mortalita popsána v necelém 1 %. Příčina tohoto jevu není známa. Přechod do chronicity není u HEV pozorován, nicméně akutní VHE výrazně zhoršuje průběh chronických jaterních onemocnění a popsán je i chronický průběh VHE u transplantovaných jater.

Léčba je symptomatická. Vyvíjeny jsou vakcíny i hyperimunní globuliny, ale dosud nejsou k dispozici.



Naše zkušenosti s léčbou chronické hepatitidy C

MUDr. Svatava Virtová¹, MUDr. Jarmila Kydlíčková¹, MUDr. Jana Tábořská²

1) Infekční klinika, Fakultní nemocnice, Plzeň

2) Nemocnice u sv. Jiří s.r.o.

V předkládané práci autorky uvádějí současná klinická a epidemiologická data týkající se onemocnění hepatitidou typu C. Popisují rovněž zásady léčby podle platných doporučených postupů. Vlastní poznatky a zkušenosti jsou shrnuty za období let 2005–2011. V závěru autorky poukazují na probíhající klinické studie, které přinášejí nové léčebné možnosti.

Klíčová slova: hepatitis C, diagnostika, léčba

■ Úvod

Prevalence infekce HCV se celosvětově pohybuje kolem 3 %. Podle epidemiologických přehledů z minulých let je séroprevalence protilátek anti-HCV v ČR v běžné populaci nízká (r. 2001 – 0,2 %). Až u 85 % pacientů infikovaných virem HCV přechází nákaza do chronického stadia s poměrně vysokým rizikem přechodu do cirhózy.

Infekce virem hepatitidy C patří mezi krví přenosné infekce. Hlavními cestami šíření HCV infekce je přenos krve a krevními deriváty. Rizikovou skupinou jsou především i.v. narkomani, pacienti v dialyzačním programu, sexuální partneři HCV pozitivních osob, dále je možný vertikální přenos z HCV pozitivní matky na novorozence perinatálně (nižší než 6 %). Není vyloučena profesionální nákaza při poranění použitými nástroji. K iatrogenní nákaze by v současné době nemělo s ohledem na testování dárců docházet, výjimkou jsou příjemci krve, krevních derivátů či transplantovaní před r. 1992. Důkladný odběr epidemiologické anamnézy ve většině případů vede k identifikaci rizikového faktoru přenosu HCV. Důležité je poučení HCV pozitivní osoby o způsobech šíření infekce a zásadách bezpečného chování (zákaz darování krve, tkání či spermatu, zabránění expozice krve HCV pozitivní osoby, zařazení HCV pozitivních narkomanů do programu výměny injekčního instrumentária, zabránění i náhodnému použití zubního kartáčku, holicích potřeb atd. od HCV pozitivních osob). Laboratorní diagnostika hepatitidy C se opírá o průkaz protilátek v séru. Tyto protilátky přetrvávají i u úspěšně vyléčených pacientů, nejsou neutralizačního charakteru, jsou markerem expozice infekci HCV. Senzitivita nyní používaných testů je 97 %, specifita 99 %. Indikace k vyšetření anti-HCV protilátek je u pacientů z výše uvedených

rizikových skupin, a to zejména při zjištěné hepatopatii. Děti HCV pozitivních matek je nutné vyšetřovat až po 18. měsíci věku z důvodů falešně pozitivního nálezu v důsledku zachycení protilátek přenesených od matky u dětí mladších 1 roku.

U imunokompromitovaných osob s jinak neobjektivizovanou hepatopatií je indikováno vyšetření PCR HCVC RNA (polymerase chain reaction, hepatitis C virus, ribonucleid acid) v rámci diferenciálnědiagnostické rozvahy. Toto vyšetření se užívá rovněž při podezření na akutní hepatitidu C u anti-HCV negativního pacienta. PCR HCV RNA včetně genotypu viru se vyšetřuje u sledovaných pacientů s chronickou hepatitidou C indikovaných k léčbě.

Všichni pacienti s chronickou C hepatitidou jsou potenciálními kandidáty k léčbě. V současné době jsou léčeni kombinací pegylovaného interferonu alfa (PEG-IFN) a ribavirinu (RBV). Způsob vedení léčby a její indikaci ovlivňuje věk pacienta, genotyp C viru, přítomnost a ev. stadium jaterní fibrózy, motivace pacienta, přidružená onemocnění. Zatím nejsou dostupné rozsáhlejší studie zabývající se kombinací terapií PEG-IFN + RBV u dětí. Monoterapie konvenčním IFN vykazovala vyšší účinnost u dětí než u dospělých, podání ribavirinu je u dětí do 3 let věku dosud kontraindikováno, u dětí starších 3 let je pak v současné době doporučenou terapií kombinace konvenčního IFN s ribavirinem. Léčba pegylovaným interferonem do 18 let věku dítěte není schválena. Rozhodnutí o zahájení léčby u dětí není jednoznačné, optimální doba podání léčby není jednoznačně dána. Při vertikálním přenosu infekce nebo v časném dětství je HCV infekce asociována s minimálním klinickým nálezem a pomalou progresí jaterní fibrózy. Nicméně úspěšnost léčby je do značné míry závislá na době od inkulace nákazy do zahájení léčby. Z toho vyplývá nutnost přísně individuálního přístupu k dětskému HCV

pozitivnímu pacientovi. Známky progredující fibrózy by měly být indikací k zahájení terapie. U starších dětí a adolescentů je léčba indikována u potvrzené přítomnosti viru po dobu delší než 6 měsíců. Doporučována je léčba kombinací konvenčního INF-alfa v dávce 1,75 IU/m² 3× týdně, ribavirin 15 mg /kg/den. V naší populaci nejčastější genotyp 1 HCV vyžaduje léčbu 48 týdnů, u genotypu 2 a 3 pak 24 až 48 týdnů podle dosažení EVR (early virologic response, ve 3. měsíci léčby), respektive RVR (rapid virologic response, hodnocené ve 4. týdnu léčby).

■ Vlastní pozorování

Prezentujeme výsledky pacientů s chronickou hepatitidou C léčených v období 2005–2011 na Infekční klinice FN v Plzni. Ve sledovaném období bylo léčeno 24 nemocných, z toho 22 naivních a 2 nonrespondeři léčby standardním interferonem + ribavirinem. Léčili jsme 10 žen a 14 mužů, průměrný věk 39,5 let (23–63 let).

Celkem 7 pacientům byly aplikovány krevní deriváty (2 hemofilici, 5× transfuze krve před rokem 1989), 7 pacientů příznalo rizikové chování (i.v. aplikace drog). U 8 pacientů zůstal způsob inkulace neznámý, u několika z nich však byl abúzus drog rovněž velmi pravděpodobný. Dva z léčených pacientů byli partneři HCV pozitivních osob.

Před zahájením léčby jsme u našich pacientů vyšetřovali aktivitu jaterních testů, vstupní virémii a genotyp HCV. Ve shodě s udávanou epidemiologickou situací v ČR jsme zaznamenali převážně genotyp 1 b 23× a 1× genotyp 4 (arabská národnost).

Ověření stadia jaterního onemocnění necílenou jaterní biopsií jsme provedli u 15 pacientů s nálezem různého stupně závažné aktivity, bez nebo s již prokazatelnou periportální fibrozou. U 9 pacientů nebyla jaterní biopsie indikována (2× hemofilie, 7× negativní postoj pacienta).



Na základě získaných údajů jsme podle platných doporučených postupů indikovali kombinovanou léčbu pegylovaným interferonem alfa (1,5 µg/kg/týden) a ribavirinem (dle hmotnosti).

Při příznivé odezvě na léčbu (kontrola virémie do 3 měsíců od zahájení léčby) jsme u 20 pacientů v léčbě pokračovali dle stanoveného schématu po dobu 48 týdnů. Setrvalou virologickou odpověď (negativní virémie) v průběhu dalšího sledování mělo 14 pacientů (58 %). U 4 pacientů byla léčba předčasně ukončena pro závažné komplikace (porucha vědomí s křečemi, stafylokoková gonitida, flebotrombóza a autoimunitní tyreotoxikóza). Jako nejčastější nežádoucí účinek léčby byly pozorovány změny v krevním obraze (anémie, trombo-

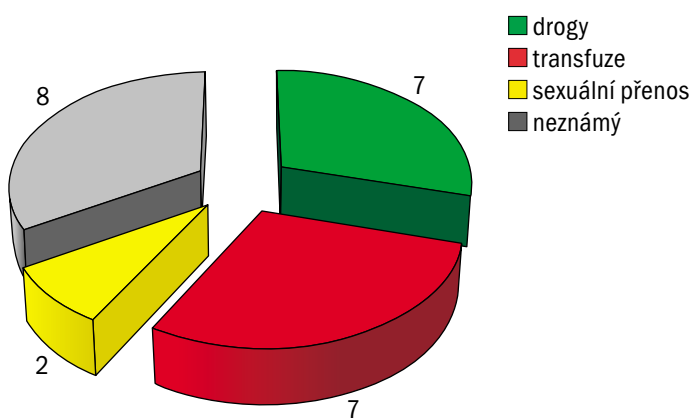
cytopenie, leukopenie). Ve 2 případech tyto změny vedly k dočasnému přerušení léčby virostatikem. Dále jsme pozorovali u našich pacientů běžně udávané nežádoucí účinky (váhový úbytek, deprese, exantémy). Na konci léčby jsme u 5 pacientů zaznamenali laboratorní známky tyreopatie. Celkem 4 léčené pacientky porodily zdravé děti ještě před zahájením léčby, ale udává se, že pravděpodobnost vertikálního přenosu infekce z matky na dítě se minimalizuje po úspěšně ukončené léčbě.

Hodnocení léčby chronické hepatitidy C nelze statisticky vyjádřit pro příliš malý soubor pacientů. Lze pouze konstatovat, že úspěšnost kombinované terapie chronické hepatitidy C byla u našich nemocných obdobná, jako uvádějí jiní autoři v ČR i zahraničí.

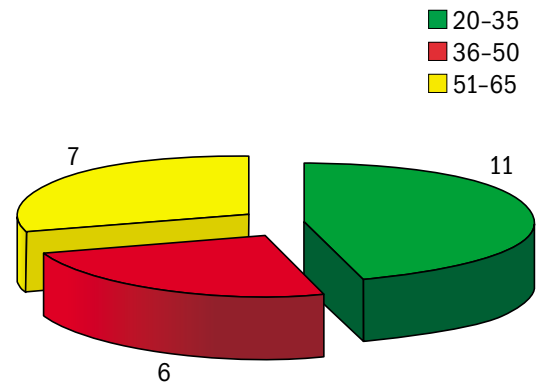
Závěr

Nové léky či kombinace stávající terapie s dalšími virostatiky jsou trvale předmětem výzkumu. Některé z nich byly zařazeny do klinických studií a pravděpodobně budou v blízké budoucnosti využívány i v našich podmínkách. V počátcích podávaná monoterapie rekombinantním interferonem byla postupně nahrazena současně doporučovanou kombinovanou léčbou pegylovaného interferonu s virostatikem. Poměrně vysokou terapeutickou úspěšnost léčby pacientů s chronickou hepatitidou C by mohla ještě zlepšit léčba trojkombinací (pegylovaný IFN + ribavirin + boceprevir).

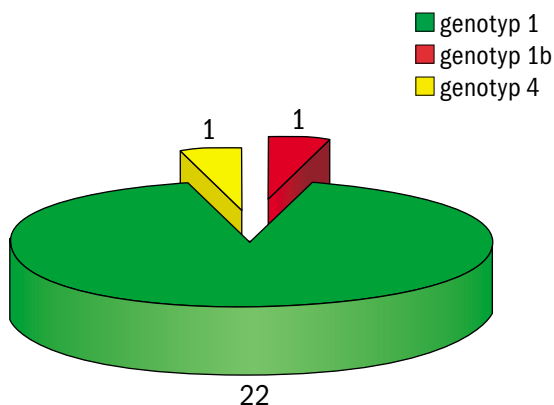
Graf č. 1 Způsob inokulace HCV



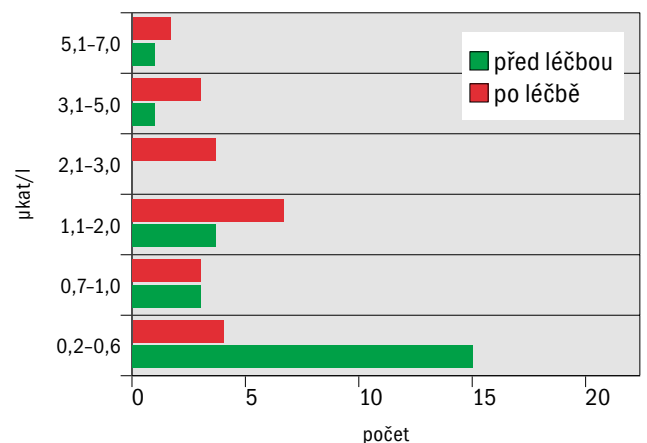
Graf č. 2 Věkové rozložení souboru, n = 24



Graf č. 3 HCV - genotyp



Graf č. 4 ALT před a po léčbě





Novější poznatky o paracetamolu ve vztahu k hepatální toxicitě, senzitivitě a vzniku astmatu

MUDr. Jiří Novák

Ambulance pro klinickou imunologii a alergologii při ÚVN Praha

Paracetamol je masově užívané farmakum s dobrou léčebnou účinností. Jeho problém spočívá v četných nežádoucích účincích včetně potenciální hepatotoxicity. Toto nebezpečí vychází z farmakologických vlastností a malého rozdílu mezi léčebnou a toxickou dávkou při značné individuální variabilitě jeho metabolismu. Užívání paracetamolu je považováno za jednu z příčin narůstajícího výskytu astmatu v jakémkoli období života. Paracetamol také signifikantně zvyšuje riziko alergické senzibilisace, opakovaných bronchitid, chronické rinitis, atopického ekzému a CHOPN. Toto riziko stoupá s kumulativní dávkou paracetamolu, negativní vliv však mohou mít i jeho sporadické aplikace, zejména v graviditě.

■ Úvod

Paracetamol je látkou odvozenou od toxického anilinu a fenolu. Je metabolitem jeho vývojového předchůdce fenacetinu, jehož abúzus zaplatilo mnoho lidí chronickou renální insuficiencí. Užívání paracetamolu je v průmyslově vyspělém světě masové ve všech věkových skupinách. Jedním z důvodů vysoké preskripce a konzumace je také neznalost účinků paracetamolu za situace, kdy převládá zcela pozitivní hodnocení z let jeho zavádění do praxe.

■ Účinky paracetamolu

Paracetamol náleží do skupiny analgetik - antipyretik. Analgezie je způsobena modulací kanaboidního systému v CNS, posiluje ji zřejmě také inhibice 3. izoenzymu cyklooxygenázy (COX 3) v CNS. Antipyretické účinky paracetamolu vznikají cestou inhibice COX 2 v hypotalamu. Slabší inhibice COX 2 ve tkáních neprobíhá v kyselém prostředí s volnými kyslíkovými radikály, které je charakteristické pro probíhající zánět. Proto je antiflogistický účinek paracetamolu zanedbatelný. Inhibice COX 1 zůstává nedořešenou otázkou. Přestože nejde o významnější léčebný účinek paracetamolu, je třeba s ní počítat pro možnost vzniku závažné hypersenzitivity aspirinového typu.

