

4
2023

Rozhovor s dětským lékařem Adamem Rapoportem

str. 10

www.zamcasopis.cz

**Infektologie mění
koncept svého
působení**
str. 2

**Domácí porody
z pohledu práva**
str. 15

**Překonání obezity –
cesta ke zdraví
a pohodě**
str. 26

Představujeme novinku...

Iva Příhodová, Simona Dostálová a kol.

Spánková medicína v kazuistikách

2., přepracované a doplněné vydání



Kniha umožňuje praktickou orientaci v diagnostice a léčbě spánkových poruch u dospělých a u dětí, a to prostřednictvím velmi oblíbených a žádaných kazuistik. Prezentované informace vycházejí z dlouhodobých zkušeností kolektivu autorů při práci na klinických pracovištích, ve spánkových laboratořích a specializovaných ambulancích.

Neléčené poruchy spánku představují významný rizikový faktor kardiovaskulárních a metabolických onemocnění. Způsobují denní mikrosněpky, zvyšují riziko nehod a úrazů, vedou ke zhoršení psychické výkonnosti, nálady a kvality života. Jsou také častou komorbiditou psychiatrických, interních a neurologických onemocnění. Včasná diagnostika a léčba se tak stává důležitou součástí práce nejen praktického lékaře či pediatra, ale nezřídka vyžaduje multidisciplinární přístup.

Spánková medicína se proto jako obor preventivní medicíny v posledních desetiletích stává předmětem zájmu lékařů různých specializací – především neurologie, psychiatrie, interního, plicního a ORL lékařství. Multioborový ráz spánkové problematiky se promítá i do spektra kazuistik, které zahrnují nespavost, poruchy dýchání ve spánku, hypersomnie, parasomnie a další poruchy spánku.

Součástí publikace je rovněž úvodní teoretická stať věnovaná základním pojmům a vyšetřovacím metodám. Kazuistiky jsou doplněny teoretickou částí a dokumentovány názornými schématy, grafy, tabulkami a obrázky.

Cena na e-shopu

www.eezy.cz 375 Kč

Vyšlo v březnu 2023



Objednávejte na www.eezy.cz

EEZY Publishing, s.r.o.

Vyšehrad Garden, Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4

O tom, že ráda vzpomínám na svátky jara a rodí se hřibata

Přišly Velikonoce a s nimi i Velikonoční pondělí. Pro někoho jsou to svátky jara, pro jiné připomínka ukřižování a následného zmrtvýchvstání Ježíše. Pro mě je to období, ke kterému se vážou tradice a zvyky a celá řada vzpomínek na dětství. Letos jsem byla během Velikonoc dvakrát překvapena. Poprvé, když jsem na Facebooku viděla dotaz, zda je o Velikonočním pondělí městem pořádána nějaká akce pro děti. Popravdě, tou akcí by podle mne měly být právě ty velikonoční svátky. Máma by si doma měla sednout se svým dítětem, a třeba by společně mohli obarvit vajíčka. Když byli moji synové malí, tak jsme vajíčka barvili společně s mojí sestrou a jejími dcerami. Když jsem byla sama malá, tak jsem vajíčka nejen barvila, ale i jsem je ještě teplá vybírala zpod slepic, pak jsem je zkoušela barvit v cibuli, což v konečném důsledku vedlo k tomu, že jsem všude udělala nepořádek a vajíčka následně stejně obarvila v barvách OVO, aby k něčemu vypadala. Pondělní akci v tomto duchu bych nazvala koledou. Koledovat se dá u sousedů nebo příbuzných.

Druhý šok jsem zaznamenala, když jsem se na Facebooku dočetla, že koleda je prakticky dobrodiní určené pro chudáky. Že slušný člověk se o sebe má postarat, a ne jít koledovat. Tahle hláška měla být moudrem a vysvětlením toho, proč dotyčný nevezme do ruky pomlázku a nejde na koledu. Přiznám se, že takovou nadřazenost a dacanství jsem dlouho neviděla, a považuju to velkou hloupost. Ať člověk je, či není věřící, tak koleda má svou tradici a nelze ji zaměňovat za žebrotu. Tak nějak

se nemůžu zbavit dojmu, že dnešní rodiče svým dětem upírají mnohé z hezkého dětství, třeba i tím, že doma nenabarví pár vajíček, či dítě nevyrazí na koledu s kamarádem nebo tátou a bráchou vedle sebe.

Bohužel je mnoho dětí, jimž by rodiče rádi dovolili užívat si dětství naplno, ale okolnosti jim to nedovolí. Na téma paliativní péče u dětí jsem si povídala s panem doktorem Adamem Rapoportem, který do Prahy přiletěl z Kanady. Setkání s panem doktorem bylo příjemné, přestože jsme se bavili o vážném tématu. Časopis Zdravotnictví a medicína je jediný odborný titul, který se rozhovorem s panem doktorem může chlubit.

Další rozhovor jsem vedla s panem doktorem Milanem Trojánkem z infekčního oddělení motolské nemocnice. Pan doktor mi vyprávěl, jakými změnami prochází obor infekologie ve světě a jak je péče organizována u nás. Stranou mého zájmu nezůstal ani problém s multirezistentními bakteriemi.

Ráda upozorním i na text JUDr. Tomáše Sokola, který se z pohledu práva zabýval domácími porody. Doufám, že textů od pana doktora Sokola na téma právo v medicíně přinesu mnohem víc.

Kolega Petr Jechort se zamyslel nad tím, jak budou fungovat chytré nemocnice, a kolegyně Jana Brabcová se zaměřila na problém obezity a její léčby. Samozřejmě přinášíme i kongresové zpravodajství. Zajímavé informace najdete i v materiálu, který se týká výskytu tbc v Česku, a pozornost doporučuji věnovat i článku kolegy Lukáše



Malého, který se zaměřil na problematiku pití alkoholu.

Začala jsem jarem, měla bych jarem i končit a také to tak učiním. Jaro je dobou mládat. Lihnou se kuřátka, kachnička, rodí se zajičci i kotata. A také se rodí hřibata. V jízdárně, kde mě na koních Kinských učí jezdit pan Půlpán, se hřibata už rodit začala. Jsou krásná, mazlivá a je nádherné pozorovat, jak se učí žít v tom našem velkém světě. Hřibata mi dala ještě jednu zkušenost. Ona a psi jsou tím nejlepším antidepresivem, jaké znám! Den s nimi je vždy o kus hezčí a radostnější.

Všem čtenářům časopisu Zdravotnictví a medicína přeju klidné a spokojené dny!

Petra Koutelová

šéfredaktorka

OBSAH

ZAM

Zdravotnictví a medicína

OBSAH

ZDRAVOTNICTVÍ

■ Editorial	1
■ Infektologie mění koncept svého působení	2
■ Dětský hospic na Cibulce existuje ve virtuální realitě	4
■ Postižení očí patří mezi časté komplikace diabetu	6
■ Není chrápání jako chrápání!	6

■ MMDx, nová metoda vyšetření zpřesňuje diagnostiku transplantace orgánů	7
■ Onkologická péče dostupnější pacientům: čtyři kroky ke zlepšení	8
■ Rozhovor s Adamem Rapoportem	10
■ Domácí porody z pohledu práva	15
■ Zprávy z regionů	18

MEDICÍNA

■ Budoucí dispenzarizace pacienta po cévní mozkové příhodě a role praktického lékaře	21
■ Soumrak péče o dětské pacienty v Česku	23
■ Digitalizace jako nástroj propojení primární a specializované péče	24

■ Překonání obezity – cesta ke zdraví a pohodě	26
■ Jak budou vypadat tzv. chytré nemocnice?	30
■ Očkování snižuje riziko vážných onemocnění a prodlužuje život seniorů	35
■ Terapie alkoholových onemocnění jater se musí pojit s léčbou závislosti	36
■ V nebi budu slyšet	38
■ Personální inzerce	40



Infektologie mění koncept svého působení

Současná medicína se velmi rychle mění. Přicházejí nové možnosti diagnostiky i léčby, a zároveň dochází ke změně v chápání jednotlivých oborů a k posouvání jejich hranic. To se týká i infekčního lékařství. „V Česku se nově ve vnímání toho, jak má fungovat moderní infektologie, začínáme inspirovat pozicí oboru v moderní Evropě a Spojených státech,“ říká MUDr. Milan Trojánec, Ph.D., přednosta Kliniky infekčních nemocí a cestovní medicíny 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole.

Zkuste mi popsat, jak u nás vypadá a jak by mohl vypadat a fungovat obor infekčního lékařství.

Infekční lékařství prochází výraznou změnou. Dřív byla infekční oddělení velká a obvykle byla někde mimo hlavní část areálu nemocnice, sloužila především k izolaci nemocných a koncentrovali se na nich pacienti s přenosnými diagnózami. Dnes je snaha o to, aby izolační úloha infekčních oddělení byla vlastně spíše jen doplňková. V zahraničí, kde se inspirováme, infektologická pracoviště fungují úplně jinak než jako pouhá centra pro „izolaci“ pacientů s přenosnými infekcemi. Infektolog tam působí zejména jako konziliář, je to lékař, který chodí po nemocnici, radí s diagnostikou a léčbou komplikovaných infekcí, pomáhá nastavovat antibiotické režimy, pracuje jako ambulantní specialista a lůžková část slouží pro komplikované pacienty či představuje spíše určitý servis pro ostatní pracoviště.

V zahraničí je jasně vidět tento posun a je to i naše snaha, odpoutat se od velkých lůžkových infekcí, jak je stále vídáme u nás, k menším klinikám a oddělením. Zároveň se snažíme, aby v každé nemocnici byl infektolog konziliář, který má být nápomocen internistovi, urologovi, dochází na ARO a podobně. Společně s klinickým mikrobiologem, farmaceutem a nemocničním epidemiologem může poskytovat ostatním oborům velmi důležitý servis. Zásadní však je, že infektolog poskytuje konzilia u lůžka nemocného. O tento koncept se snažíme i my zde v Motole. Jsem moc rád, že dobře funguje spolupráce právě s klinickými mikrobiology a farmaceuty, přičemž jsem přesvědčen, že každý z oborů klinikům poskytuje vlastně trochu něco jiného a vzájemně se skvěle doplňují. Právě tato spolupráce může pomoci zkrátit délku hospitalizace, racionalizovat diagnostické či terapeutické postupy, snížit komplikace a v celkovém výsledku prospět pacientovi i nemocnici.



MUDr. Milan Trojánec, Ph.D.

Foto: archiv M. Trojánka

Co všechno přinese změna v pojetí oboru?

Jak se mění role infektologů, mění se i spektrum pacientů, kteří spadají do jejich péče.

Kdybychom se ohlédlí zpátky do minulosti, tak před sto či osmdesáti lety tvořili většinu pacientů na lůžkách nemocni s typicky přenosnými infekcemi, jako byly spalničky, spála, břišní tyfus, úplavice a podobně. Dnes se spektrum pacientů hodně mění. Především typický pacient je interně polymorbidní nemocný vyššího věku, v případě naší nemocnice často rovněž s významnou poruchou imunity např. z důvodu imunosupresivní terapie. Samozřejmě stále máme pacienty, kteří vyžadují nějakou formu izolace, ale nejedná se o hlavní náplň naší práce. Spíše než o pacienty s břišním tyfem nebo úplavicí se staráme třeba o imuno-

suprimovaného pacienta po transplantaci kostní dřeně, který má zápal plic, nebo máme v péči pacientku, která je po onkochirurgickém výkonu, má lymfedém horní končetiny a propukla u ní infekce kůže a měkkých tkání. Náš obor se opravdu více a více propojuje s ostatními.

Říkáte, že se odkláníte od izolací pacientů, izolace ale přeci měly své místo, byly jedním ze způsobů, jak zabránit dalšímu šíření infekčních onemocnění...

Samozřejmě, pokud se k nám dostaví pacient, který potřebuje izolační péči, tak ji dostane a jsme na to stále připraveni, ale není to už alfa a omega oboru. Pokud by přišel pacient s břišním tyfem či hepatitidou, tak poputuje na in-

fekční oddělení, pokud by byl v nemocnici, kde není infekční oddělení, bude izolován v rámci jiného oddělení. Ale izolace není to hlavní, co náš obor může nabídnout. Celkově dochází k posunu k interdisciplinární spolupráci v péči o rizikové pacienty, u nichž není infekce to, co by ohrožovalo okolí, naopak infekce ohrožuje pouze je samotné. Takový pacient vyžaduje mnohdy opravdu velmi sofistikovanou léčbu, přičemž někdy je nastavení správných léčebných režimů opravdu obtížné. Stále je však u nás mnoho diagnóz, u nichž je izolace ze zákona nutná. Avšak podle mého názoru je náš seznam diagnóz s povinnou hospitalizací již opravdu obsoletní a jsou na něm diagnózy, které z hlediska ochrany veřejného zdraví izolaci vůbec nevyžadují. Nyní probíhají diskuse o tom, které diagnózy by měly mít povinnou hospitalizaci, a já jsem za to rád a doufám, že dojde k úpravě.

S jakými diagnózami se na infekčním oddělení setkáváte nejčastěji?

V danou chvíli na oddělení máme pacienty zejména s respiračními infekcemi, především covid-19, chřipkou a RSV, přičemž řada našich pacientů patří svým způsobem mezi velmi rizikové. Avšak spektrum hospitalizovaných je mnohem širší, věnujeme se diagnostice a léčbě pacientů s horečkou či zánětem nejasné etiologie, importovaným infekcím, nozokomiálními nákazami, infekcím u imunosuprimovaných pacientů a dalším stavům. Specifikem naší kliniky je péče o intravenózní narkomany s infekčními komplikacemi.

Nutné je ale říct, že dominantní část péče se u nás odehrává v ambulantní sféře. Velká část pacientů, kteří k nám přijdou v rámci konzultací a konzilií, přichází z jiných oddělení. Naším úkolem je například zjistit etiologii horečnatého stavu, objasnit původ uzlinového syndromu, stanovit, zda jejich obtíže jsou či nejsou infekčního původu. K tomu všemu se vyjadřujeme.

Říkálo se, že letošní sezóna respiračních infekcí byla náročná, vnímáte to také tak?

Letošní respirační sezóna byla opravdu náročná, protože mimo covid-19 jsme se setkávali s řadou pacientů s komplikovaným průběhem chřipky či jiných respiračních viróz. Toto jednoznačně souvisí s tím, že jak byla zavedena proticovidová opatření, tak v populaci necirkulovaly běžné viry, proto se řada osob stala k nákaze citlivější. Nyní, když proticovidová opatření již aktivní nejsou, se tyto viry rozšířily v populaci.

Může být problém i v tom, že patogeny mutují?

To je další věc. Příkladem může být pyogenní streptokok. Tato bakterie vyvolává zejména

spálu, angínu nebo infekce kůže a měkkých tkání, třeba růži. Před sto lety byla dětská úmrtnost na spálu dvacet procent. To se změnilo, kmeny těchto streptokoků mají jiné vlastnosti. Stejně tak se dnes nesetkáváme s revmatickou horečkou po prodělání streptokokové angíny. To nesouvisí pouze s tím, že máme antibiotika, ale kmeny streptokoků se v průběhu času změnily, tyto změny byly pro nás výhodné.

Na druhou stranu se v poslední době objevují těžší streptokokové infekce kůže a měkkých tkání. Pacient dostane zánět podkoží, který se rozšíří i na svalovou povázku. Měli jsme několik případů tzv. nekrotizující fasciitidy, což může svědčit o tom, že streptokoky šířící se v populaci mohou mít vybrané faktory virulence, které předtím neměly, a mohou vyvolávat závažnější onemocnění. Takže ano, jsme přímými účastníky toho, že se mikroorganismy mění a stoprocentně to platí i u původců respiračních onemocnění, která nás letos potrápila.

Zmínil jste tyfus a choleru, setkáváte se nimi i dnes a jaká onemocnění se nám vrací?

S tyfem a cholerou se stále setkat velmi vzácně můžeme, ale v České republice jde opravdu o raritní případy. Jen pro zajímavost, případ břišního tyfu byl našim prvním konziliárním vyšetřením v Motole v den, kdy jsme zahájili činnost, přičemž v Česku se tyfus objevuje v jednotkách případů v řádu let. Z nemoci, které se v minulosti vyskytovaly a před řadou let jsme si nebyli jisti, zda bychom je uměli diagnostikovat, mohu zmínit třeba zarděnky a spalničky.

V těchto případech je zajímavý přesah z infektologie do oblasti cestovní medicíny. Před lety, ještě před vlnou spalniček u nás, ke mně přišel pacient, který se vrátil z Laosu a přišel s tím, že po návratu dostal horečku a objevila se u něj vyrážka, on sám se obával horečky dengue. Nakonec jsme u něj diagnostikovali spalničky, což nás tehdy potěšilo, protože v té době u nás nebyly, neměli jsme možnost je vidět v realu. Bohužel jak víme, tak o několik let později se situace výrazně změnila.

Ještě když jsem byl na předchozím pracovišti, tak se nám u cestovatele podařilo diagnostikovat první, a pravděpodobně dosud jediný případ křovinného tyfu v České republice. Byl to pacient, který se vrátil z jihovýchodní Asie, a i on přišel s tím, že má horečku a vyrážku.

Kdybychom se vrátili ke zmíněným spalničkám, tak se obávám, že s ohledem na klesající proočkovanost české populace se s nimi budeme setkávat i v budoucnu. To pro nás znamená, že se kromě diagnostiky musíme připravit na řešení jejich komplikací. Bohužel, staré nemoci, nemoci, o kterých jsme si mysleli, že

se s nimi už v praxi nesetkáme, se začínají znovu objevovat. Obdobné to je s tetanem nebo záškrtem, to jsou diagnózy, o kterých jsme si říkali, že jsou teoretické, a najednou se ukazují, že jejich přítomnost je zatím sice vzácná, ale reálná.

Proč se tyto nemoci vracejí? Kde je problém, antivaxeři, nebo to, že dochází k migraci ze zemí s nižší životní a zdravotní úrovní?

Třeba u spalniček jde o kombinaci faktorů. Na západě se v minulosti spalničky běžně vyskytovaly, zatímco u nás nebyly, protože byla vysoká proočkovanost. Odmítači očkování snížili proočkovanost populace a do toho k nám začali přicházet lidé ze zemí, kde důvěra v očkování byla ještě výrazně nižší než u nás. Tím, že u nás byla řada lidí neočkovaných, došlo k vytváření lokálních ohnisek nákazy, a nemoc se začala šířit. Problém představuje nízká proočkovanost, protože u spalniček je nutné pro kolektivní imunitu opravdu vysoké číslo. Ale reálně tyto infekce jsou jen okrajovými záležitostmi našeho oboru.

To, co mě ale hodně trápí, je pohled na pacienta, který leží s infekcí vyvolanou multirezistentní bakterií. Leží v nemocnici po autonehodě nebo po onkochirurgickém výkonu a jeho léčebný management je velmi náročný a vyžaduje spolupráci infektologa, mikrobiologa i klinického farmaceuta, kteří hledají cesty, jak z infekce pacienta vykřesat.

Jsou pacienti s multirezistentními infekcemi běžná realita?

Bohužel ano, běžně se stává, že na odděleních ARO a JIP máme pacienta s infekcí, která je extrémně těžce léčitelná, pokud vůbec léčitelná antibiotiky je. V těchto případech kombinujeme různá léčiva, vymýšlíme nějaký synergický efekt, ale jde to velmi špatně. Potíž je i v tom, že terapeutický efekt nových antibiotik nemusí být lepší, než je efekt starých. Mnohdy mohou být původní antibiotika klinicky účinnější, což je třeba případ penicilinu. Často říkám, že v naší zemi umírá stejně množství lidí na dopravní nehody jako na infekce, které jsou vyvolané rezistentními bakteriemi.

Vzhledem k problému s rezistencí bakterií vůči antibiotikům, nezvažuje se jiný systém dávkování?

Ano, opravdu se významně mění koncepte užívání antibiotik. V případech celé řady infekcí se ukazuje, že léčebné režimy lze při stejné účinnosti bezpečně zkrátit, čímž se sníží riziko nežádoucích účinků léčby i indukce rezistence či ovlivnění mikrobioty. Takže v tomto případě začíná platit „kratší je lepší“.

Petra Hátlová

Dětský hospic na Cibulce existuje ve virtuální realitě

Historickou usedlost Cibulka, která desítky let chátrala a od roku 2021 ji vlastní Nadace rodiny Vlčkových, je možné si už nyní projít kompletně zrekonstruovanou. Její model v reálné velikosti existuje ve virtuální realitě.

Dostatek prostoru pro malé pacienty a jejich rodiny, výhled z okna do zeleně, bezbariérové přístupy pro křesla i lůžka a kvalitní zázemí pro personál – ukázka z výčtu položek, které architekti společně s odborníky z praxe ověřovali a ladili k dokonalosti ve virtuálním modelu dětského hospice na Cibulce. Ten jim umožnil ověřit důležité detaily a praktičnost plánu rekonstrukce celé usedlosti.

„Díky moderním technologiím procházíme v reálné velikosti prostory hospice. Ověřujeme jeho budoucí praktičnost a vše, co nejde vyčíst z architektonické studie na papíru. Můžeme skvěle navnímat dispozice budoucího objektu, vzdálenosti, rozložení místností, a třeba také šířky chodeb a dveří, kterými se musí hladce pohybovat pojezdná lůžka,“ říká František Brychta, vedoucí projektu Cibulka a architekt.

Místo pro rodiny s vážně nemocnými dětmi se otevře v roce 2026

Chátrající usedlost na Cibulce včetně přilehlých zahrad zakoupila Nadace rodiny

Vlčkových na jaře roku 2021. Záměrem vybudovat zde dětský hospic zabránila totální devastaci historického objektu.

Stavba dětského hospice je jedním z prostředků, kterým Nadace rodiny Vlčkových naplňuje své hlavní poslání, kterým je zvýšení úrovně dětské paliativní péče v ČR. Nadace podporuje odborníky a zařízení z oboru prostřednictvím grantových výzev a zároveň se snaží téma představovat veřejnosti.

Nadace plánuje otevřít celý obnovený areál usedlosti Cibulka, včetně nově postavené budovy dětského hospice, v pražských Košířích 22. října 2026. Toto datum je pro usedlost symbolické, jde o dvousetleté výročí úmrtí biskupa Thun-Hohensteina, který se na začátku 19. století zasloužil o její největší rozkvět. Hlavní etapa stavebních prací začne na jaře 2024. Do té doby se bude architektonický plán díky virtuálnímu modelu usedlosti dále posouvat a vylepšovat.

V historických budovách usedlosti Cibulka vzniknou pokoje pro rodiče, místnosti určené pro terapie, stravovací prostory nebo sál, který bude sloužit jako

vzdělávací centrum pro experty pečující o vážně nemocné děti a jejich rodiny. Nová budova dětského hospice bude naplňovat potřeby moderního špičkového zdravotnického zařízení. Zároveň má ambici být příjemným a milým místem, kde se nemocné děti a jejich blízcí budou cítit dobře. Prostředí by nemělo působit nemocničním dojmem, spíš by mělo vytvářet prázdninový pocit. Charakteristická jsou velká okna, terasy a mnoho výhledů do přírody. I proto architekti budovu, kde bude celkem 12 pokojů pro pacienty, situovali do nejpůsobivější a nejkvalitnější části areálu.

„Děti a případně celé rodiny sem budou jezdit převážně na respitní, tzn. odlehčovací, pobyty. Péči o dítě, kterou obvykle obstarává na plný úvazek jeden z rodičů, tu převezmou odborníci, a rodina tak bude mít prostor si odpočinout a načerpat síly. Budou mít příležitost třeba odjet na dovolenou se zdravým sourozencem, ale samozřejmě zůstat i tady s dítětem,“ vysvětluje ředitelka Nadace rodiny Vlčkových Ivana Plechatá.

(htl)

Foto: archiv Projekt Cibulka





PORADNA

Všeobecné zdravotní
pojišťovny ČR

Všeobecná zdravotní pojišťovna má zájem o maximálně korektní vztahy se smluvními partnery. Rozhodla se proto čas od času přicházet s konkrétními radami pro praxi. Podrobnější informace najdete na www.vzp.cz.

Prevence zlepšuje kvalitu života a šetří nemalé prostředky z veřejného zdravotního pojištění

V této Poradně se budeme věnovat motivačnímu programu VZP PLUS a odměnám připraveným pro poskytovatele zdravotní péče, pokud dbají u svých klientů na prevenci. VZP se snaží motivovat k účasti na preventivních prohlídkách i samotné klienty. Ti mohou čerpat dva nové příspěvky – 1000 Kč na rehabilitační aktivity, pokud v uplynulých 24 měsících absolvovali vyšetření v rámci jednoho ze čtyř celonárodních screeningových programů, a 500 Kč na dentální hygienu v případě, že v uplynulých 24 měsících absolvovali preventivní prohlídku u všeobecného praktického lékaře (VPL) nebo praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD).

Vzhledem k neuspokojivé účasti pojištěnců v národních screeningových programech **kolorektálního karcinomu, karcinomu prsu a karcinomu děložního hrdla** se VZP rozhodla odměnit ty poskytovatele, kteří se svými registrovanými pacienty prevenci aktivně řeší. Pokud z celkového počtu klientů VZP ve věku od 50 do 80 let registrovaných u daného VPL absolvuje v průběhu let 2022–2023 screeningové **vyšetření karcinomu kolorekta alespoň 60 %** z nich, obdrží poskytovatel **50 Kč za každého registrovaného pojištěnce VZP ve věku od 50 do 80 let**. Bonifikování však budou také ti VPL, kteří nedosáhnou cíle 60% účasti, ale dojde u účasti jimi registrovaných klientů VZP k **meziročnímu zlepšení**, a to **alespoň o 5 %**. Za zlepšení pak dostane VPL za každého registrovaného v této věkové kategorii částku ve výši násobku pěti Kč a procentuálního navýšení, tj. 5 Kč za každé započaté procento (např. navýšení o 10 % – $5 \text{ Kč} \times 10 = 50 \text{ Kč}$). Do hodnocení jsou započteny testy okultního krvácení ve stolici a také výkony kolonoskopie, u nichž je sledováno delší období, tj. vyšetření z let 2014–2023.

Obdobně jsou řešeny bonifikace za účast žen na **screeningovém vyšetření karcinomu prsu, přičemž tato bonifikace se týká jak VPL, tak i ambulantních gynekologů (GYN)**. Pokud z celkového počtu klientek VZP ve věku od 45 do 80 let registrovaných u daného VPL nebo GYN absolvuje



*Ing. Miroslav Jankůj, Ph.D.
vedoucí oddělení ambulantních
zdravotnických zařízení*

v průběhu let 2022–2023 screeningové mamografické **vyšetření alespoň 65 %** z nich, obdrží poskytovatel VPL **50 Kč za každou registrovanou klientku VZP ve věku od 45 do 80 let, resp. GYN 50 Kč za každou registrovanou klientku**. Stejně jako u účasti pojištěnců ve screeningovém programu kolorektálního karcinomu je i v případě účasti na mamografickém screeningu bonifikováno obdobným způsobem i meziroční zvýšení účasti, a to alespoň o 5 %.

V případě účasti žen na screeningu karcinomu děložního hrdla budou obdobným způsobem bonifikováni

ambulantní gynekologové, a to pokud účast žen ve věku od 18 let registrovaných u daného poskytovatele GYN ve screeningovém programu za rok 2023 dosáhne podílu minimálně 50 % (50 Kč za každou registrovanou ženu), resp. poskytovatel dosáhne alespoň 5% zlepšení mezi roky 2023 a 2022 (5 Kč za každou registrovanou ženu za každé procento zlepšení jako u ostatních screeningů).

