

7
2021

Katarína Vlčková: „Naším cílem rozhodně nebylo šokovat.“

str. 8

České děti jsou
v závislostech
na špici ...

str. 4

Život ohrožující
komplikace chřipky
u adolescenta?

str. 22

Infekce spojené
s poskytováním
zdravotní péče

str. 32

Bactoral



Tiskovina je určena pouze pro odbornou veřejnost

Nová klinická studie dokládá, že *Streptococcus salivarius* K12 snižuje výskyt infekcí SARS-CoV-2

Úvod

Infekce SARS-CoV-2 (běžně označovaná jako COVID-19) se stala vážnou hrozbou a vysoká infekčnost tohoto onemocnění zůstává významným problémem.

Dutina ústní je hlavní vstupní bránou SARS-CoV-2.

Nejnovější výzkum naznačuje významnou roli ústního a plicního mikrobiomu u infekcí SARS-CoV-2:

- › pacienti s COVID-19 vykazují významně odlišnou skladbu ústních bakterií a zánětlivý profil, kdežto zdravé subjekty mají v mikrobiomu s ochrannými/příznivými vlivy přítomné stafylokoky¹
- › dutina ústní se zdá být primárním zdrojem plicního mikrobiomu²
- › srovnání pacientů se SARS-CoV-2 se zdravými subjekty odhalilo dysbiózu plicního mikrobiomu³

Fakta

Streptococcus salivarius K12 je komezální druh zdravého mikrobiomu dutiny ústní, horních cest dýchacích a plic.⁴ Má následující doložené účinky:

- › zlepšení dysbiózy mikrobiomu horních cest dýchacích^{5,6,7,8}
- › přímá antivirová aktivita stimulací sekrecí INF-gama⁹
- › ochrana před infekcemi horních cest dýchacích¹⁰⁻¹²

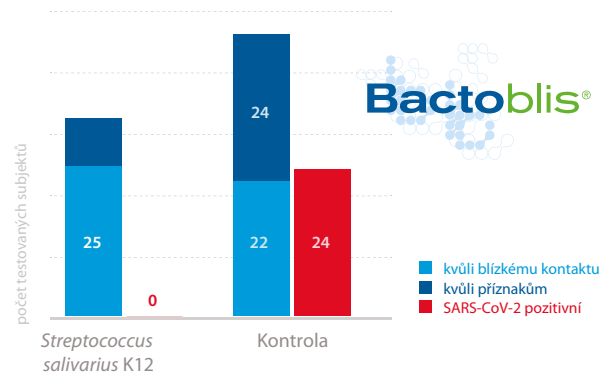
Metody

- › 128 dětí navštěvujících školu (průměrný věk 8 let)
- › s podáním *Streptococcus salivarius* K12 a bez podání *Streptococcus salivarius* K12 (kontrolní skupina) po dobu 90 dní
- › jedna pastilka přípravku s *Streptococcus salivarius* K12 denně po dobu 90 dní
- › nosní stěry za účelem detekce specifického antigenu SARS-CoV-2 provedené u příznaků COVID-19 a/nebo kontaktu s členem rodiny či spolužákem pozitivním na SARS-CoV-2

Výsledky

- › excelentní přijetí a tolerabilita
- › méně typické příznaky COVID-19 (např. horečka, bolesti hlavy, kašel) u subjektů léčených *Streptococcus salivarius* K12
- › méně antigenních testů SARS-CoV-2 provedených u subjektů léčených *Streptococcus salivarius* K12 ve srovnání s kontrolami (33 vs. 46, $p = 0,04$) kvůli méně příznakům COVID-19

Obr. 1: specifické antigenní testy na SARS-CoV-2



- › žádné ze subjektů léčených *Streptococcus salivarius* K12 neměly pozitivní antigenní test na SARS-CoV-2, kdežto 24 kontrolních subjektů mělo pozitivní výsledky

Závěr

***Streptococcus salivarius* K12 významně snižuje výskyt infekcí SARS-CoV-2. *Streptococcus salivarius* K12 může chránit před COVID-19 děti vracující se do školy a školky i pracovníky s rizikem nozokomiální nákazy (nemocnice, ambulantní péče, cestování).**

Literatura:

1. Iebba V, et al. bioRxiv 2020. K dispozici na: <https://doi.org/10.1101/2020.12.13.422589>
2. Wang J, et al. *Sci China Life Sci.* 2017;60(12):1407–1415
3. Shen Z, et al. *Clin Infect Dis.* 2020;ciaa203
4. Di Piero F. *Minerva Med* 2020;111(3):281–3
5. Kruchko and Tkachenko 2017, *Child's Health* 12(8): 27–32
6. Havrilenko 2018, *Child's Health* 13(8): 89–94
7. Ilchenko et al. *Clinical Immunology Allergy Infectiology* 3(116), 30–32, 2019
8. Sarlin S, et al. *Pediatr Infect Dis J.* 2020 Dec. doi: 10.1097/INF.0000000000003016
9. Chilcott CN, et al. Prezentováno na: Joint New Zealand and Australian Microbiological Societies Annual Meeting. Dunedin, Nový Zéland, 22–25. 11. 2005
10. Di Piero et al. 2016a, *Drug Healthc Patient Saf* 8:77–81
11. Di Piero et al. 2018, *Minerva Pediatr* 70(3): 240–245
12. Di Piero et al. 2014, *Drug Healthc Patient Saf* 6: 15–20
13. Kruchko and Tkachenko 2018, *Child's Health* 13(7): 122–127

Léto budiž radostně přivítáno!

„Léto mé, léto mé, já tě vítám...“ to jsou slova ze staré písničky Vaška Neckáře. Pokud jsem to dohledala správně, pak světlo světa tato skladba spatřila v roce 1974, je tak jen o něco málo mladší, než jsem já! Tu písničku mám moc ráda už od dětství, kdy si ji doma pouštěla moje o deset let starší sestra. A myslím si, že máloco léto vystihuje víc než ona. Ano, vím, astronomické léto začalo už před měsícem, v době začínajícího letního slunovratu, kdy jsme zažili nejdelší den a nejkratší noc tohoto roku. V tomto duchu bylo letním už červnové číslo časopisu *Zdravotnictví a medicína*. Ale i při tomto vědomí, že léto je už v plném proudu a není tak úplně aktuální ho vítat, si myslím, že většina lidí má léto spojené zejména s časem prázdnin. A tak na svém vítání léta trvám, protože prázdniny ještě nejsou ani ve své půli.

Červencové číslo mi od samého začátku dělá velkou radost. Jako první materiál do něj jsem psala velký rozhovor s MUDr. Katarínou Vlčkovou. Tento rozhovor se točí kolem Nadace rodiny Vlčkových, kterou se svým manželem Ondřejem Vlčkem paní doktorka založila. A není náhoda, že jsem si vybrala právě tuto nadaci. Její zakladatelé do ní vložili neuvěřitelných jeden a půl miliardy korun! Jejich skutek tak je zcela právem považován za jeden z největších filantropických počinů, které Česko ve své historii zažilo. Přesto, že by se mohlo předpokládat, že se paní doktorka bude chtít bavit zejména o výši investice, není tomu tak. Rozhovor je plný soucitu a lidství a touze pomoci tam, kde to je velmi potřeba, v tomto případě v oblasti paliativní péče o děti.

S radostí, možná i s trochou pýchy, jsem do čísla zařadila článek, který vzešel ze vzájemné spolupráce našeho časopisu a Akademie věd České republiky (AV ČR). Výzkumný tým AV ČR spolu s dalšími českými a zahraničními odborníky připravil nové protilátky, které vykazují vysokou neutralizační účinnost proti viru klíšťové encefalitidy. Tento objev je zásadní pro léčbu klíšťové encefalitidy. Když by byl uveden do praxe, znamenalo by to, že pokud si najdete přísáté klíště, u nějž bude následně laboratorně zjištěno, že je pozitivní, bylo by možné vám podat uvedené protilátky a ty by zabránily rozvoji onemocnění, případně by mírnily projevy nemoci. Nespornou výhodou protilátek je také jejich preventivní účinek, i toho by se jistě dalo v medicínské praxi využít.

Samozřejmě jsme nezapomněli přinést informace o konferencích. Za zmínku stojí XXII. konference lékárníků se zaměřením na farmakoterapii v pediatrii a gynekologii. Konference byla, mimo jiné, zaměřena i na řešení atopické dermatitidy u dětí. V příspěvku se MUDr. Lenka Tomaško z Kožního oddělení Fakultní nemocnice v Ostravě zaměřila na základní patofyziologii atopické dermatitidy a aktuální možnosti a doporučení v léčbě s důrazem na nezastupitelnou roli emoliencií. Dále zmiňujeme prezentaci PharmDr. Dalibora Černého, Ph.D., cílenou na mýty a fakta o hormonálních kontraceptivech. V článku samozřejmě přibližujeme více řešených témat.

V čísle ale najdete mnohem víc informací, například si můžete přečíst, že covid do praxe pediatrií přinesl řadu sociopatologických



jevů nebo že stomatologové očekávají zhoršení stavu dutiny ústní u pacientů, protože pacienti zanedbávají prevenci.

Pokud jsem v úvodu editorialeu zmínila část textu z písničky *Léto mé*, pak si na něj v závěru dovoluji navázat a budu v citaci písničky pokračovat: „Léto mé, léto mé, krásný čas...“ Tuhle část textu bych si ráda vypůjčila, maličko poopravila a použila. Z věty oznamovací, jak ji napsal autor Jan Hrábek, bych udělala větu přací. „Léto mé, léto mé, buď krásný čas!“ nebo spíš, ať píšou správně česky: Buď krásným časem, pro nás všechny...

