

prosinec 2003 ■ číslo 10 ■ ročník 3

VOX PEDIATRIAE

časopis praktických dětských lékařů



Péče o diabetiky v adolescenci

Atypická pneumonie v ordinaci PLDD

Volné radikály, antioxidanty a stárnutí

Drogová závislost a riziko infekce virovými hepatitidami



ČESKÁ
SPORITELNA

ZENTIVA

Aventis
Aventis Pasteur



OSPDL ČLS JEP



PF 2004

*Redakční rada VOX PEDIATRIAE a Vydavatelství MEDIX
přeje všem členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP
vše nejlepší v roce 2004*

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických dětských lékařů

Adresa redakce:

U Hranic 16 -18, 100 00 Praha 10

sekretariát:

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

redakce VOX:

tel.: 267 184 065, 267 184 047

e-mail: centrum@detskylekar.cz

Časopis garantován

Sdružením praktických lékařů

pro děti a dorost ČR

zastoupené MUDr. Pavlem Neugebauerem

ve spolupráci s Odbornou společností

praktických dětských lékařů ČLS JEP

zastoupené MUDr. Hanou Cabrnocovou.

Vedoucí redakční rady:

MUDr. Milan Kudyn

Redakční rada:

MUDr. Pavel Neugebauer

MUDr. Jiřina Dvořáková

MUDr. Jiří Liška, CSc.

MUDr. Josef Krejčík

Odpovědný redaktor:

Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:

PhDr. Jana Kratochvílová



Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.
Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.

Vychází 10x ročně, v nákladu 2.200 výtisků.

Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem
MK ČR E 10971, ISSN 1213 - 2241

Redakce nezodpovídá za obsah článků.

Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemných souhlasem redakce.

Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.

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

Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsahovou stránku časopisu Děti a my.

Inzerce:

VOX PEDIATRIAE - Bc. Veronika Drahovzalová

U Hranic 16 - 18, 100 00 Praha 10

tel.: 267 184 065, GSM: 602 873 761 - jen pro inzerenty

e-mail: centrum@detskylekar.cz

e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

vydavatelství

Adresa vydavatelství:

MEDIX Branická 141, 147 00 Praha 4

tel.: 261 260 412, e-mail: vox@imedix.cz

obsah...



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc listopad	5
Výroční zpráva o činnosti SPLDD ČR	6
Usnesení XII. celostátní konference SPLDD ČR	10
Krizi zdravotnictví má na svědomí...	10
České zdravotnické fórum	12



Informace z činnosti OSPDL	13
MUDr. V. Holeček a kol. Volné radikály, antioxidanty a stárnutí	15
E. Malichová Pohádkové hubnutí	20
MUDr. D. Neumann, Ph.D., Doc. MUDr. O. Pozler, CSc. Péče o diabetiky v adolescenci	22
Doc. MUDr. F. Stožický, DrSc. a kol. Zkušenosti s realizací selektivního screeningu ...	24
MUDr. J. Hobstová Drogová závislost a riziko infekce...	26
MUDr. R. Chlábek Vracející se variola a současné možnosti vakcinace	28
MUDr. J. Seifertová Atypická pneumonie v ordinaci PLDD	32
MUDr. Z. Růžičková Současný stav očkování BCG v ČR	34
MUDr. M. Kudyn Zpráva z konference o ibuprofenu - 3. část	35
Mgr. J. Zástěra Nové trendy počáteční kojenecké výživy	38



Aktuality	42
Řádková inzerce	46



NAKLADATELSTVÍ
UMÚN

Nakladatelství UMÚN s.r.o., Tyršův vrch 772, 463 11 Liberec
tel.: 485 161 712, e-mail: umun@volny.cz, www.volny.cz/umun
Obrázek na titulní straně namalovala ústy Ruth Christensen



Milé kolegyně, milí kolegové,

„vánoce, vánoce přicházejí“, chtělo by se zaspívat při pohledu na nádherně vyzdobená náměstí, města, ale i malé obce. Vánoce však nejsou jen svátky pohody a klidu, vánoce jsou i předzvěstí konce roku, začátku dalšího, přijímání různých předsevzetí, ale i bilancování roku předchozího.

Zkusme se tedy trochu poohlédnout. Začátek roku byl pro nás důležitý z hlediska diskuse o budoucnost naší odbornosti, ještě máme v živé paměti úspěšnou petiční akci. Na regionálních konferencích došlo k významným obměnám v zastoupení našeho Sdružení. Očekávané však byly především významné změny v organizaci našeho zdravotnictví. Jeho první dáma signalizovala něco jako legislativní smršť.

Legislativní normy se skutečně objevovaly v takovém tempu, že bylo obtížné všechny zachytit. Ve stejném tempu ale padaly kamsi pod stůl. V jednu chvíli jsme na okamžik ztráceli přehled, jestli připomínkujeme tu správnou verzi. Výsledek? Žádná zásadní norma se neujala. Práce kvapná, málo platná, řekla by moje babička. A tak nemohlo nastat nic jiného, než co se skutečně stalo.

Neřešení řady problémů, resp. necitlivé zásahy bez potřebných souvislostí, přivedly naše zdravotnictví do nebývalé krize. Odhady napovídaly, že konec roku zastihne resort se ztrátou 8,5 miliard korun. Pro mne nepředstavitelná suma vyvolávající obavy z budoucnosti. Spolu s dalšími zástupci poskytovatelů zdravotní péče jsme tedy vyrazili na tzv. Žofínské fórum, kde jsme očekávali prezentaci řešení nepříznivě se vyvíjející situace.

Místo jasné koncepce jsme však první hodinu poslouchali referát o škodlivosti alkoholu a kouření. Když jsme nabyli přesvědčení, že jsme si patrně spletli akci, přeci jenom cosi o stavu zdravotnictví zaznělo. Nikoliv však jasně stanovené cíle a kroky, ale jen jakési nápady, aby nás nakonec zmrazila informace, že v příštím roce se předpokládá deficit už 16 miliard korun.

Nezbylo proto, než vyhlásit krizový stav. Ale na odpovědných místech se zase jen hovořilo a hovořilo. I proto nakonec došlo k setkání zástupců ambulantního sektoru sdružených v tzv. Koalici ambulantních lékařů spolu s Českou lékárnickou komorou a diskutovalo se, jak se ke krizi postavit. To již ale hodiny odbýjely pět minut po dvanácté.

Aby toho nebylo málo, krizi ve zdravotnictví doplnila krize v naší stavovské organizaci. V porovnání s průběhem sjezdu České lékařské komory pak byla naše Konference romantickou siestou. Pro členy Výkonného výboru byla navíc konference, s trochou nadsázky, pohlazením po duši. Potvrzení mandátu všech staronových členů Výboru snad nelze chápat jinak, než jako uznání jejich dosavadní práce. Vůbec si ale nezávidím. Současný stav mi totiž připadá jako zlý sen, někdy si moc přeji, abych se už konečně probudil.

Probuzení však nepřichází a tak se znovu a znovu vrháme do kolotoče mnoha jednání, i když si někdy připadáme, že i bájný Sysyfos byl na tom lépe. Ať již se stane do konce roku cokoliv, rozhodně nás čeká v příštím roce boj o budoucnost našeho zdravotnictví. K tomu budeme potřebovat všichni hodně sil a energie.

Využijme proto nadcházejících vánočních svátků k obnově duševní síly, hledejme zdroj energie ve svých rodinách, u svých blízkých. Zapomeňme na chvilku na každodenní starosti a dejme najevo těm nejbližším, že jsme rádi, že je máme a že je máme rádi.

Šťastné a veselé vánoce přeje všem

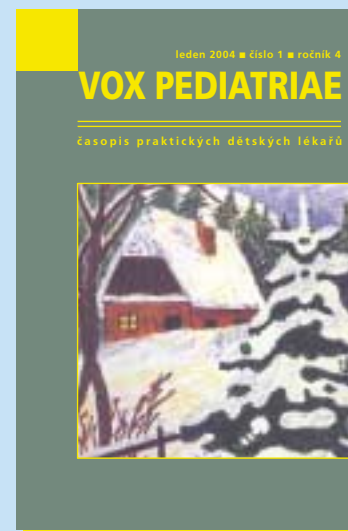
MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

Současný pohled
na dětskou onkologii

Nádory varlat u dětí

Náhlé příhody v dětské onkologii

Možnosti léčby bolesti u dětí



seznam inzerujících firem

AVENTIS PASTEUR
BOOTS
ČESKÁ SPOŘITELNA
DNA ADVERTISING
HAPRA
HIPPI
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
ZENTIVA

úřední hodiny v kanceláři SPLDD ČR

Úterý 10,00 - 17,00

Středa 10,00 - 17,00

Čtvrtek 10,00 - 17,00

Členy Výboru zpravidla
zastihnete v těchto hodinách:

Úterý

14,00 - 16,00 - MUDr. Pavel Neugebauer

Středa

10,00 - 12,00 - MUDr. Hana Cabrnová

13,00 - 18,00 - MUDr. Milan Kudyn

16,00 - 18,00 - MUDr. Jiřina Dvořáková

16,00 - 17,00 - MUDr. Tomáš Soukup



Přehled činnosti SPLDD ČR za měsíc listopad

MUDr. Pavel Neugebauer

Měsíc listopad se stal především měsícem hledání východisek z ekonomické krize našeho zdravotnictví. Uskutečnila se řada jednání tzv. politické Koalice, na nichž měl být nalezen lék na současnou krizi. Ukázalo se však, že krize je vnímána pouze v oblasti lůžkového zdravotnictví, ambulance zřejmě žádné problémy nemají (dle výstupů této Koalice, které máme k dispozici). I proto jsme se sešli spolu se zástupci dalších organizací sdružujícími reprezentanty ambulantního sektoru, aby byl vyslán signál, že tu taky jsme a že se nám přijímaná řešení nelíbí. Jsem rád, že podobná krize nepostihuje naše Sdružení, a že výroční Konference proběhla v běžné pracovní atmosféře. Děkuji všem, kteří se jí zúčastnili, a to nejen za jejich účast, ale i za důvěru, kterou vyslovili formou voleb v jejich staronové vedení.

4.11. – se uskutečnilo další jednání analytické komise Sdružení, základními body programu byl aktuální stav financování zdravotnictví, rozbor zprávy analytické komise dohodovacího řízení o cenách a diskuse nad směřováním úhrad naší práce za strany zdravotních pojišťoven

4.11. – Koalice ambulantních zařízení se na svém dalším jednání zaměřila především na přípravu jednání krizových výborů jednotlivých organizací spolu s Českou lékárnickou komorou

10.11. – na Ministerstvu zdravotnictví proběhlo další jednání Komise péče o dítě, jako poradního orgánu ministryně zdravotnictví. Bylo diskutováno o řadě problémů, předloženy byly návrhy několika metodických pokynů. Většinou šlo o čisté pracovní materiály, které doznají nejspíše ještě řadu změn. Pokud dojde k jejich finalizaci, budete s těmito materiály průběžně seznamováni na stránkách našeho časopisu

12.11. – zdá se, že spolupráce s Českou spořitelnou odhalila další možnosti, tohoto dne byla na společném jednání diskutována problematika generační výměny v našich ordinacích, resp. možnost ekonomické participace České spořitelny na tomto našem projektu, s finalizací dohody Vás opět seznámíme prostřednictvím našeho časopisu

15.11. – v Brně proběhla výroční Konference našeho Sdružení, tentokrát opět volební. I když jsme se nevyvarovali několika možná nepřesností v organizaci této naší akce, věřím, že ti, co se jí zúčastnili neodjížděli s pocitem ztraceného času. Zdá se navíc, že mandátní způsob její organizace se jeví jako správná cesta, alespoň účast je toho jasným dokladem

18.11. – finalizovala se příprava jednání krizo-

vých výborů organizací sdružených v Koalici ambulantních zařízení, jednání měla předcházet schůzka s ekonomickým náměstkem ministryně zdravotnictví, ten však měl jinou práci...

20.11. – možná trochu paradoxně na půdě VZP se uskutečnilo jednání krizových výborů Koalice ambulantních zařízení, prohlášení z této akce bylo již otištěno v minulém čísle, nicméně jaká bude odezva odpovídajících míst, to ukáže ještě čas. Pokud bude nulová, najdete v tomto čísle vložení plakátu, který je určen k vyvěšení v čekárnách, a který i stanovuje první, zatím nejmírnější formu výstrahy odpovědným v tomto státě. Doufám, že všichni pochopíte nezbytnost činěných kroků.

27.11. – na VZP proběhlo jednání na téma předávání informací praktickým lékařům o čerpání zdravotní péče jimi registrovanými pacienty. Jde o jiný soubor dat, než nám je předáván v souvislosti s bonifikačním systémem, nicméně i zde je zatím mnoho otázek, takže další podrobnosti se dozvíte po jejich zodpovězení.

28.11. – v kanceláři našeho Sdružení se sešli pokladníci a předsedové jednotlivých regionů s ing. Adamcem, našim daňovým poradcem k upřesnění finančních toků v našem Sdružení

29.11. – v Telči proběhla další z konferencí Českého zdravotnického fóra. Krom jiného byla na programu u cenová senzitivita obyvatel vůči platbám ve zdravotnictví. I když je kolem této otázky také mnoho ještě nezodpovězených otázek, pokládám za velmi dobré, že je diskuse na toto téma vůbec vedena. S některými výstupy z tohoto jednání Vás na stránkách našeho časopisu budeme i nadále seznamovat

Simulant má dostat pokutu až 50 tisíc

Ministr práce a sociálních věcí Zdeněk Škromach uvažuje o tom, jak vytlout lidem z hlavy myšlenku na to, že se „hodí marod“, protože se jim zrovna nechce jít do práce, nebo proto, že firma má málo zakázek. Řešením by podle něj mohly být vysoké pokuty. Simulantovi by hrozila sankce až 50 tisíc, zatímco lékaři, který by takový marodní lístek vystavil, by hrozilo, že zaplatí dvojnásobek, tedy až 100 tisíc korun. Tuto myšlenku Škromach představil odborářům a zaměstnavatelům, se kterými o zásadách nového zákona o nemocenské jednal.

Délka nemocenské se stále zvyšuje.

Škromach chce novým zákonem předejít zneužívání systému nemocenských dávek. Na tom, že lidé nemocenskou zneužívají a je nutné tomu zamezit, se shodují zaměstnavatelé i odboroví předáci. Průměrná délka nemocenské se v posledních letech prodloužila z 20 na 32 dní. Oba partneri – odbory i zaměstnavatelé – s myšlenkou zavést pro lékaře i pacienty za porušení zákona pokuty v zásadě souhlasili. Šéf Českomoravské konfederace odborových svazů Milan Štěch si však myslí, že problémem by bylo dokazování těchto podvodů, protože by proti sobě stálo tvrzení proti tvrzení. Podle něj se v současnosti dodržování léčebného režimu málo kontroluje. Štěch by si proto představoval, že při dlouhodobé nemoci by mohly fungovat „přátelské návštěvy“ členů zaměstnaneckých rad. S pokutami rozhodně nesouhlasí lékaři. „Lékař je povinován akceptovat vyjádření pacienta, který k němu přijde s nějakými obtížemi,“ řekl Milan Kudyn z Koalice ambulantních lékařů. Škromach se se zaměstnavateli a odboráři setká ještě příští týden, neboť se na podobě nového zákona zatím neshodli. „Ale stanoviska se sblížila,“ připomněl Právu Štěch. Základním bodem sváru zatím zůstává Škromachův návrh, aby prvních 14 dnů nemocenské lidem hradili zaměstnavatelé. S tím zatím nesouhlasí ani odboráři, ani zaměstnavatelé. Jsou pro ponechání této povinnosti na státu, potvrdil Štěch.



Výroční zpráva o činnosti SPLDD ČR

MUDr. Pavel Neugebauer

Předseda SPLDD ČR

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
vážení přítomní,

měl jsem tu čest již po dvě volební období stát v čele organizace, která sdružuje v dnešní době převážnou část praktických lékařů pro děti a dorost.



Organizace, která dobrovolně sdružuje lékaře, kteří rozhodující měrou ovlivňují zdraví nových ge-

nerací občanů naší země. Organizace, která si během své, již více než 10 leté existence, vydobyla důstojné postavení na poli nejen různých organizací, reprezentující poskytovatele zdravotní péče, ale dá se říci i na poli celého našeho zdravotnictví. Stali jsme se nepřehlédnutelnými partnery při jednáních se zástupci celého spektra poskytovatelů zdravotní péče, se zástupci Ministerstva zdravotnictví, ale i dalších ministerstev, jako jsou Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Pravidelně se setkáváme s členy našich zákonodárných sborů, naši zástupci se účastní různých jednání na okresní a nyní i na krajské úrovni. Stanoviska zástupců naší organizace sehrávají významné role v procesu rozhodování nad otázkami utváření našeho zdravotnictví, stali jsme se i důležitou lobbistickou skupinou vůči poslancům naší země.

Nic z toho, co jsem právě vyjmenoval by se však nepodařilo bez nezměrného úsilí všech volebních funkcionářů našeho Sdružení. Za dobu mého působení ve funkci předsedy jsem měl tu čest jich potkat celou řadu a všichni si zaslouhují můj obdiv, že dokázali opustit svůj malý svět, svět, ve kterém pracují a žijí a dobrovolně se přihlásili k činnosti, která měla a má za cíl zlepšovat nejen ten jejich malý soukromý svět, ale i světy ostatních kolegů a kolegyň, kteří si říkají praktičtí lékaři pro děti a dorost. Můj dík patří všem, kdo dokázali překonat svou, někdy možná ostýchavost, jindy respekt až strach z různých úředníků a dokázali jasně a zřetelně formulovat svůj názor a stanovisko, často v prostředí, kterému rozhodně přísluší i přívlastek nepřátelský. Jen díky jim teď

mohu hrdě prohlašovat slova o postavení naší organizace, jen díky jim jsou naše stanoviska na různých úrovních již dnes respektována, jen díky jim mohu prohlásit, že jsem rád, že jsem si vybral povolání praktického lékaře pro děti a dorost.

Jistě, ne vždy jsou některé aktivity všemi přijímány jako optimální, ne vždy se setkávají tito zástupci jen se souhlasnými stanovisky, ale jsou to právě oni, kdo dokázali obětovat svůj volný čas v zájmu ostatních. Často i těch ostatních, kteří dokáží jen kritizovat, kteří však nikdy nedokázali otevřeně hájit svůj názor mimo ten svůj svět, mimo svou ordinaci. Dokud budeme schopni ve svých řadách najít dost těch, kteří budou ochotni přiložit ruku k dílu, kteří budou ochotni bojovat i za druhé, do té doby bude i naše organizace dostatečně silná, aby odolala různým tlakům, uhájila současné postavení praktických lékařů pro děti a dorost a neustále se pokoušela tu pomyslnou latku zdvihat stále výše, kam by patřit měla, ale kam stále ještě nepatří.

Jsem rád, že mohu konstatovat, že členská základna našeho Sdružení je i přes dobrovolnost členství poměrně stabilní a dokonce se i stále rozšiřuje. Podíváme-li se do našich statistik zjistíme, že k 31.12.2000 bylo členy naší organizace 1796 praktických lékařů pro děti a dorost. K dnešnímu dni je nás již 1873, přičemž v období od začátku roku 2001 dodnes bylo ukončeno členství 100 kolegů, novými členy se jich stalo 177. Pokud vezmeme v úvahu statistickou ročenku, jiný přesný údaj nemáme k dispozici, zjistíme, že v naší republice je evidováno statistickým úřadem 2 111 fyzických osob v odbornosti praktický lékař pro děti a dorost, a z toho je přibližně 97% samostatně pracujících v nestátních zdravotnických zařízeních. Rád bych u statistiky ještě zůstal, neboť následující čísla jistě také něco napoví.

Z demografického přehledu statistické ročenky vyplývá, že od roku 1990 se postupně snižuje celkový počet obyvatel ČR (k 31.12.1990 to bylo 10.364.124 obyvatel k 31.12.2002 již jen 10.203.269 obyvatel ČR). Zajímavý je i vývoj porodnosti, kdy v roce 1990 se živě narodilo 130.564 dětí, zatímco v roce 1996 to bylo již jen 90.446 dětí. Toto číslo zůstává od tohoto roku

prakticky nezměněno do roku 2001, v roce 2002 došlo k mírnému nárůstu na 92.786 živě narozených dětí. Poslední číslo, které bych rád uvedl, je počet obyvatel věkové kategorie 0–19, kdy k 31.12.2002 to bylo 2.255.048 obyvatel. Pokud by tedy byla péče této věkové skupině poskytována výhradně praktickými lékaři pro děti a dorost, činil by podíl na 1 ordinaci přibližně 1.068 obyvatel. V ČR však mohou registrovat praktičtí lékaři pro dospělé občany od 14 let věku, proto se průměr na jednu ordinaci reálně pohybuje kolem čísla 900.

Proč jsem uvedl tato čísla? Jsou totiž naprosto nezbytná pro další úvahy nad budoucností sítě lékařů naší odbornosti. Stojíme totiž na křižovatce, ze které je potřeba najít ten správný směr naší cesty. Existuje však objektivně celá řada faktorů, které mohou tento směr ovlivnit. Pokusím se vyjmenovat alespoň ty nejdůležitější, neboť jsou to faktory, se kterými se denně potýkáme a budou se potýkat i naši noví funkcionáři.

Jedním z rozhodujících faktorů je naše legislativní zakotvení. Věřím, že v dnešní době již není žádný praktický lékař pro děti a dorost, který by nevnímal diskusi na téma obor nebo odbornost. Z hlediska současného platného právního řádu České republiky není dokonce ani pojem primární péče zakotven v žádném právním předpise, který by se týkal oblasti zdravotnictví. Není-li de-



finitive, je pochopitelné, že není upraven ani obsah a formy primární péče, postavení poskytovatelů primární péče a ani jejich rozdělení a kompetence. V základním právním předpise, který koncepčně charakterizuje poskytování zdravotní péče, tj.

v zákoně č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, jsou zmiňovány jednotlivé druhy zdravotní péče a podmínky jejich realizace pouze v členění na péči ambulantní, nemocniční, lázeňskou, závodní, atd. Pouze v zákoně č.48/1996 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, se objevují pojmy praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost, ovšem bez bližšího vymezení.

A tak se rozpoutala diskuse nad postavením naší odbornosti v rámci projednávání zákona o způsobilosti k výkonu povolání lékaře. Začali jsme pociťovat výrazné ohrožení naší odbornosti v souvislosti se vstupem naší země do Evropské



unie, neboť to přineslo znovunastolení diskuse na téma rodinný lékař, poskytující zdravotní péči napříč všem generacím, proti tomu je postaven náš systém dvougeneračních praktiků. Institut tzv. rodinného lékaře nebyl dosud u nás zaveden, i když se na toto téma již několik let diskuse více či méně přerušovaně vedou. Jaké by však bylo jeho uplatnění, při nulové tradici? Vždyť již zmíněný nepříznivý demografický vývoj,



kdy přibývá občanů ve vyšších věkových kategoriích, prodlužuje se střední délka života a porodnost se drží na nízkých hodnotách, nemusí být nutně limitujícím faktorem. Neustále se zlepšující mobilita nejen na straně občana, ale i na straně poskytovatelů zdravotní péče postupně eliminuje požadavek na úplnou saturaci všech oblastí poskytovateli primární zdravotní péče. Nezanedbatelnými faktory jistě jsou i faktory ekonomické, ale i kvalitativní, odrážející rozsah a kompetence práce obou typů praktických lékařů. Jsem hluboce přesvědčen, že vzhledem k rozsahu komplexnosti poskytování primární zdravotní péče je i nadále žádoucí současné členění na praktického lékaře pro dospělé a praktického lékaře pro děti a dorost. Jen jasná koncepce zdravotní politiky v tomto směru a tomu odpovídající kroky přivedou do našich řad nové tváře a zajistí i atraktivnost odbornosti praktický lékař pro děti a dorost pro absolventy lékařských fakult. Pokud tedy nebude v již zmíněném zákoně naše postavení ve smyslu jasně definované odborné přípravy vyjádřen, nikdy kýženého postavení v systému nedosáhneme.

S uvedeným tématem úzce souvisí celá řada proběhlých aktivit, z nichž některé bych rád uvedl. Nelze nezačít diskusí u kulatého stolu, kterou jsme iniciovali v Národním domě na Vinohradech. V emotivně laděné atmosféře jsme vyslechli kritiku zástupců pediatrické společnosti o rozbíjení, resp. štěpení české pediatrie. Nepodařilo se nám tehdy dostatečně přesvědčit zástupce lůžkové pediatrie, že naše kroky naopak směřují k posílení pediatrie jako takové, neboť příslušnou změnou by byla naše činnost jasně legislativně zakotvena. Podle mého názoru tehdy převládá duch parciálních zájmů, upřednostněn byl pocit strachu ze ztráty vlivu, pocit strachu, že bych se nemohl z lékaře pracujícího u lůžka automaticky stát ze dne na den praktickým lékařem pro děti a dorost. Vyslechli jsme i názory, že pokud se naučím Nelsona, všechno přece umím,

slova o zkušenosti a praxi zapadala kamsi do ústraní.

Dalším mezníkem byla různá vyjádření z ministerstva zdravotnictví o postupném zavádění rodinného lékaře systémem prodlužováním věkového období pacientů, o které bychom směli pečovat. Dodnes jsem nepochopil, jak by takovéto získávání aprobační v praxi vypadalo. Tato skutečnost ale opět akcelerovala diskusi o nastavení věkového rozhraní péče praktického lékaře pro děti a dorost a praktického lékaře pro dospělé. Opět se objevila nervozita v řadách našich členů, resp. silněji zazněla akcentace požadavku na prolomení stávající hranice. Ani tady se nám nepodařilo zcela jednoznačně vysvětlit, že toto bude možné v rámci definování kurikula specializačního vzdělávání v duchu nového pojetí zákona o způsobilosti, že zásah v současné době, kdy je na stávající stav navázán např. i způsob financování ve formě KKVP, vidíme cestu spíše v rozšiřování spektra činnosti s rozvíjením komplexnosti péče, než v rozšiřování věkových hranic pacientů, které bychom měli ve své péči, i když ani tuto možnost nevyklučujeme.

Nelze nezmínit naši petiční akci. I když byla kolem ní řada diskusí, jednoznačně ukázala, jakou sílu jsme schopni předvést, pokud nám opravdu teče do bot. Přál bych Vám vidět to překvapení na půdě petičního výboru poslanecké sněmovny, když jsme předávali stohy petičních archů. Podařilo se nám nashromáždit téměř 200 000 podpisů, což je dokonce limit pro možnou změnu ústavního zákona. Byli jsme informováni, že tak velké množství podpisových archů poslanecké sněmovně dosud nikdo nepředal. Určitě jsme touto akcí dali o sobě znatelně vědět. Dovolím si ještě jednou všem, kdo se na této akci podíleli, poděkovat.

Poslední aktivitou, která s uvedenou problematikou úzce souvisí, bylo pořádání Parlamentního zdravotnického semináře na téma organizace dětské primární péče v ČR. Seminář se konal na půdě Senátu a zúčastnila se ho řada zajímavých zahraničních hostů. Myslím, že krom nepřehlédnutelné demonstrace našeho podílu na primární péči v naší zemi nevyznělo pro nás špatně ani srovnání s ostatními vyspělými státy Evropy. Tady zase musím poděkovat dr. Tomáši Soukupovi, který se na organizaci této akce podílel výraznou měrou a na základě jeho komunikace se zahraničím se mu podařilo zajistit účast, jak jsem již uvedl, řady zajímavých zahraničních hostů.

Dalším významným faktorem, který může výrazně ovlivnit naši budoucnost, je problém gene-

rační. Není žádným tajemstvím, že v naší odbornosti převládá významná feminizace a že věkový průměr se pohybuje již nad padesátí lety. Pokud tedy nebude jasně profilován vznik, resp. výchova nových praktických lékařů pro děti a dorost, může naše odbornost postupně zanikat určitým samospádem. A to jsme opět u zákona o vzdělávání. Jelikož si i tuto skutečnost uvědomujeme, již několik let pracujeme na projektu tzv. generační výměny našich lékařů. Jde o to vytvořit důstojné podmínky, a to i ekonomické, pro předání ordinací, nebo chcete-li podniků, novým a mladším následovníkům. Jsem rád, že zde mohu dnes konstatovat, že hledání silného partnera na poli peněžnictví, který by nabídl přijatelné podmínky, v posledních týdnech doznalo jasnějších kontur. Zahájili jsme spolupráci s Českou spořitelnou, bankovní institucí, která rozhodně vládne dostatečným kapitálem. Na sněmu v Poděbradech jste někteří z Vás mohli vyslechnout zástupce jiné bankovní instituce, tehdy šlo o ČSOB, další jednání však nevedla ke kýženým závěrům, proto byla tato spolupráce ukončena. Rozhodli jsme se dnes poskytnout krátký prostor právě České spořitelně a Vy, kdo můžete srovnávat, si udělejte úsudek sami.

Diskuse kolem budoucnosti našich ordinací se však nemůže obejít bez diskuse nad náplní naší činnosti, resp. nad definováním našich kompetencí. Zde je potřeba rozhodnout, a to nezávislě na nás, jaká bude úloha primární péče jako takové. Zda budeme jen jakýmsi průvodci pacienta v systému, tj. budeme ho směřovat ke konzumaci jednotlivých specializovaných vyšetření v ordinacích tzv. ambulantních specialistů, či zda převezmeme skutečně otěže komplexnosti léčby. První možnost mi sedí na obraz již zmíněného rodinného lékaře, ten druhý odpovídá představám, jichž jsem svědkem na našich jednáních a odpovídá i skutečnosti, že krom lékaře primární péče v obecném slova smyslu jsme i, a nebojme se to říci, odborníky v péči o děti a dorost. Podíváme-li se na současnou strukturu naší činnosti, lze vysledovat základní členění naší činnosti do čtyř jakýchkoli kategorií.

První je preventivní péče. Primární prevence je základní náplní detailně propracovaných preventivních prohlídek. Mezi sekundární prevencí by měla patřit především péče dispenzární. Tady máme ještě co dohánět. Při jednáních na Ministerstvu zdravotnictví se nám dosud nepodařilo prosadit takové změny v příslušné vyhlášce, které by umožnily najít smysluplnost této činnosti. Tak se taky často tento druh zdravotní péče, ně-





kdy více či méně záměrně, přesouvá do příslušných odborných ambulancí, kde je však problém často řešen pouze dílčím způsobem a často postrádá komplexní náhled na různá onemocnění v celé škále různých symptomů. Ono to ale souvisí i s ekonomikou, a to ne zanedbatelně. Je zcela logické, že se jedná o náročnou činnost vyžadující patřičnou erudici a tomu by také mělo odpovídat i ohodnocení. Způsob, jakým byl konstituován kód výkonu dispenzarizace a jeho ohodnocení, řadí tento výkon spíše do pozice charitativní činnosti. Není tedy divu, že úroveň dispenzarizace je pak často taková, jaká je. Změnit tento stav je nepochybně jedna z důležitých aktivit pro další období.

Mezi preventivní činnosti patří bezesporu i očkování, jako druhá základní kategorie naší činnosti. Bylo to právě Brno, kde jsem sklídl tvrdou kritiku za změnu ohodnocení očkovacích kódů. Snažil jsem se tehdy vysvětlit, co bylo smyslem této úpravy. I tady jsme však zůstali stát někde uprostřed cesty. Hlavním záměrem bylo docílit detekci každého očkování provedeného na dítěti pro možnost jeho vyhodnocení. Toto hodnocení by pak mělo být podkladem k vytvoření prostoru pro důstojné ohodnocení této činnosti, která v současné nabídce spektra očkovacích látek a počtu očkování, znamená nemalou časovou zátěž pro každou ordinaci. Vytvoření tzv. očkovacích paušálů však zůstává i nadále úkolem do budoucna.

Za třetí, a neméně důležitou kategorii naší činnosti, považují péči kurativní a diagnostickou. Kurativní část hodně závisí od vzdělanosti každého z nás, i proto se ve spolupráci s naší Odbornou společností snažíme pořádat různé vzdělávací akce, i když je jejich nabídka z různých stran značná. Je našim dobrým vysvědčením velmi dobrá účast na těchto akcích a svědčí o zájmu



pracovat na sobě v tomto směru. Popelkou je však naše diagnostická činnost.

