

3
2021

Rozhovor s prof. Janem Bartoníčkem

str. 12

Neonatologické
oddělení Nemocnice
Hořovice
str. 16

Zánětlivá bolest
zad
str. 25

Vitamin D – víc než
jen vitamin
str. 32

Představujeme publikaci

CO NÁS ČEKÁ V PORODNICI A CO DOMA?

MUDr. Milena Dokoupilová, MUDr. Martin Gregora



Narození dítěte je událost, která změní dosavadní pravidla vztahu dvou lidí a fungování rodiny. Přibude spousta nečekaných starostí, vyvstane množství otázek. Naše kniha si klade za úkol tyto otázky zodpovědět a zbavit tak rodiče pocitu nejistoty. Kniha provází maminku prvními dny, týdny a měsíci po porodu. Je napsaná tak, aby se dala přečíst i během krátkého pobytu v porodnici a aby se novopečená maminka rychle seznámila s problematikou kojení, ošetřování, ale i s očkováním dítěte. Zvláštní kapitolu pak představují předčasně narozené děti a specifika péče o ně. Kniha je souborem praktických rad od zkušených lékařů – pediatra a neonatologa.

Od května v prodeji v knihkupectvích

České zdravotnictví zažívá největší zatížení od začátku pandemie

Vážení čtenáři odborného časopisu *Zdravotnictví a medicína*,

v době přípravy vydání aktuální čísla časopisu *Zdravotnictví a medicína* prochází české zdravotnictví, zejména pak lůžková zdravotní péče, největším zatížením od začátku pandemie SARS-CoV-2. Výdaje zdravotních pojišťoven jsou enormní, a to zejména na testování či očkování. Zapojeny jsou nově i fondy prevence pro kompenzaci nákladů zaměstnavatelů na naplnění povinného testování podnikajících a veřejných zaměstnavatelů. K tomu dostáváme zprávy, že tento rok budou vyčerpány rezervní fondy zdravotnictvích pojišťoven, a že Česká republika má zdroje na kompenzační programy jen do konce prvního pololetí.

Finančních zdrojů ubývá, zvyšování zadlužení naší země roste, rezervy se vyprazdňují.

Ačkoliv lze po uvolnění „lockdownu“ očekávat ekonomický růst, což uvádí jak tuzemské predikce, tak zahraniční odhady,

tlaku na zastavení dalšího nárůstu zadlužování se nevyhneme. Lze se ale domnívat, že tento tlak bude doprovázen snižováním nebo nulovým růstem výdajů veřejných rozpočtů.

Ekonomický růst bude poháněn nejen postpandemickým růstem zahraniční poptávky či obnovy poptávky domácí, ale například i rekordními strukturálními fondy EU, což by pro ČR do roku 2027 mohlo znamenat na 500 mld. Kč.

I tak lze přepokládat, že se na předpandemický výkon ekonomiky dostaneme spíše v roce 2023 či 2024. Z hlediska veřejných rozpočtů, tedy výdajů na zdravotnictví, sociální služby, školství a další veřejné služby budou jednotlivé veřejné zdroje velmi napjaté.

Lze očekávat, že po volbách budou politici usilovat o plošné zmrazení či dokonce snižování těchto veřejných výdajů, domnívám se však, že bychom všichni měli využít této situace ke hledání cest, které povedou ke zvýšení efektivity takto vynakládaných fi-



nančních prostředků. Řešení, která je možno v tomto směru realizovat, je celá řada.

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA
člen redakční rady,
prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR

OBSAH



Zdravotnictví a medicína

OBSAH

ZDRAVOTNICTVÍ

■ Editorial	1
■ Modifikovaná hradecká směs	2
■ Wikiskripta 1. LF UK slaví dvojitý úspěch	4
■ Rok s pandemií	6
■ Kdy přesně nastává okamžik smrti?	7

■ Nový zobrazovací systém v českobudějovické nemocnici	8
■ Operace pažní kosti ve FN Ostrava	9
■ Zkušenosti s ivermektinem ve FNUSA	10
■ Porod po transplantaci dělohy	11
■ Rozhovor: Ortoped Jan Bartoniček	12
■ Zajímavé pracoviště: Neonatologie Nemocnice Hořovice	16
■ Zprávy z regionů	18
■ Inovativní léky proti covid-19	20
■ Zapojení lékáren do distribuce vakcín	21
■ Prohlášení ke změně paragrafů novely zákona o léčivech	22

MEDICÍNA

■ Zánětlivá bolest zad	25
■ Možnosti léčby závislosti na tabáku	29
■ 23 let s ledním medvědem	30
■ Nové poznatky o vitamínu D	32
■ HIV/AIDS v ČR v roce 2020	34
■ Představujeme patientskou organizaci INCOFORUM	36
■ Léčba hemoroidální nemoci	38
■ Personálie a nabídka zaměstnání	39



Modifikovaná hradecká směs – kladivo na virózy?

Psal se rok 1976, měl jsem po promoci a musel na vojnu. Na dvanáct měsíců jsem byl poslán coby desátník-absolvent k pohraniční strážnici na naši tou dobou neprostupnou západní hranici. A to i přesto, že jsem nebyl ve straně, a navíc jsem byl synem otce poznamenaného cejchem člověka pracujícího v roce 1969 „ve zvláštním zapojení“.

Ten pojem byl synonymem pro označení živnostníka, což byl v době Husákovy normalizace rozsudek „kariérní smrti“ i pro děti takto oštepované jedince. No a tam u těch „péesáků“ jsem měl tu čest sloužit na ošetrovně výcvikového praporu s o něco starším doktorem Michalem, který na rozdíl ode mě již měl za sebou jeden rok v nemocnici.

„Kouzelná injekce“

Jádro naší klientely tvořili základaři s drobnými poraněními, která si přivodili při výcviku či v občas morbidní službě. Část z nich byli i chroničtí simulanti, jejichž pokusy dostat se na marodku u nás chvílemi vyvolávaly výbuchy smíchu. Nicméně marodili i důstojníci – ti od PS, od politruků, od STB, a také ti od „kontrášů“. Tahle elitní sorta v naprosté většině přicházela hned v časném stadiu začínajícího akutního nachlazení. Tito lidé chtěli být mermomocí „ihned“ zdraví a té „chřipky“ se obratem zbavit. Obraceli se v té věci jen na Michala, mně tou dobou jako „doktorskému zobákoví“ nevěnovali ani pohled. Brzy jsem měl pochopit proč. Prosili ho o jeho „kouzelnou injekci“, která by je během krátké doby jejich 12–24 hodin trvající horečky a tře-

savky zbavila. Jakkoli to může znít přehnaně, on jim toto přání prakticky vždy splnil. O jakou injekci se tedy jednalo? Obsahovala následující ingredience:

- 1 amp. Natrium-salicylátu
- 1 amp. Calcium gluconicum
- 1 amp. Procainu
- 1 amp. Celaskonu
- 1 amp. Prothazinu
- 1 amp. Koffeinu
- 1 amp. Ethylcomanu

Fyzicky se jednalo o dvě dvacetimililitrové injekční stříkačky. Směs se musela podávat velmi pomalu ležícím pacientům z ruky, infúze nebyly k dispozici. Vedlejší účinky spočívaly v poklesu krevního tlaku s točením hlavy, byla-li injekce aplikována o něco rychleji. Někteří příjemci udávali pocit opilosti, což jsme jim s Michalem (vzhledem k alkoholu v Ethylcomanu) rádi věřili. Teplota měřitelně klesla do hodiny až dvou. Po 24 hodinách byla většina takto ošetřených afebrilní a subjektivně téměř bez obtíží. Každopádně zmizelo pocení, bolesti v krku a z kašle zbylo lehké pokašlávání. Po 48 hodinách byli (skoro) klinicky zdraví. Oni se ovšem převážně považovali za kompletně zdravé. Po dvou dnech v posteli nebo ve vyhřátém prostoru začali normálně pracovat. Pokud měli po jednom dni ještě zvýšenou teplotu a pocit onemocnění, dostali tuto směs ještě jednou a byl takřkajíc pokoj. Nevěřil jsem svým očím. Ale po několika takto vyléčených jsem této věci začal věřit a koncem svého působení v uniformě jsem injekce aplikoval sám.

Definitivní víru v podobnou kombinaci mi do žil vlila „osekaná“ infúze, kterou jsem si v roce 2019 nechal aplikovat z ruky lucidní kolegyně. Efekt byl úžasný. Jedna ampule Na-salicylátu, jedna ampule antialergika a jedna flaštička se 7,5 g C-vitaminu udělaly své. A to i přesto, že calcium gluconicum, které by pro účinek bylo důležité, tou dobou (v 21. století v ČR uprostřed Evropy) momentálně nebylo k dostání.

I tak bylo do dvaceti čtyř hodin prakticky po viróze. Mohu potvrdit.

Co mě k napsání těchto retrospektivních řádků vedlo? Jak jsem tak, coby důchodce v celostátní (nikoli osobní) karanténě, seděl doma a brouzдал internetem, 25. března jsem narazil na článek s nadpisem: „V New Yorku pacientům s koronavirem podávají vysoké dávky vitamínu C.“

Okamžitě jsem si vzpomněl na shora popsané zážitky.

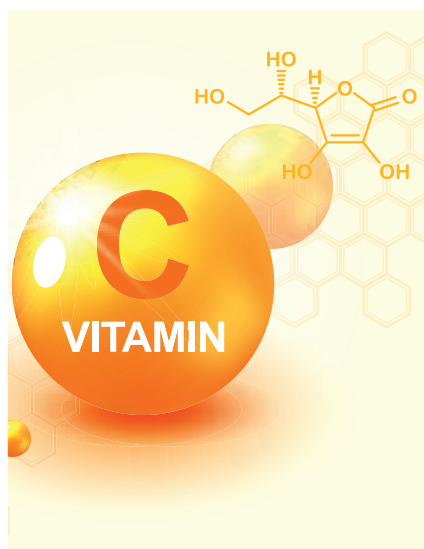
Antivirotický koktejl

Na základě shora popsaného bych věc viděl takto. Na pozadí empirických zkušeností bych směs nechal tak, jak byla. Nejraději včetně těch dnes již možná nedostupných ingrediencí. On ten intravenózní alkohol lidem s třesavkou a horečkou úžasně zvedl náladu a téměř okamžitě je zbavil diverzních průvodních potíží, jako jsou bolesti hlavy, zad a kloubů, zejména v kombinaci s iv. procainem. Takto navozená přechodná „chemická euforie“ by dnes nejednomu horečnatému covidovému nemocnému dala chvilkový pocit „bezobtížnosti“ a pocit naděje na vyléčení. Ale zpět do reálu.

Antivirotický koktejl by v současnosti mohl mít následující praktikabilní složení:

- 1 amp. Natrium-salicylátu
- 1 amp. Calcium gluconicum
- 1 či 2 lahvičky infúzního céčka, dle uvážení lékaře
- Dexamethason či jiný kortikoid dle uvážení aplikujícího lékaře
- 1 amp. injekčního acetylcysteinu
- 1 amp. Prothazinu či jiného v úvahu připadajícího antialergika/antihistaminika
- 1 amp. půlprocentního/jedno procentního mesocainu.

Bylo by dobře najít vzájemně se v infúzi nesrážející složky tak, aby jich co nejvíce do žíly teklo společně. Je to výsledek pozorování. Složky vločkující by se infun-



Historicky první randomizovaná placebem kontrolovaná studie určená na klinické hodnocení vysokých dávek infuzního vitamínu C při léčbě onemocnění **COVID-19** [4]

Tradice Pascoe od roku 1895

Vitamin C-Injektapas 7,5g

Registrovaný lék

Důvěřujte originálu!

- ✓ Infuzní roztok
- ✓ Okamžitá biologická dostupnost [1]
- ✓ Vysoká efektivita díky dosaženým terapeutickým koncentracím [2]
- ✓ Přímá neutralizace oxidačního stresu při nedostatku vitamínu C [2]
- ✓ Bez stabilizátorů a konzervačních látek
- ✓ Více jak 30 let na evropském trhu
- ✓ Vyrobeno v Německu



[1] Levine, M., S. J. Padayatty and M. G. Espey (2011). „Vitamin C: a concentration-function approach yields pharmacology and therapeutic discoveries.“ Adv Nutr 2(2): 78-88.

[2] Frei, B., L. England and B. N. Ames (1989). „Ascorbate is an outstanding antioxidant in human blood plasma.“ Proc Natl Acad Sci U S A 86(16): 6377-6381.

[3] IH Galaxy NPI Feb. 2015

[4] IH Zhang J, Rao X, Li Y, Zhu Y, Liu F, Guo F, Luo G, Meng Z, De Backer D, Xiang H, Peng Z-Y. (2020) High-dose vitamin C infusion for the treatment of critically ill COVID-19.

Pulmonology, preprint. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-52778/v2>

ZKRÁCENÝ SOUHRN ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU Vitamin C-Injektapas 7,5 g, 150 mg/ml, koncentrát pro infuzní roztok. 1 ml koncentrátu obsahuje acidum ascorbicum 150 mg, 50 ml (skleněná lahvička) obsahuje 42,3 mmol (972 mg) sodíku, hydrogenuhličitan sodný, vodu na injekci. Roztok je čirý světle žlutý. KLINICKÉ ÚDAJE: Terapeutické indikace: Prevence a terapie stavů klinického nedostatku vitamínu C, který nemůže být odstraněn výživou ani perorálním podáváním. Methemoglobinemie v dětském věku podává se denně 5–50 ml naředěného koncentrátu pro přípravu infuze. 50 ml koncentrátu pro přípravu infuzního roztoku je třeba zředít 100 ml izotonického roztoku chloridu sodného a infuzi pomalu podávat. Substituce vitamínu C: Dospělí nitrožilně 100–500 mg kyseliny askorbové denně (odpovídá 0,7–3,3 ml koncentrátu pro infuzní roztok); děti do 12 let nitrožilně 5–7 mg kyseliny askorbové/kg tělesné hmotnosti denně. Methemoglobinemie v dětském věku: Nitrožilně 3,3 až 6,6 ml koncentrátu pro přípravu infuze. Neměla by být překročena dávka 100 mg kyseliny askorbové/kg tělesné hmotnosti denně. Způsob podání: Intravenózní podání. Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku (viz. výše uvedené složení přípravku). Přípravek nesmí být aplikován u pacientů s oxalátovou urolitiázou a onemocněními spojenými s patologií metabolismu železa a jeho ukládáním v organismu (talasemie, hemochromatóza, sideroblastická anemie). Zvláštní upozornění a opatření pro použití: Nitrožilní podání vysoké dávky přípravku může v důsledku tvorby krystalů oxalátu vápenatého v ledvinách a následného vzniku urolitiázy vést k akutnímu selhání ledvin. Další údaje viz. SPC. Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce: Přípravek Vitamin C-Injektapas 7,5 g může chemicky změnit jiné léky (na základě vysokého redoxního potenciálu). Kompatibilita při kombinaci s jinými léky musí být proto při každém podání vždy kontrolována. Kyselina askorbová může ovlivňovat účinek antikoagulancií. Současné podání kyseliny askorbové a flufenazinu vede ke snížení koncentrace flufenazinu v plazmě, současná aplikace kyseliny askorbové a kyseliny acetylsalicylové vede ke sníženému vylučování kyseliny acetylsalicylové a ke zvýšenému vylučování kyseliny askorbové v moči. Další informace viz. SPC. Fertilita, těhotenství a kojení: Během těhotenství a kojení nemá být překročeno množství 100–500 mg kyseliny askorbové denně. Kyselina askorbová je vylučována do mateřského mléka a prochází placentou. Nežádoucí účinky: Velmi vzácně: respirační a kožní projevy. V jednotlivých případech může krátkodobě dojít k projevům poruchy krevního oběhu, ojediněle pozorovány reakce jako zimnice nebo zvýšená teplota. Předávkování: Pro nebezpečí hemolýzy a ledvinových kamenů viz. „Zvláštní upozornění a opatření pro použití“. Doba použitelnosti je 2 roky. Zvláštní opatření pro uchovávání: Uchovávejte při teplotě do 25 °C, uchovávejte láhev v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Tento přípravek je určen pouze pro jednorázové použití. Aplikace se musí uskutečnit bezprostředně po otevření lahvičky s koncentrátem pro infuzní roztok. Nepoužitě zbytky je třeba zlikvidovat. Držitel rozhodnutí o registraci: PASCOE pharmazeutische Präparate gmbh, Schiffenberger Weg 55, D-35394 Giessen, Německo Registrační číslo: 86/107/13-c Datum první registrace/prodloužení registrace: 27.2.2013 Datum revize textu: 8.7.2015 Podrobnější informace viz. SPC přípravku.

Ředění a podávání: po rozředění 50 ml infuzního roztoku (lékovka) Vitamin C-Injektapas 7,5g se 100 ml fyziologického roztoku 0,9% NaCl, periferní intravenózní infuze (délka podání přibližně 30 minut).

dovaly jedna po druhé separátně hned po aplikaci kombinace těch nesrážlivých. Má to svůj význam.

Možné přínosy směsi

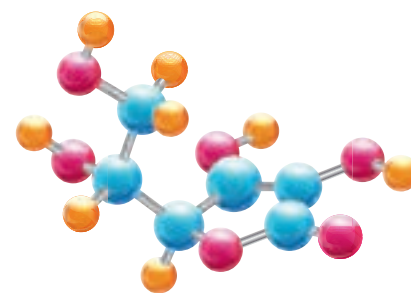
V žádném případě se nechci pouštět do detailní „vědecké“ diskuse, jak která složka účinkuje, za co je zodpovědná apod. Principiálně jen tolik:

- Natrium salicylát snižuje srážlivost krve, u covidu dost zásadní bod.
- Kalcium, céčko a kortikoidy zpevňují buněčné membrány, což je důležité.
- Acetylcystein ztekucuje covidem vytvořený a později tuhnutí hlen a brání či zpomaluje tak možné nevratné zničení tkáně v postižených plicních partiích.
- Antialergikum/antihistaminikum by

mohlo pomoci omezit intenzitu bradykynin/cytokinové bouře.

- Intravenózní mesocain přechodně sníží „celotělovou bolestivost“.

Myslím, že včasné a přiměřeně dávkované a rozumně frekventované podávání uvedeného infúzního poměrně levného koktejlu by (těžší) coronu sice nevybělo, ale průběh infekce by mohlo o dost zmírnit, respektive zkrátit. Ovšem pokud by se první infúze podala hned na začátku (případně testem prokázané) covidové pozitivitu provázené covidovými příznaky. Její případné opakované podání by se řídilo pacientovou reakcí na věc. Popsaný koktejl je poměrně levný a svým složením takřka neškodný. O vyřazení jednotlivých složek z individuálních kontraindikací na základě pacientových chorob a jeho me-



Ilustrační foto: Shutterstock

dikamentů by rozhodl aplikující lékař. Ale moc by toho asi nebylo. Nevím, kolik složek z tohoto návrhu se aktuálně v nemocnicích podává, ale účinek navrženého mixu se projeví hlavně v tom případě, jsou-li jeho složky pacientovi aplikovány ve směsi současně.

MUDr. Rudolf Zemek,
Praha

WikiSkripta 1. lékařské fakulty UK slaví dvojí úspěch

Jsou nejnavštěvovanějším webem, který podporuje výuku na lékařských fakultách v ČR, a jedním z největších medicínských wiki-projektů na celém světě. WikiSkripta, která vznikla na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, mají teď důvod hned ke dvěma oslavám. Jeho zakladatelé nedávno získali Cenu ministra školství za vynikající vzdělávací činnost na vysoké škole a zároveň byl na sklonku loňského roku do WikiSkript vložen jubilejní desetitisící článek.

Cenu ministra školství, mládeže a tělovýchovy za vynikající vzdělávací činnost na vysoké škole letos MŠMT vzhledem k aktuální epidemii covidu-19 zaměřilo na příklady dobré praxe výuky na dálku. Mezi oceněnými vysokoškolskými pedagogy, kteří se dokázali se současnou situací velmi dobře vypořádat, byli také vedoucí Oddělení výpočetní techniky a pedagog Ústavu biofyziky a informatiky 1. LF UK RNDr. Čestmír Štuka, Ph.D., a odborný asistent Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN a člen kolegia děkana MUDr. Martin Vejražka, Ph.D., zakladatelé portálu WikiSkripta, kde se do tvorby vzdělávacích materiálů zapojují i studenti. To bylo ostatně hlavní myšlenkou tvůrců – studentům výukové materiály nejen zpřístupňovat, ale také je přizvat a zapojovat do jejich tvorby. Vzniklo velmi otevřené prostředí, které usnadňuje tvorbu i průběžnou aktualizaci a které přitahuje tvořivé a talentované studenty.

„WikiSkripta jsou mimořádnou pedagogickou a studentskou platformou, kde se setkává kreativita s trpělivostí a odpovědností. Studenti se díky ní také učí kriticky pracovat s poznatky a zároveň si procvičují jejich precizní formulaci. Samozřejmostí je rovněž týmová spolupráce. Všechny tyto kvality jsou v moderní medicíně klíčové,“ říká děkan 1. LF UK prof. MUDr. Martin Vokurka, CSC.

Stále nové články

„Na začátku jsme si nedokázali představit, že WikiSkripta jednou budou používat desetitisíce mediků, ale i lékařů, studentů jiných oborů a laiků. Máme z toho ohromnou radost. A přitom samotný web dnes považujeme tak trochu za vedlejší produkt – ještě důležitější je zapojení nadšených studentů, kteří web tvoří. Nejenže udělají spoustu práce pro ostatní, ale sami se seznámí s principy medicíny založené na důkazech, se základy akademického psaní, dozví se něco o pedagogice a didaktice.

Jsou pak schopni vést nekonfliktní komunikaci, a dokonce dokážou motivovat ke spolupráci i ostatní,“ říká Martin Vejražka. „A pořad přicházejí s něčím novým,“ dodává Čestmír Štuka. „Počet článků pořad roste, i když podle složitých modelů by tomu tak už nemělo být. Je to tím, že po každé někdo přijde s novým nápadem, novým směrem, kam pokračovat.“

Koronavirová pandemie ukázala, že WikiSkripta umožňují spolupráci i nad přípravou návodů pro distanční výuku. Během několika dní ve WikiSkriptech vznikl rozsáhlý soubor metodických materiálů pro učitele, jak si poradit s e-learningovými nástroji, který se stále doplňuje a aktualizuje. Během omezení prezenční výuky na lékařských fakultách významně vzrostla už tak vysoká návštěvnost WikiSkript. Denně se na stránkách vzdělává přes padesát tisíc lidí. Ještě více jsou vyhledávána během zkuškového období, v tom letošním počet návštěvníků stoupl téměř na dvojnásobek, tedy téměř na 100 tisíc. Mgr. Lukáš Malý



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.

Závislost státních institucí na dodavateli z pohledu informačních technologií a situace ve VZP

Rozvoj informačních technologií v posledních letech umožňuje podnikům a firmám zvyšovat kvalitu svých služeb. Pokud obecně platí, že soukromý sektor umí reagovat rychleji a pružněji na externí i interní změny, v oblasti IT to platí dvojnásob. To ovšem neznamená, že by veřejnosprávní instituce měly jakkoliv na schopnost jít tzv. s dobou rezignovat. Z historického pohledu se rozvoj IS ve státní správě ve většině případů pojí s nějakým konkrétním dodavatelem. To platí i pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu. Současnou situaci a výhledy do budoucna v oblasti informačních technologií představíme v dnešní Poradně VZP.

Problém dlouhodobého partnerství s výhradním dodavatelem má svá pozitiva i negativa. O pozitivěch mluvíme převážně z počátku budování informačního systému (IS), kdy je nutné disponovat relativně velkou kapacitou s vysokou odborností. Mluvíme o fázi, kdy se staví nová architektura IS, dochází k optimalizaci nebo dokonce centralizaci velkých organizačních celků, řeší se bezpečnost systémů, schopnost flexibilně reagovat na změny v organizaci atp. V neposlední řadě je nutné si uvědomit, že tu dochází i k situaci, kdy dodavatel nese za organizaci značnou část rizika neúspěchu. Když toto období rozvoje a budování skončí, miska vah se přehoupne do méně výhodné polohy pro organizaci. Ta je spojená know-how, které se mnohdy díky personálním, organizačním nebo jiným změnám přesune na stranu dodavatele. V tu chvíli vzniká postupná, avšak téměř nevyhnutelná závislost na dodavateli. Organizace, a je to i případ VZP, se dostává do situace, kdy prakticky ke všem činnostem souvisejícím s úpravami IS potřebuje součinnost dodavatele.

Takovým případům lze předcházet, pokud ale firma spadne do tzv. vendor-lock-inu na více let, je třeba realizovat více razantní kroky. Cílem je získat zpět strategické know-how, myšleno nastavení, rozsah a způsob integrací jednotlivých komponent IS nebo parametrizaci zpět do organizace. K tomu je třeba realizovat řadu opatření, zejména pokud se transfer know-how pojí s přebudováním IS. To je příklad VZP. Záměrem VZP je v souvislosti s modernizací IS nejen získat zpět strategické vědomosti a kompetence na svou stranu, ale zároveň také sladit stav IS s novými legislativními a technologickými změnami. V prvním případě je naším



*Ing. Tomáš Knížek
náměstek ředitele VZP ČR
pro informatiku*

záměrem vyhovět novinkám v oblasti kybernetické bezpečnosti, GDPR a zároveň připravit vnitřní systémy na změny související s příchodem tzv. digitální ústavy. Tedy zákona č. 12/2020 Sb., o právu na digitální služby. Tato legislativa klade na orgány veřejné moci (OVM) nové nároky, a to zejména z pohledu informací, na které bude mít občan nově nárok, aniž by musel vyvinout jakékoliv úsilí. Předpokládá totiž, že instituce veřejné správy budou schopny mezi sebou sdílet údaje, které by jinak musel občan dokládat. Např. údaje o jeho zaměstnanosti, nebo údaje, které si bude muset pojišťovna opatřit ze státních registrů.

Pokud platí výše uvedené, je pro VZP zásadní schopnost know-how nejen získat, ale aktivně s ním také pracovat. To bude klást vysoké nároky na správu dokumentace, schopnosti pracovat s aplikačním kódem, vytvořit novou infrastrukturu, která bude schopná podporovat servisně orientovanou architekturu, která je základním stavebním

kamenem nové strategie. Důležitým prvkem modernizace IS VZP je naučit organizaci nejen nový systém (NIS) rozvíjet, ale také provozovat. To je role, kterou VZP dlouhodobě svěřuje dodavatelům. V novém nastavení počítáme s mnohem větším zapojením našich kolegů, zejména co se týče schopnosti aktivně navrhovat nové architektonické prvky IS VZP.