Krásné léto všem

Petra Kátlová

odpovědná redaktorka

OBSAH



Zdravotnictví a medicína

OBSAH

ZDRAVOTNICTVÍ

■ Editoriál	1
■ Je víc oběžných dětí i sociálně patologických jevů...	2
■ České děti jsou v závislostech na špičce. Praktici pomohou...	4
■ Kaleidoskop	6
■ Rozhovor: Katarína Vlčková	8

■ Využití telemedicíny v kardiologii	13
■ Zprávy z regionů	14
■ Výzkum inovativních farmaceutických společností v ČR	16

MEDICÍNA

■ Konference lékárníků se zaměřila na farmakoterapii v pediatrii...	19
■ Zdravé hubnutí kombinací užívání liraglutidu a cvičení	21
■ Vakcína proti chřipce Influvac Tetra...	21
■ Život ohrožující komplikace chřipky u adolescenta	22
■ Klíšťová encefalitida je u nás stále podceňovaná. A to je špatně	26

■ Problematika očkování u osob ohrožených sociálním vyloučením	28
■ Logopedickou péči potřebuje stále více dětí. Lze ji hradit...	30
■ Infekce spojené s poskytováním zdravotní péče	32
■ V době pandemie byla většina stomatologických ambulancí v provozu	34
■ Kde je vůle, tam je i cesta...	36
■ Vědci připravili vysoce účinné protilátky na klíšťovou encefalitidu	38
■ Parazitologové také úspěšně otestovali vakcínu proti lymeské borelióze	39
■ Nabídka práce	40

Je víc obézních dětí i sociálně patologických jevů, říká primářka dětského oddělení

Doba prázdnin i postcovidové období mají svá specifika, ta se nevyhýbají ani pediatrikům oddělením. Kromě jiného zcela mění chování dětí a jejich rodičů a samozřejmě se odráží i ve změně spektra diagnóz, se kterými děti na oddělení přicházejí. „V tomto směru je pediatrie výjimečná, o prázdninách máme obvykle více práce, než je tomu během roku, a co se týká covidu, ten pediatrie trápí méně, než je tomu v případě dospělých pacientů. Bohužel však u dětí v souvislosti s covidem často řešíme vážné sociálně patologické situace,“ říká úvodem MUDr. Renata Přibíková, primářka Dětského a dorostového oddělení Krajské zdravotní, a.s. – Nemocnice Děčín, o.z.

Můžete představit specializaci vašeho oddělení?

Specializace našeho dětského oddělení souvisí s mými čtyřmi atestacemi a ty se týkají především racionalizace antibiotické léčby dětských pacientů. Správnou antibiotickou léčbou podávanou výhradně na bakteriální onemocnění, nikoli na virová onemocnění, jak je bohužel častou praxí, zabráníme vzniku rezistence mikrobů. Takoví necitliví, na antibiotika rezistentní mikrobi pak mohou osídlit dětské pacienty a mohou se tak přenést do komunity a ohrozit populaci. Klasická antibiotická léčba potom na tyto nemoci nezabírá. Na oddělení u každého dítěte antibiotickou léčbu řádně zvažujeme, obvykle čekáme, děti nejprve sledujeme a vyšetřujeme. Antibiotika podáváme výhradně až v době, kdy jsme si jisti, že by dítě infekční proces samo nezvládlo, tedy přísně indikovaně. Podáváme antibiotika co nejužšího spektra, v řádné dávce a v jasně definované délce podání.

Čemu dalšímu se věnujete?

Druhou specializací našeho oddělení je diagnostika neprospívání dětí a jeho léčba. Je až s podivem, jak málo našich maminek své děti kojí. Kojení po 6. měsíci věku dítěte je v našich oblastech téměř raritní. S diagnózou neprospívání souvisí i správná strava, kterou rodiče dětem podávají. Stává se, že rodiče svým dětem běžně nevaří a místo kvalitní, doma připravené stravy kupují dětem polotovary. Tato strava pak může být sama o sobě příčinou neprospívání jinak zdravého dítěte. A neprospívání dítěte může způsobit opožďování jeho vývoje, opožďování růstu dítěte a v konečném důsledku i zpomalení růstu velikosti mozku. To jsou věci, které si rodiče často ani neuvědomí. Na druhou stranu bylo v covidové době pozitivní, že

naše chronicky nemocné děti, které byly při distanční výuce s rodiči doma, dostávaly ve větší míře domácí stravu a díky tomu začaly lépe prospívat.

Třetí oblastí specifickou pro naše dětské oddělení jsou návky diagnostiky a léčby akutních stavů u dětí. Tyto návky resuscitace provádíme dvakrát měsíčně společně s oddělením ARO a cvičíme při nich spolupráci celého zdravotnického týmu. Personál si již na návky zvykl a vnímá je jako součást práce, ačkoli tyto návky vždy provází lehká nervozita všech zúčastněných. V případě příjmu kriticky nemocného dítěte pak má každý člen takto trénovaného týmu svůj konkrétní úkol a je schopen rychle na nastalou situaci reagovat.

Zmínila jste covid, ten je aktuálně v přijatelných číslech počtu nálezů, ale setkáváte se s postcovidovým syndromem?

Postcovidový syndrom neboli syndrom multisystémové zánětlivé odpovědi asociovaný s covidem-19 u dětí je velmi vzácný. V průběhu uplynulého roku a půl roku jsme na našem oddělení, na kterém hospitalizujeme ročně kolem 1 700 dětských pacientů a ošetříme ročně přes 5 000 pacientů v ambulantním režimu, diagnostikovali u jednoho dítěte těžkou formu tohoto syndromu. U dalších dvou dětí bylo podezření na lehkou formu, jež nevyžadovala žádnou specifickou léčbu. Takže postcovidový syndrom není běžnou součástí našeho pracovního dne.

Jak se u dětí syndrom projevuje?

Riziko, že dítě tímto syndromem onemocní, je skutečně malé. Literatura uvádí, že syndrom postihne jedno dítě z tisíce nemocných infekcí covid-19. Syndrom multisystémové zánětlivé odpovědi u dětí může postihnout děti od narození až do



Ilustrační foto: Shutterstock

19 let. Preferenčně postihuje děti ve věkové kategorii 6–12 let. Syndrom se projevuje horečkou trvající déle než tři dny a přítomností alespoň dvou z následujících příznaků: vyrážkou nebo oboustranným zánětem očních spojivek, vyrážkou na sliznicích, nejčastěji v dutině ústní, nízkým krevním tlakem, známkami poškození srdce, poruchami krevní srážlivosti a problémy s trávicím traktem. Těmi jsou průjem, bolest břicha nebo zvracení. Důležitý je i faktor vzestupu laboratorních zánětlivých parametrů. Současně by nemělo mít dítě jinou infekci, než je covid-19, nebo bylo v kontaktu s nemocným covidem-19.

V těchto případech lze o syndromu mluvit.

Jaká je terapie?

Lehké formy syndromu specifickou léčbu nevyžadují. Dětem s těžkou formou onemocnění jsou podávány podpurné léky, například kyslík, je podporováno dýchání formou umělé plicní ventilace, podávají se léky ke snížení krevní srážlivosti a léky k podpoře krevního oběhu. Celkově se podávají léky k ovlivnění reaktivity imunitního systému, což jsou imunoglobuliny

a kortikoidy. Léčba takových dětí by měla být centralizovaná na jednotky dětské intenzivní a resuscitační péče.

Přinesla doba covidová změnu ve spektru diagnóz u dětí a novorozenců?

Rozhodně se v covidové době změnilo spektrum diagnóz, pro které jsou děti do nemocnice přijímány. V první řadě některé diagnózy zcela vymizely, například angína nebo spála. S těmi jsme se v posledních měsících prakticky nesetkali. To souviselo pravděpodobně s izolací dětí v domácím prostředí. Naopak rozhodně přibýlo dětských úrazů. A to i úrazů u malých dětí, jakými jsou batolata. Pro zmíněnou skutečnost nemám vysvětlení. Možná klesla sledovací schopnost rodičů, kteří měli plné ruce práce se staršími dětmi na distanční výuce. Doba ale přinesla i patologické jevy sociálního charakteru.

Co přesně máte na mysli?

Především se zvýšil počet těhotných nezletilých matek. Nejmladší matce bylo 14 let. Aktuálně jsou u nás z deseti matek po porodu tři nezletilé. Což v době před covidem nebylo běžné. Dle mého odhadu významně vzrostl i počet matek užívajících některou návykovou látku v těhotenství, jakými jsou cigarety nebo drogy, nejčastěji jde nyní bohužel o pervitin.

Dále jsme registrovali enormní nárůst dětí s psychickými a psychiatrickými diagnózami. Tyto děti velice rychle zaplnily dětská psychiatrická lůžka. V současné době je téměř nemožné přeložit dítě psychiatricky nemocné z dětského oddělení na oddělení lůžkové dětské psychiatrie. Důvodem je opět, podle mého názoru, doba uzavření vzdělávacích institucí a ztráta kontaktu dětí se sociálním prostředím škol a zájmových kroužků.

Prekvapivě vysoký je nárůst počtu týraných dětí. To velice pravděpodobně souvisí se stresem, který covidová doba přinesla rodičům dětí a s tím, že se pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí do rizikových rodin po určitou dobu vůbec nedostali.

Postřehli jste také často zmiňovanou změnu životního stylu u dětí?