Nemíním tím diagnostiku vyplývající z klinického vyšetření, ta souvisí s tím, co jsem uvedl před chvílí, míním tím diagnostiku pomocnou a přístrojovou. Stálo mnoho úsilí, než se nám podařilo prosadit do Seznamu výkonů kód CRP, další přístrojové a diagnostické testy však čekají na podobné začlenění do naší činnosti. I toto patří podle mne do záměru postupného rozšiřování našich kompetencí s docílením stavu, kdy i při menším počtu registrací, při využití všech mož-

ností, při širším záběru poskytovaných úkonů, se stane výkon práce praktického lékaře pro děti a dorost dostatečně ekonomicky zajištěnou činností, a opět se vrátím k již řečenému, i dostatečně atraktivní činností pro mladé, začínající lékaře.

Poslední kategorií, nikoliv ve významu, o které bych se rád zmínil, je ta část naší činnosti, kterou lze nazvat komunitní pediatrií, nebo také, sociální pediatrií. To je ta část, kde je nutné zohledňovat znalost prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, prostředí, ve kterém žije. I tady narážíme na řadu překážek a obtíží, které často překonáváme jen velmi obtížně. Sem by spadala i naše komunikace se školami, nebudu dále rozvíjet problematiku omluvenek, neboť k tomu bylo už hodně řečeno i napsáno, sem by spadala naše komunikace se Správami sociálního zabezpečení, jejichž pracovníci si často myslí, že jsme charitativními organizacemi, sem by spadala i problematika různých vyjádření soudům apod. I tady proběhla celá řada jednání, která měla za cíl narovnat vzájemné vztahy a s jejichž výsledky jsme Vás průběžně seznamovali.

Právě informovanost je jednou z největších zbraní. Myslím, že můžeme hrdě bilancovat výsledek naší aktivity směrem k vytvoření důstojného komunikačního média, kterým se stal náš časopis VOX pediatriae, alespoň poslední průzkum čtenosti o této skutečnosti vypovídá dostatečně. Výsledek tohoto průzkumu máme zde k dispozici a budete-li mít zájem, rádi Vás s ním seznámíme. Našemu časopisu jsme věnovali hodně energie a určitě patří dík celé redakční radě v čele s dr. Kudynem, že je takový, jaký je. Byl bych rád, abychom na podobnou úroveň dostali i další naše komunikační médium, tj. naše webové stránky. Toto je také jeden z úkolů, který převzeme nově zvolení funkcionáři našeho Sdružení do dalšího období.

Informovanost, resp. informace, to je nesporně šlágr současného vedení našeho ministerstva. V jednu chvíli jsme nestačili ani lapat po dechu, když z médií zaznívaly informace typu – je nutná spoluúčast pacientů, je třeba redukovat síť lůžkových zdravotnických zařízení, je třeba upřednostňovat ambulantní péči. Bohužel se ukázalo, že jde z větší části o deklarativní vystoupení bez významnější politické podpory, bez které se však žádných zásadnějších změn nedosáhne. Nicméně je třeba vzít v úvahu, že současná ministryně je prvním ministrem, který o těchto problémech začal hovořit nahlas, jako by přestalo platit dosud uváděné, tj. že doplatky od paci-



enta je něco neslušného. Po hodném strýčkovi, který výrazně zlepšil postavení nemocničních lékařů, nastoupila sebevědomá ministryně, které se však až dosud nepodařilo prosadit nic zásadnějšího. I proto se v poslední době stále více setkáváme s aktivitami požadující její odvolání.

Osobně se však domnívám, že případné odvolání nic nevyřeší, ba naopak. Historie nás přesvědčila, že případné změny nejsou přímo vázané na osobu ministra zdravotnictví, těch jsme měli od roku 1989 až dost, ale

problém spočívá v politickém rozhodnutí. Za základní nitky se tak tahá někde jinde, než na ministerstvu zdravotnictví. Není náhodou hlavním cílem žádosti o odvolání ministryně snaha oddálit řešení problému redukce lůžkové péče, není náhodou v pozadí představa, že by mohl nastoupit do funkce ministra člověk prosazující změny a la Fišer?

V uplynulých několika letech značně zesílila diskuse i kolem LSPP. Nezůstalo však jen u diskuse a tentokrát byla zahájena významná redukční dieta. Jak už se stalo v našem zdravotnictví tradicí, vše probíhalo často chaoticky, překotně a často ve velmi emočním prostředí. Výsledkem pak jsou lokality, kde byla LSPP zcela zrušena, někde běží smíšený typ v kombinaci s praktiky pro dospělé, někde funkci LSPP převzala dětská oddělení. Za zmínku však stojí, že i tam, kde byla tato služba zcela zrušena, lidé na ulici neumírají. Nebudu dále tuto problematiku rozebírat, opět mnohé již bylo a jistě i bude vyřčeno, celou situaci samozřejmě podrobně monitorujeme.

O většině našich aktivit jste navíc pravidelně informováni v našem časopise, tam i zveřejňujeme výsledky našeho snažení. Pokusím se proto být trochu stručnější, i když mi to někdy dělá obtíže, snad mi to prominete. Jistě bych mohl nyní přečíst jednotlivé zprávy o činnosti, ale to by rozhodně přesáhlo možnosti tohoto mého sdělení i časového prostoru, který mám na této konferenci vyhrazený.

Tedy ke zdravotním pojišťovnám. Samozřejmě je toto jedna z nejdůležitějších sfér našeho a zájmu a tomu odpovídá i intenzita jednání. Jak se vyvíjí například úhradový systém? Poslední roky přinesly významnou změnu, kterou bych možná přirovnal k tak významné změně, jakou byl přechod od výkonového systému k systému KKVP. Tou změnou je postupné opouštění čistě regulačních prvků a zavádění prvků bonifikačních. Výsledkem je pak systém, kdy dostávám za svou práci jakýsi paušál, resp. základ, a k němu je mi podle rozdílných, ale zatím většinou pouze eko-



nomických kritérií cosi dopláceno. Tak se taky může stát, že od jedné pojišťovny dostanu za jednotkového pacienta paušální platbu ve výši 33 Kč, od druhé za prakticky stejného pacienta 45 Kč. Závisí to pouze na kritériích, podle kterých je výpočet prováděn. Všechno jsou to však systémy, do kterých se promítají i náklady, které nejsem schopen ovlivnit, které produkují jiná zdravotnická zařízení a hlavně pacient, kterému jsou v čerpání zdravotní péče vkládány do cesty jen minimální překážky, a tak pěči čerpá a čerpá. Stále se nezměnila situace, kdy pacient je tabu, a tak jsme za jeho chování vlastně hodnoceni my. Přes veškerou snahu se nám zatím nepodařilo tento systém změnit.

Pro kultivaci celého platebního systému byla ustavena pracovní komise našeho Sdružení, kte-



rá má svou činnost a rozboru přispět ke změně stávajícího stereotypu. Jak se však má změnit systém, když stěžejní jednání o cenách, zvaná dohodovací řízení, nejsou jednáními o oprávněných požadavcích a potřebách jednotlivých segmentů, ale pouze jednáními, na kterých se zástupci jednotlivých poskytovatelů rvou o často již ohlodanou kost? Jediným východiskem je totiž stanovení procenta navýšení výběru zdravotního pojištění a o částku, která tomuto navýšení odpovídá, se již zmínění zástupci utkvávají. Aby to však nebylo tak jednoduché, když už to nějak dopadne, přijde zásah ministerstva a ten řekne, těm jste přidali málo a z moci úřední jim přidělí více. Kde se však na toto mají vzít peníze, nikdo neví. Co se ale ví, že těmi, komu se přidává na úkor ostatních, jsou lůžková zdravotnická zařízení. Není pak divu, že objem financí vydávaných zdravotními pojišťovnami přesáhne objemy financí, které mají reálně k dispozici. Logickým vyústěním pak musí být dluh celého systému, který my pocítíme konkrétně jako zpoždování plateb. Pro Vaši informaci, v letošním roce je tento rozdíl vyčíslen na 6,5 mld Kč a pro příští rok je předpokládán dokonce ve výši 15 mld. Pro letošní rok se zatím kdesi našly 2 mld, co však s tím zbytkem, a co v příštím roce, o tom ví snad jen bůh, ten však reformu našeho zdravotnictví dozajista neprovede.

Zdá se tedy, že pokud my nezvedneme varovně prst, nic se do budoucna nezmění. I proto vznikla Koalice ambulantních zařízení, volně sdružení organizací zastupujících většinu privátních ambulancí. Krom nás jsou členy Sdružení praktických lékařů, Sdružení smluvních lékařů, Sdružení soukromých gynekologů a Česká stomatologická komora. Při jednáních Koalice je ta-

to problematika živě diskutována, na příští týden je například svoláno jednání krizových štábů jednotlivých organizací. O výstupech z tohoto jednání Vás budeme samozřejmě informovat. Uvítal bych k tomuto problému i krátkou diskusi na dnešním jednání. Jinak o činnosti Koalice Vás opět průběžně informujeme v našem časopise.

Ve svém vystoupení se nemohu nezmínit ani o vztahu k ČLK. Na předchozích konferencích jsem vždy deklaroval spíše zdrženlivé stanovisko, to je však v dnešní době pro mne velmi obtížné. I když jsem nebyl přímým účastníkem jednání sjezdu, informací z něho a dění kolem je v současnosti k dispozici až dost. Má první reakce na potvrzení dr. Ratha v čele naší stavovské organizace byla jednoznačná. Nechci být dále členem organizace, která si za svého reprezentanta zvolila člověka, který se přiznal ke

lži–nelži, nechci být členem organizace, v jejímž čele stojí člověk, který nevyvrátil podezření, že v bývalém režimu donášel na jiné, nechci být členem organizace, kde vítězí odsuzování pokukání na nedostatky před věcným řešením těchto nedostatků. I proto byla moje okamžitá reakce – zrušit povinné členství v takovéto organizaci. Nebyl jsem asi sám, i proto vznikla petiční akce, k níž jste obdrželi vzor petičního archu. S určitým odstupem a s chladnější hlavou začal postupně převládat realistický duch ve smyslu, nezrušme si stavovskou organizaci, pokud může řešit některé naše problémy místo klasického úředníka. Na bouřlivém jednání Koalice tak vzniklo kompromisní vyjádření všech zástupců účastných organizací, které deklaruje zachování povinnosti pouze směrem k registraci Komorou, ale členství ukládá pouze vyjmenovaným skupinám lékařů, resp. lékařům, kteří mají přímou odpovědnost za poskytování zdravotní péče, tj. pracují v samostatných ordinacích či jsou ve vedoucích lékařských funkcích. Domnívám se, že i k této problematice by naše Konference měla zaujmout jednoznačné stanovisko.

Stalo se již určitou tradicí, že ve svém vystoupení uvádím svůj pohled na činnost svých nejbližších spolupracovníků. Když jsem přemýšlel nad tím letošním, dospěl jsem k závěru, že je to asi špatně. Vždyť těmi, co mají hodnotit, jste Vy, ne já. Vy máte posoudit, jak se svých úkolů volení zástupci zhostili a jestli skutečně splnili to, co se od nich očekávalo. To se týká samozřejmě i mě. Takže hodnocení ode mne tentokrát neuslyšíte. Co ale určitě udělat mohu a taky udělám je, že jim za jejich práci poděkuji.

Tedy, děkuji Ti, Hanko, za to, že jsi výrazným způsobem pozvedla vlajku naší odbornosti na

všech jednáních, děkuji Ti za to, že jako jedna z mála dokážeš i těm, před kterými se mnohým klepou kolena, říkat i pro ně nepříjemné věci z očí do očí, děkuji Ti, že jsi ukázala, proč bylo založení odborné společnosti tím správným krokem, jen si mi trochu scházela na některých jednáních Sdružení, i když na mnohých jsme se potkali.

Děkuji i Tobě, Jiřinko, že jsi dokázala udržet na uzdě naše finance, děkuji Ti za to, že jsme organizací, která nemá závazky po lhůtě splatnosti, máš můj obdiv, jak dokážeš kouzlit s milióny, které procházejí naší organizací.

Děkuji i Tobě, Milane, za reprezentaci našeho Sdružení v médiích, děkuji Ti za pomoc při vyřizování mnoha agend spojených s naší činností, děkuji Ti za Tvou někdy až beraní pedantnost, která se však opakovaně osvědčila, děkuji Ti za opravdu reprezentativní časopis.

Děkuji i Tobě, Tomáši, především za rozjezd spolupráce se zahraničím, děkuji Ti za přípravu Parlamentního semináře, děkuji Ti za Tvůj přínos pro činnost Sdružení, jen bych Tě býval rád častěji viděl při činnosti v naší kanceláři.

Hodnocené období však přineslo i další, pro mne rozhodně překvapivé změny. V regionech ukončili aktivní výkon funkcí takoví matadoři, bez nichž by Sdružení nikdy nebylo tím, čím dnes je. Jména jako Roškotová, Šrůtková, Pečenková, Halašková, ale i Bočinský nebo Pukovec, budou ještě dlouho spojována s činností našeho Sdružení a já věřím, že v nich noví zástupci naleznou oporu pro svou činnost, neboť všichni uvedení jsou hlubokou studnicí znalostí všech plusových i minusových stránek naší historie.

Poděkoval bych rád i dr. Vitoušové spolu s tajemnicí paní Bc. Drahovzalovou, neboť jsou to ony, které pomáhají zajišťovat chod naší nové kanceláře, byly to ony, co neváhaly a přiložily ruku k dílu, když jsme se rozhodli opustit prostory Klimentské (mimořadně, do 14 dní po předání kanceláře v Klimentské byla celá oblast zatopena).

Chtěl bych poděkovat všem našim voleným funkcionářům počínaje okresními zástupci, ale i všem těm, kteří nebyli zrovna do některé z funkcí zvoleni, ale dokázali hájit naše společné zájmy, zájmy praktických lékařů pro děti a dorost.

Na závěr bych rád poděkoval i všem našim rodným příslušníkům, neboť nebýt jejich pochopení a lásky, nikdy bychom se nemohli věnovat naší činnosti v takovém rozsahu, jak je po nás často požadováno. Víím, že tu nejsou, víím, že to neslyší, tak jim to alespoň vyřídte za mne.

Děkuji Vám za pozornost .

Předneseno na XII. Celostátní konferenci v Brně.



Usnesení XII. celostátní konference SPLDD ČR

15. listopadu 2003, v Brně

- 1) Konference vzala na vědomí:
 - zprávu o činnosti za předchozí období přednesenou předsedou SPLDD MUDr. Neugebauerem
 - zprávu o hospodaření za minulé období, přednesenou MUDr. Dvořákovou
- 2) Konference schválila návrh rozpočtu Sdružení na rok 2004.
- 3) Konference přijala zprávu Revizní komise přednesenou jejím předsedou MUDr. Dufkou.
- 4) Konference zvolila:
 - Výbor Sdružení PLDD ČR ve složení: MUDr. Neugebauer, MUDr. Cabrnchová, MUDr. Kudyn, MUDr. Dvořáková, MUDr. Soukup Tomáš
 - Revizní komisi SPLDD ČR ve složení: MUDr. Dufka, MUDr. Pacovská, MUDr. Soukup Jiří
 - předsedu Sdružení SPLDD ČR MUDr. Neugebauera ze zvolených členů Výboru
- 5) Konference odsouhlasila změnu Finančního řádu Sdružení: v bodě V. Finančního řádu, se v předposlední větě nahrazuje text „bude ze Sdružení vy loučen“ textem „jeho členství ve Sdružení zaniká“.
- 6) Konference ukládá předsednictvu Sdružení:
 - provést úpravu Směrnice č. 4 Finančního řádu Sdružení: v bodě 5 stanovit rozpětí paušální odměny za jednoho člena, vyplácené voleným funkcionářům regionů a okresů
- 7) Konference ukládá Výboru řešit problematiku zpětně kontrolovaných preventivních prohlídek ze strany zdravotních pojišťoven
- 8) Konference konstatuje znepokojení z vývoje v ČLK a zejména z událostí na posledním komorovém sjezdu. Prodloužení mandátu všem voleným orgánům ČLK o jeden rok považuje za vysoce nedemokratické. Konference vyjadřuje obavu z poklesu vážnosti lékařského stavu v důsledku těchto událostí, podporuje aktivity vedoucí ke zrušení povinného členství v ČLK, nepovinné členství považuje za cestu k nápravě poměrů v České lékařské komoře. Vyzývá okresní zástupce Sdružení k využití petičních archů, které jsou k dispozici na internetové adrese www.moment.cz/petice.
- 9) Konference vyzývá členy Sdružení k respektování orgánů Sdružení dohodnutých doporučení (např. nevystavovat omluvenky pro školy, dodržovat pravidla pro tvorbu cen placených služeb, apod.)
- 10) Konference konstatuje, že zástupci MZd a VZP nepřesvědčili přítomné o skutečné snaze těchto institucí řešit problémy českého zdravotnictví
- 11) Konference konstatuje, že peníze vložené bez koncepčního řešení do oddlužení č. zdravotnictví jen oddaluje systémové řešení situace
- 12) Konference odsouhlasila myšlenku zřízení Nadačního fondu Sdružení SPLDD ČR a pověřuje Předsednictvo rozpracováním jeho koncepce.
- 13) Konference ukládá Výboru a Předsednictvu Sdružení podniknout veškeré kroky, které by vedly k ekonomické stabilizaci PLDD a které by zabránily dalším finančním propadům našich praxí, protože stávající stav jednání s odpovědnými institucemi nenaznačuje finanční zohlednění v souladu s připravovanými daňovými změnami.
- 14) Konference vyzývá členy SPLDD k podpoře připravovaných protestních akcí.

V Brně, 15. listopadu 2003

MUDr. Verdánová, MUDr. Pukovec,
MUDr. Vičková, MUDr. Nulíčková,
MUDr. Ludvíková, MUDr. Soukup Jiří

Krizi zdravotnictví má na svědomí pěkná řádka viníků

MUDr. Miroslav Macek

Za současnou situaci ve zdravotnictví samozřejmě nemůže jen a jedině stávající ministryně zdravotnictví Součková, pouze krajsí hejtmani, osamělá ředitelka Všeobecné zdravotní pojišťovny, ředitelé nemocnic, pouze lékaři či jedině pacienti. Za současnou situaci ve zdravotnictví mohou totiž rukou nerozdílnou, byť s různým podílem viny, všichni ti, kteří před letitou situací ve zdravotnictví z různých osobních či skupinových zájmů přivírali a přivírají oči. A že je to pěkná řádka viníků! Na prvním místě je třeba jmenovat téměř stoprocentní plejádu politiků, neschopných kvůli strachu z nemilosti voličů jim říct, že nic ve zdravotnictví není „zadarmo“, že nelze mít ve zdravotnictví stoprocentní, a tudíž stoprocentně zneužívanou solidaritu, že nelze mít „švýcarské“ zdravotnictví za české zdravotní pojištění, že nelze řešit osobní problémy útěky do nemocí, že nelze žít zastaralou sítí nemocnic, abych jmenoval jen tu nejdůležitější část zamlčovaných a neřešených věcí. Na druhém místě je třeba jmenovat nemálo lékařů, spíše ukájejších svoje medicínské libido nežli efektivně léčících pacienty, část lékařů, ochotných skrytě pracovat jako dealeri farmaceutických firem a další část, odborářsky i jinak dojících nedokonalý systém financování bez ohledu na důsledky pro celek. Na třetím místě je třeba jmenovat farmaceutické firmy a dodavatele zdravotnické techniky, využívající každé skulinky v mizerném systému k vyšším ziskům. Na dalším místě je třeba jmenovat ředitele nemocnic, podléhající megalomanským plánům přestaveb, dostaveb, dovybavení a převybavení svých nemocnic, a to bez ohledu na efektivitu celého systému. Na dalším místě je třeba jmenovat pacienty, chovající se vždy a všude přesně podle zásady „mám právo“, „mám nárok“, „postarejte se“, a hlavně podle zásady „my si dáme zahrát, on to někdo zaplatí“. A last, but not least, je třeba jmenovat zdravotní pojišťovny, hájící často víc zájmy svého managementu než svých klientů.

Teď však je na řadě jedna veledůležitá poznámka: z lidského hlediska to žádné z výše jmenovaných skupin nevycítám, neboť se všechny chovají trzně, všechny využívají mizerný systém k osobnímu či skupinovému prospěchu nebo ukojení, což je prapodstata lidského chování. Z toho ovšem také zákonitě vyplývá, že jediným viníkem jsou politikové, kteří jsou také voleni kvůli tomu a placeni za to, aby bez ohledu na osobní a skupinové zájmy vytvářeli takový legislativní a exekutivní systém, který, když se všichni účastníci zdravotního trhu (pojišťovny, poskytovatelé zdravotní péče a pacienti) budou chovat trzně (a jinak se nikdy nechovali, nechovají a chovat nebudou), bude právě proto pracovat vysoce efektivně. Jinak řečeno: nastaví takové parametry systému, při nichž tržní chování všech zúčastněných je zároveň chování nejefektivnější k systému jako celku. Ještě jinak řečeno: nastaví takové parametry systému, při nichž se solidní a efektivní chování v systému všem vyplácí a chování nesolidní a neefektivní nevyplácí. A věřte tomu nebo ne, přes noc se začnou dít zázraky. Jak na to, je zřejmé. Kdo to udělá, to je ten největší problém: neboť nic nebude bolet veřejnost a tedy voliče víc, než když budou nuceni vyměnit kolektivní nezodpovědnost za osobní odpovědnost. A nic více neláká politické demagogy než sliby, že alespoň část té nezodpovědnosti lidem zachovají, neboť takové sliby na voliče, vidící si tradičně jen na špičku nosu, velice zabírají. A nutná poznámka nakonec: sesypáním části nezbytných koleček (návrh spoluúčasti pacientů, platby za stravu v nemocnicích, rušení nemocnic od zeleného stolu a podobně) chronometr nikdy nevznikne. Je vždy zapotřebí vzít všechny součásti, dokonale je sestavit, natahovat a promazávat. Jinak řečeno: nedotažená, polovičatá reforma zdravotnictví je horší než žádná.

Lidové noviny, 21. 10. 2003

Česká spořitelna



České zdravotnické fórum

Stanovisko členů Českého zdravotnického fóra, účastníků 4. konference v Telči dne 28.-29.11.2003

Proto, aby se krize ve financování zdravotnictví neopakovaly, je nutné udělat minimálně čtyři kroky. ČZF doporučuje:

1. Představitelům státní správy, aby respektovali role zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven a občanů v systému a respektovali svými nařízeními ekonomickou realitu. Zásahy státu do cen a způsobu úhrad zdravotní péče při nedohodách v Dohodovacím řízení jsou jednou z příčin současného deficitu. Členové a hosté (?) ČZF, kteří jsou zároveň poskytovateli zdravotní péče, členy akademické obce, pracovníky pojišťoven, krajské samosprávy i zástupci patientských organizací a farmaceutického průmyslu, cítí spoluodpovědnost za další osud českého zdravotnictví. Vyjadřují proto odhodlání usilovat v rámci svých možností o jeho (finanční) stabilitu.

2. Zachovat shodné proporce růstu pojistného za státem hrazené pojištění s trendem růstu mezd pro nastolení rovnováhy ve financování systému.

3. Zabezpečit, aby růst objemu finančních prostředků vynakládaných na léky a prostředky zdravotnické techniky nepřesahoval růstový potenciál systému. Zvýšit transparentnost rozhodovacích procesů. Upravit proceduru zavádění náročné diagnostické techniky a mimořádně nákladné nové léčby tak, aby vedla k jejímu co nejefektivnějšímu využití.

4. Zvýšit ekonomickou zainteresovanost občana na čerpání zdravotní péče, která má být chápána jako regulační a motivační prvek. Měla by v konečném důsledku vést také ke zlepšení informovanosti občana o čerpání zdravotní péče včetně vynaložených nákladů a zlepšení kvality zdravotní péče jemu poskytované.

ČZF podporuje vznik zastřešující organizace pacientů, která by byla založena na těchto principech:

- vznikla by na základě aktivity a poptávky pacientů a jejich organizací, tedy „zdola“,
- jejími úkoly by mělo být:
 - koordinování a podpora činnosti patientských organizací,
 - zastupování pacientů a jejich organizací vůči státní správě, samosprávě, pojišťovnám a dalším organizacím

- bude respektovat vlastní aktivity jednotlivých organizací,
- měla by být reprezentativní, průhledná, nezávislá, apolitická, otevřená a tudíž důvěryhodná

V oblasti uplatnění vlivu pacientů na řízení zdravotnictví doporučujeme:

- posílit postavení občana ve zdravotnickém systému
 - na informovaného pacienta = klienta = zákazníka = pojištěnce = plátce daní = občana,
- zajistit adekvátní právní ochranu občana v tomto systému,
- edukovat širokou veřejnost v orientaci v systému zdravotní péče (v jeho možnostech i rizicích) a rozvíjet specifickou edukaci cílových skupin pacientů (kardiáci, alergici, onkologičtí pacienti...),
- umožnit přístup k nezávislým informačním zdrojům,
- realizovat účast občanů na přímém řízení zdravotnictví například prostřednictvím správních rad nemocnic, pojišťoven, ale i podílem na občanském životě v regionech

Jak motivovat pacienty k samoléčení?

- v současné době je dostatečná nabídka volně prodejných léčiv a jsou předpoklady, že naše republika bude sledovat vývoj v EU
- je vytvořeno dostatečně konkurenční prostředí v této oblasti a ceny odpovídají kupní síle obyvatelstva a jsou prozatím výrazně nižší než v zemích EU
- je nezbytné podporovat aktivity směřující k vyšší dostupnosti nezávislých informací o volně prodejných léčivech pro občany
- protože však výběr volně prodejných léčiv v současné době je výrazně závislý na doporučení farmaceutů a všeobecných lékařů, je nezbytné také podporovat jejich informovanost v této oblasti
- doporučujeme postupně revidovat nezbytnost hrazení běžných volně prodejných léčiv pro nezávažná onemocnění ze zdravotního pojištění a počítat s jejich přesunem do oblasti samoléčení

Stát chce rušit dětské kliniky

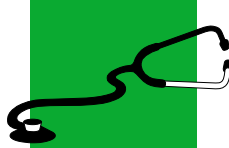
Téměř padesátce dětských oddělení hrozí zánik.

Lůžek je přebytek, říká Součková.

Maminky s dětmi to někde budou mít do nemocnice dál. Ministerstvo zdravotnictví navrhlo zrušit do roku 2006 řadu dětských oddělení, dohromady 1639 lůžek ze současných 7053. MF DNES se navíc podařilo získat první verzi návrhu se seznamem dětských oddělení, jež by mohla být „na odstřel“. Je jich 46. „Dětských lůžek je nadbytek, porodnost klesá,“ vysvětlil mluvčí ministerstva Mario Böhme. Dětská oddělení jsou využita v průměru z 68 procent. Návrh není konečný a mnozí ředitelé proti němu protestují. Včera se o něm jednalo na ministerstvu. Ministerský mluvčí Böhme byl vyděšen z toho, že se seznam dostal ven. „Je to jen hrubý model,“ tvrdil. Zdroj, jenž na schůzce byl, nicméně uvedl: „Návrh nyní dostanou ředitelé fakultních nemocnic a odborné společnosti k připomínkám. Pak bude další kolo jednání.“ Někteří ředitelé říkají: Nešíte paniku, slíbili nám mezitím, že nás se to týkat nebude. Další tvrdí: Nevíme vůbec nic. Mezi kandidáty na zrušení se ocitlo mnoho nemocnic, které patří krajům nebo jsou soukromé. Ministerstvo je zrušit nemůže, může však přesvědčovat kraje. „A může tím například podmínit dotace. Je to nekalá soutěž,“ rozhořčuje se Vladimír Dryml, šéf soukromé nemocnice ve Vrchlabí, jejíž oddělení je rovněž ohroženo. Rušení pediatrií v některých menších odděleních naopak podpořil šéf lékařské komory David Rath. „Pracuji na záchrance ve Středočeském kraji a děti vozím téměř vždy do pražských nemocnic. Jsou lépe vybavené,“ řekl. Ministerstvo chce škrtnat i ve „svých“ nemocnicích. V Praze by například měla vzniknout jen dvě dětská centra, skončit mají ta na Vinohradech a na Bulovce. Proti původnímu návrhu zrušit a přestěhovat též špičkovou kliniku na Karlově se zvedla vlna protestů. V minulých letech do ní stát investoval miliardu korun.

Která dětská oddělení v Praze navrhl stát zrušit:

- Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského
- Všeobecná fakultní nemocnice
- Fakultní nemocnice Na Bulovce
- Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
- V Praze má zaniknout 118 dětských lůžek
- V Česku má zaniknout 1 639 lůžek
- Celková úspora: 720 až 900 milionů korun do roku 2006



Informace z činnosti OSPDL

Milí kolegové,
výbor OSPDL rozhodl změnit podobu uveřejňovaných zápisů a naopak preferovat komentované zpravodajství, případně aktuální zveřejňování důležitých materiálů. Podrobný zápis z jednání výboru bude archivován v kanceláři OSPDL. K této změně nás vedla nejen iniciativa redakční rady VOXu, ale i nepříjemná zkušenost s použitím části našeho zápisu pro reklamní účely nejmenovanou farmaceutickou firmou. Posledním zveřejněným zápisem, byl tedy podrobný zápis z jednání výboru v září letošního roku. V minulém čísle časopisu VOX byla hlavní informací z činnosti naší odborné společnosti informace o proběhlém semináři v Senátu Parlamentu ČR, kdy se nám historicky poprvé podařilo zajistit vystoupení několika zahraničních hostů, zástupců ambulancí pediatrů z několika evropských zemí, ale i z USA. Říjnový výbor byl svým způsobem netradiční, neboť jsme na naše jednání pozvali výbor České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP. Zápis z tohoto jednání byl potvrzen s určitým zpožděním a proto ho přikládáme až nyní. Současně Vás chceme informovat o výsledcích proběhlé dotazníkové akce týkající se spolupráce s pracovišti provádějícími kalmetizaci v jednotlivých okresech.

Společné jednání zástupců výboru České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP, výboru OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR ze dne 21.10.2003

Přítomni:

za OSPDL: MUDr. Cabrnchová – předsedkyně, MUDr. Liška, CSc., MUDr. Marek, MUDr. T. Soukup, MUDr. Krejčík, MUDr. Růžičková, MUDr. Procházka

za SPLDD: MUDr. Neugebauer – předseda, MUDr. Dvořáková, MUDr. Kudyn

za ČPFs: prim. MUDr. Kos, CSc. – předseda, prof. MUDr. Homolka, DrSc., MUDr. Nykodýmová, MUDr. Balý

Omluveni: doc. MUDr. Pohunek, CSc. prof. MUDr. Křepela, CSc., MUDr. Kolářová

■ MUDr. Cabrnchová – zahájení, přivítání hostů, jimž objasnila strukturu OSPDL a SPLDD a důvod společné schůzky.

■ MUDr. Cabrnchová stanovila oblasti společného jednání:

1. Spolupráce s ČPFs při přípravě páteřního vzdělávacího programu na rok 2004

2. Problematika BCG vakcinace, její praktické aspekty, výhledy

ad1.

■ Návrhy na program páteřních témat:

1. Novinky v terapii astma bronchiale – krátké

sdělení, 2. Cystická fibrosa, 3. Pneumonie, zobrazovací metody, 4. Dětská TBC a problematika kalmetizace – téma imigrace, 5. Dif. dg: Kašel (Kašlající dítě), 6. Indikace k odeslání k odbornému vyšetření pneumofyziologickému, 7. Základy funkčního vyšetření plic

Časový rozsah: vždy sobota od 9 do 16 hod.

■ Členové výboru ČPFs ve spolupráci s komisí pro dětskou pneumofyziologii do měsíce upraví event. potvrdí návrhy témat a přednášejících dle termínů v jednotlivých regionech, které předal MUDr. Liška, budou sděleny kontaktní osoby.

ad 2:

■ Od 1.1.2004 by měla platit novela vyhlášky o očkování, která by měla upřesnit nejednotný výklad věkových kategorií:

- BCG revakcinace mezi dokončeným 11. a dokončeným 12. rokem života.

- Engerix bude očkován mezi dokončeným 12. a dokončeným 13. rokem života.

■ Dále byla diskutována problematika revakcinace a primovakcinace. V případě revakcinace při společném jednání na MZČR zástupce ČPFs tlumočil stanovisko odborné společnosti o nutnosti zachovat primovakcinaci i revakcinaci proti tbc. Závěry zůstávají otevřené, diskuse v tomto smyslu bude dále pokračovat.