■ Toxicita paracetamolu

Původní představa o absenci nežádoucích účinků paracetamolu postupně mizela s nárůstem jeho spotřeby a počtu případů těžkého jaterního poškození po větším nebo i menším předávkování. Dnes jde o nejčastější příčinu **jaterního selhání** ve Velké Británii i USA, kde jsou toxikologická centra

nejvíce využívána právě z důvodu intoxikace touto látkou. Paracetamol může způsobit také tubulární nekrózu ledvin nebo poškození krvetvorby, myokardu, plic a slinivky či hemolýzu.

Detoxikace metabolitů paracetamolu glutathionem je limitovaná, protože sám paracetamol snižuje hladinu glutathionu a tím i antioxidační kapacitu krve. Glutathion (L-gamma-glutamyl-L-cysteinyl glycin) je detoxikačně a antioxidačně účinný, pokud se nachází v redukované formě. K jeho snížené konjugací aktivitě dochází nejen při funkčním přetížení některými toxickými látkami či oxidačním stresem, ale i v případě genetických polymorfismů s nepříznivou alelou antioxidačních genů, zejména glutathion S-transferázy (GSTH). Oxidovaná forma glutathionu a nižší aktivita GSTH při alele minor způsobují zhoršenou eliminaci toxického metabolitu paracetamolu n-acetylbenzochinoniminu (NAPQI), který se, mimo jiné, kovalentně váže na hepatocyty a způsobuje centrilobulární nekrózu jater. K hromadění NAPQI napomáhá přetížení antioxidační a konjugací aktivity GSTH, a to nejen paracetamolem, ale i alkoholem, výfukovými plyny apod. Na kumulaci NAPQI má vliv také nepříznivá konstelace genetických polymorfismů cytochromu P450. Paracetamol také oslabuje schopnost glutathionu zabraňovat poškození buněčných membrán zdroji reaktivního kyslíku, jako je superoxidový aniont a hydroxylové a peroxylové radikály. Po požití toxické dávky paracetamolu nastává bledost, nauzea, zvracení, někdy i urtika, poškození sliznic a metabolická acidóza. Jeho hladina v krvi vrcholí asi 4 hodiny po požití, potom nastává pokles. Po

24–36 hodinách dochází zprvu k laboratorním a potom i klinickým známkám poškození jater, které mohou přejít v jaterní selhání a smrt. Za toxickou se považuje u dospělých již dávka 3 tablety paracetamolu po 500 mg každých 6 hod. s tím, že pro citlivé jedince je tato hodnota podstatně nižší. U dětí má hepatotoxický účinek 1 dávka 90 mg/kg, tedy požití necelých dvou pětisetmiligramových tablet desetikilovým dítětem, ovšem opět s podstatně nižší hranicí u jedinců s nepříznivou genetickou konstelací.

■ Postup při intoxikaci paracetamolem:

1. Odstranění paracetamolu z těla.

Výplach žaludku

Živočišné uhlí snižuje absorpci paracetamolu, pokud je podáno včas.

Hemoperfuze

2. Antidotum n-acetylcystein.

N-acetylcystein je prekursorem glutathionu. Pomáhá organismu regenerovat hepatocyty nebo zabránit jejich zničení. Per os nebo žaludeční sondou se dává 1300 mg/kg po dobu 72 hodin. Při intravenózní aplikaci je doporučena celková dávka 300 mg/kg po dobu 20 hodin.

Přípravky s acetylcysteinem:

ACC NEO por. tbl. eff. 100 či 200 mg.

ACC sirup por. plv. sir. susp. 1 ml = 20 mg.

ACC LONG por.tbl.eff. 600 mg.

Mucobene por. gra. sol. 600 mg.

NAC AL por. tbl. eff. 100, 200, 600 mg.

Solmucol orm. pas. 100 mg.

Solmucol por. gra. sol. 100 a 200 mg.

Solmucol por. plv. sir. – 1 ml = 20 mg.

ACC inject inj. sol. – amp. po 300 mg,

100 mg = 1 ml inj. roztoku (První dávka



rozředit 1:1 0,9% roztokem NaCl nebo 5% glukózou a podat i.v. velmi pomalu, v průběhu 5 minut. Další dávky podat ve formě i.v. infuze.

3. Při těžkém poškození jater je možná transplantace jater.

■ Intolerance a hypersenzitivita paracetamolu a antirevmatik

V posledních letech přibývají zprávy o vztahu paracetamolu k hypersenzitivitě na nesteroidní antirevmatika a acetylsalicylovou kyselinu, příznaky spíše pro dospělé. V dětském věku jsou známy jen ojedinělé případy hypersenzitivity na paracetamol, a to nejasné patogenese. O alergii a anafylaktické reakci na paracetamol jsou také jen ojedinělé zprávy.

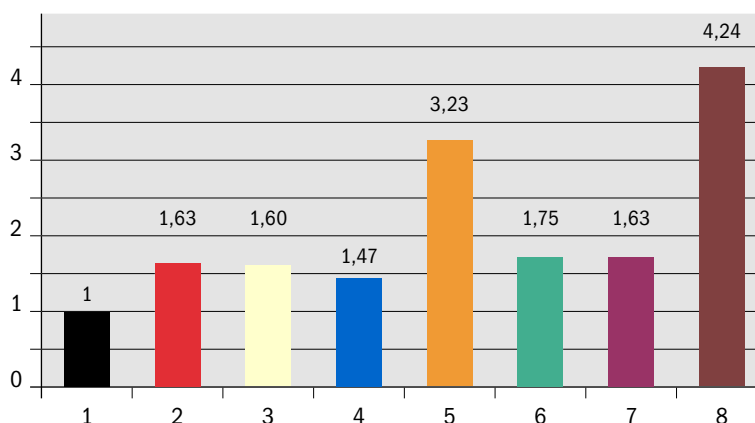
■ Paracetamol a riziko vývoje astmatu a alergie

Riziko z paracetamolu a OR. OR (odds ratio, index rizika) vyznačuje ve studiích míru rizika onemocnění. Jde o index vyjadřující výskyt onemocnění v aktivní skupině dělený výskytem ve skupině kontrolní. Např. OR = 1,3 znamená třicetiprocentní zvýšení výchozího rizika, ze 100 % u kontrolní skupiny na 130 % ve skupině aktivní. Takovýto vzestup je třeba považovat u nežádoucích účinků paracetamolu za klinicky a epidemiologicky významný. S užíváním paracetamolu stoupá riziko onemocnění astmatem, chronickou alergickou rinitis, atopickým ekzémem, opakovanými bronchitidami, CHOPN a alergické senzibilizace. Výsledky studií jsou nejvýraznější u častého užívání paracetamolu, signifikantně pozitivní jsou však i u méně časté aplikace, například jeden den v měsíci až ročně. Lehké, ale signifikantní navýšení rizika nastává i po sporadické aplikaci malých dávek.

Metaanalýzy a review literatury jsou s výše uvedeným v souladu. Etminan v metaanalýze

Obr. 1

Paracetamol a výskyt astmatu. Metaanalýza 19 studií s celkovým počtem 425 140 jedinců. Kontroly mají index rizika OR = 1,0 ■; pro všechny jedince užívající paracetamol je OR = 1,63 ■; riziko astmatu u dětí s paracetamolem poslední rok před analýzou je OR = 1,60 ■; u dětí s paracetamolem během prvního roku života OR = 1,47 ■; u dětí s vysokou dávkou paracetamolu OR = 3,23 ■; aktivní astma v 5 letech ve vztahu k prenatálnímu paracetamolu je pro srovnání vhodnější podle newyorské studie OR = 1,71 ■; stejně tak aktivní astma u pětiletých se séroatopii (spec. IgE+) OR = 1,63 ■; pětiletí bez séroatopie (spec. IgE neg.) OR = 4,24 ■. Eneli 2010.



z roku 2010 zhodnotil 19 studií s celkovým počtem 425 140 jedinců (obr. 1). Index rizika astmatu pro všechny jedince užívající paracetamol vypočetl na OR = 1,63 (95% CI, 1,46–1,77). Riziko astmatu u dětí s paracetamolem poslední rok před analýzou je OR = 1,60 (95% CI, 1,48–1,74); u dětí s paracetamolem během prvního roku života OR = 1,47 (95% CI, 1,36–1,56); u dětí s vysokou dávkou paracetamolu OR = 3,23 (95% CI, 2,9–3,6); doplnění údajů o aktivní astma v 5 letech ve vztahu k prenatální medikaci paracetamolem je vhodnější uvést podle přesné newyorské studie OR = 1,71 (95% CI, 1,26–2,43); stejně tak aktivní astma u pětiletých se séroatopii (spec. IgE+) OR = 1,63 (95% CI, 0,93–2,86); aktivní astma u dětí bez séroatopie (spec. IgE neg.) OR = 4,24 (95% CI, 2,07–8,72). Review Eneliho pro astma jeví obdobné výsledky. Existují i další metaanalýzy, týkající se jednoznačně

vzestupu astmatu, alergie, chronické rýmy a ekzému u dětí různých věkových skupin a také tam, kde matky užívaly paracetamol v těhotenství. S vysokou pravděpodobností jde o důsledek zásahu paracetamolu do metabolismu buněk respiračního systému.

■ Paracetamol a riziko v jednotlivých věkových skupinách

Paracetamol u kojenců do 1 roku.

Mezinárodní průřezová studie ISAAC zaznamenala sledováním 205 487 dětí ze 73 center zvýšené riziko atopických onemocnění u 6–7 letých dětí, které v prvním roce života dostávaly paracetamol. Pro astma bylo zjištěno OR = 1,46; alergickou rinitis OR = 1,48 a atopický ekzém OR = 1,35. Výsledky jsou statisticky signifikantní ($p < 0,05$) viz obr. 2. Výpovědní hodnota pozitivních výsledků studie ISAAC u kojenců je podporována shodnými výsledky longitudinálních studií.

Obr. 2

Užívání paracetamolu jako antipyretika v 1. roce života je spojeno se zvýšeným rizikem astmatu v 6–7 letech. Studie ISAAC: N = 205 487 dětí, 73 center, 31 zemí. OR = riziko ve skupině aktivní dělené rizikem ve skupině kontrolní. Přizpůsobeno modifikujícím faktorům.

	OR	95% CI	p
Asthma bronchiale	1,46	1,36–1,56	$p < 0,05$
Rhinitis allergica	1,48	1,38–1,60	$p < 0,05$
Eczema atopicum	1,35	1,26–1,45	$p < 0,05$

Obr. 3

Užívání paracetamolu v 13–14 letech života je spojeno se zvýšeným rizikem astmatu, jehož výše závisí na dávce. Studie ISAAC III, 300 000 dětí, 113 center, 50 zemí. OR je korigováno multivariační analýzou. (Beasley, 2010).

Konzumace paracetamolu	$\geq 1 \times$ za rok OR	$\geq 1 \times$ za měsíc OR
Asthma bronchiale	1,43	2,51
Rhinitis allergica	1,38	2,39
Eczema atopicum	1,31	1,99

**Děti ve věku 6–7 let.**

Ve studii ISAAC u dětí ve věku 6–7 let byla zhodnocena rizika atopických nemocí jako OR v **1. skupině** s konzumací paracetamolu častější než 1× za měsíc a porovnávána s riziky ve **2. skupině** s konzumací o frekvenci 1× za rok až 1× za měsíc. Výsledky: astma OR = 3,23 (ve skupině 1) vs. 1,61 (skupina 2); rhinitis allergica OR = 2,81 vs. 1,32; ekzema atopicum 1,87 vs. 1,18. Významným byl průkaz závislosti tíže astmatu na paracetamolu i jeho dávce, která se opakovaně potvrdila i v dalších studiích s velkou převahou *těžkých forem astmatu* u uživatelů paracetamolu.

Dospívající ve věku 13–14 let.

Ve studii ISAAC III bylo sledováno 300 000 dětí ze 113 center a 50 zemí světa. *Riziko astmatu* v 1. skupině uživatelů paracetamolu minimálně 1× za měsíc ve srovnání s kontrolní skupinou bylo 2,51× větší (astma OR = 2,51). Uživatelé 2. skupiny s frekvencí 1× za měsíc až 1× za rok měli ve srovnání s kontrolami OR = 1,43. *Výskyt atopického ekzému* byl také signifikantně závislý na frekvenci užívání paracetamolu: OR = 1,99 (1. skupina) vs. 1,31 (2. skupina). Rozdíl ve výskytu mezi uživateli v daných skupinách u *rhinoconjunctivitis allergica*: OR = 2,39 vs. 1,38 (obr. 3).

Paracetamol v dospělosti.

Prospektivní britská longitudoální studie ALSPAC také prokázala vysoce signifikantní asociaci mezi užíváním paracetamolu a výskytem astmatu, stejně jako mezi paracetamolem a tíží astmatu. Obě závislosti narůstaly progresivně s dávkou. *Těžké astma bylo až 8× pravděpodobnější ve skupině s paracetamolem*. Současný vztah odezvy na paracetamol k aspirinové sensitivitě nebyl prokazatelný, šlo o jiný mechanismus poškození plic.

Multicentrická studie Global Allergy and Astma European Network (GA²LEN) ve 12 centrech Evropy zjistila 2,9× větší riziko astmatu u skupiny s paracetamolem nejmeně 1× za týden oproti skupině užívající paracetamol méně často než 1× týdně – se statistickou signifikancí $p = 0,002$.

■ Paracetamol v těhotenství

Imunopatologické odchylky při astmatu mohou mít svůj začátek již in utero. Vážné důsledky má zde také užívání paracetamolu, na který je plod citlivější než dospělý organismus. Hlavní cesta detoxikace paracetamolu u plodu není jeho glukuronizace na netoxické sloučeniny jako později, ale

sulfatace. Expres glutathion sulfatázy u plodu v plicích klesá po 15. týdnu gestace, tím také stoupá riziko poškození. Dle statistik v západní Evropě a USA užívá paracetamol 30–50 % gravidních! Nejčastějším důvodem pro užívání paracetamolu v těhotenství je bolest, na druhém místě horečka.

Dánská studie.

Děti, jejichž matky v graviditě užívaly paracetamol, měly v 1,5 i v 7 letech života signifikantně zvýšené riziko bronchitid, astmatu, alergie i hospitalizací pro astma.

Britská longitudoální studie ALSPAC.

Sestava 9 400 těhotných. Paracetamol užívaný ve 20.–32. týdnu gravidity souvisel se zvýšeným rizikem hvízdavého dýchání (wheezing) a astmatu ve 3 a 7 letech. Pro wheezing v 6 měs. vyšlo OR = 2,34 při $p = 0,008$; ve 3 letech OR = 2,1 při $p = 0,003$; Astma v 7 letech OR = 1,39 při $p = 0,000005$. Zvýšený celk. IgE v 7 letech OR = 1,21 při $p = 0,00024$.

Newyorská studie z r. 2010.