Cílem VZP je vybudovat moderní systém, který bude podporovat flexibilitu. To se projeví hlavně ve schopnosti budovat nové typy služeb, převážně takových, které budou podporovat digitální výměnu informací. Úsek IT aktivně spolupracuje s Úsekem služeb klientům na nové strategii obsluhy klientů a partnerů. První výsledky jsme díky této spolupráci přinesli již v loňském roce, kdy jsme zprovozili nové služby jako např. možnost on-line přeregistrace, žádosti o příspěvek z fondu prevence nebo žádost o novou kartičku pojištění. V letošním roce budeme pokračovat např. on-line potvrzením o bezdlužnosti, nebo implementací našich služeb do Portálu Občana.

Závěrečné shrnutí

Správní rada VZP schválila na konci loňského roku návrh úseku IT na otevření a modernizaci IS. Cílem je získat zpět strategické know-how do organizace a více se zapojit do rozvoje a provozu IS na úkor dlouholetého dodavatele, zároveň IS modernizovat a otevřít více dodavatelům. To podpoří vznik konkurenčního prostředí, které v konečném důsledku přinese větší efektivitu vynaložených prostředků, tlak na kvalitu dodávky nebo moderní způsob vývoje IS. Zásadním je fakt, že VZP získá právo užívání k IS, které je dlouhodobě intelektuálním vlastnictvím výhradního dodavatele.

Očima epidemiologů: Rok s pandemií a co bychom si z něj měli odnést do budoucna?

Uplynulý rok strávený s pandemií vyvolanou SARS-CoV-2 je také rokem, kdy se informace a poznatky do té doby diskutované v úzkých kruzích specialistů staly předmětem zájmu médií a široké laické veřejnosti. Ačkoliv se aktuálně soustřeďujeme především na zvládnutí akutní situace, je třeba s těmito nově nabytými zkušenostmi a znalostmi strategicky pracovat i do budoucna. Jak nám tedy mohou pomoci zlepšit prevenci a predikci podobných situací a na co bude třeba se zaměřit především?

Nekončící řada

Jak vůbec rozpoznáme, že se rozvíjí epidemie či pandemie? Zdánlivě jednoduchá otázka, na niž však není snadné odpovědět. Z minulosti máme nepřeberné množství příkladů a nemusíme ani chodit daleko do historie: HIV v 80. letech 20. století, epidemie eboly v roce 1976 a znovu v roce 1995, hantavirová epidemie v roce 1993, ve 21. století poté postupně epidemie SARS, MERS, viru zika, poté znovu ebola v západní Africe a nyní SARS-CoV-2.

Faktory podporující rozvoj pandemií

Pandemické šíření patogenu je podmíněno existencí několika faktorů. V první řadě je to **nárůst světové populace a její uspořádání**. Současné demografické modely ukazují, že v roce 2050 bude ve městech žít 66 % světové populace (nyní je to 54 %). Přitom 90 % tohoto městského obyvatelstva se bude nacházet na asijském a africkém kontinentu. To znamená v subtropických nebo tropických oblastech s bohatou přírodní diverzitou, chudou infrastrukturou, problematickým zdravotním systémem a vysokou mírou chudoby. Tedy i v podmínkách ideálních pro šíření infekčních nemocí.



Ilustrační foto: Shutterstock

Druhým faktorem je **cestování**. Zvyšuje se jak jeho rychlost, tak objem. V současnosti se dostaneme z jednoho místa na Zemi na od něj nejvzdálenější rychleji, než jaká je inkubační doba u většiny infekčních nemocí. Předpokládá se, že v následujících 20 letech se objem počtu cestujících opět zdvojnásobí a opět se na tomto vzestupu bude podílet asijská populace. Velký význam z hlediska mobility mají i globální události typu olympiád a dalších sportovních šampionátů.

Třetím faktorem jsou **zvířata**. Odhaduje se, že 61 % z 1415 druhů známých infekčních patogenů je patogenních pro člověka a je na něj přeneseno ze zvířat. Nemocný člověk představuje pro tento patogen konečný článek infekčního řetězce. Vliv na vývoj epidemiologické situace má i neustále se zvyšující počet domestikovaných zvířat. Jen pro zajímavost, virus chřipky dokáže infikovat více než 1000 živočišných druhů.

Čtvrtým faktorem jsou **změny přírodního prostředí a klimatu**, vyvolávané převážně působením člověka. Riziko pandemií dále zvyšuje tlak na řešení tohoto globálního problému. S tímto faktorem pak úzce souvisí faktor pátý, a to **konflikty a přírodní katastrofy**.

Monitorování a predikce epidemií

Časné zachycení epidemického či pandemického šíření viru je závislé na metodách, které máme k dispozici. Ať už se jedná o klasické epidemiologické metody nebo nové způsoby šetření využívající například elektronické datové trasování. V posledních 8 letech byla vytvořena celosvětová síť celkem 63 laboratorních pracovišť, která sdílí epidemiologická data a za pomoci značného množství dalších informací, jako jsou data demografická, ekobiologická, meteorologická atd., pracují na modelech, které mají za úkol s co největší přesností vypočítat a předvídat potenciální epidemie. V případě

dat z epidemie v západní Africe model určit více než desítku zemí na tomto kontinentu, kde se dosud nikdy epidemie eboly nerozhořela, jako možné lokality jejího budoucího výskytu.

Ochrana a boj proti dezinformacím

Světová zdravotnická organizace (WHO) či americká a evropská Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC, ECDC) se rovněž dlouhodobě zabývají otázkou, jak nejlépe přiblížit běžné populaci bez zdravotnického vzdělání problematiku šíření infekčních nemocí a boje s nimi. Jsou k tomu využívány jak klasické, tak moderní technologie. Bohužel se čím dál více ukazuje (zejména v souvislosti s aktuální pandemií), že velké množství informací šířených po internetu a prostřednictvím sociálních sítí v sobě nese zavádějící či přímo dezinformační obsah a že elektronické sdílení a šíření informací má značný dezinformační potenciál. I proto byl na úrovni Evropské komise zřízen program boje proti dezinformacím týkající se onemocnění covid-19.

První výsledky jsou již zřetelné. Sociální síť Facebook a Instagram mají funkční informační centrum k problematice covid-19, které přesměrovává uživatele na data WHO. Rovněž Twitter připravil stránky věnované osvětové kampani k covid-19 s ověřenými informacemi a daty. Kanál YouTube zobrazuje zdrojová ověřená data a relevantní odkazy na důvěryhodné zdroje z oblasti zdravotnictví.

Vedle co nejpřesnějších dat by neměly být opomíjeny ani tradiční laické způsoby informování pomocí srozumitelných a snadno pochopitelných materiálů: obrazových sdělení, výstižných schémat a jednoduchých popisů, které zpravidla nejlépe a velmi efektivně slouží svému účelu.

prof. RNDr. Vanda Bošťíková, Ph.D.
Katedra epidemiologie Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Brně

Kdy přesně nastává okamžik smrti? Odpověď přináší mezinárodní studie

Mezinárodní studie, do které se zapojili také lékaři z Kliniky paliativní medicíny 1. LF Univerzity Karlovy (UK) a Všeobecné fakultní nemocnice Praha (VFN), ukazuje, že umírání není přímočaré. Srdeční aktivita se často několikrát zastaví a znovu rozběhne, než ustane definitivně. Porozumění tomuto procesu je mimořádně důležité pro transplantační medicínu. Vedle dárců se smrtí mozku se v České republice rozvíjí program dárcovství po smrti v důsledku nevratné zástavy oběhu, a právě této skupiny dárců se studie týká.

„Než praskne žárovka, někdy chvilku bliká. V srdci je to podobné. Okamžik smrti je z biologického pohledu proces. Z právního a etického hlediska však smrt za proces považovat nelze, a proto na základě celospolečenské dohody pracujeme se smrtí jako s okamžikem,“ vysvětluje přednostka Kliniky paliativní medicíny 1. LF UK a VFN Praha **MUDr. MgA. Kateřina Rusinová, Ph.D.** Jak tento okamžik určit bylo předmětem mezinárodní studie DePPaRT, do níž se zapojily dvě desítky jednotek intenzivní péče v Kanadě, České republice a Holandsku. Výzkumníci v těchto zemích požádali více než 600 rodin, aby umožnily lékařům sledovat životní funkce jejich blízkých během umírání. Výsledky studie prezentované v New England Journal of Medicine ukazují, že srdeční aktivita se často během procesu umírání může po zastavení na chvíli zase obnovit. Nejdelší prodleva mezi srdeční zástavou a krátkodobým znovuobnovením činnosti srdce byly čtyři minuty a dvacet sekund. Nikdy se však nestalo, že by se krevní oběh obnovil trvale nebo že by pacient znovu nabyl vědomí. Studie poskytuje důkazy podporující přístup, kdy se po zástavě srdce čeká pět minut, než lékaři stanoví čas úmrtí. Data ze studie lze nyní použít k formulování zásad pro dárcovství orgánů na národní i mezinárodní úrovni.

Smysluplná a správná věc

Počet čekatelů na transplantaci „život zachraňujícího orgánu“ v ČR byl ke konci roku 1103. Vloni 81 z nich zemřelo dříve, než se transplantace mohla uskutečnit. Hlavním důvodem je nedostatek dárců orgánů i orgánů vhodných k transplantacím. Aby byla transplantace úspěšná, je třeba k odběru orgánu od dárce přistoupit v co nejkratší době po stanovení smrti, aby byl orgán v co nelepší kondici a příjemce tak měl optimální šanci, že u něj bude dobře fungovat. Z praktických a logistických důvodů je zapotřebí o mož-



nosti darování orgánů uvažovat dříve, než skutečně dojde k úmrtí pacienta. Dárce a příjemce k sobě musí patřit například krevní skupinou a mnoha dalšími parametry, které je třeba zvážit včas. Jde vždy o velice citlivou záležitost a odehrává se v několika krocích. „Ve chvíli přijetí pacienta je prognóza neznámá a o pacienta pečujeme s cílem ho uzdravit. Když se ukáže, že je jeho stav neslučitelný se životem a zároveň, že jeho orgány by mohly pomoci někomu, kdo je potřeby, pokračujeme v péči, která se nazývá péče o ‚potenciálního dárce orgánů‘. Je důležité rodinu s touto informací seznámit a společně probrat možnost zařazení jejich blízkého do dárcovského programu. Dialogu s rodinou se účastní ošetřující lékař a paliativní lékař,“ říká Kateřina Rusinová a dodává, že blízcí pacienta většinou potřebují čas, aby se se situací vyrovnali a dokázali se v ní správně zorientovat. V naprosté většině případů nakonec odběr orgánu podpoří. „Vnímají to jako smysluplnou a správnou věc, přestože první reakce může být někdy negativní,“ dodává.

Pro příbuzné potenciálního dárce je v tomto ohledu zásadní mít absolutní jistotu, že smrt nastala skutečně nevratně a že zahájit dárcovský proces je bezpečné. Studie DePPaRT poskytne nyní lékařům podklady pro to, aby stanovení přesného okamžiku smrti bylo založeno na širokém vědeckém výzkumu. „Jsem rád, že výsledky vědecké práce týmu nynější Kliniky paliativní medicíny 1. LF UK a VFN se projevují krátce po jejím založení. Ukazuje se, že výzkumný potenciál v této oblasti je značný a že toto fakultní pracoviště se naplno zapojilo do mezinárodní vědecké spolupráce,“ vyzdvihuje děkan 1. LF UK prof. MUDr. Martin Vokurka, CSc. V České republice se do výzkumu zapojili také lékaři z Kliniky anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady pod vedením přednosty kliniky doc. MUDr. Františka Dušky, Ph.D. Výzkum finančně podpořila Česká transplantační nadace Karla Pavlíka.

Mgr. Lukáš Malý

Foto: 1. LF UK

Nový zobrazovací systém v českobudějovické nemocnici

Nemocnice České Budějovice, a. s. dokončila obnovu přístrojového vybavení na oddělení nukleární medicíny. Z vlastních zdrojů pořídila nejmodernější verzi zobrazovacího systému SPECT/CT v hodnotě 16 milionů korun.

Zobrazovací přístroj GE Infinia Hawkeye z roku 2009 byl nahrazen novým a moderním SPECT/CT přístrojem GE Discovery 870 DR. „Instalace techniky a zkušební provoz proběhly v závěru roku 2020. Součástí instalace nového přístroje byly i částečné stavební úpravy pracoviště, kterými se povedlo zvýšit i komfort pracovního prostředí obsluhujícího personálu. Přístroj SPECT/CT je hybridní zobrazovací systém schopný zobrazovat funkci a strukturu tkání. Zakoupený model je osazen těmi nejmodernějšími technologiemi, což umožňuje maximálně přesnou diagnostiku širokého spektra prováděných vyšetření (od kardiovaskulárního systému až po onkologická onemocnění),“ uvedl ředitel úseku zdravotní péče MUDr. Jaroslav Novák, MBA.

Kromě nového přístroje disponuje pracoviště ještě druhým SPECT/CT přístrojem GE Discovery 670 z roku 2014. Původně špičkový přístroj technologicky zestárl jen minimálně. „Na obou SPECT/CT kamerách ročně vyšetříme přes 4 000 pacientů. Součástí našeho pracoviště je od roku 2016 i PET centrum disponující moderním PET/CT skenerem Siemens Biograph mCT, na kterém bylo v uplynulém roce vyšetřeno přes 2 200 převážně



onkologicky nemocných pacientů. Kromě diagnostiky zajišťujeme také léčbu pomocí radioaktivních látek, zejména pak léčbu nádorů štítné žlázy radioaktivním jódem. Pro tyto účely pracoviště disponuje i lůžkovou stanicí,“ uvedl MUDr. Vojtěch Kratochvíl, MHA, primář oddělení nukleární medicíny. A generální ředitel českobudějovické nemocnice MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D. uzavírá: „Oddělení nukleár-

ní medicíny Nemocnice České Budějovice je jedním z pěti pracovišť v České republice, která poskytují takto komplexní služby. K absolutní špičce patří i instalovaná moderní přístrojová technika. Jihočeši tak nemusí za touto vysoce specializovanou péčí dojíždět do Prahy či Plzně, ale vše mají dostupné v páté nemocnici Jihočeského kraje.“

Zdroj a foto: Nemocnice České Budějovice,

Krajská nemocnice T. Bati ve Zlíně rozšiřuje spektrum péče o onkologické pacienty

Pacienti s nádory plic, kteří dosud museli za vysoce specializovanou péčí dojíždět do onkologických center v sousedních krajích, mohou nyní cílenou léčbu podstoupit přímo v Krajské nemocnici T. Bati ve Zlíně. Její onkologické oddělení nově získalo možnost poskytovat centrovou léčbu rovněž v oboru pneumoonkologie.

Nemocnice v této souvislosti rozšířila prostory pro ambulantní infúzní terapii a uvedla do provozu druhý onkologický stacionář. Jeho vybudování a vybavení zdravotnickou technikou a dalším příslu-

šenstvím přišlo zdravotnické zařízení na více než 1,7 milionu korun.

„Zlínská nemocnice nedávno obhájila statut komplexního onkologického centra na další pětileté období. Jsem rád, že se

nám pro poskytování této vysoce specializované péče podařilo zajistit adekvátní zázemí, přístrojové vybavení a především odborníky, kteří se na jednotlivé oblasti onkologické péče zaměřují,“ uvedl ředitel

Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně MUDr. Radomír Maráček. Léčba zhoubných nádorů plic, průdušek a dalších oblastí dýchacích cest se týká velkého počtu pacientů. Podle statistik lékaři tuto diagnózu odhalí každý rok u více než 250 obyvatel Zlínského kraje. „Onkologické centrum ve Zlíně řadu let usilovalo o rozšíření spektra péče o obor pneumoonkologie, což se nyní podařilo. Zhoubné nádory plic u nás stále patří mezi nejčastější onkologická onemocnění u mužů i žen. Léčba je pro pacienty velkou zátěží po fyzické i psychické stránce a dojíždění za péčí do vzdálenějších center je náročné i ekonomicky. Dostupnost této špičkové péče přímo v regionu může pro tyto pacienty představovat určitou úlevu,“ doplnil Radomír Maráček.

Kromě druhého stacionáře otevřelo onkologické oddělení v přízemí budovy 21 i novou pneumoonkologickou ambulanci pro pacienty s nádory v oblasti dýchacích cest. „Péči o ně nám odborně pomáhají zajistit kolegové z plicního oddělení. Do obou

stacionářů docházejí pacienti na ambulantní chemoterapii, cílenou léčbu či k aplikaci infúzí krevních derivátů. Terapii podstupují pravidelně i několikrát za týden a léčba mnohdy trvá řadu měsíců. Jsem ráda, že jim můžeme nabídnout špičkovou péči v příjemném prostředí,“ říká primářka onkologického oddělení Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně MUDr. Markéta Pospíšková.

Nový onkologický stacionář je vybaven osmi aplikačními lehátky, dvěma odběrovými aplikačními křesly a lehátkem pro monitoring EKG, které lze rovněž použít k aplikaci. V obou stacionářích je nyní možné současně podávat terapii dvěma desítkám pacientů. S novými prostory získali i moderní infúzní techniku a také centrální rozvod kyslíku, který je součástí každého lehátka.

Do vybudování druhého stacionáře nemocnice investovala částku 1,6 milionu korun. Dalších 139 tisíc korun stál nábytek, tato částka byla uhrazena z prostředků, které formou darů poskytli partneři

a podporovatelé centra vysoce specializované onkologické péče Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně. S řadou z nich spolupracuje zlínská onkologie dlouhodobě. Mezi nejdůležitější patří projekt Pomáháme onkologii, který v roce 2016 založila společnost Jiří Křístek – OFSITO s. r. o., a jehož ambasadorem je Marek Šikula. Projekt již zlínskému onkologickému centru zajistil částku přesahující 1,7 milionu korun. Jde o příspěvky firem, organizací i jednotlivců, mezi něž patří i Jiřina Lysáková, která společně s mladými zlínskými hudebníky realizuje ve prospěch projektu charitativní akci s názvem „I hudba může pomoci“. Významným partnerem je také Nadační fond Život je dar – Vita donum est, který za pět let své existence pro oddělení zajistil částku téměř 1,5 milionu korun. „Všem našim podporovatelům patří obrovské poděkování. Jak těm, kteří nám pomohli jednorázově, tak především našim dlouhodobým partnerům,“ vzkázala Markéta Pospíšková.

Zdroj: Krajská nemocnice T. Bati Zlín

Traumatologové z FN Ostrava ohlásili prvenství při operaci pažní kosti

Operační tým 3. chirurgické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava (FNO) pod vedením MUDr. Romana Madeji, Ph.D., použil jako první v republice pro kontrolu správného ukotvení šroubu ve spodní části zlomené pažní kosti elektronický systém. Ten nahradil snímkování pomocí rentgenu, které se u těchto typů operací musí provádět v průběhu výkonu opakovaně.

„Po zavedení hřebu do kosti jsme do něj vložili radiofrekvenční sondu, která komunikuje se speciálním nástavcem – cíličem, a díky tomu jsme dokázali i dolní šrouby umístit naprosto přesně. Vše jsme neustále kontrolovali na monitoru přístroje, ke kterému byla sonda připojena. Doba samotné operace se tak nejen výrazně zkrátila, ale hlavně jsme v jejím průběhu nemuseli opakovaně použít rentgenové záření, jak je to u těchto operací obvyklé. Provedli jsme jen jeden snímek, abychom zkontrolovali první z navrtaných kanálů a poté až závěrečný pooperační, který prokázal, že oba spodní šrouby jsou v hřebu ukotveny správně,“ přiblížil průběh operace MUDr. Madeja. Podle něj nová metoda kontroly jištění hřebu v dolní části pažní kosti naprosto splnila očekávání operátorů a elektronický systém, který vyvinula australská firma Austofix, se ukázal jako velmi přínosný.

Zlomeniny střední části pažní kosti se v dnešní době, až na výjimky, musí operovat. Při tomto výkonu operátoři většinou používají hřeby, které jsou přizpůsobené tvarem a rozměry pro příslušnou oblast kosti. Aby se ale zvýšila jejich stabilita, je ještě nutné je zajistit šrouby. A vrtání kanálu pro jejich správné umístění se provádí většinou pomocí cíliče – nástavce, který je připojený na hřeb. Tento krok je ale nutné dělat pod neustálou rentgenovou kontrolou, což zvyšuje zátěž pro pacienta i personál.

Zlomeninu pažní kosti si pacienti nejčastěji způsobí pádem z výšky, v zimě pak uklouznutím na náledí. Ale je i několik pacientů ročně, kteří musí na operaci poté, co si kost zlomí při poměřování síly v pretlačování rukou – tedy lidově řečeno při „páce“.

Zdroj a foto:
FN Ostrava



Znojemská nemocnice ročně provede více než 7 tisíc dialyzačních procedur

Světový den ledvin připomíná nenahraditelnost ledvin a potřebu je chránit. Interní oddělení znojemské nemocnice v nefrologické ambulanci ošetří ročně tisíc dvě stě pacientů. Pracoviště funguje již třicet let.

U příležitosti Světového dne ledvin, který v letošním roce připadl na 11. března, nefrologové upozorňují, že právě ledviny jsou nenahraditelný orgán, který je třeba chránit a předcházet jeho selhání. Chronické onemocnění ledvin postihuje desítky milionů lidí na celém světě. Nefrologickou ambulancí znojemské nemocnice ročně projde přes 1 200 pacientů s rozličnými nemocemi ledvin.

Vzhledem k tomu, že ledviny nebolí, a příznaky nedostatečné funkce ledvin nemusejí být dlouho patrné, nemocný člověk často netuší, že se jejich funkce snižuje. Až do doby, než dojde k jejich selhání. Při včasné zachycení onemocnění ledvin a jeho správném léčení se lze selhání ledvin vyhnout, či alespoň je významně oddálit. „Příznaky chronické nedostatečnosti ledvin jsou často nevýrazné a netypické. Patří mezi ně únavnost, dušnost, otoky dolních končetin, nevolnost, bolesti hlavy, svědění nebo křeče. Zvláštní pozornost by svým ledvinám měli věnovat lidé s vysokým krevním tlakem, cukrovkou nebo ti, kteří trpí častými infekcemi močového ústrojí,“ uvedl primář interního oddělení MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D.

V případech selhání ledvin mají pacienti ve znojemské nemocnici možnosti náhradní léčby. Je to příprava pacienta k transplantaci, která se provádí na specializovaných



pracovištích a dále samotná dialýza. „Naši pacienti si na našem pracovišti mohou vybrat buď peritoneální dialýzu, kterou si mohou provádět sami doma, nebo poskytujeme dialýzu přímo v hemodialyzačním středisku, které funguje již třicet let,“ doplnil primář Monhart. Dialýza je nejstarším a dodnes nejvíce používaným způsobem mimotělního čištění krve.

V loňském roce bylo v Nemocnici Znojmo pravidelně dialyzováno 77 pacientů ve věku 22–87 let. Většina z nich podstupuje pravidelnou hemodialýzu 2–3× v týdnu. Celkem zde provedli 7 186 dialyzačních procedur, akutních dialýz 306 u 26 pacien-

tů. Část pacientů ukončuje hemodialýzu po transplantaci ledviny, jiní zůstávají v léčbě do konce života. Od založení hemodialyzačního střediska jím prošlo zhruba 800 chronických pacientů a 79 z nich podstoupilo transplantaci, někteří i vícekrát. U šesti proběhla příbuzenská transplantace. „Máme v péči dva pacienty po kombinované transplantaci slinivky a ledviny. Během historie dialyzačního střediska jsme byli svědky i úspěšného těhotenství a porodu dvou zdravých dětí u pacientky pravidelně docházející na dialýzu,“ doplnil úspěchy zdejšího pracoviště primář Monhart.

Zdroj a foto: Nemocnice Znojmo

Lékaři ve FNUSA úspěšně podávají pacientům ivermektin

Lékaři z covidového oddělení I. interní kardiologické kliniky 1. LF MU a Fakultní nemocnice u sv. Anny (FNUSA) v Brně již od loňského listopadu zkouší vybraným pacientům s těžším průběhem onemocnění covid-19 podávat antivirotikum ivermektin.

„Zatím se jedná o malý počet pacientů na to, abychom mohli dělat ucelené závěry. Nicméně tolerance léčby byla velmi dobrá, nežádoucí účinky minimální, zdravotní stav velké většiny pacientů se po užívání ivermektinu a ve spojení s další léčbou

podařilo zlepšit natolik, že mohli být propuštěni domů,“ uvedl MUDr. Michal Rezek, primář I. interní kardiologické kliniky LF MU a FNUSA. „Ivermektin je levnější než ostatní léky, ale je zatím hůře dostupný,“ konstatoval primář Rezek.

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) v polovině března poprvé sdělil, že podle posledních poznatků se ivermektin jeví jako bezpečný lék proti koronaviru. Jak ústav uvedl, dosavadní poznání ukazuje na relativně dobrý bezpečnostní profil iver-

mektinu. Současně ale SÚKL upozornil na to, že pokud je pacientovi lék podán, měl by zůstat pod kontrolou lékaře.

(red)

Zdroj: FNUSA, SÚKL

Prohlášení lékařů FNUSA k léku ivermektin

Lékaři ve FNUSA varují před neuváženým používáním ivermektinu, zvláště pak je-li určen primárně k veterinárním účelům. Tato forma ivermektinu není vhodná pro humánní použití a při podání člověku by mohla způsobit zdravotní komplikace. Ivermektin pro humánní účely je v současné době v České republice podáván spolu s dalšími léky pouze pečlivě vybraným covidovým pacientům, a to po posouzení jejich zdravotního stavu ošetřujícím lékařem.

Lékaři ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně se taktéž důrazně ohrazují proti tvrzení, že léčba ivermektinem představuje experimentální léčbu nepodloženou důkazy z klinických studií.

Kolektiv lékařů z I. interní kardiologické kliniky se rozhodl použít ivermektin v rámci získání pilotních zkušeností a na podkladu doporučených postupů publikovaných skupinou amerických lékařů z aliance FLCCC a na podkladu dat

z mnoha menších klinických a epidemiologických studií. Lék měl z těchto dostupných zdrojů velmi příznivé reference, co se týče efektivity i bezpečnosti. Jedná se o lék registrovaný k humánnímu použití, dovezený formou mimořádného dovozu v ČR neregistrovaného léku.