Zřídka jsme pozorovali, že by děti a jejich rodiče nějak více přemýšleli o svém dosavadním životním stylu, způsobu stravování a pohybu, než by tomu bylo v době před covidem. Ale pravda je taková, že se většina dětí přestala hýbat a výrazně přibrala. Nyní nejsou výjimkou děti s těžkou formou obezity. Na vině je téměř jistě dis-



tanční výuka a zákaz rekreačního sportování. Děti si zvykly trávit většinu času sedavým životním stylem. To se odrazilo v nárůstu počtu dětí s vysokým krevním tlakem a s tzv. metabolickým syndromem. Uvedené diagnózy jsou předstupněm rozvoje aterosklerózy, vzniku srdečního nebo mozkového infarktu a vzniku dalších tzv. civilizačních chorob, jakými je např. cukrovka. To v minulosti nebylo a úzce to s nastavením životního stylu souvisí. A do budoucna to může být jistě velký problém.

Často se zmiňuje, že v době covidové docházelo k zanedbání zdravotní péče, týká se to i dětí?

U některých dětí došlo skutečně k opoždění návštěvy zdravotnického zařízení, tím také k opožděnému stanovení diagnózy a opožděné léčbě někdy i velice závažného onemocnění. Zmínit lze například zánět kloubu, zánět mozku, zánět ledvin apod. Nebylo to ale z důvodu možného zanedbání pediatrem, neboť většina dětských lékařů po celou covidovou dobu řádně ordinovala, dokonce poskytovala dětem preventivní péči včetně povinného očkování. Příčinou opoždění bylo váhání rodičů, kteří nedopravili své dítě k pediatrovi včas. Zda tak činili ze strachu z covidu, nebo nedostatku času, nedokážu posoudit.

Obáváte se nástupu mutace viru delta v období prázdnin či začátkem školního roku?

Mutace jsou běžnou součástí života všech patogenů, nejen virů. U virů nelze muta-

cím zabránit, neboť proběhnou velice rychle. Viry se obvykle pokouší zasáhnout co největší počet obyvatel a hostitele poškodit pokud možno co nejméně. Většina patogenů totiž nezamýšlí svého hostitele usmrtit, neboť se smrtí hostitele končí svoji pouť i patogen. Čas od času se ale může objevit varianta viru nebo bakterie, která může mít vyšší nakažlivost, vyšší smrtnost a podobně. Vzhledem k dosavadnímu vlídnému chování koronaviru k dětským pacientům se nových mutací neobávám a nemyslím si, že by konec prázdnin a začátek školního roku v této oblasti přinesly nějaké zásadní změny.

Jak pediatr vnímá prázdniny?

Prázdniny vždy přinesou změnu nejen ve skladbě diagnóz, ale i ve věku nemocných dětí. To souvisí s typem oblasti, ve kterém jako zdravotnické zařízení působíme. Děčínsko je turisty vyhledávaná rekreační oblast. Proto k nám na oddělení každé léto zavítají děti školního věku z různých koutů republiky, které jsou u nás na rekreaci nebo na dětském letním táboře. Dále rovněž děti cizinci, nejčastěji z Německa. Spektrum diagnóz se také mění. Každé léto je typické množstvím dětských úrazů a zvýšeným počtem infekčních průjmů. Na konci prázdnin se bohužel zvyšuje počet týraných dětí. Pro zaměstnance dětských oddělení v nemocnicích je typické, že na rozdíl například od operačních oborů nesnižují přes léto počet svých lůžek, a proto si přes léto moc neodpočinou. Ale to už k oboru patří.

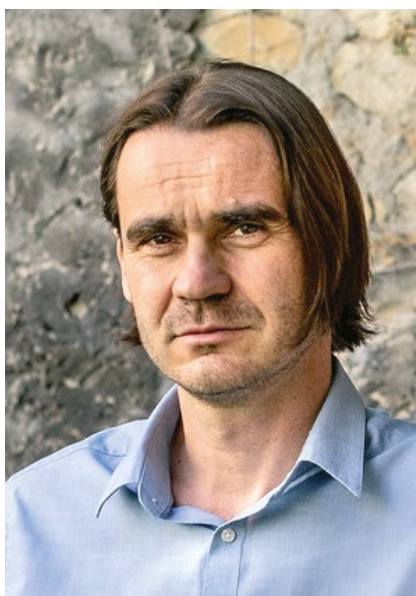
Petra Hátlová

České děti jsou v závislostech na špici. Praktici pomohou se včasným záchytem

V počtu dětí a mladistvých, kteří někdy v životě kouřili cigarety, pili alkohol nebo užili konopí, se Česká republika stále umísťuje na prvním místě mezi evropskými zeměmi. Během covidu se podle lékařů situace ještě zhoršila. Adiktologové z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze nyní ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů a Nadací Sirius proto pro praktické pediatry a pediatrické sestry připravují vzdělávací kurzy. Pomohou jim závislosti rozeznat a zachytit přímo v jejich ordinacích a následně zprostředkovat specializovanou péči.

Statistické výsledky i zkušenosti lékařů poukazují na zvýšenou potřebu včasného zachytu závislostního chování i na úrovni primární péče – tedy v ordinacích dětských praktických lékařů. Experti z Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN proto připravují ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů a s podporou Nadace Sirius elektronické vzdělávací kurzy pro lékaře a sestry, které nabízí teoretický základ i praktický postup pro řešení konkrétních závislostních projevů.

„Je dobře, že se podařilo na tvorbu a ověření těchto kurzů získat finance a že je můžeme nyní připravit pro praxi a pečlivě krok za krokem implementovat do tuzemských podmínek. Dětské praktici a sestry budou díky nim schopni u svých pacientů lépe rozeznat rizikové chování či přímo příznaky závislosti a případně rychle zasáhnout – a to jednak vlastními krátkými intervencemi a jednak nasměrováním pacienta a jeho rodičů na nově vznikající adiktologické ambulance a expertní adiktologická centra pro děti a mladistvé,“ vysvětluje přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN **prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.**



Situace se zhoršila kvůli pandemii

Z dat Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách a dat Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti vyplývá, že závislost na tabáku se může týkat až 44 600 osob v české populaci 14–19letých. Ohledně užívání alkoholu je situace ještě nepříznivější. Odhadem u nás pije nadměrné množství alkoholu až 114 400 mladistvých. Opakované užívání konopných látek se týká přibližně 63 500 z nich. Pervitin užívá v současné době celkem 2 750 a heroin nebo jiné opiáty 2 100 mladistvých. Významným ukazatelem problémového užívání návykových látek je injekční užívání drog, které se týká až 3 460 jedinců v uvedeném věku. V počtu mladistvých, kteří si někdy v životě zapálili cigaretu, okusili alkohol nebo užili konopné látky, je Česká republika na prvním místě ze všech sledovaných evropských zemí. Lékaři navíc upozorňují, že závislostních problémů registrují čím dál tím víc.

A problémem nejsou jen látkové závislosti, ale i ty nelátkové, kam patří například sociální síť. „To, že závislostního chování

dětí a mladistvých přibývá, vnímají asi všichni dětské praktici. Z mého pohledu se to jasně ukázalo v „covidové době“ plné nejrůznějších omezení. Výrazný je příklon k závislostem zdánlivě „méně nebezpečným“, jako jsou mobilní telefony, tablety, internet, sociální síť a podobně,“ říká předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů MUDr. Alena Šebková.

Faktory snižující riziko vzniku závislosti

- sebeúcta a sebedůvěra
- pozitivní perspektiva
- účast na životě církve
- schopnost sebekontroly
- dobré vztahy v rodině
- neautoritativní podpora dospívajícího (a jeho přijímání takového, jaký je)
- schopnost rodičů dobře komunikovat a řešit rodinné problémy
- kvalitní školy
- pozitivní vzory ve společnosti

Nové kurzy, které by měly záchyt závislosti u dětí a mladistvých zlepšit, budou čerpat z kurikula obsáhlého manuálu CRAFT, který vznikl ve spolupráci dětských praktiků a pediatrů a který byl v roce 2020 inovován do současného třetího vydání. Manuál uvádí například následující faktory, které mohou riziko vzniku závislosti zvyšovat, nebo snižovat.

V posledních dvou letech byl stejným způsobem připraven manuál pro gynekology a gynekologické sestry, pro které bude vznikat i podobně stavěný vzdělávací program. Celý projekt zde úzce navazuje na velmi úspěšnou implementaci Evropského kurikula pro prevenci v podobě českého onlinového kurzu INEP, který se dočkal anglické, portugalské a španělské mutace a ukázal novou perspektivu tohoto typu vzdělávání pro různé profesní skupiny.

Mgr. Lukáš Malý

1. LF UK, foto: archiv 1. LF UK (red)

Faktory zvyšující riziko vzniku závislosti

- problémové chování v dětství, zanedbávání a zneužívání
- v adolescenci malá sebedůvěra a sebeúcta, chronická nemoc a hendikep, špatný školní prospěch, sklon k riskování, duchovní prázdnota, absence smyslu života
- duševní nemoc
- významná ztráta v rodině
- chronicky nemocní rodiče
- rodiče příliš autoritativní, nebo naopak nadměrně benevolentní
- nedostatečná komunikace a dysfunkční rodina
- chudoba
- negativní vzory v okolí
- glorifikace rizikového chování
- nízká úroveň vzdělání
- nezaměstnanost



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.

Bonifikační program VZP PLUS – STOMATOLOGIE

VZP nabízí smluvním partnerům široké spektrum bonifikačních programů s cílem zajistit dostupnost a motivovat stávající poskytovatele zdravotních služeb ke zvyšování kvality a zlepšování organizace péče o své pojištěnce. V polovině roku 2019 zahájila bonifikační program VZP PLUS, jehož hlavním záměrem je řešit konkrétní a aktuální témata, jako je např. dostupnost hrazených zdravotních služeb, podpora preventivních programů nebo kvalita zdravotní péče poskytované skupinám pojištěnců s vybranými chronickými onemocněními.