■ Problém stoupajících reaktivací kalmetizační jizvy po první dávce očkování vakcínou TetractHib byl široce diskutován. Problematika zatím nemá jasné vysvětlení, bude mapována situace ve Slovenské republice, kde dochází ke změně vakcíny BCG (Aventis končí, začíná aplikace dánské vakcíny jako v ČR). Dosud Slovenská republika i při používání shodné vakcíny TetractHib nevykazovala údaje o stoupajícím počtu reaktivací. Rovněž tak byli zástupci ČPFs informováni o skutečnosti, že pravděpodobně novelou vyhlášky o očkování může dojít v některých případech k posunutí očkování proti hepatitidě B. Mezi účastníky jednání zůstala spornou otázkou termínů provádění primovakcinace BCG u novorozenců. Zástupci ČPFs zastávali názor, aby primovakcinace byla posunuta do 7.–12. měsíce věku dítěte, zatímco výbor OSPDL zastával názor, že by se současná situace neměla měnit. Účastníci se shodují, že odůvodněné změny stávajícího systému provádění kalmetizace u novorozenců by měly být vždy předmětem především společné diskuse obou výborů odborných společností. Bude-li toto situace vyžadovat, jsou oba výbory připraveny ve společné diskusi pokračovat.

■ Dále byly diskutovány výsledky dotazníkové akce provedené mezi okresními zástupci SPLDD na žádost OSPDL na téma spolupráce

s příslušnými kalmetizačními pracovišti v okresech. Odečet jizev v kojeneckém věku provádí také PLDD a v určitém procentu se revakcinuje ve školách. Podrobný výstup z této akce bude v přehledném souhrnu předán zástupcům ČPFs.

■ MUDr. Kudyn doporučuje zveřejnit kontaktní osoby (pracoviště), které by pomohly řešit případné komplikace po vakcinaci v regionech v časopisu VOX.

Závěrem se zástupci obou společností shodli na důležitosti společných jednání, kterými je možné předejít případným nejasnostem v problematice kalmetizace.

* * *

Další oblastí, kde se podařilo finalizovat materiály, je oblast očkování. Od 1.1.2004 by měla vstoupit v platnost novela vyhlášky o očkování, která například upraví kontraindikace podání pertuse (informujeme Vás v níže uvedeném textu), upřesní věkové hranice pro jednotlivá očkování, umožní v odůvodněných případech posunout očkování proti hepatitidě B u dětí nejpozději do tří let. Dalším schváleným materiálem jsou nové a propracovanější indikace aceluární vakcíny, tedy v jakých indikacích stát uhradí očkování aceluární vakcínou. Soupis těchto indikací poprvé uveřejňujeme v našem časopise, dále bude také vydán jako metodické doporučení Hlavního hygienika ČR a dostanou ho všechna pracoviště hygieny vydávající očkovací látky. Rovněž tak bude podle tohoto materiálu upraven příbalový leták aceluární očkovací látky.

Kontraindikace podání pertusové vakcíny uvedené ve vyhlášce MZČR:

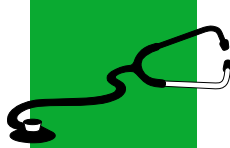
- Závažná alergická reakce nebo hyperreakce po předchozí aplikaci
- Encefalopatie, epilepsie nebo epileptický záchvat po předchozí aplikaci
- Závažné onemocnění centrálního nebo periferního nervového systému s nejistou prognózou
- Progredující neurologické onemocnění

Indikace podání aceluární pertusové vakcíny uvedené v metodickém pokynu HH ČR:

■ Nedonošení nebo hypotrofičtí novorozenci s p.h. pod 1500 g (nejdříve po dosažení biologického věku 3 měsíců)

■ Neurologické indikace:

1. děti s neprogresivním poškozením CNS z období kolemporodního a poporodního (např. stav po hypoxicko-ischémické, hemoragické, ischemické, infekční, metabolické, toxické či jiné



encefalopatii, stav po symptomatických novoroze-
neckých křečích jejichž příčina odezněla). Očkování za-
hájít po 6 měsíci věku.

2. děti se stabilizovaným neurologickým onemocněním (např. definitivní formy DMO, některé formy epi-
lepsie, vrozené vývojové vady mozku)

3. děti po nekomplikovaných febrilních křečích - od-
stup od křečí alespoň 3 měsíce.

■ Imunologické a alergologické indikace:

1. děti se závažným (nekompenzovaným) alergickým onemocněním (např. generalizovaný ekzém, ne-
kompenzované astma, těžká polyvalentní alergie)

2. děti po prodělané velké reakci po celobuněčné perkusové vakcíně

- s kombinací těchto příznaků: horečka nad 38,5°C, velká lokální reakce, neutišitelný vysoce laděný křik, výrazný neklid

- v případě horečky nad 38,5°C nereagující na antipyretika bez další kombinace příznaků

3. děti s orgánově specifickými autoimunními onemocněními (např. neutropenie, hemolytická anemie, diabetes I. typu, tyreoiditida, ulcerózní colitis)

Systémová autoimunní onemocnění mohou být důvodem ke kontraindikaci pertuse na základě doporučení odborníka v souladu s vyhláškou č. 478/2002 Sb.

■ **Děti s reaktivací kalmetizační jizvy v souvislosti s očkováním DTwP**

Další aktuální informace z oblasti očkování týkající se používání konkrétních očkovacích látek přikládáme:

- zpráva SÚKL o hexavakcínách

- zpráva SÚKL o Infanrixu

Poslední důležitou informací je zpráva z jednání výboru České pediatrické společnosti, kterého jsem se zúčastnila. I přes ne zcela přesný zápis uveřejněný v bulletinu ČPS, ke kterému prakticky opakovaně má náš výbor výhrady (kolegové z výboru ČPS ho bohužel ověřují až na dalším výboru, tedy až po jeho uveřejnění a případné připomínky lze vznášet až opožděně), jsem ráda, že došlo k dohodě na nutnosti vyjadřovat se k problematice týkající se odbornosti pediatrie nebo PLDD teprve po společném projednání dané problematiky. Takovým případem již v minulosti byla problematika sítě lékařů dané odbornosti, LSPP, ale i odborná témata jako je například kalmetizace atd. Výsledkem tohoto principu je tedy dohoda, že se oba výbory budou v určité frekvenci scházet na společných jednáních, domluvené bude zapsáno a vzájemně ověřeno před zveřejněním. Domluvili jsme se, že náš prosincový výbor navrhne témata pro společné jednání, které proběhne v naší kanceláři v lednu 2004. Hlavním bodem by měl být pravděpodobně již schválený zákon o vzdělávání lékařů a z toho související úkoly pro obě společnosti.

Závěrem mi kolegyně dovolte, abych Vám touto cestou popřála klidné a spokojené svátky a nám všem já přeji, aby se nám v příštím roce dařilo pokračovat v započaté cestě směřující k rozvoji našich stávajících praxí a to ve všech úhlech pohledu na tento rozvoj.

S pozdravem

Hana Cabrnová

Nové přehodnocení šestisložkových vakcín Hexavac a Infanrix Hexa

Evropská léková agentura (EMA) vydala veřejné prohlášení k závěrům jednání Komise pro hromadně vyráběné léčivé přípravky (CPMP) o pokračujícím přehodnocování rizika a prospěchu šestisložkových vakcín. Jedná se o přípravky Hexavac a Infanrix Hexa, které jsou registrovány centrálně Evropskou komisí a slouží k očkování proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, dětské obrně, zánětu jater typu B a infekcím způsobeným Haemophilus influenzae typu b. Ze závěru nového přehodnocení vyplývá, že **poměr prospěchu a rizika zůstává stejný a není třeba přistoupit k žádným změnám v současných podmínkách používání.**

Za necelé tři roky od udělení registrace léčivému přípravku Hexavac (v roce 2000) byly v Německu a Rakousku hlášeny čtyři případy náhlého nevysvětleného úmrtí (Sudden Unexplained Death) krátce po aplikaci přípravku. Postiženy byly děti ve druhém roce života, očkované posilovací dávkou (booster). Během uvedeného období bylo posilovací dávkou očkováno více než 700 000 dětí.

Během prvních let života dochází vzácně k dětským úmrtím z mnoha různých důvodů. Některé příčiny stále nejsou známy. Jestliže dítě zemře krátce poté, co bylo očkováno, může lékař hlásit podezření na nežádoucí účinek vakcíny regulačním úřadům i přesto, že souvislost s podáním vakcíny je zcela náhodná. CPMP a řada jednání expertů potvrdila, že zatím není znám žádný biologický mechanismus, který by mohl takový nežádoucí účinek očkování šestisložkovými vakcínami vysvětlit, a že souvislost s očkováním je velmi nepravděpodobná. Jde proto jen o alternativní hypotézu, kterou je třeba dále sledovat. Nezávislé instituce proto připravují provedení prospektivní a retrospektivní studie, které mohou poskytnout údaje umožňující možnou souvislost vyhodnotit. Program studií a aktivního sledování bude v Evropě zahájen na začátku roku 2004. Výsledky budou průběžně hodnoceny tak, aby se mohlo v případě potřeby bez zbytečného odkladu zasáhnout.

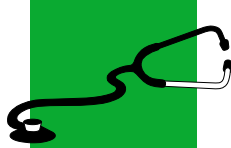
V České republice není používání šestisložkových vakcín zavedeno do očkovacího kalendáře a jejich používání na vyžádání bylo dosud velmi malé. Z území ČR nebylo hlášeno žádné podezření na nežádoucí účinek těchto vakcín. Státní ústav pro kontrolu léčiv informoval o situaci hlavního hygienika ČR a probíhají jednání s držiteli rozhodnutí o registraci o zahájení podobného programu aktivního sledování, jaký je připravován ve státech EU.

Veřejné stanovisko SÚKL

Sdělení státního ústavu pro kontrolu léčiv

Tiskové prohlášení Evropské agentury pro hodnocení léčivých přípravků (EMA) z 7.10.2003 upozorňuje na problém týkající se léčivého přípravku INFANRIX HEXA s uzavíracím systémem Bioset.

Nelze vyloučit, že v ojedinělých případech může při rekonstituci vakcíny, prováděné bezprostředně po vyjmutí z lednice, dojít k uvolnění gumových částíček ze zátky do lahvičky s lyofilizovanou Hib složkou. Uživateli přípravku se doporučuje před rekonstitucí ponechat vakcínu minimálně 5 minut při teplotě 25 ± 3°C. Tato informace se promítne do bodu 6.6 souhrnu údajů o přípravku a do příbalové informace. EMA potvrzuje, že riziko dalšího používání přípravku se tímto nezvýšilo a je možno jej dále používat. V ČR je přípravek registrován pod názvem INFANRIX HEXA, inj.sus. 0,5ml BS+ST v baleních po 1,10,20 a 50-ti dávkách, držitel rozhodnutí o registraci GlaxoSmithKline Biologicals S.A., Belgie.



Volné radikály, antioxidanty a stárnutí

MUDr. V. Holeček, CSc.

Oddělení klinické biochemie, Mulačova nemocnice, Plzeň

Prof. MUDr. R. Rokyta, DrSc.

Ústav normální, patologické a klinické fyziologie, 3. LF UK, Praha

Prof. MUDr. J. Racek, CSc.

Ústav klinické biochemie a laboratorní diagnostiky, LF UK a FN, Plzeň

Souhrn

Jednou z nejdůležitějších teorií stárnutí je volně radikálová teorie. V mitochondriích vzniká energie, ale i volné radikály, které napadají mitochondriální DNA. Volné radikály však vznikají i z řady endogenních i exogenních příčin. Reakce volných radikálů a antioxidantů vedou k řadě poruch z nerovnováhy. Dochází tak k poškození bílkovin, DNA, lipidů, vzniku AGE-látek, poruchám homeostázy biogenních kovů aj. Pro dožití člověka jsou nejdůležitější ze vzniklých chorob ateroskleróza, nádory, degenerativní neurologické i kloubní choroby, ale i infekce, zvláště virové, nemoci ledvin, plic, očí, kůže atd. Z antioxidantů jsou pro rychlost stárnutí významné zvláště enzymové antioxidanty (SOD, GSHPx, CAT, glutathionreduktáza a další), dále řada nízkomolekulárních antioxidantů jako GSH, Zn, Se, bioflavonoidy, vitaminy C, E, karotenoidy, melatonin a další. Antioxidanty by mohly při dlouhodobém a dostatečném příjmu v potravě, případně jejich suplementací, prodloužit aktivní věk člověka.

Klíčová slova

stárnutí, volné radikály, antioxidanty, ateroskleróza, degenerativní choroby, nádory

Množství starých lidí stále stoupá, jsou časté chronické a degenerativní choroby a neschopnost starých lidí postarat se o sebe a žít hodnotný život je čím dále tím více medicinským i sociálním problémem. Stárnutí lze definovat jako progresivní nepříznivou ztrátu schopnosti adaptace, vedoucí ke zvýšené zranitelnosti, snížené vitalitě a ke zhoršení životního očekávání. Stárnutí je ovlivňováno zvláště schopností opravy DNA a antioxidační ochranou. Dále je stárnutí nejběžnějším imunodeficitním syndromem. Je mnoho teorií zabývajících se stárnutím. Není pochyb o tom, že jde o multifaktoriální proces. Z teorií uvedme alespoň teorii scholastickou (somatické mutace, katastrofy z chyb, glykosylace proteinů), vývojovou (imunitní a neuroendokrinní příčiny), programovanou (založenou na genomech) a volně radikálovou, která patří k nejdůležitějším.

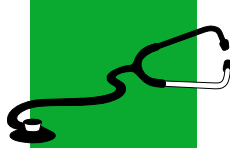
U mikrobů dochází k dělení, čili tzv. asexuální fázi, kdy vznikají stále jen mladí jedinci. U sexuálního dělení je důležitý počet telomerů, kterých dělením ubývá. U fetálních fibroblastů je jich cca 56, u dospělých lidí pak asi 20. Zkracováním fibroblastů posléze dochází k apoptóze. Kmenové buňky, ale i nádorové, které obsahují telomerázu bránící odštěpová-

ní telomerů, jsou nesmrtelné.

Mitochondrie (biologické hodiny stárnutí,), které jsou hlavním zdrojem energie, ale i volných radikálů, obsahují vlastní mitochondriální DNA, které jsou prvním cílem útoku volných radikálů. **Zdá se, že rychlost stárnutí je závislá na velikosti metabolismu. Vyšší metabolický obrat přináší i vyšší oxidační stres. Živočišným druhům s přibývajícím průměrnou délkou života klesá v krvi průměrná antioxidační kapacita,** tj. mají menší potřebu vyplavovat z depot antioxidantů. Mouchy chované tak, že mohly jen lézt a nikoliv létat, žily více než 2x déle (1). Ptáci podobné velikosti těla jako savci však se dožívají vyššího věku, zřejmě proto, že jejich mitochondrie v srdci mají menší spotřebu kyslíku a produkují méně peroxidu vodíku (2). Hlavním intracelulárním antioxidantem a klíčovým antioxidantem je glutathion (GSH). Ukazuje se, že délka života záleží na velikosti metabolismu. Studenokrevným živočichům ve vyšších teplotách se zkracuje délka života. Vyšší tvorba volných radikálů zkracuje délku života zřejmě i tím, že vyčerpává antioxidační kapacitu, která ve stáří se ve tkáních snižuje. Příčinou může být nedostatečný příjem antioxidantů, ale i nedostatek respiračních komponent. Při

tomto stavu vzniká relativně nejvíce volných radikálů, ačkoliv konzumace kyslíku mitochondriemi je nízká. Navíc genetické defekty způsobené volnými radikály a nahromaděné s věkem mohou inhibovat oxidační fosforylaci a tím přeměňování elektronů z tohoto systému do tvorby ROS (3). Naopak ovšem může být spotřeba kyslíku mitochondriemi vysoká a tvorba ROS nízká. Nelze tedy spotřebu kyslíku mitochondriemi považovat za indikátor velikosti tvorby volných radikálů. **Kritickým cílem poškození volnými radikály vzhledem ke stárnutí se jeví poškození DNA molekul,** ale ani toto tvrzení není dosud dostatečně podepřeno fakty. **Zvýšení aktivity antioxidačních enzymů snižuje počet předčasných úmrtí,** ale signifikantně délku života neovlivňuje. Důvodů, proč různé studie s antioxidanty se liší v závěru o prospěšnosti z hlediska prodloužení lidského života, je více. Je to hlavně různé dávkování, používání jednoho antioxidantu místo vyvážené směsi, začátek podávání v různém věku aj.

Je známo, že dlouhověcí lidé mají nejvyšší aktivity SOD. Není ani zcela vyloučeno, že vysoký dietní příjem antioxidantů může tlumit syntézu endogenních antioxidantů. Navíc antioxidanty mohou snižovat respiraci a tak



i produkci ATP, současně však vzniká méně superoxidu a peroxidu vodíku (4). U nižších živočichů ani výrazný pokles aktivit superoxidodismutázy (SOD) a katalázy (CAT) nevedl ke zkrácení života (s výjimkou glutathionperoxidázy – GSHPx). Naopak ani výrazný vzestup těchto enzymů život neprodlužoval, ale pro člověka to asi neplatí. Ovšem zde se ukazuje význam především nízkomolekulárních antioxidantů jako tokoferolu, kyseliny močové, karotenoidů, selenu, karnosinu, estrogyeny atd. **Rovněž staří lidé potřebují z různých důvodů vyšší suplementaci antioxidantů než mladí.** Víme, že vícenasycených mastných kyselin (PUFA) ve stáří ubývá a z nich vzniklé plyny n-pentan a etan ve vydechaném dechu sice stoupají s věkem, ale příčin tohoto pozorování může být více. Nejen pokles antioxidantů a vzestup tvorby volných radikálů, ale i snížený katabolismus alkanů, zvýšený příjem PUFA apod. Pro ilustraci lze uvést, že denně každá buňka krysy je napadena 100 000x volnými radikály, lidská buňka 10 000x. Délka života je negativně spojena s koncentrací TBARS (thiobarbituric acid reactive substances) v homogenátech mozku a ledvin, ale vzhledem k velké variabilitě nálezů a rychlým změnám hodnot nelze určovat takto pravděpodobnou délku života. Sledování hladiny antioxidantů ve svalech různých věkových skupin se ukázalo, že od cca 66 let klesá aktivita Cu,Zn-SOD, mírně stoupá Mn-SOD, stoupá lipoperoxidace, od 76 let stoupá hladina oxidovaného glutathionu (GSSG) a nesignifikantně množství karbonylů v proteinech (5). Z uvedeného je patrné, že **délka života záleží především na množství působících volných radikálů (ROS)** a tím na velikosti poškození orgánů a snížení jejich funkční kapacity, mj. i na schopnosti syntézy ATP (6). Akutním nedostatkem ATP se vyznačuje nekroza, apoptóza je programovaná smrt. Volné radikály snižují výkonnost imunitního i endokrinního systému, působí deficit paměti, poškozují makromolekuly a tím vším podporují stárnutí. **Stárnutím stoupá v plazmě hladina ACTH a kortikosteroidů, dochází k dysregulaci produkce cytokinů** (7). Syndromy urychleného stárnutí, jako jsou Hutchinson-Gilfordův, Wernerův a Downův syndrom jsou geneticky kontrolovány a zvýšené aktivity např. Cu,Zn-SOD a katalázy spojují genomickou a volně radikálovou teorii stárnutí (8). Zajímavý je fakt, že délka života dvojčat se v průměru liší o 3 roky, zatímco u nepříbuzných jedinců se liší průměrně o 10,2 roku. Zajímavý je vliv hormonální suplementační te-

rapie u postmenopauzálních žen. Snižuje se oxidační poškození proteinů, ale zvyšuje se lipoperoxidace (9).

Ve stáří dochází ke změnám metabolismu a k poškozením bílkovin, glycidů, lipidů a DNA, stoupá produkce superoxidu, peroxidu vodíku, klesá produkce ATP v mitochondriích a stoupá koncentrace kalcia intracelulárně, protože je poškozena Ca-ATP pumpa a projevují se abnormální hladiny některých prvků v krvi a tkáních. To vše má příčinnou souvislost se stárnutím. Referenční hodnoty pro lidi nad 70 let pro biochemické parametry nebyly žádnou velikou epidemiologickou studií dosud stanoveny. Vzhledem k tomu, že ve stáří cca od 70 let klesá oxidační schopnost, stoupá u bílkovin jejich sulfonace, chlorace, deaminace, tvorba karbonylů, oxidace tryptofanu, tvorba dityrosinů a hydroperoxidů proteinů. S poklesem inhibitorů proteináz stoupá oxidace methioninu, vzniká methionin sulfoxid. Z aminokyselin vznikají i látky s neurotoxickými a nefrotoxickými vlastnostmi. Ve stáří stoupá hladina homocysteinu – více u vegetariánů – asi na podkladě nízké hladiny vitamínu B12. Oxidace proteinů je vlastně i nechtěný vedlejší účinek fagocytů, ale oxidované a chlorované proteiny účinkem HClO mohou stimulovat imunologicky aktivní buňky. Pokles myeloperoxidázy se ani neprojevuje poklesem zabíjení bakterií, ale spotřebovává se na tvorbu HClO relativně moc kyslíku. Proteasom, regulovaný intracelulární proteolytický systém, odstraňující oxidované proteiny, stářím snižuje svou aktivitu a tím stoupají oxidované proteiny. Proto se nedoporučuje příjem snadno peroxidovatelných aminokyselin, jako je lysin nebo histidin. K prodloužení života vede kalorická restrikce ve stáří (10). Glukóza, ale i některé produkty lipoperoxidace (MDA-malondialdehyd) spojují křížovými vazbami protein-protein, protein-lipid nebo lipid-lipid za vzniku AGE-látek (advanced glycosylation end-products). AGE-látky mají řadu škodlivých účinků a stárnutím se hromadí. Snižují elasticitu a permeabilitu cév, zhoršují odstraňování odpadových produktů z buňky atd. (11). Ve stáří stoupá výskyt diabetu a jeho komplikací.

K posouzení stárnutí ve Francii použili ke studii z 630 000 lidí každoročně vyšetřovaných referenční skupinu 24 510 dospělých starších 25 let, nekuřáků, kteří pijí denně méně než 44 g alkoholu, nebyli silně obézní a nepoužívali žádné léky. Matematickou analýzou vybrali 8 parametrů, které se ukázaly jako vhodné pro předpověď dosažení stáří: ztrátu

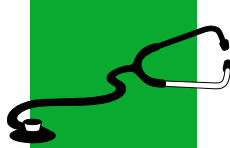
sluchu, vzdálenost pasu od boku k boku, systolický krevní tlak, počet zdravých zubů, hladiny glukózy a cholesterolu, střední objem krvinek a hladinu hemoglobinu. Pomocí těchto parametrů lze porovnávat průměrné hodnoty lidí stejného stáří a tím určovat biologické stáří (12). Zajímavé je, že všech těchto 8 parametrů je negativně ovlivnitelných volnými radikály. Poškození sluchu volnými radikály dosud nebylo systematicky probádáno, rovněž tak vznik zubních kazů, ale sporadické práce ukazují, že vliv volných radikálů zde je (13). Ateroskleróza, oxidace včetně oxidace LDL, vznik AGE – bílkovin, obezita, metabolismus železa souvisejí s volnými radikály již zcela nepochybně. Je známo, že i anemie působí oslabení oxidační kapacity. Byl doporučen i kvocient: Cu,Zn-SOD / GSHPx, jehož stoupaní znamená zvýšenou produkci peroxidu vodíku a zrychlení stárnutí (bylo to prokázáno např. u Downova syndromu (11)).

Zajímavý je fakt, že s věkem stoupá hladina vitamínu E v krvi. Nejvyšší hodnoty byly nalezeny u stoletých. Přitom kvocient vitamin E/cholesterol klesá, vzestup vitamínu E není způsoben zvýšením hladiny lipidů. Může jít o zvýšenou absorpci, snížený katabolismus a utilizaci, zdá se, že jde o protektivní reakci proti smrti (14). Dlouhověkost je závislá i na rychlosti oprav DNA a nízké produkci volných radikálů v blízkosti DNA.

Oxidace proteinů vede i k poškození paměti, oxidační poškození DNA a chromosomálního materiálu a zkracuje délku života. Oxidační poškození a tím působená porucha homeostázy vápníku urychluje stárnutí. Vlivem kalcia se aktivují proteázy a v cévách vznikají pěnové buňky. Ohrožen je zvláště mozek. Dochází k poškození neurální tkáně a mozkových kapilár např. hromaděním AGE látek, k Alzheimerově chorobě s ukládáním amyloidu, ztlušťováním bazálních membrán a sníženou elasticitou cév. Je snížen průtok mozkiem a snižují se kognitivní funkce (15).

Lipoperoxidace se projevuje hlavně tvorbou lipidových hydroperoxidů, které funkčně nedokážou nahradit v biologickém membránách normální lipidy, vznikají kancerogenní aldehydy (malondialdehyd, 4-hydroxynonenal aj.), lipofuscin, který katalyzuje tvorbu dalších volných radikálů. Lipofuscin a ceroidní lipopigmenty se ve stáří hromadí a mohou obsadit až 12 % objemu staré myokardiální buňky a dokonce až 80 % lidské mozkové pyramidální buňky (11). Účinkem volných radikálů na vícenasycené mastné kyseliny vzniká i tromboxan, který zvy-

Azitrox



šuje krevní tlak, prostaglandiny a další fyziologicky aktivní látky. Stárnutím stoupá exhalace alkanů, rovněž produktů lipoperoxidace. Přidávání malondialdehydu do vody myším zkrátilo jejich život.

Stáří ovlivňují i změny, které nastaly v posledním století. Ve výživě přibýlo tuků, ubýlo vláknin, vápníku a vitamínu C. Stouplo množství volných radikálů vlivem automobilizmu, průmyslu, kouření, zvýšilo se množství přechodných kovů v ovzduší, zvyšuje se množství obézních lidí, mění se dieta, stoupá počet genetických poruch. UV radiace, která rovněž vede ke vzniku volných radikálů je převážně absorbována ve stratosféře, především ozónem. Ovšem i nadbytek ozónu je škodlivý z hlediska volných radikálů. Objevuje se především ve městech (vzniká např. při čištění vzduchu, při fotokopírování, v laserových tiskárnách apod.). Ozón snižuje v organizmu počet SH-skupin, amino-skupin, snižuje hladiny antioxidantů.

Ke stárnutí vedou i změny některých anorganických prvků v krvi a tkáni. Kromě již zmíněných změn hladiny intracelulárního kalcia, je důležitý i nedostatek magnesia. Při něm stoupá intracelulárně kalcium i železo, zvláště při současném působení stresu (např. hlukem). Proto se doporučuje ve stáří snížit příjem iontů mědi, železa a manganu. Stářím stoupá kvocient Cu/Zn, nehemoglobinové železo hlavně v játrech podporuje lipoperoxidaci a vznik volných hydroxylových radikálů Fentonovou reakcí. Jako syndrom dlouhověkosti se uvádí vysoké hladiny HDL-C, apo AI a apo E a nízké hladiny LDL-C a apo B. Krysí držené na dietě s nedostatkem magnesia se dožívaly signifikantně kratšího věku. Stoupala hladina malondialdehydu až o 67% a ten se vázal na aminoskupiny guaninu a cytosinu v DNA. Stoupala i následkem peroxidace syntéza některých prostanoidů. Rovněž nedostatek zinku vedl k předčasnému stárnutí. Zvýšené uvolňování katecholaminů a jejich oxidace zvyšuje obsah kalcia a kolagenu v srdci. Naopak suplementace selenem prodlužovala život. Se stárnutím je spjata celá plejáda nemocí, z nichž uvedeme jen ty nejdůležitější.

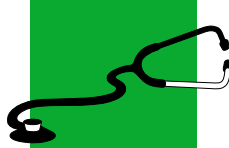
Ateroskleróza: Je známo, že volnými radikály oxidovaný LDL je odstraňován z cirkulace scavengerovými receptory makrofágů, čímž dochází k poškození Ca-ATP pumpy, hromadění intracelulárního kalcia, aktivaci proteolýzy a vzniku pěnových buněk. Zvláště u diabetu NIDDM je oxidace LDL zvýšená. Oxidovaný LDL je pro makrofágy toxický, inhibuje jejich motilitu

a tím brání jejich zpětnému vstupu z endotelu do cirkulace. Endoteliální buňky snadno oxidují, protože mají nízkou aktivitu katalázy, obsahují xantinoxidázu i cyklooxygenázu, mají hodně ferritinu, vícenasycených mastných kyselin a mohou být ovlivněny mechanickým stresem z konstantně pulzujícího hydrostatického tlaku. V endotelu přítomný elastin-lamininový receptor umožňuje NO.-závislou vasorelaxaci, která ve stáří klesá (16). V srdci se hromadí lipofuscin, tvoří se více peroxidu vodíku a 8-hydroxy-2'-deoxyguanosinu. Se závažností koronárního srdečního onemocnění klesá i celková antioxidační kapacita (17). **Obranou proti vzniku a pokračování aterosklerózy se z tohoto hlediska jeví antioxidanty, vitaminy C, E, karotenoidy, selen, bioflavonoidy aj.** V USA byla provedena studie, která ukázala, že lidé s příjmem vitamínu C více než 500 mg/den žili v průměru o 6 let déle. Dlouhodobé podávání 100 mg vitamínu E snížilo riziko smrti o 47% u kardiovaskulárních chorob. Zinek účinkuje protektivně proti aktivaci oxidačního stresu způsobeného cytokiny, který dereguluje zánětlivé cytokiny a funkce endoteliálních buněk. Též inhibice 15-lipoxygenázy snižuje počet plaků na arteriální stěně. Estrogeny zpomalují aterosklerózu, **byl popsán i statisticky významný nižší výskyt aterosklerotických změn u dárců krve.** Naopak lidé s hladinou ferritinu vyšší než 200 µg/l jsou více ohroženi. Sledování sérové hladiny železa není vhodné pro posouzení zásob Fe (11). Rizikovým faktorem je i hyperhomocysteinemie. Sulfhydrylová skupina homocysteinu reaguje zřejmě katalyticky s železitými a měďnatými ionty a v oxidačním systému se generují peroxid vodíku, kyslíkové radikály a homocysteinyllové radikály se známými nepříznivými důsledky (18).

Poškození funkce mozku: Neurony jsou extrémně citlivé na volné radikály. Tetanický syndrom vede k předčasnému stárnutí mozku, což lze příznivě ovlivnit suplementací magnesia (19). Ukazuje se, že i snížení oxidačního stresu u stárnoucích mozků např. aplikací inhibitorů monoaminoxidázy přispívá ke kontrole mechanismu stárnutí (20). Deficit glutathionu spojený s oxidací dopaminu vede k poklesu kognitivních funkcí mozku. Do mozku však může rychle pronikat melatonin a chránit ho i před volnými hydroxylovými radikály. Léčení statiny snižuje i počet iktů, osvědčuje se i další antioxidant – kyselina α-lipoová. Paměť u lidí starších 65 let pomáhají udržovat kyselina askorbová a β-karoten (21).

Alzheimerova choroba: Vzniká ve vyšším věku, má heterogenní příčinu. Odhaduje se, že kdyby lidé dosahovali 100 let věku, asi třetina z nich by trpěla Alzheimerovou chorobou. Pro účast volných radikálů na vzniku a průběhu nemoci svědčí řada faktů, např. snížená aktivita SOD a katalázy v některých oblastech mozku, zvýšená hladina železa ve frontálním kortexu, ale i zvýšené množství produktů peroxidace. U familiárního onemocnění je poškozen gen na 21. chromosomu, na kterém je gen pro amyloid a SOD. Volné radikály poškozují zvláště na ně citlivé neurony, poškozují dále DNA, oxidují proteiny i lipidy, podporují vznik AGE-bílkovin (advanced glycosylation end-products) a lipofuscinu a ceroidu v mozku, kovy (Fe, Cu, Al, Zn) podporují Fentonovou reakci vznik velmi agresivních volných hydroxylových radikálů. β-amyloid se agreguje a podporuje tvorbu dalších volných radikálů. Toxicita β-amyloidu je snižována scavengery volných radikálů. Volné radikály napadají apolipoproteiny E zvláště E4 a peroxidují je. Oxidované lipoproteiny jsou neurotoxické a snižují antioxidační kapacitu. Mitochondriální anomálie ovlivňují cytochrom-c oxidázu, což rovněž zvyšuje tvorbu volných radikálů. V séru pacientů s Alzheimerovou chorobou bývají i nižší hladiny řady antioxidantů jako GSHPx, vitamínů E, A, zinku, transferinu, albuminu. Vitamin C, který tvoří významnou součást antioxidační kapacity mozku (jeho hladina je v mozku 10 x vyšší než v séru) je u pacientů rovněž významně nižší. Průměrná antioxidační kapacita pacientů s Alzheimerovou chorobou byla $1,08 \pm 0,25$ mmol/l, zatímco u kontrol činila $1,42 \pm 0,28$ mmol/l (22). **Zdá se, že některé antioxidanty (vitamin E, C, extrakt z Ginkgo biloby, desferrioxamin, některé protizánětlivé léky a estrogeny aj.) se jeví jako slibné pro léčení Alzheimerovy choroby** (23). Muskarinové cholinergní receptory a cholinergní transmise jsou kritické pro učení a paměť. Ztráta cholinergních neuronů byla prokázána u nemocných v nucleus basalis. Antioxidanty jako vitamin E chrání muskarinové receptory před inhibitory u Alzheimerovy choroby, čímž lze rovněž vysvětlit jejich protektivní účinek (11).