Kromě toho VZP bude podporovat i nepovinná očkování. Bonifikaci ve výši 50 Kč za **každého registrovaného klienta VZP staršího 65 let** může VPL získat, pokud bude stanovený podíl jím registrovaných pojištěnců absolvovat očkování proti chřipce (15 %) a proti pneumokokovým infekcím (30 %).

PLDD obdrží 100 Kč za každého registrovaného pojištěnce VZP, pokud alespoň 50 % z jeho registrovaných klientů podstoupilo **v letech 2014–2023 minimálně jedno nepovinné očkování**. Bonifikace za preventivní prohlídky obdrží také stomatologové, pokud stanovená část registrovaného kmene podstoupí preventivní prohlídku, a také ambulantní dermatologové, pokud stanovená část ošetřených pojištěnců bude preventivně vyšetřena optickým dermatoskopem.

Podrobnější informace o programu VZP PLUS naleznete na webu plus.vzp.cz.

Postižení očí patří mezi časté komplikace diabetu

Oční onemocnění patří mezi časté komplikace cukrovky a jsou příčinou slepoty až u pěti procent diabetiků. Mezi nejzávažnější komplikaci diabetu patří retinopatie – onemocnění, při kterém dochází k poškození cév vyživujících sítnici oka. V České republice se s ní léčí 100 tisíc osob.

Dlouhodobě zvýšený obsah cukru v těle negativně ovlivňuje orgány i drobné cévy, ani oči nejsou výjimkou. Riziko postižení očí se zvyšuje s věkem. Rizikovým faktorem je i kouření – dle průzkumu si více než polovina diabetiků 1. typu dopřává cigarety. Diabetici by neměli podceňovat pravidelné preventivní prohlídky u očního lékaře, a to minimálně jednou ročně. Zpočátku totiž nemusí pozorovat příznaky zhoršení zraku. Na vyšetření však nechodí asi 40 % diabetických pacientů.

„Nejdůležitější prevencí očních komplikací u diabetika je kompenzace cukrovky – tedy pravidelný selfmonitoring glykemií s adekvátní reakcí při nedosahování cílových hodnot. Pacienti mohou kontrolovat hladiny krevního cukru pomocí glukometru nebo moderními senzory, které měří hladinu cukru v podkožní tkáni kontinuálně a bez nutnosti vpichů do prstů,“ říká doc. MUDr. Denisa Janíčková Žďárská, Ph.D., z Fakultní nemocnice v Motole a 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Oční komplikace

Retinopatie je jednou z nejčastějších chronických komplikací postihujících diabeti-

ky. Statistiky uvádějí, že až 45 % diabetiků 1. a 2. typu postihne určitý stupeň této choroby.

Sítnice je velmi tenká část oka, která zachycuje obraz a zrakovým nervem jej následně posílá do mozku. Při špatné kompenzaci hladiny krevního cukru dochází k poruše prokrvování sítnice. Ta ve snaze zachovat okysličení reaguje tvorbou nových cév, které jsou však nekvalitní. Rády praskají, může dojít k zakrvácení do oka, mohou s sebou stáhnout okolní tkáň sítnice, což může vést k jejímu odchlípení se závažným poškozením zraku. Mezi rizikové faktory vzniku retinopatie patří kouření i časté výkyvy velmi nízké nebo naopak vysoké hladiny glykemie. Pozor by si měli diabetici dávat i na vyšší krevní tlak.

Retinopatie se projevuje rozmazaným viděním, zvýšenou citlivostí na světlo, náhlými výpadky zorného pole, výjimkou nejsou ani problémy s rovnováhou nebo čtením. Mezi další projevy nemoci patří napadení oka žlutou skvrnou (diabetická makulopatie). Při včasné odhalení může správná léčba zabránit ztrátě zraku. V pozdější fázi onemocnění pomohou laserové nebo chirurgické postupy či aplikace biologické léčby injekčně přímo do oka – ty mohou zpomalit či snížit riziko slepoty.

Zvýšené riziko zákalu

S cukrovkou mohou jít ruku v ruce i další oční komplikace. Podle studie čínských vědců mají například diabetici až o 36 % zvýšené riziko vzniku zeleného zákalu (glaukom). Proto není radno podceňovat jakékoli příznaky, ale ani prevenci. Neléčený glaukom vede k poškození zrakového nervu a v pozdější fázi dochází k poruchám vidění a slepotě.

Šedý zákal (katarakta) je onemocnění, při kterém dochází k zakalení zdravé čiré oční čočky. Pacienti, kteří trpí kataraktou, si často stěžují, že vidí méně ostře a jakoby přes špinavé okno. Uvádá se, že šedý zákal vzniká zejména v souvislosti se stárnutím oka a postihuje lidi starší 65 let, ale objevit se může i u dětí a mladších jedinců.

Zde je zásadní včasná diagnóza, jelikož jedinou možnou léčbou je operační zákrok, při němž se zakalená oční čočka zcela odstraní a nahradí se čočkou umělou. U diabetiků je riziko vzniku šedého zákalu až o 60 % vyšší oproti zdravé populaci. Kolísáním hladiny cukru v krvi se totiž může měnit tkáňová struktura čočky, a kvůli tomu se oko může předčasně zakalovat.

(hlt)

Není chrápání jako chrápání!

Chrápání, časté buzení či neklidný spánek často považujeme za nevyhnutelnou nepříjemnost. Může však jít o signál závažného onemocnění – tzv. spánkové apnoe. Neléčené příznaky mohou vyústit v závažné zdravotní komplikace. Kromě chronické únavy a špatné koncentrace hrozí pacientům i vyšší riziko mikrosrápků, dále kardiovaskulární, metabolické a další zdravotní komplikace včetně srdečního selhání. Nemoc může pomoci odhalit specializované preventivní vyšetření.

Obstrukční spánková apnoe je stav, kdy opakovaně dochází k dílčímu či úplnému uzavření dýchacích cest v oblasti kořene jazyka a měkkého patra. Vyvolává jej kolaps zmnožených tkání, nejčastěji způsobený ukládáním tukových částic při nadváze či obezitě. Onemocněním trpí zhruba 10 % populace. Rozpoznat je lze podle několika příznaků, nejtypičtější je však hlasité chrápání se zástavami dechu. Dále se může projevit neklidným spánkem, častým buze-

ním s nucením na močení nebo pocením uprostřed noci. Pacienti si někdy stěžují i na potíže s usínáním. Kvůli nekvalitnímu spánku ráno často trpí bolestí hlavy, stěžují si na sucho v ústech, cítí se nevyspalí, neodpočatí a hůře se soustředí. K problémům se dále mohou přidružovat i poruchy paměti.

„Pacienti se syndromem spánkové apnoe se v důsledku opakovaných zástav dechu neustále „dusí“, což vede k celé řadě

patologických dějů v těle, které jsou zakončeny krátkou probouzecí reakcí,“ vysvětluje MUDr. Martin Pretl, CSc., neurolog z Institutu spánkové medicíny Inspamed, s.r.o., v Praze a člen Rady Sdružení ambulantních specialistů, a dodává, že právě kvůli kombinaci zástav dechu a hlasitého chrápání si příznaků často nejdříve všimne partner/ka pacienta. Nejrizikovější skupinou spánkové apnoe jsou muži ve středním a vyšším věku.

Jak odhalit spánkovou apnoe?

Ať jsou příznaky pacienta jakkoliv závažné, nejspolehlivějším způsobem, jak spánkovou apnoe odhalit, je preventivní vyšetření. Jeho cena se obvykle pohybuje kolem 2000 Kč a je hrazeno i ze zdravotního pojištění. Spánková apnoe se může diagnostikovat i v rámci ambulantní péče. U lehčích forem nemoci postačí ke zlepšení obvykle jen změna životního stylu. Pacientům se doporučuje hlavně snížit tělesnou hmotnost, přestat kouřit a dodržovat pravidelný spánkový režim. Střední a těžké formy spánkové apnoe vyžadují složitější léčbu pomocí trvalého přetlaku

v dýchacích cestách (CPAP). Toho je dosaženo za pomoci speciálního přístroje, který během noci zajišťuje průchodnost dýchacích cest.

„Více než polovina pacientů přichází až v době, kdy je u nich rozvinuta středně těžká nebo těžká fáze choroby. Ta pak vyžaduje léčbu přetlakem v dýchacích cestách, a riziko přidružených onemocnění je tak logicky vyšší. Jedná se o kardiovaskulární onemocnění, jako je hypertenze, srdeční selhání, ischemická choroba srdeční nebo arytmie. Dále může jít také o metabolická onemocnění, především cukrovku 2. typu. Objevují se i deprese a další duševní onemocnění. Mikrospánek může v případě ne-

hody navíc končit i fatálně, jelikož je častou příčinou dopravních nehod. Správný a kvalitní spánek je nezbytný pro naše zdraví – Sleep is Essential for Health,“ objasňuje MUDr. Martin Pretl, CSc.

Nejúčinnější prevencí spánkové apnoe je zdravý životní styl – pestrý a vyvážený jídelníček a dostatek fyzické aktivity – zpočátku stačí alespoň 30 minut denně. Doporučuje se přestat s kouřením a užíváním léků, které podporují nespavost. Nevhodná je i konzumace alkoholu. K lepší kvalitě spánku samozřejmě pomáhá správná spánková hygiena včetně investice do kvalitnějších lůžkovin a v noci nespát na zádech.

(htl)

MMDx, nová metoda vyšetření zpřesňuje diagnostiku transplantace orgánů

Zpřesní diagnostiku a potvrdí či vyvrátí rejekci neboli odmítnutí transplantovaného orgánu. To dokáže molekulární mikroskop MMDx, jehož technologii používá IKEM jako první v Evropě a třetí na světě po USA a Kanadě. Po půlroce ostrého provozu přinášíme první výsledky. Metoda MMDx u pacientů po transplantaci ledviny odhalila rejekci, a lékaři tak mohli ihned nasadit adekvátní léčbu. U téměř dvou desítek pacientů pak molekulární mikroskop ukázal výsledky, u kterých léčba nebyla potřeba. V několika případech vyšetření zabránilo opakované biopsii. Metoda využívá strojového učení a podle odborníků představuje budoucnost diagnostiky.

Od srpna 2022 využívají lékaři v IKEM molekulární mikroskop MMDx v klinické praxi. Zařadili se tak mezi průkopníky této metody v Evropě. Ve světě ji využívají odborníci v Kanadě a ve Spojených státech. Na podzim možnost diagnostiky IKEM nabídl i ostatním transplantacním centrům v Česku a na Slovensku. Za tu dobu jsme v IKEM vyšetřili vzorky 111 ledvin a 29 srdcí.

U 89 vzorků ledvin z IKEM je možné poskytnout i detailnější vzhled do výsledné diagnostiky. V deseti případech se jednalo o marginální vzorky, které nebylo možné vyšetřit histologicky. Vyšetření pomocí MMDx tak zabránilo opakované biopsii. U pěti těchto pacientů byla zjištěna rejekce a adekvátně léčena. U 38 pacientů byla rejekce molekulárním mikroskopem vyloučena a u 18 z nich bylo na základě výsledku MMDx ustoupeno od léčby. U 41 pacientů bylo podezření na rejekci potvrzeno i molekulárním mikroskopem a tito pacienti byli léčeni podle typu a závažnosti rejekce. „Představte si to tak, že se odebere vzorek tkáně, ta se ve speciálním přístroji rozdrtí na malé částičky a z nich se získají nukleo-

vé kyseliny. Vyšetří se genová exprese tisíců genů najednou a počítač poté s pomocí strojového učení, tedy se zapojením umělé inteligence, určí diagnózu. Takže není potřeba lidského oka,“ vysvětluje prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc., přednosta Transplantcentra IKEM.

Mikroskop využívá k určení výsledku tisíce vzorků nejen z Česka, ale i z USA a Kanady. Ty se pak porovnávají s právě vyšetřovaným vzorkem. „Používá se na to složitý algoritmus, jehož principem je porovnání genové exprese vyšetřované biopsie s referenčním setem už změřených biopsií,“ říká o zpracování vzorku docentka Petra Hrubá z Laboratoře molekulární medicíny IKEM.

V počátcích molekulární mikroskop využíval referenční set přibližně 1200 vzorků u ledvin a 900 u srdcí, dnes už jich je víc než 5000 u ledvin a víc než 1300 u srdcí. Neustále se tak zlepšuje přesnost výsledků. MMDx přesto v současné době práci patologů zcela nenahradí. „V určitém procentu případů se výsledky poskytnuté patologiemi neshodují s klinickými projevy choroby. Určení přesné diagnózy tak není možné

a ke zpřesnění je potřeba další biopsie. Molekulární mikroskop ale může tuto praxi změnit. Molekulární mikroskop MMDx tak představuje budoucnost ve vylepšování diagnostiky pro transplantované pacienty,“ doplňuje prof. Ondřej Viklický.

IKEM započal jednání o použití molekulárního mikroskopu v roce 2019. „Od prvních myšlenek do zavedení do praxe uplynuly skoro tři roky. Po interních debatách o využitelnosti jsme museli nastavit a s pojišťovnami domluvit úhrady pro české pacienty. Nejednoduchá jednání nakonec dopadla dobře a od srpna 2022 jsme začali testovat první vzorky pacientů IKEM.

Na sympoziu v říjnu loňského roku jsme tuto možnost nabídli i ostatním evropským centrům. Jako první si vyšetření vyžádali kolegové ze Slovenska, nyní vidíme zájem i z dalších okolních zemí,“ říká Ing. Michal Stiborek, MBA, ředitel IKEM. Kromě sousedních zemí jako Německo, Rakousko nebo Polsko mají zájem o vyšetření svých pacientů třeba Maďarsko, Slovensko nebo Švýcarsko.

(htl)

Onkologická péče dostupnější pacientům: čtyři kroky ke zlepšení

Onkologická onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice. Ročně je diagnostikováno více než 87 tisíc nových pacientů, přibližně 27 tisíc nemocných umírá, dalších 600 tisíc pacientů je v léčbě nebo nádorové onemocnění v minulosti překonalo. Nejčastější příčinou úmrtí je rakovina plic, tlustého střeva a konečníku, slinivky břišní, prsu a prostaty.

Přestože úmrtnost na onkologické nemoci postupně klesá, zejména díky zlepšené diagnostice, intenzifikaci screeningů i novým možnostem léčby, zůstává v České republice vyšší než evropský průměr. Zároveň u nás existují značné regionální rozdíly v dostupnosti kvalitní a časné diagnostiky a léčby. Podpora dalšího poklesu úmrtnosti na tyto choroby, odstraňování regionálních nerovností a přibližování péče pacientům jsou aktuálními výzvami české onkologie.

Důležitým krokem ke zlepšení situace pacientů s nádorovými nemocemi v ČR bylo přijetí Národního onkologického plánu 2030 (NOP) v červnu loňského roku. Ten pokrývá komplexní cestu onkologicky nemocných od prevence přes včasnou diagnózu a léčbu po život po léčbě a celkové zlepšení jejich života. V rámci dvouletých akčních plánů se poté nastavují strategické a specifické cíle, které je potřeba rozpracovat a začít naplňovat.

Krok první: léčba dostupná v každém kraji, blíže pacientům

Nejprve by mělo dojít k systémovému nastavení samotné organizace onkologické péče, které je součástí dílčího cíle NOP. „Domníváme se, že je potřeba rovnoměrně pokrýt celou Českou republiku, aby byla zajištěna včasná dostupnost kvalitní diagnostiky a léčby onkologicky nemocných pacientů. Pouze tak budou odstraněny stávající nerovnosti,“ vysvětluje David Kolář, výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP).

Podávání nejmodernější onkologické léčby je aktuálně soustředěno výhradně do tzv. komplexních onkologických center (KOC). V České republice je 15 center určených pro léčbu solidních nádorů dospělých pacientů (například v Praze, Brně, Ústí nad Labem, Plzni nebo Českých Bu-

dějovicích), centrum zcela chybí v Karlovarském kraji. Léčbě dětských pacientů se věnují dvě centra v republice, a to v Praze a v Brně. Podávání vysoce specializované hematoonkologické péče je soustředěno do osmi center pro dospělé (např. v Plzni, Brně a Hradci Králové) a do dvou pracovišť pro děti (v Praze a v Brně).

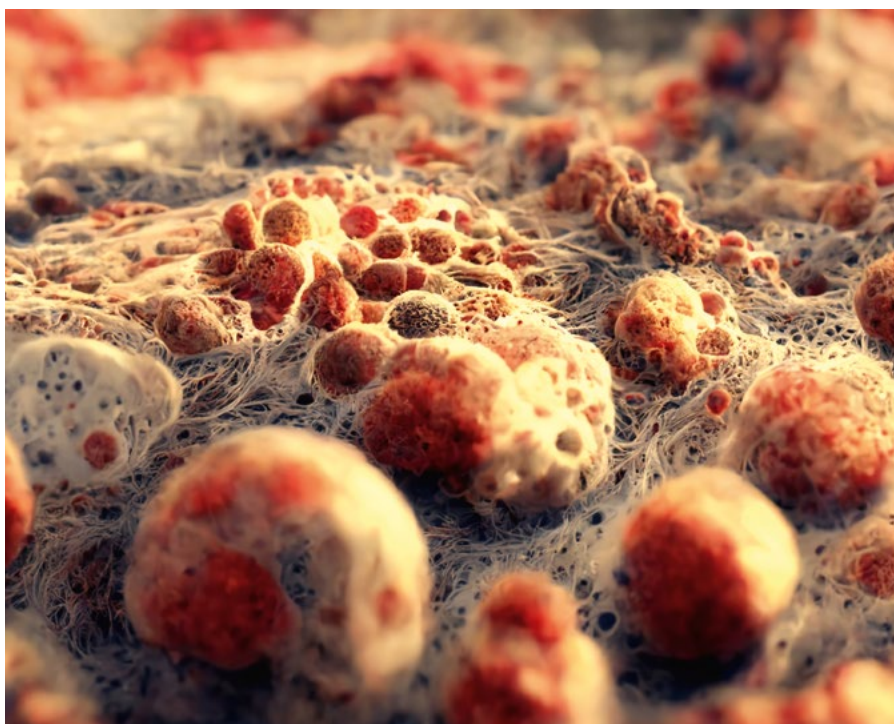
„Plně proto podporujeme současné snahy České onkologické společnosti o umožnění podávání vybraných, již standardně používaných, onkologických léků i mimo komplexní onkologická centra, tj. v rámci sítě regionálních onkologických skupin. A to vždy po indikaci multidisciplinárním týmem komplexních onkologických center,“ vysvětluje David Kolář a doplňuje: „Z této změny budou profitovat zejména pacienti, kteří dnes za léčbou dojíždějí často stovky kilometrů. Přínosné by to bylo také pro lékaře v regionálních pracovištích, již získají možnost

dalšího profesního rozvoje a rozšíření terapeutických možností. Změna by přinesla i potřebné uvolnění kapacit komplexních onkologických center pro nové pacienty.“

V rámci současné společné diskuse odborných společností, plátců zdravotní péče, Ministerstva zdravotnictví a dalších partnerů je třeba najít správnou míru mezi centralizací a decentralizací péče. Cílem je přiblížit léčbu k pacientům při dodržení její maximální kvality a bezpečnosti.

Krok druhý: potřebná spolupráce odborníků

Dalším cílem NOP je také podpora multidisciplinárního přístupu a posílení efektivní spolupráce mezi odborníky a zdravotnickými zařízeními, jež se starají o onkologicky nemocné pacienty. Jed-



Ilustrační foto: 123rf.com

ná se o zřízení tzv. multidisciplinárních týmů složených z lékařů různých specializací.

Jejich cílem by dle návrhu České onkologické společnosti mělo být stanovení nebo potvrzení diagnózy, nastavení léčby a nasměrování pacienta do konkrétního zdravotnického zařízení (KOC či regionální onkologické skupiny (ROS)) dle jeho bydliště i typu onemocnění.

„Asociace plně podporuje ustanovení a fungování multidisciplinárních týmů, které mohou zrychlit stanovení diagnózy a nejvhodnějšího léčebného protokolu včetně indikace nejmodernějších léků, jejichž podávání je vázáno na komplexní onkologická centra. Do budoucna bychom uvítali postupné rozšíření možnosti podávání těchto moderních léků i na regionálních pracovištích. Léčba by tak mohla probíhat v blízkosti bydliště pacienta, a stala by se tak dostupnější,“ komentuje návrh David Kolář.

Je důležité, aby tyto nově vzniklé týmy byly navázány na síť komplexních onkologických center a současně pečlivě provázány s primární péčí v regionu. Samotné zřízení a nastavení provozování těchto týmů bude značně náročné jak z pohledu organizačního, tak finančního. Proto je třeba, aby se této aktivitu účastnily i zdravotní pojišťovny a podpořily ji adekvátními úhradami.

Krok třetí: sledování kvality poskytované péče

Téma, které je součástí NOP a zároveň se opakovaně objevuje v odborných diskusích, je nastavení a sledování kvality poskytované péče. Jedná se o nezbytný krok ke zlepšení péče o onkologicky nemocné pacienty a odstranění aktuálních regionálních nerovností.

„Je třeba postupně nastavit konkrétní indikátory měření kvality onkologické péče, průběžně je vyhodnocovat a identifikovat oblasti ke zlepšení na úrovni národní, regionální i jednotlivých poskytovatelů péče s cílem průběžně kultivovat celý systém onkologické péče,“ vysvětluje David Kolář. Inspirací nám může být například Norsko, které dlouhodobě využívá indikátory kvality zdravotní péče pro stanovení priorit a řízení zdravotní péče i transparentní informování občanů o variabilitě služeb zdravotní péče.

K realizaci tohoto kroku, resp. série následných kroků je nezbytná celospolečenská (nejen odborná) diskuse, využití digitalizace na všech úrovních zdravot-



Ilustrační foto: 123rf.com

nického systému, standardizace sběru dat a způsobu jejich zpracování. Zásadní roli zde musí mít odborné společnosti spolu se zdravotními pojišťovnami, které jsou z povahy věci nejlépe informovány o onkologických léčebných potřebách a cestě pacienta zdravotním systémem.

Krok čtvrtý: nastavení úhrad péče

V rámci NOP je tematizována také nákladnost onkologické léčby. „Z pohledu naší asociace je třeba, aby byla hrazena kvalitní zdravotní péče lege artis, tj. dle odborných doporučených postupů, a to pouze akreditovaným poskytovatelům zdravotní péče. Současně vnímáme jako přínosné, aby byla posílena role multidisciplinárních týmů. Úhrada onkologické intervence by poté byla vázána na podmínku průchodu pacienta touto konzultací,“ komentuje David Kolář.

V zájmu kultivace systému a motivování poskytovatelů k průběžnému zlepšování kvality poskytované péče by se v delším časovém horizontu mělo využít indikátorů kvality a jejich vyhodnocování.

Závěrem

Moderní onkologické léky přinášejí pacientům naději na vyléčení a zlepšení kvality jejich života. V České republice je dostupnost onkologických léčiv na poměrně dobré úrovni. Z pravidelné analýzy

společnosti IQVIA pro Evropskou federaci farmaceutických společností a asociací „EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2021 Survey“ vyplynulo, že ze 41 nových léků schválených Evropskou lékovou agenturou (EMA) v období let 2017–2020 bylo v České republice dostupných 27 z nich. „Ve sledovaném období byla dostupnost moderních onkologik u nás lepší než v ostatních státech V4, naopak jsme zaostávali za některými zeměmi západní Evropy, např. Francií, Rakouskem, Švédskem nebo Německem,“ vysvětluje David Kolář a doplňuje: „Je ale třeba upozornit, že se jedná o výsledek indikativní, protože pouze porovnává počet nových léčiv, která vstoupila do systému. Opomíjí však jejich indikační a preskripční omezení, jež se mohou stát od státu lišit.“

Společným zájmem všech účastníků zdravotnického systému je přinášet inovativní onkologickou léčbu českým pacientům, a to v co nejkratším čase od registrace a v dostatečné šíři indikačního využití. Spolu s pokrokem ve vývoji moderní medicíny, managementu klinických studií, implementací nových léčebných postupů a obecně s rozvojem personalizovaných a cílených terapií by mělo dojít i k úpravě postupu hodnocení při stanovení podmínek úhrady. To by mělo reflektovat specifickou situaci každého jednotlivého léčivého přípravku, aby se dostupnost moderních léčiv pro pacienty v České republice dále zlepšila.

(red)

Petra Hátlová
foto: Pavel Ovsík



„Mnoho dětí o rozhovory na téma
umírání nestojí“

Adam Rapoport

Dětský lékař Adam Rapoport je světová kapacita v péči o vážně nemocné děti a jejich rodiny. Působí v nemocnici SickKids a v rezidenčním hospici Emily's House v kanadském Torontu. Zároveň je mentorem doktorky Lucie Hrdličkové, která vede podobný tým ve Fakultní nemocnici v Motole. Do České republiky ho pozvala společně s Nadačním fondem Lodka a Nadací rodiny Vlčkových, aby tu sdílel své zkušenosti s českými odborníky. Časopis Zdravotnictví a medicína je jediným odborným časopisem, kterému poskytl odborník při své návštěvě Prahy rozhovor.

Pojďme od začátku – co vás k paliativní péči přivedlo?

Když jsem jako student medicíny ve třetím ročníku lékařské fakulty nastoupil do nemocnice v Torontu, dali mi jen jednoho pacienta. Byl to 80letý pán, který byl přijat se zápallem plic. Každý den jsem poslouchal nejen jeho hruď, ale prohlížel jsem ho odshora dolů, i když to nepotřeboval. Hodně jsme si povídali a poznali jeden druhého, vybudovali jsme si vzájemný vztah. I přes věkový rozdíl asi 50 let jsme měli mnoho společného. Pacient byl navzdory naší léčbě a antibiotikům stále slabší. CT vyšetření bohužel ukázalo, že důvodem, proč se jeho zápal plic nezlepšuje, je rakovina. Rychle se zhoršil, a nakonec zemřel. Byl jsem z toho velmi smutný.

Jak vás to ovlivnilo v další práci?

Když jsem se dozvěděl, že se koná pohřeb, chtěl jsem na něj jít. Vzdát úctu skvělému muži a jeho blízkým. Moje nadřízená a ošetřující lékař pacienta mi ale řekli, že to není vhodné. Prý by to rodina vnímala jako známku pocitu viny, že jsme jako lékaři udělali něco špatně. Překvapilo mě to, já to tak necítím. Myslel jsem, že to pro rodinu bude naopak pozitivní signál. Nakonec jsem se rozhodl následovat své srdce a šel jsem.

Jak vás rodina přijala?

Když jsem vešel do dveří kostela, dostalo se mi hrdinského přivítání. Rodina byla počtěna, že jsem přišel vzdát úctu jejich manželovi a otci. Nechali mě sedět v první řadě mezi nimi. Představili mě všem svým přátelům. Nebylo jim vůbec nepříjemné, že jsem tam byl. Nepříjemné bylo jen to, co se pacientovi stalo. Tehdy jsem to nevěděl, ale když se ohlédnu, mělo to na mě obrovský dopad. Rodiny chápou, že lékaři jsou taky jen lidé. Neočekávají od nás zázraky. Vědí, že něco je někdy mimo naše možnosti a že smrt je součástí života.

Jak smrt vnímají lékaři?

Vidíme ji jako nepřítel. To je podle mě chyba. Nikdo nechce zemřít a zájmem medicíny je, aby pacienti žili co nejdéle. Ale pokud je smrt vnímána jako nepřítel, pak vždy prohráváme. Lékaři musí být se smrtí smíření, aby pochopili, že to není jejich selhání. A můžou udělat víc pro to, aby se pacientům a jejich rodinám dostalo na konci života té nejlepší péče.