Program pokračuje i v roce 2021 a aktuálně je v jeho rámci nabízeno osm modulů, a to DOSTUPNOST, STOMATOLOGIE, GYNEKOLOGIE, DIABETES, HYPERTENZE, OBEZITA, DERMATOLOGIE a AUTISMUS. Součástí jednotlivých programů jsou různé typy bonifikací, jako např. jednorázová bonifikace za registraci nového pacienta do péče poskytovatele primární péče, ale také bonifikace za pravidelnou péči o registrované pacienty. Do bonifikačního programu VZP PLUS se mohou zapojit všichni poskytovatelé zdravotní péče, kteří splňují podmínky jednotlivých programů.

V této poradně se zaměříme na program VZP PLUS – STOMATOLOGIE a jeho zhodnocení za předešlý rok.

Bonifikační program VZP PLUS – STOMATOLOGIE je zaměřen na bonifikaci poskytovatelů v oboru praktického zubního lékařství. Cílem tohoto programu je především zlepšit dostupnost hrazených stomatologických služeb a zvýšit počty registrací pojištěnců VZP u praktických zubních lékařů tak, aby ideálně každý pojištěnec měl svého registrujícího stomatologa. Poskytovatelům, kteří se do programu přihlásí a podepíší bonifikační dodatek ke smlouvě, bude uhrazena finanční bonifikace za každého nově registrovaného pojištěnce, za hlášení registrací zdravotní pojišťovně a za poskytování pravidelné péče o registrované pojištěnce.

Základní podmínky pro vstup do programu

- Pro všechny poskytovatele v oboru praktického zubního lékařství.
- Poskytovatel registruje na svých pracovištích nové pojištěnce do své péče a předává hlášení zdravotní pojišťovně (doklad 80).
- Poskytovatel je připraven v rámci svých ordinačních hodin poskytnout neodkladnou péči pojištěncům VZP ČR.
- Poskytovatel vede funkční objednávkový systém, který umožňuje objednat se na pevnou dobu ve vymezených časech.



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

- Poskytovatel poskytuje nejen výkony pravidelné péče (tj. preventivní péči), ale i ostatní kurativní výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění.
- Poskytovatel komunikuje s VZP ČR prostřednictvím VZP Pointu.

Výše bonifikačních plateb v rámci programu

Pro rok 2021 jsou v rámci programu VZP PLUS – STOMATOLOGIE hrazeny tyto bonifikační platby:

- bonifikace za nově registrované pojištěnce ve výši 500 Kč
- bonifikace za hlášení registrací pojištěnců VZP ve výši 1 000 Kč za každé registrující pracoviště poskytovatele za každý měsíc účasti v programu
- bonifikace za pravidelnou péči o registrovaného pojištěnce ve výši 40 Kč, nebo 60 Kč za každého registrovaného pojištěnce k 31. 12. 2021 (odvíjí od celkové počtu registrovaných pojištěnců daným praktickým zubním lékařem).

Zhodnocení programu VZP PLUS – STOMATOLOGIE

V roce 2019, kdy byl program spuštěn, se do něj zapojilo 13 % pracovišť. V roce 2020 byla bonifikace za nově registrované pojištěnce navýšena na 500 Kč a program byl dále ve spolupráci s Českou stomatologickou komorou kultivován. Z celkové počtu 7 591 pracovišť s odborností klinická stomatologie se v roce 2020 programu VZP PLUS – STOMATOLOGIE účastnilo 5 095 pracovišť, což je 67 %. Meziroční nárůst je tedy výrazný. Nejvíce poskytovatelů se do programu zapojilo v Praze, nejméně v Karlovarském kraji.

V rámci programu se daří plnit i hlavní cíle, neboť od června 2019 do března 2021 se díky programu uskutečnilo 149 728 nových registrací do péče stomatologů, které byly nahlášeny zdravotní pojišťovně.

Program VZP PLUS – STOMATOLOGIE v roce 2021

Nabídku bonifikačního dodatku pro účast v programu v roce 2021 obdrželi automaticky všichni poskytovatelé praktického zubního lékařství, kteří splňují všechny další podmínky pro zařazení do programu.

Do programu jsou od 1. 1. zapojeni všichni poskytovatelé, kteří uzavřeli bonifikační úhradový dodatek do 31. 3. 2021. Ostatní, kteří projeví zájem, budou zapojeni vždy od 1. dne kalendářního měsíce, ve kterém kontaktují příslušnou pobočku VZP, splní všechny výše uvedené podmínky a podepíší bonifikační úhradový dodatek.

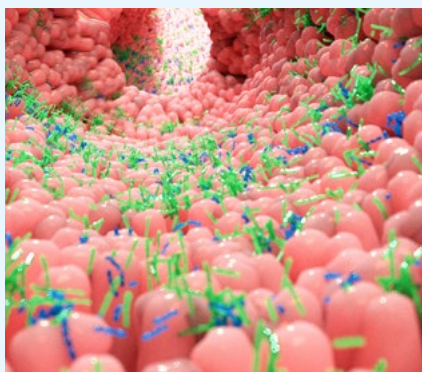
Poskytovatelé mohou nadále o účast v programu požádat místně příslušnou regionální pobočku VZP ČR s tím, že nejpozději se mohou zapojit do programu v listopadu, kdy úhradový bonifikační dodatek uzavřou nejpozději do 30. 11. 2021.

Podrobné informace najdete na stránkách <https://www.vzp.cz/poskytovatele/bonifikace/bonifikacni-program-vzp-plus>.

Vnímání strachu u dětí je ovlivněno složením střevního mikrobiomu

Některé děti vnímají strach intenzivněji než ostatní. Vědci z Michiganské univerzity a Severokarolínské univerzity v Chapel Hill se na základě výzkumů domnívají, že příčinou může být odlišné složení střevního mikrobiomu.

Bylo zjištěno, že děti s výraznějšími reakcemi na podněty vyvolávající strach mají jiné složení střevního mikrobiomu než děti, jež reagují na tyto podněty mírněji. Způsob, jakým děti reagují na podněty vyvolávající strach, může být indikátorem jejich budoucího mentálního vývoje.



Děti by si měly být vědomy hrozeb přítomných ve svém okolí a umět na ně patřičně reagovat. Pokud ale projevují strach i v situacích, kdy jsou v bezpečí, mohou být v pozdějších stádiích života ve vyšším riziku rozvoje úzkostných poruch a depresí. Na druhou stranu děti, u nichž jsou projevy strachu celkově utlumené, se mohou v budoucnu projevovat bezohledně a asociálně.

Ke zjištění, jakým způsobem je složení střevního mikrobiomu propojeno s projevy strachu, byla provedena pilotní studie zahrnující 30 dětí, z nichž všechny byly kojene a nikdy neužívaly antibiotika. Složení jejich mikrobiomu bylo zjištěno analýzou vzorků stolice a projevy strachu byly zhodnoceny pozorováním jejich reakce v momentě, kdy do místnosti vstoupila osoba převlečená za strašidlo. Z výsledků byly patrné významné souvislosti mezi specifickými rysy složení mikrobiomu a intenzitou projevů strachu. Děti, jejichž mikrobiom byl v jednom měsíci věku složen pouze z několika skupin bakterií, byly ve věku jednoho roku bojácnější. Zároveň u nich v tomto věku byly identifikovány určité skupiny bakterií, které převažovaly nad ostatními.

Součástí studie bylo také snímání mozku účastníků pomocí magnetické rezonan-

ce. Vědci zjistili, že složení mikrobiomu u dětí ve věku jednoho roku korespondovalo s velikostí jejich amygdaly. Amygdala je struktura spojená s vnímáním potenciálního nebezpečí a strachem.

Ze získaných zjištění lze usuzovat, že mikrobiom ovlivňuje vývoj a činnost amygdaly. Právě na ověření této hypotézy se soustředil další výzkumné aktivity vědeckého týmu. Monitorování složení střevního mikrobiomu tak může být využito pro podporu správného neurologického vývoje dětí.

Zdroj: Nature Communications

Zvýšené hladiny mucinu MUC5AC a prognóza CHOPN

Zvýšené množství celkového mucinu v plicích je spojené s rozvojem chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) a může být využito jako diagnostický marker chronické bronchitidy, která je jedním z příznaků CHOPN. Nyní bylo zjištěno, že jeden z mucinů, mucin MUC5AC, je blíže spojen s rozvojem nemoci než MUC5B.

Hlen v dýchacích cestách je složen z různých proteinů, jako jsou například muciny MUC5AC a MUC5B, které přispívají ke gelovité konzistenci této tělní tekutiny. Výsledky aktuálního výzkumu vědců ze Severokarolínské univerzity v Chapel Hill odhalily zvýšené hladiny mucinu MUC5AC u kuřáků, u nichž se CHOPN ještě nerozvinula, ale jejichž plicní funkce se v průběhu tříletého sledování zhoršila. Abstinující kuřáci, kteří také patří v souvislosti s rozvojem CHOPN do rizikové skupiny, měli oproti tomu hladiny MUC5AC v normě a jejich plicní funkce zůstala po dobu trvání studie zachována. Vyšší koncentrace MUC5AC mohou tedy být klíčovým faktorem pro předpověď rizika a prognózy CHOPN. Právě předpověď rizika rozvoje CHOPN u kuřáků je v současnosti předmětem zkoumání mnoha vědeckých skupin. MUC5AC také může představovat nový farmakoterapeutický cíl pro zastavení rozvoje nemoci a zlepšení prognózy pacientů.



