

Čtyřicet procent preskripce antibiotik je mimo realitu

Rezistence některých původců infekčních onemocnění vůči antibiotikům je celosvětovým problémem, který se nevyhnul ani České republice. Probíhá diskuse o tom, jak minimalizovat nepříznivé dopady tohoto fenoménu, ale k jednoznačným závěrům lékařská veřejnost zatím nedospěla.

O parametrech národního antibiotického programu i o dalších souvisejících záležitostech jsme hovořili s primářem oddělení klinické mikrobiologie Nemocnice Na Homolce v Praze MUDr. Vlastimilem Jindrákem, který je mimo jiné také předsedou subkomise pro antibiotickou politiku České lékařské společnosti J. E. Purkyně a zástupcem ČR pro agendu antibiotické rezistence pro Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) ve Stockholmu.

► Jak by se daly charakterizovat trendy ve vývoji antibiotické rezistence u nás?

Výhledy příliš optimistické nejsou. Pokud budeme mluvit o primární péči, nejohroženějšími lékovými skupinami jsou makrolidy a fluorochinolony, které jsou zároveň také antibiotiky nejvíce nadužívanými. Česká republika byla dlouhou dobu zemí s jednou z nejnižších úrovní rezistence pneumokoků k makrolidům, ale zhruba v posledních dvou letech začíná tento ukazatel prudce stoupat. Kromě toho se otvírají dveře další akceleraci preskripce makrolidů a to je velký problém, protože to může vést k situaci, kdy pacienti s alergií na základní peniciliny nebude co předepsat a bude třeba ho po-

slat do nemocnice, kde bude nákladně léčen parenterálními rezervními antibiotiky. Například na Slovensku jsou regiony, kde rezistence pneumokoků k makrolidům už dosahuje 40 až 60 procent, což znamená, že tato antibiotika jsou prakticky ztracená. Do takové situace se dostat nechceme.

Pokud jde o chinolony, během velmi krátkého období, a to i jinde v Evropě, stoupla u kmenů *Escherichia coli* izolovaných z hemokultur při invazivních infekcích rezistence z hodnoty jednotlivých procent až na úroveň kolem 25 procent. Platí obecné pravidlo, že pro úvodní terapii je bezpečná hladina rezistence do deseti procent, ale u makrolidů se dostáváme u pneumokokových infekcí dolních cest dýchacích na úroveň kolem 12 procent. Svou roli hraje také to, že se antibiotika velmi často předepisují i pro léčbu viróz, nějakých 40 procent preskripce antibiotik je naprosto mimo realitu.

Nedávno byly publikovány výsledky studie GRACE, zaměřené právě na problematiku respiračních infekcí v oblasti primární péče. Na základě hodnocení praktických lékařů z více než 10 zemích Evropy se na rozsáhlém souboru zjistilo, že u pacientů s infekcí dolních cest dýcha-

cích byl amoxicilin jediným antibiotikem, které pozitivně ovlivnilo průběh onemocnění. A to je třeba brát vážně. To už jsou klinické důkazy, nejen epidemiologické. Evropa v této oblasti udělala obrovský kus práce, oceňované i ve Spojených státech, protože v Americe je v této oblasti situace dosti nepříznivá. Evropa tomuto tématu věnuje i politickou pozornost.

► Nejvíce antibiotik se předepisuje v primární péči. Jaká mají praktičtí lékaři vodítka pro jejich racionální preskripci?

Pokud jde o komunitní infekce, jejich původci se v zásadě chovají velmi podobně i na větších geografických územích, tedy například i na území České republiky. Skladba patogenů je podobná i v celosvětovém měřítku, ve výskytu rezistence k lékům volby však jsou mezi jednotlivými zeměmi zásadní rozdíly. Výskyt rezistence má na národní úrovni v zásadě plošný charakter, to znamená, že strategie sběru epidemiologických dat je pro skupinu komunitních infekcí celonárodní. U respiračních patogenů provádíme každoročně sběr dat ze sítě monitorujících laboratoří, která je mimochodem