Amyotrofická laterální skleróza (ALS), Downův syndrom (DS), Parkinsonova choroba (PD), mitochondriální encefalopatie: Vznik a rozvoj těchto chorob značně ovlivňují volné radikály. ALS je progresivní degenerace motorických neuronů, je u ní pokles GSHPx



v precentrálním gyru centrálního kortexu a mutace Cu,ZnSOD. Downův syndrom je charakterizován poruchou 21. chromosomu, ale zvýšenou aktivitou SOD, ale nikoliv katalázy a GSHPx, což zvyšuje hladinu peroxidu vodíku a posléze i volného hydroxylového radikálu. Oxidační stres u Downovy choroby může být významný, je popisována 3 – 4 násobná hladina reaktivních metabolitů kyslíku v DS neuronech, což urychluje jejich apoptózu. PD je progresivní neurodegenerativní onemocnění, jehož frekvence stoupá ve vyšším věku. Pokles dopaminu v corpus striatum a ztráta neuronů v substantia nigra jsou vysvětlovány několika teoriemi. Početné studie prokázaly u PD i oxidační stres. Opět tedy peroxid vodíku, zvýšená hladina železa a volný hydroxylový radikál se podílejí na patogeneze onemocnění. Svou roli může hrát i snížený průtok krve mozkiem následkem aterosklerózy, což může působit opakované ischemie/ reperfuze se vznikem volných radikálů, toxické látky jako Mn, metamfetamin, 4-hydroxynonenal aj. Mitochondriální encefalopatie, resp. mutanty mitochondriálních DNA jsou 10x častější než u nukleárních DNA. Mezi příznaky lze zařadit např. optickou neuropatii, ataxii, demenci, myoklonus, vaskulární bolesti hlavy aj. Mitochondriální DNA nemají dostatečný protektivní účinek histonů a účinný systém oprav, navíc jsou vystaveny zásluhou oxidační fosforylace mnohem více účinku volných radikálů. Více jsou ohroženy mitochondrie v mozku (11).

Sclerosis multiplex: V mozkomíšním mozkou dochází k poklesu SH-skupin a stoupají produkty lipoperoxidace (24).

Chronické obstrukční onemocnění plic: Je to častá příčina smrti. Do etiologie lze zahrnout i **kouření (velká zátěž volnými radikály)**, emfyzém, astma a dýchání částic menších než 5 (pocházejících obvykle z provozu automobilů). V krvi je zvýšená hladina MDA (malondialdehydu) a peroxidu vodíku, klesá hladina GSH.

Zhubné nádory: Etiologie nádorů je nejčastěji genetická, virová, chemická, fyzikální a zánětlivá. **Poškození DNA volnými radikály působí přechod buněk až k malignitám.** Účinkem hydroxylového radikálu vzniká z guaninu 8-hydroxyguanin. Guanin se páruje s cytosinem při DNA replikaci, zatímco 8-hydroxyguanin se páruje s adeninem, což je mutagenní reakce, která může být odpovědná

za karcinogenezu. Schopnost opravy DNA, která ale stářím klesá, snižuje riziko karcinomů. Je zajímavé, že léčení nádorů volnými radikály (rtg ozařování, některá cytostatika atd.) urychlují proces stárnutí. Dále nádorová buňka velmi intenzivně absorbuje antioxidanty, které ji chrání před terapií volnými radikály. Absorpce selenu však v buňce s dostatkem GSH může být pro nádorovou buňku sebevražedným mechanismem. Buněčné membrány nádorových buněk obsahují málo vícenenasycených mastných kyselin, čímž se chrání před lipoperoxidací, která je ničí.

Virová onemocnění: Většina virů roste lépe v proliferujících buňkách. Zvýšený oxidační stres je u chronických virových onemocnění, jako AIDS nebo virová hepatitida. U ní pozitivně koreluje hladina MDA s fibrózou jater. Vzniku fibrózy brání antioxidanty.

Nemoci ledvin: Stárnutím stoupá oxidační stres a klesá glomerulární filtrace a stoupají F2-izoprostany, AGE-látky i receptory pro AGE-látky (RAGE). Glomerulární poškození působí monocyty a neutrofilové, ale i jiné mechanismy (complement membrane attack complex, injekce puromycinu aj.). U hemodialýzy a transplantace ledvin stoupají karboxyly proteinů, TBARS i AGE-látky. Pokles GSH v ledvinách a účinek etylenglykolu zvyšuje lipoperoxidaci, zvyšuje se vylučování oxalátu vápenatého, ale i retence jeho krystalů. Preeklampsie spojená s hyperurikémií rovněž se projevují oxidačním stresem.

Katarakta, makulární degenerace: Objevují se hlavně ve stáří a jsou působeny do značné míry volnými radikály. Např. UVA paprsky a vzniklý superoxid a singletový kyslík rychle oxidují kyselinu askorbovou. I oxid siřičitý zvyšuje oxidační stres v oční čočce. Klesá hladina vitaminů C, E, karotenoidů atd.

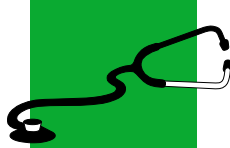
Revmatická artritida: V synoviální tekutině vzniká zánět, dochází k aktivaci T-lymfocytů, vzestupu Fe, dochází k degradaci kyseliny hyaluronové vlivem oxidačního stresu a klesá aktivita antioxidantních enzymů. Event. imobilizace svalů a pokles fyzické námahy vedou rychle k atrofii a poklesu GSH, atrofii zpomaluje podávání vitamínu E.

Kožní známky stárnutí: Lipofuscin se hromadí v kůži a působí stařecké zabarvení kůže. Dokonce se doporučuje jako marker stárnutí.

Na druhé stránce např. vrásky a poškození UV paprsky lze zlepšit lokální aplikací např. koenzymu Q10 (25).

Literatura:

- 1) Sohal R.S., Orr W.C.: Relationship between antioxidants, prooxidants, and the aging process. *Ann. NY Acad. Sci.* 666, 1992, 74-84.
- 2) Herrero A., Barja G.: H2O2 production of heart mitochondria and aging rate are slower in canaries and parakeets than in mice: sites of free radical generation and mechanisms involved. *Mechanism of ageing and development* 103 (3), 1998, 133-146.
- 3) Wallace D.C.: A mitochondrial paradigm for degenerative diseases and ageing. *Novartis Foundation symposium (England)* 235, 2001, 247-266.
- 4) Harman D.: Role of antioxidant nutrients in aging: Overview. *Age* 18, 1995, 51-62.
- 5) Pansarasa O., Bertorelli L., Vecchiet J., Felzani G., Marzatico F.: Age-dependent changes of antioxidant activities and markers of free radical damage in human skeletal muscle. *Free Rad. Biol. Med.* 27 (5-6), 1999, 617-622.
- 6) Sohal R.S.: The free radical hypothesis of ageing: An appraisal of the current status. *Ageing Clin. Exp. Res.* 5, 1993 (3-17).
- 7) Narayanan S.: Laboratory markers as an index of ageing. *Ann. Clin. Lab. Sci.* 26 (1), 1996, 50-59.
- 8) Knight J.A.: The biochemistry of ageing. *Adv. Clin. Chem.* 35, 2000, 1-62.
- 9) Cakatay U., Telci A., Akhan S.E., Bilgin M.E., Turfanda A., Sivas A.: Effects of hormone replacement therapy on oxidative protein damage in postmenopausal women. *Clin. Chem Lab. Med.* 39, Abstract volume *Euromedlab 2001*, S 112.
- 10) Merker K., Stolzing A., Grune T.: Proteolysis, caloric restriction and ageing. *Mechanisms of ageing and development (Ireland)*, 122 (7), May 31, 2001, 595-615.
- 11) Knight J.A.: Free radicals, antioxidants, ageing, diseases. AA-CC Press, Washington, USA, ISBN 1-890883-18-2.
- 12) Gueguen R.: Proposition of an ageing indicator. *Clin. Chem Lab. Med.* 39, Abstract volume *Euromedlab 2001*, S 96.
- 13) Seidman M.D., Khan M.J., Bai U., Shirwany N., Quirk W.S.: Biologic activity of mitochondrial metabolites on ageing and age-related hearing loss. *Am. J. Otolology* 21 (2), 2000, 161-167.
- 14) Battisti C., Dotti M.T., Manneschi L., Federico A.: Increase of serum levels of vitamin E during human ageing. *Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl.* 4, 1994, 13-18.
- 15) Gispen W.H.: The biochemistry of ageing. *Clin. Chem Lab. Med.* 39, Abstract volume *Euromedlab 2001*, S 09.
- 16) Robert L.: Aging of the vascular wall and atherogenesis: role of the elastin-laminin receptor. *Atheroscler.* 123 (1-2), 1996, 169-179.
- 17) Galuziene L., Kucinskiene Z., Vitkus D.: Total antioxidant status in patients with coronary heart disease. *Clin. Chem Lab. Med.* 39, Abstract volume *Euromedlab 2001*, S 112.
- 18) Olszewski A.J., McCully K.S.: Homocysteine metabolism and the oxidative modification of proteins and lipids. *Free Rad. Biol. Med.* 14 (6), 1993, 683-693.
- 19) Guenther T.: Magnesium deficiency, oxygen radicals and ageing. *Magnesium-Bulletin* 13 (3), 1991, 78-81.
- 20) Alper G., Girgin F.K., Ozgonul M., Mentis G., Ersoz B.: MAO inhibitors and oxidant stress in aging brain tissue. *Europ. Neuropsychopharmacol.* 9 (3), 1999, 247-252.
- 21) Perrig W.J., Perrig P., Stahelin H.B.: The relation between antioxidants and memory performance in the old and very old. *J. Am. Geriatr. Soc.* 45 (6), 1997, 718-724.
- 22) Mitrevski A., Aleksovski V., Mitrevska J.: Oxidative stress in Alzheimer disease. *Clin. Chem Lab. Med.* 39, Abstract volume *Euromedlab 2001*, S 112.
- 23) Christen Y.: Oxidative stress and Alzheimer disease. *Am. J. Clin. Nutr.* 71 (2), 2000, 621S - 629S.
- 24) Calabrese V., Bella R., Testa D., Spadaro F., Scrofani A., Rizza V., Pennisi G.: Increased cerebrospinal fluid and plasma levels of ultraweak chemiluminescence are associated with changes in the thiol pool and lipid-soluble fluorescence in multiple sclerosis: the pathogenic role of oxidative stress. *Drugs under Exp. Clin. Res.* 24 (3), 1998, 125-131.
- 25) Blatt T., Mundt C., Mummert C., Maksiuk T., Wolber R., Keyhani R., Schreiner V., Hoppe U., Schachtschabel D.O., Stab F.: Modulation of oxidative stresses in human aging skin. *Zeitschr. Gerontol. Geriatr.* 32 (2), 1999, 83-88.



Pohádkové hubnutí

Eva Malichová

Dětská ozdravovna, Vrchlabí III, Podhůří

Motto: Ten, kdo chce druhého pozitivně motivovat, musí o něm vědět téměř všechno. Musí poznat, v co věří a po čem v životě touží. Jen tak má šanci, že nestřílí vedle.

Dětská ozdravovna ve Vrchlabí III. – Podhůří přijímá děti s diagnózou poruchy výživy, především dětské obezity, ve věkovém rozhraní 3–15 let. Doprovod rodičů je možný, vhodný je zejména u dětí předškolních. Léčebné pobyty jsou u nás 3–6 týdenní. O děti se celkem stará 9 dětských sester, z nichž mají tři psychoterapeutický výcvik, jedna rehabilitační a jedna dietní sestra, jeden pediatr a jeden lékař internista –obezitolog. Je výhodou, že většina mých kolegů pracuje s nadšením a výsledky práce s obézními dětmi bere vážně.

Sledujeme, jak varovné hlasy naznačují, že způsob výživy v posledních letech vede k nárůstu dětské obezity. Tento problém se týká bohužel dětí od poměrně raného věku. Již ve starověku věnovaly lékařské autority pozornost obezitě. Avicenna, Hippokrates i Galén poukazují na zdravotní rizika obezity. Dvacáté století je svědkem exploze redukčních diet. Od šedesátých let se stává nedílnou součástí léčby obezity behaviorální přístup, který zlepšuje dlouhodobou prognózu redukčního režimu. V našem zařízení máme zavedený komplexní přístup v terapii obezity, který zahrnuje tři složky:

- nízkenergetickou stravu
- nřohybovou aktivitu
- nkognitivně-behaviorální přístup

Vycházíme z předpokladu, že nejdůležitější je správná motivace. Pokud nebude dětský pacient dostatečně motivován, nikdy nedosáhneme žádaného efektu. K lepšímu se naši pacienti mění pomalu, po předem naplánovaných krůčcích. Na pravidelných besedách se děti dovídají, co každá ze tří složek obsahuje.

■ Zásady redukčního jídelníčku

Jídlo je rozděleno do šesti menších dávek denně. K kalorický příjem u malých dětí je 5000kJ, u větších 7000kJ denně. Učíme děti uvědomit si své jídelní chování. Tzn.: nevynechávat snídani, nevečeřet po 18. hodině, nekonzumovat potravu mezi hlavními jídly, během jídla odkládat příbory mezi sousty, důkladně žvýkat potravu, nesnažit se vyprázdnit talíř za každou cenu. Jídelníček citlivě sestavuje dietní sestra.

Základem nízkenergetické stravy jsou potraviny obsahující polysacharidy (chléb, rýže, těstoviny, brambory). Sacharidy by měly tvořit asi 50–55% z celkového obsahu energie.

Základem redukční diety je snížení obsahu tuků na 30% celkového příjmu energie. Snížení obsahu tuků dosáhneme jednak výběrem vhodných potravin a také použitím malého množství tuku při přípravě pokrmů. Všechny tuky obsahují dvojnásobné množství energie ve srovnání se sacharidy a bílkovinami, jsou tedy energeticky dvojnásobně vydatné. Jejich sytící účinek je přitom nejnižší.

Bílkoviny získáváme z poloviny z živočišných zdrojů (maso, mléko, mléčné výrobky), z poloviny z rostlinných zdrojů (luštěniny, obilné výrobky, zelenina).

Zelenina obsahuje vitamíny, minerální látky a současně i vlákninu, která navozuje pocit sytosti a má příznivý účinek na metabolické poruchy provázející nadváhu. Nezapomínáme na každodenní konzumaci ovoce a na dostatečný přívod tekutin (minerální vody a neslazený ovocný čaj). Děti mají umožněn volný přístup k tekutinám. Návyk na uspokojivý pitný režim (2–3 litry denně) by si měly děti osvojit již v dětství, jako samozřejmou součást potravního chování.

■ Pohybová aktivita

Ke zvýšení energetického výdeje přispívá nejen pohyb, ale i fakt, že ještě několik hodin po cvičení je rychlejší látková přeměna. Pohyb neslouží pouze ke spalování energie, ale má řadu kladů, např.: při cvičení se zbavujeme tukové tkáně, nikoli svalové, což je u hubnutí žádoucí.

Pohyb je významným preventivním činitelem, zabraňuje vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Je dokázáno, že pohyb vyvolává dobrou náladu.

Nejvhodnější a nejfyziologičtější způsob, jak zvýšit pohybovou aktivitu u dětí jsou každodenní vycházky.

Chůzí zatěžujeme děti postupně a citlivě vycházkami do okolních lesů a později horskými túrami.

- Malé děti : 2–6 km denně
- Velké děti: 4–10 km denně.

Tato dávka je rozdělena do dvou částí, dopolední a odpolední.

■ Míčové hry na hřišti

Malé děti: soutěživé hry s míčem, po individuálním posouzení lékařem skoky přes švihadlo, kuželky apod. Velké děti: fotbal, vybíjená, tenis, ping-pong, basketbal.

■ Cyklotrenažéry

Postupná zátěž po 5 minutovém rozcvičení. Osobní zátěž určí lékař. Jazz – gymnastika aerobního charakteru, doplněná některými cviky z kalanetiky. Švihovou cyklickou aktivitu ve svižném tempu střídají dechová cvičení doprovázená protahováním a relaxačními cviky. Součástí cvičení jsou cviky posilující ochablé břišní svaly. S výjimkou lehké nadváhy omezujeme poskoky, které mohou vést k poškození nosných kloubů. **Doba trvání cvičení je 30–45 minut.** Cvičíme ve skupinách asi po 10 dětech.

■ Plavání

V letním období v bazénu, který je součástí areálu. V zimním období plaveme v krytém bazénu v Jilemnici či v Jičíně.

■ Běh na lyžích

V zimním období půjčujeme dětem běžky.

Na začátku a ke konci pobytu provádíme zátěžový test na ergometru a kalipometrii na 10 místech těla.

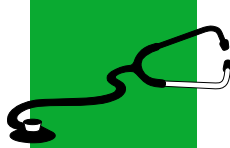
■ Pro léčbu dětské obezity jsou důležité dva faktory:

a) Plná angažovanost alespoň jednoho z rodičů v redukčním programu. Rodič musí projevovat aktivní zájem na léčbě dítěte, musí je umět povzbuzovat. Povzbuzování patří mezi nejdůležitější prvky v redukci hmotnosti. Obézní děti si užijí dost úsměšků mezi spolužáky, je proto nutné, aby k něčemu podobnému nedocházelo na jediném místě, kde se má dítě vždy cítit jistě a oceňované.

b) Zapojení dětí do pravidelné tělovýchovy a pravidelný pohyb v přírodě. U obézního dítěte je třeba individuálně upravit jeho pohybový režim tak, aby mělo pocit, že na cvičení stačí a mohla se postupně zvyšovat jeho náročnost.

Je zřejmé, že léčba obézního dítěte se týká celé rodiny. Snažíme se s rodiči navázat spolupráci.

Hexavac



Vydali jsme brožurku „Hubneme i doma“, kterou dostávají rodiče obézních dětí při propouštění. Po půl roce pobytu zasíláme rodičům léčených dětí dotazník, který nám zajišťuje zpětnou vazbu mezi námi a rodiči. Z dotazníkových informací si asi 60% dětí udrží svou hmotnost po půl roce pobytu, těch 40% může využít nabídky k opakování pobytu.

■ Kognitivně behaviorální přístup:

Organické příčiny obézního tělesného vývoje jsou řídké. Obezita bývá většinou způsobována přejídáním a nedostatečným výdejem energie, což je podmíněno psychologicky. Sklon k nadměrnému ukládání tuku v těle vzniká obvykle již v kojeneckém věku a od svého počátku bývá podmíněno nesprávnou interakcí rodičů, především matky s dítětem. Porušení v tomto vztahu se projevuje nejčastěji těmito známkami:

1) Dítě je výkladní skříní matky. Podle lidového stereotypu „tlusté a růžové dítě“ je dítětem zdravým a šťastným, jeho matka je tak i ve svých očích dobrou matkou.

2) Matka dobře nerozlišuje význam signálů potřeb dítěte a má sklon na jakýkoliv projev nelibosti reagovat krměním. Tím je také dítě zbaveno příležitosti samo rozlišit význam různých tělesných pocitů a citových hnutí, zvláště pak odlišit pocit hladu od jiných druhů strádání.

3) Dítě se učí na veškeré nepřijemnosti reagovat jídlem.

Pro obézní dítě je typické narušené vnímání vlastního těla. Vnímá je jako vnější předmět, kterému je vydáno napospas, kterému je na obtíž a pro nějž, za fasádou negativismu a tvrdohlavosti,

trpí pocitem méněcennosti.

Pro příznivý účinek terapie je důležité rozpoznat, nakolik je dítě omezeno a strádá ve svých duševních a sociálních potřebách. Často bývá u dětí psychologická obrana popřením. V této fázi potřebujeme dítěti porozumět a akceptovat je, i když se ještě o tomto neumí přiměřeně vyjadřovat. Právě proto používáme výtvarnou techniku „Začarovaná rodina“ pro ujasnění sociálních vztahů mezi členy rodiny navzájem a model „Stromu“, abychom porozuměly duševním potřebám dítěte. Zabýváme se a pracujeme cíleně s dětmi od 6–11 let, protože v této věkové skupině je motivace velmi malá nebo dokonce žádná a problematikou obezity tohoto věku se zatím nikdo příliš nezabývá.

Léčebný postup behaviorální terapie má opravit porušený průběh postižených funkcí cíleným zásahem do jejich vnitřních nebo vnějších podmínek, který umožní vytvoření zdravých způsobů chování. Důležitým faktorem je motivovanost, rozhodnutí a odhodlání dítěte pokusit se o změnu ve svém chování a výkonu. Tady hraje významnou roli síla skupiny stejně problémových dětí. K vystupňování vlády nad vlastním chováním slouží technika sebepozorování, sebehodnocení a sebedměňování či sebetrestání.

Chování směřující k cíli lze využívat od šesti let věku dítěte výše. K tomuto účelu používáme pohádky typu Otesánek, Princ Bajaja a podobně. Jsou to příběhy, kde hlavní hrdina musí překonávat překážky. Děti vyslechnou příběh a potom malují ten motiv, který je nejvíce zaujal. Společně o tom komunikují, děti se učí vyjadřovat vlastní myšlenky a názory a být citlivější ke sdělení druhých. Komunikace citových prožitků je zvláště

účinným faktorem. Děti se tak učí vyjadřovat své pocity novým způsobem a přitom sociálně přijatelnějším. Pro mnohé děti je zvláště cenná zkušenost pozitivního přijetí ze strany druhých dětí, ocenění a respektování od vrstevníků, čemuž se snažíme napomáhat.

Zkoušení nových forem chování provádíme tzv. přehráváním. Pohádku znovu hrají děti buď obsazením do rolí nebo maňáskovým divadlem. Pocit sounáležitosti mezi dětmi narůstá a je zdrojem informací, že dělat něco pro druhé se vyplácí a přináší i uspokojení. Děti pomoc nejen přijímají, ale také ji poskytují. Tato forma terapie je časově náročná, trvá přibližně 1,5 hodiny, probíhá 2–3 krát týdně. Důležitým motivačním činitelem u dětí je schopnost terapeuta ukázat dítěti svým chováním, že je přijímá jako plnohodnotného spolupracovníka. Nezlehčuje postřehy, názory a city dítěte. Dítě má dovoleno vyjádřit své vlastní mínění ve věcech, které se týkají jeho života. Pomocí tzv. léčebných pohádkových příběhů vytváříme žádoucí, avšak chybějící způsob chování a odstraňujeme nebo přepracováváme nežádoucí způsoby chování. Užitečným zácvikem v tomto směru je několikátý denní pobyt v našem zařízení. Obézním dětem, kterým kromě uvedení do stravovacích a pohybových opatření poskytneme i zkušenost s družnou a odměňující aktivitou ve skupině vrstevníků.

Objektivní pokroky dítěte v osvojování praktických i sociálních dovedností a v získávání celkové tělesné zdatnosti, jsou motivujícím argumentem k léčbě pro dítě samé i pro jeho rodiče. ■

Péče o diabetiky v adolescenci

MUDr. David Neumann, Ph.D., Doc. MUDr. Oldřich Pozler, CSc.

Dětská klinika FN, Hradec Králové

Dospívání je pro děti s diabetem mellitem 1. typu (DM1) stejně přelomové jako pro jejich vrstevníky. Ošetřující lékaři musí reagovat tak, aby převedli diabetika do dospělosti v kompenzovaném stavu a bez chronických komplikací. Nezbytné je také pomoci adolescentovi stát se schopným samostatného nezávislého dospělého života.

Pubertální rychlý somatický vývin je následován v adolescenci změnami psychiky

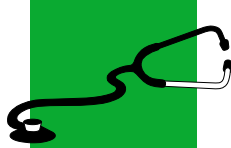
dospívajících. Psychická a sociální adaptace v dospívání je u diabetiků komplikovaná chronickým onemocněním i ztíženou kompenzací v důsledku biologických změn.

■ Biologické změny

Pubertální hormonální změny vedou k rychlému růstu a diferenciaci tělesné konstituce s typickou distribucí tuku. Současně způsobují fyziologické zvýšení inzulínové rezistence.

U diabetiků 1. typu je dobře známá z hyperglykemií nad ránem (fenomén svítání) a po jídlech.

Klasicky je DM1 definovaný jako onemocnění způsobené selektivní destrukcí beta buněk, které vede k absolutnímu nedostatku inzulínu a k celoživotní závislosti na jeho zevním podávání. Aby se definice DM1 stala východiskem pro léčbu dospívajících diabetiků, je lépe DM1 definovat jako metabolický



syndrom, jehož součástí je nutnost podávání exogenního inzulínu. Centrální roli však hraje chybění přirozeného fyziologického uvolňování inzulínu, tj. do portálního systému, a dále uvolňování podle jeho aktuální metabolické potřeby. Tak vzniká komplexní porucha metabolismu cukrů, tuků a bílkovin. Syndrom má obecné charakteristiky diabetu mellitu bez ohledu na typ.

■ Inzulínová rezistence metabolické změny u dospívajících diabetiků

Inzulínová rezistence má pro léčbu diabetu zásadní význam. Znamená potřebu vyšší než fyziologické plazmatické hladiny inzulínu k tomu, aby byla dosažena přiměřená tkáňová metabolická odpověď. Inzulínová rezistence je vysoká při ketoacidóze, kdy dávkování inzulínu 0,1 j/kg/hodinu znamená podání 2,4 j/kg/den. Přitom standardní dávka inzulínu pro děti je kolem 1 j/kg/den, v období remise pouze 0,3 – 0,5 j/kg/den. V pubertě vzrůstá potřeba inzulínu nutná ke kompenzaci diabetu na 1 – 1,3 (1,5) j/kg/den. Dospělý diabetik by neměl být léčený dávkou přesahující 0,6 – 0,8 j/kg/den.

Inzulínovou rezistenci působí i hyperinzulinismus. Zvýšení inzulínové rezistence je v dospívání fyziologické a vyšší dávkování inzulínu nutné. Endogenní sekrece zdravých dospělých však nepřekračuje 20 – 40 j/den, tedy méně než 0,3 – 0,5 j/kg/den. Subkutánní podání inzulínu je bez ohledu na inzulínový režim schématické ve srovnání s fyziologickým uvolňováním. Zvlášť při vysokých nárocích v dospívání. Je to další mechanismus, který inzulínovou rezistenci zvyšuje. A nejen to. Inzulín působí na dalších 16 místech intermediárního metabolismu. Vzniká dyslipidémie a další složky metabolického syndromu. Při léčbě je potřebné upravit dávkování inzulínu tak, aby vyvážilo přirozenou inzulínovou rezistenci, ale nedocházelo k jejímu dalšímu jatrogennímu prohlubování. Je nezbytné kombinovat inzulínoterapii s dalšími možnostmi zvýšení senzitivity organismu k inzulínu, tj. pravidelným aerobním pohybem a dietou. Velmi výhodné se jeví potraviny s cukry s nízkým glykemickým indexem.

Kromě režimu kontinuální subkutánní inzulínové aplikace (CSII) inzulínovou pumpou není možné napodobit fyziologicky odlišnou úlohu bazální sekrece inzulínu (1/2 celkové), která potlačuje jaterní glukoneogenezi, a postprandiální sekrece, vyrovnávající pran-

diální zvýšení glykémie. U dospívajících přetrvávají vysoké hyperglykémie po jídle až 8 hodin, a to při podání dávek rychle působícího inzulínu 0,3 j/kg, ve srovnání s dospělými diabetiky, u kterých se při dávkách 0,05 j/kg normalizují do 2 hodin. Hyperglykémie po jídle zhoršují v dospívání celkovou kompenzaci DM1.

Důsledky metabolické malkompenzace a aktivace vedlejších metabolických cest (pentózový zkrat), lipotoxicita, glukotoxicita a metabolické výkyvy dále poškozují i vlastní reziduální beta buňky. Zkracuje se období remise.

■ Vznik a progresse chronických komplikací v dospívání

Chronické komplikace DM1 mají vztah k délce onemocnění. Jejich ovlivnění dospíváním nebylo jednoznačně prokázáno. Compliance pacienta je považovaná za hlavní faktor oddálení mikro a makrovaskulárních komplikací. V klinické praxi jsou však pacienti, kteří při stejných doporučeních, stejné edukaci a ochotě ke spolupráci nedosahují tak těsné kompenzace, jako jiní. Jaká je příčina? Odpovědí může být genetická výbava – genotyp pro autoimunitu s imunogenní stimulací (vznik tyreoiditidy), genotyp pro metabolický syndrom a také polymorfismus vybraných enzymatických systémů, např. systém renin – angiotenzin, kinin – kalikrein. Naopak, metabolické komplikace – hyperglykémie, dyslipidémie s hypertriglyceridemií, nadváha a jaterní steatóza – k inzulínové rezistenci dospívajících vztah mají.

■ Dospívání a dětský diabetik

Do takového metabolického stavu vstupují obtíže psychické a sociální adaptace směrem k dospělosti. Je nutné si uvědomit, že denní program a spektrum činností a zájmů dospívajících je o mnoho pestřejší než dospělých. Handicap chronického onemocnění se ještě zvyrazňuje. Je potřebné připravit dospívajícího na změnu z prostředí, kdy se o něho starají s empatií druzí, do prostředí, kdy bude odpovědný sám za sebe. Doporučení, která splňují požadavky na dobrou kompenzaci DM1, mohou popírat nutnost osamostatnění se. Například aerobní pohyb při pravidelné rodinné procházce zlepšuje nepochybně senzitivitu organismu k inzulínu, ale takový „terapeutický plán“ je „nefyziologický“ pro dospívající. Pokud je realizovaný,

pravděpodobně potlačí rozumnou svobodnou vůli u většiny adolescentů. Také představuje, že dopívající diabetici nejedí sladké a jsou abstinenty je mylná. Generační střet se projevuje stejně jako u jejich vrstevníků, nejvíce jim vadí omezování rodiči, dokonce víc, než dietní restriktce. Na druhou stranu, někteří rodiče neodhadnou schopnost samostatnosti svého fyzicky dospělého dítěte. Tím dítě ztratí podporu, kterou v daném věku ještě potřebuje.

■ Přístup diabetologa a praktického lékaře k dospívajícím diabetikům

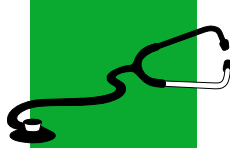
Přístup i doporučení musí vystihnout charakter dospívajícího, povahu, otevřenost a inteligenci. Musí brát v úvahu také rodinné zázemí a situaci, poměry ve škole a mezi vrstevníky. Diabetes nesmí vyřazovat z kolektivu, ze sportu a společných akcí. Je potřeba zabránit, aby se stal centrem života, ale také, aby diabetik popřel nemoc, začal tolerovat hraniční a vyšší glykémie jako normu, se svou nemocí se izoloval, nebo dokonce svou nemoc využíval k získání výhod. Adolescent musí porozumět vztahu chování – důsledek. Dospívající pozná manipulaci. Je nezbytné mu nechat volnost k rozhodování o sobě. Edukace a doporučení musí mít smysl a výkony, např. monitoring, nesmí být samoučelné, ale musí měnit léčbu nebo chování.

Pro diabetologa i praktického lékaře pro děti a dorost platí, že adolescent „klame tělem“. Diabetolog musí diabetika zkompenzovat, detailně vysvětlit, jak diabetes zvládnout v nejrůznějších situacích a připravit dospívajícího na změny v péči v dospělosti.

Praktický lékař by měl mít základní přehled o léčbě a sledovat aktuální české písemnictví o diabetu v dětství. Měl by rozumět principům léčby a nemít respekt z inzulínové terapie. Nejlépe zná rodinnou situaci a může pomoci překonat důvody špatné compliance a rizikového chování.

Diabetici profitují ze spolupráce mezi praktickým pediatrem a diabetologem. Doporučení obou musí souhlasit. Diabetolog i praktický pediatr by měli střízlivě posuzovat odborné kroky svého kolegy a v případě nejasností ho kontaktovat, event. navrhnout změnu lékaře.