Co je poslání dětské paliativní medicíny?

Hlavní cíl je zlepšit kvalitu života vážně nemocných dětí a jejich rodin. Dnes už má medicína řadu specialistů, protože existuje spousta informací o každé jednotlivé části těla. Máme zvláštního lékaře na srdce, na plíce, na mozek a lékaře na oči. Tým paliativní péče říká: myslíte na to, že tady je celé dítě, a nejen celé dítě, ale dokonce celá rodina, která je postižená nemocí jejich dítěte. Je třeba vidět rodinu a dítě jako celek. Zatímco se lékaři snaží vyléčit nemoc, je potřeba pečovat i o vše ostatní. Je třeba pamatovat na to, že celá rodina prochází velmi těžkým obdobím. Musíme dělat vše, co můžeme, abychom je v této náročné době podpořili. Filozofii dětské paliativy by měl umět praktikovat každý lékař, každý poskytovatel zdravotní péče, který pracuje s vážně nemocným dítětem.

Budte jako lékaři zranitelní

Jaký vnímáte hlavní rozdíl mezi paliativní péčí pro děti a pro dospělé?

Obor dětské paliativní péče se začal prosazovat asi 20 let poté, co se rozvinul obor paliativní péče pro dospělé. Když dětská paliativní péče začínala, byla zaměřená na podporu nejvíce nemocných pacientů, což byly obvykle umírající děti. Těch je mnohem méně než dospělých. Díky tomu viděli lékaři v dětské paliativní péči příležitost začít praktikovat ideální postupy, více se pacientům věnovat. Podstatou těchto postupů není zaměření na smrt a umírání, ale na pomoc lidem, aby mohli žít co nejlepší život bez ohledu na to, v jaké fázi nemoci se nacházejí. Týmy dětské paliativní péče se setkávají s pacienty a rodinami mnoho měsíců, často i mnoho let předtím, než pacient zemře. Čas nám pomáhá vybudovat vztah založený na důvěře.

Měl jste dětské pacienty, kteří se uzdravili?

Rozhodně. Jsem opravdu rád, že jste tuto otázku položila, protože nechci vyvolat mylnou představu, že každý pacient, o kterého se starám, zemře. Ročně ke mně přijde zhruba 200 nových pacientů a z nich jen asi 15 až 20 procent umírá. To znamená, že zhruba 80 procent pacientů, které potkávám, má vážnou nemoc, ale neumírají. Nikdo neví, zda a kdy zemrou, takže mohou zemřít brzy, nebo žít mnoho let. Další rozdíl mezi dospělými a dětmi v paliativní péči je, že většina dětských pacientů, které vidím, nemá rakovinu, ale jiné rozličné diagnózy. Jsou závislí na lékařské technologii a péči. Jsou křehcí, zranitelní. Mnoho z nich se však dožije dospělosti. Některé mají třeba i hodně vážnou nemoc, ale podstoupí úspěšnou transplantaci, opustí nemocnici a žijí dlouho.

Z jakých profesionálů je složený ideální dětský paliativní tým?

Spíše než lidé, kteří musejí být v týmu, je důležitější, že je někdo schopen plnit určitou roli. Musí tam být někdo opravdu dobrý v medicíně, tedy lékař. V každém týmu paliativní péče musí být také sestra. Ta je úplný základ, nejdůležitější člen týmu. Další úroveň péče je psychosociální. V těžkém období je nemožné nemít obavy a strachy. Potenciálně s nimi může pomoci psycholog. Může to být ale i sociální pracovník, někdy lékař, někdy zdravotní sestra. Někdo, kdo je ochotný si sednout a promluvit si o problémech, ne o lékařských věcech. Pro mnoho lidí je důležitá duchovní či spirituální oblast. Zvláště když se blíží konec života nebo když medicína nezná všechny odpovědi. V té fázi se mnozí obrátí k Bohu nebo k něčemu jinému, většímu než jsme my. Pokud je to něco, co nemocnému dítěti a jeho rodině dává sílu, chceme to. Chceme přinést cokoli, co pomůže překonat toto těžké období. Ptám se rodiny, jestli mají kněze, pastora nebo rabína, kohokoli. A pokud existuje, rádi se s ním setkáme a pracujeme s ním.

Jaké další role jsou užitečné?

Cílem naší péče je zlepšit kvalitu života. Toho můžeme dosáhnout omezením špatných věcí, léčením špatných příznaků, špatných myšlenek. Dalším způsobem, jak zlepšit kvalitu života, je dělat více dobrých věcí. A k tomu máme v nemocnici SickKids úžasný personál. Nejsou přímo v mém týmu, ale jsou mými partnery. Jsou to muzikoterapeuti, arteterapeuti, terapeutičtí klauni, terapeutičtí mazlíčci, například psi. Máme také masážního terapeuta a specia-

listy, kteří si s dítětem umí hrát takovým způsobem, že je to terapeutické. Když hrají hry, mluví s dítětem tak, aby poznali, jaké jsou jeho myšlenky a obavy, a také je společně prošli. Jsou ale i důležité role, které v týmu nemáme, protože s některými odborníky cíleně spolupracujeme externě.

O koho jde?

Hodně lidí překvapí, že v našem týmu není sociální pracovník. Víme přitom, že sociální pracovník je hodně důležitý, ale všechny děti a rodiny, se kterými se setkávám, přicházejí odjinud, například z kardiologie, onkologie, neurologie. Odtamtud mají sociální pracovníky, kteří je znají mnoho měsíců nebo let, a těm důvěřují. Takže pracuji s těmito sociálními pracovníky. Nepotřebuji přivést nového. Opravdu není důležité, kdo přesně je v týmu, ale jde o to, jakou roli je třeba dobře zastoupit. Pak je tu ještě jeden velmi důležitý aspekt, a to je podpora při truchlení. Velmi důležitou součástí naší práce je zajistit, aby rodiny věděly, že když

jejich dítě zemře, neopustíme je. Pomáháme jim s truchlením, ale také s praktickými věcmi, které jsou s koncem života spojené. Jak důležitou roli mezi lékaři, pacienty a rodinou hraje komunikace?

Lékaři si musí udržet bariéru

Často se říká, že chirurgové jako hlavní nástroj používají skalpel. Pro lékaře paliativní péče, dospělé i dětské, je tímto nástrojem komunikace. Ta přitom není jen o mluvení, ale také hodně o naslouchání. Naučit se dobře komunikovat a vybudovat si vztah založený na důvěře jde přitom i v krátkém čase. Ale chce to cvik a snahu.

Můžete zmínit příklady dobrých a špatných přístupů ke komunikaci s vážně nemocnými dětmi?

Určitě jde říct, že není dobré s dítětem nemluvit. Většinu lékařů a dalších zdravotnických odborníků je tak nepříjemné vést obtížné rozhovory týkající se vážné nemoci a smrti, že to raději nedělají. Mají také pocit, že tím dítě chrání. Je to přirozený instinkt dospělých, ať už jsme lékaři, nebo rodiče. Nechceme děti rozrušit. Je ale správné s dětmi mluvit. Důležité je také být k dětem upřímní. Mnoho lékařů a dalších dospělých se z důvodů, že chtějí malé pacienty chránit, snaží situaci různě přikrášlovat. To může být pro dítě, jehož tělo selhává, velmi matoucí. Je stále nemocnější. Cítí to v sobě. Možná ví nebo tuší, že umírá. Možná už něco slyšelo. Možná vidělo, že rodiče pláčou, ale nikdo s ním nemluví. Děti pak mohou mít pocit, jako by v tom zůstaly samy. I když máme dobré úmysly, protože je nechceme rozrušit, ve skutečnosti je izolujeme, opustíme. Neměli bychom dopustit, aby o tak důležitých věcech přemýšlely jen samy a neměly nikoho, s kým by tyto starosti probíraly.



Jak ale správně o těchto záležitostech s dětmi mluvit?

Ke komunikaci s dětmi přistupuji trochu jinak než s dospělými. Pokud je můj pacient dospělý, musím k němu být velmi přímý. Musím se ujistit, že rozumí všemu, čemu rozumím já, aby se mohl co nejlépe rozhodovat o svém životě a zdravotní i další péči. Když ale mluvím s dítětem, většinou to není ono, kdo dělá všechna důležitá rozhodnutí. U většiny malých dětí to dělají jejich rodiče. Účelem rozhovoru s dítětem tedy není za každou cenu sdělit všechna fakta. Nepřicházím jim říct, že umírají nebo s jakým konkrétním problémem se potýkají. Spíš s nimi chci jednoduše vést rozhovor. Musím ho s nimi otevřít a zjistit, co ode mě chtějí vědět.

Znamená to, že s dítětem o umírání nemluvíte?

Řeknu to jinak, jestli to nevádí, protože se chci ujistit, že je to jasné. Mým cílem je poskytnout dětem informace, které potřebují, aby se s danou situací lépe vyrovnaly. Pokud se mě dítě zeptá, jestli umírá, pak mu na tuto otázku odpovím. Ale pokud se zeptá, proč mu vypadávají vlasy, pak je odpověď: protože ti dáváme léky na léčbu rakoviny, kvůli kterým ti také padají vlasy. Tohle v ten moment stačí. Nemusím chodit dál.

Takže diskuse vychází z otázek, které děti mají.

Ano. Nepřicházím za dětmi s vlastní agendou, kterou jim chci říct. Moje agenda je agenda dítěte. Ať už se potýká s čímkoli, cokoli potřebuje malý pacient vědět, aby se s danou situací lépe vyrovnal, to mu řeknu. Chci mu pomoci. A tak tam přijdu a otevřu rozhovor. Zeptám se každého, jestli jsou témata, o kterých přemýšlel. Jestli jsou věci, které mu nebo jí dělají starosti. Jestli má nějaké otázky. Mám na ně čas a klid. Chci, aby děti měly pocit, že se mě mohou na cokoli zeptat. Budu k nim vždy maximálně otevřený a upřímný, ať už budou chtít cokoli. Teď si možná říkáte, že to může vypadat jako velmi měkký přístup. A jestli bychom k nim neměli být upřímnější.

V čem je výhoda tohoto přístupu?

Je mnoho dětí, které o rozhovory na téma umírání nestojí. Je pro ně příliš těžké o tom přemýšlet. Chtějí zůstat co nejvíce šťastné a pozitivní. Pokud s tím přijdeme a řekneme jim přímo, že umírají, a jejich přání je zůstat šťastné a pozitivní, v jistém smyslu je jako osoby nerespektujeme. Jde hlavně

Dr. Adam Rapoport

- Adam Rapoport je dětský lékař s titulem z etiky.
- V červenci 2011 se stal prvním lékařským ředitelem pediatrického týmu pokročilé péče v nemocnici SickKids. Tento tým zajišťuje lůžkovou i ambulantní paliativní péči dětem s život ohrožujícím onemocněním a jejich rodinám, včetně podpory při truchlení pozůstalých.
- V roce 2013 se zároveň stal lékařským ředitelem prvního dětského rezidenčního hospice v Torontu – Emily's House.
- V Česku působí jako mentor doktorky Lucie Hrdličkové z Fakultní nemocnice v Motole.

o to, jak se cítí, co chtějí vědět, jak daleko nás nechají zajít. Účelem komunikace s dětmi je podpořit je a pomoci jim lépe zvládnout obtížnou situaci, kterou procházejí, bez ohledu na to, kde se na této cestě nacházejí. Musíme být velmi upřímní a schopní vysvětlit odpovědi na jejich otázky způsobem odpovídajícím jejich vývoji. Se sedmiletým dítětem nemůžeme mluvit o umírání a nemoci stejně jako se sedmdesátiletým mužem.

Co vnímáte, že je na vaší práci nejtěžší?

Nejnáročnější je, když mluvím přímo s mladými lidmi, kteří mi kladou ty nejtěžší otázky. Když si vybudujeme důvěru, ptají se mě na to, zda zemrou, nebo ne. Vím, že k nim musím být upřímný. Vím, že na tuto otázku musím odpovědět laskavým způsobem. Ale i já jsem člověk. Vždycky mě velmi bolí, když se mladý člověk poprvé dozví, že na svou nemoc zemře. Bolí mě to u srdce. Je mi velmi smutno z toho, že některé děti musí vést tyto rozhovory.

Je možné popsat dobré umírání?

Mohu vám říci svůj osobní pohled. Ale vím zároveň, že to, co považuji za správné pro mě, nemusí být nejlepší pro pacienty a rodiny, o které se starám. Každý to může vidět jinak. Osobně nechci být na jednotce intenzivní péče, uměle udržovaný při životě na přístrojích. Chci mít možnost být obklopený lidmi, které mám rád. Ideálně v pohodlném prostředí, což pro mě znamená doma. Doufám, že budu ve stavu, kdy si budu moci všechny lidi kolem sebe uvědomovat, konverzovat s nimi, poslouchat mého oblíbeného Boba Dylana a dělat věci, které mám rád. A že budu mít možnost prožít klidné umírání, které nebude dlouhé. To je moje ideální představa. Vím, že jsou rodiny, které chtějí pro své těžce nemocné dítě podobný konec života, když už mu musí čelit. Ale jsou i mnohé rodiny, které to vidí jinak.

Jaká je jejich představa?

Pro některé rodiče je důležité ujistit se, že udělali vše, co mohou, aby se pokusili udržet své dítě naživu. Pro některé rodiny, o které jsem se staral, znamená dobré umírání, když je jejich dítě na jednotce intenzivní péče, napojené na přístroje a dostává všechny dostupné léky. Pro tyto rodiny je ujištění, že nenechali kámen na kameni a zkusili všechno, jedinou cestou, jak mohou jít dál a nelitovat. I pro tyto rodiče je přínosná paliativní péče, protože i oni chtějí vědět, že zatímco bojují o poslední dech, jejich dítě netrpí, je v co největší možné pohodě a mají spolu i příjemné zážitky.

Jak pomáháte s péčí na konci života v hospici Emily's House?

Emily's House je náš dětský hospic v Torontu. Je to nádherné místo s velmi světlými a prostornými pokoji. Je tam dost prostoru pro rodiče i sourozence, aby byli všichni spolu. Poskytujeme tam veškerou nezbytnou lékařskou a podpůrnou péči. Emily's House nabízí pro konec života jak to nejlepší z odborné péče nemocnice, tak i z pohodlí domova. Skvělí, vyškolení profesionálové jsou tu rodinám k dispozici 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Umějí pomoci v každé situaci.

V Praze jste si prošel usedlost Cibulka, kde Nadace rodiny Vlčkových buduje centrum dětské paliativní péče s lůžkovým hospicem. Jaké vidíte podobnosti s kanadským Emily's House?

Usedlost Cibulka jsem si prošel ve skutečnosti a také ve virtuální realitě se 3D brýlemi, kde jsem viděl, jak bude vypadat hotová v roce 2026. Obě prohlídky na mě udělaly neuvěřitelný dojem. Na Cibulce vybuduje Nadace rodiny Vlčkových úžasné zázemí pro rodiny a děti, které trpí vážnou nemocí. Cibulka i Emily's House jsou podobné tím, že jsou v krásných částech města obklopených parkem. Spousta lidí chce být obklo-

pená přírodou, když prochází těžkým obdobím. Zajímavá paralela je, že jak Cibulka, tak Emily's House jsou původně památkově chráněné, starší budovy. U nich je vždy třeba zachovat a udržet podstatu původní stavby a kolem ní vybudovat nový objekt. S výsledkem v Torontu jsem v tomto ohledu velmi spokojený a na základě toho, co jsem viděl, věřím, že stejného pozitivního výsledku dosáhne i tým Nadace rodiny Vlčkových na Cibulce. Virtuální 3D prohlídka na mě zapůsobila skvěle. Když se v Kanadě stavěl Emily's House, viděl jsem staveniště a bylo těžké si představit, co tam vznikne. To nejlepší, co jsme měli, byly papírové nákresy toho, jak bude výsledek vypadat. Když jsem procházel virtuální Cibulkou, doslova jsem vstoupil do budoucnosti. Prošel jsem se chodbami, viděl jsem konkrétní interiéry. Celý hospic kolem mě ožil.

Co vám pomáhá zvládat práci, která je psychicky náročná?

Ve škole nás učili, že lékaři si musí udržet bariéru. Říkali nám, že musíme mít odstup a příliš se nesblížovat s pacienty a rodinami, protože nám hrozí vyhoření. Prý by nás právě tohle mělo chránit a pomáhat nám náročnou práci zvládat. Tenhle přístup jsem zmuchlal do kuličky a vyhodil do koše, protože si myslím, že je to nesmysl.

Jako lékař jsem nejlepší, když si dovolím být svým pacientům a rodinám co nejbližší. Kdykoli se starám o nějaké dítě, představuji si, že to dítě by mohlo být moje.

Každý si musí najít sám, jak o sebe pečovat

To ale způsobuje zranitelnost.

To ano, ale myslím, že to ze mě dělá nejlepšího lékaře, jakým mohu být. Když si představíte, že byste měli dítě, které by trpělo vážnou nemocí, nechtěli byste lékaře, který by se k vašemu dítěti choval jako otec? Takto se chovám ke každému pacientovi. Přijdu do pokoje a pracuji s ním, jako by to bylo moje vlastní dítě. Poskytuju mu tu nejlepší možnou péči. Ano, vystavuji se zranitelnému stavu. Novým lékařům bych vzkázal, aby se nebáli poznat své pacienty a rodiny a dát jim všechno. Opravdu se tomu vystavit. Jakákoli zeď mezi námi, našimi pacienty a rodinami vytváří chladné lékaře, kteří mají odstup a mnohdy nejsou dostatečně soucitní. Existují lepší způsoby, jak se chránit, vypořádat se s touto zranitelností, pečovat o svou pohodu, nevy-

hořet. Jednou z hlavních cest k tomu pro mě bylo vytvoření týmu, kterým jsem obklopený. Právě kolegové mi hodně pomáhají. Když jsem ve službě, když se starám o pacienty, dávám do své práce všechno, ale když mám volno, je k dispozici někdo jiný z týmu, kdo tu zátěž nese za mě. Jediný způsob, jak mohu práci na čas pustit z hlavy a odpočinout si, je, že mám naprostou důvěru ve členy svého týmu, kteří převzou práci tam, kde jsem skončil, a odvedou ji na výbornou. Pak se můžu soustředit na svou pohodu.

Jak odpočíváte?

Miluji hudbu. Poslouchám ji, hraju na kytaru. Ne moc dobře, ale hraju. Mám úžasnou rodinu, kterou velmi miluji. Moc rád trávím čas se svou ženou a dětmi. Každý si musí najít sám, jak o sebe pečovat. Znovu bych chtěl zopakovat mé poselství, že odpověď na náročnou práci a příběhy pacientů pro lékaře není chránit se tím, že se zatvrdí a uzavře. Když to dělá, pacienti a jejich rodiny si toho všimnou a řekl bych, že pak lékař nepracuje nejlépe. Buďte jako lékaři zranitelní. Dovolte si do situace jít naplno a najděte si jiné způsoby, jak zajistit, abyste nevyhořeli a nebyli příliš vystresovaní. To je z mé zkušenosti správný způsob, jak co nejlépe vykonávat lékařskou praxi.



Domácí porody z pohledu práva

Média čas od času přináší informace o kauzách týkajících se plánovaných domácích porodů s tragickými následky. Jedna z posledních se objevila v únoru letošního roku, případ se odehrál v květnu roku 2022. O co šlo? Žena ve vysokém stupni těhotenství, krátce před porodem, byla lékařem v porodnici upozorněna na komplikace a byl jí doporučen císařský řez. Žena přes opakovaná upozornění ze strany personálu nemocnice ošetření odmítla a uvedla, že s partnerem, který ji doprovázel, jede do jiné nemocnice. Tam však nedojela a druhý den nad ránem porodila doma. Vyskytly se komplikace a novorozence ve vážném stavu následně převážel vrtulník do nejbližší fakultní nemocnice. Dítě na následky komplikací při porodu za měsíc zemřelo. Jak by se měl v podobných situacích zachovat lékař, aby se zbytečně nedostal do potíží? Pojďme si modelový příklad rozebrat z pohledu práva.

Diskuse o tom, jak má lékař informovat pacienta nebo někdy jen potenciálního pacienta o možném řešení jeho zdravotních problémů, možných důsledcích jeho rozhodnutí, zda, či a jak bude problém řešit, a o případné právní odpovědnosti za obsah této informace, je dosti rozsáhlá. Mimo to vznikla i řada publikací. Zabývají se tím, čemu se říká informovaný souhlas a všemi možnými souvislostmi. Právními, ale i medicínskými, protože to spolu hodně souvisí. Pokud jsem mohl sledovat, většinu diskusí je společná snaha najít odpověď na otázku, jak má lékař léčit a současně vyhověť svým právním povinnostem, které s léčením souvisejí. Je jedno, zda konkrétně pro něj, nebo pro poskytovatele zdravotních služeb, pro kterého lékař pracuje. Navíc dnes už jsou to dosti spojené nádoby. Lékař chce z povahy své profese především léčit a moc ho nezajímají formality „kontraktu na opravu těla pacienta“. Jenže ten kontrakt existuje a informovaný souhlas je jeho dosti podstatnou, ne-li nejpodstatnější součástí. Essentialia negotii lékaře příliš nezajímají. Lze to pochopit. Popsat pacientovi jeho zdravotní stav, někdy i nepěkně vyhlížející, jeho možný vývoj, občasné včetně infaustní prognózy, a pak vysvětlit, co se s tím dá dělat, ovšem s riziky, která s tím „děláním“ souvisí, není úplně totéž jako sepsat smlouvu na rekonstrukci domu. I když ryze technicky vzato to může být dost podobné. Včetně nutnosti nejen řádně „zákazníka“ informovat, ale v případě potřeby toto informování prokázat. Nejlépe písemným dokumentem s podpisem pacienta.

Stručně řečeno, pojem informovaného souhlasu je medicínský i právně velmi složitý a bylo by to na samostatné pojednání. V daném případě jde o tzv. domácí porod, jinak řečeno o porod ve vlastním sociálním prostředí a možná rizika s tím spojená. Ta nepochybně existují, a to je důvod dost ne-



JUDr. Tomáš Sokol

Foto: Jan Kolman

gativního postoje lékařů i jejich odborných orgánů k domácím porodům.

To je první důležitý fakt. Druhý je zjevná nevyváženost rizika spojeného s domácím porodem v porovnání s jeho výhodami, zhruba jen velmi subjektivně vnímanými. I s respektem ke všem známým důvodům, pro které některé ženy chtějí родit doma, je rozhodnutí pro domácí porod vždy volbou pohodlnější varianty pro rodičku. Případně jen zdánlivě pohodlnější alternativy. Ovšem vždy za cenu vyššího rizika obtížnější zvládatelných zdravotních komplikací, které mohou při porodu nastat. Zde ovšem už nejen pro rodičku, ale i pro plod, resp. novorozence. Tím se dost liší domácí porod od porodu ve zdravotnickém zařízení, jako jedna z možných voleb nastávající matky jako pacienta. Z hlediska plodu, resp. novorozence, to zcela jistě svobodná volba není. Rodička tuto svobodu má, ale platí

za ni podstatně větší odpovědnost. Není to situace, kdy si pacient na základě informovaného souhlasu zvolí jeden z možných způsobů poskytnutí zdravotních služeb a s tím související rizika. Případně se rozhodne prostě se neléčit se všemi důsledky s tím spojenými.

V modelovém příkladu tedy pár, těhotná žena před nadcházejícím porodem doprovázená partnerem, dorazil do nemocnice, kde jim bylo lékařem řečeno, že se vyskytly komplikace vyžadující porod císařským řezem. A to nejlépe s okamžitou hospitalizací. Vzhledem k okolnostem se lze domnívat, že od začátku byl domácí porod kontraindikován a lékař na to ženu i jejího partnera upozornil. Zda dostatečně, ještě zmíním.

Žena, doprovázená partnerem, se rozhodla, že s tímto názorem nesouhlasí a že se císařskému řezu v daném zařízení

nepodrobí, podepíše tzv. revers a z nemocnice odjede, údajně za účelem konzultace s jiným lékařem v jiném zařízení. Potud to je právo rodičky rozhodovat o svém osudu. Dle zákona má ona sama právo rozhodovat o svém těle a v době těhotenství je plod součástí jejího těla. Jak už bylo naznačeno, v tomto případě to ale není právo absolutní. Nesmí svým rozhodnutím ohrozit život novorozence. Teoreticky by tedy již rozhodnutí, které se sice stále týká plodu, ale nesporně může ohrozit i narozené dítě, mohlo vést k preventivním opatřením, která si ale nelze dost dobře představit. Násilná hospitalizace, a případně dokonce násilný císařský řez asi myslitelný není. I když v jiných případech je hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez jeho souhlasu podle č. 372/2011 o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen ZZS) dovoleným postupem. V tomto případě tedy matka odchází. Buď, jak výše bylo zmíněno, po podpisu negativního informovaného souhlasu, případně i bez něj. Prostě odejde. Ustanovení § 34 odst. 3 ZZS prvou variantu upravuje takto: Pacientovi, kterému byla podána informace o zdravotním stavu nebo se podání informace podle § 32 odst. 1 vzdal a který odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nejde-li o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu, je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Jestliže pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení (revers).

V modelovém případě při následném domácím porodu došlo ke komplikacím a primárně se lze toliko domnívat, že v důsledku této komplikace novorozenec zemřel.

Případ může být vnímán jako nešťastná náhoda, kterou se již dále nebude nikdo zabývat. Pokud ale odněkud přijde oznámení o zatím suspektní příčině smrti novorozence, dojde na právo a právní povinnosti. A to nejen matky, ale i hypotetického lékaře, který doporučoval hospitalizaci a císařský řez. Případně jinou formu poskytnutí zdravotní péče.

První otázka, na kterou bude hledána odpověď, je, co bylo příčinou úmrtí. Klást si ji budou nejpravděpodobněji orgány činné v trestním řízení, protože ty jsou primárně, byť nikoliv výhradně, povolány takový případ řešit. Přibrán bude znalec z oboru zdravotnictví, odvětví nejspíš patologie či gynekologie a porodnictví nebo neonatologie, jemuž budou položeny i další relevantní otázky. Zcela určitě i otázka, zda příčina úmrtí byla objektivně se životem novorozen-

ce neslučitelná, nezávisle na tom, kde porod proběhl. A zákonitě i otázka, zda bylo v možnostech zdravotnického zařízení, řekněme porodnice, vyřešit vzniklý problém a hrozbu fatálního následku pro novorozence odvrátit.

Pokud znalec dospěje k závěru, že v případě de lege artis medicinae provedeného císařského řezu by dítě mělo šanci na přežití stejnou jako jakékoli jiné dítě anebo by šanci mělo významně vyšší, na rozdíl od zcela beznadějně situace, která nastala při domácím porodu a v jeho důsledcích, nutně následuje otázka, do jaké míry je za smrt dítěte zodpovědná matka a její jednání. Případně do jaké míry je zodpovědný lékař, je-li pro případné rozhodnutí o odpovědnosti rodičky důležité, jak byla informována. Co věděla, jaká byla její představa o následku rozhodnutí, že nepodstoupí císařský řez, resp. odmítne hospitalizaci a rozhodne se pro domácí porod. Případně bude-li váhat tak dlouho, až k porodu dojde spontánně mimo zdravotnické zařízení.