Sledováno 1442 těhotných, 34 % užívalo paracetamol.

a) **V 5 letech života měly děti matek s prenatálním paracetamolem častější známky astmatu**, alergie a častěji poskytovanou urgentní péči pro astma, vše s vysokou signifikancí $p < 0,001$.

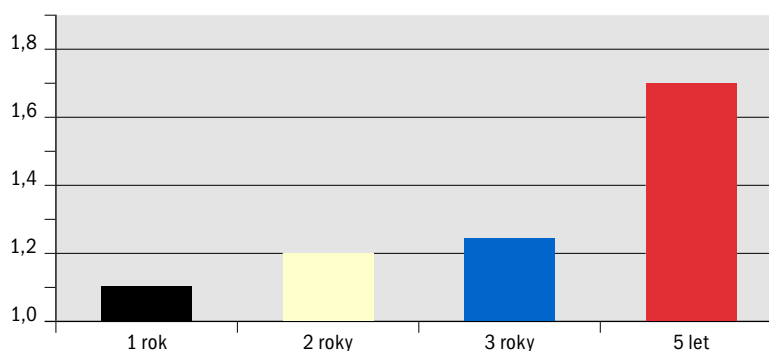
b) **Výskyt „hvízdavého dýchání v posledním roce“ (current wheeze) u dětí s prenatálním paracetamolem stoupá od 1 roku života s každým dalším rokem, bez paracetamolu klesá (obr. 4).** Hvízdavé dýchání v prvních třech letech života je nejčastěji způsobeno obstrukčními bronchitidami, později průduškovým astmatem.

c) **Riziko astmatu výrazně stoupalo s počtem dní expozice paracetamolu.** K mírně zvýšenému riziku docházelo ve srovnání s dětmi matek bez paracetamolu již při užívání jednodenním.

d) **Při srovnání jednodenního užívání s dvou- až čtyřdenním** bylo OR = 1,29 vs. 1,94 pro wheezing persistens, u urgentního astmatu dokonce OR = 1,69 vs. 3,03. Děti bez intrauterinní zátěže paracetamolem mají index rizika OR = 1,0 (obr. 5).

Obr. 4

Index rizika hvízdání v posledním roce u dětí s prenatální expozicí paracetamolu narůstá s věkem, zatímco u dětí bez paracetamolu s věkem klesá. Trend nárůstu rizika: $p = 0,001$ (New York Study, 2010).



Obr. 5

Již malá dávka paracetamolu v graviditě zvyšuje riziko astmatu u dítěte. Index rizika OR je přizpůsobený modifikujícím faktorům. 95% CI v přiměřených mezích. (New York Study, 2010)

Počet dní s paracetamolem během těhotenství	0 OR	1 ! OR	2–4 ! OR	≥ 5 OR	P-trend
Persistent wheeze	1	1,29	1,94	1,90	0,009
Probouzení wheeze	1	0,48	2,05	2,39	0,005
Dušnost či léky	1	1,24	1,97	2,18	< 0,001
Emergency-astma	1	1,69	3,03	2,16	0,014
Séroatopie: spec. IgE+	1	1,21	1,32	1,99	< 0,001



e) **Vztah mezi hvízdavým dýcháním a prenatální expozicí paracetamolu** byl silnější u dětí s normálními hodnotami specifických IgE (OR = 4,24) než u pozitivních specifických IgE (OR = 1,63). Atopie se tedy na patogenezi plicní poruchy zřejmě nepodílí, i když její riziko s dávkou paracetamolu stoupá.

f) **Závislost aktivního astmatu v 5 letech letech na prenatální expozici paracetamolu** je modifikována přítomností alely minor pro glutathion S transferázu Pi (GSTP1 Val105). Děti s touto alelou mají při prenatální zátěži paracetamolem 2,08× větší výskyt astmatu než děti s alelou jinou a mají také 1,96× častěji zvýšený nejméně jeden specifický IgE (obr. 6).

g) **Největší zvýšení rizika aktivního astmatu nastalo u pětiletých dětí s minor alelou GSTP 1A105G**, jejichž matky užívaly v těhotenství *paracetamol více než 4 dny*. Polymorfismy tohoto genu mají vliv na konjugaci aktivitu glutathionu, uplatňující se při detoxikaci paracetamolu i nejrůznějších škodlivin, včetně výfukových plynů a cigaretového kouře. Výskyt alely GSTP1A 105G je u Evropanů jen lehce méně častý než ve sledované populaci. Za mechanismy poruchy plic se považuje deplece aktivního plicního glutathionu a oxidativní stress. Bylo zohledněno možné ovlivnění výsledků modifikačními faktory – rasou, astmatem u matky, věkem matky, pohlavím dítěte, kouřením v domácím prostředí či léčbou antibiotiky nebo ibuprofenem. Uvedená newyorská studie je první svého druhu, která prokázala vztah mezi astmatem a schopností organismu detoxikovat cizorodé látky v závislosti na polymorfismech genů s touto funkcí.

■ Patogeneze plicního poškození paracetamolem

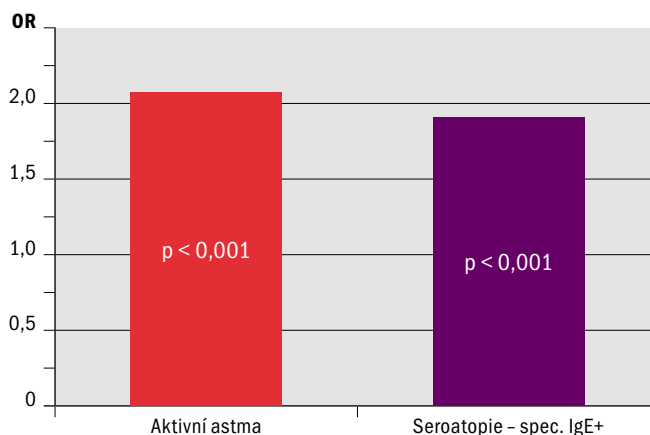
Podrobně popsáno na www.alergieimunita.cz.

■ Gravidita a léčba febrilií

Pro těhotné v současnosti neexistuje bezpečné analgetikum – antipyretikum. Horečky jsou však také rizikovým faktorem pro vývoj plodu. Přes všechny negativní zprávy proto zůstává u těhotných lékem volby paracetamol v nízkých dávkách a frekvenci podávání. Současně však je nutné využívat nefarmakologická opatření při horečkách, ev. bolestech. Jde o fyzikální opatření, obklady a zábaly,

Obr. 6

Přítomnost alely minor glutathion S-transferázy Pi (GSTP1 Val 105) zdvojnásobuje index rizika aktivního astmatu u dětí s intrauterinní expozicí paracetamolu. Riziko sérotopie (specif. IgE+) je také zdvojnásobné. Alela GSTP ovlivňuje konjugaci aktivitu glutathionu. (New York Study, 2010).



zvýšený přísun tekutin apod. Prevence bolestivých stavů a tím jedné z příčin užívání léků v těhotenství je nezbytná. Opravdové řešení problému užívání paracetamolu v těhotenství tedy zdaleka nespádá jen do péče o těhotné, ale směřuje zejména k medicíně dětí, dorostu a mladých dospělých. Je třeba se zaměřit na včasnou prevenci a léčbu bolestivých a infekčních stavů i lékového abúzu.

■ Dávkování paracetamolu

Úzké rozmezí mezi terapeutickou a toxickou dávkou je jedním z nedostatků masově používaného paracetamolu. I z tohoto důvodu je před jeho riziky pravidelně varováno americkou vrcholnou institucí FDA (Food and Drug Administration). V r. 2009 FDA doporučila zveřejnění nových omezení preskripce paracetamolu v USA za účelem ochrany populace před potenciálními toxickými účinky. Šlo také o zákaz kombinace paracetamolu s narkotickou analgezií. Poradní sbor FDA vyjádřil obzvláštní obavu ze skutečnosti, že u maximálních dávek paracetamolu byly prokázány známky navození poruchy jaterních funkcí. Další doporučení FDA je z března 2010. Již dříve stanovená maximální jednotlivá dávka podle FDA 650 mg kontrastuje s 1000 mg dle SPC v ČR. Povolenu denní dávkou 1 g/6 hod. se blížíme k dávce toxické 1,5 g/6 hod., navíc při nepříznivé genetické konstelaci je hranice toxicity podstatně nižší. V ČR převládá

obava z poddávkování u jedinců s hmotností větší než 50 kg, čímž je doporučování dávky 1 g zdůvodňováno (Kršiak).

■ Závěr

Zdvojnásobení prevalence astmatu u dětí v období 1980–95 časově odpovídá vzestupu konzumace paracetamolu, který nastal do takové míry, že ho v těhotenství užívá až polovina žen v západních zemích. Podle rozsáhlých studií, jejich review, metaanalýz, mínění autorit i konsensu je užívání paracetamolu jednou z příčin nárůstu astmatu. Navíc, v nedávné minulosti proběhly v USA studie, které prokázaly nárůst astmatu u lidí žijících v oblastech se zvýšenou koncentrací spalinových motorů v ovzduší. Negativní vlivy paracetamolu a výfukových plynů se mohou vzájemně potencovat. Zkratková a přemrštěná preskripce léků se v ČR stává stále častěji náhražkou řádné lékařské péče i řešení sociálních problémů. Užívání paracetamolu se tím více podílí na nárůstu astmatu. Stále narůstající sevření naší populace do kleští farmak je jejím vážným handicapem do budoucnosti a mělo by být pro lékaře i laickou veřejnost alarmující.



Screening poruch autistického spektra v pediatrické praxi

PhDr. Kateřina Thorová, Ph.D.

klinická psychologka, APLA – Asociace pomáhající lidem s autismem

Poruchy autistického spektra aktuálně řadíme k častým vývojovým poruchám. Současné epidemiologické výzkumy uvádějí výskyt u 1 % populace, což znamená, že pediatr má průměrně ve svém registru okolo deseti dětí s touto diagnózou. Lze předpokládat, že řada dětí je zatím bez diagnózy. Screeningově by autismus měli umět rozpoznat zejména pediatři a dětské psychologové, ale také logopedi a speciální pedagogové. Konečnou diagnózu stanovuje zkušený klinický psycholog či psychiatr se vzděláním a praxí v oblasti diagnostiky poruch autistického spektra.

Poruchy autistického spektra se vyskytují v různé míře a podobě. Některé děti jsou nadprůměrně inteligentní, zhruba polovina dětí má ale mentální retardaci. Děti odmítajících kontakt s rodiči je minimum, spíše jde o děti nadměrně fixované na rodiče a trpící separační úzkostí nebo děti, jejichž kontakt s rodiči a dalšími lidmi je velmi nekonzistentní a méně kvalitní, než by odpovídalo věku. Diagnostika se opírá o širokou analýzu chování v různých situacích s ohledem na vývojovou úroveň člověka. Musí se vyskytovat vždy určitá suma symptomů, nikdy neurčujeme diagnózu pouze na základě jednoho typu chování.

Centrálním problémem u autismu jsou výrazně opožděné sociální a komunikační dovednosti, emoční nezralost a špatné fungování mozkových spojení, které informace integrují do smysluplných celků.

Schopnost řešit inteligenční testy sice u lidí s autismem nemusí být narušena, ale celkové projevy odpovídají mnohem mladšímu dítěti a v dospělém životě ve většině případů znemožňují běžné pracovní zařazení. Časté komorbidní projevy, jako je agresivita, obtíže kontrolovat emoce, úzkostné poruchy, hyperaktivita, obsedantně kompulsivní chování a destruktivní chování ještě více komplikují jádrový sociálně komunikační handicap.

K poruchám autistického spektra řadíme tyto diagnózy:

Dětský autismus: stěžejní pro diagnózu je přítomnost plně vyjádřených obtíží a symptomů ve třech vývojových oblastech, v tzv. triádě, kterou tvoří sociální chování a dovednosti, oblast komunikace a stereotypní a/nebo rigidní chování.

Atypický autismus: u této diagnózy nejsou splněna některá diagnostická kritéria pro dětský autismus, obvykle v určité oblasti je jedinec výrazně zdatnější, než by odpovídalo diagnóze, či chybí stereotypní a rigidní chování (např. stereotypní zájmy, rituály, prudké afektivní reakce na změny).

Aspergerův syndrom: intelekt je v normě, může se pohybovat od pásma podprůměru až po vysoký nadprůměr, výrazné obtíže se vyskytují v oblasti sociálně-emočního intelektu. Přes dobré až vynikající vyjadřovací schopnosti jsou sociálně-komunikační dovednosti velmi omezené. Objevují se vyhraněné, zvláštní zájmy.

Dezintegrační porucha: nástup symptomů autismu je pozdní, předchází mu minimálně dva roky zcela normálního vývoje.

■ Varovné projevy související s PAS:

18 měsíců:

- neschopnost nebo velmi omezená schopnost sdílet pozornost;
- dítě neukazuje do dálky a nezkoordinuje ukazování s očním kontaktem s dospělým;
- dítě nesleduje směr ukazování dospělého;
- dítě není schopno zapojit se nebo vydržet při společné činnosti (prohlížení knížky, stavění kostek, společné hry s různými hračkami určenými pro tento věk);
- dítě velmi málo reaguje na mluvenou řeč, nerozumí;
- dítě nenapodobuje v době psychické pohody různé činnosti po dospělém nebo jiných dětech (zacházení s předměty, sociálně-interakční hříčky).

24–36 měsíců:

- opožděný vývoj řeči doprovázený nepochopením řeči a žádnou nebo slabou neverbální komunikací (dítě neukazuje, mimika je omezená, stejně jako celková sociální exprese obličeje a postoje těla);
- vývojový regres v jedné nebo více oblastech (zhruba u 30 % dětí s autismem), ztráta již nabytých řečových dovedností (nejčastěji mezi 15. a 30. měsícem);
- nedostatečně rozvinuté napodobovací schopnosti;
- nestandardně obtížná výchovná usměrnitelnost, omezená schopnost spolupráce, snížená přizpůsobivost; vyšší dráždivost.

Předškolní věk:

- méně pružná reakce na snahu o kontakt a komunikaci; omezená reciprocita;
- opožděný či atypický rozvoj řeči (zvláštní či příliš precizní vyjadřování, recitování úryvků slyšeného bez ohledu na kontext, omezené mechanické vyjadřování a velmi pomalé osvojování si gramatických pravidel);
- nepřiměřený a/nebo slabý kontakt s vrstevníky;
- obtíže v kolektivních činnostech a společné hře;
- vyhraněné, stereotypní zájmy nebo chybějící zájmy ve formě pasivity nebo hyperaktivity;
- nediferencovaná emotivita nebo prudké afektivní stavy neúměrné situaci; nízká frustrační tolerance nebo naopak pasivita;
- nerovnoměrný vývoj schopností a dovedností.

Mladší školní věk:

- sociální neobratnost; pasivita i dezinhibice; omezená reciprocita;
- markantní emoční nevyzrálost nebo nediferencovaná emotivita, nepřiměřené afektivní chování;
- omezené pragmatické funkce komunikace (sociálně-konverzační), snížený jazykový cit;



- obtíže v kolektivních činnostech, vrstevnických vztazích, vyčlenění z kolektivu dětí, odlišnost od vrstevníků; sebepodhodnocování;
- vyhraněné zájmy nebo stereotypní zájmy nebo chybějící zájmy ve formě pasivity nebo hyperaktivity;
- obtíže s adaptací, rigidita.