Literatura u autora



Zkušenosti s realizací selektivního screeningu dětí rizikových pro časnou aterosklerózu v České republice

Doc. MUDr. F. Stožický, DrSc.

Dětská klinika FN a LF UK, Plzeň

MUDr. A. Šebková, MUDr. R. Pečenková

Ordinace praktických lékařů pro děti a dorost Západočeského regionu

MUDr. J. Liška

Mulačova nemocnice, Plzeň

■ Úvod

Výsledky epidemiologických studií v posledních desetiletích ukazují, že nemoci oběhové soustavy se v zemích s rozvinutou ekonomikou podílejí na celkové mortalitě stále více než 50 %. Přesto, že v České republice je v kardiovaskulární mortalitě patrná od roku 1985 určitá stabilita a od devadesátých let dokonce mírný pokles, byly v r. 2001 nemoci oběhového ústrojí příčinou 53 % všech úmrtí. Z hlediska zdravotnického, ale i celospolečenského, je závažná také skutečnost, že klinická manifestace aterosklerózy, jmenovitě ischemické choroby srdeční (ICHS), se posouvá do stále mladších věkových skupin. Nemoci oběhové soustavy jsou klinickou manifestací aterosklerózy. Aterogeneze, vedoucí ke vzniku aterosklerotických lézí v aortě a věnčitých tepnách, začíná již v průběhu dětství, a to za přímého vlivu tzv. rizikových faktorů ICHS. Jedním z hlavních rizikových faktorů jsou dyslipoproteinemie. Proto těžké formy primárních genetických hypercholesterolemí by měly být diagnostikovány a léčeny již v průběhu dětství a adolescence.

Nařízením vlády ČR (216/1992 Sb) o Zdravotním řádu a příslušným metodickým pokynem (3) byl v r. 1992 uveden v České republice do praxe celostátní selektivní screening dětí rizikových z hlediska časně manifestace aterosklerózy. Jeho hlavním realizátorem v praxi, jak vyplývá z metodické části tohoto preventivního programu, jsou praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD). V letošním roce, tedy po 10 letech od zahájení screeningu, nás proto zajímalo jaká je pozice praktických pediatriů při jeho realizaci a jaké jsou odhady výsledků této jejich činnosti.

■ Metoda a soubor

V průběhu druhé poloviny roku 2002 jsme pomocí dotazníku získali informace od 200 respondentů, což představuje přibližně 1/10 všech PLDD. Jednotlivé otázky jsme uskupili do několika předem formulovaných problémových okruhů. Byly to problémy vyplývající z vlastního charakteru screeningu a také problémy související s jeho praktickou realizací a s možnostmi ověření jeho výsledků. Chtěli jsme například vědět jaká je informovanost praktických pediatriů o problematice nemocí oběhové soustavy v České republice a jaká je jejich znalost metody primární prevence, metody selektivního screeningu a případných léčebných postupů. Zajímalo nás jejich názor na realizaci primární prevence nemocí oběhové soustavy již v průběhu dětství a adolescence. Chtěli jsme se dovědět jaký je výskyt dětí s pozitivní rodinnou kardiovaskulární anamnézou a dětí s významnou dyslipoproteinemií mezi dětmi praktickými pediatrii evidovanými.

■ Výsledky

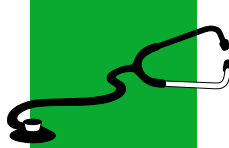
Nemoci oběhové soustavy považuje za hlavní příčinu mortality obyvatel České republiky správně většina dotázaných, t.j., 83%. Za hlavní příčinu vzniku a rozvoje ischemické choroby srdeční označilo 71 % respondentů aterosklerózu a 16 % dyslipoproteinemie. Realizaci prevence nemocí oběhové soustavy už v průběhu dětství a adolescence považovali za smysluplnou všichni dotázaní. Stejným způsobem se vyjádřili o své úloze v primární prevenci aterosklerózy u dětí. Většina praktických pediatriů, tedy 87 % těch, kteří byli dotázáni, si je vědoma toho, že jejich **účast ve screeningu není dobrovolná**, ale že je dána zákonnou normou. O tom, že jde o selektivní, nikoli celopopulační screening, bylo správně informováno 98 % dotázaných. Avšak **pouze**

30 % z nich správně uvedlo, že ověřování pozitivní rodinné kardiovaskulární anamnézy se děje v rámci povinné preventivní prohlídky dítěte v 5. a 13. roce života. Naproti tomu většina dotázaných, tedy 75 %, správně udala, že vyhledávání rizikových dětí se v rámci selektivního screeningu děje nikoli podle jejich zdravotního stavu, ale podle relevantního údaje v rodinné anamnéze. Všichni dotázaní uvedli, že je jim znám obsah termínu „pozitivní rodinná kardiovaskulární anamnéza“. Avšak **pouze 13 % dotázaných správně vyjmenovalo všechny rizikové údaje**, které náplň tohoto termínu tvoří. Všechny analyty, které jsou stanovovány v rámci běžného „lipidogramu“, vyjmenovalo 83 % dotázaných. Bez odpovědi ponechalo dotaz na optimální poměr tuků s nasycenými a nenasycenými mastnými kyselinami ve výživě dítěte 58 % respondentů a správně na něj odpověděla jen 4 % z nich. Jaká je minimální pohybová aktivita, která je ještě účinná z hlediska snižování rizika, vědělo 63 % dotázaných. **Za hypolipidemikum schválené pro použití u dětí považovalo 37 % dotázaných praktických pediatriů pryskyřičné sekvestranty žlučových kyselin.** Podstatná část respondentů, celkem 27 %, se však domnívala, že pro použití u dětí není schváleno hypolipidemikum žádné.

V odhadu zastoupení **dětí s pozitivní rodinnou kardiovaskulární anamnézou** mezi dětmi evidovanými praktickým pediatriem byl značný rozptyl. V průměru to bylo 18 % dětí. Totéž platí o odhadu zastoupení **dětí s „abnormálním lipidogramem“** mezi dětmi, o které pediatri pečují. Polovina dotázaných odhadla výskyt těchto dětí na 20 %.

■ Diskuse

Zastánců prevence aterosklerózy a nemocí oběhové soustavy, které na jejím pod-



kladě vznikají, už v průběhu dětství a adolescence v řadách dětských lékařů stále přibývá. Navíc mezi samotnými pediatry sílí názor, že dosud doporučovaný selektivní screening dětí zatížených vysokým stupněm rizika časně manifestace klinických forem aterosklerózy po dosažení dospělosti nedostačuje a měl by být nahrazen screeningem celopopulačním, který je sice ekonomicky náročnější, ale zato účinnější. Na Slovensku se například již podařilo zavést tuto náročnější formu vyhledávání rizikových dětí do praxe. Zakotvením ověřování rodinné kardiovaskulární anamnézy ve Zdravotním řádu jako obligátní součásti pravidelných povinných preventivních prohlídek dětí v 5. a 13. roce věku byl selektivní screening rizikových dětí v naší republice institucionalizován. To však neznamená, že v zemích, kde realizace selektivního screeningu v praxi není určena zákonem, se vyhledávání rizikových dětí neděje. Z výsledků dotazníkové studie Arnesona a spol. (1) z roku 1992 kupříkladu vyplývá, že téměř všichni američtí pediatři vyšetřují u svých pacientů cholesterolemii, a to většinou, tedy v 58 %, u dětí s pozitivní rodinnou kardiovaskulární anamnézou. Přesto, že pouze 33 % z nich vyšetřuje sérovou hladinu cholesterolu u všech jimi evidovaných dětí, větší část jich (66 %) je pro zavedení celopopulačního screeningu. V tomto postoji není mezi nimi a našimi praktickými lékaři pro děti významný rozdíl. Avšak i přes téměř obecný souhlas s uvedením celopopulačního screeningu do praxe, pochybují američtí dětské lékaři, na rozdíl od našich pediátrů, o hladině celkového cholesterolu v séru dětí jako o spolehlivém predikátoru nemocí oběhové soustavy v dospělosti, ale také o své schopnosti udržet rizikové děti na předepsané dietě. Stejně jako všichni praktičtí lékaři pro děti a dorost zavzatí v roce 1992 do studie Šamánka a Urbanové (2), také 100 % námi dotázaných praktických pediátrů vyjádřilo názor, že prevence nemocí oběhové soustavy v průběhu dětství má svůj smysl a že jejich účast na této prevenci je velmi důležitá. Vysokou hladinu celkového cholesterolu v séru definovalo v naší studii správně 87 % pediátrů. V uvedené studii americké to byli všichni, ale ve studii Šamánka a spol. jen 24 %. Poměrně málo (30 %) námi dotázaných pediátrů správně uvedlo preventivní prohlídku v 5. a 13. roce jako prohlídku, v rámci které musí být ověřena rodinná kardiovaskulární anamnéza. Velmi nevyvážené byly odpovědi praktických lékařů pro děti na dotazy, které měly ověřit úroveň jejich znalostí léčebného přístupu k dětem vyhledaným pomocí selektivního screeningu. Například optimální poměr tuků s nenasycenými a nasycenými mastnými kyselinami v dietě správně uvedly pouze 4 % dotázaných. To je v přímé shodě s výsledky uvedené studie Šamánka a Urbanové (2), ve které velká většina odpovědí pediátrů na složení diety byla nesprávná. Poněkud lepší byla informovanost praktických pediátrů o režimových opatřeních. Jaká je minimální pohybová aktivita, která je ještě účinná z hlediska prevence aterosklerózy, vědělo kupříkladu 63 % dotázaných. Poměrně rozporné se ukázaly být také znalosti z farmakoterapie dyslipoproteinemií u dětí.

Závažným problémem také zůstává možnost ověření do jaké míry praktičtí lékaři pro děti a dorost v rámci preventivních prohlídek dětí skutečně po údajích z rodinné kardiovaskulární anamnézy pátrají. Jen zcela výjimečně mají vyhledané rizikové děti ve zvláštním registru. Většinou jsou k dispozici jen jejich hrubé odhady.

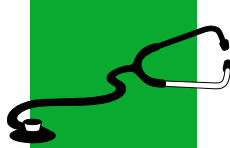
■ Závěr

Z odpovědí vyplývá velmi dobrá informovanost dotázaných o problematice nemocí oběhové soustavy v ČR i o metodách primární prevence. PLDD považují provádění selektivního screeningu za účelné a chápou význam své role v něm. Jsou dobře obeznámeni s jeho metodikou. Poněkud méně přesná je jejich informovanost o případných léčebných opatřeních. Výskyt dětí s pozitivní rodinnou kardiovaskulární anamnézou mezi dětmi, o které pečují, odhadují PLDD v průměru na 18 %, ovšem s velkým rozptylem, a to od 1 až po 50 %.

Literatura u autora

Výsledky této studie byly zpracovány na základě vyhodnocení následujících otázek:

1. Která z uvedených skupin nemocí je hlavní příčinou mortality v ČR?
 - a) nádorová onemocnění
 - b) nemoci oběhové soustavy
 - c) úrazy
2. Jaký proces vede ke vzniku ischemické choroby srdeční?
 - a) ano
 - b) ne
3. Má smysl provádět prevenci nemocí oběhového ústrojí už v dětském věku?
 - a) ano
 - b) ne
4. Je úloha PLDD v primární prevenci aterosklerózy u dětí důležitá?
 - a) ano
 - b) ne
5. Účast PLDD v primární prevenci aterosklerózy je upravena:
 - a) zákonnou normou
 - b) dobrovolná
6. Znáte náplň pojmu „pozitivní rodinná kardiovaskulární anamnéza“?
 - a) ano
 - b) ne
7. Ověřování positivity rodinné kardiovaskulární anamnézy je náplní povinné preventivní prohlídky dítěte:
 - a) ve 3 letech
 - b) v 5 letech
 - c) v 10 letech
 - d) ve 13 letech
 - e) v 15 letech
8. Hladina celkového cholesterolu v séru dospělých příbuzných Vašeho dětského pacienta s dyslipoproteinemií 6,5mmol/l je:
 - a) vysoká
 - b) nízká
 - c) normální
9. Pohybovou aktivitu (cvičení nebo sportování), aby byla z hlediska prevence aterosklerózy účinná, je třeba provozovat minimálně:
 - a) denně
 - b) 3x týdně
 - c) 2x týdně
10. Jaký je optimální poměr tuků s nenasycenými a nenasycenými mastnými kyselinami (poměr P/S) ve výživě dítěte?
P/S =
11. Z hypolipidemik jsou pro použití u dětí určeny:
 - a) statiny
 - b) pryskyřičné sekvestranty žlučových kyselin
 - c) fibráty
 - d) kyselina nikotinová
12. Na jaké pracoviště odesíláte děti k nutné lékové intervenci při dyslipoproteinemií?



Drogová závislost a riziko infekce virovými hepatitidami u mladistvých

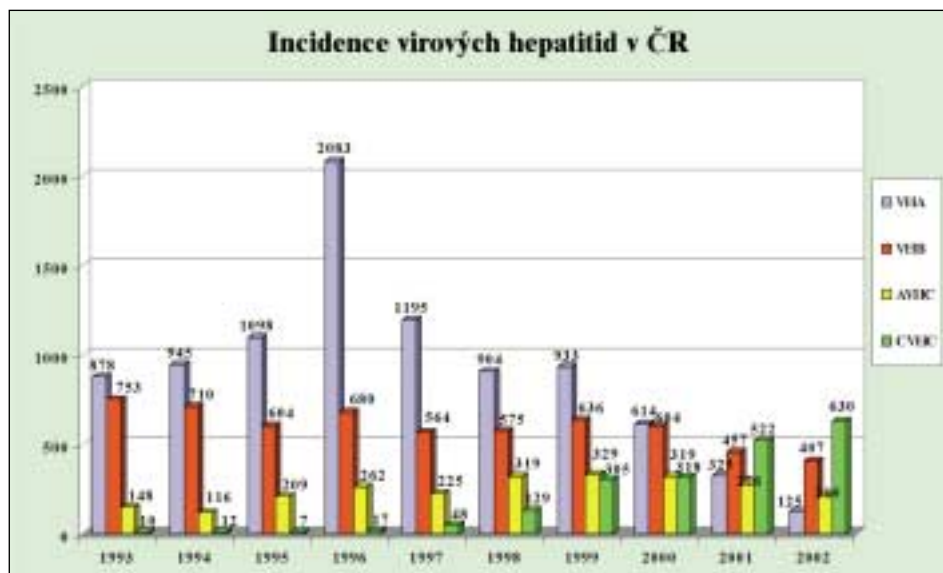
Prim. MUDr. Jiřina Hobstová, CSc.

Infekční oddělení, FN Motol, Praha

Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v roce 2002 podle Hygienické stanice HMP se v ČR pohybují od 26 100 do 42 500. Nejvíce zdatelů o 1. léčbu bylo v roce 2002 ve věkové skupině od 15–19ti let (273,9/100 000). Škodlivé užívání drog a s ním i problematika infekčních chorob, kterou s sebou tyto aktivity přinášejí se již delší dobu dostávají do působnosti praktických lékařů pečujících o děti a dorost. V čem spočívá vysoké riziko infekční nemoci? Na prvním místě je to používání nesterilních jehel, které si mezi sebou uživatelé při aplikaci drogy vyměňují. Výměnné programy pomůček k aplikaci drogy, které jsou na území ČR realizovány kontaktními centry jistě toto riziko významně snižují. Na druhém místě je to sexuální promiskuita, která je v komunitě uživate-

našem území zaznamenána epidemie v komunitě problémových uživatelů drog a v romské komunitě se výskyt stále snižuje a většina hlášených případů jsou importované nákazy (graf č. 1). I v incidenci hepatitidy B dochází také k významnému poklesu. Hepatitidy A a B jsou preventabilní nákazy, cestovatelé jsou většinou očkovaní, rizikové skupiny obyvatel jsou také očkované a od roku 2001 je v ČR zavedena plošná vakcinace novorozenců proti VHB. Lze tedy předpokládat, že incidence VHB bude dále klesat. Jiná je situace u hepatitidy typu C (VHC). Objev viru hepatitidy C v roce 1989 nám umožnil detekovat tuto infekci v ČR od roku 1992. Do této byl častý posttransfuzní přenos, zatímco od roku 1992 můžeme konstatovat, že nově zjištěné nákazy jsou získané

hepatitida typu B mívá často v popředí bolesti kloubů a extrémní únavu. Inkubační doba VHA je 15–56 dní, VHB 50–180 dní, VHC 3–12 týdnů. Pokud známe přibližnou dobu nákazy virem hepatitidy B i C je třeba nemocného pečlivě sledovat a v pravidelných intervalech odebrat nejenom hepatocelulární enzymy, ale i HbsAg či PCR HCV, abychom včas podchytili akutní fázi, která může být u asymptomatických forem jinak přehlédnuta. Nemocný s jakoukoli formou akutní hepatitidy patří na infekční lůžko, alespoň ke krátké hospitalizaci. Pravidlem ale v praxi bývá, že aktivní uživatel je ve velmi častém riziku, pokud si půjčuje jehly a k lékaři přichází až s obtížemi při akutní hepatitidě. Bohužel asymptomatické akutní hepatitidy B i C záchytu unikají a infekce je v komunitě uživatelů šířena dál. Prvozáchyt protilátek proti VHC je často detekován až v léčebném zařízení (psychiatrické léčebny, detoxifikační stanice apod.) a mylně hlášena akutní infekce, pokud je zároveň i zjištěna biochemická aktivita. Naopak v případě rizikového chování klienta je v případě hepatocelulární léze a negativních protilátek proti VHC (při negativních markerech ostatních hepatitid či hepatotropních virů) vhodné odebrat RNA HCV (PCR). Virus hepatitidy C má 6 genotypů, jejichž výskyt se regionálně liší. Na území ČR prevaluje genotyp 1, což má značný dopad, protože to je genotyp, který je nejhůře terapeuticky ovlivnitelný. Zatímco pouze 10% VHB přechází do chronicity, VHC chronicity probíhá asi v 80% případů. Během dalších 5–20 let přibližně (záleží na způsobu života, především požívání alkoholu) dalších 5%–10% nemocných přechází do cirhózy s možným rizikem vzniku hepatocelulárního karcinomu v cirhóze. Právě tato progresse chronické hepatitidy C i B do cirhózy je důvodem snahy po včasné diagnostice, potažmo léčbě. V současné době jsou k dispozici velmi dobré diagnostické metody včetně přímé detekce nukleových kyselin obou virů, které nám umožní posuzovat virovou nálož i efekt léčby (amplifikační metody stanovení DNA viru VHB a RNA viru VHC). Tyto metody nám také umožňují včasnou diagnostiku onemocnění, např. v případě profesionálního poranění jehlou od nemocného s hepatidou B či C a včasnou léčbu v případě přenosu nákazy a pomáhají nám účinně monitorovat antivirovou léčbu.



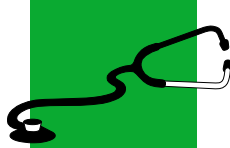
lů vysoká a která vysokou měrou přispívá k šíření sexuálně přenosných nemocí včetně hepatitidy B. Sexuální přenos hepatitidy C je možný, ale z epidemiologického hlediska nevýznamný.

Virová hepatitida A se přenáší fekálně-orální cestou a šíří se v komunitách s nízkým hygienickým standardem. Vzácně je popisován i přenos krví v krátkém období virémie, ale zdá se, že tento způsob přenosu nemusí být nevýznamným u intravenózních uživatelů drog v době vysoké incidence VHA. Od roku 1996, kdy byla na

převážně krevní cestou při aplikaci drogy. Vakcína neexistuje a v prevenci nákazy se uplatňuje výhradně zabránění přenosu krevní cestou, a to nejčastěji zabránění aplikaci drogy jehlou po nakaženém uživateli. Kontrola krevních derivátů je samozřejmostí. Jak je uvedeno výše, je ojediněle možný i přenos sexuální.

Všechny virové hepatitidy mohou probíhat asymptomaticky, oligosymptomaticky i s typickým klinickým obrazem, a to s ikterem i aniktericky. Zatímco v popředí manifestní hepatitidy A jsou gastrointestinální potíže často s ikterem,

Quick Read



Léčba chronické hepatitidy B spočívá v podávání 4–6ti měsíčnímu interferonu v monoterapii nebo v kombinaci s lamivudinem. Samotný lamivudin podáváme dlouhodobě i s vědomím, že po určité době vzniknou rezistentní mutanty viru a nemocný se stane opět virémickým. V nejbližší době bude registrováno i na území ČR další nové virostatikum, které bude účinné i proti rezistentním mutantům viru VHB adefovir dipivoxil.

Léčba chronické hepatitidy C spočívá opět v antivirové medikaci, tudíž v podávání interferonu v kombinaci s ribavirinem. Infekce genotypem 1 je indikací k podávání pegylovaných interferonů, jejichž účinnost je vyšší než u interferonů konvenčních. I přesto je účinnost léčby v případě infekce genotypu 1 jen o málo vyšší než 50% a zbývající menší polovina nemocných buď na léčbu nereaguje nebo se u nich rozvine relaps hepatitidy provázený virologickou a dříve nebo později i hepatocelulární aktivitou. Léčba chronické hepatitidy C i B je velmi náročná. Je provázená řadou nežádoucích účinků, jejichž zvládnutí klade vysoké nároky na léčeného klienta i jeho lékaře. Je náročná i po finanční stránce, navýšení úhrady

musí být povoleno ZP, neboť jde o statisícové částky vynaložené na léčbu jednoho pacienta. U aktivních uživatelů omamných látek antivirovou léčbu u chronické hepatitidy nezahajujeme. Jedním z důvodů je absolutní nespolehlivost těchto klientů. Vzhledem k nežádoucím účinkům podávané medikace jsou nutné pravidelné kontroly krevního obrazu i jiných vyšetření a případná úprava dávek léků, což absence compliance u aktivních uživatelů drog znemožňuje, navíc aplikace drog během léčby nevylučuje reinfekci. Naše pracoviště vyžaduje roční doloženou abstinenci od drog (doklady z léčeben, ambulantních zařízení), nikdy léčbu nezahajujeme, pokud není jistota, že ji budeme moci dokončit (výkon trestu). Velmi úzce spolupracujeme s psychiatrem a před zahájením léčby podepisuje klient (abstinnující uživatel) tzv. terapeutický kontrakt. Psychiatrické vyšetření vyžadujeme vždy, neboť jedním z vážných nežádoucích efektů léčby je vznik deprese a v indikovaných případech je vhodné zahájení podávání antidepressiv ještě před zahájením antivirové léčby. Vzhledem k náročnosti léčby je vhodné, aby pacient byl léčen v centrech, které mají s léčbou zkušenosti (hepatologické poradny

při gastroenterologických ambulancích či infekčních oddělením). V současné době je hepatitida C nejčastější hepatitidou na území ČR a je třeba, aby byla brána do diferenciálně diagnostické úvahy již i u dětí od 15 ti let, i když nejméně pěti- na žadatelů o první léčbu ve věku od 15ti do 19ti let udává první aplikaci drogy před 15tým rokem věku (většinou kanabinoidy). Dalším problémem, který může PLDD řešit je gravidita dívek s chronickou hepatitidou C. První těžkosti nastávají, pokud gravidní dívka drogy bere i v době těhotenství. Situaci v době po porodu řeší novorozenecké jednotky intenzivní péče, kam je většinou novorozenec převezen, po té nastupují sociální pracovníci. I když dívka přestane drogy brát, tak je malé nebezpečí vertikálního přenosu (do 4%). Zásadně se doporučuje kojit. Matku i dítě je vhodné předat hepatálními ambulancích, ve kterých bude dítě po stránce případného vertikálního přenosu sledováno a pokud se matka vzdá drog, je možné ji v těchto většinou infekčních ambulancích ji nabídnout léčbu před dalším těhotenstvím.

Literatura u autora

Vracející se variola a současné možnosti vakcinace

MUDr. R. Chlíbek

Katedra epidemiologie, Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně, Hradec Králové

Souhrn

Variola, vysoce infekční virové onemocnění, získala několik prvenství. Je to první onemocnění proti kterému byla objevena očkovací látka, první onemocnění, které se podařilo eradikovat a dnes je to první onemocnění, u kterého se vracíme zpět k očkování. Díky možnému riziku zneužití a umělého šíření v populaci je připomínán klinický obraz a epidemiologické charakteristiky onemocnění. Očkování má svá rizika a relativně značný výskyt nežádoucích reakcí. Je to zejména bolestivost v místě aplikace (86%), regionální lymfadenopatie (54%), únavnost (50%), bolesti hlavy (40%), myalgie (20%) a horečka (10%). Protože vakcína obsahuje živý virus vakcinie, který se replikuje v kůži, může dojít k rozšíření viru na jiná místa těla nebo na blízké osoby, u kterých se objeví stejné reakce jako u očkovanych. Vždy je potřeba zvážit zda riziko expozice varioly je vyšší než riziko vzniku těchto reakcí. I přes to, že Česká republika vlastní dostatečnou zásobu vakcíny, nezvažuje možnost zahájení masové vakcinace.

■ Úvod

Variola (pravé neštovice) je závažné vysoce infekční akutní virové onemocnění vyvolané virem variola z rodu Orthopoxvirus, u kterého existuje účinná možnost prevence v podobě očkování. Díky důsledné kontrole a očkování se podařilo zlikvidovat tohoto původce v lidské populaci. Vypadalo to, že nové generace lékařů budou moci zapomenout na závažnost a klinický obraz onemocnění. Zásadní

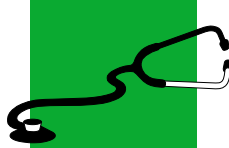
změny ve společnosti, rozvoj náboženských a militantních skupin, však nutí odbornou i laickou veřejnost zabývat se teoretickou možností umělého zavlečení varioly zpět do lidské populace s následným epidemickým šířením v imunologicky čisté a vysoce vnímavé skupině osob.

Nastalo období znovuoobnovení výroby očkovací látky, vypracovávání národních strategií protiepidemických opatření, zvažování zahájení očkování

a ožívování vědomostí o možnostech diagnostiky a klinickém obrazu varioly.

■ Historické souvislosti

Onemocnění pravděpodobně pochází z Indie nebo Egypta, kde se poprvé objevilo před více než 3 000 lety. Po staletí se opakující a všemi kontinenty křížující epidemie, tohoto lidského onemocnění, zdecimovaly celé populace a ovlivňovaly i průběh



historie. Variola patřila mezi jedny z hlavních příčin úmrtí malých dětí, zahubila více než 30% těch, kteří byli infikováni. V 18 století například variola zahubila ve Švédsku a Francii každé desáté dítě a každé sedmé v Rusku. Z těch, kteří přežili, 65–80% mělo celoživotní deformující jizevnaté následky, zejména v obličeji.

Teprve britský chemik Edward Jenner, svým objevem očkování proti variole v roce 1798 dokázal zpomalit další šíření tohoto devastujícího onemocnění a dal tak základ dosud nejvýznamnější možnosti prevence infekčních onemocnění – očkování. V padesátých letech 20. st., tedy 150 let po objevu očkování, se ještě odhadovali počty nakažených na 50 milionů případů ročně ve světě. O deset let později došlo díky očkování k výraznému poklesu počtu světových případů na 10–15 milionů ročně. V roce 1967 Světová zdravotnická organizace (WHO) zintenzívnila plán eradikace varioly a tak se poslední přirozený případ varioly objevil v roce 1977 v Somálsku. V roce 1978 se objevil ještě jeden případ ve Velké Británii, ovšem ne přenesený běžnou cestou, ale infikován laboratorním kmenem viru. Globální eradikace onemocnění byla potvrzena v prosinci 1979 a následně schválena v roce 1980. Imunizace proti pravým neštovicím byla ukončena v mnoha vyspělých zemích již v roce 1972. V roce 1979 WHO doporučila všem zemím ukončit očkování s výjimkou specifických skupin obyvatelstva jako jsou laboratorní pracovníci pracující s virem varioly apod. V roce 1982 byla oficiálně ukončena rutinní vakcinace ve 149 z 158 členských zemí WHO a ve všech zemích byla vakcinace definitivně ukončena v roce 1986. V České republice bylo očkování ukončeno v roce 1980. Variola tak získala několik prvenství. Je to první infekční onemocnění proti kterému byla objevena očkovací látka a zahájeno očkování. Zároveň je to první onemocnění, které se podařilo eradikovat. A dnes je to první onemocnění, u kterého se vracíme zpět k očkování.

■ Riziko zneužití

Na základě rozhodnutí Komise pro ortopoxviru WHO v letech 1994 a 1999 byly určeny pouze dvě světové laboratoře v USA (Centrum pro kontrolu nemocí a prevenci, Atlanta) a v Rusku (VECTOR), které mohou oficiálně pracovat s virem varioly v rámci vědeckých úkolů. V současné době ovšem nikdo nedovede odhadnout, kdo všechno se mohl dostat k tomuto viru a pokouší se s ním manipulovat za účelem přípravy biologické zbraně. Byly zaznamenány pokusy o zvýšení virulence viru jeho modifikací, například genetickými metodami, kombinací s virem Eboly apod. Virus varioly patří do kategorie A – nejzávažnějších biologických agens zneužitelných k výrobě biologických zbraní. S takovýmto biologickým agens se musí pracovat pouze v laboratořích s nejvyšším stupněm biologické ochrany BSL 4 (Bio Safety Level).

Zatím nebyly objeveny důkazy o výrobě biologické zbraně nesoucí virus varioly. Je možné, že díky lepší připravenosti jednotlivých zemí na eventualitu

takového útoku a zvyšujících se zásob očkovací látky, se virus varioly již stává pro bioteroristy nezajímavým. Přesto riziko umělého zavlečení viru do populace existuje.

■ Klinický obraz

Incubační doba pravých neštovic je obvykle 12–14 dnů (rozpětí 7–17 dnů), během které nedochází k šíření viru do okolí a infikovaný jedinec není proto nebezpečný pro své okolí. Rozeznáváme dvě základní formy onemocnění: variola minor s mírnějším průběhem a úmrtností menší než 1%, dále variola major s 30% úmrtností. U obou forem se objevují podobné kožní léze. Velice závažné a vysoce letální jsou další dvě vzácnější formy nemoci: hemoragická a maligní forma. První příznaky onemocnění jsou chřipce podobné symptomy (horečka, malátnost, bolesti hlavy, myalgie). Po dvou až třech dnech dochází k poklesu teploty a celkovému zlepšení stavu. Současně se objeví první charakteristický exantém, nejprve v obličeji, na horních končetinách a později s odstupem několika dní i na trupu. Léze se objeví i na sliznicích nosu a dutiny ústní, kde rychle ulcerují a dochází k uvolňování velkého množství viru do dutiny ústní. Kožní léze se postupně vyvíjejí přes stadium makul, papul, vesikul a pustul. Všechny kožní léze jsou vždy ve stejném stadiu vývoje, s typickou centrifugální lokalizací (více v obličeji a na končetinách než na trupu). Během 10–14 dnů se objevují krusty, které odpadávají a zanechávají depigmentované, často deformující jizvy.

Infekciozita onemocnění je nejvyšší při přímém kontaktu s nemocným během horečky a po dobu prvního týdne zarudnutí, kdy se virus nejvíce vylučuje dýchacími cestami. V tuto dobu je nejvyšší riziko přenosu infekce. Pacient je infekční po celou dobu trvání kožních lézí, nicméně množství viru uvolňované z těchto lézí je již nižší. K přenosu onemocnění dochází nejčastěji infikovaným aerosolem, méně často, ale možný je i nepřímý přenos kontaminovanými oděvy či ložním prádlem. V dnešní velice vnitřní populaci se odhaduje, že by jeden nemocný v průměru nakazil více jak 10 dalších osob.

■ Diferenciální diagnostika

Nejčastěji zaměnitelné onemocnění, na které musíme v rámci diferenciální diagnózy myslet je varicela – plané neštovice. Základním rozdílem v klinickém obraze varicely je:

- kožnímu výsevu předchází horečka
- kožní léze jsou více povrchové, rychleji se vyvíjí a současně můžeme vidět různá vývojová stadia lézí
- distribuce lézí je s maximem na trupu, nikdy se neobjevují na dlaních a ploskách nohou
- úmrtí jsou velmi vzácná

■ Očkovací látka

Vakcína proti pravým neštovicím patří mezi nejnebezpečnější očkovací látky s vysokou reaktogenitou. Je to živá očkovací látka připravená z živého viru vakcinie, která tedy neobsahuje etiologické

agens pravých neštovic – virus varioly.