Podle § 2900 občanského zákoníku (dále jen OZ): „Vyžadují-li to okolnosti případu nebo zvyklosti soukromého života, je každý povinen počínat si při svém konání tak, aby nedošlo k nedůvodně újmě na svobodě, životě, zdraví nebo na vlastnictví jiného.“ Zatím se pohybuje v rovině civilního práva. Ovšem hned nato je nutno vzít v úvahu i ustanovení § 16 odst. 1 lit. a trestního zákoníku. Podle něj: „Trestný čin je spáchán z nedbalosti, jestliže pachatel věděl, že může způsobem uvedeným v trestním zákoně porušit nebo ohrozit zájem chráněný takovým zákonem, ale bez přiměřených důvodů spoléhal, že takové porušení nebo ohrožení nezpůsobí.“

Život novorozence pochopitelně zákonem chráněn je a jde tedy o to, zda matka byla informována o rizicích domácího poro-

du obecně a v jejím případě speciálně a zda měla přiměřené důvody spoléhat na to, že „to dobře dopadne“.

Čímž jsme u otázky, jaké poučení v daném modelovém případě poskytl lékař. Zejména když matka bude tvrdit, že nedostala žádné poučení anebo mu nerozuměla. Oproti jiným případům následných sporů o povahu informovaného poučení by zde měla být situace jednodušší. Za dostatečné bych považoval stručné sdělení o aktuálním zdravotním stavu rodičky s jasným sdělením, že jde o rizikové těhotenství (či něco odborně podobného), hrozí patologický porod, resp. obecně nelze vyloučit komplikace, které mohou ohrozit zdraví matky a dítěte, nebo se jich lze seriózně obávat. A tuto hrozbu lze významně snížit, případně zcela vyloučit, dojde-li k porodu ve zdravotnickém zařízení. Proti takovému poučení ztrácí snad všechny argumenty uváděné ve prospěch domácího porodu jakoukoliv účinnost.

Lékař by měl v zájmu ochrany proti případně dovozované spoluodpovědnosti za následek, eventuálně spoluodpovědnosti zdravotnického zařízení požádat o podepsání informovaného souhlasu s takovým upozorněním. Jak bylo řečeno, mělo by to být jasné a srozumitelně formulované upozornění. Na rozdíl od jiných případů, kdy je namítáno, že obsah informovaného souhlasu může zkomplikovat další léčení, vzhledem k narušení psychiky pacienta, v tomto případě asi není třeba se takovými důsledky zabývat, protože primárně nejde o volbu dalšího léčebného postupu, ale o volbu prostředí, v němž k porodu má dojít. Podle mne v tomto případě představa ani jedné z možných variant není až tak traumatizující. A současně jde i o zdraví a život takřkajíc nevinného účastníka celé události.



Ilustrační foto: 123rf.com

Lze si vcelku snadno představit, že pacientka, která odmítá naléhavé doporučení lékaře, asi nebude příliš ochotná participovat na administrativě s odmítnutím spojené a prostě odejde. Pak nelze než doporučit jiný způsob zajištění důkazu o poskytnuté informaci. Samozřejmý by měl být záznam ve zdravotní dokumentaci, případně separátní, je-li to možné podpis zúčastněné osoby, informování nadřízeného, pokud takový existuje, případně SMS zpráva nebo e-mail pacientce, samozřejmě archivovaný. V úplně nejhorším případě alespoň e-mail, který zašle lékař sám sobě, aby si vytvořil doklad s něčím jako časovým razítkem. Není to nijak přesvědčivý důkaz o obsahu poučení, ale jako důkaz, že záznam o poučení nebyl vytvořen až ex post, to spolehlivě stačí.

Zhruba někde zde končí možnost modelování obecného případu a následně už velmi záleží na detailech, které se mohou dost různit. Roli hrají i či mohou hrát další okolnosti, například zda matka v dané době již nějaké dítě měla či neměla či jaké měla zkušenosti s porodem. To v kontextu s poučením a jeho důrazností se zaměřením právě na tuto konkrétní situaci a hrozbu z ní plynoucí. Nelze nevidět, že lidé v mnoha případech neberou příliš vážně doporučení lékařů a mnohdy bez zjištěných či okamžitých následků.

Obecně lze k dalšímu říci, že v případě úmrtí novorozence nebo zdravotní újmy a závěru, že je způsobeno komplikacemi, k nimž by nebyl domácího porodu nebo porodu mimo zdravotnické zařízení nedošlo, musí být zjišťována (prokazována) i příčinná souvislost mezi následkem a jednáním rodičky. Příčinný vztah je obligatorním znakem objektivní stránky trestného činu a spojuje jednání pachatele s následkem. Pokud se například rodička nakonec přeci jen rozhodla pro porod ve zdravotnickém zařízení, ale nedojela tam z důvodu vyšší moci (nehoda, poruchy ve sjízdnosti vozovky, porucha vozidla, technická nemožnost kontaktovat zdravotnickou záchranou službu), a proto dojde k porodu mimo zdravotnické zařízení, následným komplikacím a zdravotní újmě novorozence, pak mezi jednáním rodičky a následkem (újmou novorozence) již nemusí být příčinná souvislost, anebo je významně oslabená touto další příčinou. Což mimochodem nemusí řešit problém s případným nedostatečným poučením rodičky lékařem a jeho odpovědností.

Do celého příběhu v daný okamžik nemůže nijak vstoupit či zasáhnout ani modelový doprovod ženy. Dle OZ sice mají rodiče stejnou rodičovskou zodpovědnost, ale po-

vinnosti a práva rodičů spojená s osobností dítěte vznikají až narozením dítěte (§ 856 OZ). Otec tedy de iure „vzniká“ až v okamžiku, kdy se dítě narodí. V době, kdy dítě ještě není narozeno, byť matka uvádí, že doprovod je otec dítěte, a ten s tím souhlasí, je muž z právního pohledu pouze doprovod, možná je to muž v naději, že se otcem stane. Není podstatné, zda jde o manžela, u něhož platí tzv. první domněnka otcovství, nebo partnera, který již dopředu společným prohlášením uznal své otcovství. V daný okamžik je to prostě doprovod. Maximálně s hlasem poradním.

Domácí porod má či může mít celou řadu dalších úskalí, která se naštěstí objeví jen výjimečně. Lze si například představit žalobu o náhradu nemateriální újmy způsobené matce nebo oběma rodičům, úmrtí dítěte. Sice v souvislosti s domácím porodem, ale pro který se matka rozhodla proto, že lékař matku nedostatečně informoval o rizicích s tím spojených. Žalovaným může být lékař, který měl informaci poskytnout, nebo zdravotnické zařízení, v němž působí, případně oba. Kromě úpravy náležitostí informovaného souhlasu a dalších povinností dle ZZS by oporou zřejmě bylo ustanovení § 2950 OZ, podle něhož škodu způsobenou informací nebo radou hradí ten, kdo se hlásil jako příslušník určitého stavu nebo povolání k odbornému výkonu nebo jinak vystupoval jako odborník a škodu způsobil neúplnou nebo nesprávnou informací nebo škodlivou radou danou za odměnu v záležitosti svého vědění nebo dovednosti. V této souvislosti se jasně ukazuje důležitost dostatečně přesvědčivého důkazu o tom, jaká informace byla rodičce poskytnuta.

Náhradu újmy vynaložené v souvislosti s následným náklady na péči o poškozené dítě a jeho matku hrazené ze zdravotního pojištění může, spíše však musí uplatnit i příslušná zdravotní pojišťovna. Dost instruktivní je případ porodní asistentky, která byla obviněna z toho, že „...nezajistila nezbytnou hospitalizaci rodičky a provedení potřebných vyšetření, medikaci a případnou provokaci porodu, a nedodržela tak standardní postup doporučený a schválený výborem České gynekologicko-porodnické společnosti, České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále ČGPS ČLS JEP)...“, v důsledku čehož poškozený utrpěl mimo jiné těžkou perinatální asfyxií provázenou multiorgánovým selháním poškozeného, která vyústila v další těžké choroby, na jejichž následky zemřel. Za to byla porodní asistentka uznána vinnou trestným činem ublížení na zdraví

a krom jiného jí byla uložena povinnost nahradit zdravotní pojišťovně částku 2 702 071 Kč. Pravomocný rozsudek byl posléze zrušen nálezem Ústavního soudu¹, ale o míře možných komplikací tento případ vypovídá více než přesvědčivě. V tomto případě byla za odpovědnou osobu, přesněji pachatele považována porodní asistentka. Ale stejně dobře si jako obviněného lze představit i lékaře s tím, že „...ač věděl o hrozícím riziku porodu, nedostatečně informoval rodičku, a ta se v důsledku absence nutných informací rozhodla pro porod ve vlastním sociálním prostředí, kde následně došlo při porodu ke komplikacím, v jejichž důsledku novorozenec zemřel, ač při porodu ve zdravotnickém zařízení bylo možné tomuto důsledku spolehlivě zabránit.“ Prakticky identické obvinění si lze představit v případě, kdy lékařem poskytnutá informace byla dostatečná, ale matka se přesto rozhodla pro porod v sociálním prostředí a podobně.

Z výše uvedeného jednoznačně vyplývá důležitost důkazu o tom, co případnému kritickému porodu předcházelo, pokud jde o poskytovatele zdravotní služby a pokud jde o informace rodičce poskytnuté. Platí to i pro ostatní možné situace, tedy například urgentní převoz rodičky v situaci, kdy již není možné zajistit její informovaný souhlas s následným postupem lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb, lhostejno zda písemný či ústní, ale i pro následný postup při řešení již nastalé komplikace. Značné nepříjemnosti si způsobil lékař záchrané služby, který po příjezdu na místo, kde došlo k domácímu porodu, rozhodl o převozu novorozence do zdravotnického zařízení proti vůli rodičů. V následném sporu o to, zda takový zásah byl protiprávní, přesněji přímo protiústavní, sehrál značnou roli fakt, že poskytovatel zdravotní služby – záchraná stanice – nebyl schopen doložit důvod takového postupu svého zaměstnance, protože o důvodu či důvodech chyběly jakékoliv informace, včetně záznamu o radiovém provozu, v němž lékař informoval dispečink o svém rozhodnutí. A tak se lékař i zdravotnické zařízení přesvědčili, že v procesním právu má namnoze stejný důsledek protiprávní jednání jako neschopnost prokázat soulad jednání s právem.

Což pro poskytovatele zdravotních služeb platí obecně, nikoliv jen ve vztahu k domácím porodům. O odpovědnosti budoucích matek za riziko, které na sebe berou volbou domácího porodu, jsem se již zmínil dostatečně.

JUDr. Tomáš Sokol

¹Viz nálezy ÚS ČR ze dne 24. 7. 2013 sp. zn. I.ÚS 4457/12, přístupné na <https://nalus.usoud.cz/>

Umělá inteligence v kladenské nemocnici pomáhá při diagnostice CMP

Kladenská nemocnice od března využívá k vyhodnocení výsledků vyšetření pacientů s podezřením na cévní mozkovou příhodu také umělou inteligenci.

Jedná se o automatizovaný systém e-Stroke Suite od společnosti Brainomix. Tento software poskytne radiologům i neurologům rychlé a relativně přesné zhodnocení CT snímků, a výrazně tak pomůže v léčbě pacientů s diagnózou mrtvice.

„Právě rychlost je v tomto případě naprosto zásadním předpokladem úspěšné léčby. Každou minutu od vzniku cévní mozkové příhody odumírají až 2 miliony mozkových buněk, a lékaři si tak nemo-

hou dovolit žádné prodlení. Aby se co nejvíce minimalizoval počet chyb, stále častěji se do rozhodovacího procesu zařazuje strojové rozpoznávání obrazu,“ vysvětluje vedoucí lékař iktového centra kladenské nemocnice MUDr. Richard Brzezny, Ph.D.

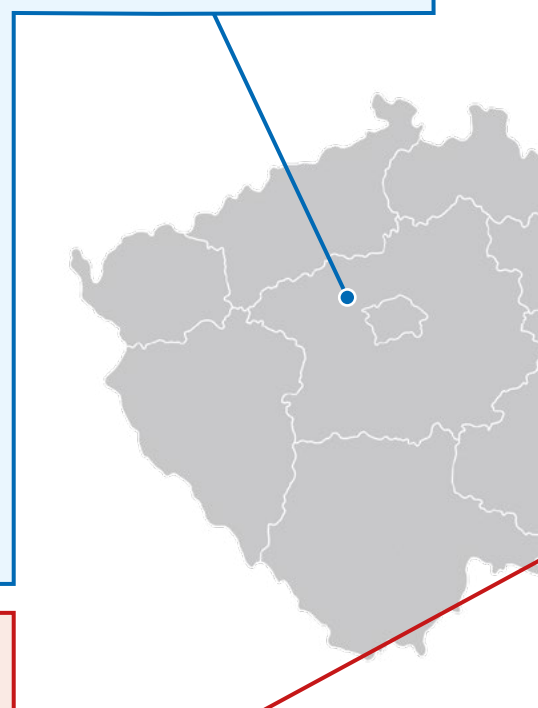
Systém pracuje na principu tzv. neuronových sítí (deep learning) a učí se podobně jako lékař, který hodnotí snímky mozku pacienta a vzdělává se s každým dalším případem. Zásadní rozdíl je v množství a kvalitě dat, ze kterých se systém učí. Společnost Brainomix využívá velké množství dat z předních světových institucí a databází, u kterých je stoprocentně potvrzená diagnóza. Je to komplexní řešení pro automatické vyhodnocení všech zobrazovacích metod, CT a magnetické rezonance, které se používají při diagnostice pacientů s cévní mozkovou příhodou.

Výsledky program odesílá do minuty na jakékoliv zařízení, které je nastaveno, tedy i do mobilního telefonu nebo tabletu lékaře. Automaticky přitom vyhodnotí, zda se u pacienta projevují známky mozkové příhody, ukáže objem nezvratného poškození mozku, najde uzávěry velkých cév a procentuálně vypočítá rozsah

poškozených a kriticky ohrožených tkání. „V praxi to funguje tak, že CT nám zjistí – ano, je tam nález a je nutné přistoupit k trombolýze. Nebo se jedná o pacienta, který musí být rychle transportován na vyšší pracoviště, které může sraženinu vyndat mechanicky, endovaskulárně,“ uvádí kladenský lékař Brzezny.

(red)

Foto: Nemocnice Kladno



Klientkám FN Olomouc slouží nový moderní mamograf

Jeden z nejmodernějších mamografů pořídilo Oddělení mamární diagnostiky Fakultní nemocnice Olomouc. Přístroj GE Senographe Pristina 3D disponuje umělou inteligencí a umožňuje na rozdíl od starších mamografů tomosyntézu prsu neboli 3D mamografii, která je alternativou ke klasické digitální 2D mamografii.

„Nově pořízený přístroj je jedním z nejlepších na trhu, našemu pracovišti nabízí novou diagnostickou metodu v podobě kontrastního vyšetření, velkou výhodou je i možnost 3D vyšetření bez navýšení dávky záření. Personál i klientky ocení i vysoký komfort vyšetření, například nejtenčí detektor usnadňující práci s obézními či handicapovanými pacientkami,“ chválí vedoucí lékařka Oddělení mamární dia-

gnostiky Fakultní nemocnice Olomouc MUDr. Lucia Veverková, Ph.D.

Přístroj umožňuje na rozdíl od starších mamografů tomosyntézu prsu neboli 3D mamografii, která je alternativou ke klasické digitální 2D mamografii. „Již není potřeba jako u staršího stroje nasazovat samostatné zařízení, ale je možné jen přepnout v nastavení, jestli chceme snímkovat v 2D nebo v 3D režimu. Díky speciální technice je také zachována v podstatě stejná radiační dávka záření u obou metod, ale zároveň tím zvyšujeme schopnost odhalit některé typy lézí díky použitému 3D vyšetření,“ vysvětluje doktorka Veverková.

Další nově umožněnou metodou vyšetření je biopsie s 3D navigací, která je

přesnější, rychlejší, a navíc je při ní použita menší dávka záření. „K provedení původní stereotaktické biopsie byly zapotřebí dva snímky z různých úhlů, teď se provede pouze jedno 3D zobrazení. Nepoužíváme ji jen k ověření lézí, ale i pro předoperační zaměření útvarů, které musí chirurgové odstranit. Metodu 3D biopsie vnímám jako velký posun pro laborantky i pacientky, pro něž je navíc šetrnější,“ doplňuje MUDr. Lucia Veverková, Ph.D.

Mamograf je také vybaven systémem asistované komprese Dueta, díky kterému si ženy mohou navolit kompresi samy, což je velmi žádoucí zejména u těch, jejichž prsa jsou citlivější a vyšetření by pro ně mohlo být nepříjemné.

(red)

Ojedinělou operaci provedli chirurgové v opavské nemocnici

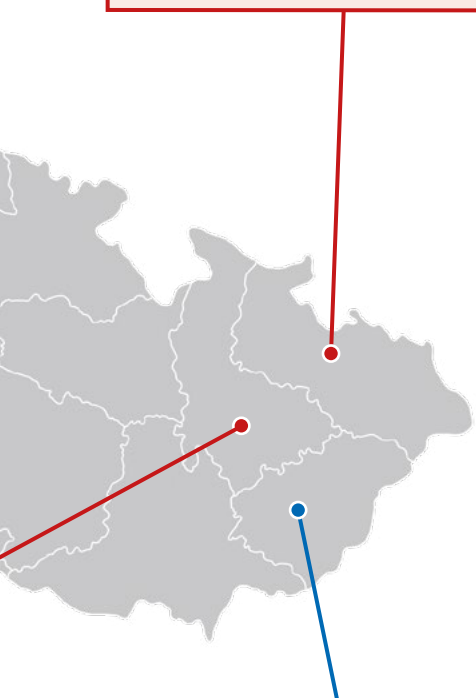
Na chirurgii Slezské nemocnice v Opavě provedli chirurgové miniinvazivní operaci, kterých ve světě není popsáno ani deset.

Spočívala v laparoskopickém odstranění chomáče vlasů o váze 200 g a o rozměrech 20 × 8 cm přes stěnu žaludku za pomoci 3D laparoskopu. CT vyšetření u dětské pacientky ukázalo před operací obrovský, řídkou hmotou vyplněný žaludek, fibroskopicky kamerou zavedenou ústy do žaludku by od-

stranění nebylo možné vzhledem k velké velikosti útvaru, proto byl zvolen laparoskopický postup přes stěnu žaludku. Pooperační průběh byl bez komplikací a dívka byla v dobrém stavu propuštěna do ambulantní péče.

„Danému onemocnění se říká Rapunzel syndrom, název má podle pohádky bratří Grimmů Rapunzel (Locika) spojené s dívčími dlouhými vlasy. Z hlediska medicínského jde o onemocnění spojené s tzv.

trichotilománií a trichofágií, což je vytrhávání vlasů a jejich požívání, touto v podstatě psychickou poruchou, která vyžaduje psychiatrickou terapii, bývají postižené dívky od dětského věku po dospělost. Ve světové odborné literatuře je popsáno jen několik desítek případů. V České republice je zaznamenán jeden případ z roku 2012,“ upřesňuje primář chirurgického oddělení SNO Matuš Peteja. (red)



Zlínská nemocnice má nový přístroj LERV

metabolické ambulance v naší nemocnici. Tam odesíláme pacienty k biochemickému rozboru krve a moči s tím, že jsou jim stanoveny rizikové faktory pro tvorbu nových konkrementů. Při udržování všech pokynů se jim v lepším případě přestanou nové konkrementy tvořit úplně anebo se sníží počet recidiv,“ upřesnil vedoucí lékař pracoviště LERV MUDr. Ivan Anděl a dodal: „Druhou okolností je zavedení nových endoskopických metod, tzv. RIRS (Retrograde Intrarenal Surgery). V celkové anestezii lze takto řešit konkrementy v močovodu i v ledvině. Podle britské medicínské databáze NICE však bylo zjištěno, že

u správně vybraných konkrementů je LERV na prvním místě v léčebném postupu, a to jak s ohledem na pacienta, tak na ekonomické zatížení zdravotního systému.“

Ještě před zavedením endoskopických metod a rázových vln se lidově řečeno močové kameny operovaly otevřeně, tedy kožním řezem v délce 20 až 30 centimetrů, kdy lékaři vypreparovali močovod nebo ledvinu, kámen se kleštěmi vyjmul a pak se zašil močovod. Následovala doba dočasné pracovní neschopnosti v trvání minimálně šesti týdnů. „Takové operace se u nás v minulosti prováděly dvakrát až třikrát týdně,“ konstatoval Ivan Anděl s tím, že nynější metody jsou daleko šetrnější a s mnohem kratší rekonvalescencí.

„Nový přístroj s elektrickým výbojem v kapalině je modernější verzí toho předchozího. Procedura rozbíjení trvá zhruba hodinu, provádíme ji při tlumění bolesti injekcí. Následně pacienta tři hodiny sledujeme v čekárně litotryptoru nebo na urologickém oddělení,“ uvedl MUDr. Martin Kučera, primář Urologického oddělení Krajské nemocnice T. Bati. Doplnil také, že obecná prevence v případech zdravotních potíží tohoto charakteru je jednoduchá. Pravidelné a dostatečné doplňování tekutin, a to alespoň 200 ml každé dvě hodiny. (red)

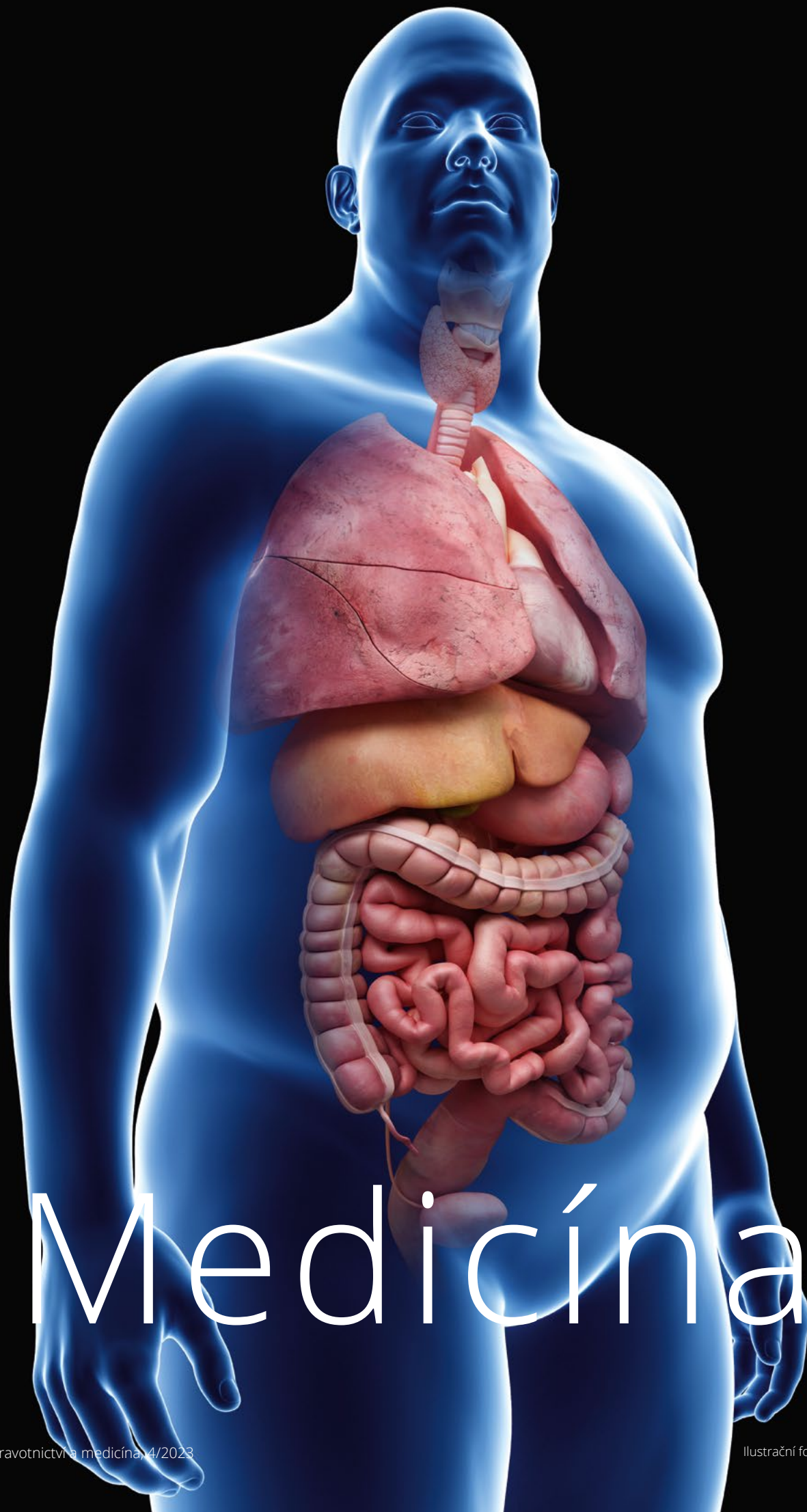
Foto: KNTB

Pod zkratkou LERV se skrývá složitý název „litolapaxie (řecky lithos – kámen, lapaxein – odvést) extrakorporální rázovou vlnou“. Jedná se o přístroj k léčbě močových konkrementů, laicky kamenů. Krajská nemocnice T. Bati (KNTB) ve Zlíně ho na oddělení urologie pořídila z evropských dotací za necelých 10 milionů korun.

Metoda rázové vlny se k rozbíjení močového konkrementu ve zlínské krajské nemocnici používá už 30 let. KNTB je jedinou nemocnicí ve Zlínském kraji, která metodu a přístroj LERV používá. Za tu dobu prošlo pracovištěm na urologii 10 320 pacientů.

„Ročně jich ošetříme v průměru zhruba 200, před 20 lety to bylo ročně 400. Snížení počtu má několik příčin. Jednou z nich je preventivní program





Medicína

Budoucí dispenzarizace pacienta po cévní mozkové příhodě a role praktického lékaře

„Měli bychom mít možnost sledovat vývoj obtíží pacienta v průběhu času, v nějakém časovém horizontu, minimálně rok, dva po příhodě. Jedním z důvodů sledování je i riziko vyvinutí komplikací centrální parézy,“ říká doc. MUDr. Yvona Angerová, Ph.D., MBA, přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Její příspěvek na téma „Budoucí dispenzarizace pacienta po cévní mozkové příhodě (CMP) a role praktického lékaře“ zazněl na 17. kongresu primární péče 2023 v Praze. Jak docentka Angerová připomněla, incidence cévní mozkové příhody v posledních deseti letech klesla o 14,5 %, a mortalita dokonce o 28,5 %. To je samozřejmě velmi pozitivní skutečnost, ale stále je velmi mnoho pacientů, kteří mají po CMP trvalé následky. Poruchy po poškození mozku obecně, a po CMP zejména, mohou být z různých oblastí, jde o velmi komplikované pacienty. Kromě motorických poruch, někdy i velmi závažných, může jít i o poruchy kognitivních funkcí, psychické, senzorické nebo poruchy řeči. Je zřejmé, že některé poruchy po poškození mozku zhoršují i komunikaci s pacientem, a tím i zcela jinak nastavují léčebně rehabilitační proces. Z různorodosti problémů pacientů po CMP vyplývá i nutnost interprofesního rehabilitačního týmu (lékař, psycholog, ergoterapeut, fyzioterapeut, logoped a další profese), který o ně pečuje. „Záměrně nehovořím o týmu multidisciplinárním, ale interprofesním. Podstatné totiž je, že jsme schopni v týmu komunikovat a vytvářet pro pacienta jeden cíl. Pokud ho léčíme každý sám, je to obtížnější, a navíc i pro něj je velmi náročné chodit ke každému specialistovi na jiné místo. Mít interprofesní tým na jednom místě je pro pacienta velice přínosné,“ zdůrazňuje docentka Angerová. Podstatnou součástí rehabilitačního procesu je i rodina pacienta a její spolupráce se všemi odborníky. Důležitá je i opora neziskových organizací. V současné době výrazně pomáhají i tím, že jsou schopny pro pacienta najít specialistu nebo mu poradit pracoviště, které se zabývá právě jeho problémy. Připomenout je třeba i spolupráci protetiků, a protože se v rehabilitaci stále více uplatňují i robotické systémy, důležitá je i role biomedicínských inženýrů.