Současné terapeutické možnosti umožňují zpomalení progresu onemocnění a zmírňují symptomy, obzvláště v pozdějších stádiích je však jejich účinnost nízká.

Kouření cigaret je dlouho známý rizikový faktor pro rozvoj CHOPN. Na základě prezentovaných výsledků lze usuzovat, že zanechání kouření může snížit pravděpodobnost rozvoje nemoci v pozdějším věku. Výsledky studie naznačují, že zvýšené koncentrace mucinu MUC5AC v dýchacích cestách přispívají k rozvoji CHOPN, jsou spojené s další progresí onemocnění a zhoršením symptomů. Tento trend nebyl upozorován v případě mucinu MUC5B. Zjištění by mohlo pomoci identifikovat jedince, kteří jsou v riziku brzkého rozvoje CHOPN.

Zdroj: The Lancet Respiratory Medicine

Nedostatek vitamínu D zvyšuje riziko vzniku závislosti na opioidech

Z analýzy patientské dokumentace a z výsledků studií s laboratorními myšmi vyplývá, že hladiny vitamínu D ovlivňují touhu po opioidech a tendenci k vyhledávání slunečního záření. Nedostatek vitamínu D významně zvyšuje lačnost po opioidech a jejich účincích, a tím i riziko rozvoje závislosti.

Studie vědců z nemocnice v Massachusetts navázala na předchozí experiment, během něhož bylo zjištěno, že expozice UVB záření zvyšuje produkci endorfinů. Následně byly u myši se zvýšenými hladinami endorfinů v důsledku expozice UVB záření pozorovány projevy opioidní závislosti.

Endorfiny patří mezi endogenní opioidy a jsou označovány za „hormony štěstí“, protože navozují pocity euforie. Bylo zjištěno, že u některých jedinců se vyskytuje chorobná touha po opalování nebo návštěvě solárních salonů, jež připomíná projevy opioidní závislosti. Tyto projevy jsou důsledkem uvolnění endorfinů. Vazba na UVB zřejmě souvisí se syntézou vitamínu D v kůži, pro kterou je záření potřebné. Tato hypotéza vedla k další domněnce, že vyhledávání slunečního záření je motivováno nedostatkem vitamínu D a také že nedostatek vitamínu D zvyšuje citlivost na účinek opioidů.

Vědci porovnali chování myši se standardními a se sníženými hodnotami vitamínu D a jejich reakce po podání morfinu. Myši s deficiencí vitamínu D po podání morfinu dále vyhledávaly zdroj drogy, což byl u skupiny s normálními hodnotami vitamínu D pouze ojedinělý fenomén. Dále byly

u skupiny s nedostatkem vitamínu D po vysazení morfinu zpozorovány abstinenční příznaky. Zároveň bylo zjištěno, že u této skupiny účinkoval morfin efektivněji v tlumení bolesti. Zvýšená citlivost vůči morfinu může být příčinou významné návykovosti morfinu u skupiny s deficiencí vitamínu D. Po doplnění vitamínu D u testovaných myši došlo k normalizaci opioidní reakce.



Ilustrační foto: 5x Shutterstock

Analýzou patientských záznamů bylo zjištěno, že při středním a významném deficitu vitamínu D byla pravděpodobnost užití opioidů o 50 %, respektive o 90 % vyšší než u pacientů s normálními hodnotami vitamínu D.

Výsledky studie naznačují, že suplementace vitamínu D formou potravních doplňků by mohla pomoci redukovat nadužívání opioidních analgetik jako důsledek rozvinuté závislosti.

Zdroj: Science Advances

Zvýšená konzumace kofeinu a riziko rozvoje glaukomu

Mezinárodní multicentrická studie vedená výzkumným týmem z Lékařské fakulty Icahn na hoře Sinaj prokázala, že denní konzumace vysokého množství kofeinu může u jedinců s vrozenou predispozicí několika násobně zvýšit riziko rozvoje glaukomu.

Glaukom může být příčinou oslepnutí a jeho průvodním znakem je zvýšený nitrooční tlak. Kofein nitrooční tlak ovlivňuje, a může tak přispívat k rozvoji onemocnění. Výzkumný tým v minulosti publikoval výsledky svých studií, jež poukázovaly na souvislost zvýšeného příjmu kofeinu a zvýšeného rizika rozvoje glaukomu s otevřeným úhlem u pacientů s rodinnou anamnézou onemocnění. V současné studii bylo dále prokázáno, že zvýšený příjem kofeinu představoval riziko ve skupině, jež byla vý-

znamně geneticky predisponována k rozvoji zvýšeného nitroočního tlaku.

Vědci použili informace z databáze UK Biobank a analyzovali záznamy 120 tisíc pacientů ve věku 39 až 73 let. Současně byly porovnány i vzorky DNA pacientů, kterým byl předložen dotazník týkající se údajů o jejich denním příjmu kofeinu, stavu jejich zraku a rodinné anamnézy glaukomu. Tři roky po začátku studie byla u účastníků provedena kontrola zraku se zaměřením na hodnoty nitroočního tlaku.

Z analýzy nashromážděných dat vyplynulo, že samotný zvýšený příjem kofeinu nebyl v přímé souvislosti se zvýšeným rizikem výskytu nitroočního tlaku či glaukomu. Naproti tomu u pacientů s významnou genetickou predispozicí pro rozvoj zvýšeného nitroočního tlaku byl zvýšený příjem kofeinu spojen s vyšší prevalencí glaukomu a vysokého nitroočního tlaku. U pacientů v kategorii s nejvyšším geneticky podmíněným rizikem a při denní konzumaci kofeinu nad 321 mg byl výskyt glaukomu 3,9× vyšší



oproti skupině, v níž byl příjem kofeinu minimální nebo žádný a genetická zátěž byla nízká.

Snížení příjmu kofeinu tak může být pro pacienty s rodinnou anamnézou glaukomu možností, jak zlepšit svou prognózu. Studie potvrdila nejen souvislost výskytu glaukomu s životním stylem, ale také významnou genetickou podmíněnost tohoto onemocnění.

Zdroj: Ophthalmology

Konolidin v terapii chronické bolesti

Přírodní analgetikum z omazně (*Tabernaemontana divaricata*), rostliny používané v tradiční čínské medicíně, interaguje s nově identifikovaným opioidním receptorem ACKR3/CXCR7, jehož funkce je spojena s účinkem endogenních opioidních peptidů.

Opioidní peptidy jsou malé molekuly, které zprostředkovávají euforii, úlevu od bolesti, úzkosti a stresu, a to interakcí s opioidními receptory v mozku. Doposud byly rozlišovány čtyři typy opioidních receptorů. Nově identifikovaný receptor ACKR3 byl zařazen do páté skupiny atypických opioidních receptorů, charakteristických vysokou afinitou k přírodním opioidům. ACKR3 účinkuje jako „vyčytávač“ (scavenger) sekretovaných opioidů a zabráňuje jejich vazbě na klasické receptory, čímž prohlubuje jejich analgetický účinek a zároveň tak působí jako regulátor opioidního systému.




Konolidin vykazoval vůči receptoru ACKR3 ve srovnání s dalšími 240 receptory nejvyšší míru aktivace. Zároveň blokuje tento receptor před obsazením endogenními opioidy, které následně interagují s dalšími opioidními receptory. Vědci předpokládají, že tímto mechanismem je dosaženo analgetického účinku využívaného v tradiční čínské medicíně.

Součástí studie byl také vývoj a testování syntetického analoga konolidinu. Tento analog označený jako RTI-512-12 vykazoval ještě vyšší afinitu k ACKR3 než samotný konolidin, s čímž souvisí jeho výraznější analgetický účinek.

Objev nového receptoru a konolidinu jakožto jeho agonisty představuje významný pokrok v objasnění funkce opioidního systému a v regulaci vnímání bolesti. Konolidin a jeho syntetická analoga jsou novou nadějí pro léčbu chronické bolesti či deprese. Při testování konolidinu byla také zpozorována menší míra nežádoucích vedlejších účinků spojených s užíváním opioidních analgetik (morfin, fentanyl), jako je například vznik závislosti či deprese dechu.

Zdroj: Signal Transduction and Targeted Therapy



„Naším cílem rozhodně
nebylo šokovat.“
Katarína Vlčková

Šéf firmy Avast Ondřej Vlček a jeho žena Katarína Vlčková patří se jméním 4,2 miliardy mezi stovku nejbohatších Čechů. Svoje peníze už několik let investují i do charitativní organizace Zlatá rybka, která plní přání nemocným dětem. Novým projektem cíleným na rodiny s vážně nemocnými dětmi je Nadace rodiny Vlčkových. „Mnoho let se ví, že u nás chybí dětské lůžkové hospice, to místo bylo třeba zaplnit. Poskytnutí paliativní péče v jakékoliv fázi závažného onemocnění ročně potřebuje až 13 tisíc dětí a jejich rodin,“ říká MUDr. Katarína Vlčková, která se svým manželem Ondřejem stojí v čele nadace.

Málokdo si umí představit, že půjde a vloží miliardu a půl do nadace. Jak dlouho jste toto rozhodnutí zvažovali?

Asi dva roky jsme přemýšleli o tom, jakým způsobem bychom mohli rozšířit naše dárcovství. Logicky to časově koreluje s nárůstem finančních prostředků. Čím je jich více, tím větší starost je s tím, jak je smysluplně využít a proměnit v nějakou hodnotu. Když množství peněz mnohonásobně překročí částku potřebnou či využitelnou k živobytí, tak nutí vás to přemýšlet, co dál. Nechtěli jsme peníze rozdat, aniž bychom měli kontrolu nad tím, jak budou využity. Je pravda, že by to bylo jednodušší, ale nás právě baví mít kontrolu nad tím, jaký dopad naše prostředky budou mít, a byli bychom rádi, aby byl dopad co největší.