Existuje recentní stanovisko americké autority NIH – National Institutes of Health, která se problematikou užití ivermektinu zabývala na vědeckém panelu, je volně k dispozici a je datováno k 11. 2. 2021. Tam se konstatuje, že v současné době neexistují jasné argumenty PRO ani PROTI použití ivermektinu v léčbě nemoci covid-19. Argumenty PRO chybí z důvodu absence velké, placebem kontrolované, randomizované studie. Argumenty PROTI byly revidovány oproti původnímu negativnímu stanovisku. Došlo tedy k určitému pozitivnímu posunu v hodnocení uvedeného léku i touto vědeckou institucí.

Lékaři v brněnské FNUSA užívají v léčbě nemocných s covid-19 veškeré dostupné doporučené postupy farmakologické i nefarmakologické léčby a do terapie nad rámec této standardní léčby i nadále u vhodných pacientů zařazují ivermektin jako součást výzkumného projektu hodnotícího efekt komplexní léčby nemoci covid-19. Je připravena akademická studie, která by mohla do této problematiky vnést



exaktnější vědecká data. Ke spoluúčasti jsou zvána také další zdravotnická zařízení či vědecké instituce.

Prof. MUDr. Lenka Špinarová, Ph.D.,
přednostka a primář I. interní
kardiologické kliniky LF MU a FNUSA,
MUDr. Michal Rezek,
primář I. interní kardiologické kliniky
LF MU a FNUSA,
doc. MUDr. Jan Krejčí, Ph.D.,
náměstek pro vědu a výzkum FNUSA, prof.
MUDr. Jiří Vítovec, CSC.,
emeritní přednostka I. interní
kardiologické kliniky LF MU a FNUSA
a MUDr. Jindřich Olšovský, Ph.D.,
primář II. interní kliniky FNUSA a LF MU,
náměstek pro LPP FNUSA Brno

Úspěšný porod po transplantaci dělohy

Počátkem roku porodila již třetí žena s transplantovanou dělohou. Ve spolupráci Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) s Gynekologicko-porodnickou klinikou 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (VFN) se podařilo přivést na svět holčičku. Porod proběhl plánovaným císařským řezem a 34letá rodička i její dcera jsou zdravé.

Celé těhotenství probíhalo bez závažných komplikací. „Oproti běžnému těhotenství pacientka s transplantovanou dělohou vyžaduje vysoce specializovanou péči. Gynekologicko-porodnická klinika má k dispozici široký tým specialistů, který je schopen poskytnout péči i těm nejkomplicovanějším pacientkám, a to i ve spolupráci s ostatními pracovišti VFN. Pacientka byla sledována týmem odborníků, kteří zajišťovali péči tak, aby se předešlo všem komplikacím. Těhotenství bylo plánované ukončeno ve 36. týdnu gravidity tak, jak je běžné u žen po transplantaci dělohy. Díky týmu odborníků císařský řez proběhl zcela bez komplikací. Na svět přišla zdravá hol-

čička s porodní váhou 2 115 gramů,“ vysvětlil prof. MUDr. Jaromír Mašata, CSC., vedoucí lékař operačních sálů Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Studie transplantace dělohy probíhá v IKEM od roku 2015. Dosud bylo provedeno 10 transplantací dělohy. Jedná se již o třetí úspěšný porod po transplantaci dělohy v České republice. „Pacientka od narození trpěla Mayerovým-Rokitanského-Küsterovým-Hauserovým syndromem, tedy úplnou absencí dělohy. Přirozenou cestou tak nikdy nemohla otěhotnět a donosit dítě. Děloha, kterou jsme jí před časem transplantovali, byla od žijící dárkyně,

její příbuzné. Úspěšný porod zdravého dítěte je završením celého procesu transplantace a jsem velmi rád, že je tato studie úspěšná. V Evropě se dosud narodilo 18 dětí, z toho tři v ČR, ve zbytku světa pak dalších 22. V tuto chvíli jsme přesně v polovině studie, která jako první svého druhu srovnává transplantace dělohy od žijících a zemřelých dárkyň,“ popisuje doc. MUDr. Jiří Froněk, Ph.D., FRCS, přednostka Kliniky transplantací chirurgie IKEM.

První transplantace dělohy provedená v rámci studie pražského IKEM proběhla v dubnu 2016. Byla desátou v Evropě a teprve třináctou na světě.

Zdroj: IKEM

"Když se ohlížím zpět,
jsem spokojen."

Jan Bartoníček

„Považuji za životní štěstí, že dělám práci, kterou jsem vždycky dělat chtěl a která mě stále baví. Samozřejmě by to nešlo bez rodiny, dobrých přátel a zajímavých koníčků,“ říká prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc., přednosta Kliniky ortopedie 1. lékařské fakulty UK a Ústřední vojenské nemocnice v Praze.

Čím jste chtěl být v dětství?

Bylo toho více, archeolog, jaderný fyzik, sportovní novinář a nakonec fotbalista. No a když jsem byl ve třetím ročníku na gymnáziu, zvítězila medicína.

Co vás přivedlo k medicíně?

Možná rodinná tradice – otec byl lékař, matka zdravotní sestra (ta navíc byla kvůli svému onemocnění z dětství chronickým ortopedickým pacientem). Také k tomu přispěly vlastní zkušenosti s úrazy ze sportu, ale jednoznačně to říct neumím. Prostě zhruba v osmnácti jsem věděl, že chci studovat medicínu, a když jsem se zapisoval na fakultu, měl jsem jasno, že to bude ortopedie.

Co to bylo za úraz?

V osmnácti letech jsem si při kopané poranil meniskus v kolenním kloubu a zhroutil se mi svět. V nemocnici se se mnou při prvním ošetření nikdo ne bavil, nic ne vysvětlil. Dostal jsem sádku a poslali mě domů. Tehdy jsem si myslel, že jsem s kopanou skončil a že budu rád, když budu chodit. Teprve ošetřující lékař mé matky, náš rodinný známý MUDr. Borek z ÚVN, mi vše v klidu vysvětlil. To pro psychiku mladého kluka znamenalo zásadní obrat. Když se mi po dvou letech poranění obnovilo, byl jsem klidný. Už jsem věděl, co mě čeká a vůbec jsem si nepřipouštěl, že by operace mohla dopadnout špatně. Za šest týdnů po operaci jsem zase stál v brance. Na základě této zkušenosti říkám, že každý lékař by měl alespoň jednou za život vidět svět z nemocniční postele. Je nesmírně důležité, aby vám lékař podrobně a trpělivě vysvětlil, co se vám stalo a co vás čeká při léčbě.

Splnila medicína vaše očekávání?

Nemám důvod si stěžovat. Během studia i po promoci jsem potkal vynikající učitele, jako byli profesori Doskočil, Slavík, Čech nebo Heřt, a vždy v tu pravou chvíli. To už samo o sobě je velké štěstí. Kdybych si to sám mohl naplánovat, lépe bych to nedokázal. Důležité je, že jsem dostal příležitost, což je v operačním oboru

jako je ortopedie, zásadní. Takže, když se ohlídím zpět, jsem spokojen, žádné velké zklamání se nekonalo. Samozřejmě, byla i období méně šťastná, ale to vás nesmí zastavit. Naopak na každé prohře je řada pozitivních věcí.

Svůj odborný zájem dělíte mezi ortopedii a traumatologii...

To je poněkud nepřesné vyjádření. Nedílnou součástí ortopedie je traumatologie pohybového aparátu. Na naší klinice to platí sto procentně. Takže ať provádím totální náhradu kyčelního kloubu nebo osteosyntézu zlomené patní kosti, neopouštím hranice svého oboru. Myslím, že za těch 40 let praxe je to tak půl na půl. Nedovedu si představit, že bych svou operační činnost limitoval jen na několik typů plánovaných operací. Samozřejmě, že akutní i plánované operace vzájemně profitují.

Samozřejmě, vždycky je co zlepšovat.

Pokud chcete opravdu kvalifikovaně ošetřovat traumata určité krajiny, musíte tam být „jako doma“, a to vám umožní plánované operace. A naopak akutní operace vás velmi často přivede do nezvyklé situace, kdy je nutno improvizovat. Každá operace má svůj kritický moment. Tento „adrenalinový trénink“ se vám zase hodí tehdy, když se zkomplikuje jinak normální plánovaný výkon. Pak je tu ještě další výhoda. Znalost klasických ortopedických operací, jako jsou například kloubní náhrady, osteotomie či arthrodezy, je výhodou při ošetřování závažných nitrokloubních zlomenin, kde anatomická rekonstrukce buď není možná, nebo možná jen s těžko předvídatelným dlouhodobým výsledkem. Pokud tyto „ortopedické“ rekonstrukční výkony nemůžete použít ihned, volíte při akutních ošetřeních takový postup, aby se lokální situace pro jejich použití nekomplikovala v pozdější době. Spojení klasické ortopedie a traumatologie pohybového aparátu na jednom pracovišti má i značné ekonomické výhody. Týká se to nejen přístrojů, operačních nástrojů, zásob implantátů, ale i využitelnosti lůžkového fondu.

Jaké specifické vlastnosti, kromě odborných znalostí, dovedností a fyzické síly, by měl mít traumatolog?

Všechny ty vlastnosti se netýkají jen traumatologů, ale každého náročného operačního oboru. Především vás to musí bavit, musíte mít tu práci rád a někdy mít i bezbřehou trpělivost s podmínkami, v nichž pracujete. A hlavně, musíte si věřit, že dané poranění dokážete zvládnout. To platí především pro operační výkon.

Jak jsme již zmínili, důležitou roli hraje správná komunikace s pacientem, zejména v případě úrazu...

Pokud jste profesionál, měl byste i vypjaté situace zvládat s nadhledem. Samozřejmě jiná situace je u akutních úrazů a jiná u plánovaných operací. V případě úrazů, kdy se pacientovi během několika chvil doslova otočí svět, je třeba ho psychicky zklidnit, vysvětlit mu, co se stalo, co bude následovat. Představte si, že máte zlomeninu stehenní kosti, v nemocnici vás přijmou, nikdo vám nic ne vysvětlí, střídají se kolem vás lidé, někdo vás vezou, pak čekáte na rentgen, na příchod lékaře, na operaci, o které nic nevíte a podobně. Úplně jinak budete reagovat, když vám lékař hned na začátku řekne, co se vám stalo, že je to sice závažné poranění, ale dá se vyléčit, že teď vás odvezeme na rentgen, pak na oddělení, kde bude provedeno předoperační vyšetření a na kdy naplánujeme operaci. Víím, o čem mluvím...

Které diagnózy tvoří největší část vašich výkonů a pacientů?

Záleží na tom, kterých. U plánovaných výkonů jsou to především starší pacienti s artrózou kyčelního nebo kolenního kloubu, dále mladší pacienti s poraněním kolenního kloubu. Co se úrazů týká, největší část našich pacientů tvoří pacienti staršího věku, obvykle s monotraumatem, tj. se zlomeninou horního konce stehenní kosti, zápěstí, horního konce pažní kosti a hlezna. Nejproblematictější jsou pacienti se zlomeninou horního konce stehenní kosti (tzv. zlomeniny krčku). Jejich průměrný věk je kolem 80 let, často jsou v nedobré celkové stavu a bez sociálního zázemí. I když se následná péče (včetně sociální) o tyto pacienty výrazně zlepšila, stále je k optimálnímu stavu daleko.

Vryl se vám do paměti nějaký neobvyklý případ?

Zajímavých nebo zvláštních případů je za léta praxe mnoho. Někdy vám zůstane v paměti rozhodující moment operace, jindy její výsledek nebo nějaká veselá příhoda s pacientem. Když si teď mám

vzpomenout na nějakou konkrétní, pro čtenáře zajímavou příhodu, nedaří se to. Ona se ta vzpomínka obvykle vynoří zcela spontánně a zase zmizí.

Jak byste charakterizoval kliniku, kterou vedete?

Náplní pracoviště je ortopedie a traumatologie pohybového aparátu dospělých. Z hlediska traumatologie to jsou všechna poranění pohybového aparátu včetně poranění pánve a acetabula, dále sportovní úrazy. Výjimkou jsou pouze poranění páteře, která ošetřují kolegové na neurochirurgii. Mimořádná pozornost je věnována poraněním ramenního kloubu, nohy a ruky. Klinika se rovněž podílí na ošetřování polytraumatizovaných pacientů.

Rozsáhlý segment činnosti tvoří léčba závažných komplikací úrazů kostí a kloubů, jako jsou paklouby, špatně zhojené zlomeniny a infekce. Tyto komplikace jsou řešeny často složitými výkony včetně osteotomií a artrodéz. Ortopedické elektivní operace zahrnují především primární a revizní totální náhrady kyčelního a kolenního kloubu včetně počítačově navigovaných výkonů. Dále to jsou osteotomie v oblasti velkých kloubů, operační léčba následků vývojové dysplázie kyčel-

ního kloubu, rekonstrukční výkony v oblasti hlezna a nohy. Samostatnou kapitolu představuje artroskopie velkých kloubů, především kolenního a ramenního.

Nedílnou součástí ortopedie je traumatologie pohybového aparátu.

Na klinice probíhá pregraduální výuka především studentů 1. LF UK, dále studentů 2. LF UK a FTVS. Na stáži se k nám hlásí studenti i z jiných lékařských fakult z České a Slovenské republiky. Ve spolupráci s Ortopedickou klinikou 1. LF UK a IPVZ se podílíme na postgraduální specializační výuce v oboru ortopedie a traumatologie pohybového aparátu. Úspěšně se rozvíjí výchova doktorandů v oboru experimentální chirurgie. Lékaři kliniky přednášejí na významných domácích i zahraničních sympoziích a kongresech, publikují v domácích i zahraničních časopisech včetně časopisů s IF. Z tohoto pohledu je velmi důležitá dlouholetá spolupráce s Anatomickým ústavem 1.

LF UK v Praze a Klinikou traumatologie a rekonstrukční chirurgie v Drážďanech. Toto pracoviště patří mezi nejlepší na světě v chirurgii hlezna a nohy.

Projevuje se i na vaší klinice obecný nedostatek peněz ve zdravotnictví?

Toho času nemám ten pocit. V době covidové dominují zcela jiné starosti.

Jaká je podle vás úroveň naší traumatologie pohybového aparátu ve srovnání se světem?

Ošetřování traumat pohybového aparátu včetně zlomenin páteře a pánve je v České republice na velmi vysoké úrovni. Mohu srovnávat na základě zkušenosti s Rakouskem, Švýcarskem, Velkou Británií i USA. Nemáme žádný důvod ke komplexům. Zvláště když si představím obecnou úroveň ošetřování traumat v Británii, jak jsem ji měl možnost poznat při opakovaných návštěvách. Problémem zůstávají podmínky, v kterých jsme nuceni pracovat. Například stavebně zastaralé nemocnice, obrovská administrativní zátěž, ale i některé návyky v chování zdravotnického personálu. Je třeba si uvědomit, že současný stav české ortopedie a traumatologie není žádný zázrak spadlý náhle



z nebe, ale důsledek dlouholetého vývoje. Díky generaci našich učitelů a jejich aktivnímu přístupu ještě před listopadem 1989 bylo na čem stavět. Zlepšení materiální vybavenosti pracovišť, možnost školení v zahraničí a dostupnost literatury po revoluci, to vše akcelerovalo mladší generaci traumatologů a ortopedů.

Výsledkem je současný velmi dobrý stav. Samozřejmě, vždycky je co zlepšovat. Stejně významné bylo prosadit pozitivní vědomí o úrovni české traumatologie pohybového aparátu v zahraničí. To nebyla ani jednoduchá, ani krátkodobá záležitost. Řada významných představitelů evropské a světové traumatologie navštívila opakovaně Českou republiku. Měli tak možnost vytvořit si přímo na místě představu o úrovni naší traumatologické péče a byli velmi příjemně překvapeni. To se projevilo i tím, že dnes jsou čeští ortopedi a traumatologové zvaní k přednáškám na významná evropská fora, že se prosazují ve světové literatuře a že přibývá i významných mezinárodních akcí, jejichž pořadatelství nám bylo svěřeno.

Máte před operačním výkonem nějakou speciální součást přípravy, nějaký rituál?

Je velký rozdíl, zda jde o „standardní“ operaci, nebo operujete případ, který přijde jednou za rok. Standardní výkony, které provádíte velmi často, jako je například osteosyntéza trochanterické zlomeniny, jsou ve většině případů „bezproblémové“. Horší jsou některé nitrokloubní zlomeniny v oblasti velkých kloubů. Každá z nitrokloubních zlomenin je svým způsobem originální a kloub je z hlediska obnovy funkce mnohem citlivější na kvalitu provedeného primárního výkonu. Tyto případy už vyžadují zkušeného operátora s dostatečnou frekvencí těchto výkonů. Existují i výkony, které přicházejí vzácně. V těchto případech je často nezbytné otevřít literaturu a osvěžit si nebo doplnit potřebné vědomosti. Rituály nemám, ale když to situace vyžaduje, podívám se do literatury. Někdy je dobré prohlédnout si kost či kosti, které budete operovat, a připomenout si jemné anatomické detaily, ty mohou někdy být rozhodující.

Co přispívá k úspěchu operačních výkonů?

Velmi důležitá je psychická a fyzická kondice. Při traumatologických operacích se mnohem častěji dostanete do neočekávaných situací a je třeba více improvizovat než při plánované operaci. Pokud chcete takovou situaci zvládnout, musíte si věřit. Nemůžete jít k operaci a bát se, jak to

prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.

- v roce 1980 absolvoval Fakultu všeobecného lékařství UK
- z ortopedie atestoval v letech 1983 a 1988
- od roku 1980 pracoval na Ortopedické klinice ILF ve FN Na Bulovce
- v roce 1984 přešel na Ortopedicko-traumatologickou kliniku 3. LF UK a FNKV, kde působil do roku 2010
- po zhruba ročním působení na Chirurgické klinice Thomayerovy nemocnice přešel do Ústřední vojenské nemocnice, kde ve funkci přednosta Kliniky ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha pracuje dodnes
- docentem byl jmenován v roce 1992, doktorem věd se stal v roce 1996 a profesorem v roce 2004
- intenzivně se věnuje vědecké činnosti
- je autorem čtyř knižních monografií, 16 kapitol v monografiích, 210 článků v odborných časopisech, z nichž velká řada byla publikována v uznávaných zahraničních časopisech
- byl prvním zástupcem České republiky v AO/ASIF (Společnost pro otázky osteosyntézy)
- v současné době působí v redakčních radách 5 zahraničních a 3 domácích časopisů (Journal of Orthopaedic Trauma, International Orthopaedic, Fuss und Sprunggelek, J Bone Joint Surgery Review, European Journal of Trauma and Emergency Surgery etc.)
- je členem České společnosti pro ortopedii a traumatologii (ČSOT), České anatomické společnosti, výboru ČSOT, AO Trauma a členem korespondentem Německé společnosti pro nohu a hlezno (DAF)
- jeho největšími koníčky jsou historie, archeologie a sport

dopadne. Na druhé straně by se operátér neměl pouštět do výkonů, o kterých není přesvědčen, že je dovede do úspěšného konce. Někdy je bohužel sebevědomí větší než skutečné znalosti a dovednosti a podle toho výsledky vypadají. Objektivně platí, že každý typ poranění má své obecně uznávané procento komplikací. Lepší operatéri se mohou pohybovat na dolní hranici nebo pod ní, ti horší obráceně, ale všichni máme svůj „hřbitov špatných výsledků“. Aby se nerozšiřoval, je dobré si zpětně tyto případy projít, prodiskutovat, říct si, kde se stala chyba, jaké bylo řešení a jaký konečný výsledek.

Nemůžete jít k operaci a bát se, jak to dopadne.

Jak dlouho trvá operace kyčelního kloubu?

Pokud myslíte náhradu kyčelního kloubu, není čas tak podstatný. Řada operatérů se chlubí, jak rychle dokáže operaci provést. To je špatně. Standardní operace by měla mít svůj standardní čas. V podstatě se jedná o „výrobní postup“ s řadou kroků. Pokud má být proveden dobře, každý krok vyžaduje svůj čas. Samozřejmě zále-

ží na podmínkách – zda je pacient obézní, jak složité jsou anatomické poměry v kyčli, na předchozích operacích, typu endoprotézy a podobně. Operace by neměla být zdlouhavá, ale ne odbytá, protože se spěchá.

Do jaké míry ovlivnila epidemie covid-19 chod vaší kliniky?

Do značné míry je slabé slovo. Provádíme pouze ty nejnnutnější operace. Řada lékařů a sester se podílí na ošetřování covidových pacientů a nyní i na očkování.

Kolik hodin denně obvykle pracujete?

Nesleduji svoji pracovní dobu, ale určitě víc než osm. Když už se bavíme o využití času, je tu značný nepoměr mezi jednotlivými činnostmi. Když jen spočítám, kolik času strávím na operačním sále a kolik na různých schůzích, komisích, zcela nepotřebnou administrativou, řešením provozních záležitostí, je to na pováženou. Tento problém se týká většiny mých kolegů.

Nosíte si „práci“ domů?

To víte, že pracuji i doma. V práci není čas na přípravu přednášek, publikací, na administrativu či na studium. To dělá skoro každý z nás. Je to věc tolerance a pochopení vašich bližních.

V hořovické porodnici jsou miminka jako v bavlnce

„Neonatologie je mladý rozvíjející se obor, kde se stále něco mění, vyvíjí. Kromě péče o novorozence je nedílnou součástí práce lékaře i podpora jejich rodičů. Vybudování neonatologického pracoviště není vůbec jednoduché, péče o novorozence je týmovým projektem. A na ten svůj tým se opravdu mohu spolehnout a jsem na něj hrdá,“ říká primářka neonatologického oddělení Nemocnice Hořovice MUDr. Milena Dokoupilová.

Asi 8–9 % novorozenců se v České republice rodí předčasně, před 37. týdnem těhotenství. Vzhledem k dynamickému rozvoji neonatologické intenzivní péče a následné péči i po propuštění se v posledních 30 letech významně zlepšila prognóza i těch nejmenších novorozenců.

Primářka Dokoupilová vede zdejší neonatologické oddělení již od roku 2013. Oddělení má dvě stanice, pro donošené zdravé děti (součást oddělení šestinedělí) a stanici intenzivní péče pro novorozence nezralé nebo nemocné. Hořovická nemocnice v roce 2014 získala statut Perinatologického centra intermediární péče, který umožňuje poskytovat péči novorozencům od 31. týdne těhotenství.

Rodiče se musí cítit jako doma

V roce 2014 byla otevřena nově vybudovaná jednotka intenzivní péče pro novorozence. Myšlenkou celého oddělení je co nejvíce přiblížit nemocné či nezralé dítě rodičům, proto oba rodiče mají za svým dítětem zcela neomezený přístup a jsou brzy zapojeni do péče. Celé oddělení je nejen špičkově medicínsky vybaveno, ale je i vizuálně ztvárněno tak, aby prostředí co nejvíce připomínalo domov. Oddělení se skládá ze dvou boxů s celkem 10 intenzivními lůžky, vybavené jsou nejmodernější technikou. Každé místo je vybaveno inkubátorem či výhřevným lůžkem, monitorem ke snímání životních funkcí, infuzními pumpami. Na oddělení je možné provádět neinvazivní i invazivní ventilační podporu. Součástí týmu v péči o nezralé novorozence je i rehabilitační sestra, která dle nutnosti již v porodnici zahajuje dechovou rehabilitaci, orofaciální stimulaci či rehabilitaci dle Vojty. „Jednotka intenzivní péče zajišťuje vysoce specializovanou péči o no-

vorozence s nízkou porodní hmotností, o nezralé novorozence nebo děti s jinými zdravotními komplikacemi. Díky tomu již není většinou nutné převážet novorozence se zdravotními komplikacemi na vyšší pracoviště,“ popisuje výhody primářka Dokoupilová. Součástí péče je i následná péče v poradně pro rizikové novorozence. Jsou zde sledováni všichni novorozenci narození pod 35. týdnem těhotenství a novorozenci s problematickým poporodním průběhem.

Interiéru oddělení vévodí béžová, šedá a světle žlutá, samé tlumené barvy. „Majitel nemocnice mi dal volnou ruku, proto jsem si sama mohla navrhnout dispozici oddělení, každou zeď, umístění zásuvek a vypínačů, výběr techniky. Ale s barvami mi pomohla přizvaná designérka, která dostala jasné zadání: ‚Rodiče se musí cítit jako doma‘. Chtěla jsem, aby barevné ladění působilo uklidňujícím dojmem. Novorozenci sice nevnímají prostředí kolem sebe, ale vnímají jej rodiče, kteří tu pobývají někdy i několik týdnů. Je moc důležité, aby oddělení bylo nejen krásné, ale hlavně praktické a aby dobře sloužilo svému účelu. Kdybych nemohla dělat neonatologii, tak bych se asi věnovala navrhování interiérů. To mě opravdu baví,“ vysvětluje Milena Dokoupilová vznik oddělení.

Maminkám pomáhá laktační poradna

Nedílnou součástí péče na novorozeneckých odděleních je propagace a podpora kojení. Mateřské mléko je nejpřirozenějším a nejlevnějším způsobem výživy každého dítěte. Je zdrojem složek nezbytných pro zdravý růst a vývoj dítěte. Obsahuje vše ve vyváženém poměru. Proto je již od porodu věnována největší pozornost právě kojení, které může přispět ke zdravému



Primářka Dokoupilová má ke spokojenosti důvod

vývoji a umožňuje ten nejtěsnější kontakt mezi matkou a dítětem. Jak říká primářka oddělení, vždy je důležité, aby matka i dítě po porodu byly v co nejlepší psychické kondici. „Naším cílem je, aby co největší procento novorozenců odcházelo z našeho oddělení plně kojeno. Snažíme se kojení co nejvíce podporovat. Po spontánním porodu je bonding a časné přiložení k prsu na porodním sále při dobrém zdravotním stavu novorozence již samozřejmostí. V případě, že je maminka u porodu sama, novorozence ukládáme na výhřevné lůžko v její bezprostřední blízkosti a bonding a přikládání provádíme přerušovaně při přítomnosti sestry či porodní asistentky. Posléze je oba převezeme na oddělení šestinedělí. Snažíme se, aby všechny děti byly co nejdříve v péči svých maminek v systému

rooming-in, což je jeden z nejlepších základů rozvoje laktace," vysvětluje primářka.