Dospívání:

- omezené pragmatické funkce komunikace (sociálně-konverzační);
- výrazně oslabené sociální dovednosti, chybějící sociální takt; oslabená schopnost chápat a dodržet normu (konformita) nebo naopak rigidní vyžadování dodržování pravidel;

- kumulující se psychické problémy;
- nedostatečně rozvinuté vztahy s vrstevníky, chybějící důvěrná přátelství a výběrové vztahy;
- nerozvinuté nebo příliš vyhraněné zájmy;
- obtíže s adaptací, rigidita;
- nepraktičnost a dezorientace v běžných sociálních situacích,
- obtíže přiřazovat emoce k různým sociálním situacím a obtíže pochopit, jaký dopad mají emoce na druhé osoby;
- obtíže chápat situace z pohledu druhého, projevy egocentrismu.

Řada mýtů rozšířených v České republice komplikuje diagnostiku. Mezi nejrozšířenější nesprávná tvrzení patří, že děti s autismem

se nemazlí, nenavazují oční kontakt, nejsou schopny se na člověka usmát, chovají se jako Rainmani nebo že autismus je módní diagnóza.

Autismus vyžaduje řešení na úrovni zdravotní, sociální i školské. Někteří lidé s touto diagnózou vyžadují speciální vzdělávání a neustálý dohled, jiní žijí samostatně, jsou úspěšní v zaměstnání a vedou běžný rodinný život. Ideální formou péče je včasná diagnostika, raná intervence, přístup ke vzdělání, vhodné formy terapie a nácviků, v případě potřeby péče erudovaného psychiatra a sociální podpora.

Doporučená literatura: Thorová K., Poruchy autistického spektra, Portál, 2006.

Management lékařské ordinace PLDD

KÚ Liberec – 31. 3. 2012

www.ahou.cz/management

PROGRAM:

09:00–10:30

1. BLOK – PRÁVNÍ PROBLEMATIKA

Mgr. Jakub Uher: „Právní vztahy ve zdravotnictví“

JUDr. MUDr. Jolana Těšínová: „Právní odpovědnost lékaře“

10:50–12:20

2. BLOK – DAŇOVÉ ASPEKTY

Ing. František Elis: „Cenotvorba v ordinaci“

Ing. David Tuček: „Změna právní formy ordinací“

13:30–15:00

3. BLOK – ČINNOSTI V ORDINACI PLDD, OČKOVÁNÍ – PNEUMOKOK

MUDr. Olga Roškotová, MUDr. Pavel Neugebauer: „Průřez činností v ordinaci PLDD“

MUDr. Vytlačil: „Pneumokok = hrozba“

ZÁVĚREČNÁ DISKUSE

Moderují: Mgr. Jakub Uher a MUDr. Pavel Neugebauer

Více informací na <http://www.ahou.cz/management>

Kontaktní údaje:

V pracovních dnech je možné nás kontaktovat telefonicky na číslo 603 705 911 v době od 9:00 do 17:00 hodin.

Případné dotazy je možné také zasílat na management@ahou.cz

Ostravský den preventivní pediatrie

16. března 2012

Clarion Congress Hotel Ostrava

Z témat letošního ročníku si dovoluji upozornit např. na:

- Tuberkulóza dětí (prim. J. Pohl, Praha)
- Screening metabolických vad u novorozenců a dětí (doc. V. Kožich, Praha)
- Význam D vitamínu – nové poznatky (doc. D. Valík, Brno)
- Růst a vývoj dítěte a jeho ovlivnění (doc. H. Krásničanová, Praha)
- Očkování dětí
- Úrazy dětí a jejich předcházení
- Další témata z preventivní pediatrie, sociální pediatrie atd.

Věřím, že i letošní ročník bude tak úspěšný a těším se na setkání v Ostravě, s pozdravem

prim. prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.

přihlášky
online

www.pediatrie-ostrava.cz

Vážená kolegyně, vážený kolego,
rádi bychom Vás pozvali na

18. Cvikovský pediatrický den,

který se bude konat **v pátek 23. března 2012**
od 15⁰⁰ hodin. Program budou letos tvořit jednotlivá sdělení z pediatrické praxe.

Účastnický poplatek 300 Kč bude vybírán před zahájením při registraci. Akce bude ohodnocena kredity v rámci kontinuálního vzdělávání lékařů. Pro přihlášení stačí napsat na mail „dlcivkov.primar@tiscali.cz“ a uvést své jméno. Upřesnění a doplnění programu můžete sledovat na stránkách léčebny www.dlcivkov.cz.

Za organizátory:

Prim. Dr. J. Gut, Dětské odd. NsP Česká Lípa

Prim. Dr. D. Schneeberger, Dětská léčebna, Cvikov



Dětské klimatické pobyty o.p.s.

ve spolupráci s Vyborem dobré vůle – Nadací Olgy Havlové, Magistrátem města Plzně, ÚMO 3, KÚ Plzeňského kraje a dalšími organizacemi pořádají

14. ročník Léčebných klimatických pobytů pro rodiče s dětmi trpícími recidivami onemocnění dýchacích cest, astmatem a ekzémy

- **Chorvatsko – Istrie v termínu 29. 6. 2012–8. 7. 2012**
- **Slovenská republika v termínu 15. 8. 2012–26. 8. 2012**
v Nízkých Tatrách s využitím termálních koupališť, jeskyní, výukou rehabilitace a fakultativními výlety.

Příspěvek nadace na pobyt v SR činí 3 800 Kč / pobyt.

Příhlášky do konce měsíce dubna 2012.

Kontaktní adresy:

MUDr. Jiří Liška, CSc., Mulačova nemocnice s.r.o., Dvořákova 17, 320 00 Plzeň,
tel.: 377 677 190–1, e-mail: mudr.jiri.liska@seznam.cz
MUDr. Radana Pečenková
Priv. dětská ordinace, Plzeň–Slovany, Městská poliklinika, tel.: 378 014 251



Alkohol ve směsi do ostříkovače může ovlivnit dechovou zkoušku

Aniž byste požíli sebemenší množství alkoholu, naměří vám policisté při dechové zkoušce alkohol. Neobávejte se však, není to žádná nová hrozba, nýbrž výsledek zajímavého experimentu odborníků z Ústavu soudního lékařství Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a dopravních policistů ve Zlíně. Zjistili, že alkohol se dostane do řidičových plic z výparů nemrznoucích směsí v ostříkovači.

Ovšem pozor, není to žádný návod, jak se zbavit odpovědnosti po skutečném požití alkoholu, protože nadýchaný alkohol se z plic velmi rychle ztratí.

„Z krve do dechu se dostává alkohol vždycky, ale z dechu do krve nikdy. Po nadýchání výparů se nikdo nemůže cítit omámený, neboť alkohol není v krvi, tudíž ani v mozku. Takovým výmluvám nelze věřit,“ řekl přednosta zmíněného Ústavu soudního lékařství Miroslav Hirt. Uvedl příklad řidiče s nadýchaným jedním promile, vymlouval se, že v hospodě se jim rozlila pod stolem láhev slivovice a on se nadýchal.

Smyslem experimentu bylo, shodují se lékaři i policisté, zamezit zbytečným diskusím s řidiči. Experimentátoři použili deset osobních automobilů různých značek a také různé typy neředěných, na trhu dostupných nemrznou-

cích směsí pro teploty od minus 19 do minus 35 stupňů Celsia. A také tři typy analyzátorů německé a britské výroby, které výrobce průběžně certifikuje a policie přezkoušuje.

Za pár minut bylo po promile

„Provedli jsme 34 zkoušek, ani v jednom případě nebylo dosaženo nulové hodnoty alkoholu v dechu před uplynutím čtyř minut. Nejdéle přetrvávala falešná pozitivita zkoušky 13 minut, byla to Škoda Superb s automatickou klimatizací a Škoda Octavia. Tam jsme také dosáhli maximální hodnoty 0,71 promile,“ líčil profesor Hirt. Nejmenší hodnotu naměřili kolem 0,3.

Podobnou hodnotu, 0,7 promile by policisté například naměřili 80kilogramovému muži, jenž by vypil 1,5 až dva decilitry rumu na ex a na lačný žaludek. „Do patnácti minut by takový chlap o sobě nemohl tvrdit, že je střízlivý. O to více by pak v praxi vysvětloval střízlivý řidič, že se jen nadýchal etylalkoholu ze směsi v ostříkovači,“ říká Hirt.

Zkoušky se dělají opakovaně

V praxi to tak ale nebývá. Vedoucí odboru služby dopravní policie ČR, krajského ředitelství Zlínského kraje Štěpán Zachara ujistil, že podle jejich metodiky provádějí dechovou zkoušku opakovaně, případně následují další kroky – lékařské vyšetření s odběrem

krve, případně moči. „Ověřili jsme si, že naše postupy jsou správné,“ zdůraznil Zachara.

Odborníci sledovali rychlost působení alkoholu z výparů směsi do ostříkovače, působí do 30 sekund, vyzkoušeli také maximální hodnoty, kdy použili ostříkovač v uzavřené kabině intenzivně, jako když jedete po blátivé cestě za nákladákem.

Podle Hirta to odpovídá až čtyřnásobnému hlubokému nadechnutí řidiče. Ovšem, zdůraznil, správná dechová zkouška by měla proběhnout venku, mimo automobil. Po dvou nadechnutích na čerstvém vzduchu alkohol z dechu mizí. „Pokud je pozitivita v dechu i po druhé zkoušce, nemohl se alkohol do dechu dostat odnikud jinudy než z krve,“ zdůraznil Hirt.

Právu řekl, že neexistuje látka, která by snížila účinek alkoholu při dechové zkoušce. „Není možné žádným způsobem podstatně urychlit snižování hladiny alkoholu v těle. A následkům kocoviny zabránit je ještě horší. Nerať to říkám, ale je to tak – alkohol je jed. Pokud do sebe alkohol vpravím, jsem otrávený, intoxikovaný. Každý si to musí rozmyslet sám,“ říká Hirt.

Zdroj: J. Trojan, Právo 24. 1. 2012



Kazuistika – rotavirus

MUDr. Jarmila Kavanová

Praktický lékař pro děti a dorost, Praha 9

■ RA: otec polyvalentní alergie, matka opakované IMC, matka matky hypertenze, DM II, otec matky DM II

OA: dvojče A, porod SC, 30 + 2. týden, FT pro ikterus, sledován pro hypotonický syndrom, rehabilitoval, upraveno. Očkován 4× InfanrixHiB, 4× OPV, Trivivac 2×, Engerix B 3×, Prevenar, RSV. V 5. měsíci věku hospitalizován pro dehydrataci při akutní gastroenteritidě, dále běžná onemocnění horních cest dýchacích, od 3 let věku mateřská škola, prodělal syndrom dávivého kašle, sérologicky ověřenou EBV infekci, na podzim roku 2009 opakovaně infekci dýchacích cest.

NO: 16. 1. 2010 chlapec ošetřen ve Vrchlabí pro horečku, zvracení a průjem, dle sdělení rodičů CRP, KO v normě, 20. 1. 2010 navštívili LSPP, kde dostal Sumetrolim pro přetrvávající průjem a teplotu, 25. 1. 2010 přichází k nám pro trvalé zvracení, teploty nemá, CRP je 8 mg/l, vysazen Sumetrolim, dále bez obtíží.

■ 28. 1. 2010

opět zvrací, stolice formovaná, febrilní přes 38 °C, unavený, CRP 8 mg/l, FW 55/78, leuko 21,2 tisíc, děláme rtg plic, zjištěno

ložisko vpravo, susp. též vlevo parakardiálně. Nasazen Klacid.

■ 1. 2. 2010

se cítí lépe, nezvrací, bez teplot. FW 35/50 klesá, stále vysoké leukocyty 20,7 tisíc, pro trvalé leukocytózu na DO Bulovka provedena konziliární vyšetření. Nabrán širší panel laboratoře a doplněn antigen pneumokok, ten je negativní, závěr bronchopneumonie bilat., pokračuje v Klacidu.

■ 9. 2. 2010

již 12. den Klacidu, opět teplota do 38 °C, CRP 8 mg/l, FW 25/42, leukocyty 15,3 tisíc, objednáám kardiologické vyšetření na další den. V noci 10. 2. horečka 39,2 °C, chlapec schválený, rodiče se rozhodují pro hospitalizaci na klinice Ke Karlovu. Zde vyšetření FW 32/62, CRP 2 mg/l, leukocyty 11,2 tisíc, biochemie kompletně v normě, pneumokok antigen negativní, sono břicha bez nálezu, EKG, ECHO normální nálezy, kultivace stolice E.coli, Stafylokok koaguláza negativní, kultivace moče negativní. Za hospitalizace horečky trvaly 3 dny, jiné obtíže chlapec neměl. Propuštěn 16. 2. afebrilní, v pořádku, jen špatně jí.

■ 23. 2. 2010

opět zvracení a průjem, teplota s maximem 39,2 °C. Odebíráme stolici na rotaviry s překvapivým výsledkem – pozitivita. Do 5 dnů již dítě na symptomatické terapii v pořádku. Onemocnění trvající téměř 2 měsíce začalo a skončilo průjemem se zvracením a horečkami. V průběhu se opakovaly horečky a zvracení, nikoliv průjem. V odborné literatuře je rotavirus dáván do souvislosti s aseptickou meningitidou, pneumonií, nekrotizující kolitidou a dalšími onemocněními. Zde je bohužel otázkou, jaký byl původce na začátku onemocnění. V ordinaci LSPP výtěr stolice dělán nebyl. Při vysokých zánětlivých parametrech, vymizení průjmu a zvracení a zjištěné oboustranné pneumonii se již na střevního patogena nemyslelo, pátralo se po bakteriálním původci. Výsledek s nálezem rotaviru byl po téměř 2 měsících pátrání po příčině opakujících se horeček překvapivý. Následné onemocnění sestry jmenovaného průjemem s teplotami již vedlo k cílenému vyšetření na rotaviru, rovněž s pozitivním nálezem.

Novela sladíuje podmínky pro dárce orgánů

V Česku by nově mohli darovat orgány k transplantaci i zemřelí cizinci, kteří nejsou občany ČR. Ted' to možné není, zatímco čeští občané, kteří zemřou v cizině, se tam mohou dárce orgánů stát.