Kdo přišel s tím, že půjde právě o miliardu a půl?

Výšku částky stanovil manžel. Ondřej je hodně racionální a velmi velkorysý člověk. Je celkem pochopitelné, že ta částka vyrazí lidem dech, protože je nepředstavitelná. Já to mám podobně, ty nuly jsou dechberoucí. Tři, šest i devět si jich dokážeme celkem živě představit, protože známe věci, které tu hodnotu mají. Když je jich víc než devět, už nedokážeme vnímat, co to znamená, protože neznáme nic, co by tu hodnotu mělo. My máme s Ondřejem společnou jednu věc, která dost zjednodušuje naše přemýšlení o penězích. Baví nás se dělit a budovat něco, z čeho může mít prospěch více lidí. Samozřejmě se to dělá snadno, když je z čeho. Moc obdivuji na Ondřejovi jeho racionalitu a strukturovanost v tomto ohledu. Já mám trochu sklony jít po ulici a rozdávat, když to přeženu. Ondřej vše promýšlí, chce, aby měl dar co největší dopad a byl využit co nejefektivněji. Založení nadace předcházelo delší přemýšlení nad tím kam, než zda vůbec a kolik peněz vložit.

Založení nadace je označováno za jeden z největších filantropických počinů, které Česko zažilo...

Rozhodně naším cílem nebylo šokovat a být v popředí ohledně částky peněz, kterou máme pro filantropické účely k dispozici. Jsme vděční za to, že to číslo může být takové, jaké je, ale naši motivací nebylo stanout v čele čehokoliv ani se s kýmkoliv poměřovat. Ta částka je dána tím, co máme k dispozici, a pokud bude naše konání komukoliv inspirací, budeme rádi. Rozhodně nám nešlo o to, aby nás kdokoliv s kýmkoliv porovnával a poukazoval na to, co my jsme udělali a někdo jiný neudělal. To by bylo opravdu špatně. Každý dělá to, co umí a na co má kapacitu. A je úplně v pořádku, že jsme každý jiný. Pokud někdo hledá inspiraci a v tom, co děláme my, ji našel, budeme jen rádi. Ale neděláme to pro to.

Spíše než strach cítím velkou vděčnost

Vaše působení v oblasti projektů zaměřených na vážně nemocné děti trvá už od roku 2015, kdy jste založili projekt Zlatá rybka. Kolika dětem jste už za tu dobu splnili přání?

Zlatá rybka od svého vzniku splnila přání téměř sedmi stům dětí. Protože děti můžou mít přát jen jedno přání, snažili jsme se jim volbu trochu usnadnit a strukturovat. Děti si mohou přát v podstatě cokoliv, je jen pár omezení. Ale při přemýšlení si můžou vybírat z kategorií: Chci mít, Chci zažít, Chci se někým stát, Chci se s někým potkat, Chci někoho obdarovat. Mírně převažují přání z kategorie Chci mít, ale hned v závěsu jsou přání cestovatelská a setkávací.

Byla Zlatá rybka odrazovým můstkem pro založení nadace?

Rozhodně ano. Zlatá rybka je už krásná a šikovná mladá dáma. Zakládali jsme ji s vědomím, že má pomáhat rodinám s těžce nemocnými dětmi jiným způsobem, než pomáhají lékaři a organizace, které zde již existují a jejichž pomoc je zaměřena na léčbu či užitečné vybavení. Plně jsme si uvědomovali, že jak my, tak tým Zlaté rybky bude narážet na to, že Zlatá rybka pečuje způsobem, jenž nemůže změnit osudy dětí, které potkává. V průběhu života Rybky jsme si všichni potvrdili, že proces plnění přání není nic podřadného, že může být katalyzátorem léčby. A v tomto smyslu se vyjádřili i lékaři, kteří o těžce nemocné děti pečují. Plnění přání má potenciál zvýšit účinek léčby.

Při přemýšlení o účelu nové nadace jsme měli jasno, že chceme zůstat ve stejné cílové skupině. Díky mé práci tušíme, co rodiny s těžce nemocnými dětmi potřebují a stále nemají. A protože znám mnoho profesionálů, kteří na zlepšení péče o ně již dlouho pracují, rozhodli jsme se podpořit jejich aktivity tak, aby bylo možno se posunout ještě dál. Aby tito skvělí odborníci měli partáka k realizování potřeb těchto rodin. Systematicky, profesionálně a v té nejlepší kvalitě. Aby měli také partáka pro přesvědčování kompetentních osob a orgánů o tom, že paliativní péče ve všech modalitách má být součástí zdravotního systému. Tak, jak to je ve vyspělých zemích. Moc bychom si přáli, aby naše nadace mohla být spojencem pro ty, kteří v naší zemi kultivují pole dětské paliativní péče svou každodenní prací s rodinami, které ji potřebují.

Máte tři syny, nemáte sklon promítat si jednotlivé příběhy do svého soukromí?

Když jsem začínala v Cestě domů (nadace zaměřená na poskytování paliativní péče zejména dospělým pacientům – pozn. red.), tak jsem se právě tohoto velmi obávala. Tehdy se Cesta domů nestarala o dětské pacienty, takže má velká obava souvisela s péčí o mladé maminky. Hodně jsem se bála, že to nedokážu, že mě to semele. A hned u první z nich jsem zjistila, že je to jinak. V tu chvíli je člověk maximálně soustředěný na jejich příběh. Naštěstí je to tak, že mi do jejich příběhů nevstupuje má vlastní rodina. Jsem za to vděčná, bála jsem se toho a je to jinak. Každopádně každá umírající maminka, kterou mám tu čest poznat, a nyní i každá maminka, která pečuje o své umírající dítě, vstupuje do mého života, ovlivňuje mé hodnoty a to, jak prožívám a hodnotím některé okamžiky svého vlastního života. Ale ne negativně. Náš život má být normální. Máme řešit zcela obyčejné potřeby a rozmary své i svých dětí, máme se radovat z každé maličkosti, máme být smutní z banalit. To vše je v pořádku, protože právě teď neumíráme. A samozřejmě strach o své děti a v podstatě i o sebe, v situaci, kdy jsou na mně mé děti závislé, mám. Ale ne v každodenním životě. To, že se setkáváme s těžkým osudem jiných lidí, neznamená, že si máme přenést do svých životů krizový režim. Jejich osudy se nás dotýkají, ale neznemožňují nám prožívat radost z toho, co se děje nám. Spíše než strach cítím velkou vděčnost za každý den, kdy náš život může být zcela obyčejný, bez strachu, s každodenními starostmi. Kdy se moje děti můžou hádat, kdy si můžou stěžovat na úplně banality, kdy nemusí myslet na to, že je vzácný každý den, kdy jsou naživu

nebo mají maminku či tatínka. To, že si uvědomuji, že je darem každý den, kdy můžeme být spolu s našimi nejbližšími, mi nebrání si ten dar beze strachu vychutnávat.

Potřebujete nějaký psychický ventil?

Ano, je důležité mít ventil. I když někdy mám pocit, že bych mohla pracovat nonstop, protože mě práce velmi naplňuje a obohacuje. Ale pak najednou dojdou síly a odpočinek či podpora jsou nutné. Každý, kdo nese bolest druhých, potřebuje být především sám opečováván. Musí mít zázemí, pocit jistoty a bezpečný prostor, kde může vše těžké pustit. My v hospici máme všichni společný ventil, kterým je smích. Spolu se smějeme každý den, někdy až nepochopitelně. Máme se všichni hodně rádi, jsme k sobě otevření, známe své potřeby i slabiny a víme, co nás vyčerpává a co nám pomáhá. Dokážeme navzájem poznat, když někomu dochází energie. Smích pomůže vždy, a někdy se naopak potřebujeme vyplakat. Někdy vyběhat či vytancovat. Velmi důležitá je rodina. Manžel, děti, rodiče, sourozenci. Samozřejmě doma není možné sdílet vše, co se mě v práci do-

tkne, a je moc fajn, když není potřeba nic vysvětlovat. Doma cítím podporu, důvěru a moji blízcí vědí, že když potřebuji chvíli vypnout a být sama či si pustit smutný film, je to proto, že to potřebuji – a nemusím vyprávět proč.

Prostředí by mělo být co nejvíce rodinné

Nadace ve svém názvu nese přívlastek „rodinná“. Jaké úlohy mají jednotliví členové rodiny?

Nyní to máme nastaveno tak, že jsme se zaúkolovali jen my s manželem. Jsme členy správní rady a budeme dohlížet nad směřováním nadace a jejich prostředků tak, aby to odpovídalo účelu nadace, tedy rozvoji dětské paliativní péče. Ostatní členové rodiny mají dobrovolný přístup ke spolupráci či pomoci, podle svých možností a kapacit. Jen našim synům zůstane povinnost a břímě rozhodnutí, jak bude nadace fungovat,

až my tady nebudeme. Do té doby mají možnost ovlivňovat činnost nadace v takové míře, jak se jim to bude líbit. Nemají však právo nadaci zrušit či jednoduše změnit její účel. Podle toho, jak budou chtít a umět, se mohou podílet na rozhodnutích ohledně podpory toho, co bude v budoucnu pro ně důležité. Chceme, aby nadace fungovala dlouhodobě, tak jsme omezili jen možnosti změn destruktivních. Ty konstruktivní jsou vítané.

Umíte porovnat, v čem se liší péče o dětské a dospělé, až seniorní pacienty?