Miminka narozená císařským řezem jsou ve velkém procentu přiložena k prsu do jedné hodiny od narození, jinak jsou umístěna v observačním boxu u sestřiček. Ve snaze dále vylepšovat podporu kojení na neonatologii vytvořili laktiční tým, který úzce spolupracuje s ošetrovatelským personálem oddělení. Současně byla otevřena laktiční poradna určená maminkám, u kterých se po propuštění vyskytne nějaký problém s kojením.

Organizační a publikační aktivity

V roce 2016 primářka Dokoupilová založila Nadační fond Žirafka. Posláním fondu je pomoc a podpora všech dětských pacientů v nemocnici a jejich rodičům v průběhu léčby. Je určen pro novorozenecké oddělení s jednotkou intenzivní péče pro novorozence, dále pro dětské oddělení poskytující péči dětem všech věkových kategorií, jehož součástí je i oddělení dlouhodobé intenzivní a ošetrovatelské péče (DIOP). A v neposlední řadě pro oddělení následné intenzivní péče, kde jsou hospitalizované děti, které kvůli závažné diagnóze nemohou být v domácím prostředí.

„Nadace pro konkrétní oddělení je pro dárce transparentnější než nadace pro celou nemocnici. Přístroje pro neonatologii či oddělení dětské následné chronické péče jsou extrémně drahé. Jen ventilační přístroj stojí skoro milion. Nikdy neseženeme



Interiéry jsou nejen krásné, ale i praktické

celou částku najednou, většinou se peníze postupně strádají. Tak je to i se Žirafkou. Za prostředky pořizujeme ventilační přístroje nové generace, rehabilitační pomůcky. Nadace slouží i rodičům. Ráda bych maminkám, které u nás zůstávají čtyři až osm týdnů, dopřála aspoň rehabilitaci nebo masáže. Pojišťovny jim to nehradí, protože u nás nejsou jako pacienti, ale jako zdravý doprovod. Rehabilitace jim může ulehčit od stresu, který prožívají po narození nezralého nebo nemocného dítěte," upřesňuje primářka poslání nadace Žirafka.

Doktorka Dokoupilová také připravuje vzdělávací akce pro lékaře a sestry. „Pro neonatology, lékaře starající se o novorozence, jich je málo," říká. „Již čtyři roky po sobě se mi podařilo zorganizovat na zámku Zbiroh velkou akci: Dny novorozeneckých kazuistik. Dnes je z toho druhá největší neonatologická akce v ČR, které se ročně účastní kolem 200 lékařů a sester nejen z celé republiky, ale i ze Slovenska," vypočítává Milena Dokoupilová. V loňském roce se jí podařilo vydat první soubornou knihu: „Kazuistiky z neonatologie", která čerpá právě z této konference. Jak říká, pokud ji v těchto aktivitách bude majitel nemocnice podporovat i nadále, ráda v jejich pořádání bude pokračovat.

Další činností paní doktorky jsou publikace pro maminky. Knihu „Péče o novorozence a malé kojence" napsala společně s MUDr. Martinem Gregorou již před několika lety. Jelikož se péče o novorozence stále mění a přizpůsobuje moderní době, v letošním roce vydává, opět společně s doktorem Gregorou, zcela novou knihu „Co nás čeká v porodnici? A co doma?". Jedná se o jednoduchého průvodce prvním rokem života dítěte. Ani maminky nezralých novorozenců nejsou u ní opomíjeny. Právě pro ně vloni napsala brožurku „Průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí", která se v současné době distribuuje do všech perinatologických center v České republice.

Markéta Mikšová

Foto: archiv Mileny Dokoupilové



Setkání s bývalými malými pacienty je vždycky radostné

Dary města Plzně vyjadřují uznání zdravotníkům

Dodávka plná kávy, čaje, sladkých i slaných pochutin a také drogistického zboží začátkem března putovala do Fakultní nemocnice (FN) Plzeň. Dary zaslalo město Plzeň jako poděkování zdravotníkům za péči o pacienty, kteří pracují na covidových odděleních a jsou v přímém kontaktu s pozitivními pacienty.

Dary převzali ředitel FN MUDr. Václav Šimánek, Ph.D. a zástupci celkem 11 pracovníků – lékařů, zdravotních sester, laborantů, pečovatelů a dalších profesí. „Tým plzeňské FN svádí už od loňského jara vysilující boj s neviditelným nepřítelem. Všichni zaměstnanci covidových oddělení pracují v zájmu oněch bezmocných, kteří už často nemají síly a jejich život je tak v rukou zdravotníků. Ti pracují pod neustálým tlakem v obavách o zdraví i životy svých pacientů. Každý den se do tohoto boje znovu vrací a pracují v infekčním prostředí oblečení do nepohodlných ochranných oděvů, a přesto projevují neuvěřitelnou empatii. Pro mě jsou skutečnými hrdiny,“ vysvětlil primátor města Plzně Mgr. Martin Baxa, proč město pomáhá FN Plzeň také formou darů pro její pracovníky.

„Vážíme si každé pomoci a každé podpory a moc oceňuji to, že spolupráce mezi

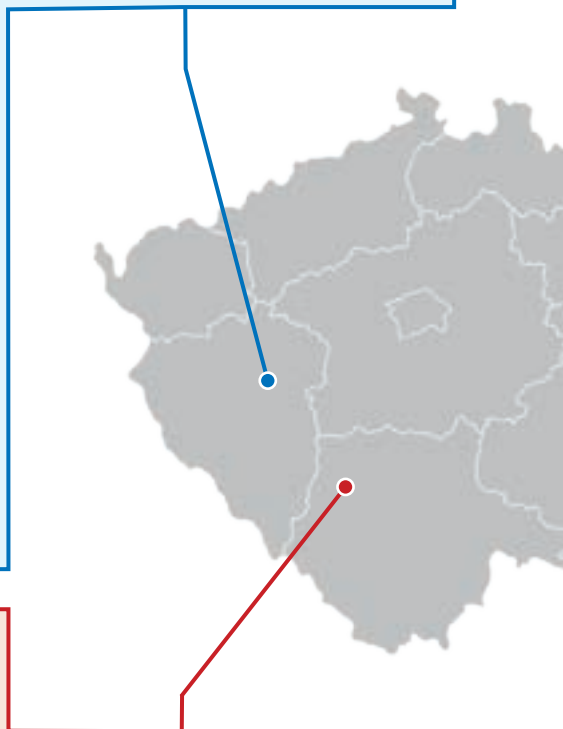
naší fakultní nemocnicí a městem Plzní je na skvělé úrovni, dokonce je možné mluvit o výborné symbióze, kterou nám mnohé jiné fakultní nemocnice mohou i závidět. Myslím si totiž, že my tady v Plzni jsme jedni v České republice, kde mezi městem a fakultní nemocnicí tak pevný vztah funguje. Je oboustranný – pomáháme si navzájem, a tak by to mělo být,“ uvedl ředitel FN Plzeň Václav Šimánek.

„V takzvaném covidpásmu pracuje 782 zdravotníků,“ připomněla vrchní sestra II. interní kliniky nemocnice Bc. Ivana Witová. Uvedla, že po roce trvání koronavirové krize je služba v nemocnici pro všechny hodně náročná a všichni tito pracovníci se ocitají na pokraji svých sil. „Přesto se snažíme, aby alespoň někdy nechyběly optimismus a dobrá nálada,“ usmála se vrchní sestra. „Díky těmto darům si můžeme v přestávce nebo po službě dát ke svačině kávu či čaj a k tomu něco dobrého. A jsme moc rádi, že mezi dary jsou třeba i sprchové gely, protože strávit osm hodin v ochranných oděvech je hodně náročné a sprcha po směně je opravdu nezbytná nutnost,“ dodala Ivana Witová.

Město nemocnici podporuje i v dalších rovinách. Například ve svých vybraných



školních zařízeních pečuje o děti zdravotníků a dalších pracovníků integrovaného záchranného systému, což je v současné době pro některé z nich skutečně žádaná výpomoc. Zdroj a foto: FN Plzeň



Zájem o studium zdravotních sester ve Strakonících roste

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická v Českých Budějovicích před dvěma lety otevřela ve Strakonících detašované pracoviště. Přípravuje studenty v maturitním oboru k výkonu povolání praktické sestry.

Letos škola zaznamenala zvýšený zájem o studium. Přímě do školy v Českých Budějovicích se na obor praktická sestra hlásí 214 zájemců. Škola bude otevírat 2 třídy, přijme tedy 60 studentů. Detašované pracoviště má škola ještě v Prachaticích a Strakonících. Strakonická třída bude mít 25 studentů a přihlášku ke studiu si podalo 35 zájemců, o 9 víc než loni. Ve Strakonících má škola k dispozici odbornou učebnu přímo v areálu nemocnice.

Vzdělávací program připravuje žáky pro práci středních zdravotnických pracovníků, kteří budou poskytovat ošetrovatelskou péči. Žáci jsou vedeni k pečlivosti a odpovědnosti za kvalitu své práce. Důraz je kladen na výchovu žáků k péči o vlastní zdraví a k vědomí závažnosti prevence nemocí. Součástí odborného vzdělání je praktická výuka, která probíhá jak v odborných učebnách školy, tak v Nemocnici Strakonice, a. s. Zájem studentů o obor praktická sestra těší ředitele nemocnice MUDr. Bc. Tomáše Fialu, MBA: „Studentky ze strakonické zdravotnické školy k nám do nemocnice docházejí na odbornou praxi. V rámci možností nám pomáhají

i teď, v době covidu, která jen potvrdila, že studium zdravotnických oborů má smysl. Pokud se po maturitě rozhodnou zůstat ve strakonické nemocnici, budou mít u nás dveře otevřené,“ řekl ředitel Fiala.

Absolventi se uplatní v různých zdravotnických zařízeních lůžkového i ambulantního typu, například na různých odděleních nemocnic, na poliklinikách, v lékařských nebo ošetrovatelských centrech, v ordinacích praktických nebo odborných lékařů, v domácí péči i v zařízeních sociální péče. Absolventi se mohou dále vzdělávat na vysokých nebo vyšších odborných školách.

Zdroj: Nemocnice Strakonice, a. s.

Nemocnice postupně obnovuje lůžka, ta nejstarší mají téměř padesát let

Znojenská nemocnice z vlastních zdrojů pořídila 11 moderních lůžek včetně antidekubitních matrací a patientských stolků v celkové hodnotě 658 tisíc korun. Současně pořídila dětská lůžka a postýlky, na které byl směřován dar od obce Chvalovice ve výši 200 tisíc korun. Jedná se o pravidelnou obměnu lůžkového fondu nemocnice.

Zakoupená lůžka splňují veškeré parametry nejmodernější ošetrovatelské péče. „Ošetrovající personál ocení především mož-

nost výškového nastavení lůžka pomocí elektromotoru a snadného polohování. Nová lůžka splňují veškeré požadavky na náročnou každodenní ošetrovatelskou péči o pacienty,“ sdělila PhDr. Jana Vacková, MBA, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice Znojmo. Přizpůsobení výšky lůžka a polohování zádového a stehenního dílu ocení zejména pacienti.

Z daru od obce Chvalovice navíc pořídili 2 dětská lůžka a 3 postýlky pro děti do sedmi let. Nahradily tak ty, které v nemocnici sloužily od roku 1974. Postýlky mají možnost ovládání postranic pomocí nášlapného pedálu a nastavení do libovolné výšky, což zajišťuje bezpečí a pohodlnou péči pro personál i pro rodiče. Oproti stávajícím mají možnost zvednutí zádové části. Dětská lůžka jsou polohovatelná a ovládaná elektromotorem. Mají také možnost prodloužení ložné plochy pro větší dětské pacienty. „Díky opakovanému daru obce Chvalovice se nám daří průběžně obměňovat postýlky na dětském oddělení. Darů si velmi vážíme,“ uvedl MUDr. Martin Pavlík, Ph.D., ředitel Nemocnice Znojmo

Ke konci loňského roku nemocnice disponovala 612 lůžky o průměrném stáří 27,7 roku. Dvě stovky z nich jsou z roku 1973. „Provést obměnu lůžek současně a zajistit tak moderní lůžkový fond v celé nemocnici by přišlo nemocnici na bezmála 10 milio-



nů korun, což není v našich ekonomických možnostech,“ uzavřel ředitel Pavlík. Dle ekonomických možností má nemocnice v plánu obměňovat minimálně 10–15 lůžek ročně. V listopadu loňského roku si znojenská nemocnice zapůjčila 15 lůžek pro intenzivní péči a 30 standardních lůžek ze státních hmotných rezerv.

Zdroj a foto: Nemocnice Znojmo

Benefice ve Fakultní nemocnici Olomouc

Studenti, rodiče a učitelé česko-francouzské sekce Slovanského gymnázia Olomouc společně s neziskovou organizací Chermou vytvořili hudební klip na podporu zdravotníků Fakultní nemocnice Olomouc, kteří pečují o (nejen) covidové pacienty. Na originální hudební klip, který glosuje aktuální situaci, navazuje dobročinná sbírka. Výtěžek ze sbírky umožní pozvat do nemocnice terapeuty ze spolku Aura Canis se psy a kočkami. Ti navštíví různá nemocniční oddělení, aby sestřičky a lékaře povzbudili a alespoň částečně je zbavili únavy, strachu a skleslosti.

Výtěžek z dobročinné sbírky využije FN Olomouc na canisterapii pro zdravotníky

a pacienty. Za běžných podmínek nemocnice využívá terapeutických schopností psů a koček na několika odděleních, například geriatrii nebo následné a dlouhodobé intenzivní péči. Návštěvy zvířecích pomocníků vždy zlepšují náladu a dodávají energii nejen pacientům, ale také personálu.

Do dobročinné sbírky vyhlášené Slovanským gymnáziem Olomouc je možné se zapojit do 4. května 2021. Po dohodě s nemocnicí sbírka probíhá na platformě donio.cz, která umožňuje transparentně získat peníze na dobročinné účely. Obdarovanému bude předáno 100 % získaných prostředků.

Zdroj a foto: FN Olomouc



Inovativní léky v boji proti covid-19

Pandemie covid-19 spustila nejen intenzivní vývoj vakcín a nových léčiv, ale zároveň podpořila výzkum stávajících léků, které by mohly pomoci v boji proti koronavirové nákaze. V současné době probíhají intenzivní klinická hodnocení starších léčiv v nové indikaci SARS-CoV-2, jež by mohla zmírnit příznaky a usnadnit průběh nemoci covid-19. Do hry také vstupují inovativní léčivé přípravky, jež nebyly dosud registrované, přinesly však slibné výsledky v klinických hodnoceních. Ministerstvo zdravotnictví ČR dočasně schválilo pro emergentní použití již dva neregistrované léky pro léčbu covid-19 (jedná se o přípravky společností Lilly a Roche).

Řada farmaceutických společností vybavených vědomostmi z dřívějších virových epidemií (např. SARS, MERS, chřipka, HIV) společně s akademickými centry i malými a středními podniky hledají účinné prostředky využitelné v boji proti SARS-CoV-2 (např. inhibitory ACE, proteázové inhibitory nebo imunoterapeutické metody). Zkouší se řada léků, které ukázaly v dosud publikovaných studiích v medicínských recenzovaných publikacích slibné účinky při léčbě covid-19. U většiny z nich probíhají další klinické studie.

„Vývoj léčiv jde kupředu rychlým tempem – zkoumají se antivirotika, imunomodulanty, ale také přípravky buněčné a genové terapie. Analyzují se již starší přípravky v SARS-CoV-2 indikaci a v nových kombinacích i zcela nová léčiva. Přestože zatím žádný nový lék nemá registraci Evropské lékové agentury (EMA), budou v České republice k dispozici dvě nová léčiva schválená na základě podmíněčné lokální registrace,“ uvádí **Mgr. Jakub Dvořáček, MHA, LL.M.**, výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP)

Inovativní léky využívané v souvislosti s covid-19

- První skupina léků zabraňuje množení viru v infikovaném organismu. Některé z nich se užívají orálně a měly by být používány v raných stádiích onemocnění. V současné době probíhají klinické studie, jejichž výsledky by měly být známy v prvním čtvrtletí letošního roku.
- Další skupinou jsou monoklonální protilátky neboli proteiny bránící vstupu viru do lidských buněk, které se vážou na SARS-CoV-2 a tím jej inaktivují. Zde jsou již známy výsledky klinických studií, na jejichž základě MZ ČR v únoru doporučilo jejich použití a již dočasně schválilo první neregistrované léky proti covid-19 pro emergentní užití pro pacienty v těžkém stavu.
- Třetí skupinou jsou léky potlačující závažnou odpověď vyvolanou virovou infekcí. Některé jsou již používány k léčbě revmatoidní artritidy. Do této skupiny patří jednak protilátky proti interleukinu-6, u kterých výsledky klinických studií zatím nejsou jednoznačné, ale také



léky působící na více zánětlivých mediátorů, jako je například inhibitor Janus kinázy. O případném použití u pacientů s covid-19 rozhoduje výhradně ošetřující lékař. Podobné jsou léky modulující imunitní odpověď.

Jak se léčiva vyvíjejí

Výzkum a vývoj léčiv proti covid-19 je dalším ze způsobů boje inovativního farmaceutického průmyslu s aktuální pandemií. Vztahují se na něj stejná mezinárodně platná pravidla klinického hodnocení jako na ostatní léčivé přípravky. „Vývoj zcela nového přípravku většinou trvá mnoho let a stojí až 2 miliardy amerických dolarů. V případě SARS-CoV-2 se mnohdy pracuje s již existujícími, registrovanými přípravky v jiných indikacích nebo s již dříve rozpracovanými molekulami. Vývoj proto nebude tak časově ani finančně náročný,“ vysvětluje Jakub Dvořáček.

Po celou dobu výzkumu nového léčivého přípravku, jakož i po jejím skončení je velmi přísně sledována kvalita, účinnost a bezpečnost. Pokud bude výzkum léčiv úspěšný, bude je čekat zhodnocení a případné schválení nezávislými regulátory. „Vzhledem ke stávající situaci je posuzování vhodnosti použití těchto přípravků obvykle prováděno v prioritním režimu,“ uzavírá výkonný ředitel Dvořáček.

Zdroj a foto: AIFP



Zapojení lékáren do distribuce vakcín

Distribuce vakcín do ordinací přes lékárny je zavedenou, bezpečnou, efektivní a ověřenou cestou, která může výrazně zjednodušit celý proces očkování. Česká lékárnická komora (ČLnK) upozorňuje, že lékárny běžně dodávají do ordinací lékařů léky, včetně termolabilních, a umí pomoci i při distribuci vakcín. V ČR je více než 2 500 lékáren, které jsou zásobovány několikrát denně léky a mohou se do procesu distribuce vakcín okamžitě zapojit.

Pro distributory je snazší a levnější zásobovat 2 500 lékáren než jednotlivé ordinace. Lékaři si vakcínu v lékárně budou pravidelně vyzvedávat na žádanku jako jiné běžné léky. Lékárny jsou schopné bez problémů dodržet chladový řetězec vakcín i veškeré bezpečnostní a provozní podmínky pro uchování a výdej vakcín.

Pět výhod spolupráce distributor-lékárna-ordinace

1. Jde o standardní, léty prověřený distribuční kanál pro léky, včetně vakcín. V ČR je dostatečně hustá a rovnoměrná léká-

renská síť čítající více než 2 500 lékáren. V blízkosti mnoha lékáren jsou ordinace lékařů, vakcíny jsou z lékárny lékařům a potažmo i pacientům doslova „na dosah“.

2. Lékaři s lékárníky běžně spolupracují a jsou zvyklí si v lékárnách na žádanku vyzvedávat léčivé přípravky. Nemocniční lékárny jsou již dnes zapojeny do logistiky očkování. ČLnK v této souvislosti upozorňuje na fakt, že ačkoliv na nemocničních lékárních stojí logistika očkování již od prosince, jsou jediným článkem, který tuto činnost vykonává zdarma.

3. Lékárníci jsou zdravotníci, kteří dodržují všechna potřebná opatření, provozní

řády atd. Lékárny jsou bezpečným a spolehlivým mezičlánkem při distribuci vakcín. Lékárny jsou vybaveny po technické stránce k zajištění chladového řetězce vakcín (disponují vhodnými lednicemi).

4. Lékárníci mají s výdejem vakcín zkušenosti. Způsob skladování a výdeje vakcín se neliší od některých jiných léčivých přípravků, které vyžadují speciální zacházení (termolabilní léčivé přípravky) a lékárníci s nimi běžně manipulují. Všude ve světě jsou lékárníci páteří systému distribuce.

5. Spolupráce s lékárnami může být po všech stránkách výhodná i pro samotného distributora vakcín. Ten lékárny pravidelně zavází při dodávce léků. Nedošlo by tedy ani ke zbytečnému prodloužení při distribuci, vakcíny by mohly být do lékáren zaváženy v rámci běžných dodávek a v potřebném množství. Provozní doba lékáren je delší než ordinační doba lékařů, distributor tak může k dodávce vakcín využít i odpolední hodiny. Lékař by si vakcíny vyzvedával na žádanku postupně dle domluvených termínů očkování s pacienty.

Zdroj: Prohlášení České lékárnické komory



Ilustrační foto: Shutterstock

GSK a CureVac vyvinou vakcíny mRNA proti covid-19

Cílem je nabídnout širší ochranu před různými variantami SARS-CoV2 a umožnit rychlou reakci na nové varianty.

Společnosti GlaxoSmithKline (GSK) a CureVac oznámily novou spolupráci ve výši 150 milionů EUR. Spolupráce bude stavět na jejich stávajícím vztahu, na společném vývoji vakcín mRNA nové generace pro covid-19 s potenciálem multi-valentního přístupu k řešení více nově vznikajících variant v jedné vakcíně. Cílem GSK je prostřednictvím své zavedené výrobní sítě v

Belgii podpořit v roce 2021 výrobu až 100 milionů dávek vakcíny CVnCoV společnosti CureVac, která je v současné době v klinickém hodnocení fáze 2b/3.

Prostřednictvím této nové dohody o exkluzivním vývoji budou GSK a CureVac přispívat zdroji a odbornými znalostmi k výzkumu, vývoji a výrobě řady nových kandidátů na vakcínu mRNA, včetně ví-

cevalentních a monovalentních přístupů. Cílem je nabídnout širší ochranu před různými variantami SARS-CoV2 a umožnit rychlou reakci na nové varianty, které se mohou v budoucnu vynořit. Podle rozvojového programu má být vakcína zavedena v roce 2022, s výhradou schválení regulačním orgánem.

Zdroj: Společnost GSK

Ke změně paragrafů novely zákona o léčivech

Společné prohlášení České lékárnické komory, České farmaceutické společnosti ČLS JEP, Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, Farmaceutické fakulty Masarykovy univerzity, Grémia majitelů lékáren, Poskytovatelů lékařské péče, spolku Vaši Lékárníci CZ a spolku Mladí lékárníci k pozměňovacímu návrhu 7697 k vládnímu návrhu zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech.

Vážená paní poslankyně, vážený pane poslanče, dovolte nám, abychom se jednotně vyjádřili k aktuálně projednávané novele zákona o návykových látkách a s tím související změně zákona o léčivech z důvodu elektronizace receptů na návykové látky, kterou podporujeme. Vyjadřujeme ale zásadní nesouhlas ke zcela účelově načtenému, s odbornou veřejností neprojednanému, pozměňovacímu návrhu 7697 (dále i jako PN), který pro nás zcela nepřijatelnou formou tzv. přílepku mění zásadním způsobem zákon o léčivech. Je nepřijatelné řešit takovou změnu zrychlenou formou jednání, bez řádné diskuse všech zúčastněných odborníků na půdě Ministerstva zdravotnictví ČR. Cílem PN je v rozporu s dosavadní bezpečnou praxí povolit prodej léčivých přípravků na předpis prostřednictvím internetu, tedy odstranit osobní kontakt zdravotníka s pacientem a oslabit zabezpečený a prověřený řetězec výrobce-distributor-lékárna-pacient, který zaručuje bezpečnost, kvalitu a pravost léčiva.

Je více než zřejmé, že jediným a pravým důvodem tohoto PN není zájem o pacienta

a jeho zdraví, ale jsou to jen a pouze obchodní zájmy velkých e-shopových hráčů, kterým léky, coby další položka sortimentu a potenciální generátor dalšího zisku, zatím v on-line nabídce chybí. Lokální i nadnárodní e-shopy chtějí maximálně využít této příležitosti, a ještě více urychlit on-line kanibalizaci kamenných lékáren. A předložený PN by jim k tomu významně pomohl. Toto ale rozhodně není cesta, na kterou bychom se měli vydat. Přinesla by totiž naprosto zásadní změny týkající se léků na předpis, jež by měly výrazné negativní dopady pro společnost i jednotlivé pacienty a jejich zdraví. Covid-19 jasně ukázal, že lékárna je nezbytným zdravotnickým zařízením, které po celou dobu pandemie funguje naprosto spolehlivě, dokonce nad rámec původních činností. Současná pandemická situace také nepopíratelně potvrdila, že je rovnoměrné rozptřeni zdravotnické sítě a jednotlivých zařízení pro poskytování péče pacientům klíčové. Stejně jako leží akutní péče o covid nemocné pacienty na bedrech menších nemocnic v krajích, o jejichž existenci ně-

kteří v minulosti pochybovali, tak i pacienti v této nelehké době čerpají lékárenskou péči rovnoměrně v regionech, v menších obcích a malých lékárnách. Tuto zdravotní péči jim poskytují lékárníci během osobních konzultací při výdeji léků v lékárně. I o smyslu takových lékáren v minulosti někteří polemizovali. A někteří by je nyní nejrady odstranili úplně – s odůvodněním, že osobní kontakt pacienta s vysokoškolsky vzdělaným zdravotníkem není potřeba, a léky mohou být devalvovány na úroveň zboží, které stačí vložit bezmyšlenkovitě a pohodlně do košíku spolu s rozmanitým nákupem na celý týden. Covid-19 jasně ukázal, že systém zdravotní péče je tak stabilní, jak stabilní jsou jeho nejmenší články – tedy nikoliv jen lékárny ve velkých městech nebo e-shopové lékárny, ale lékárny v malých obcích. Lékařny napříč ČR situaci zvládl, lékárníci dokázali zajistit léky pro všechny pacienty, i pro ty v karanténě, či pro imobilní, přičemž vycházeli z principu navrhované donáškové služby lékárníka. Pandemie ukázala, že jsou tyto principy správné a potřebné.