Doc. MUDr. Y. Angerová, Ph.D. na 17. kongresu primární péče

Potíže mohou přijít i dlouho po CMP

V rámci cerebrovaskulárního programu Ministerstva zdravotnictví ČR pracují Centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče (dříve Komplexní cerebrovaskulární centra) a Centra vysoce specializované péče o pacienty s iktem (dříve Iktová centra). Naštěstí rozvrstvení iktových center je v ČR velmi dobré a musíme se pochválit – péče o pacienty s akutním iktem je zde na vysoké úrovni. Měli bychom se ale daleko více zabývat dlouhodobou rehabilitací. Problémem, jak vlastně pracovat s pacienty, kteří mají nějaké trvalé následky. Samozřejmě, pokud opustí akutní rehabilitační lůžko, mohou se dostat do rehabilitačního ústavu, případně na nějaké regionální rehabilitační

oddělení. Pak ale přijde období, kdy jsou odesláni domů, což ale naprosto neznamená, že jejich rehabilitace tím končí – následky CMP opravdu mohou být celoživotní. Jsou potřeba měsíce či spíše roky rehabilitace.

„Měli bychom mít možnost sledovat vývoj obtíží pacienta v průběhu času, v nějakém časovém horizontu, minimálně rok, dva po příhodě. Jedním z důvodů sledování je riziko vyvinutí komplikací centrální parézy, zdaleka nejčastější motorické poruchy pacientů po CMP. Jejím příznakem je spasticita. Zvýšení svalového tonu se nemusí objevit hned v prvních týdnech po CMP, ale až v průběhu prvního roku, tedy v období, kdy už je pacient mimo lůžková zařízení, je v ambulantní péči a je potřeba ho odeslat do správného specializovaného zařízení. Pokud jde o příznak

centrální parézy, spasticitu, máme už dobré možnosti, jak pacientovi pomoci nejen v akutní fázi, ale i několik měsíců a někdy i let po CMP. Podmínkou ale je, aby se pacient dostal na správné místo a zahájil specifické tréninky. Klasický obraz spastické dystonie si jistě vybavíte i ze svých ambulancí, například případy spastické dystonie horní končetiny. Všichni mají pocit, že jakmile ji jednou pacient po CMP má, je to navždy. Ale není tomu tak. Pokud na tom bude pacient aktivně pracovat a dostane správnou léčbu, může na tom být ve výsledku mnohem lépe. K fixním kontrakturám by vůbec nemuselo docházet a už nyní jsou vizitkou velmi špatně prováděné péče v průběhu celého rehabilitačního procesu. Vzniku fixních kontraktur je třeba bránit už od začátku v akutní fázi CMP polohováním pacienta a směřováním na pracoviště, která se specializují na příslušnou léčbu,“ přibližuje docentka Angerová.

Léčba spasticity probíhá jak konzervativně (medikamentózní – perorální, intramuskulární, fyzioterapie a ergoterapie), tak invazivně – formou korekční operace (u fixních kontraktur například prolongace šlach, transpozice svalů), baklofenové pumpy u těžkých spasticit a poslední volbou je dorzální rhizotomie. „U medikamentózní léčby připomínám, že první volbou už není perorální baklofen. Podle platných doporučení je pro léčbu spasticity lékem první volby intramuskulárně aplikovaný botulotoxin. Baklofen se podává jen u velmi malé spasticity. Vy jako praktičtí lékaři pacienta sledujete po dlouhé období a někdy je to tak, že už v akutní fázi se zkusí nasadit baklofen a pacient ho pak léta užívá, aniž by navštívil neurologa, který by zkontroloval, zda má tato léčba vůbec nějaký efekt. Vždy je potřeba zjistit, zda pacient nebere nějaké léky zbytečně. Znamená to, že pokud takový pacient přijde k nám na rehabilitaci, vždy se ptáme, kdo mu baklofen nasadil, jak dlouho ho užívá a zda vnímá efekt této léčby. Často se však snažíme baklofen velmi pomalu vysazovat. Sledujeme, že u většiny pacientů jeho vysazení úroveň spasticity prakticky nezmění,“ konstatuje docentka Angerová.

Pomoc je možná, ale pacient se k ní musí dostat

Dispenzarizace pacientů po CMP by byla v rámci oboru rehabilitace velmi podstatná pomoc. Důležité je i sledovat aktivní zapojení pacientů. Aktivita je pro člověka

nejdůležitější, a i když má určité postižení, neznamená to, že se nemůže zapojit do nejrůznějších činností. Podle bohatých zkušeností rehabilitační lékařky i to je oblast, v níž je možné pacientovi pomoci – nasměrovat ho, ukázat mu, čeho všeho je schopen, protože často on i jeho rodina mají pocit, že pokud není úplně v pořádku, nemůže dělat vůbec nic. Dalším problémem je zvládat psychický stav. Zejména zpočátku pacient nemusí mít objektivní náhled na své potíže a paradoxně zároveň s tím, jak se ve skutečnosti jeho stav zlepšuje, začne předpokládat, že se už nevrátí k původním aktivitám a musí změnit smysl života. I to vyžaduje pomoc zkušeného specializovaného pracoviště. V neposlední řadě jde také o ergodiagnostiku, tedy určení zbytkového pracovního potenciálu a nasměrování pacienta ke vhodnému pracovnímu zařazení. To je opět problém, který u nás zatím není dobře vyřešen. „Máme ergodiagnostická centra, ale jejich kapacita není dostatečná. Víme, že případy CMP se posouvají do věkových období, kdy by se pacient mohl vrátit zpět do pracovního procesu, a opravdu není a priori dané, že například s hemiparézou už se do něj nikdy nebude moci zařadit,“ zdůrazňuje docentka Angerová.

Efekt aplikace botulotoxinu přednášející demonstrovala na několika videích s pacienty se spastickou ko-kontrakcí, příznakem spastické parézy: „Někdy když se řekne botulotoxin, pacient se napřed lekne, co to na něj chystáme a co se mu po něm stane. Ale pokud mu to vysvětlíme, ukážeme jeho efekt a získáme ho pro spolupráci, bývá velice spokojený. Pacient na videu má těžkou parézu dolní končetiny, má spasticitu. Jeho úkolem je provádět dorzální flexi nohy. Nebyl toho schopen kvůli silné ko-kontrakci flexorů – snaží se o extenzi, ale dělá větší a větší flexi. Když flexor ovlivníme botulotoxinem, bude hybnost končetiny nepoměrně lepší. Bude-li pacient pravidelně cvičit, dostane se k tomu, že velice lehce a volně provede flexi a extenzi. Může pak končetinu využívat při běžných denních činnostech a vrátit se i do práce, kde ji potřebuje využívat.“

V Praze již existuje několik center spasticity – ve Všeobecné fakultní nemocnici, v Nemocnici Na Homolce, ve Fakultní nemocnici v Motole, v Ústřední vojenské nemocnici a ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Centra přibývají napříč celou Českou republikou a naším přáním je, aby byla co nejčastěji navázána na iktová centra.

Další problém, se kterým pacient po CMP často bojuje, jsou poruchy kognitivních funkcí. Trpí jimi více než třetina pacientů po iktu při kontrole po třech i dvanácti měsících od vzniku CMP. I jejich spolupráce v celém rehabilitačním procesu je výrazně omezená a narušená.

Opět jde o okruh problémů, které po akutní fázi často nejsou v chronických fázích dostatečně vyšetřovány a řešeny. Pokud má pacient problémy s kognicí, potřebuje specializované neuropsychologické vyšetření, aby se zjistilo, o jaký typ poruchy kognitivních funkcí jde a jak s ním dál pracovat. Kognitivní trénink pak spočívá v systematickém, pravidelném a dlouhodobém cvičení jednotlivých kognitivních dovedností, které byly postiženy. Cílem je zlepšit kvalitu každodenního života.

„V ČR jsme na tom velmi dobře s léčbou v akutní fázi. Máme iktová centra rozmístěná po celé republice a ta postupně začínají navazovat na centra spasticity. Domnívám se, že pokud v rámci iktových center existují právě už zmíněné interprofesní týmy, bylo by velmi výhodné, kdyby tam vznikaly i denní stacionáře. Do nich pacient dochází třeba na intenzivní trénink od pondělí do pátku z domácího prostředí a absolvuje cílené rehabilitace zaměřené konkrétně na jeho problém. Určitě by velmi pomohlo mít i centra ambulantní rehabilitace, která by mohla pracovat nejen na motorických, ale i kognitivních problémech. Dispenzarizace minimálně rok nebo dva po iktu by mohla pomoci celé řadě pacientů, protože v případě, že jsou již v domácím prostředí, nemusí se ke specializované péči dostat. My jsme velice rádi, že nám praktičtí lékaři pomáhají. Právě oni odesílají pacienty do našeho stacionáře. Sledují je od začátku, znají i jejich rodinné zázemí, umějí odhadnout, zda budou spolupracovat a zda mají podmínky k zapojení do rehabilitačních programů. Velkou pomocí těmto pacientům ze strany praktických lékařů je i to, že je odesílají na specializovaná pracoviště včetně center spasticity a snad už v blízké budoucnosti i do center, která se budou komplexně zabývat rehabilitací pacientů po cévních mozkových příhodách. Rozhodně to stojí za to a pacienti si to zaslouží. Máme celou řadu pacientů, kteří jsou po CMP, mají hemiparézu, mají problémy, ale přesto se běžně zapojují do normálního života. Máme i řadu pracujících pacientů, kteří jsou i přes své postižení schopni podávat velké výkony,“ uzavírá docentka Angerová.

Text a foto: Jana Jílková

Soumrak péče o dětské pacienty v Česku

Populace dětských lékařů stárne a jejich již tak prořídle řady nemá kdo nahrazovat. V současné době je v Česku přibližně 1 800 praxí praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD), což nestačí. Tisíce rodičů marně shání lékaře pro své děti. Už nyní podle odhadů Úřadu zdravotnických informací a statistiky ČR schází ve zdravotním systému více než 300 ordinací PLDD. Mladí lékaři se do oboru nehrnou. Na vině je podle profesní organizace především chybějící samostatný studijní obor, který by přinesl více praxe s dětmi v ordinacích „dětských praktiků“, a složitější cesta absolventa lékařské fakulty do primární péče pro děti a dorost než k všeobecným praktickým lékařům. Ani převedení mladších pacientů od 14 let věku do ordinací všeobecných praktických lékařů však podle Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (SPLDD) ČR není systémové a dlouhodobé řešení, i tyto ordinace jsou totiž mnohde na hraně vytíženosti. Lékaři o tom jako o jednom z hlavních témat mluvili na konci března na 17. kongresu primární péče v Praze.

Nedostatkem PLDD trpí celá republika, v některých regionech je dokonce stav kritický. „Nejhůře jsou na tom části Karlovarského, Moravskoslezského, Středočeského nebo Jihomoravského kraje. Zde nastává mnohdy situace, kdy se rodičům nedaří najít praktika pro své dítě vůbec. Řada z nich pak se svými dětmi dojíždí padesát i více kilometrů daleko,“ popisuje MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (SPLDD). Tyto situace podle ní vznikají především v místech, kde lékař odejde do důchodu a nikdo nepřevzme jeho ordinaci. Průměrný věk praktiků pro děti a dorost dosahuje v ČR téměř 60 let, proto bude v dohledné době kritických situací s nedostupností primární péče pro malé pacienty přibývat. „Rodičům pak zpravidla nezbývá než obvolávat i vzdálené ordinace a pokoušet se najít místo v nich. Mohou se také obrátit na svou zdravotní pojišťovnu, která by jim měla péči zajistit, případně poskytnout seznam lékařů v okolí. V akutních případech by pak pacienty měl ošetřit nejbližší lékař, i když u něj nejsou registrovaní,“ vysvětluje MUDr. Hülleová. Pro děti od 14 let pak sice existuje možnost registrace u všeobecného praktického lékaře, podle MUDr. Hülleové je však takové řešení nesystémové a nevhodné. „Po odborné stránce to problém není, všeobecný praktický lékař samozřejmě zvládne léčit i teenagery, jde spíše o to, zda má volnou kapacitu,“ říká MUDr. Petr Šonka, předseda Sdružení praktických lékařů (SPL) ČR. Podle něj by však nikdy nemělo dojít k tomu, že se dětské pacienty začnou plošně přesouvat k praktikům. „Vždy musí primárně záležet na kapacitách jednotlivých ordinací. Některé místo mít mohou, jiné ne. Všeobecných praktiků sice není tak kritický nedostatek, ale tady mluvíme o půl milionu mladých pacientů, na takový počet rozhodně prostor



MUDr. Petr Šonka a MUDr. Ilona Hülleová

nemáme,“ říká MUDr. Šonka. Podle něj chtějí praktici také jednat s pojišťovnami o navýšení plateb za péči o dětské pacienty, které by mohly lékaře k registraci motivovat. „Mělo by však jít spíše o kompenzaci nákladů navíc, nikoliv cestu k tomu, aby se z péče o děti u všeobecných praktických lékařů stala povinná praxe,“ říká doc. MUDr. Svatopluk Býma, předseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. Příčinu nedostatku mladých lékařů, kteří by nahrazovali „dětské“ praktiky v důchodovém věku, vidí MUDr. Hülleová zejména v současném systému vzdělávání. V roce 2017 totiž došlo ke zrušení specializovaného studijního oboru Praktické lékařství pro děti a dorost, a zájemci mohou studovat pouze společný obor Pediatrie. „Cesta k atestaci je v případě praktika pro děti a dorost o rok a půl delší než u praktika pro dospělé a v rámci praxe navíc musí svůj čas dělit mezi převážně práci v nemocnici a kratší část v ordinaci PLDD. Což je bohužel nemotivuje k tomu,

aby se primární péči nadále věnovali a případně později převzali ordinaci nebo si otevřeli vlastní. Systém je složitý i pro samotné praktiky pro děti a dorost, kteří často ani nežadají o dotaci pro rezidenty, a nevychovávali tak budoucí generaci lékařů a svoje následovníky,“ popisuje MUDr. Hülleová. Praktici proto volají především po systémovém řešení. „Nyní jsme vypracovali návrh nového systému vzdělávání, který by znovu zavedl specializovaný obor pro budoucí dětské praktiky a také jim umožnil hned po ukončení studia nastoupit na praxi do ordinace. První návrh opatření jsme již předložili Ministerstvu zdravotnictví a budeme o něm dále jednat,“ říká MUDr. Hülleová.

SPLDD k 1. 1. 2022 evidovalo 2061 členů. Vě věku 60–69 let jich bylo 36 %, nad 70 let 21 %. Přes 50 % tak již je v důchodovém věku nebo se mu limitně blíží. Do 50 let věku jich je pouze přibližně 23 %.

(red)

Foto: Petr Neugebauer

Digitalizace jako nástroj propojení primární a specializované péče

Jedním z nejvýznamnějších hráčů na poli telemedicíny je česká společnost MEDDI hub. Na 17. kongresu primární péče MEDDI hub uspořádala pro praktiky speciální sympozium a workshop.

Průvodcem sympozia byl MUDr. Ondřej Tefr. On sám je nadšenec pro digitalizaci a telemedicínu, a tak kromě péče o své pacienty v ordinaci praktického lékaře pro dospělé pracuje ve společnosti MEDDI hub, kde se už několik let zabývá vývojem telemedicínské platformy, která usnadňuje život pacientům i lékařům. S digitalizací a zaváděním telemedicíny v České republice spojuje i svá nemalá očekávání. Na prvním místě je to bezpečná komunikace mezi lékařem a pacientem – možná se způsob předávání údajů nezdá jako natolik palčivá otázka, ale e-mail, Skype, WhatsApp a jiné podobné komunikační kanály jsou z pohledu kyberbezpečnosti značně riskantní. Dalším očekáváním je efektivní práce s daty a pravidla jejich sdílení. Souvisí s tím i příprava na Evropský prostor pro zdravotní data (EHDS), který snad přinese kultivaci legislativního rámce, jednotný datový standard a potřebnou infrastrukturu do českého zdravotnictví. Jde tu ale o víc než jen o komunikaci, praktický lékař, ať už pro dospělé, nebo pro děti a dorost, má v systému zdravotnictví výsadní postavení a je to on, kdo by měl pacienty podle jejich potřeb a zdravotního stavu směřovat ke specializované péči. Aby mohl rozhodovat správně a efektivně, ne-

zbytně potřebuje mít kompletní a relevantní data o poskytované péči. Přispívá tomu koncept digitálního pacienta a příprava na elektronický záznam pacienta. „EHDS zaručeně přijde a teď jde o to, abychom byli připraveni tak, aby nám nepřinesl zátěž, ale naopak benefit,“ přeje si Ondřej Tefr. Jako praktik vítá telemedicínu i jako přímý kanál komunikace s pacientem, který umožňuje i cílené zasilání educačních materiálů včetně videí, i ta mohou být užitečná například při motivování pacientů. Využít lze i telemetrii (například k monitoraci srdeční akce u kardiaků), provádět jde i různá dotazníková šetření. Hlubou snad i u nás nepříliš vzdálenou budoucností je zapojení digitálních terapeutik.

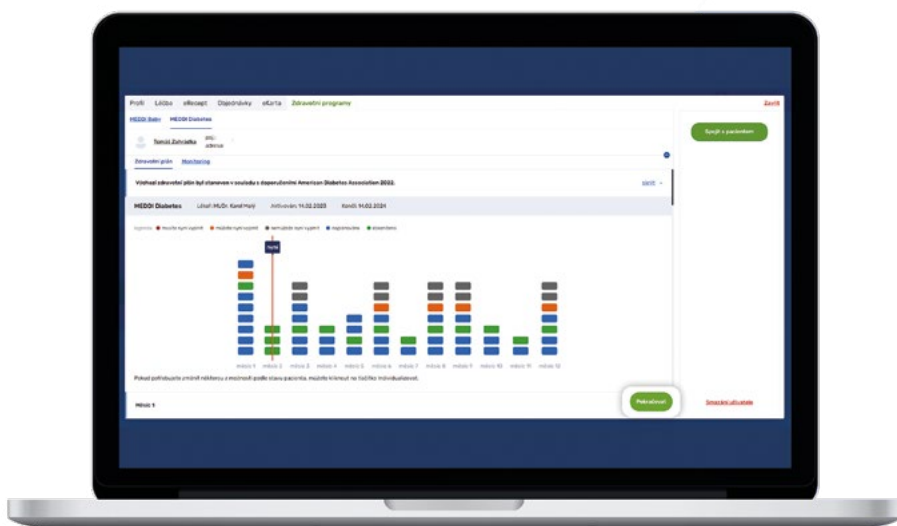
Bezpečnost až na prvním místě

Tématu bezpečnosti své platformy se společnost MEDDI hub věnuje velmi intenzivně a pro vše, co vyvíjí, zajišťuje maximální bezpečnost. Dobrou zprávou určitě je, že platforma MEDDI MD a MEDDI App v polovině letošního roku dosáhnou certifikace pro zdravotnický prostředek rizikové třídy I. podle Evropského nařízení 2017/745. Toto nařízení o zdravotnických

prostředcích je známé pod zkratkou MDR. Nařízení určuje a ovlivňuje vstup veškerých zdravotnických prostředků na trh Evropské unie. Veškerá data v aplikacích MEDDI hub, obsah videohovorů a chatu podléhá 2048bitovému šifrování a celé řadě dalších bezpečnostních prvků. Zajištěno je kontinuální zálohování dat a nekompromisnímu požadavku na bezpečnost vyhovuje i možnost přihlášení do platformy prostřednictvím biometrického ověření (obličej nebo otisk prstu). Svá řešení společnost poskytuje i velkým zařízením (například nemocnicím), na která se vztahuje zákon o kybernetické bezpečnosti, i proto je důležité, že bezpečnostní architektura aplikací odpovídá požadavkům Národního úřadu pro kybernetickou a informační bezpečnost. Z principu filozofie a zásad společnosti žádná data nejsou odesílána třetím stranám a je s nimi nakládáno v souladu s nařízením GDPR.

V ordinaci s aplikací MEDDI MD

Společnost MEDDI hub nabízí praktickým lékařům aplikaci MEDDI MD, což je nástroj ušitý jim přímo na míru. Hlavní výhodou této aplikace je, že ušetří čas, práci, nervy a časem, až se vyřeší otázka úhrad za služby poskytované v telemedicině, tak například i peníze. eKarta umožňuje pacientovi sběr veškerých dat a pro lékaře je důležité, že je rozdělena na dvě části – do první může údaje nahrávat sám pacient, například anamnestická data. Ve druhé části umožňuje vytvoření platformy elektronických dokumentů, které se samy zakládají do eKarty pacienta, a ten je následně může sdílet s dalšími lékaři. Velice to usnadňuje i předávání případů mezi kolegy na pracovišti. Pro každodenní práci lékaře je důležitá možnost vystavování eReceptu odkudkoli, měl by mít možnost odesílat je, i když právě není ve své ordinaci. Výbornou funkcionalitou je i eKartotéka (konečně se ordinace obejde bez stohů papírů!) a plánovací kalendář, který je vždy při ruce (tedy – při mobilu...). Už sám elektronick-



Prostředí aplikace MEDDI Diabetes



MUDr. Ondřej Tefr na 17. kongresu primární péče

ký kalendář vede ke snížení příchozích telefonických hovorů, které jsou pro lékaře i sestru obrovskou zátěží.

„Velmi důležité je, že jsme se dohodli se společností Compugroup Medical na plné integraci jejich softwarů a naší platformy s tím, že cílem je přinést produkt, který lékaři nebude přitěžovat a přidávat administrativu. Je to právě naopak, s veškerými nekomfortními administrativními úkony mu práce ubude. Náš produkt umožňuje snadnou synchronizaci, komunikaci, sběr dat, zaslání edukačních videí a archivaci všech vytvořených záznamů. Platforma bude integrována a pro lékaře dostupná vždy zdarma,“ říká doktor Tefr.

Přínos produktů MEDDI pro lékaře jde podle něj shrnout do několika nejpodstatnějších a ze strany MEDDI hub zároveň důsledně dodržovaných následujících zásad:

- poskytování je bez licenčních poplatků a zcela ZDARMA
- nikdo další nevidí vaše zdravotní záznamy
- bezpečná komunikace s pacientem – chat, hovor a videohovor jsou end to end šifrované
- možnost zápisu zdravotního záznamu během komunikace s pacientem
- automatická synchronizace dokumentů do ambulantního SW

- možnost využití specializovaných modulů – digitální terapeutika zaměřená na chronic disease management

Chronic disease management diabetiků

Několik posledních let se společnost MEDDI hub intenzivně věnuje možnosti využití specializovaných modulů, které bývají v odborné literatuře označovány jako digitální terapeutika. Poměrně daleko je v této oblasti například sousední Německo. Telemedicínu tam rozděluje na komunikační platformy tvořící jednu část a digitální terapeutika, která představují část druhou. Dále jsou i v jejich využití, certifikaci a zapojení do prostředí zdravotního systému.

MEDDI hub se věnuje vývoji specializovaných modulů zejména pro dlouhodobě dispenzarizované pacienty, logicky proto jde nejvíce o pacienty s diabetem, s hypertenzí a chronickým srdečním selháním. Využití těchto modulů nabízí intuitivní práci s nasbíranými daty. Nespornou výhodou je, že pacient může pravidelně a snadno sdílet výsledky svých vyšetření. Zdravotníkům platforma umožňuje přímý a personalizovaný kontakt s pacientem, plánování pravidelných prohlídek, zaslání edukačních materiálů a celkově

udržování motivace pacienta k léčbě svého stavu.

Celosvětově velmi úspěšný je modul MEDDI Diabetes, značně využívaný a oceňovaný je již více než rok v řadě zemí Latinské Ameriky, kde se těší podpoře tamních odborných diabetologických společností. Vysoce ho hodnotí jak pro schopnost stratifikace a vyhodnocení rizik dispenzarizovaných pacientů, tak pro monitoraci jejich denních aktivit, jako je stravování, pohyb, ale samozřejmě i jednoduchost zaznamenávání glykemie, krevního tlaku nebo hmotnosti. Hodně využívané jsou vzdálené konzultace průběžného stavu pacienta. V neposlední řadě MEDDI Diabetes značně usnadňuje včasný záchyt rozvoje pozdních komplikací.

Nyní probíhá implementace a lokalizace modulu MEDDI Diabetes pro české prostředí pod vedením diabetologa prof. MUDr. Martina Prázného. Implementovaný a lokalizovaný modul MEDDI Diabetes bude vhodný právě pro sledování pacientů s diabetem 2. typu v primární péči.

Kontinuálně v České republice probíhá komunikace s plátcí, aby pro certifikovaná digitální terapeutika byly stanoveny úhrady při využití v péči o chronické pacienty obdobně, jako je tomu už například u pacientů s idiopatickým střevním zánětem. „Už se ukázalo, že díky této formě práce došlo ke značnému snížení počtu návštěv pacientů s IBD v ordinacích ambulantních specialistů a očekáváme, že podobný přínos by měly i moduly určené pro onemocnění, která řešíme my jako praktičtí lékaři. Teď jde o to uvědomit si svoje priority a také to, kam chceme směřovat. Už římský filozof Seneca řekl, že když člověk neví, do kterého přístavu směřuje, žádný vítr není ten pravý,“ uzavřel přednášející.

Pro účastníky kongresu MUDr. Ondřej Tefr, MUDr. Sam Benmammar a Ing. Patrik Litschmann připravili také workshop. Nazvali ho Konec zvonícím telefonům, věnujte čas svým pacientům efektivně! Workshop probíhal formou modelových situací, které nejlépe nastiňují práci s platformou a možnosti, jak ji využít při každodenní práci. Uspořádáním workshopu ale pomoc zájemcům o aplikace zdaleka nekončí: v případě zájmu MEDDI hub zajišťuje kompletní implementaci řešení, zaškolení lékaře, zdravotní sestry a recepční, zajistí i pomoc s nastavením a případnou spoluprací s medičkami, které pomohou se zaškolením prvních pacientů ordinací. Taková podpora uživatelů je u nás bezkonkurenční.

Text a foto: Jana Jílková

Překonání obezity – cesta ke zdraví a pohodě

Obezita představuje komplexní chronické onemocnění s celosvětovým významem. Ovlivňují ji nejen faktory environmentální, ale i genetické, které společně přispívají k dysbalanci mezi příjmem a výdejem energie. Dosažení dlouhodobého úspěchu při hubnutí je extrémně obtížné a prevalence obezity po celém světě stále roste. Trend v hledání nových léků na hubnutí dlouhodobě pokračuje a je několik významných skupin, které jsou nadějí v boji s obezitou. Do popředí vědeckého zájmu se dostává snaha o pochopení mechanismů nadměrného ukládání energie v tukové tkáni a modulace endokrinní funkce tukové tkáně. Pokroky zaznamenaly experimentální i klinické studie s využitím signálních drah zapojených do regulace příjmu potravy, glukózové homeostázy, adipogeneze či termogeneze.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) představuje obezita jeden z nejvíce patrných a nedostatečně řešených problémů veřejného zdraví, který zvyšuje riziko vzniku řady dalších onemocnění. Je charakterizována nadměrným hromaděním tuku v těle, výrazně zvyšuje riziko vzniku několika nemocí, např. diabetu 2. typu, kardiovaskulárních onemocnění, ztuhnutí jater, a je spojována s nižší délkou života. Ke vzniku obezity obvykle dochází, pokud energetický příjem těla převyšuje energie-

tický výdej, což je do jisté míry ovlivněno dědičnými, fyziologickými a/nebo environmentálními faktory.