Pro přípravu očkovací látky bylo ve světě použito rozdílných kmenů vakcinie. Například v USA byl používán tzv. NYCBOH (New York City Board of Health) vakcinia kmen. Tento kmen byl méně reaktogenní než jiné kmene, i přes to vyvolával zejména horečnaté reakce na vakcinaci. Jedny z největších současných světových zásob vakcíny proti pravým neštovicím mají USA. Jejich současná národní zásoby zahrnují i další v minulosti vyráběné vakcíny, jako Dryvax (Wyeth Laboratories Inc.) – derivovaná z telecí lymfatické tkáně a Aventis Pasteur vakcíny. Dále nově vyvinuté vakcíny, ACAM1000 připravovaná pomnožením viru vakcinie v lidských embryonálních buněčných kulturách a ACAM2000 připravená na opičích buňkách (VERO buňky). V současnosti probíhají klinické studie ke stanovení zejména reaktogenity těchto nově vyvinutých vakcín. Pro zahájení vakcinaci je používána vakcína Dryvax, ostatní jsou zatím určeny pouze jako skladová rezerva.

Po 2–5 dnech od očkování dochází k replikaci viru a jeho uvolňování v místě aplikace vakcíny. Přenos je možný po dobu než dojde k uvolnění vzniklé kožní krusty, tedy přibližně 2–3 týdny. V době plošné očkování a eradikace varioly docházelo k přenosu častěji při úzkém kontaktu v rodinném prostředí.

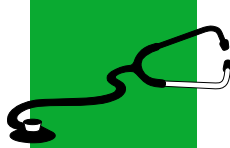
■ Kontraindikace očkování

Očkování proti pravým neštovicím v předepidemičtém období je kontraindikováno pro:

- osoby s anamnézou atopické dermatitidy (ekzém)
- osoby s aktivním akutním, chronickým nebo exfoliativním kožním onemocněním
- kojící, těhotné nebo ženy, které chtějí otěhotnět během 28 dní po vakcinaci
- osoby imunosuprimované (vrozená či získaná imunosuprese, autoimunitní onemocnění, radiační léčba, zhoubné novotvary)
- osoby s alergií na komponenty vakcíny
- děti mladší 1 roku, děti do 18 let pokud se nejedná o urgentní situaci
- osoby v jejichž bezprostředním kontaktu a okolí se vyskytují děti < 1 roku, osoby imunosuprimované, těhotné ženy nebo osoby s chronickým kožním onemocněním.

■ Aplikace vakcíny

Vakcína se aplikuje technikou vícečetného vpichování s použitím bifurkované jehly, která umožňuje použití menšího množství vakcíny než při klasické technice. Nejčastěji je vakcína aplikovaná do deltové oblasti paže. Po očkování dochází k replikaci viru vakcinie v dermis kůže. Je-li vakcinace úspěšná, dochází během 3–4 dnů k rozvoji zarudlého zduření v místě aplikace, které se postupně zvětšuje a hnisavě zakalí. Během druhého týdne dochází ke vzniku krusty, která se odloučí v třetím týdnu s přetrvávající jizvou. Jizva je známkou dobře provedené vakcinace. Osoby očkované poprvé v životě mívají zpravidla výraznější reakci na očkování, než osoby revakcinované.



Po očkování je nezbytné dodržovat specifickou péči o místo aplikace. Vzhledem k tomu, že vakcína obsahuje živý virus jenž se replikuje v kůži, může dojít k rozšíření viru vakcinie na jiná místa těla nebo může dojít k přenosu kontaktem na blízké osoby, u kterých se pak mohou objevit stejné nežádoucí reakce jako u očkovaných. Na jiné místo těla se virus vakcinie dostává buď inokulací nebo krevním oběhem (generalizovaná vakcinie). Proto se doporučuje místo aplikace zakrýt absorpčním materiálem (např. gázou), překrýt semipermeabilním obvazem a nosit oblečení s dlouhým rukávem. Po každé manipulaci s obvazem nebo po dotyku místa aplikace je nutné si omýt ruce. Odstraněný obvaz je považován za biologický odpad a tak s ním musí být také zacházeno při likvidaci. Nebezpečí rozšíření viru vakcinie z místa aplikace vakcíny (2 - 6 případů/100 000 očkovaných v 60. letech) trvá až do odpadnutí krusty, tedy asi 2 - 3 týdny po očkování. Nebyl prokázán přenos viru vakcinie vzdušnou cestou.

Očkování zabezpečuje protektivitu po dobu 5 let, po té dochází k poklesu protilátek. Přeočkování po této době zabezpečí dlouhodobější protekci. Historicky, efektivita očkování v prevenci varioly dosahovala 95 %. Některé starší studie z dob očkování prokazují přetrvávání protekce po dobu 10 let, jiné studie prokázaly přítomnost určité protekce ještě po dobu 30 let. Naopak jiné studie osvědčily velmi nízkou nebo žádnou imunitu po 20 letech od očkování. Byl prokázán také postexpoziciční protektivní efekt vakcinace. Je-li vakcína aplikována do 3 dnů od expozice může ochránit nebo výrazně zmírnit příznaky onemocnění. Je-li aplikována do 7 dnů od expozice může pozitivně ovlivnit průběh onemocnění.

■ Nežádoucí reakce a rizika očkování

Nežádoucí reakce po očkování mohou být rozděleny na nespecifické reakce, vyskytující se i po jiných očkováních a specifické postvakcinační reakce, které se objevují jen po očkování proti variole.

Většina nespecifických reakcí je mírná. Z lokálních reakcí je to zejména bolestivost v místě aplikace (86%) a regionální lymfadenopatie (54%). Tyto obtíže se objevují 3 - 14 den po očkování. Z celkových reakcí je to únavnost (50%), bolesti hlavy (40%), myalgie (20%), horečka (10%).

Mezi specifické reakce po očkování proti variole patří závažné avšak život neohrožující stavy jako je inokulace viru vakcinie do očí nebo na kůži jiných částí těla (42/1 mil. očkovaných), generalizovaná vakcinie (9/1 mil. očkovaných), erythema multiforme (10/1 mil. očkovaných). Dále závažné život ohrožující reakce v podobě postvakcinační encefalomyelitidy a encefalomyelitidy (2/1 mil. očkovaných), eczema vaccinatum (3/1 mil. očkovaných), progresivní vakcinie, fetální vakcinie.

U některých osob, zvláště s predisponujícími faktory se mohou objevit závažné až život ohrožující reakce. Mezi takové rizikové skupiny patří osoby s kožním onemocněním (ekzém nebo atopická dermatitida), s oslabeným imunitním systémem,

osoby po transplantacích, HIV pozitivní, osoby s kortikosteroidní léčbou, s léčbou zhubných novotvarů, osoby se srdečním postižením (stav po infarktu myokardu, angína pectoris, srdeční selhávání, kardiomyopatie). Mezi rizikové se také počítají ty osoby, které splňují tři nebo více následujících faktorů: hypertenze, hypercholesterolémie, diabetes mellitus, kuřáctví, rodinná anamnéza onemocnění srdce.

K léčení vzniklých reakcí po očkování musí být k dispozici homologní specifický imunoglobulin VIG (Vaccinia Immune Globulin) s protilátkami proti viru vakcinie, získaný z plasmy osob očkovaných proti variole. Imunoglobulin se aplikuje i.m. v dávce 0,6 ml/kg. Dávku se doporučuje aplikovat rozděleně do několika míst v průběhu 24 - 36 hodin. I aplikace imunoglobulinu sama o sobě je však riziková. Proto se nedoporučuje pro profylaxi osob s kontraindikací očkování proti variole. V USA probíhají přípravy na výrobu nového přípravku pro i.v. aplikaci (VIGIV). Teprve v druhé řadě se uvažuje o použití Cidofoviru (nukleotidový analog cytosinu) k léčbě vzniklých reakcí po očkování. Vzhledem k nedostatečným údajům o jeho účinnosti v léčbě postvakcinačních komplikací a jeho nefrotoxicitě, je doporučován pouze v případech selhání VIG léčby a u pacientů s rizikem úmrtí. Dávkování je jednorázově 5 mg/kg pomalu i.v. Druhá dávka se aplikuje za týden, v případě, že nebyl pozorován efekt první dávky.

V minulosti se závažné nežádoucí reakce po očkování proti variole objevovaly v průměru u 1 000 osob na 1 milion očkovaných. U 14 - 52 osob na 1 milion očkovaných byly zaznamenány život ohrožující komplikace po očkování a 1 - 2 osoby na postvakcinační závažné reakce zemřely. V současné době není příliš známa prevalence rizikových faktorů mezi dnešní populací, proto je výskyt možných reakcí u novodobě očkovaných velice pozorně sledován

V poslední době se objevila podezření, že očkování proti pravým neštovicím může vyvolat případy myokarditid, perikarditid eventuelně myoperikarditid. Současně bylo hlášeno také několik případů angíny pectoris a infarktů myokardu v souvislosti s vakcinací. Tato podezření byla hlášena z USA, kde probíhá v současné době asi nejrozsáhlejší novodobé očkování jak u civilního obyvatelstva, tak vybraných skupin příslušníků americké armády. Ke konci března 2003 bylo v USA očkováno více jak 25 000 civilních osob a 325 000 vojáků. Mezi očkovanou civilní populací byly zaznamenány dva případy myoperikarditidy, dva případy angíny pectoris a 3 případy infarktu myokardu, které se objevily 2 a 17 dnů po očkování. Dvě osoby zemřely. Ve vojenské populaci se objevily případy myokarditidy a perikarditidy s četností 1 případ na 20 000 osob očkovaných poprvé v životě. Všechny případy srdečního poškození se objevily v rozmezí 6 - 12 dnů po očkování.

■ Vakcinační politika ČR

V České republice je v současné době dostateč-

né množství zásob očkovací látky schválené v roce 1968 a vyrobené v 70. a 80. letech. Jedná se živou lyofilizovanou očkovací látku VARIE připravenou z materiálu z kůže jalovic infikovaných kmenem viru vakcinie. Tato vakcína se musí před použitím rekonstituovat příslušným rozpustidlem VARISOL. Jednotlivé šarže vakcíny byly v současnosti přezkoušeny Státním ústavem pro kontrolu léčiv a byly shledány jako vyhovující i po uplynutí doby použitelnosti (schválená expirace byla 3 roky) a dlouhé době skladování v rezervách ministerstva zdravotnictví a obrany.

Česká republika má dispozici asi 140 000 ampulí vakcíny, přičemž jedna ampule obsahuje 20 dávek, celkem se tedy jedná o 2 800 000 dávek. Pokud by se použilo k aplikaci bifurkačních jehel, je možné očkovat 3 - 5 x více osob. Zásoba očkovací látky tak bohatě vystačí pro všechny obyvatele ČR.

Vzhledem k vysokému riziku vzniku závažných nežádoucích reakcí po očkování není doporučeno zahájení masového očkování v naší republice, jestliže není žádné nebo je-li jen malé riziko expozice variole. Vakcinace je indikovaná jen v případech osob vystavených riziku expozice varioly, jako jsou například pracovníci laboratoří, které budou určeny pro zpracování vzorků od osob podezřelých z nákazy, týmy likvidující epidemická ohniska možné nákazy nebo vojáci odjíždějící do oblastí s rizikem použití biologických zbraní.

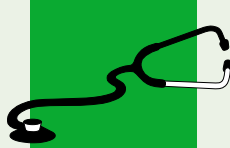
V běžné populaci je očkovací látkou připravena k použití pro postexpoziciční profylaxi osob vystavených nákaze nebo v kontaktu s nemocnou osobou. Nejlepší metodou zastavení epidemického šíření varioly v případě její umělé introdukce zůstává rychlá identifikace nemocných osob a jejich kontaktů, přísná izolace a zahájení postexpozicičního očkování ohrožených osob. Pro tyto účely se plánuje vytvoření celkem 19 vakcinačních center (14 civilních a 5 vojenských), které by v případě potřeby prováděly očkování.

■ Závěr

Variola se jako onemocnění vrací v současné době do podvědomí odborné i laické veřejnosti. Teoretická možnost zneužití jejího původce nutí lékaře si znovu připomínat klinický obraz onemocnění a státní autority vypracovat plán managementu možné epidemie. Jako nezbytná se ukazuje nutnost pokračovat ve vývoji nových, modernějších vakcín proti variole. Vědět koho a kdy budeme vakcinovat, zvážit zda riziko vzniku onemocnění převyšuje riziko postvakcinačních nežádoucích reakcí. Mít k dispozici týmy odborníků, které budou likvidovat možné epidemie, laboratoře na požadované úrovni biologické ochrany, izolační jednotky s vyškoleným, chráněným a strachem zbaveným personálem. Snad se tak podaří vžit bioteroristům to čeho chtějí dosáhnout. Momentu překvapení, strachu a paniky.

Literatura u autora.

Hamijars



Kazuistiky:

Atypická pneumonie v ordinaci PLDD

MUDr. J. Seifertová

Praktická dětská lékařka, Kladno

Úvod

Pneumonie jsou v populaci dětí a mladých dospělých v současné době poměrně vzácné. Ve školním a starším věku se onemocnění vyskytne u 9 z 1000 dětí. Nejčastějšími vyvolavateli primárních pneumonií jsou pneumokoky, Haemophilus influenzae a Mykoplasma pneumonie. Mykoplazmové pneumonie podle průběhu a rentgenové morfologie nazýváme atypické. Vyskytují se v mikroepidemiích, napadají starší děti a adolescenty zcela zdravé. Nemají typický sezónní výskyt. Mají pozvolný plíživý začátek se zvýšenou teplotou, suchým dráždivým kašlem a velmi nevýrazným fyzikálním nálezem. Leukocytóza je lehce zvýšená, sedimentace bývá zvýšená až vysoká. Na rtg snímku je charakteristický obraz.

Kazuistiky vychází ze sledování onemocnění ve vlastní ordinaci v průběhu roku 2000.

■ 11 let dívka A.

V rodinné anamneze se vyskytuje alergie. V osobní anamneze není nic závažného, ale dívka je častým návštěvníkem ordinace lékaře pro častější rýmy a kašle, většinou na jaře a podzim. V rodině jsou všichni zdraví. V srpnu byla dívka na letním dětském táboře.

Nynější onemocnění začíná počátkem září, kdy dívka přichází pro bolest hlavy, uší a v krku. Pociťuje únavu a udává teplotu do 37,7°C. Při vyšetření je dívka bledá, „mdlá“, má zarudlé hrdlo, tonzily malé bez obsahu. Poslechový nález na srdci a plicích je zcela normální, jakož i nález na břicho. Ušní bubínky jsou dobře přehledné, mírně zarůžovělé, bez vyklenutí. Doporučuji symptomatickou léčbu a dívku zvu na kontrolu za 3 dny.

Při kontrole má dívka teplotu 38°C, udává bolest hlavy, trochu bolest uší, občasnou bolest kloubů, neproduktivně kašle, nemá chuť k jídlu. Fyzikálním vyšetřením nezjišťuji závažný patologický nález, přetrvává zarudlé hrdlo. V laboratorním vyšetření: FW 23/40, počet leukocytů je 10,2 tisíce bez posunu, jaterní testy jsou v normě.

Léčbu z rozpaků volím V-PNC a symptomatickou. Za 5 dní po nasazení V-PNC má dívka stále teplotu přes 38°C, hodně dráždivě kašle a je unavená. Udává při kašli bolest v krku. V objektivním nálezu při fyzikálním vyšetření je zarudlé hrdlo, tonzily malé klidné, na plicích je mírně drsné dýchání bez stranové diferenciaci, akce srdeční je mírně zrychlená.

V laboratorním vyšetření je FW 68/100, leukocytů 12, 6 tisíc bez posunu. Léčbu měním na Amoxicilin s klavulanátem pro podezření na bronchopneumonii.

Za 3 dny po změně antibiotické léčby je dívka o něco lépe, hodně kašle, pobolívá ji břicho. V objektivním nálezu se objevují vpravo na plicích diskrétní chrůpky. Odesílám dívku na rentgen plic, kde je popsán překvapivě velký nález nehomogenního zastření vpravo.

Pro podezření na atypického původce pneumonie měním léčbu na Azitromycin 250 mg /den na dobu 5 dní.

V další době se dívka zlepšuje, ale sedimentace a rentgenový obraz se vrací k normě velmi zvolna. Na naléhání rodiny odjíždí dívka ještě do ozdravovny na 3 týdny.

■ 11 let dívka B.

V rodinné i osobní anamneze není nic pozoruhodného.

Epidemiologická anamnéza: v srpnu letní dětský tábor, kde je ve stejné ložnici jako dívka A.

Za 10 dní od první návštěvy dívky A v ordinaci přichází dívka B vystrašená, 4 dny ji bolí hlava, v krku, dráždivě kašle, 1x zvracela. Při objektivním vyšetření má teplotu 37,9°C, má zarudlé hrdlo, klidné tonzily, na plicích a srdci normální poslechový nález, břicho je mírně difuzně citlivé, bez patologického nálezu. V laboratorním vyšetření je FW 30/56, počet leukocytů je 10,6 tisíc bez posunu. Rodiče si již o onemocnění obou dívek řekli a proto volím též stejnou terapii pro podezření na atypickou pneumonii, Azitromycin 250 mg /den na 5 dní.

Dívka má rychlý ústup obtíží, i pokles sedimentace erytrocytů, ale 10 dní od zahájení léčby jsou na rentgenu plic popsány zbytky nehomogenního zastínění v pravém dolním poli. Celková doba léčby včetně rekonvalescence je 25 dní.

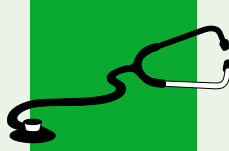
■ 10 let chlapec J.

V rodinné anamneze se vyskytuje astma bronchiale, matka je pro toto onemocnění v invalidním důchodu. V rodině je zátěž četnými cévními onemocněními, onemocněním štítné žlázy a vyskytuje se diabetes mellitus.

V osobní anamneze dominují časté respirační infekty bez alterace celkového stavu, dobře prospívá, chlapec je sledován na alergologii, ale alergie nebyla zatím prokázána. Do tohoto onemocnění byl 2x hospitalizován na dětském oddělení pro laryngitidu. Epidemiologická anamnéza: v srpnu letní dětský tábor jako dívka A a B, byl tam 2 dny „na marodce“ s kašlem, která byla ve stejné budově jako pokoje děvčat. Při začátku jeho nynějšího onemocnění přichází k alergologovi s dráždivým kašlem a teplotou 37,2°C. Byl odeslán na rtg plic a s nálezem ke mně do ordinace. V čekárně se setkává s dívkou B.

Na rtg snímku je překvapivě nehomogenní zastření při basi vlevo.

Fyzikální vyšetření nepřináší další patologický nález, laboratorní vyšetření již neprovádím a nasazuji antibiotickou léčbu Azitromycin 250 mg/den na 5 dní. Za 2 dny je kašel zhoršen, je febrilní přes 38°C. Objektivně není při vyšetření další patologický nález, je poučen a symptomatické terapii včetně antibiotik. V dalším průběhu se již zlepšuje,



neproduktivní kašel Přetrvává 14 dní. Rentgenový obraz ustupuje za 4 týdny. Odjíždí do respirační léčebny, kde mu byla provedena v průběhu pobytu spirometrie a ta ukazuje mírnou restriktivní poruchu. Po návratu je dovyšetřen na alergologii. Je zde prokázána bronchiální hyperreaktivita, přetrvává mírná restrikce po zátěži, bronchoskopie nachází obraz mírné persistující bronchitidy. V laboratorním vyšetření jsou pozitivně zvýšené titry protilátek v serologii proti Mykoplasma pneumoniae a chlamydii.

Současná terapie: Seretide disc. Každý rok je 6 týdnů v respirační léčebně.

■ 18 let chlapec

Rodina je bez zátěžových nemocí, žije jen s matkou. Vážněji nestonal. Je student 1. ročníku vysoké školy – matematika, současně navštěvuje intenzivní jazykový kurz angličtiny a pracuje na částečný úvazek jako správce počítačové sítě.

Koncem listopadu si přišel pro „něco na kašel“, který je dráždivý. Dodává ještě bolest hlavy a krku, kterou sám hned vysvětluje špatným životním režimem. Při objektivním vyšetření nalézám jen zarudlé hrdlo. Terapii dostává symptomatickou.

Za 4 dny telefonuje matka, že má chlapec teplotu, kašle spíše ještě více, nechce jít k lékaři, protože nechce pracovní neschopnost. Matka žádá silná antibiotika, protože její známá kašle stejně a již má druhá antibiotika... Navštěvuji chlapce doma. Kromě zarudlého hrdla v objektivním nálezu nic patologického nenalézám. Ordinuji mu spíše na naléhání matky Amoxicilin 500mg 3xd. A doporučuji kontrolu za týden. Za 5 dní telefonuje matka, že chlapec leží s horečkou a kašle. Při návštěvě je zchvácený, dráždivě kašle, je febrilní, poslechově má jen drsné dýchání. Je pozván na vyšetření :sedimentace erytrocytů je 42/68, na rtg plic rozsáhlé proužkovité v dolním plicním poli vpravo.

Léčbu měním na Azitromycin 500 mg /den na 5 dní.

Rentgenový obraz se normalizuje za 2 týdny, v serologii za 6 týdnů prokazujeme anamnestické titry RSV a *Mykoplasma pneumoniae*.

■ Zhodnocení

První případ z mikroepidemie dokumentuje obtížnost diagnostiky a hledání optimální empirické léčby, kdy k ústupu nálezu vedla léčba ATB ze skupiny makrolidů. Azitromycin jsem zvolila k předpokládané lepší complianci pacienta a pro uváděné bolesti břicha k předpokládané lepší snášenlivosti. Azitromycin je možno též podávat kratší dobu než ostatní doporučená makrolidová antibiotika v léčbě atypických agens (14 – 20 dní).

Pokud nebudou k dispozici rychlé diagnostické testy je třeba volit léčbu komunitních pneumonií empiricky na základě klinického a rentgenového obrazu.

Mladé nemocné bez dalšího průvodního onemocnění lze léčit ambulantně. Lékem volby jsou makrolidy pro jejich široké spektrum pro atypické i typické původce komunitních respiračních pneumonií.

Epidemický rok se udává 4–8 let, je možno vyšší výskyt onemocnění očekávat již příští rok.

Literatura:

- 1) *Praktische medicin von A–Z: g. Schetler, K. – H. Usadel, uspořádání českého překladu z r. 1995 B. Friedmann a kol. (Galén)*
- 2) *Pediatric: O. Hrodek, J. Vavřínek, a kol. (Galén)*
- 3) *Medicina po promoci č. 2/2000*
- 4) *V.Kolek: Antimikrobiální léčba plicních zánětů (1997 Triton)*

■ V Praze bude převratná diagnostika rakoviny

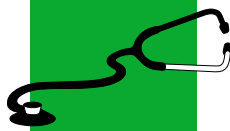
Příští týden bude v pražské Nemocnici Na Homolce zahájen plný provoz na unikátním přístroji, který jako jediný v České republice a sedmý v Evropě dokáže co nejlépe a nejpřesněji diagnostikovat rakovinový nádor. „Je to převrat v diagnostice onkologických onemocnění,“ sdělil Právu doktor Otakar Bělohávek, primář oddělení nukleární medicíny – PET centra, kde je nový přístroj umístěn. Vysvětlil, že jde o tzv. hybridní skener PET/CT. Ten v sobě spojuje pozitronovou emisní tomografii (PET) a počítačovou tomografii (CT). „Počítačová tomografie nám ukáže umístění, tvar, velikost a další strukturální vlastnosti tkání. Pozitronová emisní tomografie zase abnormální metabolismus nádorových buněk ve stadiu, kdy ostatní zobrazovací metody ještě žádnou strukturální změnu tkáně – např. růst nádoru – nezjistí,“ vysvětlil Bělohávek. Spojení PET a CT do jednoho přístroje představuje podle primáře světový trend, kterým se diagnostika v onkologii bude ubírat. Žádná z dosud užívaných zobrazovacích metod totiž není schopná dát naprosto jednoznačný nález. „Díky novému přístroji budou pacienti ušetřeni mnoha nepříjemných a někdy i s určitým rizikem spojených vyšetření, jež je zatěžují fyzicky, psychicky a samozřejmě i časově,“ říká profesor Pavel Pafko, přednosta III. chirurgické kliniky pražské Fakultní nemocnice Motol, jednoho z mnoha zdravotnických zařízení, které na Homolku odesílá své pacienty k přesné diagnostice.

■ Vyšetření je dostupné všem

Unikátní přístroj koupila Homolka z vlastních peněz a zaplatila za něj téměř sto miliónů korun. Je určen pro pacienty z celé republiky. Vyšetření trvá necelé tři hodiny a je plně hrazeno ze zdravotního pojištění. Pacienta na něj musí doporučit odborný lékař. Homolka má tak nyní dvě PET kamery, z toho jedna je kombinována s CT. Na obou přístrojích denně vyšetří 20 pacientů, za rok zhruba 5000 nemocných.

■ Proč vznikl nápad spojit PET a CT

Spojení PET a CT má pro lékaře obrovský význam. Například diagnostikují u pacienta nádor, který se projevil určitými příznaky, a zjistí, že se jedná o metastázu. Pak ale musejí najít nádor primární, jenž se nijak klinicky neprojevuje. „Stane se, že jej neodhalí žádná konvenční zobrazovací metoda, protože nemusí být zatím tvarově odlišen od zdravé tkáně. Vyšetření PET však zjistí abnormální metabolismus buněk v místě budoucího nádoru,“ říká primář Bělohávek. Dodává, že případně může být nalezena někde v organismu tvarová odchylka, která však nemusí být způsobena zhoubným bujením. PET pomůže odlišit, zdali jde či nejde o nádorové bujení. Vyšetření přesně určí stadium onemocnění, a tedy i nevhodnější způsob léčby, například operaci, ozáření, chemoterapii atd. Poté co je pacient se zhoubným onemocněním léčen, potřebují lékaři zjistit, zda mu léčba pomohla. Vyšetření CT může ukázat, že se nádor normalizoval, ovšem PET vyšetření dokáže odhalit, že v této normální struktuře ještě jsou aktivní nádorové buňky, které léčbě odolávají, a proto je nezbytné léčit dál. Naopak po léčbě může nádor přetrvávat. PET však odhalí, že nádorová masa je již metabolicky neaktivní a pacienta neohrožuje.



Současný stav očkování BCG v ČR

Vyhodnocení dotazníků na činnost kalmetizačních oddělení oboru TRN

MUDr. Zdeňka Růžičková

PLDD, Karlovy Vary

Bylo zpracováno 71 dotazníků, z nichž ze sedmi krajů bylo několik komplexních, a tudíž vypovídají o větším množství oblastí v daném regionu. Tím jsou zastoupeny informace z 91 oblastí České republiky.

Tab. č. 1 porovnávají procentuální poměr odečítání jizev v ordinacích PLDD a v kalmetizačním centru. Souhrnně v celé České republice převládá kontrola ošetřujícím lékařem, který následně výsledky hlásí do spádového kalmetizačního centra. Výjimku tvoří Praha, Středočeský a Pardubický kraj. V posledně jmenovaném do kalmetizačního centra docházejí pacienti jen ve městech (př.: Trutnov), na vesnicích a v menších městech jizvu kontrolují PLDD.

Z **tab. č. 2** vyplývá, že ve 4 krajích ČR se očkuje podle školní docházky, nikoli podle roku narození. Očkování probíhá v 5. třídě ZŠ, v Praze ve dvou

případech v 6. třídě. Ve většině regionů je místem očkování škola. Očkování ve školách předchází dotazník, v němž rodič dítěte potvrzuje svůj souhlas s očkováním a vyplňuje podrobnosti, které by mohly způsobit kolizi očkování.

Tab. č. 3 - celorepublikovém měřítku v 61 % nedochází ke kolizím očkování. Ve zbývajících 39 % k určitému střetu dochází, ve 24 % dokonce často. V 5 krajích ČR probíhá očkování naprosto bezkonfliktně, v jednom kraji se očkování střetává pouze občas.

Tab. č. 4 - hodnocení spolupráce PLDD s kalmetizačními středisky je ve většině případů (72%)

kladné, ve 20% výpovědi je spolupráce hodnocena jako horší a v 8% dokonce jako špatná.

Tab. č. 5 - padesát kalmetizačních středisek z celkového počtu 93 je privátních, zbývajících 43 spravují nemocnice v držení města, kraje či státu. Je mezi ně zařazeno i několik středisek s vlastním v dotazníku nejasně označeným.

Několik dotazníků bylo vyplněno neúplně či nepřehledně, ale základní výpovědní hodnotu měly všechny. Bazální informace jsou zde zpracovány. Dva dotazníky bez označení kraje byly zahrnuty jen do orientačních celorepublikových šetření.

tab. č. 1

Kontrola jizev po primovakcinaci			
Kraj	Počet	Kontrolu provádí [%]	
		PLDD	Kalmet. středisko
Hl.m. Praha	13	-	100
Jihočeský	11	82	18
Jihomoravský	5	80	20
Karlovarský	6	100	-
Královéhradecký	5	90	10
Liberecký	3	67	33
Moravskoslezský	3	100	-
Olomoucký	3	100	-
Pardubický	7	10	90
Plzeňský	11	90	10
Středočeský	10	35	65
Ústecký	7	100	-
Vysočina	3	67	33
Zlínský	4	75	25
Česká republika	91	65	35

tab. č. 2

Revakcinace podle doby a místa (údaje jsou uvedeny v procentech)				
Kraj	Doba revakcinace		Místo revakcinace	
	11 let	5. třída ZŠ	Škola	Kalmet. středisko
Hl.m. Praha	23	77	85	15
Jihočeský	64	36	82	18
Jihomoravský	100	-	60	40
Karlovarský	100	-	33	67
Královéhradecký	33	67	25	75
Liberecký	100	-	67	33
Moravskoslezský	100	-	50	50
Olomoucký	67	33	100	-
Pardubický	100	-	100	-
Plzeňský	80	20	50	50
Středočeský	70	30	-	100
Ústecký	-	100	100	-
Vysočina	33	67	67	33
Zlínský	67	33	33	67
Česká republika	62	38	62	38

tab. č. 3

Konflikt při souběhu očkování			
Kraj	Konflikt [%]		
	ANO	NE	Občas
Hl.m. Praha	50	30	20
Jihočeský	12	76	12
Jihomoravský	20	60	20
Karlovarský	-	100	-
Královéhradecký	-	100	-
Liberecký	-	75	25
Moravskoslezský	-	100	-
Olomoucký	-	100	-
Pardubický	60	20	20
Plzeňský	12	76	12
Středočeský	24	38	38
Ústecký	20	80	-
Vysočina	-	100	-
Zlínský	50	50	-
Česká republika	24	61	15

tab. č. 4

Kvalita spolupráce s kalmet. střediskem			
Kraj	Spolupráce [%]		
	Dobrá	Horší	Špatná
Hl.m. Praha	77	7	16
Jihočeský	64	36	-
Jihomoravský	80	20	-
Karlovarský	83	-	17
Královéhradecký	50	33	17
Liberecký	67	33	-
Moravskoslezský	100	-	-
Olomoucký	100	-	-
Pardubický	100	-	-
Plzeňský	64	27	9
Středočeský	70	20	10
Ústecký	57	29	14
Vysočina	100	-	-
Zlínský	67	33	-
Česká republika	72	20	8

tab. č. 5

Poměr privátních a jiných kalmet. zařízení			
Kraj	Konflikt [%]		
	ANO	NE	Občas
Hl.m. Praha	50	30	20
Jihočeský	12	76	12
Jihomoravský	20	60	20
Karlovarský	-	100	-
Královéhradecký	-	100	-
Liberecký	-	75	25
Moravskoslezský	-	100	-
Olomoucký	-	100	-
Pardubický	60	20	20
Plzeňský	12	76	12
Středočeský	24	38	38
Ústecký	20	80	-
Vysočina	-	100	-
Zlínský	50	50	-
Česká republika	24	61	15

První mezinárodní konference o použití ibuprofenu v dětském lékařství

(The First International Conference on Ibuprofen use in Paediatrics – IPIC)

3. část

MUDr. Milan Kudyn

Praktický dětský lékař, Praha 10

Běžné infekční onemocnění jako akutní zánět středního ucha, nebo tonsilofaryngitida u dětí jsou často provázeny bolestí a proto vyžadují účinnou léčbu bolesti. Dr. Pons uvedl údaje ze 3 klinických studií analgetické účinnosti ibuprofenu při léčbě tonsilitidy nebo mediotitidy u malých dětí. Bertin et al. (1991)¹⁶ uspořádal randomizovanou dvojitě slepou kontrolovanou multicentrickou studii. V této studii bylo 231 dětí (ve věku 6 – 12 let léčených ambulantně) s tonsilofaryngitidou léčenou jedním ze 3 typů léčby: ibuprofen (n = 77; 10 mg/kg tělesné hmotnosti 3x denně), paracetamol (n = 78; 10 mg/kg tělesné hmotnosti 3x denně) nebo placebo (n = 76). Všechny děti souběžně dostaly fenoxymetylpenicilin. Ibuprofen byl účinnější než paracetamol nebo placebo (Obrázek 18, Pons). Rozdíl mezi ibuprofenem a paracetamolem nebyl významný. Snášitelnost ibuprofenu byla také dobrá. Nikdo z pacientů neukončil předčasně účast ve studii.