Novelou zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), chce ministerstvo zdravotnictví sjednotit úpravu s EU, kde darování orgánů od zemřelých cizinců možné je. Text je od pondělí na vládním webu, čas na připomínky mají resorty 20 dní. Novela by měla vstoupit v platnost do konce letošního roku. Má také odstranit nerovnost, která nyní mezi občany ČR a dalších zemí EU fakticky existuje. Pokud totiž cizinec v tuzemsku potřebuje transplantaci, musí být zapsán na tuzemskou čekací listinu a dostane orgán od českého dárce. Na čekací listinu je zapsán i občan ČR, který transplantaci potřebuje, orgán od cizince ale nyní dostat nemůže. Nyní platný zákon vede také k tomu, že v Česku není respektováno dříve vyslovené přání cizince, který ve své zemi získal dárcovskou kartu, tedy doklad o projevu vůle k posmrtnému daro-

vání tkání a orgánů. Novela má stanovit, že když je cizinec držitelem dárcovské karty, platí, že s darováním orgánů souhlasí a není podstatné místo provedení odběru nebo národnost příjemce. Není-li cizinec držitelem dárcovské karty, zkoumá se, zda už dříve vyslovil nesouhlas s posmrtným odběrem, zdravotní způsobilost a potvrzení totožnosti. Nutné je navázat kontakt s rodinou. Novela zamítá odměnu za darování orgánů, umožní ale podle práva EU kompenzovat žijícím dárce nepohodlí a omezení kvůli darování. Obsahuje také úpravu náhrad na pokrytí výdajů a ztráty příjmu pro žijící dárce a příspěvek na pohřeb tomu, kdo ho zemřelému dárce orgánů vypraví. Ročně by stát při „pohřebném“ 5000 korun a v průměru 250 zemřelých dárcích vydal 1,25 miliónu korun. Na náhradu výdajů a ušlého výdělku v souvislosti s darováním orgánů při průměrném počtu 30 žijících dárců, průměrném měsíčním příjmu 25 000 korun a pracovní neschopnosti v průměru šest týdnů by státní rozpočet ročně vydal 465 000 korun.

Zdroj: čtk 15. 2. 2012



Ze světa odborné literatury...

■ Vedlejší efekt fototerapie novorozeneckých žloutenek

Novorozenecká fototerapie je neinvazivní, snadno dostupná léčba široce užívaná pro léčení novorozenecké žloutenky, a to již po dobu půl století. Efekt poklesu hodnot novorozeneckého bilirubinu je dobře dokumentován. Fototerapie vedla k poklesu výměnných transfuzí. Určité vedlejší efekty fototerapie jsou známy a je nutné si je připomínat a minimalizovat je. Žloutenku různého stupně má 60 % termínových dětí a 80 % dětí nezralých, a to prvním týdnem života. Bilirubinová encefalopatie je onemocněním devastujícím CNS novorozence. Začátek fototerapie se datuje od roku 1950. Modré světlo vlnové délky 380–550 nm s minimální ultrafialovou komponentou. Následná fotoizomerizace a fotooxidace činí frakci bilirubinu extrahovatelnou z organismu. Princip je lokalizovatelný nejen v kůži, ale i v kapilární cirkulaci pod kůží. V nedávných velkých studiích se ukázal určitý agresivní efekt u novorozenců s porodní hmotností od 501 do 750 g. To přinutilo autory této práce k upozornění na krátkodobé i pozdní vedlejší efekty neonatální fototerapie.

Krátkodobé vedlejší účinky NNPT:

Interference s matkou – narušení vztahu v prvních dnech života, anxiozita matky. Ovlivnění i teplotního prostředí, tendence k hypotermii i k hypertermii, dehydrataci. Ztráta vody, ztráta hmotnosti. Velmi nutné je zajištění těchto novorozenců dodávkou tekutin infuzemi, což také zkracuje dobu fototerapie. Narušení elektrolytové rovnováhy může vést k poklesu ionizovaného i celkového kalcia. Tento efekt je způsoben zvýšenou hodnotou kalciové exkrece do moči. Dále může být kalcium ovlivněno inhibicí pineální exkrece sekrece melatoninu, která vede k hypokalcémii. Kalcium se upravuje do 24 hodin po FOTO, tranzitorně však mohou vzniknout problémy. Bronz Baby syndrom je řídkou komplikací vyplývající ze zvýšených hodnot přímého bilirubinu při fototerapii. Patogeneze je nejasná. Narušení metabolismu Cu- protoporfyrinu i kongenitální biliární hypoplazie musejí být řádně vyšetřeny.

Možné dlouhodobé účinky NNPT:

Ovlivňuje mechanismus pro vznik alergických reakcí ovlivněním vazeb mezi Th 1 a Th 2. Může zvýšit hladinu cytokinů včetně TNF alfa, IL 1 beta, IL 8, pokles IL 6. Dále je také známo, že nepřímý bilirubin inhibuje komplement svou aktivací a ovlivňuje migraci leukocytů. Může také degradaci bilirubinu zvyšovat oxidativní stres, což je také další možný faktor pro astmatickou manifestaci v pozdějším životě. Velká studie u 14 000 dětí ve Švédsku ukázala, že NNPT je spojována velmi často s alergickou rinitidou

a konjunktivitidou. Dále je známo, že epidermis může absorbovat 60 % záření modrého spektra. Melanocytové buňky lokalizované v epidermis jsou aktivovány tímto zářením. Neonatální kůže může redukovat enzymatickou aktivitu. Modré světlo je toxické k epiteliálním buňkám, indukují volnou produkci radikálů a může postihovat mitochondriální a nukleární DNA, což usnadňuje progresi ke kožním karcinomům. 0,3 % modrého světla může být tvořeno UV radiací. Také melanocytové névy jsou závažným faktorem pro melanomy. Zvláště pak névy od 2–5 mm. Vyšetřili 747 školních dětí od 14–18 let, které jako novorozenci měly NNPT. Tyto děti měly statisticky vyšší prevalenci atypických névů. Může se jednat o rizikový faktor pro vývoj maligních melanomů. Jiné práce však toto neprokázaly.

NNPT a ductus arteriosus: Je hypotéza, že světlo může pronikat tenkou kůží hrudníku u extrémně nezralých. Tato penetrace je zvyšována dobou. Světelné fotony zapříčiňují relaxaci svaloviny cév aktivací nitric-oxidu. NNPT také zvyšuje srdeční výdej a zvyšuje periferní krevní průtok. Již v roce 1986 se objevily práce o vazbě mezi NNPT a PDA u RDS. Děti s NNPT měly výrazně zvýšenou incidenci PDA.

NNPT a retinální postižení: NNPT může být rizikovým faktorem pro děti s retinopatií, ale jen ve spojitosti s velmi nízkou porodní hmotností. Fotonová absorpce je dramaticky zvýšena v sítnici během expozice. Vedlejší efekty NNPT jsou samozřejmě závislé na dávce. Závěrem se autoři zmiňují o alternativních cestách, jako je podávání clofibrátu, fenobarbitalu široce užívaného v Asii.

Eur. J. Pediatr. 2001;170:1247–1255

■ Bilaterální reexpanze plicního edému asociovaná s pleurálním empyémem

Reexpanze plicního edému je neznámou komplikací následující rychlou reexpanzí plic. Rizikem je proloužené trvání plicního kolapsu, množství drénované tekutiny nebo vzduchu. Léčení je podpůrné. Prognóza je příznivá. Uvádějí ale kazuistiku devítiletého chlapce s kašlem, teplotami a respiračním distresem. Nalezena pneumonie a levostranný empyém. Klinické zhoršení bylo ale pozorováno v několika minutách po založení drenáže. Na RTG byl patrný plicní edém v levé plicí. Navzdory mechanické ventilaci, antibiotikům a léčbě diuretiky se neobjevilo žádné zlepšení. Akutní RDS a multiorgánové selhání se nadále vyvíjelo a pacient za 5 dní zemřel. Souhrnně možno konstatovat, že incidence empyému u dětí se zvyšuje. Je zajímavé, že tento reexpanzivní

edém plicní se vyvíjí až po reexpanzi předtím kolabované plíce, která byla zapříčiněna pneumotoraxem nebo pleurální efuzí. Je to pozorováno vždy v prvních hodinách po výkonu. Většina pacientů se však po oxygenaci a mechanické ventilaci zlepši. Většinou se jedná o dospívající jedince. Obviňují se z toho reoxigenace, reperfuze. Hypoxická vazokonstrikce redukuje krevní průtok velmi signifikantně. Oxygenové radikály a cytokiny zřejmě poškozují endotelium v této oblasti. Toto zvyšuje permeabilitu alveolo-kapilární membrány. Z toho pak rezultuje edém. Rizikovým faktorem je trvání kolapsu déle než 3 dny a množství drénované tekutiny více než 2000 ml. V léčbě mohou být užívána diuretika, steroidy a inotropika.

Eur. J. Pediatr. 2011;170:1205–1207

■ Rizikové faktory obezity u předškolních dětí v Číně.

Sledovali 162 subjektů, které podrobili finální analýze. Makrosomia, porody S. Caesarea i velmi brzké podávání běžné stravy jsou faktory disponující. Také matky místo pohybu a cvičení většinou jen poslouchají hudbu. Navíc nadváha přináší další problémy i dětem. Jsou z nich introverti, mají často úzkost a deprese, také nejsou sportovně aktivní.

Eur. J. Pediatr. 2011;170:1401–1406

■ Omalizumab v léčbě eozinofilní ezofagitidy a potravinové alergie

Omalizumab (anti-IgE protilátka) je užíván u těžkého astmatu a postupně u dalších alergických onemocnění. Autoři uvádějí kazuistiku dvou pacientů s mnohočetnou potravinovou alergií a eozinofilní ezofagitidou. Vysazení předpokládaných alergenů z potravy nepřineslo žádoucí efekt. Proto využili danou monoklonální protilátku. První pacientkou bylo 18leté děvče s těžkou atopickou dermatitidou, astmatem a mnohostrannou potravinovou alergií. Byla mj. léčena antihistaminiky a antileukotrieny. Začala dostávat Omalizumab 300 mg injekčně každý týden. Mimo dysfagii došlo ke zlepšení všech symptomů. Endoskopie a histologie neukázaly žádné zlepšení. Druhým pacientem byl 9letý chlapec, který mimo Hirsprungovu chorobu měl rozsáhlou potravinovou alergii. Také se při stejné léčbě klinicky velmi zlepšil, histologie zůstala nezměněná. Obviňují z celkového stavu pacientů cytokiny – IL 4 a 5 uvolňované z Th 2 lymfocytů. Další zkušenosti se sbírají.

Eur. J. Pediatr. 2011;170:1471–1474

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



Aktuality...

NERV a ČERV, jin a jang českého zdravotnictví

„Náš systém zdravotnictví léta, udržovaný ve snu maxima, se teď krizově straší minimem, aniž zatím dokáže nastavit stabilnější optimum. Bez vyšší nervové činnosti, možná i NERVové, to půjde stěží,“ míní ve svém zamyšlení na stránkách Medical Tribune prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.

Je třeba vážit si rady každého zkušeného a moudrého člověka. O to více je třeba si vážit rad Rad sestavených ze zkušených a moudrých expertů. Jako je třeba Národní ekonomická rada vlády, známá ve zkratce NERV. Ještě více je třeba si vážit rad více Rad. Totiž NERVy máme už dva. Kromě centrálního NERVu si prý také hejtmani nedávno zřídili svůj periferní NERV, patrně jako Národní ekonomickou radu vyčkávajících. Někteří nervanti se vyskytují v obou NERVech. Jsou tedy bineurální a mohli by propojovat. Co radí centrální NERV, však hlodá ČERV. ČERV je můj pracovní akronym pro českou entropizaci a rozklad vládnutí. Je to místní styl, který nerespektuje ani odborné názory z vlastního břehu, natožpak z břehu protějšího. Nepochybně i každého jedince s vyšší nervovou činností může hlodat červ. Byť jen malý červík pochybnosti, zda má NERV ve všem pravdu a mají-li dva NERVy i dvě pravdy nebo jednu pravdu společnou. Myšlenky z centrálního NERVu už pronikly do médií, druhý NERV je zatím tichý. Nemá-li onen hlavový centrální NERV pravdu ve všem, má nepochybně pravdu v mnohém. ČERV, tedy česká entropizace a rozklad vládnutí, se ovšem poněkud švejkovsky projevuje i v tom, že Vláda rady své Rady nebere až tak vážně. Zabývá se jejími doporučeními spíše sporadicky. Ve zdravotnictví jen letmo a až poté, co už si reformní zákony předepíše a prosadí. Případně si občas z NERVu vybere, co se hodí, aby odpovědnost za nepopulární kroky sdílela s odborníky. Z obavy, že rady Rady či Rad vyšumí a zůstanou zapomenuty, nepromyšleny a nerespektovány, se je pokusím revitalizovat a přeříkat, jak jsem z médií koupil. Ve věci financování systému NERV kupodivu nijak nereviduje náš současný atypický směsný způsob a tváří se, jako by šlo vskutku o systém pojišťovenský. Nu budiž, možná to zvenku tak vypadá. NERV doporučuje reálnou konkurenci pojišťoven a poskytovatelů. Nejsem si jist, že ve veřejném zdravotnictví na zjevný přepych konkurence máme. Levnější a efektivnější než hra na konkurenci je pro zajištění potřebného z veřejných prostředků nepochybně komplementarita. Dále NERV uvádí tato doporučení: Sjednotit právní základ pro fungování zdravotních pojišťoven se zohledněním struktury jejich kmenů. Zavést dvousložkové zdravotní pojištění s pevnou nominální částkou a druhou částkou procentní z výše platu. Akcentovat prospektivní úhrady formou DRG v akutní péči pro srovnávání výše úhrad různými zařízeními. Poněkud romanticky NERV doporučuje i vícezdrojové financování s podílem zdravotnictví na dani z tabákových výrobků i dalších daních. Zde se stát nepochybně NERVu vzpříčí. NERV hovoří také o nutnosti provázanosti mezi poskytováním péče a cílem a o potřebě hodnocení přínosu nákladných léků a metod. Radí optimalizovat kapacity lůžkové péče v počtech i struktuře. Nabádá k opatřením v lékové politice, tedy i v systému stanovení cen léků a úhrad zdravotnických prostředků. Navrhuje zavést kategorizaci zdravotnických prostředků, pozitivní lékové se-

znamy, elektronické aukce, elektronickou preskripci léků a projekty typu e-Health. NERV upozorňuje na problematičnost našich bariér mezi sociální a zdravotní sférou. V zájmu o přímé blaho nemocných navrhuje odstranění bariér pro přístup k péči, včetně odstranění poplatků chronicky nemocných, limitaci délky placení poplatků za hospitalizaci do 30 dní, kontrolu poskytnuté péče signováním pojištěncem či konfirmací jeho kartou a nutnou alokaci prostředků na skutečné preventivní programy s posílením motivace pojištěnců. Hovoří také o zvláštních programech pro chronicky nemocné. Do okruhu práce zdravotníků a manažerů patří úvahy NERVu zahrnout úhradu za laboratoře a za specialisty do plateb praktickým lékařům pro vyšší kontrolu nad efektivitou služeb, o výkonovém odměňování lékárníků a opuštění marže jako podílu na velkoobchodní ceně léků a také o zvýšení odpovědnosti členů statutárních orgánů s ručením veškerým osobním majetkem. Nedovedu si bohužel realizaci tohoto posledního bodu představit v praxi v zemi, kde nejen formálně odpovědnostní, ale i zjevně kriminálně podezřelé činy zůstávají odděleny tlustou čarou, nezkoumány a nepostiženy. Ministerstvo, které nerespektuje ani své vlastní prosté personální vyhlášky, stěží rozšíří svůj právní obzor k návrhům na konfiskace majetku neúspěšných hospodářů. Také nelze předpokládat, že úplně každý manažer musí mít z platu transparentně našetřeny desítky milionů korun, aby jeho ručení bylo vůbec úměrné míře jeho odpovědnosti a neručil jen chýší s hladovými krky a domácím zvířectvem. Myslet nutno i na čestné a výjimečné. Tento revoluční návrh NERVu je spíše populistickou úlitbou, v praxi neaplikovatelnou. S většinou uvedených doporučení lze nicméně asi souhlasit, ale s ohledem na obaly, kterými je NERV oddělen od reálného rozhodování, je uplatnění NERVového vedení nepravděpodobné. To je rozdíl od přirozené funkce nervů, jejichž lipidické izolační obaly naopak rychlé vedení nervových signálů umožňují, aby se nevybíjely jen tak do okolí. Navíc je organizace centrálních struktur v nervovém řízení jedince, to nejen člověka, ba i u myši, na podstatně vyšší úrovni, než je provázanost centrálních struktur našeho státu, které podněty z NERVů nevyužívají. Jeden z NERVových ekonomů třeba odhaluje známý fakt, že „ve zdravotním systému by se neměla skrývat podpora malého a středního podnikání v podobě, která umožňuje OSVČ nastavit základy pro odvod zdravotního a sociálního pojištění, jež vedou k tak nízkým platbám, že v případě zdravotního pojištění nehradí náklady na péči ani o samotné OSVČ, natožpak o jejich rodinné příslušníky.“ Nazývá to příhodně „černým pasažérstvím“ (MT 18/2011, A5). Sympatický poradce ministra zase objevil, že problémem českého zdravotnictví je, že každý se snaží maximalizovat své zisky (MT 18/2011, A4). Nelze než souhlasit, leč to k oně nynějši topkařící pravé cestě nutně patří a patřit bude. Tento problém narůstá s každou další zamýšlenou privatizací a deregulací ve stylu friedmanovsky asociální utopie o ryzím volném trhu ve zdravotnictví. Tedy zejména touha po legalizovaném soukromém zisku z veřejných zdrojů, černé pasažérství části pojištěnců i darebné úniky všech typů jsou zdrojem deficitu, nikoli pouze nárůst cen zboží a zvyšování mezd.