Liší se hodně a v mnoha aspektech. Proto souhlasím s tím, že je dobré dětskou paliativní péči odlišit od té pro dospělé. Dětské pacienty potřebují přístup k paliativní péči po celou dobu trvání nemoci. Tedy i několik let. Neznamená to, že dospělí pacienti neprofitují z paliativní péče již od stanovení diagnózy. To určitě ano, ale v časných stadiích nemoci je u dospělých pacientů postačující obecná paliativní péče, kterou je schopen jim poskytnout jejich praktický lékař či ošetřující specialista. Specializovanou palia-



tivní péči dospělí pacienti potřebují zpravidla až v závěru života, tedy relativně krátkou dobu. Paliativní péče o děti a jejich blízké je mnohem specializovanější. Vyžaduje skutečně multidisciplinární přístup, tedy nejen intenzivní zdravotní péči, ale i velmi specifickou psychologickou, případně spirituální podporu. V rodinách, které pečují o vážně nemocné dítě, je zapotřebí pokrýt celé spektrum potřeb. Podporu potřebují rodiče, sourozenci, prarodiče, kamarádi, učitelé... Onemocnění často trvá řadu let a je potřeba pečovat o to, aby nevznikaly zbytečné komplikace, které by vedly k další dekompenzaci stavu a k bezprostřednímu ohrožení. Často se jedná o onemocnění pomalu progredující a léčbou neovlivnitelná. Jen malé procento dětí, které čerpají paliativní péči, potřebuje péči terminální. Tedy tu, kterou u dospělých označujeme jako hospicovou. U dětských pacientů je využití lůžkového hospice posunuto do jiné roviny než u dospělých. Přesněji se jedná o zdravotní respitní péči. Tedy zařízení, které dětské pacienty využít kdykoliv v průběhu svého život ohrožujícího či život limitujícího onemocnění na dočasnou dobu. Jen v malém procentu dětský lůžkový hospic využívají dětské pacienty a jejich rodiny v úplném závěru života. Bývá to pouze v situaci, kdy takovou péči není možné zajistit v domácím prostředí. Ze strany zdravotníků je péče o dětské pacienty každopádně časově i emočně náročnější než péče o dospělé pacienty a vyžaduje velké nasazení nejen zdravotnického, ale i psychosociálního týmu.

Manžel stojí v čele firmy zaměřené na vývoj antivirových programů, to je od paliativní péče poměrně vzdálená oblast. Co ovlivnilo jeho v rozhodnutí jít tímto směrem?

Pravdou je, že oblast paliativní péče je lidem známá až v situaci, kdy získají vlastní zkušenost. Bohužel to tak bylo i u nás dvou. Když bylo Ondřejovi 21 let, umírala mu maminka v lůžkovém hospici. Tehdy ještě u nás neexistoval domácí hospic. A protože jsme už tehdy měli s Ondřejem k sobě hodně blízko, trávila jsem nějaký čas v hospici u jeho maminky s ním. Pro mě to byla zkušenost, která mě k paliativní péči dovedla, a беру to jako velký dar od ženy, které nebylo dáno poznat všechna svá vnoučata, jichž má nyní osm. Samozřejmě bych byla raději, kdybych se mohla s paliativní péčí seznámit jinak, ale bylo to takto a má úžasná tchyně je tak součástí mého každodenního života. Pro Ondřeje to byla samozřejmě bolestná zkušenost, která mu však dala schopnost porozumět tomu, proč mě má práce naplňuje a proč má smysl ji podpořit.

MUDr. Katarína Vlčková

- Pracuje od roku 2013 jako lékařka v mobilním hospici Cesta domů, kde poskytuje paliativní péči lidem v závěru života v jejich domácím prostředí.
- V roce 2015 společně s manželem založila charitativní organizaci Zlatá rybka. Jejím týmem zatím splnil přání zhruba sedmi stovkám vážně nemocných dětí.
- V roce 2018 složila atestaci v oboru všeobecné praktické lékařství.
- V březnu 2021 společně s manželem založili Nadaci rodiny Vlčkových, do níž vložili aktiva v hodnotě 1,5 miliardy korun. Pro tuto nadaci koupili v pražských Košířích zchátralou usedlost Cibulka s historií sahající do 14. století. V jejím areálu plánují do roku 2026 vybudovat dětský hospic s paliativním střediskem a prostory pro veřejnost.



Před časem jste v Praze koupili historickou usedlost Cibulka, kde chcete vybudovat hospic. Proč padla volba právě na tento objekt?

Zcela náhodou jsme usedlost Cibulka potkali na procházce pár měsíců před tím, než jsme se rozhodli dětský hospic vybudovat. To místo a ten objekt nás naprosto okouzlili a už se nevytratily z našich hlav a myšlenek. Prošli jsme si procesem přemýšlení o ideálních parametrech objektu pro dětský hospic. Byli jsme na různých místech, zvažovali jsme nejjednodušší i nejlevnější možnosti, a stejně jsme skončili u toho, že Cibulka je nejlepší. A když jsme zjistili, že by bylo reálné a možné Cibulku získat, tak to vše do sebe zapadlo a měli jsme jasno.

Jaká je vize fungování hospice?

Naše vize vychází z definice dětského lůžkového hospice, kterou jsme si sami nevymysleli. Mělo by to být místo klidné, ale ne izolované. Takové, které rodiny s těžce nemocnými dětmi mohou využít v jakékoliv fázi nemoci, na časově omezenou dobu či v úplném závěru života. Nebude to jen lůžkové zařízení na vysoké úrovni s dobře vybaveným zázemím pro intenzivní zdravotní a ošetrovatelskou péči, ale i zařízení s ambulantním provozem, kam by děti dojížděly za fyzioterapií, ergoterapií, arteterapií, psycho-

logickou i duchovní podporou. Tak, aby zde našli zázemí i sourozenci nemocných dětí, aby se jim mohl někdo věnovat po dobu, kdy se budou zdravotníci starat o jejich nemocného sourozence. Aby zde našli pomoc a podporu rodiče nemocných dětí v průběhu nemoci i po úmrtí dítěte. Prostředí by mělo být co nejvíce rodinné. Tak, aby měly rodiny své soukromí, ale i prostor pro sdílení a setkávání s přáteli či lidmi z okolí. Aby si rodiče případně mohli odjet odpočinout a načerpat síly na další péči. A také by to mělo být místo, kde se veřejnost setkává s někým, kdo má jiný život a jiné potřeby než ti, se kterými se setkáváme každý den. Abychom věděli, že existují lidé, kteří potřebují, abychom je začali vidět a vnímat jejich osudy. Ne je litovat, ale umožnit jim být součástí našeho světa.

V jaké fázi nyní „Cibulka“ je?

Na Cibulce zatím neposkytujeme žádné služby, jsme teprve na začátku všeho zařizování. Věříme, že dříve než náš hospic otevře své brány dětský hospic Dům pro Julii v Brně, který by se měl začít velmi brzy stavět. Moc jim držíme palce. V Praze zatím paliativní péči pro dětské pacienty poskytuje na nemocniční úrovni Tým dětské podpůrné a paliativní péče ve Fakultní nemocnici v Motole, Klinika paliativní medicíny

Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK, navázaná na Kliniku dětského a dorostového lékařství těžce nemocnice a v neposlední řadě domácí hospic Cesta domů, který pečuje o děti v závěru života v domácím prostředí.

My bychom usedlost Cibulka dali rádi do provozu do roku 2026.

Jak bude péče hrazena?

Naším cílem je postupně zařadit dětskou paliativní péči do zdravotního systému v ČR tak, aby byla dostupná na všech místech v republice, a docílit úhrady péče v dětském lůžkovém hospici ze zdravotního pojištění. Dosud takové zařízení v ČR neexistuje a není v úhradovém mechanismu zdravotních pojišťoven. Naším cílem není jen vybudovat zařízení patřící Nadaci rodiny Vlčkových, chceme docílit toho, aby taková péče byla běžnou součástí našeho zdravotnictví. Otázka je, za jak dlouho se nám to podaří. Velmi malá část úhrady bude nejspíš ležet i na rodině, ale naší prioritou je, aby to nebylo překážkou v poskytování toho, co tyto rodiny potřebují.

Chceme docílit toho, aby taková péče byla součástí zdravotnictví

Disponuje nadace nějakými dalšími finančními zdroji?

Nadace by měla pokrýt náklady z investic své jistiny, kterou představují dvě třetiny celého nadačního majetku. Tak, aby byl provoz nadace dlouhodobě udržitelný. Peníze se nebudou jen čerpat, ale i investovat a budou i vydělávat na další provoz. Do provozu hospice plánujeme zapojit i jiné zdroje, zejména dostupné možnosti státních či jiných dotací a zdravotních pojišťoven.

Sníte v této oblasti ještě o nějakém dalším počínu?

S manželem jsme přemýšleli, co bychom si vlastně přáli, jaký úkol chceme před ředitele nadace postavit. Dospěli jsme k něčemu, co se může zdát trochu troufalé. Ale co si nepřejeme, to se nesplní a snů se nesmíme bát. Takže naším snem je, aby se dětská paliativní péče v naší zemi stala dostupnou pro všechny, kteří ji potřebují, a aby její úroveň byla srovnatelná či vyšší než v zemích, které se v současné době považují za lídry dětské paliativní péče. Je to odvážný sen, ale nám dává smysl a energii posouvat se dál.



Využití telemedicíny v kardiologii

Během pandemie covidu-19 došlo k intenzivnímu rozvoji digitalizace medicíny a zavádění moderních telemedicínských technologií do běžné klinické praxe. V současné době lze distančně monitorovat řadu onemocnění, od kardiologie přes chronická plicní onemocnění až po diabetes. Vitální funkce pacienta je dnes možné sledovat a hodnotit pomocí speciálních aplikací, implantátů a čidel. Díky vzdálené monitoraci mohou lékaři včas zasáhnout do diagnostiky nebo léčby.