V další randomizované dvojitě slepé multicentrické studii, kterou uspořádal Bertin et al. (1996)¹⁷ bylo 219 dětí s otoskopicky prokázanou akutní mediotitidou léčeno v rámci jedné ze tří léčebných skupin: ibuprofen (n = 71, 10 mg/kg tělesné hmotnosti třikrát denně), paracetamol (n = 73, 10 mg/kg tělesné hmotnosti 3x denně) nebo placebo (n = 75). Souběžně byli všichni účastníci studie léčeni cefaklorem. Po 48 hodinách udávalo 25,3 % dětí v placebové skupině bolest oproti 9,6 % dětí ve skupině léčené paracetamolem a 7 % ve skupině léčené ibuprofenem. Při léčbě bolesti ucha byl ibuprofen významně účinnější než placebo.

V randomizované dvojitě slepé placebem kontrolované klinické studii (Schachtel et Al.¹⁸) bylo 116 dětí (ve věku 2

– 12 let) léčeno s akutní tonsilofaryngitidou buď ibuprofenem (n = 39; 10 mg/kg tělesné hmotnosti) nebo paracetamolem (n = 38; 15 mg/kg tělesné hmotnosti) nebo placebem (n = 39). Při hodnocení samotnými pacienty i jejich rodiči byl ibuprofen i paracetamol významně účinnější než placebo.

Dr. Pons zdůraznil, že perorálně podávaný ibuprofen se jeví účinnější při zvládnutí bolesti při akutní mediotitidě stejně i při tonsilofaryngitidě u dětí ve věku 2 – 12 let.

■ Léčba silné pooperační bolesti

Profesor Gerhard Gaedicke z Německa uvádí, že v Německu se ibuprofen stává stále populárnější v léčbě mírné až střední pooperační bolesti, např. po extrakci zubů, tonsilektomii nebo myringotomii s tympanostomií. Ve srovnání s ibuprofenem má paracetamol méně vyjádřené analgetické účinky. Kromě toho je zde riziko předávkování: dávka 120 – 150 mg/kg tělesné hmotnosti denně paracetamolu má hepatotoxické účinky a je třeba se jim vyhnout.

Podle zkušeností profesora Gaedicke a jeho kolegů je ibuprofen stejně účinný jako kombinace paracetamolu s kodeinem. To bylo potvrzeno v prospektivní, randomizované kontrolované klinické studii, kterou provedl St. Charles v roce 1997¹⁹. V této studii byly oba léčebné režimy – ibuprofen a paracetamol/kodein – srovnatelně účinné při zvládnutí bolesti po tonsilektomii. Snášitelnost ibuprofenu však byla lepší (nevyskytly se žádné opiátové nežádoucí účinky, např. zácpa nebo zvracení).

Profesor Gaedicke uvádí výsledky dvou dalších studií, jejichž výsledky ukazují, že ibuprofen má účinky, které snižují spotřebu opiátů: Maunuksela et al. (1992)²⁰ proká-

zal, že po všech operacích byla potřeba dodatečného dopichování morfinu nižší během probouzení po operaci (p méně než 0,05), první den po operaci (p méně než 0,01) a během prvních tří dnů po operaci (p méně než 0,01) u dětí léčených ibuprofenem. Kokki et al. (1994)²¹ došel k podobným výsledkům. V jejich randomizované dvojitě slepé studii, ve které bylo sledováno 81 malých dětí (ve věku 1 – 6 let) léčených pro pooperační bolest, které dostávaly spinální anestezii a buď ibuprofen (40 mg/kg tělesné hmotnosti denně, rektálně podávaných) nebo placebo. 42,5 % dětí v léčené skupině nevyžadovalo morfin oproti pouze 19,5 % dětí v placebové skupině.

Profesor Gaedicke zdůraznil, že ibuprofen překonuje terapeutickou mezeru v léčbě mírné až středně těžké pooperační bolesti. Ibuprofen je jednoznačně stejně účinný jako kombinace paracetamol s kodeinem, avšak má méně nežádoucích účinků.

■ Léčba migrény v dětském věku

Podle Dr. Daniela Annequina z Francie lze s velkým úspěchem léčit migrenózní bolesti hlavy při akutním záchvatu a u vybraných případů také profylakticky. Dr. Annequin považuje ibuprofen za lék první volby u migrenózního záchvatu u dětí (perorálně podávaný v dávce 10 mg/kg tělesné hmotnosti).

V randomizované placebem kontrolované dvojitě slepé studii (Hamalainen ML22) dostávalo 88 dětí s anamnézou nejméně dvou migrenózních záchvatů měsíčně buď ibuprofen nebo paracetamol. K úplnému ústupu potíží za 24 hodin došlo u 60 % dětí ve skupině léčené ibuprofenem (10 mg/kg tělesné hmotnosti) a 39 % dětí ve

skupině léčené paracetamolem (15 mg/kg tělesné hmotnosti). V diskusi Dr. Annequin zdůraznil, že ibuprofen je úspěšný u 70 % migrenózních záchvatů, pokud je podán bezprostředně po vzniku potíží. Upozornil však na možnost nedostatečného dávkování: „nepodávejte nikdy méně než 10 mg/kg tělesné hmotnosti“.

Dr. Annequin zdůraznil: Ibuprofen je lék volby v časně léčbě migrenózního záchvatu v dětském věku.

Tři kroky k úspěšné léčbě migrenózního záchvatu:

- léčbu je nutné zahájit rychle, to znamená na začátku migrenózního záchvatu – dítě musí být schopné užívat potřebné léky i ve škole
- nepodávejte lék ústy v případě, že dítě má nevolnost, nebo zvrací – v tomto případě je nutné použít rektální nebo parenterální způsob podání
- je třeba se vyhnout poddávkování

Dlouhodobé užívání ibuprofenu u juvenilní idiopatické artritidy

Ibuprofen se široce užívá u dětí s juvenilní idiopatickou artritidou (JIA) již více než 30 let. Dr. Richard Mouy z Francie ukázal na několika klinických studiích podíl dětí, které se zlepšily během léčby ibuprofenem (dávkovací rozpětí 10 – 50 mg/kg tělesné hmotnosti denně), k zlepšení mezi 70 až 76 % (globální hodnocení zkoušejícím)^{23,24,25,26} nebo mezi 79 a 85 % (globální hodnocení rodiči nebo pacientem). V otevřených studiích vedlo podání ibuprofenu ke zmírnění bolesti u 57 až 63 % pacientů s JIA a vymizení ranní ztuhlosti u 57 až 63 %. Počet aktivně zanícených kloubů se výrazně snížil (o 2 – 5). Studie také prokázaly, že účinnost ibuprofenu je srovnatelná s účinností kyseliny acetylsalicylové, avšak ibuprofen má méně nežádoucích účinků.^{25,27,28}

Hodnocení bezpečnosti při dlouhodobém užívání různých nesteroidních anti-revmatik u pacientů s JIA prokázalo, že ibuprofen je dobře snášený: pouze 29 % dětí léčených ibuprofenem udávalo nežádoucí příhody. Průměrný podíl pacientů, kteří předčasně ukončili léčbu, byl 10 %.

Na základě dostupných údajů je možné ibuprofen doporučit jako lék první volby při léčbě pauciartikulární a polyartikulární JIA.

Užití intravenosního ibuprofenu při léčbě předčasně narozených dětí s neuzavřenou Botalskou dučejí (PDA)

Profesor Bart van Overmeire z Belgie uvedl, že v současné době se při léčbě pacientů s neuzavřenou Botalskou dučejí (PDA) nejčastěji používá indometacin. Indometacin však postihuje cerebrální, renální i mesenterický krevní oběh. Několik studií terapeutického užití ibuprofenu u nedonošených dětí s PDA ukázalo, že tento lék je stejně účinný jako indometacin. Van Overmeire uvádí výsledky největší klinické studie novorozenců, ve které byl srovnáván účinek ibuprofenu a indometacinu na uzavření PDA²⁹. V této prospektivní randomizované multicentrické studii, do které bylo zařazeno 148 předčasně narozených dětí s PDA, dostávali pacienti buď indometacin (nitrožilně 3 x 0,2 mg/kg tělesné hmotnosti ve 12 hodinových intervalech; n = 74) nebo ibuprofen-lysin (nitrožilně 10–5–5 mg/kg tělesné hmotnosti ve 24 hodinových intervalech, n = 74). Při hodnocení uzávěru PDA nebyl zjištěn žádný rozdíl v účinnosti mezi oběma léčenými skupinami. Ve srovnání s indometacinem bylo podání ibuprofenu spojeno s menší četností renálních nežádoucích účinků (obrázek 29, van Overmeire). Nedonošenci léčení ibuprofenem měli nižší sérovou koncentraci kreatininu, než děti léčené indometacinem.

Ibuprofen v profylaxi PDA

Ibuprofen je také účinný v profylaktické léčbě PDA. V prospektivní, sekvenční, kontrolované klinické studii³⁰ dostávali nedonošenci 3 dávky ibuprofenu (nitrožilně 10–5–5 mg/kg tělesné hmotnosti), jednu dávku ibuprofenu (nitrožilně 10 mg/kg tělesné hmotnosti) nebo fyziologický roztok. Mezi dětmi, které dostaly 3 dávky ibuprofenu se nevyskytnul žádný případ PDA (0/12 oproti 7/11 ve skupině léčené fyziologickým roztokem), nižší 24-hodinový střední tlak v dýchacích cestách a lepší oxygenační index než skupina léčená fyziologickým roztokem při hodnocení 7 dní po porodu a tyto děti také vyžadovaly kratší dobu umělé plicní ventilace.

V prospektivní dvojité slepé placebem kontrolované multicentrické klinické studii³¹ profylaktického užití ibuprofenu při prevenci PDA vedlo podání léku k ovlivnění výdeje moči pouze první den života novorozenců.

Ibuprofen se jeví jako slibný nový lék při léčbě neuzavřené Botalské dučeje s méně nežádoucími účinky než indometacin – i při podání dětem již 6 hodin po porodu.

Vlastnosti ibuprofenu

Ve srovnání s ostatními nesteroidními anti-revmatiky nebo paracetamolem má ibuprofen několik různých předností. Na rozdíl od paracetamolu nemá ibuprofen žádné toxické metabolity. Jeho toxicita po náhodném nebo úmyslném předávkování je nižší. Ibuprofen má relativně velký terapeutický index, pravděpodobně čtyřnásobně vyšší než paracetamol. Ibuprofen je jedním z nejlépe snášených nesteroidních anti-revmatik u dospělých a jeho snášenlivost u dětí se jeví dokonce ještě lepší. Ibuprofen není spojován s Reyeovým syndromem. Na rozdíl od paracetamolu má ibuprofen protizánětlivý účinek při denním dávkování 40 mg/kg tělesné hmotnosti. Ibuprofen se ve vyšší míře používá u malých dětí ve věku pod 6 měsíců a dokonce i u nedonošenců.

Odborníci považují ibuprofen v pediatrických indikacích za lék vhodný pro zařazení do seznamu základních léků Světové zdravotnické organizace.

V listopadu 1999 odborný výbor Světové zdravotnické organizace pro základní léky definoval základní léky jako ty, které zajišťují zdravotní potřeby většiny populace a proto by měly být dostupné vždy v dostatečném množství a ve vhodných lékových formách a dávkování a za cenu, která je dostupná pro jednotlivce i komunitu.

Na rozdíl od paracetamolu není v současné době ibuprofen v pediatrickém dávkování a lékových formách uveden na seznamu základních léků Světové zdravotnické organizace. Toto není v souladu s názorem většiny účastníků setkání, kteří považují ibuprofen za velmi vhodný lék pro zařazení do seznamu základních léků Světové zdravotnické organizace. Jeho terapeutický index je větší, je přinejmenším stejně účinný a má méně nežádoucích účinků než paracetamol. Podle profesora Gaedicka je ibuprofen přinejmenším stejně účinný jako paracetamol a pravděpodobně je to nejbezpečnější lék používaný pro léčbu bolesti, horečky a zánětu u dětí.

Literatura u autora

Konference byla uspořádána firmou BOOTS HEALTHCARE (Nurofen pro děti) za účasti předních světových odborníků v péči o děti:



Dr. Stewart Adams, OBE	Objevitel ibuprofenu	Nottingham, Velká Británie
Conf. Dr. Loana Alina	Mother and Child Care Institut - Anca	Bukurešť, Rumunsko
Prof. Adriana Kirilova Anadoliyska	Paediatric Hospital of Nephrology	Sofie, Bulharsko
Dr. Daniel Annequin	Paediatric Pain Clinic, Hospital des Enfants Armand Trousseau	Paříž, Francie
Prof. Elisabeth Autret-Leca	Department of Pharmacology Tours University Hospital	Tours, Francie
Dr. Mati Berkovitch	Clinical Pharmacology Unit, Assaf Harofeh Medical Center	Zerifin, Izrael
Dr. Gianpaolo Bisson	Unita Operativa Di Pediatria	Cles, Itálie
Dr. Thomas Danne	Kinderkrankenhaus auf der Bult	Hannover, Německo
Prof. Gerhard Gaedicke	Charité-Virchow Klinikum, Abteilung Pädiatrie	Berlín, Německo
Prof. Natalia Geppe	Paediatric Clinic of the Moscow Medical Setchénov Academy	Moskva, Rusko
Prof. Rafael Jimenéz	Paediatric Department, Hospital Sant Joan de Deu	Espluges de Llobregat, Španělsko
Dr. Dipak Kanabar	Department of Paediatrics Guy 's Hospital	Londýn, Velká Británie
Prof. Marian Krawczynski	Instytut Pediatrii	Poznaň, Polsko
Dr. Milan Kudyn	Léčebné a preventivní centrum EDEN	Praha, Česká republika
Prof. Samuel Lesko	The Northeast Regional Cancer Institute, University of Scranton Boston University School of Public Health	Scranton, USA Boston, USA
Dr. Zsafia Meszner	St László Hospital for Infectious Diseases	Budapešť, Maďarsko

Dr. Richard Mouy	Immunology and Haematology Department, Hospital Neckr Enfants Malades	Paříž, Francie
Prof. Angel Nogales Espert	Paediatric Department, Hospital 12 de Octubre	Madrid, Španělsko
Dr. John Pearn	Department of Paediatrics and Child Health, University of Queensland, Royal Children's Hospital	Herston, Austrálie
Prof. Elzbieta Piontek	Paediatric Clinic of Diabetology and Allergology, Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka	Varšava, Polsko
Prof. Gérard Pons	Perinatal and Paediatric Pharmacology Department, Hospital Saint-Vincent de Paul	Paříž, Francie
Prof. Natella Y Rakhmanina	Clinical Paediatrics, Columbus Children's Hospital	Columbus, USA
Dr. Tony Ryan	Irsko	
Prof. Terence Stephenson	University Hospital Queens Medical Centre	Nottingham, Velká Británie
Prof. Francesco Tancredi	Divisione di Pediatria, Ospedale Santissima Annunziata	Neapol, Itálie
Prof. Radvan Urbanek	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Klin. Abteilung für Allgemeine Pädiatrie	Vídeň, Rakousko
Prof. John N. van den Anker	Paediatrics, Ohio State University Paediatrics, Erasmus University	Columbus, USA Rotterdam, Nizozemí
Dr. Bart Van Overmeire	Neonatology, University Hospital Antwerp	Antverpy, Belgie
Prof. Mirko Zibolen	Klinika dětí a dorostu JLF UK a MFN	Martin, Slovensko

Nové trendy počáteční kojenecké výživy

Mgr. Jan Zástěra

■ Historie adaptované výživy

V roce 1915 byla vyvinuta první umělá adaptovaná kojenecká výživa pod názvem SMA (Synthetic milk adapted) (Gestenberger HJ et al., 1919). Formule byla na bázi odtučněného kravského mléka a v testovací fázi byl obsah bílkovin blízký hodnotám mateřského mléka, tj. 9g/l. V době, kdy došlo k její průmyslové produkci, však byl již obsah bílkovin na úrovni 12,5 g/l, a v roce 1945 stoupl dokonce na 15g/l, resp. 2,2g/100 kcal, což je obvyklý obsah bílkovin v kojeneckých výživách současnosti. Vzrůst obsahu proteinů ve výživách byl dán vzrůstajícím poznáním, že bílkovinná složka upraveného kravského mléka nedosahuje po výživové stránce kvality bílkovin čerstvého mateřského mléka. Rok 1961 se stal přelomovým pro výrobu umělých kojeneckých výživ. Proces elektrodiálýzy mléčných proteinů nabídl praktické řešení pro demineralizaci syrovátkové bílkoviny. To umožnilo přiblížit složení kojeneckých výživ z hlediska obsahu bílkovin blíže bílkovinnému složení mateřského mléka. V této době se pojmy, jako jsou „výživa s převahou kaseinu“, „adaptovaná výživa“ nebo „humanizovaná výživa“, staly běžnými při rozlišování kvalitativních vlastností kojeneckých výživ.

Kaseinové výživy, resp. mléka s dominantní složkou bílkovin kaseinu, jsou vyrobeny z odtučněného sušeného mléka a skladbou bílkovin jsou bližší kravskému mléku – poměr je zpravidla 82% bílkovin kaseinu a 18% bílkovin syrovátky. Výraz adaptovaná výživa se používá pro výživu, v které je obsah bílkovin syrovátky vyšší než 50% a zbytek je tvořen bílkoviny kaseinu. Bílkoviny kravského a mateřského mléka se od sebe liší svým složením, proto při použití kravských bílkovin kaseinu a syrovátky pro přípravu kojeneckých výživ nelze plně dosáhnout stejné kompozice aminokyselin, jako je v mateřském mléce. A tak, ačkoliv jsou pojmy jako adaptovaná výživa nebo výživa s převahou kaseinu dobře popisné ve smyslu zastoupení hlavních typů bílkovin, je pojem humanizovaná výživa již poměrně zavádějící.

Proteinové složení mateřského mléka je zcela unikátní, a doposud se nepodařilo vyvinout kojeneckou výživu, která by plně kopírovala vlastnosti mateřského mléka co do obsahu a kvality proteinů. Stejně tak doposud nebylo možné zajistit u umělé kojenecké výživy ostatní funkční vlastnosti, jaké má mateřské mléko. Podrobnější poznání složení mateřského mléka a bohaté poznatky o nárocích kojenců na složení jejich výživy však umožnily různými přístu-

py, alespoň částečně přiblížit umělou kojeneckou výživu svými kvalitami mateřskému mléku (bude popsáno dále) (Räihä NCR et al., 2002).

■ Funkční vlastnosti výživy kojenců

Kromě bílkovinné složky byla v poslední době věnována pozornost také ostatním komponentám mateřského mléka, jejichž úloha zřejmě není primárně výživová, nicméně různým způsobem ovlivňují fyziologické funkce kojence, jedná se tedy o tzv. funkční složky mateřského mléka. Mezi tyto funkční složky, kterým byla v posledních letech věnována velká pozornost, patří zejména oligosacharidy mateřského mléka a nukleotidy. Oligosacharidy spolu s dalšími složkami mateřského mléka jsou zodpovědné za jeho tzv. prebiotický efekt tzn., že ovlivňují složení střevní flóry, a tak nepřímou ovlivňují i funkčnost trávicího traktu a imunitního systému dítěte. U novorozenců, kteří jsou výlučně kojeni, je intestinální flóra složena z laktobacilů a bifidobakterií. Chybí fakultativně anaerobní *E.coli* a striktně anaerobní *Bacteroides fragilis* a *Clostridium* species (Nevoral J, 2003). Ve srovnání s dětmi krmenými umělou výživou mají děti, které jsou výhradně kojene, ve složení své střevní flóry výraznou převahu bifidobakterií (Harmsen et al., 2000). U takto vybalancované střevní mikroflóry byl prokázán jednoznačně pozitivní vliv na celkový zdravotní stav kojence (Koletzko et al., 1998).

Další pokusy pro přiblížení vlastností umělé kojenecké výživy vlastnostem mateřského mléka směřovaly ke zvýšení bifidogenicity těchto výživ za účelem dosažení bifidodominantní střevní flóry u dětí, které nemohou být kojeny. S různou úspěšností proto byly vyvíjeny výživy, které měly buď zvýšený obsah laktózy (Yazawa K et al., 1982) obohacení o kravský laktoferin (Balmer et al., 1989), redukovaný obsah fosfátů (Zunin C., 1991), převahu bílkovin syrovátky (Petschow BW et al., 1990) a obohacení o mléčné oligosacharidy (Boehm et al. 2002, Moro G et al., 2002). Tyto experimenty umožnily lépe porozumět vztahu mezi skladbou střevní flóry a vlastnostmi přijímané výživy. Aby tedy bylo možné dosáhnout účinného prebiotického efektu, měla by výživa mít následující charakteristiky:

■ Musí být dostačujícím zdrojem těch živin, které stimulují růst bifidobakterií, tedy např. nestravitelných **prebiotických oligosacharidů**, eventuálně jiných substrátů jako je laktóza, schopných dosáhnout tlustého střeva

■ Měla by mít stejnou resp. nízkou pufrací kapacitu (tzn. nízkou schopnost tlumit výkyvy v acidobazické rovnováze) jako mateřské mléko – **nízký obsah fosfátů**

■ Neobsahovat resp. mít minimalizovaný obsah složek, které stimulují růst nežádoucích bakteriálních species – např. **snížený obsah proteinů**

V současné době se v tomto směru jeví být úspěšné dva přístupy. Prvním z nich je obohacování kojenecké výživy o obsah **prebiotických oligosacharidů**, které mimikují vlastnosti oligosacharidů obsažených v mateřském mléce. Vzhledem ke komplexnosti a jedinečnosti složení a struktury oligosacharidových komponent mateřského mléka je nemožné přesně tuto složku kopírovat oligosacharidy získávanými a upravovanými z jiných zdrojů. Oligosacharidy jsou směsí galaktooligosacharidů (GOS), které jsou rovněž podstatnou součástí oligosacharidové složky mateřského mléka a fruktooligosacharidů (FOS). GOS přidávané do kojeneckých výživ jsou připravovány enzymatickou hydrolyzou z laktózy tak, aby se délkou svého řetězce podobaly GOS mateřského mléka. FOS jsou získávány ze surovin, které jsou bohaté jejich obsahem (kořen čekanky), a po extrakci jsou upravovány tak, aby opět svou molekulovou hmotností byly srovnatelné s hmotnostmi oligosacharidů nalézajícími v mateřském mléce. Tato GOS-FOS směs je podobná oligosacharidové složce mateřského mléka profilem molekulových hmotností a vysokým obsahem galaktózy. Nicméně tato směs se výrazně liší v ostatních aspektech, jako např. komplexnost struktur oligosacharidů mateřského mléka, kde jich lze nalézt více než 100 (Schmelzle H. et al., 2003).

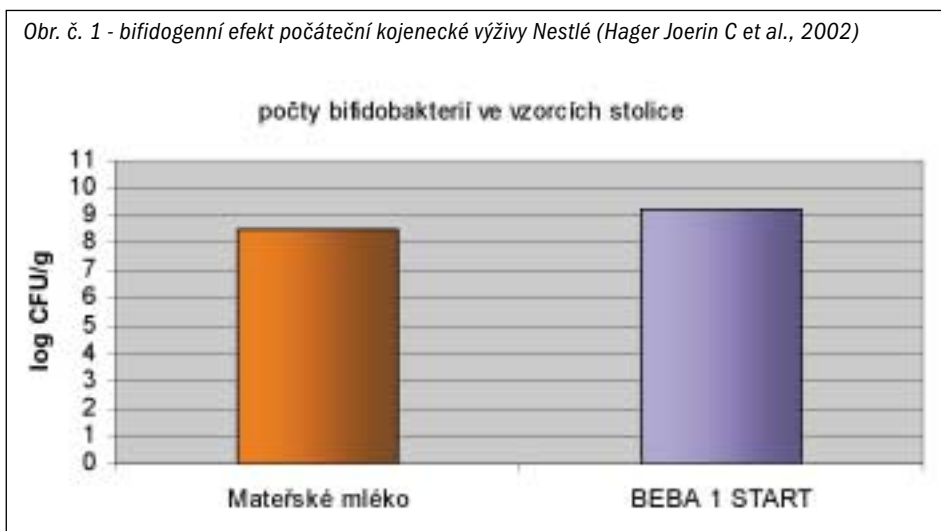
Druhým úspěšným přístupem pro dosažení prebiotického efektu dané výživy je úprava obsahu a poměru složek ovlivňujících pufrací kapacitu dané výživy a růst patogenních bakterií ve střevě. Výživy, u nichž je použit tento druhý přístup, jsou charakteristické **sníženým obsahem fosfátů**, které jsou hlavní determinantou určující pufrací kapacitu výživy, a tedy i pH intestinálního lumen (Manz F, 1992). Výsledkem sníženého obsahu fosfátů je nižší pH střevního prostředí, což se ukázalo být jako faktor podporující vyšší dominanci bifidobakterií nad *E. Coli* (Zunin C et al., 1986).

Dalším bifidogenním faktorem u tohoto typu výživ je množství a kvalita obsažených proteinů. Některé bakteriální druhy vykazují výraznou

Nestlé

proteolytickou aktivitu (putrefakce) a rostou preferenčně na substrátech bohatých na rezidua bílkovin, a proto výživa bohatá na obsah bílkovin stimuluje růst zejména bakterií rodů *Bacteroides* a *Clostridium* (Montzouris KC et al., 2002, Guarner F et al., 2003). **Redukovaný obsah bílkovin** tedy jednoznačně přispívá k vyšším počtům bifidobakterií ve střevě (Heine WE et al., 1999). Důležitá je rovněž i kvalita obsažených bílkovin. V některých studiích bylo ukázáno, že substituce části kaseinové složky bílkoviny syrovátky rovněž vede ke stimulaci růstu Bifidobakterií (Petschow BW et al., 1990). Výživa s takto upravenými poměry jednotlivých složek prokazatelně ovlivňuje složení střevní flóry ve prospěch pozitivně působících bakteriálních druhů – obr. č. 1 (Hager Joerin C et al., 2002).

Obr. č. 1 - bifidogenní efekt počáteční kojenecké výživy Nestlé (Hager Joerin C et al., 2002)



■ Kojenecká výživa a nové trendy

Redukovaný obsah bílkovin

Přibližování k ideálu mateřského mléka však nekončí pouze vývojem kojenecké adaptované výživy s prebiotickým efektem. Průměrný obsah bílkovin běžných adaptovaných syrovátkových formulí je v rozsahu 2,1 – 2,6 g/ 100 kcal, zatímco obsah v mateřském mléce je v rozsahu 1,4 – 1,8 g/100 kcal.

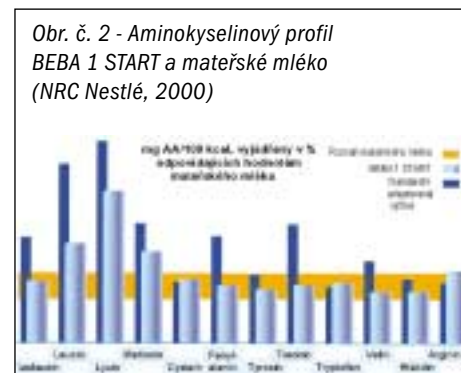
Nadbytečný příjem bílkovin v potravě však může vést k indukci metabolického stresu na orgány kojence, které ještě nejsou plně vyvinuty. Aminokyseliny, vstřebávané v nadbytečných množstvích, které nejsou využívány pro syntézu bílkovin, se akumulují v krvi (hyperaminoacidémie) a jsou metabolizovány v játrech na močovinu, resp. konečné produkty metabolismu bílkovin, které jsou exkretovány ledvinami, což zvyšuje jejich zátěž (Jackson A A , 1999). Tento nevyhnutelný metabolický stres je velmi dobře indikován plasmatickými hladinami aminokyselin a močoviny, které jsou u dětí krmných standardními adaptovanými výživami prokazatelně vyšší, než u dětí, které jsou výhradně kojeny (Räihä NCR et al., 1986, Paulová M et al., 2003).

Na následující pediatrická doporučení byla prováděna klinická testování výživ s obsahem bílkovin 1,6 – 2,0 g/ 100kcal (Räihä NCR, et al., 1986). Nicméně tyto pokusy o snížení obsahu bílkovin u výživ, které byly na bázi kravského mléka nebo využívaly směs dostupných neupravených frakcí – kasein, syrovátka –, nebyly úspěšné při pokusu reprodukovat vlastnosti pozorovatelné při metabolismu proteinů mateřského mléka nebo zajistit uspokojivý růst v takovém rozsahu, jako je schopno zajistit mateřské mléko. Výsledky těchto experimentů byly následující:

- Struktura plasmatických hladin aminokyselin byla zcela odlišná od těch, které byly pozorovány u mateřského mléka (Picone TA et al., 1989). Naměřeny byly zejména snížené hladiny tryptofanu (Janas LM et al., 1987), který

v tomto ohledu výjimkou. Vzhledem k použití technologie, která umožňuje změnit zastoupení jednotlivých bílkovinných frakcí v syrovátkové složce výživy, lze zvýšit poměr zastoupení β – laktalbuminu (frakce bohatá na tryptofan) a snížit zastoupení CGMP (caseino-glyco-macropeptide – frakce bohatá na treonin a chudá na obsah tryptofanu). Takto upravená syrovátková složka je ještě po dodatečném obohacení některými nezbytnými aminokyselinami základem zcela nové kojenecké výživy. Tato nová výživa je charakteristická sníženým obsahem bílkovin na úroveň mateřského mléka a upraveným aminokyselinovým profilem, který se blíží profilu aminokyselin v mateřském mléce – obr. č. 2. Tak je umožněno snížení celkového příjmu bílkovin, tedy i metabolické zátěže nezralých orgánů novorozence (Räihä NCR et al. 2001) při současném zachování dostatečného přísunu všech esenciálních a semiesenciálních aminokyselin, a zaručení adekvátního růstu a vývoje organismu kojence tak, jako je tomu u mateřského mléka. Tato nová výživa je nyní na našem trhu dostupná pod názvem BEBA 1 START.

Obr. č. 2 - Aminokyselinový profil BEBA 1 START a mateřského mléka (NRC Nestlé, 2000)



má mnoho důležitých biologických funkcí v organismu, včetně přenašečové funkce jako neurotransmitter. Jeho příjem by tedy měl být zajištěn v dostatečných množstvích (Wharton BA. et al., 1994).

- Zvýšené hladiny treoninu – ačkoliv nebyly pozorovány jakékoliv nežádoucí účinky spojené s vysokými hladinami treoninu (Castagne V et al., 1996), je možné předpokládat negativní vliv nevyvážených plasmatických poměrů aminokyselin na zdraví jedince v dlouhodobém měřítku (Rigo J et al., 1989).

- Opožděný růst – jako důsledek nedostatečného přísunu všech esenciálních aminokyselin (Räihä NCR et al., 1986).

- Vyšší přísun energie vedoucí k neadekvátním váhovým přírůstkům bez odpovídajících přírůstků délkových. To vede také k vyšším hodnotám BMI (Body Mass Index) jakožto následku zvýšeného ukládání tuku. Tento efekt je pokládán za jeden z vyvolávacích faktorů pro vznik obezity v pozdějším věku (Fomon SJ et al., 1995).