Problémů, které by předložený pozměňovací návrh přinesl, je více. Neuváženým rozvolněním pravidel pro zacházení s léky by docházelo k možné manipulaci s léky nekvalifikovanými osobami bez dohledu farmaceuta. Léky by se mohly dostat mimo zabezpečený řetězec, na jehož konci lékárník ověřuje pravost léku v okamžiku výdeje pacientovi, což přímo popírá smysl nedávno přijaté protipadělkové směrnice (FMD) – směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES a Nařízení Komise v přenesené pravomoci (EU) č. 2016/161. V této souvislosti je nutné podotknout také to, že ani dnes není v kapacitních možnostech SÚKL důsledně kontrolovat lékárny s dominantním on-line provozem, které nabízejí léky bez lékařského předpisu vydávané zásilkovým způsobem. Pokud by byl stejným způsobem umožněn i výdej léků na předpis, možnost kontroly by se logicky ještě snížila a zároveň

by se zvýšilo riziko zejména pro pacienty. ČLnK připravila paragrafované znění donáškové služby lékárníka, jež umožní bezpečně vydat léčivé přípravky v jejich prostředí všem skupinám pacientů, kteří si je nemohou osobně vyzvednout, ani nemohou využít pomoci osob blízkých. S návrhem donáškové služby byly ministerstvo zdravotnictví i odborná veřejnost již seznámeny. Očekáváme nyní věcnou diskusi nad problémy s výdejem léků nemohoucím občanům, který donášková služba lékárníka řeší, a nikoliv rychlé snahy o změny paragrafů zákona o léčivech ve prospěch několika soukromých subjektů.

Vážená paní poslankyně, Vážený pane poslanče, děkujeme Vám za podporu našeho stanoviska.

V úctě

Česká lékárnická komora:

Mgr. Aleš Krebs, Ph.D.,
prezident v. r.,

PharmDr. Martin Kopecký, Ph.D.,
viceprezident v. r.

Česká farmaceutická společnost ČLS JEP:

prof. PharmDr. Martin Doležal, Ph.D.,
předseda v. r.

Farmaceutická fakulta Univerzity

Karlovy v Hradci Králové:

prof. PharmDr. Tomáš Šimůnek, Ph.D., děkan v. r.

Farmaceutická fakulta Masarykovy

univerzity:

doc. PharmDr. Ing. Radka Opatřilová, Ph.D.,
MBA, děkanka v. r.

Grémium majitelů lékáren:

Mgr. Marek Hampel, předseda z. s. v. r.

Poskytovatelé lékárenské péče:

PharmDr. Jarmila Skopová,
předsedkyně z. s. v. r.

Vaši Lékárnici CZ:

Mgr. Aleš Nedopil, předseda výboru z. s. v. r.

Mladí lékárníci:

PharmDr. Stanislav Gregor, předseda z. s. v. r.

Podobně se k této problematice vyjádřili i zástupci Spolků Mladí lékaři a Mladí praktici otevřeným dopisem adresovaným poslancům PS PČR.

Citujeme z dopisu: „Zásadně nesouhlasíme s pozměňovacím návrhem 7697, který byl zařazen k projednání bez důkladné přípravy a dostatečné odborné diskuse. Tento nebezpečný návrh zcela podřívá autoritu a odbornost kvalifikovaných zdravotníků, zpochybňuje principy, na nichž naše zdravotnictví funguje a potenciálně ohrožuje pacienty na zdraví. Změnu zákona o léčivech považujeme za velmi zásadní a měla by jí být věnována dostatečná, především pak odborná pozornost. K takto urychlené změně zákona navíc ani není žádný opodstatněný důvod. Léčivé přípravky na předpis jsou pro pacienty bez problémů dostupné v lékárnách. Pacientům je vydávají vysokoškolsky vzdělaní lékárníci, kteří ručí za to, že jsou pro ně léky bezpečné – jak z pohledu například jiné léčby, tak i z pohledu toho, že se nejedná o padělky. Ty se totiž vyskytují primárně na internetu, nikoliv v lékárnách. Jsme generací, která je zvyklá na moderní technologie, přirozeně je využíváme v osobním i pracovním životě a sami aktivně podporujeme smysluplnou digitalizaci zdravotnictví. Je však potřeba odlišit, co je smysluplným pokrokem s přínosem pro zdravotnictví a pacienty a co je unáhleným experimentem s pochybným pozadím. Jednohlasně požadujeme, aby byl tento pozměňovací návrh stažen.“

Mladí lékaři: MUDr. Martin Kočí, předseda z. s. v. r.,

Mladí praktici: MUDr. Markéta Pfeiferová, předsedkyně z. s. v. r.

Společnost Zentiva získala ocenění

Již po šesté se stala společnost Zentiva nejprestižnějším zaměstnavatelem v oboru farmacie a zdravotnictví v České republice, a to v rámci pravidelné studie TOP Zaměstnavatelé. Navíc se letos umístila i ve speciální kategorii „FARMACEUT & LÉKAŘ“.

Jubilejní 10. ročník studie proběhl pod záštitou ministerstev průmyslu a obchodu, práce a sociálních věcí a školství, mládeže a tělovýchovy a agentury GfK. Žebříček těch nejžádanějších společností a institucí je sestavován na základě hlasování Asociace studentů a absolventů mezi studenty českých vysokých škol, kdy pořadí v kategorii „Farmacie a Zdravotnictví“ je určováno na základě zpětné vazby studentů farmaceutických

a lékařských fakult. Ocenění v rámci speciální kategorie pak volí studenti s nejlepšími studijními výsledky. Cílem studie je identifikovat ty společnosti, v nichž chtějí mladí talentovaní lidé zahájit a rozvíjet svoji kariéru.

„Jsme velmi hrdí, že jsme v domovské zemi Zentivy opět získali tato ocenění, která potvrzují naši snahu rozvíjet mladé talenty. Věříme, že náš závazek má cenný dopad na kariéru budoucí generace Zentivy. Osobně

si velmi vážím spolupráce s mladými lidmi, během níž se navzájem učí obě strany. Ocenění je prestižní, protože zpětná vazba pochází od samotných studentů. Ve společnosti Zentiva se snažíme být skvělým místem pro práci a jsme hrdí na každého člena našeho vítězného týmu,“ komentuje vedoucí korporátních záležitostí a lidských zdrojů Ines Windisch.

Zdroj: Zentiva



Medicína

Zánětlivá bolest zad a co dál?

Zánětlivá bolest zad je ústředním klinickým projevem axiální spondyloartritidy, chronického zánětlivého onemocnění progresivního charakteru. Pokud není včas diagnostikováno, vede k nevratným změnám páteře s poruchou hybnosti. Výrazně se také zhoršuje kvalita života nemocných. Klíčové je proto pro lékaře prvního kontaktu identifikovat nemocné se suspekci na axSpA a tyto pak odeslat k odbornému revmatologickému vyšetření.

Bolesti zad jsou velice častým problémem, který přivádí pacienta do ambulance praktického lékaře, neurologa, ortopeda či rehabilitačního lékaře. Je odhadováno, že až 84 % dospělé populace se během života potýká s bolestmi zejména dolní části zad. Nejčastěji se jedná o tzv. prosté bolesti zad, tedy o případy, kdy nelze dostupnými diagnostickými metodami odhalit organickou příčinu obtíží. Bolesti zad dále můžeme rozdělit na bolesti asociované s organickým onemocněním páteře, bolesti přenesené a radikulární. Mezi organická onemocnění páteře patří tumory, infekce páteře a přilehlých tkání. Jsou sem řazena také chronická zánětlivá onemocnění neinfekčního původu, jakými jsou axiální spondyloartritidy (axSpA). Z celkového počtu nemocných s bolestí dolních zad připadá na neinfekční zánětlivá onemocnění asi 5 % případů. Bolesti zad u axSpA mají svá

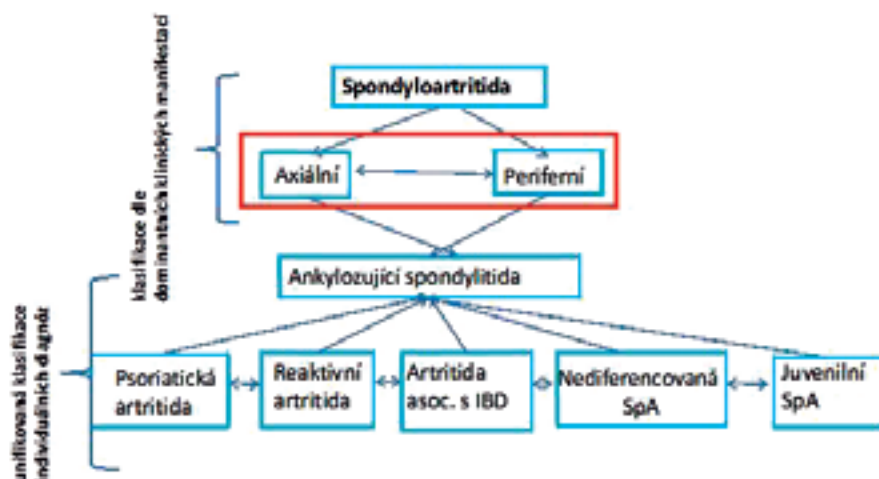
specifika, označujeme je jako zánětlivé bolesti zad. Onemocnění axSpA typicky začíná v mladém věku a bez adekvátní terapie vede k nevratnému poškození páteře s výrazným omezením hybnosti. Pacienti s chronickým zánětlivým onemocněním mají také typické komorbidity. Mezi ně patří akcelerovaná osteoporóza nebo vyšší riziko kardiovaskulárních onemocnění. Vzhledem k velkému posunu v možnostech léčby axSpA je klíčová časná identifikace těchto nemocných. Včas zahájená adekvátní terapie výrazně zlepšuje kvalitu života pacientů a dle aktuálních poznatků může i snižovat riziko nevratných strukturálních změn páteře. Zásadní je tedy rozpoznání zánětlivé bolesti dolních zad a včasné odeslání pacienta na specializované revmatologické pracoviště k dalšímu vyšetření.

Spondyloartritidy a jejich dělení

Spondyloartritidy (SpA) jsou chronická zánětlivá onemocnění s velice pestrými klinickými projevy. Je odhadováno, že prevalence onemocnění SpA je 0,5 až 1,5 %. Tradičně jsou mezi SpA řazeny ankylozující spondylitida (AS), psoriatická artritida (PsA), reaktivní artritida (ReA), artritida asociovaná s nespecifickým střevním zánětem (tzv. enteropatická artritida) a nediferencovaná spondyloartritida. SpA je však také možné chápat jako velkou skupinu onemocnění, jejichž projevy se vzájemně překrývají a které mají společné typické kloubní a mimokloubní projevy. Z tohoto konceptu vychází dělení SpA, které respektuje heterogenní projevy jednotlivých onemocnění. SpA jsou rozděleny dle dominantní postižené oblasti na **axiální** (axSpA), kde je hlavním projevem zánět v oblasti páteřních kloubů, a **periferní**, u kterých převažuje zánětlivé postižení periferních kloubů, entezitidy nebo daktylitidy (obr. 1). Obě formy mohou mít variabilně přítomné mimokloubní projevy, jako je akutní přední uveitida, psoriáza nebo idiopatický střevní zánět (inflammatory bowel disease, IBD), tedy Crohnova nemoc nebo ulcerózní kolitida.

Spondyloartritidy a antigen HLA-B27

Pro celou skupinu SpA je téměř patogenní slabší či silnější asociace s antigenem I. třídy hlavního histokompatibilního komplexu, antigenem HLA-B27 (human leukocyte antigen B27). Antigen HLA-B27 je považován za genetický faktor se silnou asociací zejména s výskytem sakroileitidy a spondylitidy. Je odhadováno, že až 95 % pacientů s ankylozující spondylitidou jsou HLA-B27 pozitivní. Prevalence ankylozující spondylitidy v populaci koreluje



Obr. 1 Možnosti dělení spondyloartritid (SpA).

Tradiční je dělení na jednotlivá onemocnění (unifikovaná klasifikace individuálních diagnóz), kdy rozlišujeme ankylozující spondylitidu (AS), psoriatickou artritidu (PsA), reaktivní artritidu (ReA), artritidu asociovanou s idiopatickým střevním zánětem (enteropatickou SpA), nediferencovanou SpA a juvenilní formy SpA. Nověji se využívá dělení dle dominantních příznaků na axiální nebo periferní SpA. U axiální SpA jsou hlavní projevy onemocnění důsledkem zánětu osového skeletu, v oblasti křížokýčelního skloubení (sakroileitida) nebo meziobratlových skloubení páteře (spondylitida). U periferní SpA jsou zánětem postiženy klouby a enteze periferního skeletu (nejčastěji se jedná o velké a střední klouby dolních končetin). (Upraveno dle Zeidler et al., 2011)

s frekvencí výskytu antigenu HLA-B27, a to včetně geografických odlišností. Ve světě se prevalence antigenu HLA-B27 snižuje od severních oblastí směrem k jižním a od západních k východním. V oblasti střední Evropy je asi 8 % populace HLA-B27 pozitivních, nicméně jen u 1 % z nich se vyvine zánětlivé onemocnění charakteru SpA. Neplatí tedy, že pozitivita antigenu HLA-B27 rovná se diagnóza axSpA. HLA-B27 pozitivita je genetickým faktorem, který predisponuje k rozvoji onemocnění ze skupiny SpA. Riziko rozvoje AS se u HLA-B27 pozitivních zvyšuje padesáti až stonásobně.

Axiální spondyloartritidy

Dominantním projevem u axSpA je zánětlivý proces, který postihuje kloubní spojení a enteze osového skeletu. Typickým zástupcem je ankylozující spondylitida, dříve také nazývaná Bechtěrevova nemoc. Dle aktuálního pochopení problematiky však není AS jedinou formou axSpA. V roce 2009 byla publikována klasifikační kritéria Mezinárodní společnosti pro hodnocení spondyloartritid (ASAS, Assessment of SpondyloArthritis international Society), která znamenala převrat v současném dělení onemocnění axSpA. ASAS rozděluje axSpA na radiografickou a neradiografickou formu. AS reprezentuje radiografickou formu, je to onemocnění s jasnými zánětlivými změnami (sakroileitida a spondylitida) detekovatelnými na prostém rentgenovém (RTG) snímku. Naproti tomu neradiografická axiální SpA (nr-axSpA) nevykazuje známky zánětlivého procesu na prostém RTG snímku, tyto jsou však patrné při zobrazení magnetickou rezonancí. Charakteristickými lézemi jsou na MRI známky tzv. kostního edému (BME, bone marrow edema) lokalizovaného periartikulárně na STIR sekvenci minimálně ve dvou po sobě následujících řezech, které jsou známkou aktivního zánětlivého procesu. Chronické zánětlivé změny se pak zobrazují jako eroze nebo tuková metaplázie v T1 vážených obrazech. Toto dělení vyhovuje potřebě časné diagnostiky onemocnění před rozvinutím celého spektra klinických příznaků typických pro danou klinickou jednotku. Stále však není jasné, jestli se u radiografické axSpA a nr-axSpA jedná o dvě formy onemocnění s významným překryvem symptomů, nebo o jedno onemocnění zachycené v rozdílném časovém bodě. Faktem ale je, že se obě formy vzájemně liší poměrem postižených mužů a žen. U radiografické axSpA, respektive ankylozující spondylitidy, jsou

muži postiženi až třikrát častěji než ženy. Naproti tomu u nr-axSpA je počet postižených žen i mužů stejný (1:1). Stejně tak jsou mezi radiografickou a neradiografickou formou rozdíly v asociaci s antigenem HLA-B27. U AS je HLA-B27 pozitivní u 95 % pacientů, v případě nr-axSpA se pozitivita vyskytuje u 70–90 % pacientů. Závažnost obou forem axSpA je však zcela srovnatelná. Proto je i terapeutický přístup k pacientům s radiografickou a nr-axSpA shodný, včetně indikace biologické terapie u vysoce aktivního onemocnění.

Zánětlivá bolest zad

Ústředním klinickým projevem axiální SpA je zánětlivá bolest zad (IBP, inflammatory back pain). IBP je často prvním příznakem onemocnění, který vlastní diagnózu předchází. Správné odlišení IBP od běžných, mechanických bolestí zad je zásadní pro určení časné diagnostiky axSpA (tab. 1). Zánětlivé bolesti páteře jsou chronické, vznikají typicky u mladých jedinců (do 40–45 let věku). Pro bolest je charakteristický plíživý nástup a postupným rozvojem. Bolest je zhoršována klidem, patognomické pro IBP je probou-

zení nemocného pro bolest a ztuhlost zad v druhé polovině noci a nad ráno. Obtíže při IBP se naproti mechanické bolesti zad zlepšují s pohybem. Nemocní často referují, že musí v noci vstát a krátce si zacvicit, aby si od obtíží ulevili. Bolest je lokalizována do křížokyčelní krajiny, někdy se střídavě propaguje do hýždí. Úlevu od IBP kromě pohybu přináší užití nesteroidních antiflogistik (NSA), kdežto běžná analgetika typu paracetamolu nebo metamizolu nevedou ke zmírnění potíží. K charakteristickým obtížím patří i ranní ztuhlost, která trvá více než 30 minut. K identifikaci IBP je možno využít několik algoritmů (tab. 2). Asi nejužívanější v klinické praxi je hodnocení IBP dle ASAS, praktická jsou i tzv. Berlínská kritéria.

Diagnostika axiální spondyloartritidy

Stanovení diagnostiky axiální spondyloartritidy je založeno na přítomnosti typických klinických projevů onemocnění, laboratorních abnormalit spolu s charakteristickými nálezy na zobrazovacích metodách. Ke stanovení diagnostiky axSpA, respektive ankylozu-

Tab. 1 Základní rozdíly mezi zánětlivou a mechanickou bolestí dolních zad (Upraveno dle West et al, 2015)

	Zánětlivá LBP	Mechanická LBP
Věk nástupu	< 40 let věku	Jakýkoliv věk
Typ nástupu	plíživý	akutní
Trvání symptomů	> 3 měsíce	< 4 týdny
Ranní ztuhlost	> 60 minut	< 30 minut
Noční bolest	častá	není
Efekt cvičení	zlepšení obtíží	zhoršení obtíží
Neurologický deficit	není	možný

LBP – low back pain, bolest dolních zad

Tab. 2 Algoritmus určení zánětlivé bolesti zad (IBP, inflammatory back pain). Možné je využít kritéria Mezinárodní společnosti pro hodnocení spondyloartritid ASAS. Obdobná jsou i kritéria dle německých autorů, tzv. Berlínská kritéria. (Upraveno dle Sieper et al., 2009 a Rudweleit et al., 2006)

ASAS kritéria IBP	Berlínská kritéria IBP
zlepšení po rozcvičení	střídavé bolesti s propagací do hýždí
plíživý nástup	probouzení pro bolesti ve 2. polovině noci
noční bolesti	ranní ztuhlost > 30 min
věk nástupu obtíží < 40 let	
žádné zlepšení v klidu	zlepšení po rozcvičení, žádné zlepšení v klidu
IBP, pokud jsou přítomny alespoň 4 z 5 kritérií	IBP, pokud jsou přítomny alespoň 2 ze 4 kritérií

Tab. 3 ASAS klasifikační kritéria pro axiální spondyloartritidy (axSpA). Vstupním kritériem je chronická bolest dolních zad (trvajících více než 3 měsíce) zánětlivého charakteru vznikající do 45 let věku nemocného. Pacient pak buď splní tzv. zobrazovací větev, tedy má nález sakroileitidy na rentgenovém snímku nebo na magnetické rezonanci a má minimálně jeden z dalších příznaků SpA. Nebo splní klinickou větev, tedy je HLA-B27 pozitivní a k tomu má minimálně 2 další SpA příznaky

Sakroileitida na RTG nebo MRI	HLA-B27 pozitivita
+ ≥ 1 SpA příznak	+ ≥ 2 SpA příznaky
SpA příznaky	
zánětlivá bolest zad	idiopatický střevní zánět
artritida periferních kloubů	dobrá odpověď na NSA
akutní přední uveitida	HLA-B27 pozitivita
daktylitida	rodinná anamnéza SpA
entezitida (Achillovy šlachy)	
psoriáza	zvýšené hodnoty CRP*

*CRP, C-reaktivní protein

jičí spondylitidy byl dříve vyžadován nález zánětlivých změn osového skeletu na RTG snímku. Nyní lze ke stanovení diagnózy axSpA využít i již zmiňovaná ASAS kritéria. Ta umožní onemocnění klasifikovat jako axSpA i při negativním RTG snímku nebo při HLA-B27 pozitivitě a přítomnosti minimálně dvou typických projevů SpA (tab. 3). Pokud má pacient chronické bolesti dolních zad zánětlivého charakteru vzniklé do 45 let věku a normální RTG páteře, je indikováno vyšetření sakroiliakálních (SI) kloubů pomocí magnetické rezonance (MRI). MRI zobrazí velice přesně jak akutní, tak chronické zánětlivé změny SI skloubení, a to i při krátké anamnéze trvání obtíží. To je hlavním přínosem v diagnostice axSpA, neboť RTG detekuje zánětlivé změny kloubů až při delší době probíhajícího zánětlivého procesu a ty jsou tak projevem již pokročilého onemocnění. Pozdější vznik radiografických známek axSpA **příspěvá ke zpoždění diagnózy, které v průměru činí** dlouhých

6–9 let. Prvním příznakem axSpA také vždy nemusí být bolest zad. U některých nemocných se onemocnění manifestuje některým z extraskeletálních příznaků – rekurentní akutní přední uveitidou, psoriázou nebo idiopatickým střevním zánětem, a kloubní projevy se přidávají až následně. Diagnostika axSpA je tedy komplexní a často složitá. Revmatolog na základě anamnestických údajů, klinického vyšetření a výsledků laboratorních a zobrazovacích metod stanovuje diagnózu axSpA a dále pak určuje a řídí léčbu nemocného. Otázka dostupné terapie axSpA **přesahuje rámec tohoto sdělení. Jen okrajově je nutné zmínit, že kromě režimových opatření (pravidelné cvičení) a NSA je již standardem cílená protizánětlivá (anticytokinová) léčba** (obr. 2). Ta inhibicí některého z klíčových prozánětlivých cytokinů (tumor nekrotizující faktor alfa, TNF α ; interleukin 17, IL-17) velice účinně zastavuje zánětlivý proces, zmírňuje bolesti a ztuhlost páteře a dle typu vlastního

léku ovlivňuje i mimokloubní projevy onemocnění jako je psoriáza, IBD nebo také snižuje rekurenci akutní přední uveitidy.

Kdy pacienta odeslat k revmatologovi

Axiální spondyloartritidy jsou nemoci progresivního charakteru. Pokud není onemocnění **včas diagnostikováno** a adekvátně léčeno, dochází k postupnému zhoršení hybnosti páteře, u některých nemocných pak může dojít i k významné invalidizaci **s plnou ztrátou hybnosti**. Diagnostika axSpA **náleží revmatologovi. Na lékaře prvního kontaktu je proto kladen důraz, aby identifikovali nemocné se suspekci na SpA, které následně odešlou k dalšímu vyšetření na odborné revmatologické pracoviště**. Bylo vytvořeno několik referenčních strategií pro nemocné s podezřením na axSpA, ústředním klinickým projevem je přítomnost zánětlivé bolesti zad. Současné doporučení pro všeobecné praktické lékaře **z roku 2014 vychází z tzv. Berlínského referenčního algoritmu**. Pro odeslání pacienta k revmatologovi je hlavním kritériem chronická bolest dolních zad (trvání bolesti více než tři **měsíce**) **se začátkem před 45. rokem věku** a alespoň jedno z dalších kritérií: zánětlivý charakter bolesti zad, HLA-B27 pozitivitu nebo sakroileitidu na RTG nebo MRI (obr. 3). Nicméně provedení vyšetření zobrazovacími metodami je vhodné ponechat na odborné pracoviště.

Spondyloartritidy jsou onemocnění s velice heterogenními projevy, které postihují pohybový aparát, mají ale také typické mimokloubní projevy. Pro axiální spondyloartritidu je typická slabší či silnější asociace s antigenem HLA-B27, který je genetickým faktorem predisponujícím ke vzniku onemocnění axSpA. Hlavním projevem

▼ Inzerce

NOVINKA

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky vydává novou odbornou publikaci

Dlouhodobá péče nejen v České republice

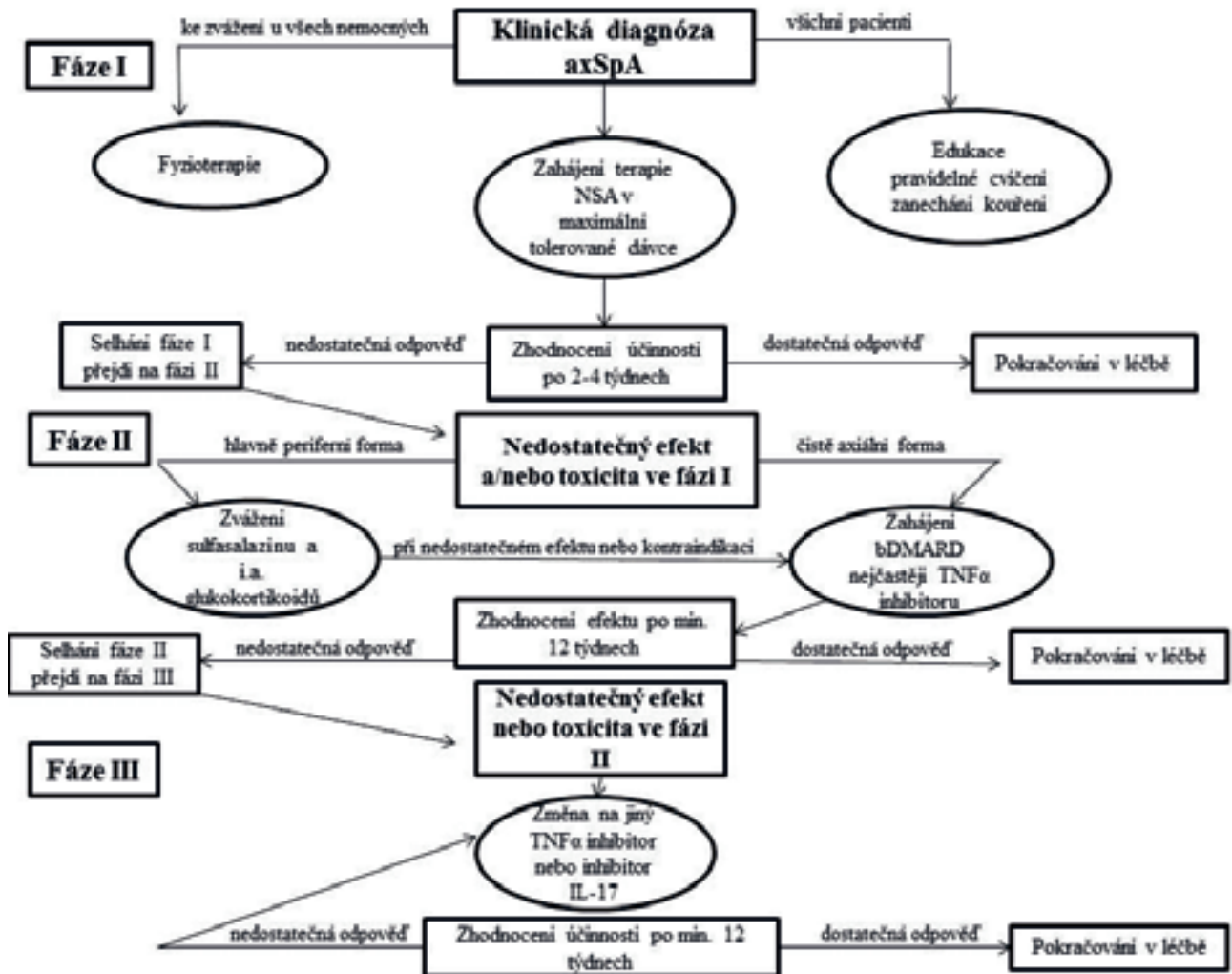
Kniha Ladislava Průši a kolektivu je první ucelenou publikací, která identifikuje klíčové problémy, jež brání rozvoji dlouhodobé péče o seniory a handicapované osoby v České republice.