A kdože jsou pak sponzoři deficitu?

Pacienti svými doplatky, poplatky a příplatky a zdravotníci nezaplacenou prací, žádající od nedobrovolného sponzoringu osvobození.



Při hře Vlády a hejtmanů na NERVy nedá lékaři pro osvěžení pyšně nepřipomenout, že také každý z nás občanů má ku pomoci hojnost nervů. Dokonce dvakrát dvanáct nervů hlavových a kromě nich bezpočet nervů periferních a vegetativních. Z jejich úžasné schopnosti vést signály a koordinovaně navodit změny si nelze nevzít příklad. Uvnitř člověka je jistě soulad funkcí zajištěn lépe než soulad mezi lidmi navzájem, o souladu zákonů a praxe nemluvě. Pokud bych byl třeba neznalým cizincem požádán bez NERVů stav věcí velmi stručně shrnout, znělo by to obecně asi takto: *Náš systém zdravotnictví, léta udržovaný ve snu maxima, se teď krizově straší minimem, aniž zatím dokáže nastavit stabilnější optimum.* Bez vyšší nervové činnosti, možná i NERVové, to půjde stěží. Jen by to měla být činnost více známá, cílevědomá a více respektovaná, nikoli jen plaše tajemná.

Zdroj: Prof. MUDr. J. Žaloudík, CSc., Medical Tribune 7. 2. 2012

Komplexní revize úhrad dala prostor k úsporám

O tom, jak obtížné bylo revizi úhrad všech léků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění provést, proč nebylo možné ji dokončit během původně plánovaných 12 měsíců a co čeká SÚKL na poli revizí cen a úhrad do budoucna, MT hovořila s jeho ředitelem PharmDr. Martinem Benešem.

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) oznámil, že k 31. prosinci dokončil první komplexní revizi úhrad všech léků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění. Výsledkem je možnost roční úspory v jednotkových cenách v celkové výši okolo 8,78 miliardy korun.

O tom, jak obtížné bylo tuto revizi provést, proč nebylo možné ji dokončit během původně plánovaných 12 měsíců a co čeká SÚKL na poli revizí cen a úhrad do budoucna, MT hovořila s jeho ředitelem PharmDr. Martinem Benešem. Úvodem připomeňme, že první kompletní revizi všech léků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění zahájil SÚKL v roce 2008. Do té doby podobná revize nikdy provedena nebyla. Revize byla od počátku terčem ostré kritiky, protože ji SÚKL nestihl v původně uvažovaném termínu 12 měsíců. Zákon byl však koncipován tak, že dokončení revize nebylo v daném termínu reálné, protože účastníci správního řízení měli k dispozici legální prostředky, jak provádění revizí i platnost rozhodnutí oddalovat. Byly předkládány žádosti o individuální přehodnocení, které ze zákona bránily zahájení revize (u 133 variant léčivých přípravků), stejně tak byla často využívána za účelem odložení účinnosti daného rozhodnutí zákonná možnost odvolání – proti 664 rozhodnutím bylo podáno odvolání, z toho u 281 rozhodnutí bylo odvolání odvolacím orgánem zcela zamítnuto. Bylo nutné přepočítat veškeré podklady s ohledem na změny pravidel pro rozhodování (u 2 612 kódů) a kromě toho potřebné vyhlášky a metodická stanoviska pro rozhodování nabývaly účinnosti až po zahájení revize. Tříletá práce na revizi úhrad byla velmi náročná jak kvůli složitosti vlastního procesu, tak kvůli obrovskému objemu práce, již museli pracovníci SÚKL odpracovat. Rozsah provedených činností lze odhadnout i ze základních údajů o komplexní revizi úhrad. Ta se týkala 9 729 kódů SÚKL (variant léčivých přípravků), bylo při ní zahájeno 928 správních řízení, což představuje 53 613 písemností, které obsahovaly 91 958 dokumentů. Pracovníci SÚKL museli zjistit okolo 390 000 zahraničních cenových referencí, vydat

927 rozhodnutí, vyřídit 3 560 odvolání na 664 rozhodnutí a vyvést 6 346 dokumentů na elektronickou úřední desku. O intenzivní činnosti nejen SÚKL, ale i ostatních účastníků správních řízení svědčí i 117 113 vzdálených přístupů do dokumentace k těmto řízením. „Dokončení hloubkové revize považuji za přelomovou událost. Revizí prošlo všech bezmála deset tisíc kódů SÚKL s výjimkou jedné skupiny obsahující jeden přípravek, který měl být s ohledem na své nulové dodávky vyrazen z úhrad, ale nakonec držitel rozhodnutí o registraci na poslední chvíli dodal potvrzení o dodávce jednoho balení. Revizní správní řízení tak bude u tohoto přípravku dokončeno v následujícím období. S extrémním nasazením řady zaměstnanců SÚKL, kdy část z nich nevydržela tuto pracovní zátěž a raději odešla pracovat buď do zdravotních pojišťoven, nebo k farmaceutickým firmám, se podařilo dokončit kompletní revizi úhrad během tří let. Tuto agendu jsme považovali za úkol s nejvyšší prioritou, v důsledku čehož si v posledních letech někteří zaměstnanci ani nestačili vybrat dovolenou, na niž měli nárok. Zákonnodárce sice požadoval její zajištění během jednoho roku, ale podmínky pro provedení revize dodržení takto krátkého termínu vylučovaly,“ říká ředitel SÚKL a dodává: „Díky úsilí SÚKL byla zdravotnímu systému nabídnuta dosud nevídaná možnost snížit zátěž veřejného zdravotního pojištění o téměř devět miliard korun, za předpokladu stejného objemu a struktury preskripce jako v roce 2010. Bylo by škoda, kdyby systém tento potenciál k úsporám dostatečně efektivně nevyužil. Revize úhrad znamená snížení úhrady zdravotních pojišťoven na každý jednotlivý léčebný přípravek – u některých skupin vedla úhradová revize k poklesu o 90 %, u dalších o 60 % proti dříve stanovené úhradě, a u jiných toto snížení nebylo tak výrazné. V celkovém úhrnu pokles úhrad činil více než 25 %, což ve finančním vyjádření představuje 8,7 miliardy korun.

Bude potenciál úspor efektivně využit?

Zmíněný potenciál úspor bude logicky využit za předpokladu, kdy na pokles úhrad budou patřičnou změnou reagovat také preskripční limity pojišťoven pro lékaře. V opačném případě lze revizi úhrad využít pro zvýšení dostupnosti dané léčby pro větší počet pacientů s tím, že celkový objem vydaných finančních prostředků příliš neklesne. „V této souvislosti je však třeba pamatovat na výsledky analýz chování pacientů a jejich adherence k léčbě, které hovoří o tom, že čtvrtina léků předepsaných na recept není nikdy pacienty užita. Tento objem představuje přibližně devět miliard korun. Jestliže tedy zlepšení adherence pacientů k léčbě představuje významný prostor pro úspory v řádech miliard korun a revize úhrad možný potenciál úspor ještě zvýšila, avšak preskripční limity pro lékaře zůstaly zachovány na dřívějších úrovních, je na místě otázka, proč byl vyvíjen tlak na Státní ústav pro kontrolu léčiv, aby tuto komplexní revizi dokončil co nejdříve,“ ptá se ředitel SÚKL. Využití uvedeného potenciálu úspor však v praxi vyžaduje změny na několika úrovních. Týkají se otázky preskripčních návyků lékařů, chování pacientů, kdy je množství léků předepsáno na jejich vyžádání. Změny by se musely dotknout také ohodnocení lékárníků, jejichž příjmy jsou závislé na objemu prodaných léků, takže motivace k vydávání levných léků není vysoká, což je mimo jiné i důvod, proč generická substituce v praxi příliš nefunguje.

V mezinárodním měřítku nemá komplexní revize srovnání

A jak by se dalo hodnotit provedení revize z pohledu mezinárodního? „V žádné jiné zemi Evropské unie se podobně rozsáhlé revize úhrad léků neprovádějí. V řadě zemí se provádí přehodnocování úhrad jen u vybraných lékových skupin. Nikde však nebyla provedena komplexní revize u všech léčivých přípravků během tří let s poměrně skromným týmem zaměstnanců,“ upřesňuje PharmDr. Beneš. Podle



něj bylo dokončení komplexní revize spojeno s enormní zátěží. Zahájeno bylo 928 správních řízení, což představuje 53 613 písemností, které obsahovaly 91 958 dokumentů. Bylo také nutné zjistit okolo 390 000 zahraničních cenových referencí, protože jedno každé řízení prošlo minimálně čtyřmi referenčními aktivitami. „Ke každému léku se musí získat 27 cenových referencí při zpracovávání návrhu hodnotící zprávy a ty je třeba v průběhu správního řízení ještě třikrát aktualizovat – po předložení důkazů účastníků řízení, před vydáním finální hodnotící zprávy a naposledy před vydáním rozhodnutí,“ vysvětluje ředitel SÚKL. Pro dokreslení objemu práce, která zde byla provedena, lze uvést, že ústav měl zájem využít služeb organizací, které se podobnou agendou zabývají. Nejvýhodnější nabídka, kterou SÚKL obdržel, byla z Rakouského spolkového zdravotnického ústavu. Ten nabídl, že zajistí cenovou referenci na 1 200 léčivých přípravcích za přibližně 31 miliónů korun, ale pouze ve třech vybraných zemích. Snadno lze spočítat, že jen zjišťování téměř 400 000 cenových referencí tímto způsobem by stálo více než tři miliardy korun. „Zajistit tuto agendu interními kapacitami SÚKL bylo opravdu náročné a podílet se na této agendě představovalo více než adrenalinovou zábavu. Revizní správní agendu jsme začínali se čtyřmi lidmi a předpokládali jsme, že ji bude postupně zajišťovat 64 lidí. Získat odborníky pro tuto práci však není snadné, počet šedesáti úvazků se nám bohužel nikdy nepodařilo překročit,“ dokresluje úsilí SÚKL PharmDr. Beneš. Je vhodné připomenout důvod, proč byla komplexní revize zahájena. Jednalo se mj. o reakci na nálezy Ústavního soudu ze 16. ledna 2007 (nálezy spisevé značky PI ÚS 36/05), ve kterém soudci rozhodli o změně způsobu stanovování cen a úhrad. Namísto dřívějšího netransparentního rozhodování kategorizační komise byl zaveden systém správních řízení, kdy každý z účastníků má právo se aktivně seznamovat s důkazy a vystupovat proti nim, a 117 000 vzdálených přístupů do dokumentace svědčí o tom, že této možnosti bylo hojně využíváno. „Česká republika prokázala, že je schopna nabídnout výrobcům i pojišťovnám dostatečnou ochranu jejich práv a současně naplnit veřejný zájem na dostupnou a efektivní terapii. Jestliže jsme tímto způsobem dokázali dosáhnout úspory téměř devět miliard v jednotkových úhradách, je na místě otázka, proč toho nebylo dosaženo dříve v dobách kategorizační komise,“ podotýká ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Co čeká SÚKL v nejbližší budoucnosti

A jaké činnosti po dokončení komplexní revize SÚKL čekají do budoucna? Nově má být namísto komplexní revize zajištěna hloubková revize, a to jednou za tři roky u všech lékových skupin, vedle toho mohou být souběžně vedena řízení o zkrácené revizi tehdy, pokud úspory převyšují 30 miliónů korun ročně, popř. pět miliónů korun ročně u vysoce inovativních přípravků. „Zkrácená revize může být vedena také z moci úřední v případě výpadku léku, který by měl být zajištěn jako plně hrazený v dané lékové skupině, nebo se zkrácená revize použije tehdy, vznikne-li dohoda o nejnižší úhradě, resp. v případě jiné dohody o výhodném nastavení úhrad mezi výrobcem a zdravotními pojišťovnami.

Všechny tyto mechanismy znamenají, že v poměrně krátké době, do 56 dnů, lze dosáhnout pravomocného nastavení nové úhrady, protože u většiny těchto rozhodnutí je vyloučena odkladnost odvolání proti rozhodnutí, jinými slovy je zajištěna předběžná vykonatelnost. Tato možnost je velmi důležitá, jak je vidět z dřívějších zkušeností. V rámci komplexní revize jsme vydali 927 rozhodnutí, ale u 664 z nich bylo podáno odvolání, a to ne proto, že by byla fakticky chybná, nýbrž protože tímto způsobem lze výrazně oddálit rozhod-

nutí, jimiž se výrazně snižovala jednotková úhrada léků,“ vysvětluje PharmDr. Beneš a dodává: „Který z výrobců by v takovém případě nechtěl vykonatelnost rozhodnutí oddálit?“

Dále SÚKL chystá revizi cen těch léčivých přípravků, u nichž byla maximální cena stanovena jako průměr z koše osmi zemí. Byť to byla nejmenší skupina ze všech maximální cenou regulovaných přípravků (29 % z takto regulovaných léčivých přípravků), i zde může mechanismus stanovování maximální ceny jako průměru ze tří nejnižších cen přinést podle ředitele SÚKL snížení jednotkových cen o cca 17 % ve srovnání s počátkem roku 2011. Tento mechanismus je významný u přípravků, které nemají ve své skupině přímou konkurenci, byť obecně platí, že český trh je regulovaný spíše podle výše úhrady. Původně uvažované vyřazení léků s cenou do 50 korun bylo nahrazeno zrušením úhrady léčivých přípravků, které mohou být vydávány i bez lékařského předpisu. Netýká se to potravin pro zvláštní lékařské účely. U vybraných léků mohou pojišťovny podat do 1. června 2012 žádost o ponechání úhrady těchto léčivých přípravků. Jedná se o terapii závažných či chronických onemocnění, u kterých se využívá přípravků vydávaných bez lékařského předpisu. Z úhrad budou ve správním řízení také vyřazeny léky s preskripčním omezením B, H, K, T, U.