Ve výzkumném centru Nestlé proto byla vyvinuta zcela nová počáteční výživa, která je

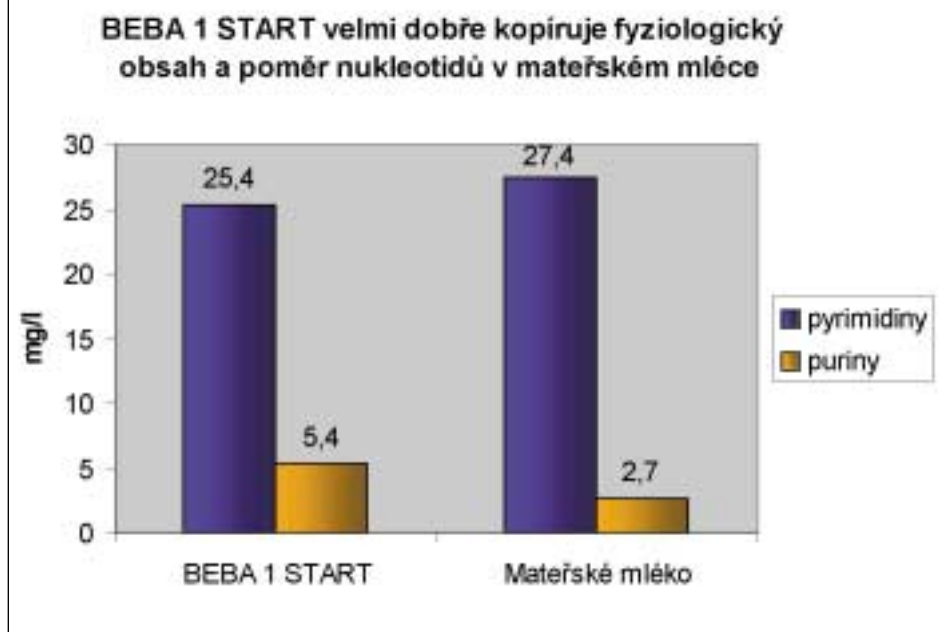
■ Nukleotidy

Nukleotidy jsou metabolické komponenty, které hrají klíčovou roli v mnoha biologických procesech. Mohou být syntetizovány endogenně v mnoha buňkách lidského těla, a proto většinou nejsou pokládány za výživově esenciální složky potravy. Jsou důležitou strukturní složkou molekul, které se uplatňují v přenosech energie při metabolismu bílkovin, tuků a cukrů. Jsou nezbytné také pro buněčnou reprodukci.

Přirozeným zdrojem nukleotidů je mateřské mléko. Nukleotidy v mateřském mléce reprezentují 2–5% dusíku nebílkovinného původu. Nukleotidy jsou zde obsaženy v různých formách. Od forem volných nukleotidů přes komplexnější formy, jako jsou nukleosidy, polymerní nukleotidy (např. části RNA). Je zde výrazná predominance pyrimidinů nad puriny.

Některé studie ukazují, že nukleotidy obsažené ve výživě mají pozitivní vliv na zrání imunitního systému, růst a vývoj tenkého střeva. Zde hrají významnou roli jako růstové faktory pro buňky, které se rychle dělí, a proto pro ně ne-

Obr. č. 3 - Obsah nukleotidů v počáteční kojenecké výživě Nestlé (Thorell L. et al., 1996)



musí být jejich vlastní syntéza nukleotidů dostatečná (Uauy R et al., 1994). Tento efekt byl plně potvrzen na experimentálním zvířecím modelu, a některé humánní studie z poslední doby potvrzují totéž i u člověka (Brunser O et al., 1994, Martinez-Augustin O et al., 1997). Jsou podmíněně esenciálními složkami výživy v situaci, kdy endogenní zdroje nestačí pokrýt potřeby organismu, ačkoliv jejich nedostatek v potravě nemusí vést k projevům klasického „klinického deficitu“. K situacím, kdy se

nukleotidy stávají esenciálními živinami, patří různé stresové stavy, jako jsou chirurgické zákroky, průjem, období kdy je limitován příjem potravy (malnutrice, ztráta chuti k jídlu) nebo rychlý růst (předčasné narození nebo nízká porodní hmotnost) (Sanchez Pozo A et al., 2002). V současné době je z počátečních výživ obohacována o nukleotidy pouze Nestlé BEBA 1 START. Nukleotidy jsou zde obsaženy ve formě volných nukleotidů a jejich celková množství a poměr pyrimidinů a purinů odpovídá

hodnotám nalázaným v mateřském mléce – obr. č. 3.

■ Závěr

Vznik adaptované kojenecké výživy umožnil podávat novorozencům v případě, že nemohou být z různých důvodů kojeni, náhražku mateřského mléka, která svým složením alespoň částečně lépe odpovídá kvalitám mateřského mléka (poměr kaseinových bílkovin a bílkovin syrovátky), než neupravené kravské mléko. V současnosti lze tuto vlastnost počátečních kojeneckých výživ již pokládat za standard. Podobným způsobem lze hodnotit moderní kojenecké výživy i z hlediska jejich bifidogenicity, tedy schopnosti ovlivňovat složení střevní flóry ve smyslu stimulace růstu žádoucích bakteriálních druhů. Dá se očekávat, že vývoj počátečních kojeneckých výživ nové generace bude stále směřovat k přesnějšímu kopírování vlastností a kvalit mateřského mléka i v dalších faktorech. Novou počáteční výživu Nestlé BEBA 1 START je v tomto ohledu možné pokládat za další stupeň v tomto vývoji. Kromě adaptované bílkovinné složky a prokazatelné bifidogenicity (prebiotického efektu) je však bližší ideálu mateřského mléka dalšími úpravami, které směřují zejména k fyziologičtějším hodnotám obsahu i kvality bílkovin (množství a zastoupení aminokyselin) a obohacením o další nevyživové složky (nukleotidy) pro zajištění dalších funkčních vlastností, které jsou dosud spojeny pouze s mateřským mlékem.

Literatura u autora

VÝŽIVA NOVOROZENCŮ A KOJENCŮ (současný pohled)

Frůhauf Pavel, Nevoral Jiří, Paulová Magdalena

ISBN 80-239-2011-1

Novinka, která přináší přehledný a ucelený souhrn současného pohledu na výživu novorozenců a kojenců zpracovaný předními českými odborníky na dětskou výživu a gastroenterologii. Kniha je zpracována především jako pomůcka pro praktické lékaře pro děti a dorost, ale může velmi dobře posloužit i studentům medicíny a odborným dětským lékařům. Knihu vydává společnost Nestlé, která se řadí na špičku světového výzkumu v oblasti kojenecké výživy. Nestlé tímto navazuje na svou populární mezinárodní řadu odborných publikací, kterou takto poprvé zpřístupňuje i česky hovořící odborné lékařské veřejnosti.

SPLDD a OSPDL zajistily pro všechny své členy tuto užitečnou a praktickou publikaci zcela zdarma. Distribuce se uskuteční počátkem roku 2004 prostřednictvím lékařských zástupců společnosti Nestlé.

Kontakt:

Nestlé Česko s.r.o. - divize Infant Nutrition, tel.: 800 135 135, e-mail: infant.nutrition@cz.nestle.com



Aktuality

Kočičími alergeny proti astmatu

Časná a intenzivní vystavení dítěte kočičím alergenům jej může ochránit před rozvojem průduškového astmatu. Vyplývá to z výzkumu, jehož výsledky uveřejnili vědci v říjnovém čísle časopisu *Allergy*. Jak uvedl zdravotnický server *Doktorka.cz*, výzkum provedl doktor Rudiger von Kries se svými kolegy z Institutu pro sociální pediatrii v německém Mnichově. Některé jiné studie však tuto teorii popírají a tvrdí opak. Vědci se domnívají, že tento rozpor je dán především intenzitou a načasováním expozice dítěte. Do výzkumu bylo zahrnuto celkem 8216 dětí ve věku pět až sedm let, které žijí na venkově v Bavorsku. Děti, které žily v domácnosti se zvířaty, vědci rozdělili do tří skupin. V první skupině byly děti, které byly vystaveny kočičím alergenům pouze v prvním roce života. Do druhé patřily děti, které s kočkami v domácnosti žijí celý svůj dosavadní život a v poslední skupině byly děti, které kočku sice vlastní, ale nežila s nimi v domácnosti v prvním roce života. Výzkumníci zjistili, že děti, které byly nepřetržitě od narození vystaveny kočičímu alergenům a kočky měly přístup do jejich ložnic, měly až o 67 procent menší riziko onemocnění astmatem a o 45 procent nižší riziko senné rýmy. Vědci se domnívají, že nejdůležitější ochranný vliv má expozice dítěte kočičím alergenům v prvním roce života.

Nádory kůže mají u žen souvislost s nádory jiných orgánů

Až dvojnásobné riziko zhoubného onemocnění některého vnitřního orgánu hrozí ženám, u kterých se objevil nádor kůže. Vyplývá to z výsledků rozsáhlé studie, kterou provedli vědci z Northwesternské fakulty medicíny. Informoval o tom zpravodajský server *CNN*. Zhoubné, ale i nezhoubné onemocnění kůže je podle výsledků výzkumu spojeno s vyšším výskytem rakoviny mozku, prsů, plic, jater a dělohy. Již předchozí výzkumy ukázaly, že lidé, u kterých se již jednou vyskytl kožní nádor (ne melanom), mají větší předpoklad, že se nemoc vyvine znovu. *Doktorka Carol Rosenbergová* z Northwesternské fakulty medicíny tvrdí, že předchozí výzkumy nebraly v úvahu ostatní faktory, které by mohly vysvětlit spojitost mezi výskytem kožních nádorů a rakoviny vnitřních orgánů. Studie, kterou *Rosenbergová* vedla, se zúčastnilo 92 835 žen v postmenopauzálním věku. V potaz byly přitom kromě věku brány i další faktory, které riziko rakoviny zvyšují například kouření, nadváha, ale i úroveň vzdělání. „Zjistili jsme, že riziko vzniku nádorů vnitřních orgánů je u žen, jež měly rakovinu kůže, podstatně vyšší,“ konstatovala *Rosenbergová*. Výsledky výzkumu vědci prezentovali v odborném časopise *Americké společnosti pro rakovinu*. Z více než 85 tisíc testovaných žen, které rakovinou kůže netrpěly, se nádor jiných orgánů vyvinul pouze u 11 procent. Ze 7665 žen, jež prodělaly lehkou formu kožní rakoviny, onemocněla nádory vnitřních orgánů celá čtvrtina – tedy více než dvojnásobný počet. Kožní nádory, které se vyvíjejí z bazálních nebo tzv. dlaždicových buněk, se v USA každoročně objeví u více než jednoho milionu lidí. Tento typ nádorů roste daleko pomaleji než melanom, který je ze všech typů rakoviny kůže nejnebezpečnější. Čím je melanom odhalen později, tím je naděje na léčbu nižší.

Neúspěšné děti úspěšných rodičů

Matka je vysokoškolská učitelka, otec právník. Oba jsou velmi pracovití, inteligentní a také úspěšní. O jejich dvanáctiletém synovi se to říci nedá. V e škole dostává dvojky a trojky, občas i nějakou tu čtyřku. Co však rodiče zvláště udivuje? Chlapec neprojevuje o žádný předmět vyhraněnější zájem. Nemá ambice uspět ani před tabulí, ani ve sportu, pro nic se nenadchne, nic netouží vyhrát. Typické neúspěšné dítě úspěšných rodičů. Zdá se, že takových dětí přibývá. Uznávaný dětský psycholog a univerzitní profesor *Zdeněk Matějček* mluví o syndromu neúspěchu.

Děti – náš seizmograf

Nutno podotknout, že zmínění rodiče nepatří ke skupině workoholiků, kteří pro vlastní kariéru opomíjejí potomky. Spíše naopak. Oba se synovi výjimečně věnují, dbají, aby se do školy připravoval, střídají se a doprovázejí ho do hodin klavíru, na fotbal i baseball, víkendy tráví aktivně a společně. A jsou zděšení, jak se jejich snažení míjí účinkem. „Neúspěšné děti z rodin, které jim nabízejí takřka ideální podmínky, přibývají zvláště v posledních deseti patnácti letech. Nemáme k dispozici výsledky, které by se opíraly o demografický výzkum, protože v této situaci je těžké sestavit kontrolní skupinu. Už pojem úspěšnosti je subjektivní. Naše poznatky však plynou z klinické práce – na poradenskou psychologickou službu se rodiče, kteří si nevědí rady s problémy svých dětí, obracejí čím dál častěji,“ říká *Zdeněk Matějček*. *Poradny* považuje za spolehlivý seizmograf – zachycují, co se děje ve společnosti, jaké otřesy tam probíhají a jak to vše působí na děti. I ony jsou tedy čidly, které varují. Co se tedy děje? Nestačí nám už jen vlastní kariéra, ale prospívat by mělo i naše dítě. Na tom by ještě nebylo nic špatného, ba ani nového. Psychologové se shodují, že nároky rodičů stoupají v průběhu posledních padesáti let úměrně tomu, jak se zvyšuje všeobecná vzdělanost. „Někdy od 60. let převládá názor, že vzdělání je nejlepší investice. Školní prospěch se stává klíčovým momentem, záleží i na mimoškolní kariéře dětí. Připomeňme si krušná rána malých krasobruslařek, hokejistů, dvoufázové tréninky tenistů. Obecně se dětem rok od roku přidává na zátěži. V posledních letech je tak velká, že některé děti nevydrží tlak. A to už je samozřejmě škodlivé,“ konstatuje *Matějček*. Tlačí škola, rodina, společnost. Děti nemají čas, aby se chovaly po svém. Je jim vnucováno schéma úspěšnosti, podle kterého funguje společnost dospělých.“

Chudáci jedináčci

I když celý jev získává na dramatickosti zvláště v posledních patnácti letech, odborníci ho kupodivu nespojují se změnou politického systému přímo. Jsou přesvědčeni, že syndrom neúspěchu se začal intenzivně projevovat od doby, kdy se začalo rodit méně dětí, ubylo rodin se třemi a více potomky a naopak je hodně jedináčků. Ti jsou z tohoto ohledu nejohroženější. Vychovávají je totiž obvykle rodiče s vyšším vzděláním, kteří vědí, proč se rozhodli jen pro jednoho potomka a o jeho budoucnosti mají také jasné představy. Víc od něho žádají a očekávají. *Jedináček* na začátku 21. století je dítě úzkostlivě vedené, ale také zásadně přetížené. Očekává se od něho, že se bude nejen dobře učit, ale zvládně dobře, ne-li výtečně úkoly, které se v jiných rodinách rozdělují mezi dvě, tři a více dětí. „Zatímco rodiče s více potomky více méně vydýchají, že jedno dítě je hudebně nadané a druhé je spíše na

Omneo



matematiku, na jedináčka je palba soustředěnější. Musí být dobrý na hudbu, na počty a ještě se očekává, že bude plynně mluvit anglicky. Úměrně nárokům je zklamání také pak větší, což se musí výrazně projevit i na psychice malého člověka,“ vysvětluje Matějček. Zároveň však připouští, že syndromem neúspěchu může trpět i dítě z početnější rodiny. Maximalističtí rodiče kladou prostě maximalistické požadavky – a ani si to neuvědomují. Měří přece svým nasazením, svými výkony.

Proti tlaku – slabiny

Jak se projevuje syndrom neúspěchu? Tváří v tvář pětkám a nespokojenosti rodičů (ať laskavé, nebo rozněvané) děti reagují různě. Některé se začnou pomočovat, trpí zažívacími potížemi, někdo si kouše nehty, jiný koktá nebo se uteče do dlouhodobé nemoci – má stále zvýšenou teplotu, trpí únavou, do školy vlastně chodí jen na vyrovnávací zkoušky... „To se tělo i duše brání,“ vysvětluje profesor Matějček. Všeobecně platí, že dítě trpící syndromem neúspěchu je nesoustředěné, neklidné, vzdorovité. Rodiče, když jim dojdou výchovné prostředky, obvykle začnou pátrat po racionálním důvodu – třeba dnes tak často skloňované mozkové dysfunkci. Jenže: odborníci záhy potvrdí, že takové dítě netrpí žádnou jednostrannou neschopností, která je pro lehké poruchy mozku typická. Žádné problémy s psaním, jako mají dysgrafici, či s artikulací jako u dyslektiků... Onen dvanáctiletý chlapec z intelektuální rodiny není ani nijak hyperaktivní. Je spíše pomalejší natury, v testech IQ dosáhl až lehce nadprůměrných výsledků. Proč tedy nemá úspěch? „Musíme počítat s osobnostním charakterem dětí. Spousta z nich nepotřebuje být první. Nevývívají snahu, aby vynikly, ale aby prošly bez potíží. Možná jim chybí trocha výjimečného nadání, možná mají talent jen na něco. Anebo – smířme se s tím – nejsou prostě ambiciózní jako my.“ Jenže – jak se to pozná? Všichni moc dobře víme, že některé talenty by nenašly uplatnění, kdyby je občas někdo nenutil. Kde by byl Paganini, kdyby ho otec nedržel u houslí pomocí rákosky, kde Mozart...? „Najít správný způsob znamená své dítě dobře znát. A hlavně – být nekonečně trpělivý,“ říká profesor Matějček. „Chce to laskavost a čas. Nejlepší je počkat a vydržet. Netrápit dítě, netrápit sebe.“

Podle vědců je agresivita dědičná

Agresivita či přátelské chování jsou zřejmě víc dědičné než naučené. Vyplývá to z amerického průzkumu provedeného na opicích rodu makak rezus. Výsledek této vývojové studie překvapil i její autory z Chicagské univerzity. Opíčky byly krátce po narození odňaty pokrevní matce a předány do péče náhradnímu rodiči. Po několik let se pak srovnávalo chování těchto adoptovaných jedinců s projevy pokrevní a náhradní matky. Sledovaly se zejména faktory jako agresivita, přátelské chování a sociální kontakt. Profesor Dario Maestriepieri, který se na výzkumu podílel, říká, že výsledek považuje za šokující. „Zděděné predispozice chování mají větší význam než výchova a příklad pěstouna,“ prohlásil. Debata o vlivu dědičnosti a výchovy na chování jedinců se vede několik století. Spor není vyřešen dodnes, i když znalosti lidského genomu velmi pokročily. Vědci předpokládali, že chování mladých opiček bude ovlivněno především příkladem pěstounů. Místo toho se víc podobalo matkám, a to i mnoho let po pobytu v pěstounské rodině. Malé opíčky se pěstounům nepodobaly skoro v ničem.

Součková ustoupila nátlaku nemocnic

Radikální změny ve financování nemocnic se minimálně o půl roku odkládají. Ministryně zdravotnictví Marie Součková musela ustoupit

od svého záměru zavést od 1. ledna 2004 v nové vyhlášce o úhradách péče platby za diagnózu (takzvané DRG) místo nynějšího výkonového hodnocení. Proti se podle vyjádření Marie Součkové postavily velké fakultní i malé (bývalé okresní) nemocnice. „Nedošlo k dohodě o nové vyhlášce, proto bude odložena. Pro první polovinu příštího roku bude platit současná vyhláška,“ uvedla Součková po včerejším jednání koaliční komise pro zdravotnictví. Příčinou nedohody podle Součkové byla snaha nemocnic zvýšit své příjmy ze zdravotního pojištění v příštím roce o více než nabízená dvě procenta. Zavedení DRG, systému běžného v mnoha evropských zemích, mělo odhalit, které nemocnice léčí své pacienty příliš drazo a neefektivně. Například tím, že drží pacienta dlouho na lůžku, provádí nadbytečná vyšetření či mají vysoké provozní náklady. Zdravotnické zařízení mělo za vyléčení konkrétní diagnózy dostat paušální částku, která by byla stejná pro všechna pracoviště v republice. Ministryně Marie Součková, která chtěla pro začátek zavést DRG jen pro alespoň pět procent poskytované péče a tuto kvótu postupně zvyšovat, si od této změny slibovala jen v příštím roce ušetřit čtyři miliardy korun.

Chřipka zabila v USA už čtyři děti

V americkém státě Colorado zemřely na chřipku čtyři děti a americké zdravotnické úřady varovaly, že chřipka letos přichází v USA dříve než jindy. Stejně tak se objevuje virulentní chřipkový kmen, který nebyl obsažen v letošním očkování. Časným nástupem chřipky byly zatím nejvíce postiženy státy Texas a Colorado, kde tento týden zemřely na chřipku tři děti a minulý týden jedno. Podle federálního Střediska pro kontrolu a prevenci nemocí je počet obětí neobvyklý, protože v Coloradu průměrně zemrou tři nebo čtyři děti na komplikace spojené s chřipkou za celý rok. Rodiče osmiletého chlapce, který zemřel tento týden, varovali, že jejich syn neměl prakticky žádné příznaky vyjma bolestí břicha. Vedoucí coloradské zdravotnické služby Ned Calonge potvrdil, že „jedno dítě zemřelo a nemělo příznaky odpovídající chřipce“. „Ale rodiče by měli vědět, že to je velmi výjimečné,“ dodal. Jedním faktorem nynější předčasné chřipkové sezony v USA je fakt, že se objevuje mimořádně virulentní kmen, který nebyl zahrnut do letošní vakcíny, uvedli zdravotničtí představitelé. Federální ministr zdravotnictví Tommy Thompson i tak vyzval Američany, aby se nechali očkovat.

Vědci: Vražedná chřipka už klepe na dveře

Kdy dorazí nová smrtící epidemie chřipky, jaké v letech 1918, 1957 a 1968 skosily miliony lidí? Podle amerických vědců je nový kmen agresivního viru, který bude odolný proti současným lékům, již na cestě. „Kdyby tato epidemie udeřila tento týden, měsíc či rok, svět se dostane do pořádného průšvihů,“ napsali Richard Webby a Robert Webster v posledním vydání časopisu Science. Vědci z oddělení infekčních nemocí Dětské nemocnice St. Jude v Memphisu považují za jeden z příznaků blížící se pandemie nedávný výskyt akutního selhání dýchacích cest (SARS), který se letos na jaře podařilo zastavit jen díky systému včasné výstrahy. Profesor Webster se pro časopis Science svěruje s „velkým znepokojením“, že to byl zároveň jediný faktor, díky němuž se podařilo zabránit katastrofě. Až do roku 1997 se lékaři nesetkali s přenosem viru z ptáků na lidi. Náhlý výskyt takového přenosu by podle autorů článku mohl znamenat, že některé chřipkové kmény se vyvíjejí podobným směrem, a to celkem rychle. Žádná země světa přitom není dostatečně připravena. „Kdyby epidemie udeřila zítra, nebudeme ji umět zastavit



očkovaním, protože máme zcela nedostatečné kapacity k výrobě vakcín,“ tvrdí Webster. Zásoby antivirových léků, které nástup choroby zpomalují, jsou rovněž „skandálně malé“. Žádná země na světě, a to včetně USA a Británie, podle autorů nezačala doplňovat své sklady pro případ náhlého propuknutí epidemie. Chřipkové epidemie nových, odolných kmenů se objevují periodicky každých několik desítek let. Tzv. španělská chřipka si v roce 1918 vyžádala asi 40 milionů životů na celém světě. „Má již nějakou dobu zpoždění,“ řekl Webster tento týden na tiskové konferenci. Narážel na skutečnost, že poslední velká epidemie nastala v roce 1968. Vyrobit účinnou vakcínu přitom trvá až šest měsíců. Podle autorů studie je třeba nespoléhat na účinnost současných vakcín, zkoušet neustále nové a zároveň budovat zásobu antivirových léků. Kromě toho je potřeba budovat systém včasné výstrahy tak důkladně, jak jen to bude možné, zejména na místech, kde by se nový virus mohl objevit. Přes naléhavost zprávy se ani její autoři nedomnívají, že by nová epidemie měla dorazit již letos. Klidné období charakteristické pro poslední roky však nemusí trvat věčně.

Svět čeká pandemii chřipky, na kterou není připraven, varují vědci

Podle nové studie amerických odborníků není většina zemí na světě dostatečně připravena na možnou globální pandemii chřipky. Zprávu uveřejnila na svých internetových stránkách BBC. Američtí experti publikovali ve vědeckém periodiku Science výsledky výzkumu, který zjistil, že většina zemí na světě by byla v případě útoku smrtelného virového kmene absolutně bezbranná. Podle nich by se měli začít uchovávat do zásoby protichřipkové vakcíny a léky, aby jich v případě propuknutí epidemie bylo dostatečné množství pro všechny nakažené. Podle vedoucích výzkumného týmu Richarda Webbyho a Roberta Webstera je pandemii chřipky nevyhnutelná a hrozivá. Podobné pandemii se společným názvem španělská chřipka, které propukly v roce 1918 a následně v letech 1957 a 1968, zabily miliony lidí. V posledních letech proběhly v různých zemích mírné chřipkové epidemie, ale podle vědců se již blíží čas, kdy propukne opravdová pandemii. Lze ji prý očekávat nejpozději během příštího roku. Výzkumníci zároveň upozorňují, že jediným způsobem, jak s virem bojovat, bude masové očkování a množství požadované vakcíny bude ohromné. Spolu s očkováním bude nutné lidem podávat speciální antivirové léky, které zabrání růstu a rozšiřování nemoci. Podle vědců by se již nyní mělo začít s vytvářením zásob s potřebnými látkami, v opačném případě totiž hrozí, že se během pandemii nedostane na všechny a nemoc bude mít katastrofální následky.

Budou si zubaři zvat děti?

Stomatologové navrhli, jak zvýhodnit vzorné rodiče.

Děti od dvou do 15 let dnes mají nárok na dvě preventivní prohlídky u zubaře do roka. Brzy to možná bude i povinnost. Česká stomatologická komora včera přišla s návrhem, že by rodiče museli své potomky zapsat u konkrétního zubního lékaře, podobně jako je dnes zapisují u pediatrů. Výměnou za to by pak lékaři (opět podobně jako pediatři) zvali děti na prohlídky písemně. Něco takového nefunguje od doby, kdy byly zrušeny povinné školní prohlídky. Někteří rodiče na vyšetření zapomí-

nají a děti mají neošetřené kazy. „Když rodiče zaregistrují své děti u dětských lékařů, proč by to neudělali u zubních lékařů,“ míní prezident stomatologické komory Jiří Pekárek. Zubní lékaři by tímto opatřením zase získali stálou klientelu. Pokud by rodiče své děti u zubařů nezaregistrovali nebo je na prohlídky nevodili, postihly by je podle návrhu komory sankce. Naopak vzorné otce a matky by čekalo zvýhodnění. Od pravidelných prohlídek si komora slibuje nižší počet ošetření zanedbaného chrupu, a tedy úsporu peněz z veřejného zdravotního pojištění. Komora by chtěla lidem výběr lékaře usnadnit a na internetu zveřejnit seznam těch, kteří přijímají dětské pacienty. Povinnou registraci dětí u zubařů by podle Pekárka mohly v příštím roce umožnit novely zákonů o zdravotní péči a všeobecném zdravotním pojištění. První děti by pak mohly být zapsány od roku 2005. Prezident komory doufá, že ministerstvo zdravotnictví záměr podpoří. Vzápětí se tak – prozatím alespoň ústy ministerského mluvčího Maria Böhmeho – stalo. „Je to zdraví prospěšné a ministerstvo by tento krok uvítalo a podporovalo,“ potvrdil Böhme. Také Všeobecná zdravotní pojišťovna se k úsilí stomatologů staví vstřícně. Lékaři by navíc měli odborníkům hlásit údaje o stavu chrupu dětí, které by posloužily jako podklad pro další výzkumy. České děti mají chrup v horším stavu než jejich vrstevníci v Evropské unii – podle Výzkumného ústavu stomatologického mají více kazů, plomb i vytržených zubů.

Sinlac



Lidé se budou moci rozhodnout, zda si připlatí na léky

Pacienti by od příštího roku měli sami rozhodovat o tom, zda si za léky připlatí. Pokud jim lékárna bude nabízet lék, který pojišťovna plně nehradí, budou muset svůj souhlas vyjádřit podpisem na recept. Ministerstvo zdravotnictví si od tohoto opatření slibuje, že se budou více využívat základní léčiva. Po včerejším jednání koaliční komise zabývající se problémy zdravotnictví to řekla ministryně Marie Součková. „Při setkání s občany jsem se dozvěděla, že lidé nevědí, že v každé skupině léků jsou přípravky plně hrazené pojišťovnami,“ dodala. Na receptu je i dnes označení IC-P. I znamená, že lék plně hradí pojišťovna, C je částečná úhrada a P značí plnou platbu pacienta za lék. Lékaři ale podle Součkové tento údaj na receptu neoznačují. Ministerstvo podle ní také uvažuje o zavedení tzv. zdravotních knížek. V nich by měly být veškeré záznamy, jak pacient, tak i pojišťovny by měly mít možnost kontrolovat, co lékař a zdravotnická zařízení pacientovi poskytly. Ministerstvo chce také prosadit, aby všechny pojišťovny platily nemocnicím za stejné úkony a diagnózy stejné peníze. Zatím tomu tak není, největší Všeobecná zdravotní pojišťovna platí nyní více než jiné pojišťovny, podotkla Součková. Od série opatření si slibuje, že do resortu příští rok poputuje o 16 miliard více. Tyto peníze by jinak ve zdravotnictví chyběly. Vláda již rozhodla o tom, že kraje dostanou od státu pro nemocnice 3,4 miliardy korun.

Lék s doplatkem jen se souhlasem pacienta

Pacienti, kteří přicházejí k lékaři a ten jim předepíše lék s doplatkem, musí s tím souhlasit. Obsahuje to návrh nové vyhlášky o předepisování léčiv, kterou připravilo ministerstvo zdravotnictví, zveřejnilo na svých internetových stránkách a dalo do vnějšího připomínkového řízení. „V praxi by to vypadalo tak, že lékař by nemohl bez souhlasu pacienta předepsat mu lék s doplatkem,“ vysvětlila Právu doktorka Dana Kuklová z odboru zdravotní péče ministerstva zdravotnictví. V případě, že by pacient souhlasil s lékem s doplatkem, lékař by na receptu vyznačil „S“, které by pro lékárníka znamenalo, že s doplatkem souhlasí. Zároveň by si lékař zřejmě nechal tento souhlas od pacienta stvrdit jeho podpisem do zdravotní dokumentace. Pokud by na receptu velké „S“ nebylo vyznačeno, znamenalo by to, že lék je bez doplatku a pacient na něj nebude doplácet nic. „Chceme tím zvýraznit nutnost hlubší komunikace mezi lékařem a pacientem a více vtáhnout pacienta do rozhodování o způsobu léčby. Vždyť dnes je v každé lékové skupině vždy nejméně jeden přípravek bez doplatku a pacient tedy nemusí nic doplácet,“ řekla již dříve Právu ministryně zdravotnictví Marie Součková. „Osobně nejsem proti tomu, ale až praxe by ukázala, zda to bude účinné nebo ne. Již dnes běžně s pacientem hovořím o tom, jaký lék mu předepíší a zda bude doplácet či ne,“ řekl Právu v pátek soukromý pražský internista doktor Jakub Malý. Doktora Kuklová ještě dodala, že jde pouze o návrh vyhlášky, a teprve až se shromáždí připomínky od různých odborných společností a institucí, dojde k vytvoření konečné verze. Ta může být odlišná od návrhu. Zatím tedy nic není rozhodnuto, ale ministerstvo popsanou úpravu receptu prosazuje.

I N Z E R C E

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

Pediatr hledá zástup

Pediatr t.č. na MD hledá zástup, event. odkoupení praxe PLDD v Praze a oblasti Praha - Západ s možností nástupu r. 2005-2006; 5 let praxe v nemocnici (oboru), 1. atestace.
Tel.: 605 752 766, 257 810 200

Pediatr hledá místo asistenta

Pediatr, t.č. na MD, hledá místo asistenta v ordinaci praktického dětského lékaře s výhledem na odkoupení praxe v rámci programu generační výměny lékařů. Nástup možný od 10/2004, Pha 1-5, PZ.
Tel.: 251 811 616, 603 469 858

Hledám místo asistenta

Hledám místo asistenta s perspektivou brzkého odkoupení praxe PLDD v Praze. První atestaci a licenci mám.
Tel.: 241 760 763

Zdravotní sestra hledá práci

Zdravotní sestra, 33 let, 10 let praxe ve zdravotnictví, hledá práci v jednosměnném provozu, nejlépe v Praze 7 a okolí. (Není podmínkou)
Tel. 777 88 23 09, nebo 220 878 463.

Přenechám ordinaci

Přenechám zavedenou ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v Ostravě.
Tel.: 777 077 835 - po 17.hodině.

Přijmu lékaře/ku - pediatra

Přijmu ihned do soukromé ordinace praktického lékaře/ku pro děti a dorost na plný či částečný úvazek ve Vimperku, Lenoře. Atestace I. stupně z pediatrie podmínkou. Dobré platové podmínky. Tel.: 602 931 175.

Hledám místo pro dětskou sestru

Hledám místo event. dlouhodobý zástup pro dětskou sestru bývalou spolupracovnicí v ordinaci PLDD v Praze.
Zn.: Zkušená, spolehlivá. Tel.: 274 814 880 (záznamník)

Převzmu praxi

Mám zájem o převzetí praxe PLDD v Praze, Praze-západ, a v okolí. Možnost i místa asistenta s perspektivou brzkého odkoupení praxe. Licenci i I. atestaci mám. Tel.: 721 226 733