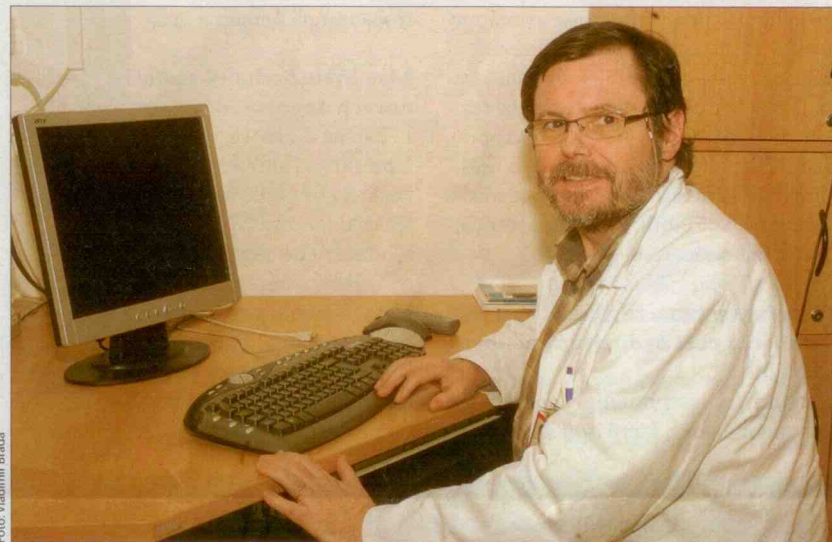


Foto: Vladimír Brada

jedna z nejhustších v Evropě. Takto nashromážděné údaje jsou kontinuálně k dispozici už od roku 1996 a můžeme z nich samozřejmě vyčíst nejen momentální situaci, ale i vývojový trend. Tato data jsou potom na národní úrovni využívána k vytváření doporučených postupů pro to, jak s antibiotiky zacházet a jak je v určitých situacích předepisovat. Národní data jsou zcela epidemiologicky vypovídající a dostatečná pro to, aby mohla určovat priority národní antibiotické politiky a mohla určovat preskripční přístupy praktických lékařů. Už od začátku minulého desetiletí jsou k dispozici postup-

ně vytvářené doporučené postupy, které garantuje Česká lékařská společnost. Jsou určeny právě pro primární péči a týkají se jak léčby respiračních infekcí, tak léčby močových infekcí. Vycházejí přitom z konsensů o používání antibiotik. Každá skupina antibiotik – peniciliny, makrolidy nebo chinolony – tedy má svou charakteristiku objektivního postavení v léčbě, které z hlediska léku volby a léku alternativního přesně reflektuje situaci v rezistenci. Tyto dokumenty jsou volně dostupné a je jenom na praktických lékařích, jsou-li ochotni s nimi pracovat.

dokončení na straně 2 ►

Čtyřicet procent preskripce antibiotik je mimo realitu

➔ dokončení ze strany 1

Už několik let také objíždíme republiku v rámci systému seminářů, samozřejmě nezávislých na farmaceutickém průmyslu. Je to expertní práce na národní úrovni, akceptovaná i ministerstvem zdravotnictví a podporovaná v rámci národního antibiotického programu, který zastřešuje Státní zdravotní ústav.

U nozokomiálních infekcí je situace zřejmě mapovatelná obtížněji.

Nozokomiální infekce mají ze své povahy lokální charakter. Rámcově sice víme, jaké jsou nejčastější bakteriální patogeny, ale situace se může lišit i kliniku od kliniky. Na jedné z nich může být zásadní problém se získanou rezistencí u daného patogenu, na jiné nemusí být prakticky žádný, a to i uvnitř téže nemocnice. V jednom oddělení může být třeba *Staphylococcus aureus* vysoce citlivý k oxacilinu, v jiném bude zase významný podíl MRSA, což může zásadně měnit přístup k volbě antibiotik k úvodní terapii. Jistěže víme, že určité populace rezistentních bakterií postupují Evropou, existuje jistý globální rozměr, ale u nozokomiálních infekcí lékař musí z hlediska preskripce antibiotik znát konkrétní situaci svého pracoviště.

Není tajemstvím, že v preskripci jsou v primární péči nadužívány zejména makrolidy.

Významným respiračním patogenem jsou pneumokoky, které jsou v České re-

publice stabilně velmi dobře citlivé k základním penicilinovým antibiotikům. Amoxicilin je lék volby pro lehkou komunitní pneumonii, kterou léčí praktik, pro zánět středního ucha, pro sinusitidu, kde pneumokok hraje zásadní roli jako etiologické agens. Tento lék je bezpečně k použití, zejména když se dobře dávkuje a správně podává – to je vždycky třeba podotknout. Ale relativně velký tlak na používání makrolidů je dosti zničující, protože je tady populace mikrobů z hlediska makrolidové rezistence velmi problematická. Přitom praktici pro dospělé podle dat zdravotních pojišťoven předepisují tuto lékovou skupinu jako vůbec nejčastější. Jedná se tedy o obrácený preferenční přístup, kdy léky volby v preskripci ustupují před přípravky alternativními. V současné době se na trhu objevují nové preparáty a musíme očekávat, že s masivním marketingem se situace ještě zhorší. Všechny tyto souvislosti je třeba mít na paměti.

Jak byste hodnotil snahy o vytváření nových doporučených postupů?