Hlavním cílem je nastínit řešení, která by přispěla k odstranění existujících nedostatků, a to na základě výsledků terénního šetření mezi pečujícími osobami v ČR a dotazníkového šetření mezi poskytovateli služeb dlouhodobé péče ve vybraných evropských zemích. Kniha je klíčovým nástrojem pro regulátory a zástupce veřejné správy jako hlavní předpoklad pro úspěšné systémové změny a reformní kroky.

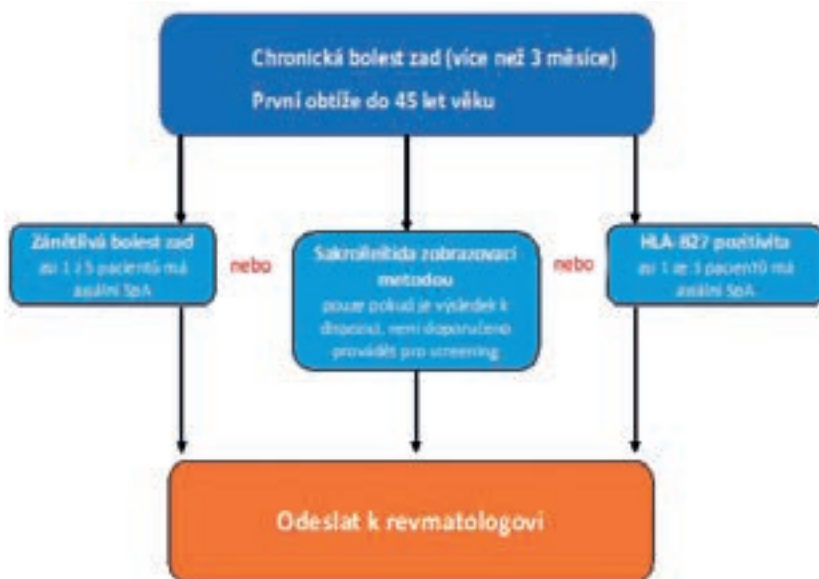
Objednávejte na: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Vančurova 2904, 390 01 Tábor, tel./fax: 381 213 332 provolba č. 1, e-mail: redakce@apsscr.cz, <http://shop-apsscr.alvepi.com/>



Cena: 349 Kč
Členové APSS ČR: 299 Kč



Obr. 2 Doporučení pro léčbu axiální spondyloartritidy dle Evropské ligy proti revmatismu (EULAR) a Mezinárodní společnosti pro hodnocení spondyloartritid (ASAS) z roku 2016. AxSpA, axiální spondyloartritida; NSA, nesteroidní antiflogistika; bDMARD, biologický, chorobu modifikující lék; TNF α , tumor nekrotizující faktor alfa; IL-17, interleukin 17; i.a., intraartikulární



Obr. 3 Berlínský referenční algoritmus (upraveno dle Sieper et al., 2005). Doporučení k odeslání pacienta s podezřením na axiální spondyloartritidy k revmatologickému vyšetření

axSpA jsou chronické bolesti dolních zad, které mají zánětlivý charakter. Právě zánětlivá bolest zad je stěžejním projevem, který pomůže identifikovat rizikové jedince, kteří by následně měli být odesláni ke specializovanému revmatologickému vyšetření. Pro odeslání pacienta k revmatologovi je možné použít referenční strategii dle doporučení Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Ta klade důraz na chronické bolesti zad začínající v mladém věku, které jsou buď zánětlivého charakteru, nebo je pacient HLA-B27 pozitivní. Doplnění zobrazovacích metod (RTG, MRI) k ozřejnění nálezu na páteři je vhodné ponechat již na specializovaném pracovišti. Jen časná diagnóza onemocnění spolu s adekvátní terapií vede k zastavení zánětlivého procesu a předchází nevratným změnám páteře, které mohou být pro pacienta invalidizující.

MUDr. Monika Gregová, Ph.D.

Revmatologický ústav,
Klinika revmatologie 1. LF UK v Praze

Možnosti léčby závislosti na tabáku

Kouření je v České republice příčinou téměř pětiny úmrtí. Pacientů závislých na tabáku jsou u nás již více než dva 2 miliony. Závislost na tabáku je samostatná diagnostická jednotka s označením F17.

Účinná léčba existuje a měla by být nabízena všemi zdravotníky v rámci celé klinické medicíny. „Jako první se rozvíjí psychosociální závislost, tj. potřeba užívat tabákový výrobek v určitých situacích. U většiny kuřáků se přidá i fyzická závislost, jejímž podkladem je nikotin. Projevuje se přítomností odvykacího stavu v případě přerušování užívání tabáku. Léčba závislosti na tabáku zahrnuje vedle behaviorálních metod také farmakoterapii, jejímž cílem je potlačení abstinčních příznaků. Léky dokážou až ztrojnásobit úspěšnost samotné psychobehaviorální intervence, samy o sobě však nikomu kouřit nezabrání – potlačují abstinční příznaky, ale nesáhnou po cigaretě musí každý sám, to je podstatné sdělení,“ vysvětluje vedoucí Centra pro závislé na tabáku 1. LF UK a VFN prof. MUDr. Eva Králíková.

Pro léčbu závislosti na nikotinu je u nás k dispozici několik druhů léků první linie, které jsou vhodné pro všechny kuřáky závislé na

nikotinu, ale také v případě, že je problémem přestat kouřit.

„Především je to nikotin volně prodejny v lékárně ve formě náplasti, žvýkačky, pastilky nebo ústního spreje. Jejich účinnost se významně neliší. Rozdíl je jen ve způsobu vstřebávání nikotinu. Pro odvykání kouření byl vyvinut také vareniklin, který je bez obsahu nikotinu. Tento lék je parciálním agonistou nikotinových receptorů. K léčbě dále užíváme bupropion, který patří mezi antidepresiva. Jeho hlavní indikací je léčba depresivní poruchy. K léčbě závislosti na tabáku také doporučujeme další volně prodejny přípravky s účinnou látkou cytisin, který je od loňského léta u nás k dostání v lékárnách. Je na podobném principu jako vareniklin, také potlačuje abstinční příznaky a v případě kouření blokuje pocit odměny,“ shrnuje prof. Králíková. Existují i přípravky k inhalaci nikotinu např. v elektronických cigaretách.

Neprodukují kouř, jejich riziko je tedy v porovnání s kouřením velmi malé.

Cytisin je rostlinný extrakt z rostliny štedřene odvislý, který má podobnou chemickou strukturu a působení jako nikotin, ale obecně slabší. Neobsahuje nikotin. Jeho užívání umožňuje pozvolné snížení závislosti na nikotinu tím, že zmírňuje abstinční příznaky spojené s přerušováním kouření (jako jsou depresivní nálada, podrážděnost, pocit hněvu, úzkost, obtížné soustředění, zvýšená chuť k jídlu, nespavost či neklid). Cílem léčby je vždy trvalé ukončení používání výrobků obsahujících nikotin. Je určen pouze osobám s vážným úmyslem zbavit se závislosti na nikotinu.

Jak prof. Králíková zdůrazňuje, cílem farmakoterapie závislosti na tabáku je potlačení abstinčních příznaků. Žádné léky samy o sobě nemohou zabránit v kouření. Proto je třeba uplatňovat vždy obě složky léčby. Léky však její úspěšnost významně zvyšují. (eta)

▼ Inzerce

AFZ_Def_4_03/2021

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU: Defumoxan 1,5 mg tablety. Léková forma: Tableta. Složení: Jedna tableta obsahuje cytisinum 1,5 mg. Indikace: Odvykání kouření a snížení chuti na nikotin u kuřáků, kteří jsou ochotni přestat kouřit. Cílem léčby pomocí přípravku Defumoxan je trvalé ukončení používání výrobků obsahujících nikotin. Dávkování: Jedno balení přípravku Defumoxan (100 tablet) postačuje ke kompletní léčbě kouření. Doba trvání léčby je 25 dní. Přípravek Defumoxan se užívá podle následujícího léčebného plánu: Od 1. do 3. dne 1 tableta každé 2 hodiny, maximální denní dávka je 6 tablet. Od 4. do 12. dne 1 tableta každé 2,5 hodiny, maximální denní dávka je 5 tablet. Od 13. do 16. dne 1 tableta každé 3 hodiny, maximální denní dávka jsou 4 tablety. Od 17. do 20. dne 1 tableta každých 5 hodin, maximální denní dávka jsou 3 tablety. Od 21. do 25. dne 1–2 tablety denně, maximální denní dávka do 2 tablet. S kouřením je třeba přestat nejpozději do 5. dne léčby. S kouřením není možné pokračovat během léčby, protože to může zhoršit nežádoucí účinky. Pokud je léčba neúspěšná, je nutné ji ukončit, s léčbou se může znovu začít za 2 až 3 měsíce. U pacientů s poruchami funkce ledvin, poruchami funkce jater neexistují žádné klinické zkušenosti s přípravkem Defumoxan proto se léčivý přípravek v této skupině pacientů nedoporučuje užívat. Starší pacienti: Vzhledem k omezeným klinickým zkušenostem se přípravkem Defumoxan nedoporučuje užívat u pacientů starších 65 let. Pediatrická populace: Bezpečnost a účinnost přípravku Defumoxan u osob mladších 18 let nebyla stanovena. Přípravek Defumoxan se nedoporučuje užívat u osob mladších 18 let. Způsob podání: Přípravek Defumoxan se má užívat perorálně s dostatečným množstvím vody. Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Nestabilní angina pectoris, anamnéza nedávného infarktu myokardu, klinicky významná arytmie, anamnéza nedávné cévní mozkové příhody, těhotenství a kojení. Klinicky významná upozornění pro použití: Přípravek Defumoxan mohou užívat pouze osoby s vážným úmyslem zbavit se závislosti na nikotinu. Současné podávání léku a kouření nebo používání výrobků obsahujících nikotin může vést ke zhoršení nežádoucích účinků nikotinu. Přípravek Defumoxan je nutné užívat s opatrností u pacientů s ischemickými chorobami srdce, srdečního selhání, hypertenze, feochromocytomu, aterosklerózy a jiných periferních cévních onemocnění, žaludečního a duodenálního vředu, gastroezofageálního refluxu, hypertyreózy, diabetu a schizofrenie. Odvykání kouření: Polycyklické aromatické uhlovodíky v tabákovém kouři indukují metabolismus léků metabolizovaných enzymem CYP 1A2 (případně CYP 1A1). Pokud kuřák přestane kouřit, může to vést k pomalejšímu metabolismu a následnému zvýšení hladiny těchto léků v krvi. To má potenciálně klinický význam u přípravků jako jsou např. theofylin, takrin, klozapin a ropinirid. Plazmatická koncentrace jiných léčivých přípravků částečně metabolizovaných enzymem CYP1A2, např. imipramin, olanzapin, klomipramin a fluvoxamin, se při odvykání kouření také může zvýšit, přestože chybí údaje, které by to potvrdily, a možný klinický význam účinku na tyto léky není znám. Depresivní nálada, vzácně zahrnující sebevražedné myšlenky a pokusy o sebevraždu, mohou být příznakem vysazení nikotinu. Anamnéza psychiatrických poruch během odvykání kouření za pomoci léčby, nebo bez ní, je spojována se zhoršením skrytého psychiatrického onemocnění (např. deprese). U pacientů s anamnézou psychiatrického onemocnění je třeba dbát opatrnosti a pacienty odpovídajícím způsobem informovat. Ženy ve fertilním věku musí během léčby přípravkem Defumoxan používat velmi účinnou antikoncepci. Interakce s jinými léčivými přípravky: Přípravek Defumoxan není možné užívat s léky k léčbě tuberkulózy. Pacient si musí být vědom toho, že současné podávání léku a kouření nebo používání výrobků obsahujících nikotin může vést ke zhoršení nežádoucích účinků nikotinu. V současnosti není známo, zda může přípravek Defumoxan snížit účinnost systémově působící hormonální antikoncepce, a proto ženy, které takovou hormonální antikoncepci užívají, mají používat druhou bariérovou metodu antikoncepce. Těhotenství a kojení: Neexistují žádné údaje nebo existují jen omezené údaje o užívání cytisinu u těhotných žen. Přípravek Defumoxan je během těhotenství a kojení kontraindikován. Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje: Defumoxan nemá žádný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. Nejčastější nežádoucí účinky: Většina vedlejších účinků se objevila na začátku léčby, poté ustoupily. Tyto příznaky mohou být spíše důsledkem odvykání kouření než užíváním léčivého přípravku. Poruchy nervového systému: velmi časté: závrat, podrážděnost, změny nálady, úzkost, poruchy spánku (nespavost, ospalost, letargie, abnormální sny, noční můry), bolest hlavy, časté: problémy s koncentrací. Srdceční poruchy: velmi časté: tachykardie, časté: pomalá tepová frekvence. Cévní poruchy: velmi časté: hypertenze. Gastrointestinální poruchy: velmi časté: sucho v ústech, průjem, nauzea, změny chuti, pálení žáhy, zácpa, zvracení, bolest břicha (zejména horní polovina břicha), časté: abdominální distenze, pálení jazyka. Poruchy kůže a podkožní tkáně: velmi časté: vyrážka. Poruchy svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně: velmi časté: myalgie (bolest svalů). Celkové poruchy a reakce v místě aplikace: velmi časté: vyčerpání, časté: malátnost. Předávkování: Při předávkování přípravkem Defumoxan jsou pozorovány příznaky intoxikace nikotinem. Příznaky zahrnují malátnost, nauzeu, zvracení, zvýšenou teplotu frekvenci, kolísání krevního tlaku, poruchy dýchání, poruchy zraku, klonické křeče. U všech případů předávkování je třeba postupovat podle standardního postupu jako při akutní otravě, je třeba provést laváž žaludku a řízenou diurézu. Je třeba sledovat vylučování, krevní tlak a tepovou frekvenci. Případně účinnými úkony první pomoci: Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10, www.sukl.cz/nahlásit-nezádoucí-účinky. Uchovávat při teplotě do 25 °C. Uchovávat v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Velikost balení: 100 tablet. Registrační číslo: 87/838/15-C. Datum první registrace: 20.12.2017. Datum poslední revize textu: 5.8.2019. Držitel rozhodnutí o registraci: Aflofarm Farmacia Polska Sp. z o.o., Partyzantka 133/151, 95-200 Pabianice, Polsko. Dostupnost: Přípravek není vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. S podrobnějšími informacemi o přípravku se seznámte v SPC. Tato informace o produktu je platná ke dni vydání materiálu: červen 2020.

Aflofarm

Třiadvacet let s ledním medvědem

Doplňek stravy Preventan letos slaví 23. výročí uvedení na trh. Během této doby se portfolio z původní jedné varianty rozšířilo na čtyři druhy.

Preventan® je doplňkem stravy, který díky obsahu unikátní směsi biologicky aktivních látek podporuje obranyschopnost organismu. Je určen na zlepšení imunity, pomáhá bojovat proti únavě, vyčerpání a celkově zlepšuje vitalitu.

Přípravek je obohacen o vitamin C, který je známý antioxidant podporující ochranu buněk před oxidačním stresem a vlivem volných radikálů. Lidský organismus si neumí tento vitamin vyrobit sám, musí ho přijímat z externího prostředí. Preventan® je ve formě cucavých tablet tak, aby aktivoval imunitní systém již při rozpouštění v ústech.

Mechanismus účinku

Základem tohoto přípravku je aktivní složka ProteQuine®, což je patentovaná látka, kterou vyvinuli čeští imunologové. Jde o biologicky aktivní směs lidskému organismu přirozených látek ze skupin aminokyselin, nízkomolekulárních oligopeptidů a nukleotidů, které aktivují imunitní systém přímo na sliznicích. Tímto mechanismem účinku se Preventan® liší od většiny dostupných doplňků stravy na podporu imunity. Odborné studie dokládají, že při užívání tohoto preparátu dochází k nárůstu sekrečního Imunoglobulinu A, jedné ze základních imunitních látek v lidském těle, až o sedesát procent. Produkt je ceněn zejména jako dlouhodobá prevence pro dospělé i děti, ale

obsahuje i řadu Akut a Quattro pro okamžitě, akutní užití.

„Imunitní systém, obranný mechanismus organismu, jenž člověka brání před patogeny, s nimiž přichází do kontaktu, je každodenně oslabován vlivem smogu, radioaktivního záření, ale i únavy a stresu. Působení těchto negativních faktorů se jen těžko vyhneme. Stále častěji tak dochází k oslabení imunity a v důsledku pak k nárůstu nemocnosti. Proto nás těší, že už tak dlouho pomáháme posilovat imunitu české populace a bojovat tak proti vyšší nemocnosti obyvatelstva,“ uvádí MUDr. Lukáš Jirka, generální ředitel společnosti Neuraxpharm Bohemia.

Pohled do historie

Historie Preventanu se datuje od 14. prosince 1998, kdy bylo Ministerstvem zdravotnictví ČR vydáno Rozhodnutí o souhlasu s uvedením doplňku stravy s názvem Preventan® na trh. Krátce po svém uvedení na trh se tento přípravek stal oblíbeným produktem managementů velkých podniků, které jej poskytovaly svým zaměstnancům, u nichž pak pozorovaly nižší nemocnost. Začal se také úspěšně prodávat i na zahraničních trzích. Od roku 2005 je prodáván na Slovensku, v roce 2007 dobyly doplňky stravy s ledním medvědem Polsko a pobaltské státy a v roce 2011 se Preventan® objevil na pultech lékáren i v Maďarsku.

Závěr studie Sledování vlivu šestiměsíčního podávání přípravku Preventan Junior® u dětí s významným výskytem infekcí horních cest dýchacích

Šestiměsíční podávání Preventanu Junior® u dětí s významným výskytem infekcí horních cest dýchacích (HCD) vedlo ke statisticky významnému snížení počtu onemocnění HCD u těchto dětí o 52,5 % z průměrného počtu $3,96 \pm 1,6$ v kontrolním období na $1,88 \pm 1,44$ onemocnění HCD (Studentův t-test, $p < 0,0001$). Zároveň s tím došlo u dětí ke statisticky významnému snížení počtu případů (snížení o 59,1 %; Studentův t-test, $p < 0,0001$), kdy děti užívaly antibiotika. Závěrem lze shrnout, že dlouhodobé podávání Preventanu Junior®, resp. účinné látky ProteQuine® v něm obsažené, vede ke snížení nemocnosti, ke snížení počtu užívaných antibiotik a tedy i ke snížení počtu dnů, kdy je třeba zůstat v domácím ošetřování z důvodu onemocnění HCD.

Z původní jedné varianty se během let Preventan® postupně rozrostl na čtyři, z nichž každá se nabízí v několika příchutích. Zatímco Preventan® Clasic je určen k celoroční podpoře imunity, Preventan® Akut pomáhá jako záchranná brzda při akutních potížích. Čtyřnásobnou sílu při prvních známkách únavy dodává Preventan® Quattro a dětem od tří let je určen Preventan Junior. „Nikdy jsem nepochyboval o tom, že tento výhradně český produkt bude patřit dlouhodobě k nejúspěšnějším produktům na podporu imunity dospělých a dětí. Dodnes se jedná o jedinečný doplněk stravy, který stále nemá na farmaceutickém trhu adekvátní náhradu. Za úspěchem značky samozřejmě, jako vždy, stojí v první řadě lidé. Jsem rád, že někteří kolegové, kteří byli u jeho zrodu, v naší společnosti pracují dodnes,“ uzavírá ředitel Jirka.

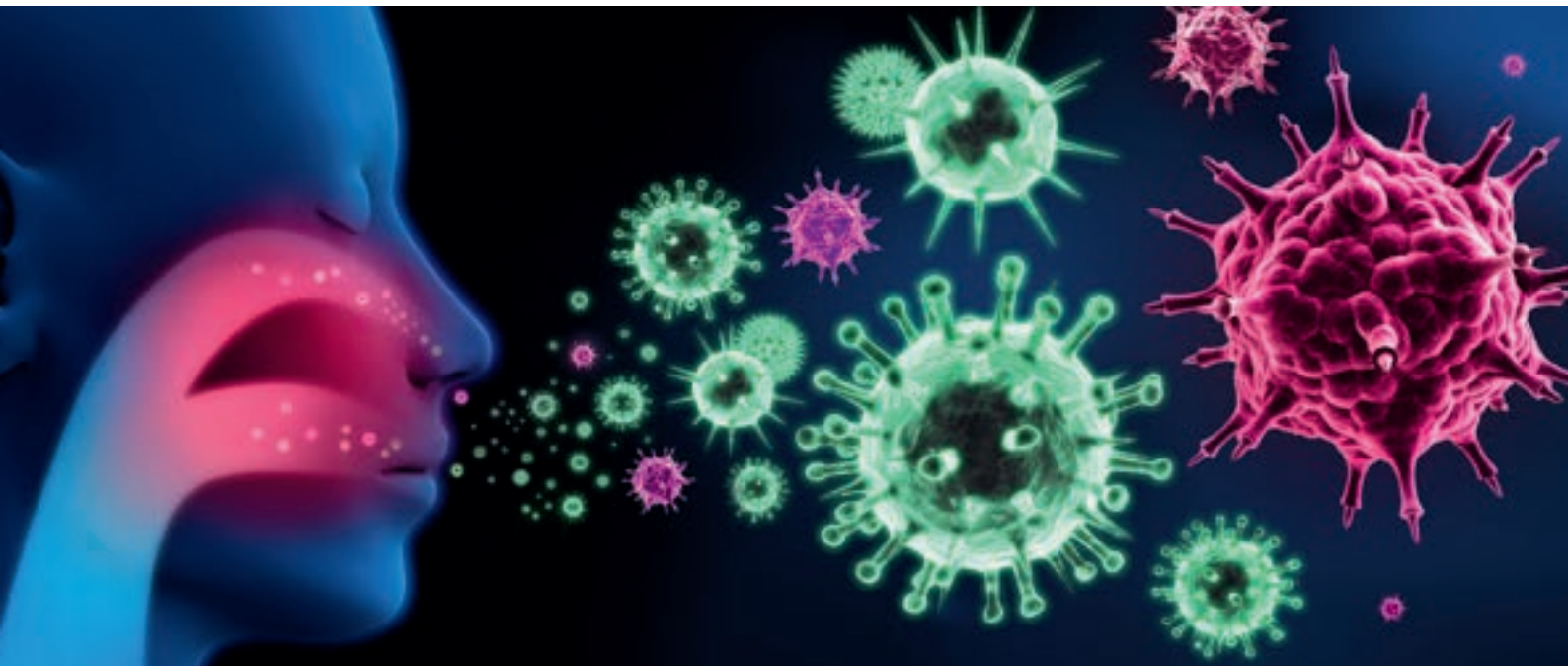
(eta)



Preventan®

POTVRŽENO!

**Dle nové studie infikuje COVID-19 hlavně ústa.
To urychluje jeho šíření v těle i přenos na další lidi*.**



„Naše studie ukazuje, že ústa jsou cestou infekce a zároveň inkubátorem viru SARS-CoV-2, který způsobuje COVID-19,“ uvedl Dr. Kevin Byrd, vědecký pracovník a manažer Oral and Craniofacial Research v Americe*.

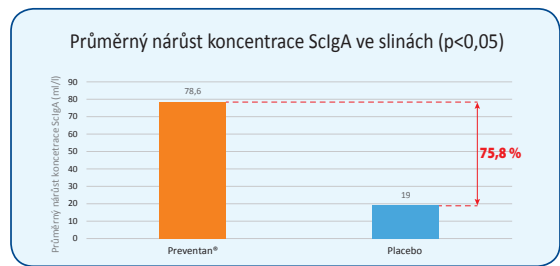
Vstupní branou většiny infektů (z 80 %) je dutina ústní. V té se nachází slizniční sekreční imunoglobulin A, který představuje primární obrannou linii, která brání šíření virů a bakterií dále do organismu, především dýchacích cest. Na základě těchto odborných znalostí je aktivace a podpora slizničního sekrečního imunoglobulinu A v imunitní obranné reakci v ústech klíčová.

Preventan® jako jediný produkt prokazatelně zvyšuje hladiny sekrečního imunoglobulinu A ve slinách.**

Proto prosím právě nyní nabízejte Preventan® jako první volbu v podpoře imunity dětí od 3 let, dospělých i seniorů.

Bártová J, Krátká Z, Benetková K, Krejsa O, Bažata V. Vliv Preventanu na hladiny SclgA ve slinách. *Prakt. Zub. Lék.* 2001; 3: 102–106.