Při nadbytečném příjmu energie ukládají adipocyty (buňky tukové tkáně) mastné kyseliny z potravy do tukových kapek v podobě triacylglycerolů v procesu zvaném lipogeneze. Pokud energetický příjem převyšuje energetickou spotřebu organismu, dochází k uskladnění přebytkových triacylglycerolů, což vyvolává tvorbu nových adipocytů (adipogeneze) a násled-

ně jejich hypertrofii. S rostoucím stupněm obezity ale klesá schopnost hyperplazie adipocytů, dochází ke zhoršené schopnosti tukové tkáně vychytávat mastné kyseliny z krve a zvýšenému ukládání tuku. Hypertrofie tukové tkáně je charakterizována změnami v endokrinní funkci adipocytů, preadipocytů, makrofágů a rozvojem chronického subklinického zánětu.

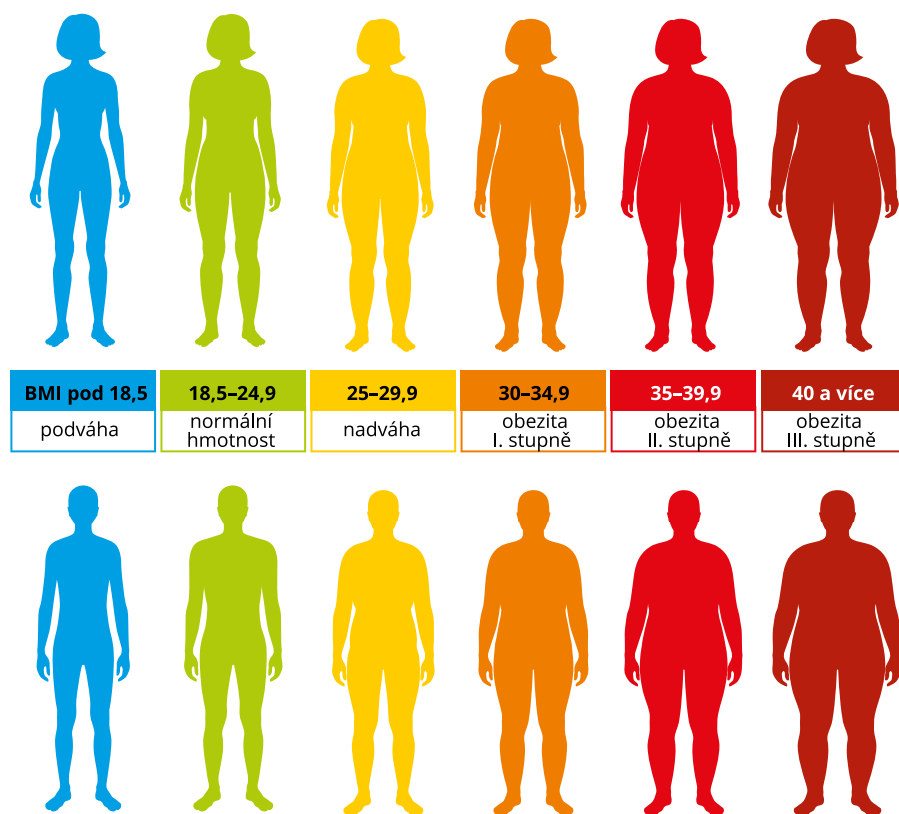
Hodnocení obezity

Diagnostika a míra nadváhy či obezity se nejčastěji vyhodnocuje indexem tělesné hmotnosti (BMI – body mass index). Jeho výpočet se provádí vydělením hmotnosti v kilogramech druhou mocninou výšky v metrech.

Mezinárodní klasifikace hmotnosti pro dospělou evropskou populaci je dle WHO následující:

1. **podváha:** BMI pod 18,5,
2. **normální hmotnost:** BMI mezi 18,5 až 24,9,
3. **nadváha:** BMI mezi 25 až 29,9,
4. **obezita I. stupně:** BMI mezi 30 až 34,9,
5. **obezita II. stupně:** BMI mezi 35 až 39,9,
6. **obezita III. stupně (morbidní obezita):** BMI 40 a více.

Obezita je tedy definována hodnotou indexu tělesné hmotnosti $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. Velkou roli při hodnocení obezity však představuje rozmístění tukové tkáně, v níž mohou probíhat škodlivé zánětlivé procesy. Rozložení, množství tělesného tuku a řada dalších parametrů je možné určit například pomocí bioimpedančních přístrojů. Obezita je tedy přesněji definována nadměrným uložením tuku v těle a v případě léčby je nutné posuzovat každého jedince



Obr. 1 BMI – body mass index

individuálně. Zdravý podíl tuku v organismu se udává u žen mezi 25 a 30 %, u mužů pak mezi 20 a 25 %.

Přestože velký vliv na udržení hmotnosti má zdravý životní styl (strava a cvičení), dosažení dlouhodobého úspěchu při hubnutí je extrémně obtížné. Konkrétní patofyziologické mechanismy, zprostředkovávající vazbu mezi tukovou tkání a zvýšenou morbiditou a mortalitou, nejsou dosud uspokojivě objasněny. Celosvětová prevalence obezity se stále zvyšuje a WHO odhaduje, že do roku 2025 bude jeden z pěti dospělých na celém světě obézní.

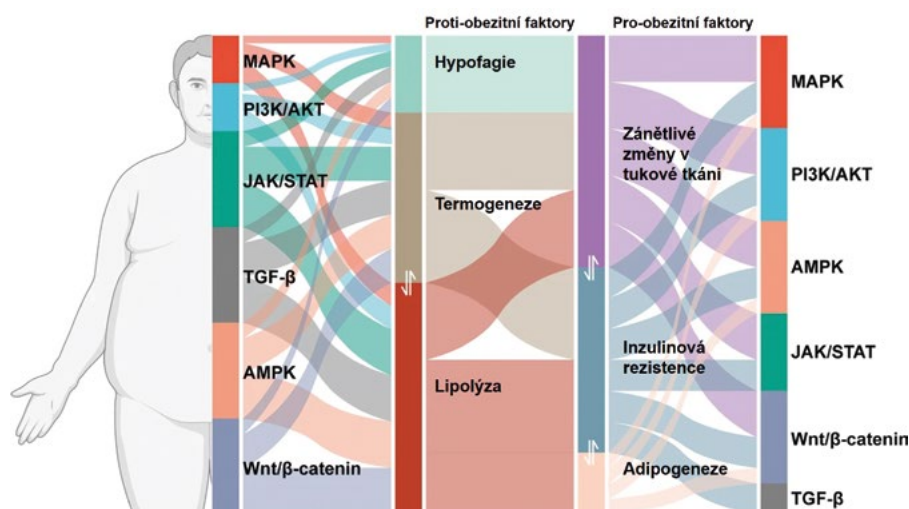
Podle Českého statistického úřadu se průměrná hodnota BMI obyvatel ČR pohybuje těsně za horní hranici normální zdravé váhy. Za rok 2022 dosáhla hodnoty 26,2, což značí mírnou nadváhu.

Zdravotní komplikace a rizika spojená s obezitou

Zdravotní komplikace spojené s obezitou vedou kromě značného zhoršení kvality života také ke zvýšené potřebě léčby a k riziku předčasného úmrtí. Obezita výrazně zvyšuje riziko následujících onemocnění:

1. Srdeční a cévní onemocnění – riziko vysokého krevního tlaku, srdečního infarktu, mrtvice, aterosklerotického poškození mozkových tepen a neprůchodnosti tepen dolních končetin.
2. Metabolická onemocnění – je jedním z hlavních faktorů rizika pro vznik diabetu 2. typu, nealkoholového ztučnění jater, zvýšeného množství tuků, cholesterolu a kyseliny močové v krvi.
3. Nemoci dýchacího ústrojí – může zhoršovat astma a další dýchací potíže, jako je například spánková apnoe.
4. Nemoci kloubů – může vést k přetížení pohybového aparátu a způsobit různá onemocnění kloubů, jako je osteoartróza.
5. Některé typy rakoviny – hrozí vyšší riziko některých typů rakoviny, např. rakovina tlustého střeva, prsu a dělohy.
6. Duševní zdraví – může ovlivňovat duševní zdraví jedince (deprese, úzkost a nízká sebeúcta). Je spojována se vznikem Alzheimerovy choroby.
7. Gynekologická onemocnění – potíže s otěhotněním a s menstruací.

Po redukci váhy u obézních osob se tato zdravotní rizika výrazně snižují. Bylo prokázáno snížení krevního tlaku po snížení hmotnosti a u diabetiků výrazné zlepšení stavu, někdy až úplné vyléčení.



Obr. 2 Signální dráhy zodpovědné za vznik obezity (pro-obezitní) či snižování rizika jejího vzniku (proti-obezitní)

Zdroj: Wen X, Zhang B, Wu B, et al. Signaling pathways in obesity: mechanisms and therapeutic interventions. *Sig Transduct Target Ther.* 2022;7:298.

Faktory ovlivňující vznik obezity

Stále více se potvrzuje, že za vznik obezity je zodpovědný nejen nezdravý životní styl, ale podílí se na něm i další faktory. Jedním z nich jsou environmentální endokrinní disruptory (hormonálně aktivní látky), které nejen že narušují rovnováhu energetického metabolismu, ale působí také na úrovni epigenetické dědičnosti, a tím přispívají ke zvýšené náchylnosti dalších generací k obezitě. V rámci celogenomových studií bylo identifikováno více než 300 míst v DNA a 227 genetických variant, které obezitu mohou ovlivňovat nebo ji přímo způsobují.

V současné době se přistupuje k několika strategiím v boji s obezitou: omezení příjmu kalorií, celková změna životního stylu, farmakoterapie a jedním z posledních kroků je bariatrická chirurgie. Za mnoha úspěchy stojí výrazný pokrok ve vědě, technologiích a rychlý rozvoj farmaceutického průmyslu.

Hlavním předmětem výzkumu obezity je regulace chuti k jídlu. Zahrnuje mnoho faktorů/signálů a některé sloučeniny cílí na tyto signály byly dokonce úspěšně převedeny do klinické praxe. Do vzniku obezity jsou zapojeny různé signální dráhy, které se podílejí na regulaci příjmu potravy, glukózové homeostázy, adipogenezi či termogenezi (obr. 2).

Regulace chuti k jídlu

Periferní a centrální nervová soustava hrají klíčovou roli v rozvoji i v prevenci obezity. Při průchodu potravy trávicím traktem

dochází k produkci mnoha peptidů, které aktivují senzorické nervy autonomního nervového systému. Neurony předávají informaci o signálu dál do různých hypothalamických jader. Například chuť k jídlu je regulována jak centrální melanokortinovou dráhou, tak periferními signály (leptin a střevní hormony). Jde o významné prvky udržování energetické homeostázy. Leptin má zásadní podíl na snižování tělesné hmotnosti ovlivněním hypothalamických center sytosti. Podává informace o stavu energetických zásob organismu a potřebě zvýšit nebo snížit příjem živin.

Jedním z hormonů produkovaných gastrointestinálním traktem je glukagonu podobný peptid 1 (GLP-1, jinak zvaný inkretin). Dokáže snižovat hladinu cukru v krvi a zlepšovat glukózovou toleranci. Prostřednictvím signální dráhy s využitím cyklického adenosinmonofosfátu (cAMP) stimuluje syntézu a sekreci inzulínu v β -buňkách pankreatu, tím dochází k inhibici vyprazdňování žaludku a zpomalení rychlosti vstřebávání živin. GLP-1 se také s vysokou afinitou váže na své receptory v hypothalamu, mozkovém kmeni a limbickém systému (obr. 3). Prostřednictvím této signální dráhy, závislé na kyselině γ -aminomáselné (GABA), může dojít ke krátkodobému pocitu sytosti a potlačení chuti k jídlu. Jde o přímou stimulaci pro-opiomelanokortinu (POMC) / kokainem a amfetaminem regulovaného transkriptu (CART), což jsou anorexigenní neurony (apetit inhibující) regulující příjem potravy okamžitě. Fyziologicky jejich zvýšená aktivita vyvolává pocit nasycení. Zároveň dochází k potlačení orexigenních neuronů

(apetit stimující) agouti-related peptidu (AgRP) / neuropeptidu Y (NPY). Axony neuronů, které NPY produkují, směřují do jader v tzv. centru hladu v laterální hypotalamické oblasti, kde stimulují sekreci orexigenního signálu melanin-koncentrujícího hormonu (MCH). Tato dráha se spouští při nedostatku inhibičních signálů a jejím výsledkem je pocit hladu. Díky tomuto objevu se GLP-1 stal klíčovým bodem v léčbě obezity a dalších metabolických poruch. Liraglutid, druh analogu GLP-1, byl skutečně zaveden do klinické léčby diabetu 2. typu a obezity.

Další peptid ghrelin představuje orexigenní signál produkovaný gastrointestinálním traktem. Jeho sekrece je stimulována při prázdných kontrakcích žaludečních stěn. Účinkuje na základě aktivace ghrelinových receptorů v mozku, hypofýze a nadledvinách. Při hladovění byly zjištěny zvýšené hladiny ghrelu v plazmě, naopak příjem potravy ukázal rychlé snížení jeho koncentrace pod bazální úroveň. Účinkuje také na neuronech AgRP/NPY a současně inhibuje POMC prostřednictvím GABA.

Vliv dalších signálních drah na patogenezi obezity

Mitogenem aktivované protein kinázy (MAPK) jsou významnými mediátory přenosu signálu v savčích buňkách a podílejí

se na udržování buněčné homeostázy. Po fosforylaci pomocí MAPK dochází k aktivaci transkripčních faktorů, které následně zprostředkovávají genovou expresi a iniciují buněčné procesy (např. proliferace, zánět, diferenciace či apoptóza). Některé molekuly MAPK signální dráhy se podílejí na regulaci chuti k jídlu, adipogeneze, glukózové homeostázy a termogeneze, a tím přispívají k patogenezi obezity. Fosforylaci signálu p38 MAPK se zvyšuje počet hypertrofických adipocytů v lidské bílé tukové tkáni, kvůli tomu dochází ke zvýšeným hladinám triacylglycerolů, inzulinu a glukózy nalačno.

Inhibice MAPK souvisí se snížením infiltrace zánětlivých buněk, zlepšením glukózové tolerance a zvětšením adipocytů. Zejména inzulinová rezistence tukové tkáně může být důsledkem chronického prozánětlivého stavu organismu. Při inzulinové rezistenci dochází k poškození citlivosti orgánů (zejména jater, kosterních svalů a tukové tkáně) k inzulinu. Fyziologická koncentrace inzulinu v plazmě za těchto podmínek vyvolává nižší biologickou odpověď organismu ve srovnání s jeho působením u zdravých jedinců. Dochází k poruchám glukózového a lipidového metabolismu vedoucím například ke zvýšeným cirkulujícím hladinám volných mastných kyselin a k akumulaci ektopického tuku. Zhoršuje se vychytávání glukózy a její metabolizace svaly, dochází

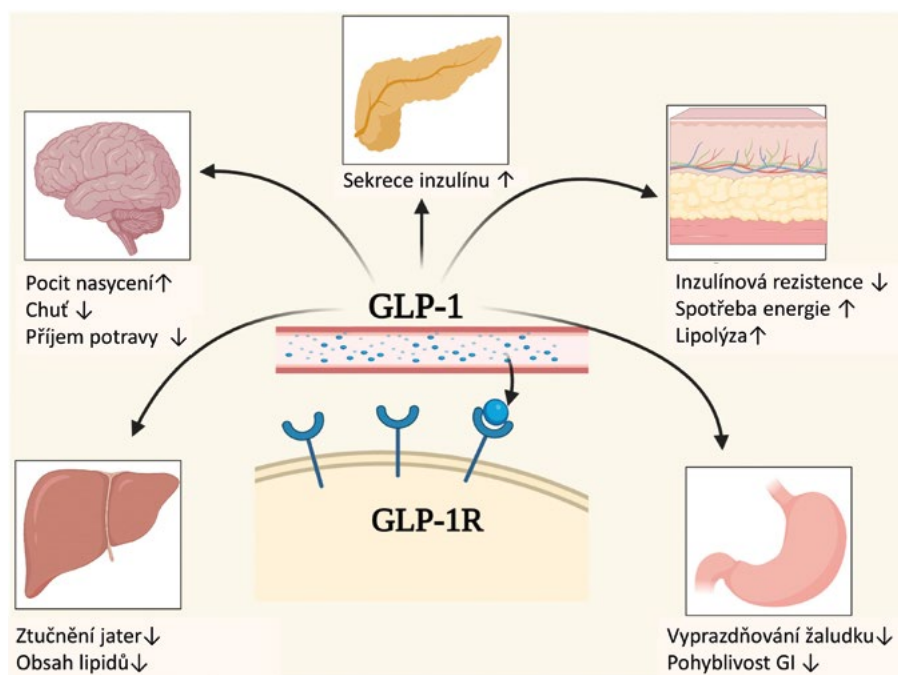
k poruše inhibice uvolňování glukózy z jater a zvýšené lipolýze v tukové tkáni.

Regulace metabolismu lipidů pomocí MAPK je navíc úzce spojena s ionty vápníku. Jejich zapojením dochází k větší spotřebě energie, zlepšuje se rychlost metabolismu a diferenciace adipocytů. Regulaci neurální excitability se snižuje příjem potravy a účinně se snižuje hromadění tukových zásob v těle. Další proces regulovaný MAPK je termogeneze hnědé tukové tkáně, kdy zvýšením energetického výdeje dochází ke zmírnění obezity.

Signální dráha PI3K/AKT využívající fosfatidylinositol-3-kinázu (PI3K) / protein kinázu B (AKT) je klíčovým bodem regulace růstu a proliferace buněk. Její neadekvátní aktivace (hormony a růstovými faktory) podporuje vznik obezity. Pomocí PI3K/AKT dráhy je regulována chuť k jídlu prostřednictvím centrálního nervového systému a periferních tkání. Leptin působí na mediobazální část hypotalamu a částečně potlačuje příjem potravy, selektivní inhibice PI3K potlačuje účinek leptinu.

Signální dráha JAK/STAT (Janusovy kinázy/ přenašeče signálu a aktivátoru transkripce) patří mezi jednu z hlavních intracelulárních signálních drah a je zásadním mediátorem umožňujícím přenos signálů mezi různými cytokiny, hormony a růstovými faktory. Její dysregulace přispívá k obezitě buď na přímé úrovni, vlastní dysbalancí, nebo nepřímo vlivem interakce jejích signálních molekul s dalšími signálními drahami včetně MAPK a PI3K.

Členové superrodiny transformujících růstových faktorů (TGF- β) se podílejí na různých mechanismech uplatňujících se při regulaci chuti k jídlu, metabolismu lipidů a homeostáze glukózy. Patří mezi ně TGF- β 1-3, aktiviny/inhibiny, faktory diferenciace růstu (GDF), myostatin a morfogenetické proteiny (BMP). TGF- β signální dráha je zapojena jak při adipogenezi, tak diferenciaci adipocytů. Například GDF15 se podílí na regulaci chuti k jídlu a představuje potenciální cíl pro léčbu obezity. Jeho působením dochází ke snížení hmotnosti tukové tkáně, snížení hladiny inzulinu a cholesterolu v krvi. Za normálních okolností má svoji přirozenou úlohu v metabolismu. Bylo zjištěno, že štíhlí lidé mívají v těle tohoto proteinu více. Podáním zvýšeného množství GDF15 u myši a primátů se dosáhlo snížení příjmu potravy a redukce jejich hmotnosti. Vzhledem k tomu, že tělo obvykle nadbytečné množství proteinu GDF15 odbourává velmi rychle, byl protein GDF15 modifikován tak, aby se docílilo dlouhodobějšího účinku a žádoucího hubnutí. V současné



Obr. 3 Možné mechanismy regulace hmotnosti pomocí GLP-1
GI – gastrointestinální trakt, GLP-1 – glukagonu podobný peptid-1, GLP-1R – receptor glukagonu podobného peptidu 1

Zdroj: Wang JY, Wang QW, Yang XY, et al. GLP-1 receptor agonists for the treatment of obesity: Role as a promising approach. *Frontiers in endocrinology*. 2023;14:1085799.

době probíhají další studie ohledně jeho použití, některé z nich se zaměřují například na jeho podání v kombinaci s dalším antiobezitikem semaglutidem k dosažení výraznějšího efektu.

AMP-aktivovaná protein kináza (AMPK) představuje heterotrimerní komplex skládající se z katalytické podjednotky α ($\alpha 1$, $\alpha 2$) a dvou regulačních podjednotek β ($\beta 1$, $\beta 2$) a γ ($\gamma 1$, $\gamma 2$, $\gamma 3$). Je aktivována fosforylací podjednotky α . AMPK funguje jako „palivoměr“ pro monitorování stavu buněčné energie. Reguluje příjem potravy, citlivost na inzulin, termogenezi hnědé tukové tkáně a zhnědnutí bílé tukové tkáně. Aktivace AMPK v centrálním nervovém systému vede k nárůstu hmotnosti. Bylo prokázáno, že zvýšené množství leptinu snižuje hypothalamickou aktivitu AMPK, a tím dochází k snížení příjmu potravy u potkanů, zatímco podání ghrelinu stimulovalo hypothalamickou aktivitu AMPK, a naopak došlo ke zvýšenému příjmu potravy. Aktivací či inhibicí hypothalamické AMPK je možné dosáhnout zvýšení či snížení tělesné hmotnosti, z tohoto hlediska jsou aktivátory AMPK novými potenciálními terapeutickými cíli pro léčbu obezity.

V tukové tkáni jsou kromě adipocytů také přítomny imunokompetentní buňky, které hrají důležitou roli v udržování její homeostázy. Samotná obezita spolu s nutričním stavem organismu ovlivňuje množství a funkci imunokompetentních buněk a přispívá ke vzniku lokální (subklinické) a později systémové zánětlivé reakce organismu. Přestože specifický prvotní spouštěč subklinického zánětu u obezných pacientů není znám, bývá tento proces spojován s metabolickými stresory. V souvislosti s nadměrnou výživou a dalšími vnějšími podněty, jako je zvýšená hladina lipopolysacharidů v plazmě, dochází k nadměrné hypertrofii a hyperplazii adipocytů. Dochází k infiltraci imunitních buněk a k produkci zánětlivých cytokinů (včetně TNF- α a IL-6), což vede k remodelaci bílé tukové tkáně a vzniku inzulinové rezistence. Obezitou indukovaná

chronická zánětlivá reakce v bílé tukové tkáni je částečně či zcela zprostředkována TLR (toll-like receptory) exprimovanými v adipocytech a makrofázích. Tyto receptory jsou součástí vrozené imunitní odpovědi a rozpoznávají různé specifické struktury (například lipopolysacharidy). Jejich aktivací se spouští produkce prozánětlivých cytokinů a celková aktivace obranných mechanismů imunitního systému, čím TLR přispívají k systémovému zánětu organismu. V hnědé tukové tkáni se TLR účastní prozánětlivé reakce, která vede ke vzniku inzulinové rezistence a zhoršenému vstřebávání tuků a cukrů pro termogenezi.

Nadbytek tukové tkáně souvisí i s větším množstvím cirkulujících monocytů, a tím i větší produkcí prozánětlivých cytokinů. Bylo prokázáno, že akutní zátěž u zdravých mladých lidí snižuje expresi TLR na cirkulujících monocytech. Cvičící jedinci měli ve srovnání se subjekty s neaktivním životním stylem signifikantně nižší expresi TLR a nižší produkci prozánětlivých cytokinů, což potvrzuje pozitivní efekt pohybové aktivity na zánětlivou reakci.

Léčba obezity

Intervence v oblasti životního stylu jsou základním kamenem regulace hmotnosti. Většině pacientů se však nedaří dosáhnout dlouhodobého úbytku hmotnosti pouhou změnou životního stylu. V případě selhání úpravy životního stylu se jako doplněk doporučuje farmakoterapie, a to především pacientům s BMI ≥ 30 kg/m² nebo BMI ≥ 27 kg/m² s přidruženými komorbiditami.

V současné době americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) schválil čtyři léky proti obezitě, které potlačují chuť k jídlu pro krátkodobé (≤ 12 týdnů) použití (fentermin, fendimetrazin, diethylpropion a benzfetamin) a pět antiobezitik pro dlouhodobé použití (orlistat, fentermin-topiramát, naltrexon-bupropion, liraglutid a semaglutid). Další schválený lék FDA je setmelanotid, který je určen především pro

pacienty s obezitou způsobenou vzácnými genetickými mutacemi.

V České republice jsou Státním ústavem pro kontrolu léčiv jako antiobezitika uznány následující druhy léčivých přípravků:

Léčivá látka orlistat snižuje vstřebávání tuků v trávicím traktu. Zlepšuje lipidové parametry a citlivost k inzulinu. Z vedlejších účinků při zvýšeném příjmu tuků způsobuje nadýmání, odchod stolice spolu s nevstřebaným tukem, mastný až imperativní průjem. Mnohdy se objevují i přes dodržování dietních opatření.

Liraglutid je injekční lék z řady GLP-1 analog, který stimuluje uvolňování inzulinu a potlačuje chuť k jídlu. Obvykle je předepisován pacientům s diabetem 2. typu, ale také se používá k léčbě obezity. Navozuje pocit sytosti v mozku, snižuje chuť k jídlu, zpomaluje vyprazdňování žaludku, zvyšuje pocit plnosti a snižuje příjem potravy. V bílé tukové tkáni snižuje ukládání tuku stimulací lipolýzy a inhibicí lipogeneze. Léčbou lze dosáhnout snížení krevního tlaku, snížení výskytu závažných nežádoucích kardiovaskulárních příhod a zlepšení lipidových parametrů. Z nežádoucích účinků je nejčastěji popisována nauzea, zvracení, průjem, zácpa, bolesti břicha, nazofaryngitida, cefalea, únava, atralgie a také sporadický výskyt pankreatitidy.

Další léčivá látka phentermin způsobuje uvolňování dopaminu v centrálním nervovém systému a potlačuje chuť k jídlu. Používá se k léčbě obezity u pacientů s vysokým rizikem vzniku srdečních onemocnění nebo cukrovky. Jeho nežádoucí účinky mají však závažný charakter a z toho důvodu byl již v mnoha zemích EU stažen z trhu.

Kombinací dvou léčivých látek naltrexonu s bupropionem je možné omezit nadměrný příjem potravy spojený s pocitem uspokojení a s bažením po chuťově přitažlivých potravinách. Žádoucím efektem je zvýšení kontroly nad jídlem. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou nauzea, zácpa, cefalea, zvracení, závrať a sucho v ústech.

Perspektivy

Oblast obezitologie zaznamenala velký pokrok a nové poznatky o mechanismech zapojených do jejího vzniku a vývoje jsou neustále doplňovány. Přelomové výsledky léčby dosažené u liraglutidu a semaglutidu představují ohromný úspěch a výzkum dalších léků a agonistů pokračuje ve snaze najít nejvhodnější možnosti léčby. Rovněž vývoj nových léčiv zaměřených na signální dráhy spojené s příjmem a výdejem energie je velkou nadějí v boji s obezitou.

Ing. Jana Brabcová, Ph.D.



Jak budou vypadat tzv. chytré nemocnice?

V posledních letech se stále častěji hovoří o konceptu tzv. chytré nemocnice (Smart Hospital). Obrysy této vize s tím, jak se rozvíjejí digitální technologie, se stávají stále ostřejšími. Tento koncept ale není zaměřen pouze na zvyšování výkonnosti nemocnic z ekonomického hlediska. Jeho hlavním cílem je zlepšovat péči o pacienty, v neposlední řadě však jde i o zvýšení produktivity a kvalifikace zaměstnanců. Ne každý model je však vhodný pro každé prostředí. Konkrétně ale u konceptu Smart Hospital může leckoho napadnout, zda jsou některé z těchto vizí vůbec žádoucí. Na následujících řádcích nastíníme, že klady by měly nad záporů převážovat.