Systém originálních přípravků nestraní

V médiích i u odborné veřejnosti se objevují diskuse, zda poněkud blokovat, či naopak urychlovat vstup originálních léků na náš trh. Za domnělého viníka zpoždování inovativních léků na český trh bývá často označován právě SÚKL. „K tomu lze pouze poznamenat, že není pravda, že by SÚKL oddaloval vstup originálních léčivých přípravků na trh, jak také například naznačovala publikovaná analýza AIFP. Na vstup léku na trh má zásadní vliv pouze rozhodnutí držitele o registraci. Jestliže se tedy firma rozhodne uvádět přípravek např. na rakouský trh v roce 2005 a v České republice až v roce 2010 a dostává úhradu stanovenou do cca 150 dní, tak nelze říci, že jsme zpozdili vstup tohoto léku o 4,5 roku. Je logické, že jsou země, ve kterých je uvedení léčivého přípravku pro výrobce výhodnější, a jiné, kde to pro ně tolik výhodné není. V některých médiích jsme svědky manipulace se čtenáři, kdy se vytváří obraz, že Česká republika nepřeje inovativním lékům, což není pravda. Systém uvádění léků na trh je spravedlivý a transparentní. Úhradu stanovujeme na principu vnitřní reference, skupinu zaměnitelných léčiv posuzujeme podle nejvýhodnějšího přípravku v dané skupině a jeho úhradovou hodnotu stanovujeme na principu vnější cenové reference bez ohledu na to, zda se jedná o generikum či originální lék,“ uvádí PharmDr. Beneš.

Pro některé firmy nejsou české ceny dobrou referencí

Je dobré si v této souvislosti uvědomit, že ceny léčiv se mezi členskými státy Evropské unie značně liší. V případě koše se 150 léčivy se národní průměry liší až o 25 %. U jednotlivých léčiv prodávaných v EU jsou cenové rozdíly ještě vyšší. V případě originálních léků jsou rozdíly mezi nejvyšší a nejnižší cenou v poměru 4 : 1, u generických léků je tento rozdíl u jednotlivých léků až 16 : 1. Jsou země, kde mají dlouhodobě vysokou úhradu i generických léků. To jen odráží skutečnost, že také úroveň farmaceutických výdajů na obyvatele je mezi členskými státy EU velmi odlišná. Šetřením ve 20 zemích EU bylo zjištěno, že nejvyšší úroveň těchto výdajů na osobu je více než třikrát vyšší než nejnižší úroveň. Také Česká republika platila podle ředitele SÚKL do doby, než byl nastaven nový systém úhrad, za generické léky poměrně vysoké ceny. Úspora téměř devět miliard vzniklá revizí úhrad podle něj odráží i změny, ke kterým došlo nejen u originálních léků. „Není důvod, aby na generických přípravcích bylo dosahováno enormních zisků, protože generický lék by měl



soutěžit o trh právě díky výhodné ceně. Přesto jsou země EU, kde cena generického přípravku ještě 24 měsíců po vypršení patentu dosahuje více než 50 % ceny originálního léku. Tak tomu je např. v Rakousku, Portugalsku, Španělsku. Naopak ve Švédsku či Dánsku, ve kterých probíhají úhradové soutěže, je po dvou letech cena i nižší než čtvrtinová. Díky systému vnější cenové reference je tento vývoj přenášen i na úhrady léků na českém trhu, což se logicky u některých výrobců nemusí setkávat s pozitivním ohlasem. Cenu a úhradu léčivých přípravků nestanovujeme podle přání úředníků ústavu, ale podle objektivních dat získaných z cenových referencí," říká PharmDr. Beneš.

Od prostých škrťů k HTA

A jaké jsou další plány SÚKL do budoucna? „Dovedu si představit, že SÚKL může k revizní agendě a referenčním aktivitám přidat do budoucna ještě další přidanou hodnotu. Máme tým odborníků, kteří jsou schopni získávat nejen cenové reference léků, ale posuzovat i vnitřní vztahy v jednotlivých lékových skupinách, a dokonce srovnávat farmakoterapii s jinými terapeutickými modalitami.

Už dnes jsou úhrady některých léků nastaveny s ohledem na jinou terapeutickou intervenci, než je farmakoterapie. SÚKL má ambici stát se expertním místem v rámci budování systému HTA. Byli bychom rádi, kdyby se od principu škrťů přešlo k hodnocení reálné efektivity jednotlivých terapeutických modalit," uzavírá PharmDr. Beneš.

Zdroj: T. Novotný, Medical Tribune 7. 2. 2012

Obama narazil s povinnou antikoncepcí

Americký prezident Barack Obama narazil s plánem, aby povinnou součástí zdravotního pojištění poskytovaného zaměstnavateli byla antikoncepce zdarma.

Plán se nelíbí charitám a školám provozovaným katolickou církví. Šéf Bílého domu tak čelí vlně kritiky, podle které zasahuje do náboženských svobod. Prezident již naznačil ochotu ke kompromisu, zcela ze svého záměru ale ustupovat nehodlá. „Myslím, že tento problém lze vyřešit způsobem, který zajistí ženám tuto důležitou preventivní službu a zároveň rozptýlí některé z těchto obav," uvedl prezidentův mluvčí Jay Carney. Deník The Wall Street Journal napsal, že v úvahu podle činitelů Bílého domu přichází podobné řešení jako na Havaji. I tam musejí zaměstnavatelé hradit antikoncepci. Mají ale zároveň možnost nabídnout zaměstnancům levnější pojištění, kdy si pracovníci za antikoncepci platí z vlastní kapsy přímo pojišťovně. Zaměstnavatel tak v případě, že je to v rozporu s jeho přesvědčením, antikoncepci hradit nemusí. Zaměstnankyně za ni zase neplatí více, než kdyby pracovala pro firmu, která antikoncepci hradí. Otázkou ale je, zda by taková změna uspokojila představitele katolické církve, kteří by chtěli, aby se náboženských zaměstnavatelů nový požadavek netýkal vůbec. Šéf Bílého domu nicméně má zájem na řešení, protože ve volebním roce nechce rozdmýčkat citlivé náboženské otázky. „Rozhodně nikoho nechceme zkracovat na náboženských svobodách," uvedl po záplavě protestů katolíků poradce Obamovy volební kampaně David Axelrod. Bílý dům mezitím dává najevo, že v zásadě od svého plánu ustoupit nechce, a vyzval zástupce ženských organizací, aby zesílily svou podporu záměru. Nahrává mu i to, že podle průzkumů většina katolíků přes odpor vedení církve nové pravidlo o antikoncepci považuje za správné.

Zdroj: čtk 9. 2. 2012

Francouzský lék usmrtil 1300 lidí

Francouzský lék pro diabetiky Mediator patrně způsobil smrt nejméně 1300 lidí. Z prodeje byl stažen až po více než 30 letech, informuje 9. února agentura AFP.

„Zhruba 3100 osob muselo být hospitalizováno po požití léku během 33 let, během kterých byl lék prodáván," uvedl Mahmúd Zurek z francouzského Národního institutu pro lékařský výzkum, který spolupracuje na vyšetřování závadnosti léku. „Tato čísla jsou však pouze přibližná," dodal. Smrt pacientům způsobily nežádoucí vedlejší účinky léku, které ohrožovaly především srdeční soustavu pacientů. V roce 2009 byl lék stažen z evropského trhu, když se prokázalo, že poškozuje srdeční chlopuň a způsobuje plicní hypertenzi.

Mediator, známý také jako benfluorex, lékaři předepisovali ke snížení lipidů, což mělo pomoci diabetikům kontrolovat hladinu cukru v krvi. Lék také potlačoval chuť k jídlu. Z toho důvodu byl rovněž ve velké míře užíván lidmi, kteří netrpěli cukrovkou, ale pouze nadváhou. Francouzský výrobce léku, společnost Servier, je vyšetřována pro podezření z klamání pacientů, neúmyslného zabití nebo způsobení zdravotní újmy. Podle některých zaměstnanců firmy totiž výrobce úmyslně neuváděl některé vedlejší účinky, aby byl léku povolen prodej. V České republice lék nikdy registrován nebyl.

Zdroj: ZDN 10. 2. 2012

V Tichomoří přibývá případů lepry

Boj proti chorobě malomocenství ještě zdaleka není vybojován. Před touto skutečností varuje Světová zdravotnická organizace (WHO), podle níž je každoročně hlášeno na 5000 nových případů jen v západním Tichomoří.

Přitom právě v této oblasti byla lepra vyhlášena za zlikvidovanou už v roce 1991, píše dnes agentura AP. Podle regionálního ředitele WHO Sin Jong-soa je v tomto regionu 37 zemí, kterým se nepodařilo snížit počet případů lepry na méně než jeden na každých 10 000 obyvatel. Právě tento poměr je klíčový, aby WHO vyhlásila malomocenství za vymýcené. K zemím, kde se lepra pravidelně objevuje, patří například souostroví stát Kiribati, dále Marshallovy ostrovy či Mikronésie. Na Filipínách byla lepra prohlášena za zlikvidovanou v roce 1998, avšak každý rok je odtud hlášeno na 2000 nových případů, upozornila WHO. Podle Sina stejný počet případů hlásí ročně také Čína. V roce 2008 bylo zaznamenáno na celém světě téměř 250 000 nových případů malomocenství, z toho více než polovina v Indii. Nemoc se ale objevuje i v Jižní Americe, například v Brazílii, a samozřejmě na černém kontinentu. Na rozdíl od minulosti je lepra v současnosti poměrně snadno léčitelná, pokud je odhalena brzy. Prvním znakem onemocnění je většinou vyrážka doprovázená ztrátou citu v postižené části pokožky. Bez léčení může lepra způsobit vážné poškození nervů, ochrnutí a znetvoření prstů u rukou a nohou. Na rozdíl od rozšířené představy ale nezpůsobuje odpadávání končetin a není extrémně nakažlivá. Většina lidí je proti ní imunní.

Zdroj: čtk 13. 2. 2012



Onkologické léky pro děti bez registrace

Uzdravování na hraně zákona. Tak mluví podle reportáže ČT brněňští onkologové o léčbě dětských pacientů. Tvrdí, že když předepisují léky, které jsou sice vyzkoušené a účinné, ale chybí jim registrace právě pro děti, riskují právní i ekonomické problémy.

Uzdravování na hraně zákona. Tak mluví brněňští onkologové o léčbě dětských pacientů. Tvrdí, že když předepisují léky, které jsou sice vyzkoušené a účinné, ale chybí jim registrace právě pro děti, riskují právní i ekonomické problémy. Pojišťovny takové medikamenty nemusejí proplácet. Doktoři proto po ministerstvu zdravotnictví chtějí, aby tyto preparáty jednoznačně garantovalo a změnilo předpisy. Resort se k tomu ale nechystá.

Petr MALÝ, redaktor: Devítiletá Tereza nebo sedmnáctiletá Erika, dvě dívky, kterým rakovina napadla nervový systém. Po různých léčbách nakonec léky zabraly. Jenže oficiálně jsou povolené jen pro dospělé. Jan VARGA, otec Terezy: Chňapli jsme po tom jako každý rodič, který chce uzdravit své dítě. Jediná věta v příbalovém letáku – určeno pro pacienty od tří let – by znamenala příliš drahé a obtížně proveditelné klinické studie. Proto u řady dostupných cytostatik chybí. Lékaři tak se svolením rodičů předepisují léky pro dospělé a riskují nejen to, že pojišťovny drahou léčbu nezaplatí, ale i případné jiné postihy. U řady preparátů od různých farmaceutických firem jde totiž o experimentální, i když účinnou léčbu.

Veronika PETLÁKOVÁ, mluvčí, Státní ústav pro kontrolu léčiv: Zákon o léčivech toto umožňuje, tuto praxi, je to přesně to předepisování mimo tu schválenou indikaci. A s tím, že za jakékoliv problémy v té léčbě nese vlastně zodpovědnost lékař.

Ivana PLECHATÁ, odbornice na zdravotnickou legislativu, LF MU: Jsou vlastně v každodenním stresu z toho, že kdyby se něco stalo, tak by mohli být takzvaně právně popotahováni.

Vlastimil SRŠEŇ, mluvčí, ministerstvo zdravotnictví: Ty právní normy jsou naprosto harmonizovány s úpravou Evropské unie, tak ministerstvo zdravotnictví tady nechystá žádné výjimky, které by byly speciální pro Českou republiku. V tuto chvíli tedy platí jakási tichá džentlmenská dohoda mezi lékaři a pojišťovnami, i když i ta má své trhliny.

Jaroslav ŠTĚRBA, přednosta Kliniky dětské onkologie, FN Brno: Čas od času, a to velmi pravidelně, se objeví různé dopisy z pojišťoven, že to vám nehradíme, to vám nehradíme, to nebude uhrazeno.

V Česku se léčí zhruba 350 dětí s nádorovým onemocněním. Většina z nich v pražském Motole nebo brněnské dětské nemocnici. Úspěšnost jejich léčby se v posledních letech rapidně zvýšila. V současnosti se blíží 90 %.

Zdroj: P. Malý, Česká televize, 15. 2. 2012

MZ vydalo nezávazné stanovisko k vadným implantátům PIP

Ženám s vadným prsním implantátem PIP, které ho dostaly kvůli rakovině nebo vrozené vadě prsu, by nový implantát mohly uhradit zdravotní pojišťovny. Ženám, které ho mají z kosmetických důvodů, takový nárok nevznikne. Vynětí implantátu, který působí problém, by pojišťovny ale měly zaplatit všem.