Průměrný nárůst SclgA byl o 75,8 % vyšší



** **Závěr: Množství IgA ve slinách se statisticky významně zvýšilo u osob užívající Preventan® v porovnání se skupinou užívající placebo (p<0,05). Ke zvýšení došlo u 86 % případů.**



* <https://veda.instory.cz/veda-vyzkum/1432-dle-nove-studie-infikuje-covid-19-hlavne-usta-to-urychluje-jeho-sireni-v-tele-i-prenos-na-dalsi-lidi.html>

Vitamin D – víc než jen vitamin

Nové poznatky o vitaminu D dokládají jeho významný vliv na funkci většiny lidských buněk. Nedostatek vitaminu se podílí na vzniku i na závažnosti průběhu řady civilizačních nemocí, jako je kupříkladu diabetes I. a II. typu, a na zvýšeném riziku kardiovaskulárních, onkologických či autoimunitních onemocnění.

Vitamin D přirozeně vzniká účinkem slunečních paprsků (složky UVB) na kůži, kde se tvoří ze 7-dehydrocholesterolu cholekalciferol, vitamin D₃. Přijímáme jej také ve stravě, hlavně v tučných mořských rybách, méně je obsažen v mléce, vaječných žloutcích, vepřovém sádle. Častý pobyt na slunci dnes už málokdo zvládne – a konzumace mořských ryb v našich podmínkách také není velká. V houbách a rostlinách je přítomen vitamin D₂ ergokalciferol. Přeměna na další formu vitaminu D dále probíhá v játrech, kde je syntetizován 25-hydroxyvitamin D (kalcidiol), který ještě není biologicky aktivní a je hlavní zásobárnou vitaminu D v lidském těle. Jeho hladinu v krvi běžně měříme v laboratořích pro posouzení celkového stavu vitaminu D. V ledvinách (a některých dalších tkáních) z něj vzniká 1,25-dihydroxyvitamin D (kalcitriol), který je vlastní aktivní biologicky účinnou formou vitaminu D. Jeho hladina je citlivě regulována parathormonem, hormonem příštítných tělísek. Většina biologických aktivit vitaminu D je zprostředkována jaderným receptorem, na který se 1,25-dihydroxyvitamin D váže, vstupuje s ním do jádra cílové buňky a ovlivňuje cílové geny. Receptor pro vitamin D je přítomen v mnoha lidských tkáních, jako je střevo, kosti, ledviny, vlasové folikuly, slinivka, myokard, cévy, mozek, pohlavní žlázy, děloha, placenta, nadledviny, kůže, lymfocyty, makrofágy a další.

Jak častý je nedostatek vitaminu D

Deficitem vitaminu D je v Evropě v současné době ohroženo 30–50 % populace.

Výsledky podrobnější studie Státního zdravotního ústavu z roku 2016 u 419 českých dětí ve věku 5–9 let ukázaly dostatečné zásobení vitaminem D v průběhu většiny roku jen u jedné třetiny, na jaře již jen 14 %, více než třetina dětí měla hodnoty snížené a polovina nedostatečné. Nejvyšší hodnoty byly zjištěny v září, jako důsledek zvýšené letní expozice slunečnímu záření.

Klasický efekt vitaminu D

Klasická mnoho let známá role vitaminu D je podpora vstřebávání vápníku a fosforu ve střevě, vliv na kostní metabolismus, a tedy zdraví kostí a zubů. Nedostatek vitaminu D vede u dětí k malformacím známým jako rachitida. I u dospělých je jeho nedostatek rizikový stav. Nedostatečné hladiny vedou ke zvýšení parathormonu v séru, který se snaží udržet „normální“ hladiny kalcia i za cenu jeho zvýšené resorpce z kostí, což vede k narušení skladby kostí (osteoporóza, osteopenie) a zvýšenému výskytu fraktur.

U starších lidí jsou nízké hladiny vitaminu D velmi časté a jsou spojovány s osteoporózou, nižší svalovou silou a hmotou (sarkopenie), nižší fyzickou aktivitou a častějšími pády seniorů. Svoji roli hraje i nedostatečná výživa, často z důvodů nechuti k jídlu u starších lidí. Důsledkem častějších pádů seniorů jsou pak zlomeniny, zejména kosti stehenní, což souvisí i s mortalitou. Pokles potenciálu zdraví u starších lidí, který souvisí s dobou přežití – „stařecká křehkost – frailty syndrom“ je na rozdíl od chronologického věku vratný.

Vitamin D a imunita

Vitamin D ovlivňuje stimulačně jak imunitu vrozenou, tak získanou v průběhu života.

Antiinfekční imunita

Stále roste okruh odborníků, kteří připisují zimní a jarní infekce způsobené viry a bakteriemi oslabení funkce imunitního systému nedostatkem vitaminu D, jehož zásoby vytvořené v letních slunných dnech se již vyčerpaly a nebyly adekvátně doplněny jeho imunologie přísunem ze stravy či suplementací. Zjištění, že dostatek vitaminu D je nezbytným klíčovým faktorem aktivace T lymfocytů a dalších složek buněčné imunity, bez které nejsou schopny zajistit řádnou obranu organismu a explozivně zvyšovat svoje počty, patří k významným objevům. Velká studie z února 2017 vyhodnocující data 11 000 účastníků ze 14 zemí publikovaná v British Medical Journal asi poprvé přesvědčivě dokazuje, že vitamin chrání proti respiračním infekcím tak, že zvyšuje hladiny antimikrobiálních peptidů (AMP) – přírodních substancí s efektem antibiotik v plicích. Výsledky korelují se známými fakty výskytu respiračních infekcí včetně chřipky v zimních a jarních měsících, kdy jsou hladiny vitaminu D nejnižší. Nová data tak navíc vysvětlují i pozorování, že normální hladiny vitaminu D snižují výskyt astmatu, který je běžně aktivován právě respiračními viry. Zejména u skupiny s nejnižšími hladinami vitaminu D (pod 25 nmol/l) se výskyt respiračních infekcí po suplementaci vitaminem D zmenšil na polovinu.

▼ Inzerce

Vitamín D3 Axonia OROFAST®

sublinguální vstřebávání / patentovaná nanoemulze ve spreji

1000 IU/25 µg vitamínu D3 v jedné dávce

Doplňek stravy. Nepřekračujte doporučené dávkování. Není náhrada pestré a vyvážené stravy.



Obecně byl efekt doplnění vitamínu D u osob s původně vážně nedostatečnými hladinami vitamínu D zhruba shodný jako efekt vakcinace proti chřipce. Význam těchto zjištění je akcentován tím, že právě respirační infekce jsou celosvětově hlavní příčinou nemocnosti a úmrtní. Suplementace vitamínem D je přitom bezpečná a není drahá, takže snižování počtu respiračních infekcí touto formou je velmi efektivní.

Autoimunita

Lidé žijící ve vyšších zeměpisných šířkách jsou podstatně více ohroženi autoimunitními onemocněními, kdy se imunita obrací proti vlastním tkáním, směrem k rovníku ohrožení klesá, což se dává právě do souvislosti s efektem vitamínu D a slunečního záření. Například u roztroušené sklerózy je výskyt ve vyšších zeměpisných šířkách až dvojnásobný oproti rovníkovému pásmu. Onemocnění jako roztroušená skleróza, TBC, sarkoidóza se také častěji poprvé objeví v zimních měsících.

Doporučené dávkování

V řadě doporučení je uváděna (pro populaci od 1 roku výše) denní potřeba vitamínu D₃ (cholecalciferol) ve stravě nebo suplementaci (pokud chybí zdroj vitamínu D „ze slunce“) na 15–20 µg/den (600–800 IU/den). Tato hodnota je dnes některými autory považována za poměrně nízkou. Dávku 800 IU/den (20 µg/den) považují za vyhovující pouze u jedinců s pravidelnou expozicí UV slunečnímu záření, – je-li expozice UV omezená, u pacientů s prokázanou osteoporózou, malabsorpcí, u obézních osob a řady neevropských etnik doporučují 2000 IU denně či vyšší. Potřebná dávka se liší dle vstupní hladiny 25-hydroxyvitamínu D, Body Mass Indexu (BMI), podílu tukové tkáně, expozice slunečnímu záření, fyzické zátěže a dalších faktorů. Suplementace není nutná každý den, součet denních dávek lze vzít v kratších intervalech např. 1x týdně p.o. V doporučení denních dávek se zatím odborníci ne vždy shodují, je třeba zmínit, že nekritickým množstvím vitamínu je možné se i předáv-

kovat – i když poměrně obtížně. Dobrou orientací je měření hladin 25-hydroxyvitamínu D v laboratoři s cílovými hodnotami 75–125 nmol/l.

Počet důkazů o významné roli vitamínu D na lidské zdraví od přelomu tohoto tisíciletí roste velmi rychle, v článku jsou uvedeny jen některé. Široké spektrum účinků zejména na kardiovaskulární, neuromuskulární a imunitní systém jej staví spíše do role hormonu než vitamínu. Přestože nemůžeme tento vitamin považovat za univerzální lék, je zjevné, že jeho dostatečné hladiny v krvi mohou předejít mnoha zbytečným potížím. Občasné kontrolní měření hladiny 25-hydroxyvitamínu D v laboratoři je vhodné. V podmínkách České republiky výsledky Centra zdraví, výživy a potravin Státního zdravotního ústavu Brno ukazují, že jen asi 1 % osob ve věku 18–90 let doplňuje svou potřebu vitamínu D z obvyklé stravy. Substituce vitamínovými přípravky je tedy zjevně nutností.

MUDr. Petr Podroužek, CSc.
EUC Laboratoře, s. r. o., Praha

▼ Inzerce

Prevence a léčba deficiencie vitamínu D



Vitamin D₃ Axonia coleciferolum

30000 IU
potahované tablety



30 000 IU vitamínu D₃ v 1 tabletě

7000 IU
potahované tablety



7 000 IU vitamínu D₃ v 1 tabletě

1000 IU
potahované tablety



1 000 IU vitamínu D₃ v 1 tabletě

Pouze na lékařský předpis!

Zkrácená informace o přípravku:

Název a složení: Vitamin D₃ Axonia 30000 IU potahované tablety (coleciferolum 750 µg = 30 000 IU vitamínu D₃ v jedné potahované tabletě). Vitamin D₃ Axonia 7000 IU potahované tablety (coleciferolum 25 µg = 1 000 IU vitamínu D₃ v jedné potahované tabletě). **Indikace:** Léčba deficiencie vitamínu D. Prevence deficiencie vitamínu D u vysoce rizikových pacientů. Adjuvantní léčba osteoporózy. **Farmakodynamické vlastnosti:** Podávání celkové týdenní/měsíční dávky jednou týdně/měsíčně vede díky farmakokinetickým parametrům vitamínu D ke stejnému účinku jako denní podávání. **Dávkování a způsob užívání:** Dávka má být stanovena individuálně na základě nutné míry suplementace vitamínu D a s ohledem na národní požadavky. **Léčba deficiencie vitamínu D (počáteční dávka):** 800–4000 IU/denně nebo odpovídající dávka podaná jednou týdně nebo jednou měsíčně. **Prevence deficiencie vitamínu D (udržovací léčba):** 800–1600 IU/denně nebo odpovídající dávka podaná jednou týdně nebo jednou měsíčně. **Pacienti s osteoporózou:** maximálně 2000 IU/denně nebo odpovídající dávka podaná jednou týdně nebo jednou měsíčně. Pacientům má být také navíc podáno kalcium, je-li příjem z potravy nedostatečný. Vitamin D₃ Axonia potahované tablety je možné užívat nezávisle na jídle. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku. Hyperkalcemie. Hyperkalcie. Kalciová nefrolitiáza, nefrokalcinóza, hypervitaminóza D. Závažná porucha funkce ledvin. **Upozornění:** Dávka má být stanovena individuálně na základě kontrol plazmatických hladin kalcia. Během dlouhodobé léčby mají být monitorovány sérové hladiny kalcia, vylučování kalcia močí a renální funkce. Vitamin D₃ Axonia nemá být užíván při pseudohypoparathyreóze a nemá být podáván dětem mladším 12 let. **Interakce:** Thiazidová diuretika a přípravky s obsahem kalcia ve vysokých dávkách zvyšují riziko hyperkalcemie. Perorální podávání kalcia může zesílit účinky digitalisu a dalších srdečních glykosidů. **Kojení:** Vitamin D₃ Axonia je možné užívat během kojení. Vitamin D a jeho metabolity přecházejí do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Méně časté: hyperkalcemie a hyperkalcie. **Uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu při teplotě do 25°C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AXONIA, a.s., Bydžovská 185, 190 14 Praha 9. **Datum revize textu:** 23. 9. 2020. **Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznamte s úplnou informací o přípravku v Souhrnu údajů o přípravku.**

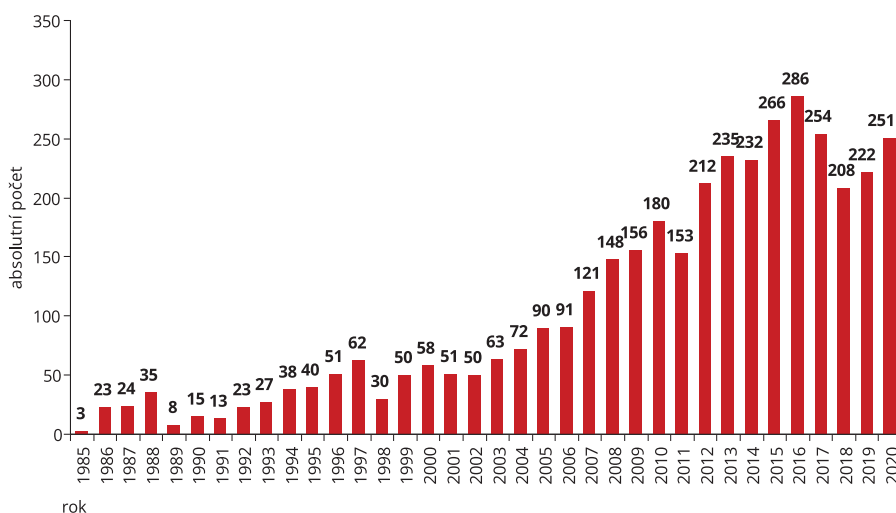
Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v České republice v roce 2020

Česká republika zůstává zemí s relativně nízkou úrovní infekce HIV/AIDS v rámci světa i Evropy jak z pohledu relativního počtu nových případů, který se pohybuje kolem 2 případů na 100 000 obyvatel, tak z pohledu kumulativního počtu HIV infekcí (3841) zaznamenaných za celé období sledování od roku 1985.

Přesto v období let 2003 až 2016 došlo k dlouhodobému nárůstu nově zjištěných případů z úrovně kolem 50 až na maximum 286 případů. V letech 2017 a 2018 byl pozorován výrazný pokles nově zjištěných případů. V roce 2019 pokles dále nepokračoval a bylo zjištěno 222 případů. V roce 2020 bylo v ČR zachyceno 251 nových případů infekce HIV, což je zhruba na úrovni roku 2017. V relativním vyjádření činí tento výskyt 2,35 případu na 100 000 obyvatel.

Rok 2020 přinesl nárůst

Nárůst počtu nově zachycených případů v roce 2020 oproti roku 2019 je patrně ovlivněn probíhající koronavirovou epidemií. Mezi případy roku 2020 je v porovnání s předchozími roky dvojnásobně vyšší počet osob (69), které již o své HIV pozitivitě věděly. Zčásti jde o rezidenty, kteří nejspíše vyhledali zdravotnické zařízení kvůli omezení přeshraničního pohybu a potřebě získání léků, které



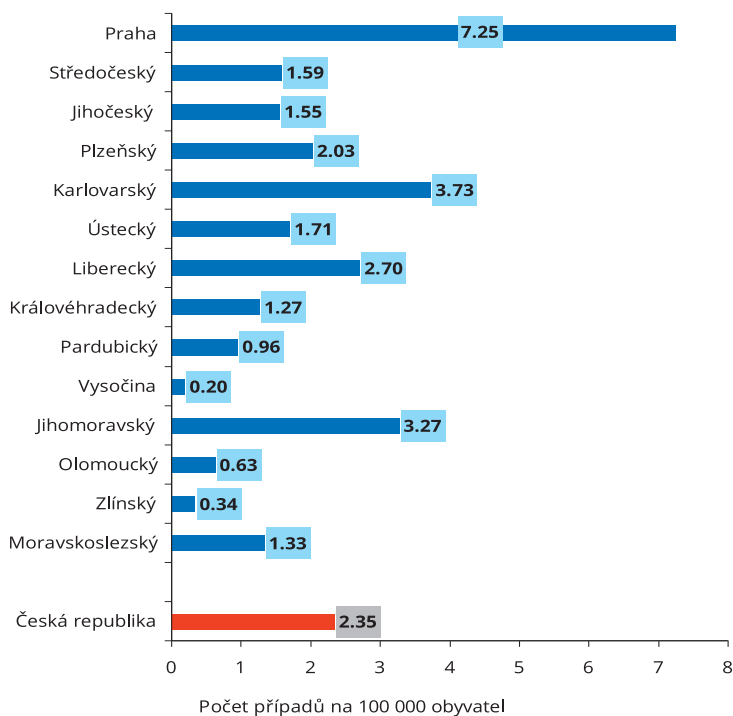
Nové případy infekce HIV v České republice v jednotlivých letech (občané ČR a cizinci s dlouhodobým pobytem). Absolutní údaje ke dni 31. 12. 2020

si za běžné situace zajišťovali mimo území ČR. Uvedené skutečnosti ztěžují posouzení

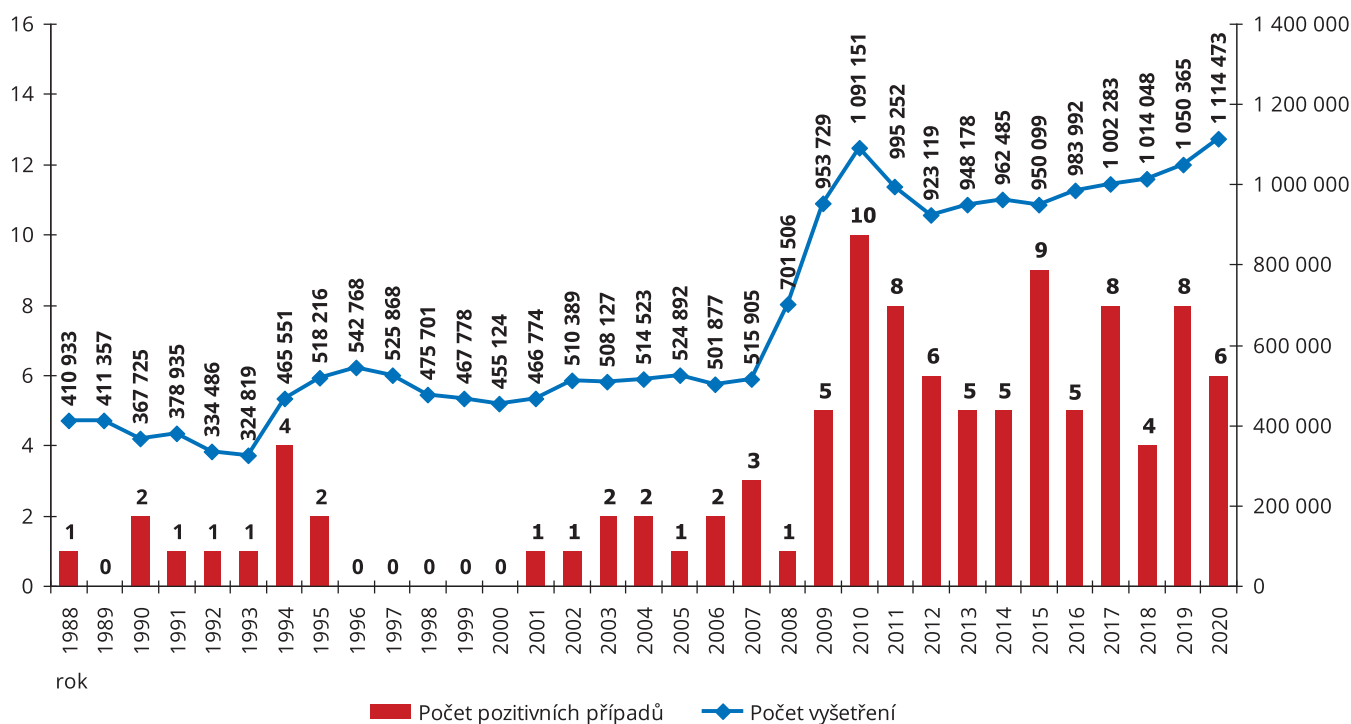
skutečných trendů vývoje HIV v ČR. Mezi nově diagnostikovanými je 203 mužů a 48 žen. V posledních dvou letech byl pozorován nárůst počtu nově diagnostikovaných žen na hodnoty výrazně vyšší oproti dlouhodobému průměru let 2009–18, který činil 22 žen. Průměrný věk nově diagnostikovaných mužů byl 37,2 roku a žen 38,4 roku. Věkové rozpětí bylo od 18 do 67 let u mužů a od 17 do 59 let u žen. Při zjištění infekce HIV bylo 171 (68,1 %) infikovaných v asymptomatickém stadiu, 22 (8,8 %) ve stadiu akutní infekce a pozdní záchyty představují 20 (8,0 %) nemocných ve stadiu symptomatickém non-AIDS a zejména 38 (15,1 %) s onemocněním AIDS.

Rezidenti jsou výrazně riziková skupina

Necelá polovina nových případů uvádí obvykle bydliště v Praze (38,2 %) či v jejím okolí ve Středočeském kraji (8,8 %), nicméně zastoupení Prahy a Středočeského kraje v posledních čtyřech letech setrvale mírně klesá. V Jihomoravském kraji bylo zachyceno 15,5 % nových případů. Při relativním vyjádření zohledňujícím počet obyvatel dlouhodobě jednoznačně dominuje Praha (7,2 případu na 100 000 obyvatel v roce 2020), s odstupem



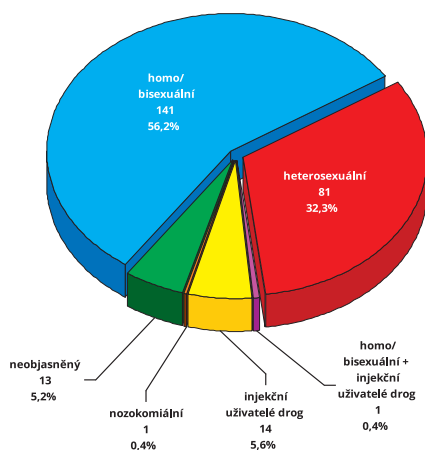
Rozdělení HIV pozitivních případů v ČR podle kraje bydliště v době první diagnózy HIV (občané ČR a cizinci s dlouhodobým pobytem). Kumulativní údaje za období 1. 1. 2020–31. 12. 2020



Testování krevních vzorků v transfuzní službě v jednotlivých letech (občané ČR a cizinci s dlouhodobým pobytem). Absolutní údaje 1. 1. 1988 – 31. 12. 2020

následují kraje Karlovarský (3,7), Jihomoravský (3,3) a Liberecký (2,7). Nejnižší výskyt zaznamenaly kraje Vysočina (0,2) a Zlínský (0,3).

Z 251 nových případů HIV infekce v roce 2020 bylo 109 rezidentů (43,4 %) pocházejících zejména z Ukrajiny (44), Slovenska (7), Ruska (6), Brazílie (5), Vietnamu (5) a v menších počtech z dalších 27 evropských i mimoevropských zemí. Počet i podíl rezidentů je nejvyšší v historii. Podíl HIV pozitivních rezidentů z celkového počtu cizinců s dlouhodobým pobytem v ČR je násobně vyšší než podíl HIV pozitivních mezi občany ČR.



Rozdělení HIV pozitivních případů v ČR (občané ČR a cizinci s dlouhodobým pobytem) podle způsobu přenosu. Údaje za rok 2020

Největší přenos je sexuální stykem

Infekce HIV se v ČR stále přenáší především sexuální cestou (88,8 % případů v roce 2020), přičemž 142 (56,6 %) nových případů bylo zjištěno u mužů majících sex s muži. Jeden z nich byl rovněž injekčním uživatelem drog, ale sexuální přenos se u nich jeví jako pravděpodobnější. Přenos mezi muži majícími sex s muži je dlouhodobě dominantním rysem výskytu HIV infekce v ČR. V posledních čtyřech letech však došlo k jeho výraznému snížení v porovnání s nejvyššími výskytami v letech 2015 (211) a 2016 (213 případů) v této kategorii. K heterosexuálnímu přenosu infekce došlo u 81 osob (38 mužů a 43 žen) zachycených v roce 2020, což je výrazně více než průměrná úroveň předchozích pěti let, která je 54 osob. Podíl heterosexuálně přenesených infekcí činil 32,3 %. Podíl přenosu prostřednictvím injekčního užívání drog byl zaznamenán u 14 případů (5,6 %), což je poněkud více než v předchozích letech. Jeden případ nozokomiálního přenosu (0,4 %) se týká cizince s dlouhodobým pobytem, k jehož nákaze došlo mimo území ČR. U 13 (5,2 %) infikovaných zůstal způsob přenosu zatím neobjasněn.

Výsledky povinných screeningů

Při povinném screeningu dárců krve nebo plazmy bylo v roce 2020 zjištěno 6 přípa-

dů infekce HIV. Ve skupině gravidních žen nově zachytil 6 HIV pozitivních žen, z nichž 3 byly rezidentky. HIV pozitivním matkám se v roce 2020 narodilo 16 dětí, z toho v 11 případech matky při otěhotnění věděly o své HIV pozitivitě, u 5 byla HIV pozitivita zjištěna až při screeningu v průběhu těhotenství. Mezi matkami bylo 8 rezidentek. Bylo zjištěno 42 nových případů onemocnění AIDS (21 u občanů ČR, 21 u rezidentů), z toho 38 (90,5 %) u pacientů s HIV pozitivitou prokazanou nově až v roce 2020. Bylo zaznamenáno 18 úmrtí ve stadiu AIDS a 15 úmrtí nemocných s HIV z jiné příčiny. Kromě dosud uvedených počtů bylo 17 nových případů HIV zjištěno u cizinců s krátkodobým pobytem v ČR, kteří pocházejí z Ukrajiny (7), Slovenska (2) a jednotlivě z dalších zemí.

Kumulativní data od roku 1985

V období od zahájení sledování infekcí HIV, tj. od 1. 10. 1985, do 31. 12. 2020 bylo v ČR celkově zjištěno 3841 případů HIV pozitivní u občanů ČR (2831) a rezidentů (1010), z toho bylo 3294 (85,8 %) mužů a 547 (14,2 %) žen. U 718 z nich (583 mužů, 135 žen) došlo k rozvoji onemocnění AIDS. Z 3841 pacientů 501 (13,0 %) již zemřelo, přičemž 329 úmrtí bylo ve stadiu AIDS (45,8 % ze všech nemocných s AIDS) a 172 z jiné příčiny.