Smart Hospital je velmi komplexní koncept, který se snaží pojmut fungování nemocnice v celé jeho šíři, včetně široké sítě navazujících procesů, tedy obchodní terminologií řečeno dodavatelsko-odběratelského řetězce. Jde o to, že spíše než na jednotlivá řešení a technologie se kladě důraz na integrované systémové celky, které vzájemně propojují jednotlivé budovy, pracoviště, týmy, procesy a v neposlední řadě i jednotlivé aktéry. Je to rozsáhlý ekosystém s poměrně složitou strukturou, jehož součástí jsou všichni, kdo se nějakým způsobem podílejí na chodu nemocnice: od ostrahy na parkovišti a správce budovy přes veškerý zdravotnický personál až po samotné pacienty a jejich blízké.

Do úvah o tomto konceptu je třeba zahrnout i celospolečenské faktory, jimž je zdravotnický systém vystaven a které na něj v řadě případů vyvíjejí tlak. K silným zátěžovým vlivům, které na zdravotnictví působí, patří například stárnutí obyvatelstva, politické výkyvy nebo trvale sílící požadavky na plnění stále přísnějších předpisů a norem. K tomu je třeba přičíst napjaté finanční rozpočty zdravotnických zařízení, omezený přístup ke zdrojům či nedostatek kvalifikované pracovní síly. S tím vším musí dnešní zdravotnictví počítat a aktivně pracovat na tom, aby trvale posilovalo odolnost vůči nejrozličnějším destabilizačním jevům, zvyšovalo efektivitu a naplno využívalo všech přínosů průběžné modernizace pomocí nejnovějších technologií.

Jak konkrétně dokáže daná nemocnice tohoto strategického cíle dosáhnout a s pomocí jakých prostředků, záleží výhradně na jejím individuálním přístupu pramenícím z konkrétní situace, ve které se nalézá. Všechna možná a perspektivní

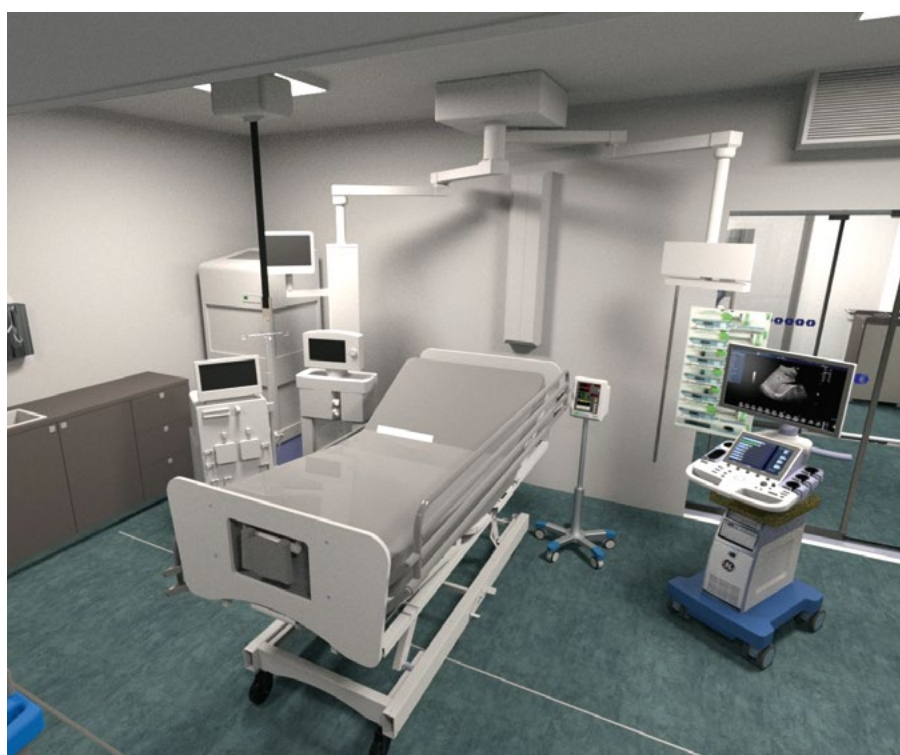


Foto: archiv Siemens

řešení mají jednoho společného jmenovatele – digitalizaci. Není proto divu, že investice do digitálních technologií, určených pro nasazení v nemocnicích, v posledních letech strmě stoupají.

Na počátku hospitalizace

Zkusme si načrtnout, jak by mohl vypadat průběh hospitalizace v jedné z budoucích tzv. chytrých nemocnic. S projevem digitálních technologií se pacient bude moci setkat již ve chvíli, kdy se bude chtít před plánovaným zákrokem, resp. léčbou zaregistrovat k pobytu v nemocnici. Bude tak moci učinit z domova v online systému, podobně jako když si dělá check-in pro cestu letadlem. Stejně jako si cestu-

jící může vybrat leteckou společnost, let i místo v letadle, včetně servírovaného menu, tak i zde se předpokládá, že si pacient zvolí, kde chce být léčen, na jakém pokoji chce být ubytován a jaké další služby chce během svého pobytu v nemocnici využívat.

Pokud se vše podaří a objednávka přijde potvrzená, může budoucí pacient sednout do auta a vyrazit do své „chytré“ nemocnice. Hned u vchodu na něj bude čekat terminál, kde si označí příchod kartičkou s osobním kódem, kterou získal při registraci. Od té chvíle již je a bude monitorován každý jeho krok – vlastní i s asistencí nemocničního personálu. Výhody nových technologií se projeví hned na parkovišti. Online systém totiž ihned

ukáže, kde je volné místo k zaparkování. Personál nemocnice tak přesně ví, kde který pacient parkuje.

Po vstupu do nemocniční budovy pacienta možná příjemně překvapí, že teplota je nastavena přesně podle potřeb daného pracoviště a s ohledem na vnější klimatické podmínky. Pacient nikde nebloudí, i když je budova velká a nepřehledná, protože si může průběžně kontrolovat správnost cesty na terminálech, které jsou v budově umístěny doslova na každém rohu.

V nemocnici

Ve chvíli, kdy do nemocnice dorazí online „objednávka“, nemocniční personál začne připravovat příslušný pokoj a lůžko. Zde je třeba upozornit na to, že požadavky si neklade pouze pacient, ale především lékař, který bude provádět zákrok, resp. léčbu. Ten pak případně upraví či upřesní, jaké lékařské vybavení bude tento konkrétní pacient potřebovat. Samozřejmostí bude to, že veškeré přístroje i další pomůcky budou v chytré nemocnici označeny pomocí některé z moderních značících technologií a jednoznačně identifikovány. Díky tomu budou moci být trvale sledovány. Neměl by tak být větší problém v případě potřeby okamžitě zjistit jejich dostupnost či kde se v daném

okamžiku nacházejí. Tím se předejde jejich neefektivní distribuci po nemocnici.

Poté, co je pacient ubytován na pokoji, bude se jistě snažit o to, aby klimatické i další podmínky jeho bezprostředního okolí byly co nejpříjemnější. Bude se tedy nejspíše starat o nastavení teploty, resp. klimatizace a světla v místnosti. To lze v chytré nemocnici zajistit velmi snadno prostřednictvím chytrého telefonu. Stačí si jen stáhnout aplikaci v mobilu a pak už se jen dohodnout s ostatními spoluležícími pacienty (pokud si samozřejmě náš pacient neobjednal jednolůžkový pokoj). I díky této drobné samoobslužnosti získá zdravotnický personál o něco více času na odbornou práci a nebude se muset věnovat rutinním procesům, které přímo nesouvisejí s péčí. Automatizovaný systém klimatizace zase sníží náklady na energie, protože díky tomu, že je topení, chlazení a větrání řízeno počítačem, je vyloučeno plýtvání energiemi, tedy například situace, kdy se současně topí a větrá.

Komplexní digitalizace nemocnice by měla po celou dobu léčení sbírat veškerá data z přístrojů, na které je pacient napojen. A obdobně i všechny další údaje se zaznamenávají výhradně elektronicky. Data se ukládají v centrálním informačním systému nemocnice a pomocí příslušného softwaru pak mohou například zdravotní sestry ihned získat informaci o tom, že se

zdravotní stav pacienta začíná zhoršovat. Tato informace případně může být doplněna i o údaje o dřívějších podobných zhoršeních a jejich následcích.

Jednoznačný přínos pro zdravotníky i pacienty

Ve chvíli, kdy pobyt pacienta v nemocnici končí, léčba se zdařila a pacient může odejít „po svých“, provede pacient „check-out“ a nechá si automatizovaným systémem vytvořit fakturu. Parkovací systém mu poté připomene, kde má zaparkované auto, a integrovaný dopravní systém mu poradí optimální trasu, aby cestou domů neuvízl v koloně.

Výsledky optimalizace nemocničního provozu pomocí moderních digitálních technologií, stručně naznačené v předšlých řádcích, by mělo pocítit nejen vedení nemocnice – na finančních úsporách za energie a další zdroje a také na vyšší efektivitě práce – ale především pacienti. Bezprostřední vliv na vnímání obrazu nemocnice v očích pacienta má nejen samotná poskytovaná péče, ale také dojem z celého nemocničního prostředí a z navazujících služeb. Chytré nemocnice by tedy dříve či později měly před ostatními zdravotnickými zařízeními získat výraznou konkurenční výhodu.

Mgr. Petr Jechort



ARO z pohledu elektronizace

Je vůbec možné elektronizovat procesy na superakutním oddělení krajské nemocnice, jakým bezesporu anesteziologicko-resuscitačním oddělení v Jindřichově Hradci je? Je možné efektivně elektronizovat práci ARO lékaře na operačním sále a dospávacím pokoji? Budou z této elektronizace plynout pro práci personálu nějaké výhody?

Takových a podobných otázek lze vymyslet celou spoustu a ne jeden pracovník ARO si je před vlastní elektronizací sám klade. O to více může překvapit elán a nabídka vlastních zkušeností při tvorbě programového vybavení pro každodenní použití ze strany jindřichohradecké nemocnice, a zejména při jeho testování a zavádění do reálné praxe. Nelze zastírat, že změnu procesů na ARO související se zavedením plně elektronické zdravotnické dokumentace (ZD) nevívali všichni pracovníci nadšeně, nicméně fakt, že zaměstnanci nemocnice mohli být přímo u vývoje daných funkcionalit, mohli uplatnit své připomínky a návrhy, a podílet se tak na celkovém vyznění cílového produktu, nakonec zastínil obavy a aplikace FONS Enterprise se zejména díky nim mohla stát prvním a dosud jediným klinickým informačním systémem (KIS), který postihuje činnosti celého anesteziologicko-resuscitačního oddělení v plné šíři na území České republiky. Je pravdou, že existuje celá řada KIS, která pokrývá větší či menší oblasti, ale opravdu komplexním řešením je v současnosti na trhu pouze KIS FONS Enterprise, neboť pokrývá

nejen problematiku klinických procesů na ARO a operačních sálech (z pohledu anesteziologické péče), ale pokrývá i doprovodné procesy evidenční (např. příjem pacienta na oddělení a jeho překlad či propuštění) a vykazovací (tedy správné vykazování ARO péče, včetně ZUM, ZULP a TISS, včetně správného zařazení do DRG případu a neochuzení nemocnice o platbu za poskytnutou péči).

Samotný KIS FONS Enterprise (FE) obsahuje moduly pro práci na ARO oddělení, umožňuje překlady z jiných oddělení nemocnice a na jiná oddělení, poskytuje v souladu s legislativou náhledy do ZD pacienta tak, aby byla zajištěna kontinuita zdravotní péče, umožňuje kompletní medikační proces od preskripce léků na oddělení (v souladu s legislativou), včetně respektování pozitivního listu nemocnice (či oddělení) s nabídkou možných generických alternativ daného léku se zachováním preskripce firemním názvem preparátu, až po vydání konkrétního léku pacientovi, opět se zachováním veškerých náležitostí, které vyžaduje tuzemská legislativa. Automaticky přitom může upozorňovat na lékové interakce nejen mezi

aktuálními léky, ale i s ohledem na to, jaké léky bral pacient před svým příchodem na ARO. Není přitom problém vyhledat pacienta, který obdržel konkrétní šarži daného medikamentu. KIS FE rovněž postihuje celou problematiku nelehkého ošetrovatelského procesu na ARO, nastavení varování při zhoršení pacienta, a tím i další intervence, reporting do centrálního registru nežádoucích událostí, vyhodnocování nežádoucích událostí a nastavení bezodkladných a systémových nápravných opatření, dále pak evidenci veškerých použitých zdravotnických prostředků při léčbě pacienta. Nedílnou součástí KIS FE je i připojení přístrojů používaných na ARO nebo na operačních sálech tak, aby byla získávána data z těchto přístrojů a KIS FE je mohl vyhodnotit svou pokročilou funkcionalitou upozornění a alertů, aby neunikla žádná z těchto situací pozornosti ošetrujícího personálu. Samozřejmostí je zobrazování hodnot (jakýchkoliv) na časové ose pomocí tabulek či grafů (teplotka) včetně možnosti součtů určitých hodnot za určité časové období (např. bilance tekutin, nutriční parametry apod.). KIS je zároveň navržen tak, aby byl pohodlně ovladatelný na dotykových zařízeních (tablet, All-In-One PC apod.), což z něj dělá velmi mocný mobilní nástroj s daty na dosah.

KIS FONS Enterprise je ve svých funkcionalitách certifikovaným zdravotnickým prostředkem bezpečnostní třídy IIb, jeho vývoj, řešení incidentů apod. tedy podléhá velmi přísné regulaci vnitřními dokumenty firmy STAPRO, aby se co nejvíce eliminovala možnost poškození pacienta. V současné době probíhá certifikace dle nové evropské legislativy, dle MDR.

Jak jsem již zmínil, velký dík patří týmu ARO Jindřichův Hradec, který se na vývoji, testování a ověřování jednotlivých funkčních celků velkou měrou podílel a bez jehož pomoci by takový ojedinělý produkt nikdy nevznikl.

MUDr. Mgr. Ing. Dalimil
Chochoř, Ph.D., MBA, LL.M.,
produktový manažer, STAPRO, s. r. o.

Foto: archiv STAPRO



Sestra roku

22. ročník soutěže vyhlášené společností EEZY Events & Education
a měsíčníkem Zdravotnictví a medicína

Přihlaste svého kandidáta!

Dopřejte získat toto prestižní ocenění těm, kteří si je opravdu zaslouží!

Titul Sestra roku je udělován
ve dvou kategoriích:

Sestra v přímé ošetrovatelské péči
Sestra v sociálních službách

Redakce časopisu Zdravotnictví
a medicína uděluje mimořádnou cenu:
Čestné ocenění za celoživotní dílo
v ošetrovatelství

Slavnostní vyhlášení vítězů proběhne ve středu **11. 10. 2023 v Kině Lucerna v Praze.**

Soutěž je určena sestrám, porodním asistentkám, sestrám domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním. Kandidáty navrhuji jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti. Přípustná je i možnost přihlášení vlastní osoby do soutěže. Všechny přihlášky však musí splňovat podmínky a další náležitosti stanovené v pravidlech soutěže: www.soutez-sestraroku.cz.

Průběh soutěže:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů: e-mailem na adresu registrace@soutez-sestraroku.cz (vložením na www.soutez-sestraroku.cz) v obálce označené heslem „Sestra roku 23“ na adresu redakce časopisu Zdravotnictví a medicína, Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4. Akceptovány budou pouze přihlášky doručené **nejpozději do 31. 8. 2023**. Formulář přihlášky do soutěže „Sestra roku 2023“ najdete v titulu Zdravotnictví a medicína a na internetových stránkách www.soutez-sestraroku.cz. Též si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu registrace@soutez-sestraroku.cz.

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzávěrky soutěže, vybere první nezávislá odborná porota tři finalisty pro každou kategorii. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru 11. 10. 2023 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere druhá nezávislá odborná porota, složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

Podmínky účasti v soutěži:

Soutěžící musí splňovat kritéria soutěže, kterými jsou například nadstandardnost přístupu při zvládání náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke zkvalitňování vzdělávacího systému a podobně. Postup do druhého kola, tzn. finále soutěže, je možný pouze za osobní přítomnosti finalistů na vyhlášovacím galavečeru. Po oficiálním vyhlášení výsledků soutěže budou vítězům předána ocenění. Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na: www.soutez-sestraroku.cz. V případě dotazů pište na adresu: registrace@soutez-sestraroku.cz. Využijte také diskusní fórum: www.facebook.com/FBSestra.

www.soutez-sestraroku.cz

Generální partner

Pořadatel



Partner



Partneři galavečera



Záštity



MINISTERSTVO PRÁCE
A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ



Mediální partner



Sestra roku

Přihláška do soutěže

**Přihlašuji kandidáta do soutěže
Sestra roku 2023 v kategorii:**

☐ Sestra v přímé ošetrovatelské péči

☐ Sestra v sociálních službách
(vybranou kategorii označte křížkem)

Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele

Kontaktní adresa PSČ

E-mail Telefon

Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho)

Kontaktní adresa PSČ

E-mail Telefon

Obor, ve kterém soutěžící působí

Funkce

Pracoviště (název zařízení včetně oddělení)

Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace

Registrovaná sestra: ano ☐ ne ☐ Počet let ve zdravotnictví

Publikační činnost

Přednášková činnost

Podpis soutěžícího: Podpis navrhovatele: Datum:

Základní informace o soutěži

Popis aktivit kandidáta odpovídajících kritériím soutěže musí být k přihlášce přiložen ve formě stručného písemného odůvodnění nominace. Navrhovatel má povinnost informovat soutěžícího o jeho nominaci, přičemž soutěžící musí s nominací, údaji uvedenými na přihlášce i pravidly soutěže souhlasit.

Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamu spojenou s ní a dalšími ročníky této akce, a s po-

řizováním takových záznamů souhlasí. Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na www.soutez-sestraroku.cz. Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti EEZY Events & Education, s.r.o., se sídlem Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4, jakožto správcem a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zasílání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Navrhovatel rovněž uděluje sou-

hlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Kde jste se o soutěži dozvěděli?

Očkování snižuje riziko vážných onemocnění a prodlužuje život seniorů

Podpoře očkování seniorů v Evropě a prodloužení jejich věku ve zdraví se věnoval tiskový brífink, který koncem března uspořádala Unie zaměstnavatelských svazů ČR.

Při měření zdravotního stavu populace statistiky používají různé ukazatele. Nejčastěji to jsou očekávaná délka života ve zdraví (healthy life years) neboli střední délka života a naděje dožití ve zdraví (healthy life expectancy). Oba ukazatele jsou klíčové pro nastavení sociální politiky státu.

Jednou z možností, jak zvýšit tyto ukazatele v České republice a dostat se nad průměrné hodnoty v evropském srovnání, je očkování. Proto se světové organizace, jako jsou International Federation on Ageing (IFA), Global Ageing Network (GAN) či European Ageing Network (EAN), chtějí kromě přímých pozitivních vlivů očkování zaměřit také na ty vedlejší, jako je snížení výskytu civilizačních chorob.

Rozdílný přístup k očkování

Očkování hraje v péči o zdraví člověka důležitou roli. Posiluje imunitní odpověď a zlepšuje obranyschopnost organismu, zvyšuje také imunitu proti původci infekce. Podle odborných studií očkování napomáhá ke snížení kardiovaskulárních onemocnění, výskytu mozkové mrtvice či demence. Průzkum texaské univerzity ukázal, že u starších dospělých, kteří aspoň jednou podstoupili očkování proti chřipce, je o 40 % nižší pravděpodobnost, že se u nich v průběhu čtyřletého sledování rozvine Alzheimerova choroba ve srovnání s vrstevníky, kteří vakcínu nedostali.

Přístup k očkování ve světě není jednotný. Pandemie covidu-19 naopak společnost rozdělila na dva tábory, což platí i pro Českou republiku. Světové organizace chtějí změnit pohled na očkování, zejména u seniorů, a chtějí se proto zaměřit na osvětu a podporu očkování. Společnost International Federation on Ageing vypracovala dokument The Adult Vaccination Advocacy Toolkit. S jeho obsahem přítomně stručně seznámila Jane Barratt, Secretary General této společnosti. Dokument shrnuje autoritativní a adaptabilní nástroje vedoucí ke zvýšení míry proočkovanosti populace.

Cílem je zvyšovat kvalitu života

Kardiovaskulární onemocnění, jako jsou cévní mozková příhoda, infarkt myokardu či srdeční selhání, představují celosvětově významný zdravotní problém, jsou také nejčastějšími příčinami úmrtí a invalidity. Podle odborných studií právě očkování může přispět ke snížení jejich výskytu. V posledních zhruba deseti letech navíc vědci přicházejí s poznatky, že očkování také snižuje riziko vzniku Alzheimerovy choroby, a to až o 40 %. Například očkování proti chřipce významně snížilo riziko cévní mozkové příhody o 22,5 % ve srovnání s neočkovanými osobami. Stejně pozitivní účinky lze sledovat také u očkování proti pneumokokovým onemocněním.

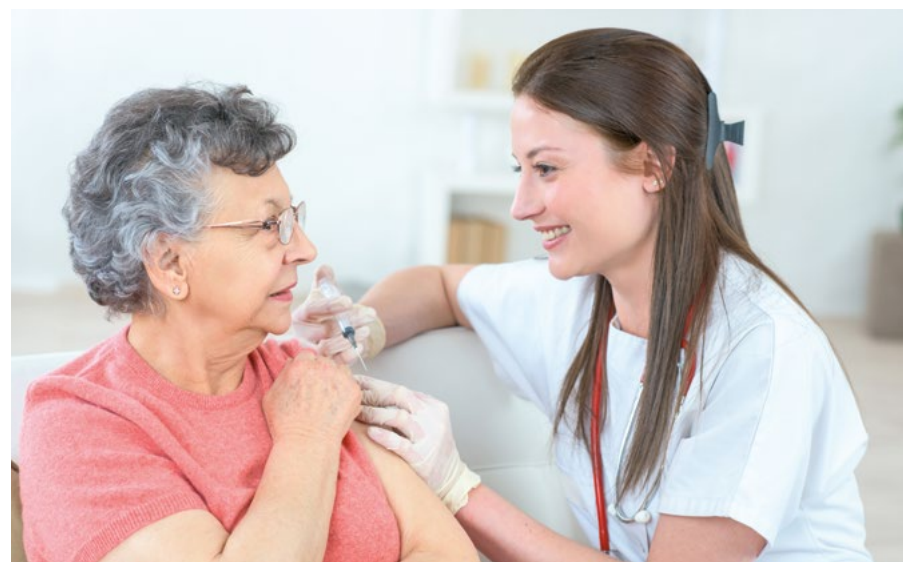
Záměrem světových organizací s cílem ochránit seniory je očkování podpořit, zvýšit povědomí o něm a zlepšit jeho dostupnost. Jak uvedl Jiří Horecký, předseda světové organizace Global Ageing Network a prezident European Ageing Network: „Cílem zástupců seniorů i poskytovatelů sociálních služeb pro seniory je zvyšovat kvalitu života těchto starších osob. A s tím souvisí i prodlužování života, a zejména prodlužování naděje na dožití ve zdraví. Poslední vědecké poznatky ukazují, že pravidelné očkování seniorů proti chřipce a pneumokokovým onemocněním prokazatelně snižuje riziko cévních mozkových příhod, infarktů, ale i onemocnění Alzheimerovou chorobou. Hledáme tedy společně cesty, jak zvýšit povědomí o klíčových přínosech očkování, a přispět tak k prodlužování života seniorů a jejich zdraví.“ Jiří Horecký rovněž poukázal na fakt, že v ČR je proočkovanost proti chřipce hluboko pod evropským průměrem. A uvedl příklad roku 2018, kdy pouze 21,5 % osob starších 65 let dostalo vakcínu proti chřipce, zatímco evropský průměr dosahoval 41,4 %.

Statistiky hovoří jasně

Dále Jiří Horecký informoval, že se do podpory očkování zapojila také Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, která již letos v září plánuje spustit mediální kampaň. Zkušenosti s mediálními aktivitami získala už v období pandemie covidu-19, kdy se hned na jejím počátku zaměřila na zvýšení povědomí o sociálních službách, které zůstávaly upozaděny. Natočila také videospoty podporující očkování v sociálních službách, které boj s koronavirem podle jeho slov ustály.

Závěrem se věnoval statistickým datům. Z jejich pohledu by se průměrný Čech v roce 2021 dožil 77,3 roku, zatímco průměr zemí Evropské unie byl v roce 2020 celkem 80,4 let. K jeho dosažení nám tedy chybí 3,1 roku. V případě očekávané délky života ve zdraví je na tom Česká republika ve srovnání s evropskými zeměmi hůře. Naději na dožití ve zdraví mají v ČR ženy ve věku 62,5 let a muži ve věku 60,9 roku. Evropský průměr u žen činí 64,5 let a muži jsou zhruba 2,5 roku pod tímto průměrem.

(eta)



Terapie alkoholových onemocnění jater se musí pojit s léčbou závislosti

Při příležitosti 50. výročí amerického Národního institutu pro nadužívání alkoholu a alkoholismu (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA), největší instituce tohoto typu na světě, byl v časopise Alcohol Research publikován článek mapující současné mezinárodní poznatky v epidemiologii, zdravotních dopadech, prevenci a terapii závislosti na alkoholu a souvisejících onemocnění jater. Zdravotní dopady užívání alkoholu na jednotlivce, rodiny i společnost jsou drtivé. Výzkum v této oblasti proto nadále probíhá a díky lepšímu porozumění biomolekulárním mechanismům a moderním technologiím se otevírají nové diagnostické a terapeutické možnosti.

Mezinárodní dotazníkový výzkum, na kterém se podíleli i adiktologové z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (1. LF UK), uvádí, že v průměru lidé během covidové pandemie alkoholické nápoje omezili. Na druhou stranu však adiktologické ambulance hlásily, že skokově narostl počet jejich pacientů. V rozporu je to jen zdánlivé. Alkohol totiž omezili zejména lidé, kteří již před pandemií pili umírněně. Problémy těch, kteří už dříve alkohol nadužívali, však během covidové pandemie akcelerovaly. „Stresové faktory působily na všechny, ale většina z nás kvůli tomu nezačala více pít. Lidé se přizpůsobili, zmobilizovali své síly, někteří šli do sebe a hledali jiné cesty, jak se se situací vypořádat. Mnozí svoji životosprávu dokonce zlepšili. Češi pijí v mezinárodním srovnání alkohol obecně v nadprůměrném množství, nicméně v tomto případě nedošlo k nějakému odklonu od celoevropského chování. Výzkum nám ale ukázal, že u malé skupiny konzumentů se spotřeba alkoholu zvýšila. Právě tyto lidi k nám ve větším počtu začali přicházet a je třeba jim věnovat intenzivní adiktologickou, psychologickou, nebo dokonce psychiatrickou pomoc,“ upozorňoval tehdy dr. Miroslav Barták z Kliniky adiktologie 1. LF UK. Kromě zmíněných adiktologických a psychologických potíží lze usuzovat, že výhledově vzroste u těchto lidí také výskyt dalších zdravotních potíží, které alkohol způsobuje. Nakolik jde o závažný problém ilustruje i článek v Alcohol Research.