Ženám s vadným prsním implantátem PIP, které ho dostaly kvůli rakovině nebo vrozené vadě prsu, by nový implantát mohly uhradit zdravotní pojišťovny. Ženám, které ho mají z kosmetických důvodů,

takový nárok nevznikne. Vynětí implantátu, který působí problém, by pojišťovny ale měly zaplatit všem. Uvádí to ministerstvo zdravotnictví v právní analýze, kterou dnes vydalo k úhradě vynětí zdravotně nevhodných implantátů a výměny za implantát jiný. Ministerstvo upozornilo, že jde o právně nezávazný názor. Pokud se zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a pacientky nedokážou na úhradě dohodnout smírně, nezbude jim než se obrátit na soud. Celkem byly v Česku použity necelé 3000 implantátů ve zhruba 50 zdravotnických zařízeních. Ministerstvo po odhalení, že jsou z nekvalitního silikonu, doporučilo preventivně všechny vyměnit. Nemocnice dosud s operacemi vyčkávaly na vyjádření ministerstva k možné úhradě. Pražská Fakultní nemocnice Královské Vinohrady dala počátkem února jako první vědět, že vadné implantáty PIP vymění zdarma všem svým pacientkám, kterým je dala po rakovině prsu. Od dodavatele implantátů bude požadovat náhradu nákladů. Ministerstvo dnes doporučilo, aby se ženy s implantáty PIP obrátily na zařízení, které původní operaci provedlo. To jim má operaci provést na vlastní náklady, musí ji schválit revizní lékař. Pokud by ženy novou operaci podstoupily v jiném zařízení, než kde původní implantáty dostaly, budou mít právo žádat náhradu nákladů u původního zařízení. Ministerstvo v analýze připomíná, že podle občanského zákoníku zodpovídá zdravotnické zařízení za to, že implantáty jsou v pořádku a zdraví nezávadné. A to i tehdy, kdy nezanedbá žádnou povinnost, například ověřit si certifikáty implantátů a správně s implantáty manipulovat. Operací vznikne zdravotnickému zařízení majetková újma, nárok na náhradu vzniklé škody má uplatnit ve dvouleté promlčecí lhůtě, ta běží ode dne, kdy se poškozený dozví o škodě a o tom, kdo za ni odpovídá. Škodu má uplatňovat zařízení u výrobce, vedle toho by mělo být na škody způsobené pacientům pojištěno. Pojišťovna by bez ohledu na odpovědnost zdravotnických zařízení za škodu měla uplatňovat také svůj nárok na náhradu škody u výrobce implantátů. Ministerstvo nemá informace o délce záruční lhůty na implantáty PIP. I kdyby ale už uplynula, pacientky mohou náhradu vzniklé škody uplatňovat u zdravotnického zařízení, které je operovalo. Česká republika nenese podle ministerské analýzy za škodu žádnou odpovědnost, státní orgány nemohou zabránit ve vstupu na český trh výrobkům s certifikací ze zemí EU. Mohou jen přerušit či ukončit užívání těchto výrobků, ale až ve spojitosti s rizikem újmy na zdraví pacientů. Na možné praskání implantátů PIP upozornila na jaře 2010 francouzská asociace pro dohled nad léčivý. Po jejím oznámení český distributor ve spolupráci s lékovým ústavem informoval zdravotnická zařízení v Česku, která přestala tyto implantáty používat.

Zdroj: čtk 15. 2. 2012

Virginie chce zakázat interrupce

Americký stát Virginie udělal v úterý 14. února krok k úplnému zákazu interrupcí. Dolní komora tamního parlamentu schválila návrh zákona, podle kterého mají občanská práva lidské zárodky od okamžiku početí.

Pokud by zákon schválil i Senát ve Virginii a podepsal guvernér, přijal by tento stát nejprísrnější zákony proti interrupcím v USA. Ve virginijském Senátu se podle agentury Reuters očekává schválení návrhu. Zatím ale není jasný postoj republikánského guvernéra Boba McDonnelli, který může normu vetovat. Podle odbornice na umělé oplodnění Elizabeth Nashové by přiznání občanských práv lidským embryím mělo za následek nejen zákaz interrupcí a užívání některých forem antikoncepce, ale i znemožnění léčby neplodnosti. „Pokud



bude zákon schválen, může mít dalekosáhlé dopady na přístup žen k lékařské péči," varovala Nashová. Předkladatel zákona, republikán Bob Marshall, však tvrdí, že norma není „přímo zaměřená“ proti interrupcím, ale má chránit nenarozené děti. „Právní účinek je takový, že pokud těhotná žena pojede autem a na křižovatce do ní někdo narazí, bude ho moct žalovat za ztrátu dítěte," tvrdil Marshall.

Zdroj: čtk 15. 2. 2012

Pacienti volí Lékaře roku

V anketě Lékař roku mohou lidé do 25. března dát hlas svému nejoblíbenějšímu lékaři na www.lekarroku.cz, nebo mohou hlasovat prostřednictvím anketních lístků, které dostanou ve zdravotnických zařízeních.

Novinářům to 15. února řekl Jiří Hlaveš, předseda Unie pacientů, která anketu počtvrté pořádá. Slavnostní vyhlášení výsledků bude 5. dubna na Nové scéně Národního divadla. Anketu zaštil ministr zdravotnictví doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., který loni dostal od Unie pacientů zvláštní ocenění za to, jak vyřešil složitou situaci v souvislosti s protestní odborovou akcí Děkujeme, odcházíme. „Cílem ankety je podpořit komunikaci mezi lékaři a pacienty a vylepšit jejich vztahy, které reformy a loňská protestní akce lékařů dost pochroumaly," řekl J. Hlaveš. Unie pacientů je občanské sdružení, má 15 000 členů, hlasovat ale mohou i nečlenové. V loňském ročníku hlasovalo 71 548 lidí. Hlasy mohou lidé posílat ve třech kategoriích – lékař lůžkového zařízení, praktický lékař a lékař specialista. Vedle pacientů budou o svých favoritech hlasovat také odborníci. Jesseniovu cenu od nich dostane lékař s největším přínosem pro pokrok v medicíně, Hippokratovu cenu obdrží lékař, který prokázal nebo vykonal čin lidskosti. Odborná komise udělí také ocenění za celoživotní přínos medicíně, loni ji získal dlouholetý předseda Purkyňovy lékařské společnosti profesor Jaroslav Blahoš, který letos s ministrem má nad anketou záštitu. Unie pacientů udělí také zvláštní ocenění pro projekt nebo osobnost za pomoc pacientům v tíživých životních situacích.

Zdroj: čtk 16. 2. 2012

Brazilští chirurgové oddělili siamská dvojčata

Čtrnáctiměsíční siamská dvojčata oddělili chirurgové v brazilském městě Goiania při operaci, která trvala téměř deset hodin. Jak 16. února napsala agentura AFP, chlapci Israel a Levi byli spojeni v oblasti kyčle a břicha; společná měli střeva, močový měchýř a genitálie.

„Bylo to nesmírně komplikované, ale podařilo se nám je oddělit. Bratři zvládli operaci dobře," řekl AFP chirurg a pediatr Zacharias Calil, odborník na operace siamských dvojčat. Dvojčata spojená v dolní části těla jsou druhým nejtěžším případem siamských dvojčat. Nejproblematictější je oddělení dětí spojených v oblasti hlavy. Chirurgický tým tvořilo zhruba 30 lékařů, techniků a sester. Oddělit museli „střeva, močový systém a kyčel, a vytvořit dva močové měchýře", dodal Calil. Nyní na chlapce čeká složitá fáze zotavování, při níž budou specialisté bedlivě sledovat funkce jejich orgánů i známky možných infekcí, které by se mohly objevit pátý den po operaci. Podle Calila jsou šance Israele a Leviho na zotavení padesátiprocentní.

Zdroj: čtk 16. 2. 2012

INZERCE

214 04-11

PLDD **hledá** do zavedené pediatrické praxe v pronajatých prostorech **v centru Českých Budějovic zástup** na 1–2 dny v týdnu, s možností následného převzetí praxe. Kontakt: 602 834 457

224 11-11

Přenechám/prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost **v centru Prahy 6**. Telefon 224 316 781, 604 855 400

225 11-11

Lékařka **přenechá** dobře zavedenou praxi PLDD **v Praze 10**. Telefon 602 230 697

226 11-11

Odkoupím praxi PLDD, nejlépe **Praha-západ, Kladno**. Telefon: 722 207 787

227 12-11

Do soukromého moderního ambulantního zařízení **v Českých Budějovicích hledáme** dětského lékaře, lékařku, možno i na částečný úvazek. Seriózní jednání, zaměstnanecké výhody. Telefon: 603 175 133

228 1-12

Hledám pravidelný **zástup** do ordinace **v Praze 6**, každou středu od 12 do 16 hod. Telefon 604 988 174

229 1-12

Setkání absolventů FDL UK po 30 letech (1976–1982) se koná v sobotu 21. 4. 2012 od 15 hodin **v Pizzerii Di Carlo**, K Hrnčířům 96, Praha 11.

230 1-12

Přenechám velmi výhodně zavedenou praxi PLDD **ve Stříbře**, 30 km od Plzně, a to co nejdříve. Telefon: 374 624 204, 607 254 531

231 1-12

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost **u Českých Budějovic**. Bližší informace na tel. 604 318 717

232 2-12

Prodám zavedenou dětskou lékařskou praxi s.r.o. **v Praze**, případně zaměstnám pediatra se spec. způsobilostí. Bližší informace při osobním jednání. Zn.: tel. 728 316 743

233 2-12

Prodám praxi praktického lékaře pro děti a dorost **v Brně**. Bližší informace na telefonu 608 061 168

V této rubrice je možné otisknout požadavky na zástupy, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájem místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL zdarma.

Autodidaktický test 2/2012

Infekce + STI

1. Chlamydie jsou specifickou bakterií, která je charakterizována:

- a) Intracelulárním parazitováním, kdy pro své množení vkládá svoji DNA do genomu hostitelské buňky
- b) extracelulárním parazitováním, kdy narušením buněčné stěny hostitelské buňky do své cytoplazmy přesune chemotaxi cizí mitochondrie
- c) intracelulárním parazitováním s využitím adenosintrifosfátu hostitelské buňky k zajištění svého energetického metabolismu
- d) intracelulárním parazitováním, kdy pro absenci vlastního centrozomu využívá centrozomu hostitelské buňky k mitotickému dělení

2. Vyvolavatelem lymphogranuloma venereum je:

- a) Neisseria gonorrhoea
- b) Chlamydia trachomatis
- c) Yersinia pestis
- d) Treponema pallidum

3. Kredeizace u novorozenců dnes prováděná Ophthalmo-Septonexem je považována za dostatečnou prevenci infekčního poškození oka novorozenců vyvolaného:

- a) Neisseria gonorrhoea
- b) Chlamydia trachomatis
- c) Yersinia pestis
- d) Treponema pallidum

4. Pro celkovou léčbu chlamydiových infekcí je z antimikrobiálních přípravků možné použít:

- a) makrolidy
- b) potencované amoxyciliny
- c) tetracykliny
- d) chinoliny
- e) cefalosporiny

5. Pokud je gravidní žena v primárním či sekundárním stadiu lues, pak je vysoké riziko poškození a odumření plodu. Dítě matky, která je na začátku gravidity v časném latentním stadiu lues, jeví po narození známky:

- a) syphilis congenita recens
- b) syphilis congenita tarda
- c) syphilis congenita latens
- d) syphilis congenita acuta

6. U novorozence s nízkou porodní hmotností neodpovídající gestačnímu stáří, anémií, hepato-splenomegalií, generalizovanou lymfadenopatií, hemoragickou rinitis a dysfonií nutno diferenciatnědiagnosticky pomýšlet na:

- a) vrozenou infekci HP 6 s transplacentárním přenosem
- b) akutní chlamydiovou infekci s infikováním novorozence při průchodu porodním kanálem
- c) akutní gonorrhoickou infekci
- d) syphilis congenita recens

7. Dítě matky s anamnézou lues je nutno po narození dispenzarizovat a provádět odběry na vyšetření nespecifických i specifických sérologických testů, v případě positivity v 1., 2., 3., 6., 12. a 24. měsíci.

- a) nález specif. protilátek 19S IgG SPHA a 19S IgG FTA-ABS svědčí pro akutní infekci syfilidou dítěte transplacentární cestou a je třeba ihned zahájit léčbu
- b) nález specif. protilátek 19S IgM SPHA a 19S IgM FTA-ABS svědčí pro akutní infekci syfilidou dítěte transplacentární cestou a je třeba ihned zahájit léčbu
- c) nález specif. protilátek 19S IgG SPHA a 19S IgG FTA-ABS svědčí pro transplacentární přenos mateřských protilátek a je třeba ihned zahájit léčbu dítěte
- d) nález specif. protilátek 19S IgG SPHA a 19S IgG FTA-ABS svědčí pro transplacentární přenos mateřských protilátek a dítě se proto neléčí, jen se dále sleduje

8. Ke kauzální léčbě scabies v současné době můžeme použít:

- a) lindan
- b) 10% sirnou mast
- c) lokálně antibiotické masti
- d) topické kortikoidy
- e) permetrin
- f) celkově antihistaminika

Nyní
ještě blíže
mateřskému
mléku

Sunar
**nutra
defense**

Prebiotika/Prebiotika
DHA a ARA
Nukleotidy

Prebiotická vláknina GOS

Podporuje růst střevní mikroflóry^{1,2}
Pouze prebiotická vláknina GOS je přirozenou součástí
mateřského mléka.

Nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA

Přispívají ke zdravému růstu a vývoji kojců
Organismus si je nedokáže sám vytvořit, proto je nutné je v dostatečném
množství přijímat stravou.

Nukleotidy

Významně podporují imunitní systém dítěte^{3,4,5}
Mateřské mléko obsahuje významné
množství nukleotidů, v průběhu
kojení a s postupem věku
dítěte jejich množství
klesá.

Mateřské mléko je naší inspirací.

Jeho ochranná funkce nás přirozeně inspirovala k vytvoření
kojenecké mléčné výživy Nutradefense s unikátní směsí látek,
které jsou přirozeně přítomny v mateřském mléku.

Nové vyvážené složení Nutradefense obsahuje kromě bílkovin,
sacharidů, tuků, vitamínů a minerálních látek také
tři další významné složky:

- PREBIOTICKÁ VLÁKNINA GOS
- NENASYCENÉ MASTNÉ KYSELINY DHA a ARA
- NUKLEOTIDY

WHO (Světová zdravotnická organizace) doporučuje plné kojení během prvních 6 měsíců věku dítěte, poté se
doporučuje ke kojení začít s postupným zaváděním nemléčných přírodních. Kojení je nejlepší způsob výživy dítěte.
Potravina pro zdravou výživu. Tento materiál je určen speciálně pro odbornou veřejnost.

Odlišky na edice: 1. Ben KM, Zhou XY, Zhao WH, Yu WL, Pan W, Zhang WL, et al. Supplementation of milk
formula with galacto-oligosaccharides improves intestinal micro-flora and fermentation in term infants. Chin Med J 2004;
117:327-331. 2. Fanaro S, Martin R, Bagna R, Vigli V, Fabbri C, Porto-Quintana L, et al. Galacto-oligosaccharides are bifidogenic
and safe at weaning: a double-blind randomized multicenter study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(1): 82-8. 3. Buck RH,
Thomas DL, Winship TR, Cordle CT, Kuchan MJ, Boggs GE, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status.
Part 2: Immune cell development. Pediatr Res 2004 Dec; 56(5): 892-900. 4. Schaller JP, Kuchan MJ, Thomas DL, Cordle CT, Winship TR,
Buck RH, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: Humoral responses. Pediatr Res 2004 Dec; 56(5): 883-890.
5. Gutiérrez-Castrellón P, Mora-Hugaz L, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez C, Ramírez-Mojena J and Salomon-Santibáñez GA. Immune
response to nucleotide-supplemented infant formulas: systematic review and meta-analysis. British Journal of Nutrition 2007; 98 (Suppl.1): S64-7.

NOVINKA
NA DOBRU
NOC



800 201 102

www.nutradefense.cz

1992-1993