Zdroj: Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS

Představujeme patientské organizace: Incoforum, o. s.

Incoforum vzniklo v roce 2002 jako mezioborové sdružení předních specialistů na problematiku inkontinence. V panelu odborníků jsou zastoupeni reprezentanti urologie, urogynekologie, geriatric, neurologie, všeobecného lékařství a fyzioterapie. Snahou tohoto fora je téma inkontinence moče detabuizovat. Členové Incofora se vyjadřují k aktuálním problémům péče o inkontinentní pacienty většinou formou prohlášení, či konzultační činností v rámci poradních orgánů ministerstva či plátců.

V roce 2013 došlo k převzetí aktivit od České společnosti podpory zdraví. Se vznikem tohoto sdružení se výrazně změnila i hlavní cíle Incofora. Iniciativa občanského sdružení je zaměřena na zlepšení kvality života osob s inkontinencí a na celoplošné šíření informací, týkajících se inkontinence a dalších, souvisejících zdravotních problémů. Laická veřejnost je tak informována o možnostech prevence, diagnostických i léčebných metodách a postupech. V rámci odborné veřejnosti se činnost Incofora soustřeďuje především na vzdělávání středního zdravotnického personálu formou akreditovaných školení a seminářů. Klíčovými činnostmi při naplňování těchto cílů je snaha o vzdělávání odborné i laické veřejnosti, šíření osvěty a medializace inkontinence. Společnost Incoforum organizuje také odborné konference, zabývající se různými aspekty inkontinence a kontexty pomoci inkontinentním pacientům. Pozornost je věnována problematice pánevního dna, těhotenství a porodu, kvalitě života, inkontinenci v průběhu životního cyklu či komunikaci s inkontinentním pacientem. Zúčastnilo se jich již více než 1 200 zdravotníků, především sestry a fyzioterapeutky.

Hyperaktivní močový měchýř

Hyperaktivní močový měchýř (overactive bladder – OAB) je druhým nejčastějším problémem s močením u žen. Projevuje se náhlým neovladatelným nucením na močení, někdy s únikem většího množství moči. V případě úniku moči hovoříme o urgentní inkontinenci. Postižené ženy trpí častým denním i nočním močením a urgencemi (náhlé nucení na močení). Mezi nejčastější příčiny vzniku urgentní inkontinence patří infekce dolních močových cest, zúžení močové trubice, nádory měchýře, močové kameny, cukrovka a degenerativní one-



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

mocnění centrálního nervového systému (např. roztroušená skleróza). Problémem hyperaktivního močového měchýře trpí ženy nejrůznějšího věku, v období stáruť se problémy zhoršují a jejich výskyt je častější. Pojem smíšená inkontinence pak popisuje stav, kdy pacient trpí jak stresovou, tak i urgentní inkontinencí. Jedná se o nepříjemnou kombinaci potíží, jejichž léčba je obvykle složitější a nemusí být sto-procentně účinná.

Příčiny samovolného vyprazdňování močového měchýře

Močový měchýř je dutý svalový orgán, který mění svůj tvar podle toho, kolik je v něm moči. Vejde se do něj kolem půl litru tekutiny. Avšak už při množství asi 100 mililitrů pociťuje člověk nucení na močení. Vyprazdňování měchýře je celkem složitý děj, jehož se účastní svalovina močového měchýře. Proces je řízen činností

autonomních nervů a dolního úseku bederní míchy. Začátek vyprazdňování je vyvolán podrážděním stěny měchýře, který se roztahuje a dráždí nervová zakončení ve stěně. Pro vyprázdnění je rozhodující stah stěny měchýře a uvolnění zevního svěrače močové trubice – kruhového svalu, který je umístěn pod měchýřem. Ovládat činnost tohoto svěrače se člověk naučí už v dětství, a tím má vyprazdňování močového měchýře pod kontrolou. Mohou však nastat situace, kdy je tento proces narušen. Ve většině případů nekontrolovaného úniku moči z měchýře je důvodem porucha „uzávěrového aparátu močového měchýře“, zevního svěrače, ochabnutí svalů pánevního dna i močové trubice. K tomu zpravidla dochází v důsledku těžkých a opakovaných porodů. Nezřídká je příčinou například těžká fyzická námaha. Důvodem vzniku inkontinence může být i astma či chronická zácpa, výhřez meziobratlové ploténky, onemocnění či úrazy mozku nebo míchy a některá neurologická onemocnění.



Léčba hyperaktivního močového měchýře

Hlavní metodu volby léčby hyperaktivního močového měchýře představuje medikamentózní terapie, ale individuálně lze využít i některé pomocné léčebné metody, které zvyšují pravděpodobnost vyléčení.

1. Modifikace životního stylu

Styl života má na vznik hyperaktivního močového měchýře poměrně velký vliv. Omezení příjmu tekutin nebo naopak jejich nadměrný přísun, či nadužívání močopudných tekutin – kávy může ovlivnit symptomy hyperaktivního močového měchýře.

Také špatné návyky při močení, preventivní močení atp. vedou k rozvoji symptomů, které mohou změnit kvalitu života ženy. Zvýšená pozornost životnímu stylu, problémům a návykům, týkajících se močení je tedy základním léčebným kamenem s cílem dosáhnout co nejlepšího výsledku léčby v kvalitě života ženy.

2. Trénink močového měchýře

Metoda je založená na přesném stanovení intervalů močení s jejich postupným prodloužováním. Ke každému prodloužení intervalu dojde až po dostatečném zvládnutí předchozího kratšího intervalu.

3. Medikamentózní léčba

Cílem léčby není jen snížení nadměrné aktivity svaloviny močového měchýře, ale hlavně zvýšení jeho celkové kapacity, a to včetně zvětšení jeho objemu při prvním nucení na močení. Používají se zejména látky s antimuskarinovým účinkem a spasmolytika s přímým muskulotropním efektem. Limitujícím faktorem konzervativní terapie urgentní inkontinence pomocí léků obou výše uvedených skupin jsou jejich vedlejší účinky. Mezi nejčastější nežádoucí účinky přitom patří suchost sliznic, zácpa a poruchy zaostřování zraku. Estrogeny jsou doplňkovou terapií vhodnou u všech inkontinentních žen po přechodu. (red)

Posílení pánevního dna

Svaly pánevního dna patří mezi základní svalové skupiny lidského těla. Zabraňují potížím s únikem moči, podporují funkci vnitřních orgánů a napomáhají správnému držení těla a vzhledu břicha. Abychom měli správně postavenou páteř, musíme mít ve správné poloze pánev. Tu udržíme ve správné poloze právě posílením okolních svalů a pánevního dna, které si můžeme přirovnat k pružné a pevné dopadové ploše. Pokud jsou svaly pánevního dna oslabeny, vnitřní orgány v břišní dutině klesají níže a tlačí na močový měchýř. U žen vede tento nežádoucí pokles k úniku moči, popřípadě stolice.

Kdy je dobré posilovat

- při problémech s inkontinencí (nekontrolovatelným únikem moči)
- pro správné držení těla a vzhled břicha
- pro intenzivnější sexuální zážitek
- pro snazší porod a zpevnění ochablého svalstva po porodu

Komu jsou cviky určeny

Fyzioterapie svalů pánevního dna není určena jen ženám trpícím inkontinencí moči. Je vhodná i pro ženy, které mají ochablé svalstvo a vazivo pánevního dna, způsobené porodem. Můžeme je doporučit také ženám, které jsou dlouhodobě vystaveny náročnému fyzickému zatížení a ženám ve vyšším věku, kdy svalstvo a vazivo ochabuje v přirozeném procesu.

Co můžeme od cvičení očekávat

Výsledným efektem pravidelného provádění cviků, jež jsou popsány v následujícím textu, je posílení svalstva pánevního dna, které udržuje správnou polohu močového měchýře, zvláště jeho hrdla. Po několika měsících cvičení se žena může nechtěného úniku moči zcela zbavit nebo je alespoň výrazně snížit. Gymnastika pánevního dna může přispět ke zkvalitnění sexuálních prožitků a může pomoci při zlepšení celkového držení těla a tím snížit bolesti zad. Tyto cviky by měla znát a provádět každá žena, která chce předejít důsledkům ochabnutí svalových a vazivových struktur pánevního dna, nebo je alespoň oddálit a zmírnit.

Kdy začít cvičit

Cvičení je vhodné pro těhotné ženy, ženy po porodu nebo ženy, které již trpí

problémy s udržením moči. O vhodnosti cvičení je důležité se vždy poradit se svým lékařem-gynekologem. Cvičit je vhodné 1–2x denně po dobu pěti minut. Cviky by měly být prováděny přesně podle návodu a s vyprázdněným močovým měchýřem.

Zásady správného cvičení neboli jak aktivovat pánevní dno

Dýchání do beder, což je oblast mezi pánví a hrudníkem, aktivuje brániční, která je přes další svaly spojena s pánevním dnem. Tímto způsobem dýchejte při všech cvičeních na posilování pánevního dna. Ženy s nádechem vtáhnou pochvu a mírně stáhnou konečník, takže aktivují svěrač močové trubice.

Cviky naleznete na: www.incoforum.cz



Současné možnosti konzervativní léčby hemoroidální nemoci

Hemoroidální potíže velmi často pacienta nutí navštívit lékárnu či přímo lékaře. Jedná se o různorodé potíže a příznaky nejen z oblasti konečníku, ale i s vyprazdňováním.

Současná medicína neuznává termín „hemoroidy“ pro patologii, ale pouze pro popis normálních anatomických struktur, přítomných kolem análního kanálu od narození. Mají nezastupitelnou funkci při udržování kontinence střevního obsahu. Až když hemoroidální žilní pleteně vyvolávají svým postižením různé, často nespecifické obtíže, je toto odborně nazýváno „hemoroidálním onemocněním“ a vyžaduje již vyšetření a léčbu. Nejen pro nepříjemnost a intenzitu těchto příznaků, ale především pro možnou záměnu těchto příznaků za projevy daleko vážnějšího, život ohrožujícího onemocnění, vyžadujícího urychlené, často operační řešení.

Hemoroidy jsou zahrnovány mezi tzv. civilizační choroby. Potíže s hemoroidálním onemocněním jsou velmi časté. Vyskytují se až u 60 % dospělé populace. Postihují všechny věkové kategorie, ale s věkem se výskyt zvyšuje. V rozvoji potíží hrají určitě roli dispoziční faktory jednotlivce, ale také chyby v životosprávě, přejídání, obezita, nedostatek tekutin a vlákniny ve stravě, chronická obštipace, nedostatek pohybu, sedavý způsob života a mnoho dalších faktorů, které rozvoj potíží potencují a při akutních atakách velmi často vedou k upoutání na lůžko, pracovní neschopnosti i hospitalizaci. Hemoroidy jsou normální anatomické struktury. Vnitřní pleteně vytvářejí anální „polštáře“, které

utěšňují anální kanál, podílí se asi 15 % na klidovém tonu anu, 80 % obstarává vnitřní svěrač. Navíc se účastní společně se slizničními receptory na zajišťování citlivosti, zvláště v diferenciaci charakteru střevního obsahu, rozlišením mezi plyným, tekutým a pevným střevním obsahem. Tímto výrazným způsobem přispívají k udržení kontinence.

Možnosti léčby

Cílem léčby je eliminovat funkční příznaky hemoroidálního onemocnění. Možnosti léčby závisí na stupni postižení. V současnosti je k dispozici celá škála metod. Od konzervativních, nechirurgických, přes semiinvasivní až k metodám chirurgickým, vyžadujícím hospitalizaci a často také celkovou anestezii.

Základem konzervativní léčby je především změna negativních životních návyků – úpravou diety, životosprávy, péče o pravidelnou měkkou stolicí a zvýšenou anální hygienu. Zde je třeba zdůraznit především nejen důslednost, ale také důkladnost koupele anu po stolici, nejlépe v teplé vodě s použitím nedráždivého mýdla nebo speciálních mýdel a gelů s neutrálním pH. Úprava diety s dostatečným zastoupením tekutin a vlákniny ve stravě stolicí změkčuje a zvětší její objem, což stimuluje peristaltiku a předchází zácpě. Doporučována je nedráždivá strava s omezením konzumace pikantních jídel,

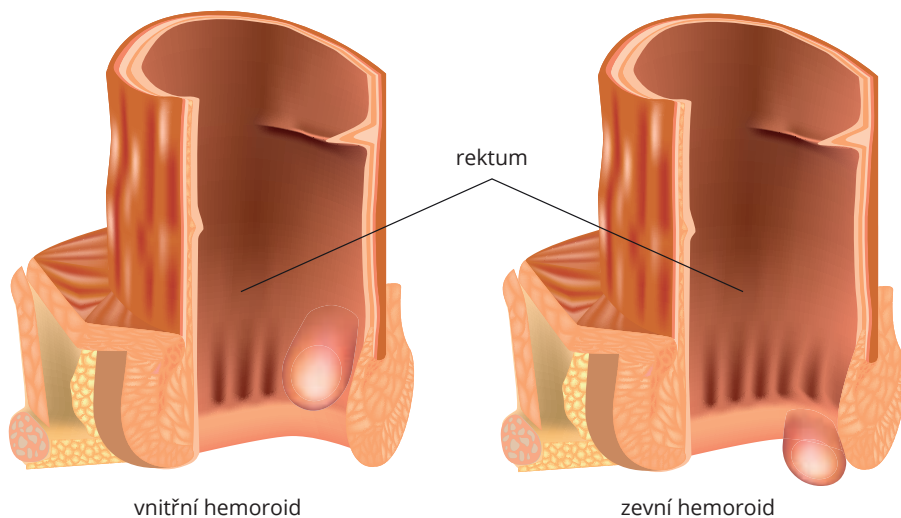
většího množství alkoholu a kávy. Důležitý je také dostatek pohybu, především u lidí se sedavým zaměstnáním jsou vhodné mimořádné sportovní aktivity.

Cílem je zvýšení komfortu

Mezi konzervativní metody patří lokální aplikace různých typů mastí, krémů a čípků, obsahujících především oleje, protizánětlivé působící látky – nesteroidní analgetika-antiflogistika, často v kombinaci s venotoniky, hemostyptiky a lokálními anestetiky. Jejich současný lubrikační účinek usnadňuje i vlastní vyprázdnění. Antihemoroidální masti, krémy či čípky jsou vyráběny v nejrozličnějších kombinacích. Jejich cílem je snížení bolestivosti, svědění, pálení či otoků. Mohou také zmírňovat zánětlivou reakci.

Doporučované jsou také teplé obklady či sedací koupele v lokálně tlumivě působících odvarech květů různých bylin obsahujících silice ze směsí azulenů, flavonoidů, fenolových kyselin, laktonů, kumarinů, terpenů a dalších látek s protizánětlivými, antimikrobiálními a diaforetickými účinky (heřmánek lékařský, řebříček obecný, měsíček lékařský) nebo výluh z kůry mladých dubových větví (adstringentně působící třísloviny). Novinkou je chladová terapie. Současně patří k léčebným metodám první volby, především u akutní hemoroidální ataky, systémové, perorální podávání venofarmak pro jejich působení na cévní stěnu a tím k anti-edematóznímu a mírnému protizánětlivému efektu. Jde především o látky skupiny vitaminů P neboli bioflavonoidy přírodní či uměle syntetizované. Rutin je přírodní flavonoid ze stromů, keřů a bylin čeledi Rutales. Společně s eskulinem a některými jejich deriváty patří k nejúčinnějším flavonoidům. Rutin navíc v kombinaci s kyselinou askorbovou zasahuje pozitivně do oxidačně redukčních metabolických dějů a obě složky jsou důležité pro úpravu fragility a permeability kapilár.

Odborná spolupráce:
doc. MUDr. Tomáš Skřička, CSc.,
chirurgická ambulance
NCA-Kephas, s. r. o., Brno



Změna na postu Hlavního hygienika Ministerstva zdravotnictví ČR



Ministr zdravotnictví ČR doc. MUDr. Jan Blatný, Ph.D. počátkem března odvolal MUDr. Jarmilu Rázovou, Ph.D. z funkce hlavního hygienika MZ ČR. Výkonem funkce pověřil MUDr. Pavlu Svrčinovou, Ph.D., dosavadní ředitelku Krajské hygienické stanice Moravskoslezského kraje. Pavla Svrčinová je odbornicí na hygienu výživy a bezpečnost potravin. Kromě řízení moravskoslezské hygienické stanice také vyučuje na Lékařské fakultě Ostravské univerzity. Do června roku 2015 pracovala pro Evropskou komisi.

V roce 2020 byla z funkce hlavního hygienika odvolána Mgr. Eva Gottvaldová s odůvodněním, že nemá lékařské vzdělání potřebné pro výkon této funkce. Ve funkci ji nahradila letos v březnu odvolaná Jarmila Rázová.

(red)

Roman Šmucler nadále v čele České stomatologické komory



Prezidentem České stomatologické komory (ČSK) bude i nadále doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc. V jejím čele stojí již od roku 2017. Do funkce na období do roku 2025 jej koncem února zvolil sněm.

Nové vedení komory chce silný mandát využít k tomu, aby po vzoru sesterských sdružení v Rakousku a Německu směřovalo k naprosté samosprávě a podobné organi-

zaci celé stomatologie. Jak již uvedl dříve, v Německu by se chtěl prezident ČSK inspirovat například při řešení problémů s tím, že někteří pacienti v odlehklých regionech nebo menších obcích nemají svého zubního lékaře. Podle jeho slov, v Německu stát platí zubařům v malých obcích za každý výkon více, aby tam udržel ordinace. Komora podle nového prezidenta bude muset v následujícím období řešit také ekonomickou krizi, která stomatologii zasáhla. „Úkolem nového vedení je vyjednat udržení a snad navýšení plateb od pojišťoven. Je to i naděje na větší změny v systému úhrad. Obor se dnes potýká také s problémem odchodu do důchodu populačně silných ročníků zubařů, které je potřeba je nahradit,“ uvedl prezident České stomatologické komory.

(red)

Představenstvo Krajské zdravotní má nového předsedu



Představenstvo Krajské zdravotní, a. s. (KZ) má nového předsedu. Je jím Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA, kterého zvolili členové představenstva s účinností od 11. března 2021.

Adam Vojtěch v čele Krajské zdravotní, a. s. nahrazuje dosavadního předsedu představenstva Mgr. Ing. Jindřicha Zetka, kterého Rada Ústeckého kraje 10. března odvolala. V úterý 9. března představenstvo KZ odvolalo z postu generálního ředitele společnosti MUDr. Aleše Chodackého.

Vedením společnosti představenstvo KZ pověřilo MUDr. Petra Malého, MBA. V nejbližších dnech bude na pozici generálního ředitele společnosti vyhlášeno výběrové řízení.

Odbornou specializací MUDr. Malého je chirurgie. Doposud vedl Lužickou nemocnici v Rumburku. V minulosti stál v čele Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze, působil také ve vedení Středomoravské nemocniční, a. s. a byl generálním ředitelem zdravotní pojišťovny Média.

„Od doktora Malého očekáváme především stabilizaci atmosféry v Krajské zdravotní, a. s. Stejně tak budeme požadovat, aby se plně věnoval problematice investic v rámci společnosti a problematice Evropských fondů. V neposlední řadě bude jeho stěžejním úkolem zajistit profesionální fungování našich nemocnic při stále trvající covidové pandemii, a to včetně očkování,“ sdělil předseda představenstva KZ Adam Vojtěch.

(red)

Nové představenstvo Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně

Tříčlenné představenstvo Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně má od konce února nové složení. Předsedou představenstva se stal doc. MUDr. Michal Filip, Ph.D., který uspěl se svým týmem ve výběrovém řízení. Ve funkci nahradil dosavadního předsedu představenstva MUDr. Radomíra Maráčka. Spolu s novým předsedou přicházejí do čela zlínské nemocnice také Ing. Martin Déva a MUDr. Marcel Guřan, Ph.D. O změně ve vedení nemocnice rozhodla valná hromada tvořená Radou Zlínského kraje už na konci ledna na základě výsledků výběrového řízení na manažerská místa. Mění se také složení dozorčí rady Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně. Ke změnám došlo i ve vedeních dalších zdravotnických zařízení založených Zlínským krajem – v nemocnicích v Uheráckém Hradišti, Kroměříži a Vsetíně.

(red)

Profesor Vítovec oslavil sedmdesátku

Koncem února oslavil 70. narozeniny prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., významný český kardiolog a emeritní přednosta I. interní kardiologické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA).

Napsal řadu odborných knih, publikoval desítky článků v prestižních odborných časopisech. Byl národním koordinátorem několika významných klinických studií, byl mu udělen titul člena Evropské kardiologické společnosti. Kromě práce na klinice se nyní věnuje především studentům Lékařské fakulty Masarykovy univerzity.

Ve FNUSA prof. Vítovec pracovníě stráví 46 let a působí zde dosud. Začínal na I. interní

klinice, mnoho let pracoval na II. interní klinice a poté na I. interní kardiologické klinice, kterou vedl jako přednosta 10 let až do roku 2012, kdy se stal zástupcem přednosta pro oblast školství.

A jak oslavenec vidí budoucnost kardiologie? „Určitě v dalším pokroku ve všech zmíněných podoborech, ale hlavně vítám rozvoj telemedicíny. Ale moje přání je, abychom nezapomněli na lidský přístup k nemocnému, jak kdysi napsal Antoine de Saint-Exupéry: ‚Vím, že přijde den, kdy se člověk trpící neznámou chorobou odevzdá do rukou fyziků. Ti se jej na nic nezeptají, odeberou mu krev, stanoví různé veličiny, navzájem je vynásobí, všechny

výsledky pak zkontrolují dle logaritmických tabulek a jedinou tabletou nemocného vyléčí. Já ale, pokud onemocním, raději navštívím nějakého starého doktora. Ten mne prohlédne, poslechne, nahmatá puls, prohmatá břicho. Pak si zapálí dýmku, odkašle si, podrbe se na bradě a usměje se na mne, aby zmírnil mou bolest. Vážím si nejen vědy, ale také lidské moudrosti.‘ Pod to bych se podepsal,“ dodal jubilant s úsměvem.

(red)





Představenstvo Nemocnice Tábor, a.s.
vypisuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa

PRIMÁŘ / PRIMÁŘKA ODDĚLENÍ ORL

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru
- 10 let odborné praxe lékaře ve zdravotnictví
- Licence ČLK pro výkon vedoucího lékaře / primáře v oboru
- organizační a řídicí schopnosti, samostatnost
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost
- orientace v ekonomice zdravotnictví

Příhlaška uchazeče musí obsahovat:

- profesní životopis, potvrzení zdravotní způsobilosti dle zákona č. 95/2004 Sb., doklad o bezúhonnosti ne starší 90 dnů, doklad o členství v ČLK, licence ČLK, návrh koncepce rozvoje a řízení oddělení v písemné podobě
- Ověřené kopie: dokladu o získané odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře dle zákona č. 95/2004 Sb., a dokladu o získané specializované způsobilosti

Nabízíme:

- nadstandartní mzdové ohodnocení
- na našem nově zrekonstruovaném ambulantním a lůžkovém oddělení jsou ošetřováni a léčeni pacienti s chorobami horních cest dýchacích a polykacích, nemocemi ucha a poruchami rovnováhy.
- zaměřujeme se mimo jiné na operační léčbu nosní polyposy, endonasální chirurgií, operace nosní přepážky, endoskopicky asistované adenotomie, tonzilektomie, operace hlasivek, operace rezistencí v ORL oblasti s neuromonitorací a jiné operace.

Nástup je možný podle domluvy, nejdéle od 1.7.2021.

Zájemci o toto pracovní místo se mohou přijet do naší nemocnice podívat, osobně si prohlédnout ORL oddělení a vybavení ambulancí i operačních sálů a informovat se na přímo místě, nebo je možné dotazy směřovat na:

- MUDr. Jana Voldánová, primářka ORL Nemocnice Tábor, a.s., tel.:381 605 500, 775 897 484, jana.voldanova@nemta.cz.
- MUDr. Jana Chocholová, členka představenstva Nemocnice Tábor, a.s., tel.:381 606 600, 777 140 384, jana.chocholova@nemta.cz.
- Iva Glatzová, vedoucí personálního oddělení Nemocnice Tábor, a.s., tel.:381 608 210, 605 236 271, iva.glatzova@nemta.cz.

Písemnou přihlašku, včetně telefonního spojení a s požadovanými doklady uchazeči zašlou do 30. 4. 2021 na adresu:

Nemocnice Tábor, a.s., personální oddělení
kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor
Telefonní kontakt: 381 608 210,
vedoucí personálního oddělení – Iva Glatzová

Termín výběrového řízení bude uchazečům oznámen.

Personální inzerce
do časopisu



Zdravotnictví a medicína

je přijímána na e-mailu:
obchod@eezy.cz



Ilustrační foto: Shutterstock

MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 3/2021

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
- prof. MUDr. Petra Tesařová, CSc.
- prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
- MUDr. Jana Vojtíšková
- prof. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Redakce

Mgr. Markéta Mikšová, e-mail: zam@eezy.cz
PhDr. Jana Jílková

Projektový a kreativní manažer, technické zpracování
Radek Koňářík, e-mail: konarik@eezy.cz

Vydává EEZY Publishing, s.r.o.

Na Pankráci 1618/30, 148 00 Praha 4, IČ: 28086660



Adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,
EEZY Publishing, s.r.o.
Na Pankráci 1618/30, 148 00 Praha 4, zam@eezy.cz

Inzerce

obchod@eezy.cz

Foto na obálce

Shutterstock.com

DISTRIBUCE TITULU

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

Objednávky do zahraničí:

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

Objednávky SR:

Mediaprint-Kapa Pressegrossro, 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 komerčního povahy.

Snímky označené jako „Shutterstock“ jsou použity na základě licence od Shutterstock.com.

Tisk Grafotechna Plus, s.r.o.

Číslo dáno do tisku 22. 3. 2021

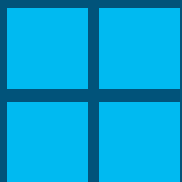
Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.
Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© EEZY Publishing, s.r.o., 2021

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

- Knihy
- Odborné publikace
- Medicínské časopisy





ZDRAVOTNICTVÍ 2022

odborná konference
pod záštitou předsedy vlády
a ministra zdravotnictví

16.–17. 9. 2021

Hotel Grandior Praha,
Na Poříčí 1052/42, Praha 1

Generální partner



Pořadatelé



Registrace od 15. 4. 2021
na www.uzs.cz