Závislosti na alkoholu přibývá

Jak článek uvádí, závislost na alkoholu je celosvětovým problémem a jeho negativní důsledky se zvětšují dlouhodobě. Jedním z nejzásadnějších dopadů konzumace vysokých dávek alkoholu jsou související

jaterní onemocnění, která se mohou vyvinout z jaterní steatózy přes fibrózu až po cirhózu či alkoholovou hepatitidu.

Podle studie v roce 2016 užívalo alkohol celosvětově 2,4 miliardy lidí, z toho 1,5 miliardy mužů a 900 milionů žen. Takřka 40 % přiznalo nárazové pití velkých dávek alkoholu, které jsou definovány jako 60 a více gramů čistého alkoholu při alespoň jedné příležitosti alespoň jednou měsíčně.

O závislosti na alkoholu hovoříme, pokud uživatel vykazuje dva a více symptomů z následujících: zvyšující se spotřeba alkoholu navzdory negativním dopadům, neúspěšné pokusy přestat, bažení, zvyšující se tolerance, abstinenční příznaky. V současnosti se odhaduje, že celosvětová prevalence závislosti na alkoholu je 9 % a roste.

Dlouhodobý abúzus alkoholu pak běžně vede k jaterním onemocněním. Steatóza se vyskytuje u 90–95 % chronických těžkých pijáků alkoholu. Steatóza dále vede k steatohepatitidě, u 20–40 % pacientů se vyvine jaterní fibróza, která vyústí v cirhózu jater u 8–20 % pacientů.

Prevalence fyziologicky kompenzované cirhózy je od roku 1990 neměnná, ale prevalence nekompenzované cirhózy vzrostla od roku 1990 z 1,1 milionu na 2,5 milionu v roce 2017 s tím, že největší nárůst zaznamenává západní a střední Evropa. Hlavním jaterním novotvarem souvisejícím s cirhózou je hepatocelulární karcinom, který postihuje 3–10 % těchto pacientů, a naopak 30 % těchto nádorů je spojeno s cirhózou. Na základě socioekonomických faktorů, změn ve zvyklostech konzumace alkoholu a vzrůstajícího výskytu obezity a ztučnění jater autoři článku očekávají další nárůst těchto závažných jaterních onemocnění. Podle jejich odhadů by se do roku 2030 měla

prevalence jaterní cirhózy ztrojnásobit. Vzhledem k souvisejícím komplikacím, jako je gastrointestinální krvácení, ledvinové selhávání nebo právě zmiňovaný hepatocelulární karcinom, bude tento nárůst představovat závažnou sociální a ekonomickou zátěž nejen pro dotčené rodiny, ale také pro zdravotní systém a společnost vůbec. Jako alarmující se jeví informace, že v USA zaznamenali mezi lety 2009–2016 největší nárůst mortality spojené s jaterní cirhózou mezi mladými lidmi ve věku 25–34 let.

Za klíčové považují autoři časný screening a prevenci a nové možnosti, které se v posledních letech v těchto oblastech objevily. V budoucnu by se pro screening mohly využívat smartphony nebo elektronická zdravotní dokumentace. Moderní technologie navíc mohou sehrát svoji roli v sociálním spojování lidí, kteří závislosti na alkoholu trpí.

Zdaleka ne všichni lidé závislí na alkoholu jsou ovšem jakýmkoli screeningem zachyceni nebo léčeni. Důvodem mohou být nedostatečné služby nebo péče v této oblasti, omezené úhrady a samozřejmě také neochota se léčit.

Nefarmakologická a farmakologická léčba

Pokud se zjistí, že pacient je závislý na alkoholu nebo má související jaterní onemocnění, je nutné nasadit co nejrychleji léčbu, aby se zabránilo dalšímu rozvoji onemocnění. Léčba může být farmakologická i nefarmakologická. Do nefarmakologické terapie se řadí zejména služby adiktologických ambulancí, motivační rozhovory, psychoterapie, skupinová terapie a podobně. Nefarmakologické postupy lze úspěšně kombinovat s farmakologickou léčbou, pro kterou je dostupných několik

léků. Americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (Food and Drug Administration, FDA) schválil pro léčbu závislosti na alkoholu tři léky – disulfiram (Antabus), který v kombinaci s alkoholem vyvolává výrazně nepříjemné reakce, a léky mírnící bažení naltrexon (Vivitrol) a acamprosat (Campral). Ačkoli však studie ukázaly jejich účinnost v léčbě závislosti na alkoholu, jen málo studií zkoumalo jejich vliv na cirhózu. Užívání těchto léků u pacientů s cirhózou jater nebo jiným jaterním onemocněním se proto nedoporučuje.

Disulfiram funguje tak, že blokuje odbourávání alkoholu – inhibuje acetaldehyddehydrogenázu, tedy přeměnu acetyldehydru na kyselinu octovou, která by se dále metabolizovala. Kvůli tomu se acetyldehyd v těle hromadí a významně zesiluje a prodlužuje „kocovinu“. Vyvolává syndromy jako zvracení, tachykardii, nízký tlak a problémy s dýcháním, a může vést dokonce k úmrtí. Cirhóza jater je ale kontraindikací tohoto léku, neboť byly hlášeny případy selhání jater vedoucí k úmrtí nebo jejich transplantaci.

Naltrexon patří mezi antagonisty opiových receptorů, a působí tak jakoby z opačného konce. Limituje totiž příjemné pocity po požití alkoholu, díky čemuž zmírňuje již zmiňované bažení (používá si i anglické „craving“). Autoři poukazují na klinické studie, které ukázaly, že léčba naltrexonem snižuje riziko relapsu. Může také vést ke zvýšení hodnot jaterních enzymů, a neměl by proto být podáván pacientům s akutní hepatitidou nebo selháváním jater.

Acamprosat rovněž zmírňuje bažení. Mechanismus působení acamprosatu se zakládá na jeho antiglutamatergních účincích a ovlivnění GABAergní transmise (GABA – zkratka pro aminomáselnou kyselinu). Nemá dopady na jaterní metabolismus, ale jeho bezpečnost u pacientů s pokročilými jaterními chorobami nebyla prokázána. Jeho dávkování by také mělo být upraveno u pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním.

Zásadní je odvykací kúra

Pro mortalitu pacientů s alkoholovou hepatitidou je rozhodující, zda se jim podaří vyhnout relapsu. V případě, že k němu dojde, totiž mortalita dosahuje takřka 60 %. U pacientů s alkoholovou hepatitidou bohužel podle autorů dochází k relapsu v 34–37 % případů. Spojení léčby jaterního onemocnění a léčby alkoholové závislosti se proto ukazuje jako zásadní. Ambulantní nebo hospitalizační odvykací léčba vede podle uvedených údajů k 70–84% poklesu opakovaných hospitalizací v prvních 30 dnech po propuštění z nemocnice, 89–91% snížení rizika relapsu a 80% redukcí mortality. Úspěšně probíhající odvykací kúra má o to větší význam, že zmíněná protialkoholická farmakoterapie je často kvůli probíhající nebo nedávné hepatitidě kontraindikována.

Transplantace jater a relaps

U pacientů se závažnou alkoholovou hepatitidou se nasazují kortikoidy. Pokud

se stav pacienta nezlepší, zvažuje se transplantace jater. Alkoholové postižení jater je v USA indikací pro transplantaci v 15 % a v Evropě v 20 % případů. Jednou z překážek pro transplantaci však může být opět alkoholový relaps, který se podle údajů autorů článku objevuje u 17–30 % čekatelů na transplantaci a u 10–60 % těch, kteří jsou již po transplantaci. Některá zařízení požadují před transplantací minimálně šestiměsíční abstinenci, která ovšem nezaručuje, že k relapsu nedojde po transplantaci. Ukazatele, které mohou predikovat hrozbu, že u transplantovaného pacienta znovu propukne závislost na alkoholu, jsou věk, sociální zázemí, psychiatrické komorbidity, užívání jiných návykových látek, rodinná historie a předchozí neúspěšné pokusy abstinovat.

Biomolekulární výzkum

Alkoholová hepatitida je charakterizována nepolevujícím zánětem, který je reakcí na buněčný stres a zánik jaterních buněk. Dlouhodobé nadužívání alkoholu a poškození jaterních buněk vede k vylučování extracelulárních vezikul, k aktivaci makrofágů a uvolnění zánětlivých cytokinů. Míra uvolňování extracelulárních vezikul se může stát užitečným biomarkerem alkoholových onemocnění jater, protože již studie ukázala, že jejich zvýšené uvolňování ukazuje na špatnou prognózu onemocnění včetně mortality. Výzkum se nyní zaměřuje na souhru dalších endoteliálních jaterních buněk, jaterních hvězdčkových buněk a zánětlivé reakce. Zkoumá se také, jak alkohol působí na střevo, mění jeho propustnost a ovlivňuje mikrobiom, což může vést k progresi alkoholových jaterních onemocnění.

Lepší porozumění alkoholovým jaterním onemocněním na biomolekulární úrovni odhaluje alternativní možnosti léčby kortikoidy. Vědci například zkoumají roli cytokinu stimulujícího kolonie granulocytů G-CSF (granulocyte colony stimulating factor), úlohu interleukinu 22, účinky léčivé látky anakinra, která je antagonistou receptoru interleukinu 1, nebo vysokých dávek vitamínu C. V případě interleukinu 22 se již prokázalo, že zmírňuje poškození jaterních buněk, podporuje regeneraci jater, zmírňuje steatózu a fibrózu. Autoři článku nicméně zdůrazňují, že pro úspěšnou léčbu alkoholových onemocnění jater je klíčová také úspěšná léčba závislosti na alkoholu.

Mgr. Lukáš Malý

Zdroj: Alcohol Research



V nebi budu slyšet

Beethoven, geniální skladatel a značně svérázná osobnost, musel polovinu života překonávat ztrátu sluchu.

Ludwig van Beethoven, jedna z vůbec největších postav hudební tvorby, tvoří spolu s Haydnem a Mozartem i „svatou trojici“ klasicistních skladatelů. On sám ale už stál na hranici romantismu. K jeho nejslavnějším dílům patří 3., 5., 6., a 9. symfonie, řada klavírních skladeb (Císařský koncert, Měsíční svit, Apassionata, Patetická...), mše Missa solemnis nebo například opera Fidelio. Za svého života byl obdivován jako klavírní virtuos i hudební skladatel a obdiv k jeho dílu se nemění ani čtvrt tisíciletí od jeho narození. Přesné datum Beethovenova narození není známé, ale muselo to být kolem poloviny prosince 1770, doklady totiž existují pouze k datu křtu dne 17. prosince – a děti bývaly kvůli vysoké úmrtnosti novorozenců pokřtěny už během 2–3 dnů po narození. Ludwig se narodil a vyrůstal ve velmi skromných poměrech v sídelní metropoli německých knížat, v Bonnu. Jeho rodný dům na Bonngasse 20 dosud stojí, je tam Beethovenovo muzeum. Základní školu ukončil v jedenácti letech; nebyl mimořádným žákem a rodinné poměry mu k tomu ani nevytvářely podmínky. Vzdělání si po celý život doplňoval horlivou četbou, velký zájem měl o veřejné dění.

Otec viděl synovu budoucnost v povolání hudebníka a poskytl mu základy houslové a klavírní hry. Jeho vyučovací metody byly velmi svérázné a nevybíravé: Ludwig, jehož výjimečné nadání otec brzy objevil, musel cvičit dlouhé hodiny uzamčený v místnosti se svým nástrojem. Johann van Beethoven, který měl před očima úspěchy malého Mozarta, syna k větším výkonům popoháněl i častými tělesnými tresty. V osmi letech se Ludwig van Beethoven poprvé představil na koncertním pódiu jako klavírista, od té doby se pro rodinu stal trvalým a často zásadním zdrojem příjmů. Otcova drastická vyučovací metoda, která by vzala chuť snad každému dítěti, Ludwiga neodradila. Vytvořil si k hudbě hluboký vnitřní vztah – a nepochybně už tehdy v ní našel hlavní smysl života. Mnoho jiných potěšení v dětství a mládí ostatně ani neměl. Od dětství byl nápadně vážný, uzavřený a málomluvný. Tyto osobní vlastnosti tedy nebyly až důsledkem pozdějšího ohluchnutí, určité je ale zvýraznilo a prohloubilo.

Beethovenovi předci pocházeli z vlámské oblasti Belgie, odtud přídomek van, který nevyjadřuje šlechtický, ale místní původ

rodiny (van Beethoven – od řepného dvora). Ludwigův dědeček byl členem dvorní kapely v Bonnu a časem povýšil na kapelníka, otec Johann nastoupil do této kapely jako tenorista. V některých Beethovenových biografiích je umělcův otec líčen jako alkoholik, který se o rodinu nestaral odjakživa, podle jiných svědectví začal pít až po smrti manželky. Ať tak nebo tak, alkohol nesporně hrál v rodině nešťastnou roli.

Čím jsem já, za to vděčím sobě

Navzdory těžkým začátkům Beethoven v hudební kariéře pokračoval. Dostal se k novým učitelům a začal cestovat, hlavně po Rakousku. Jeho úspěchy na koncertech byly úžasné. Tradiuje se, že když jako sedmnáctiletý poprvé hrál ve Vídni, v publiku seděl i Amadeus Mozart a chlapci předpovídali velkou uměleckou budoucnost.

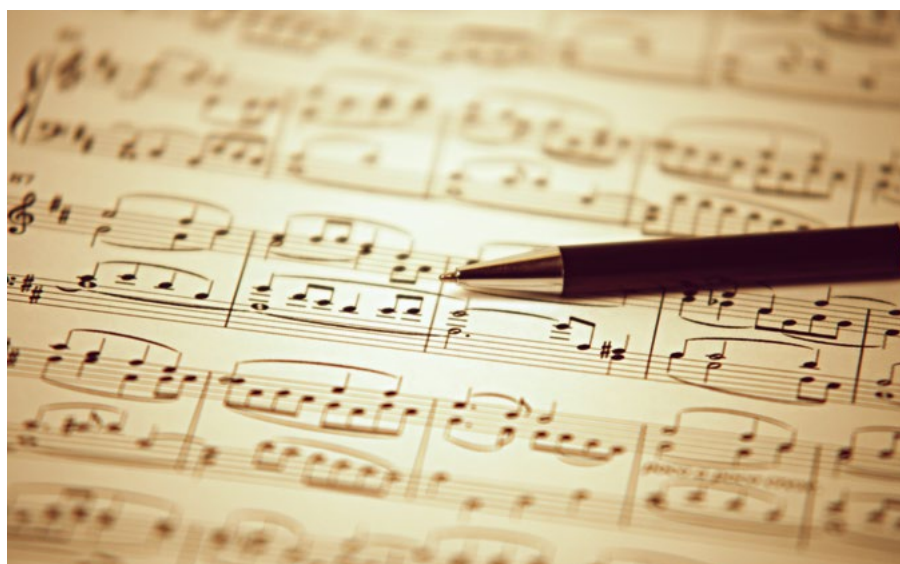
Ve dvaadvaceti už Beethoven žil ve Vídni trvale a – ne vždy ochotně – navštěvoval společenské salony svých obdivovatelů a mecenášů. Ve společnosti mu bylo tu a tam třeba odpustit nějakou neobratnost, a často i vznětlivost, zato na pódiu byl nekorunovaným králem. Jeho temná pleť, charakteristicky modelovaná hlava, podmanivý a zajímavý zjev, a hlavně neapodobitelný hudební projev spoluvytvářely mocný dojem silné osobnosti, považované za největšího současného pianistu.

Čest, že smí být jeho mecenášem (a dlouhodobě i hostitelem v paláci ve Vídni), měl

mimo jiné i kníže Karel Alois Lichnovský, který vlastnil i zámek v Hradci nad Moravicí. Beethovenova první návštěva Hradce v roce 1806 je tradičně spojována s roztržkou právě s knížetem Lichnovským. Kníže po něm chtěl, aby zahrál na klavír před pozvanými francouzskými důstojníky. Po korunovaci Napoleona Bonaparta císařem, kterému chtěl Beethoven věnovat svou 3. symfonii Es dur op. 55 „Eroicu“ z roku 1803, a následném válečném běsnění měl Beethoven Francouzů plné zuby, koncertovat pro ně odmítl a se svým hostitelem se kvůli tomu pohádal... A předtím, než plný zlosti v noci za bouřky uprchl ze zámku, stačil ještě ve chvatu napsat často citovaný dopis: „Kníže, čím jste, tím jste náhodou a rodem, čím jsem já, za to vděčím sobě. Knížat je a bude na tisíce, Beethoven je jen jeden.“ Nutno přiznat, že v té době už mecenáše ani nepotřeboval. Výborně placen už byl nejen jako klavírní virtuóz, ale i jako komponista, Beethovenovy skladby poutaly pozornost a byla jich už řada. Objednávky na skladby měl víc než času k jejich napsání a bohatě mu platili i nakladatelé.

Ódu na radost už neslyšel

Přibližně od svých 28 let Beethoven trpěl postupnou ztrátou sluchu, navíc ho postihla i těžká forma tinnitu. Přestával vnímat vysoké tóny a nerozuměl mluvené řeči. Dnešní odborníci na sluchovou problematiku předpokládají, že příčinou byla otoskleróza



Ilustrační foto: 123rf.com



Beethoven nad Missou solemnis

Zdroj: reprodukce obrazu Josepha Karla Stieler, [web.archive.org/web/20160623080009, commons.wikimedia.org](http://web.archive.org/web/20160623080009/commons.wikimedia.org)

a degenerace sluchového nervu. Beethovenův sluch se sice zhoršoval, ale skladatel ještě dokázal improvizovat, mohl dirigovat veřejné koncerty svých skladeb a dokázal, i když omezeně, sledovat zvuk smyčcového kvarteta. Zdá se, že Beethovenova hluchota nebyla naprostá, ale značně kolísala. Sluchový handicap ale nezabránil skladateli komponovat. Aby mohl vnímat tóny klavíru, nechal si na jeho rezonanční desku namontovat plechovou kupoli, která zesilovala zvuk. Hluchotu se snažil překonat i pomocí dřevěné tyčinky, která byla připevněna ke klavíru a kterou svíral mezi zuby. Vibrace se přenášely k vnitřnímu uchu, a on tak mohl alespoň částečně vnímat hudbu.

Beethoven se snažil ztrátu sluchu tajit, k veřejnému odhalení jeho hluchoty došlo až při premiéře jeho poslední dokončené symfonie „Deváté“, která obsahuje legendární „Ódu na radost“ s textem Friedricha Schillera, instrumentální verze této písně je hymnou Evropské unie. Premiéra „Deváté“ byla 7. května 1824 v prestižním vídeňském Divadle u Korutanské brány, mezi posluchači byla i císařská rodina a Beethoven se snažil provést sám dirigovat. Hudebníci v orchestru se ale předem dohodli, že nebudou reagovat na jeho gesta, ale na pokyny jiného dirigenta,

který stál na místě, kde ho hráči dobře viděli. Na konci symfonie Beethoven zůstal stát za bouřlivého potlesku zahloubán do partitury. Reagoval, až když ho zatahali za rukáv a ukázali na jásající obecenstvo. Teprve pak se obrátil a všem se klaněl.

K dalšímu a dalšímu zhoršování Beethovenova zdravotního stavu docházelo ruku v ruce s jeho únikem do vlastního nitra a prohlubující se úzkostí. Narůstající introverzi a uzavírání se jen do světa vlastní hudby zřejmě působily i obrovské intelektuální a emotivní požadavky, které sám na sebe kladl při komponování posledních děl. Únik do vnitřního světa ale byl i sebeobranou před okolím, protože veřejnost legendárního hudebníka pronásledovala na každém kroku. Každý chtěl s velkým mistrem hovořit nebo ho alespoň vidět...

Už od roku 1823 měl stále horší problémy s očima, trpěl častým nachlazením a měl příznaky revmatismu a žloutenky (výrazně mu zežloutla pokožka). Tři roky před smrtí se intervaly mezi jeho nemocemi zkracovaly. Podle svědectví současníků v průběhu roku 1825 začal vypadat mnohem starší, než byl, a měl už trvale nažloutlou pleť. V prosinci roku 1826 se u něj začaly projevovat silné příznaky onemocnění jater a střevní krvácení.

Zemřel 26. března 1827 po poslední čtyřměsíční chorobě.

Příčinou smrti nebyla otrava olovem

Stejně jako u smrti řady jiných slavných osobností se i ohledně Ludwiga van Beethovena objevily teorie, které se po staletích snaží objasnit příčinu úmrtí. V roce 2005 bylo ve vzorcích Beethovenových vlasů nalezeno extrémně vysoké množství olova. Teorii otravy olovem podpořilo i to, že skladatel velmi rád a často pil levné švestkové víno (v 19. století velmi oblíbený kvašený nápoj), a to z cínových korbělů. Domněnku zvěrohodňovaly i dobové záznamy, podle kterých byl skladatel často podrážděný, trpěl bolestmi hlavy a měl časté záchvaty dušnosti. To všechno mohly být příznaky otravy olovem. Výzkumný tým z Mount Sinai School of Medicine v New Yorku ale před několika lety zveřejnil výsledky výzkumu, které naznačují, že množství olova v Beethovenově těle v době jeho smrti nebylo tak velké, aby mohlo být příčinou jeho smrti. Testy, které byly provedeny na fragmentech skladatelovy lebky pomocí rentgenové fluorescence, prokázaly, že obsah olova v kostech jeho lebky není vyšší, než je obvyklé. Devadesát pět procent olova v těle dospělého člověka je uloženo v kostech, kde zůstává i po smrti. Vysoká hladina olova se ale už dříve našla i v Beethovenových vlasech. Vysvětlení je, že byl léčen mastmi s vysokým obsahem tohoto prvku, který tehdejší medicína používala k léčení řady onemocnění. Olovo ale nebylo příčinou Beethovenovy smrti. Podle týmu z Mount Sinai School of Medicine se jako mnohem pravděpodobnější příčina jeví ischemická choroba srdeční, kterou Beethoven také trpěl. Tento daleko méně kuriózní důvod smrti slavného skladatele pravděpodobně ukončí teorie a spekulace o tom, kdo všechno z jeho nepřátel a soků mohl Beethovena olovem otrávit.

Nepřítel a soků měl Ludwig van Beethoven totiž víc než dost – byl nejen geniálním skladatelem, ale také svéráznou osobností. Osobností, která možná trpěla impulzivností a excentricitou (existují spekulace, podle nichž měl Beethoven trpět ADHD), ale které rozhodně nechyběla hloubka.

Rok Beethovenova úmrtí, tedy 1827, je také považován za symbolický konec klasicismu. Pohřeb Ludwiga van Beethovena byl velkou událostí, přišlo na něj více než deset tisíc lidí a jeho rakev nesli tehdejší přední hudební skladatelé. Bylo mu 56 let. „V nebi budu slyšet,“ byla jednou z posledních vět, kterou vyslovil.

Jana Jílková



Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR vás zve na

DVOUDENNÍ SEMINÁŘ PRO ZDRAVOTNICKÝ MANAGEMENT

11.–12. května 2023 | Hotel Sladovna, Černá Hora

Témata:

- Deprese, smutek, stáří, ...
- Využití krizové intervence při práci s emocemi klientů, rodinných příslušníků i pracovníků
- Vykazování odbornosti 913
- Naplňování lidských práv v praxi sociální služby
- Chceme vrátit umírání do pobytových služeb



Přihlašování na webu APSS ČR www.apsscr.cz
v sekci Konference -> Vzdělávání managementu.

Psychiatrická nemocnice Jihlava

NAKOUKNĚTE K NÁM!
CO MŮŽETE V NAŠÍ NEMOCNICI OČEKÁVAT?

- AKREDITOVANÉ PRACOVNÍSTĚ
- VELMI DOBRÉ PLATOVÉ PODMÍNKY
- 6 TÝDŮ DOVOLENÉ
- ZAMĚSTNANECKÉ BENEFITY
- NÁBOROVÝ PŘÍSPĚVEK NEBO STIPENDIUM
- MOŽNOST UBYTOVÁNÍ

ZÁLEŽÍ NÁM NA LIDECH, PŘIJĚTE SE PŘESVĚDČIT!
VÍCE INFORMACÍ NA WWW.PNJ.CZ/VOLNA_MISTA

Personální inzerce do časopisu Zdravotnictví a medicína



e-mail: kupcova@eezy.cz nebo telefon: +420 725 708 647



MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 4/2023

www.zamcasopis.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
MUDr. Václava Bártů, Ph.D.
doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
doc. MUDr. Ondřej Měšťák, Ph.D.
Mgr. Jana Nováková, MBA
prim. MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.
prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC
MUDr. Ondřej Tefr
prof. MUDr. Petra Tesařová, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtišková
prof. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Redakce

Bc. Petra Hátlová, šéfredaktorka
PhDr. Jana Jílková
Mgr. Lukáš Malý
Mgr. Petr Jechort
Ing. Jana Brabcová, Ph.D.
Mgr. Markéta Mikšová
Mgr. Barbora Vodičková

Projektový a kreativní manažer, technické zpracování

Radek Koňářík, e-mail: konarik@eezy.cz

Vydává EEZY Publishing, s.r.o.

Vyšehrad Garden, Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4,
IČ: 28086660



Adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,
EEZY Publishing, s.r.o.
Vyšehrad Garden, Na Pankráci 322/26, 148 00 Praha 4

Inzerce

kupcova@eezy.cz

Foto na obálce
123rf.com

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku využívá:
SEND Předplatné, spol. s r.o.,
Ve Žlábku 1800/77, hala A3, 193 00 Praha 9,
tel.: 225 985 225, mobil: 777 333 370
e-mail: send@send.cz, www.send.cz

Objednávky do zahraničí:

Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,
Václavská 995/63, 639 63 Brno, tel. 532 165 165,
e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

Mediaprint-Kapa Pressegrasso, a.s.
Oddelenie inej formy predaja
P.O. BOX 183, 830 00 Bratislava 3
tel.: +421 2 4989 3568,
e-mail: objednavky@ipredplatne.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele.

Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Snímky označené jako „123rf.com“ jsou použity na základě licence.

Tisk Grafotechna Plus, s.r.o.

Číslo dáno do tisku 14. 4. 2023

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© EEZY Publishing s.r.o., 2023

Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

ZVEME VÁS NA ODBORNOU KONFERENCI



DIGITALIZACE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

1.–2. 6. 2023, Hotel Grandior Praha
Na Poříčí 1052/42, Praha 1 – Florenc



Program



Kam jsme pokročili – digitalizace zdravotnictví (MZD)



Prezentace Národního projektu interoperability: Standardy zdrav. dokumentace, sdílení a výměna dat (NRCE)



Legislativní rámec – strukturovaná zdravotní dokumentace a archivace, jako důležitá část digitalizace (MZD)



Jak mohou kraje podporovat digitalizaci? Přípravované projekty a nutná role krajů (Asociace krajů)



Přehled využití telemedicíny v našich nemocnicích (nemocnice)



Vyhlášení vítězů ankety Projekty digitalizace zdravotnictví 2022 (ocenění pro nemocnice a kraje)

Generální
partner



STAPRO

Odborný
partner



Aliance pro telemedicínu
a digitalizaci zdravotnictví
a sociálních služeb

Organizátor





Dopřejte si i v práci

kvalitu, pohodlí
a styl

Novinka

Kalhoty KALI trendy střih

Dámské kalhoty se širokými a rovnými nohavicemi. Přes boky přiléhavé a s vysokým pasem skvěle formují postavu. Zapínání kalhot je klasické na kovový zip a knoflík, poutka na opasek. Vpředu i vzadu jsou ozdobné kapsy.

Materiál: 100% bavlna, sanfor., merc., 180 g/m², 95°

Velikosti: 34 | 36 | 38 | 40 | 42 | 44
| 46 | 48 | 50 | 52 | 54

Barvy: ○

www.cadenza.cz