Lékařská komora v roce 2001 vydala k preskripci antibiotik závazné stanovisko, které by podle legislativy komory měli lékaři dodržovat. Tento materiál byl však z odborného hlediska velmi nekvalitní a my jsme s ním veřejně vyjádřili nesouhlas. Na tomto pozadí se rozvinula spolupráce mezi praktickými lékaři a odborníky ze subkomise pro antibiotickou politiku ČLS JEP, a tehdy také vznikly první doporučené postupy pro léčbu respirač-

ních infekcí, které jsou provázány s konsensy o používání antibiotik, o kterých už jsem se zmínil. Byli jsme překvapeni, že Společnost všeobecných lékařů začala pracovat na formulaci svých vlastních doporučených postupů. Dali jsme najevo, že jsme ochotni uvažovat o aktualizaci těch stávajících, ale nespátujeme mnoho důvodů, proč je vytvářet de novo. Existující doporučené postupy vycházejí ze systematicky shromážděvaných epidemiologických dat a zapadají do určité strategie. Není dobré vybočit z této koncepce, zapomenout na deset let usilovné práce širokého okruhu lidí a expertů a vydat se vlastní cestou pro jednu odbornou společnost, pro jednu skupinu lékařů. Chtěl bych připomenout, že praktičtí lékaři pro děti a dorost považují původní doporučené postupy za zcela adekvátní, a to do té míry, že jsou součástí jejich předatestační přípravy. Dětská lékařská společnost v preskripci antibiotik mnohem uvážlivější. Svou preskripci mají dominantně v léčbě volby, jako jsou penicilin, amoxicilin apod., rezervní antibiotika jsou až na dalších pozicích.

Můžete uvést alespoň hlavní výhrady vůči návrhu všeobecných lékařů?



Foto: Vladimír Brada

Máme k němu dvě zásadnější připomínky. První z nich je, že navrhovaný doporučený postup nekoresponduje s dosavadní koncepcí, zejména s konsensem používání antibiotik – pozice jednotlivých léků neodpovídá tomu, jak ji vnímáme z hlediska konsensu. A zdůrazňuji, že konsensus prošel standardizovanou procedurou oponentury všemi odbornými společnostmi. A dru-

hou věcí je, že v navrhovaném materiálu se zcela pomíjí to, co je v antibiotické politice zásadní, a to je pozice cílené léčby antibiotiky, která je založena na průkazu původce. U některých onemocnění samozřejmě může být obtížné rutinně zjišťovat původce infekce. Existují však situace, kdy takové vyšetření provést lze a dokonce je nanejvýš vhodné, aby prováděno bylo, a přesto je navrhovaný postup zcela pomíjí. Původní doporučený postup má zcela jasně, dokonce tabulkově uspořádaný rytmus přístupu k volbě a indikaci antibiotik. Obsahuje část, která říká, jak volit antibiotika pro úvodní terapii, ale také další oddíl, který detailně popisuje postup pro cílenou léčbu, pokud je prokázán některý z nejčastějších původců, a to i v kontextu jeho eventuální rezistence. A tato strategie, řekl bych hierarchie postupu, v navrhovaném materiálu úplně chybí.

Jak je na tom Česká republika z hlediska antibiotické politiky v mezinárodním srovnání?

Už v roce 2005 jsme jako první země v Evropě absolvovali takzvanou „country visit“ expertů WHO. Testovali u nás sestavu indikátorů, podle kterých se posuzuje, jak jednotlivé země implementují doporučení Rady Evropské unie pro obezřetné používání antibiotik z roku 2002. Tento koncept posléze převzalo Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí ve Stockholmu, které dosud poskytlo tuto konzultační službu více než deseti členským zemím EU. Náš přístup k přípravě doporučených postupů zejména pro primární péči byl tehdy oceněn a já se domnívám, že je škoda opustit něco, čemu se dostalo mezinárodního uznání. Mimochodem byl tehdy velmi dobře hodnocen systém antibiotických středisek, existujících u nás od sedmdesátých let minulého století, zatímco řada evropských zemí síť podobných pracovišť teprve buduje. Jsou to právě antibiotická střediska, která shromažďují epidemiologická data. Podobně byl posouzen také náš systém odborné kategorizace antibiotik. Konsensus používání antibiotik je chápán jako jeden z podkladů pro tuto odbornou kategorizaci. Subkomise pro antibiotickou politiku poskytuje odborná stanoviska pro tento účel jak ministerstvu zdravotnictví, tak Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv. Na jejich základě se stanovuje, která antibiotika považovat za volná a která za vázaná, jejichž použití vyžaduje konzultaci se specialistou antibiotického střediska, což je jeden z nástrojů podpory racionálního používání. mt