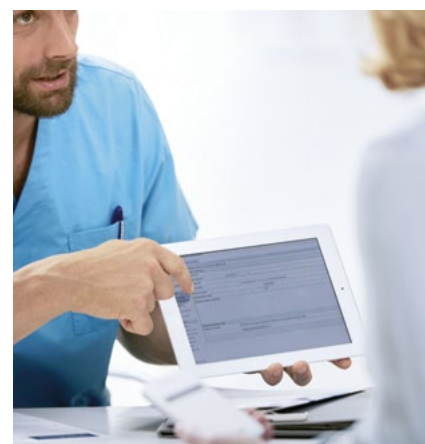
„Zejména u starších pacientů, třeba se srdečním selháním nebo nestabilním vysokým krevním tlakem, potřebujeme aktuální informace o jejich zdravotním stavu. Pomocí digitálních technologií jsme zachovali dostupnost zdravotní péče pro chronicky nemocné i v době omezených ambulantních služeb. Navíc je zde významný přesah sociální, protože mnozí pacienti jsou fragilní senioři a potřebují určitou kontinuitu medicínského sledování, abychom je co nejdéle dokázali udržet v jejich domácím prostředí a minimalizovali riziko hospitalizací,“ uvedl prof. MUDr. Miloš Táborský, Ph.D., MBA, první místopředseda České kardiologické společnosti a přednosta I. interní kliniky LF UP a FN Olomouc v rámci květnového virtuálního kongresu České kardiologické společnosti.

Lékaři získali dlouholeté zkušenosti s pacienty s poruchami srdečního rytmu, kteří mají implantovaný kardiostimulátor či defibrilátor a jsou dálkově monitorováni systémem Home Monitoring. Pacientská jednotka,

podobná chytrému telefonu, detekuje signál vysílaný implantovaným přístrojem a získaná data, jako je například průměrná srdeční frekvence nebo fibrilace síní, bezdrátově odesílá do centrálního střediska v Berlíně. Informace jsou automaticky analyzovány a zjištěné nálezy jsou přes zabezpečený server k dispozici lékařům – a to každých 24 hodin, kdykoli, když je odhalena závažná událost.

Jedná se o zavedený systém¹, který za dvacet let od svého uvedení na trh v několika studiích prokázal, že jeho využívání vede k vyšší pravděpodobnosti přežití monitorovaných pacientů i k snížení rizika hospitalizace pro poruchy srdečního rytmu².

Ukazuje to i nedávný případ pacienta, u kterého byla hned následující den po odhalení epizody fibrilace síní zahájena antikoagulační a antiarytmická léčba. „Jednou z esenciálních vlastností systému je, že funguje zcela automaticky, takže pacient nemusí manuálně zadávat žádné údaje, což samozřejmě zvyšuje jeho adherenci,“ vysvětluje Miloš Táborský.



Ilustrační foto: Shutterstock

V České republice je ve větších i menších centrech díky této technologii distančně sledováno již okolo 4 500 nemocných. „Na našem pracovišti k dubnu letošního roku monitorujeme více než 2 100 pacientů, přičemž za poslední rok jsme zaznamenali skokový přírůstek,“ říká prof. Táborský.

Mgr. Helena Šklubalová

¹Home Monitoring dostupný ve více než 70 státech světa využívá takřka 400 tisíc pacientů. Systém zefektivňuje monitoraci a významně snižuje počet fyzických návštěv v ambulanci při zachování bezpečnosti a kontinuity léčby, jak vyplynulo ze studie TRUST (Varma et al., Circulation 2010). Především ale zlepšuje prognózu pacientů díky včasné detekci řady klinicky významných stavů.

²Studie IN-TIME jasně prokázala mortalitní benefit. Jednalo se o prospektivní, randomizované klinické hodnocení (Hindricks et al., Lancet 2014) 700 pacientů s chronickým srdečním selháním s implantovaným ICD či CRT-D.

▼ Inzerce



Díky technologii BIOTRONIK Home Monitoring je o pacienty s implantáty upravujícími srdeční rytmus nepřetržitě postaráno bez ohledu na to, kde se právě nachází.

Automatický přenos aktuálních patientských dat umožňuje včas identifikovat klinické změny a flexibilně upravit intervaly návštěv lékaře podle individuálních potřeb pacienta.



www.biotronik.com

* Detailní popis je uveden v návodu k použití pro servisní středisko služby Home Monitoring.

 **BIOTRONIK**
excellence for life

Litoměřická nemocnice nabízí vyšší komfort

Velká část vybavení pořizovaného z dotace s názvem Podpora zvýšení komfortu pacientů při poskytování akutní lůžkové péče na území Ústeckého kraje – 2020, kterou čerpá Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Litoměřice, o.z., od Krajského úřadu Ústeckého kraje, již byla dodána. Jako poslední byl v předposledním červnovém týdnu dodán nový ultrazvuk pro ortopedii v hodnotě 180 tisíc korun.

Předmětem dotace byla i dvě lůžka s integrovanou váhou pro ARO a pět matrací pro mezioborovou jednotku intenzivní péče. Na ARO a rehabilitační oddělení byly z této dotace pořízeny také zvedáky pacientů, pro několik pracovišť nemocnice byly zakoupeny infuzní pumpy a injektomy.

„Dodána byla i převozová křesla, mechanické vozíky a transportní lehátka s pevnou výškou, výhřevné lůžko pro novorozenecké oddělení a motomed pro

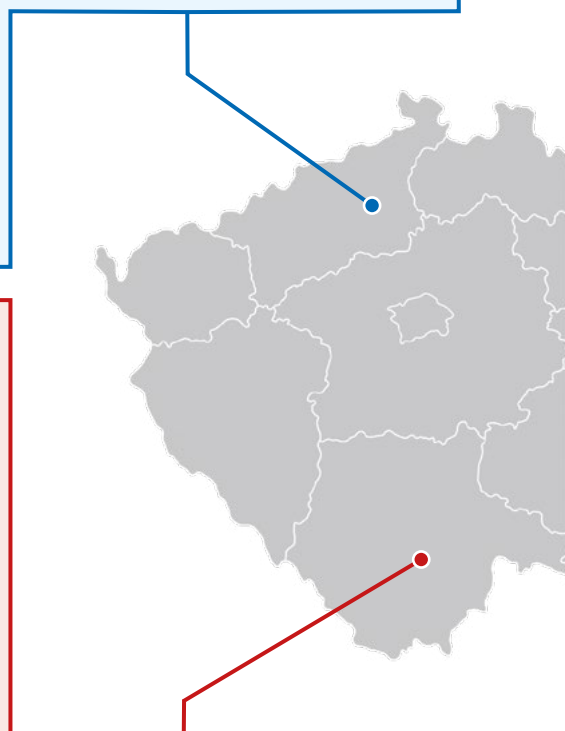


ruce a nohy a čtyřkolová chodítka pro rehabilitaci,“ doplnil informaci Miro-

slav Janošik, který dotaci zajišťuje. Rodičkám již slouží další bezdrátový přístroj pro monitorování těhotných a dopravní zdravotní služba dostala další schodolez usnadňující přepravu imobilních pacientů. „Interní oddělení získalo díky dotaci dvě digitální sedačkové váhy a 45 nových jídelních stolů do patientských jídelen,“ upřesnil Miroslav Janošik.

Celková hodnota vybavení pro zlepšení komfortu pacientů pořizovaného z této dotace činí 5,3 milionu korun.

(red), foto: Nemocnice Litoměřice



Nový kardioangiografický přístroj v Českých Budějovicích

Nemocnice České Budějovice, a.s., instalovala v nově rekonstruované katetrizační laboratoři českobudějovického kardiocentra nový kardioangiografický přístroj určený primárně k zobrazení srdečních a cévních struktur v hodnotě 20 630 500 Kč včetně DPH.

Jde o „high-end“ rentgenový přístroj Azurion 7 firmy Philips, který má oproti předchozímu přístroji řadu výhod. Mezi nejvýznamnější patří redukce dávky škodlivého ionizujícího záření o 40 %. Dalším velmi významným zlepšením je možnost zkrácení doby vyšetření z dosavadních 10–15 minut na 5–10 minut. „Koronární tepny je na tomto přístroji možno zobrazit ve všech potřebných

projekcích jediným nástřikem trvajícím maximálně 6 vteřin,“ uvedl ředitel Kardiocentra Nemocnice České Budějovice, a.s., MUDr. Ladislav Pešl. Přístroj je vybaven zcela novými softwarovými aplikacemi, které umožňují on-line nebo off-line integraci výsledků a nálezů jiných vyšetřovacích metod, např. CT. Díky tomu je možné na přístroji operovat a se řídit jeho zobrazovacími schopnostmi a v jakékoli fázi operačního výkonu užít paralelně i 3D model získaný z vyšetření pomocí CT. „Můžeme tak v současné době provádět výkony, které byly na předchozím přístroji neproveditelné. Nový přístroj je softwarově vybaven i pro použití v neuroradiologii



a slouží také jako záložní přístroj pro potřeby neurointervenčních radiologů při řešení cévních mozkových příhod. Na přístroji lze provádět i všechny rutinní intervenční výkony na periferních tepnách. Medicínsky jsme se tak ocitli na samém vrcholu technologického vybavení, zcela srovnatelném se špičkovými světovými kardiocentry. V České republice takto vybavené pracoviště zatím nenajdeme,“ komentuje generální ředitel nemocnice MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

Přístroj má pro českobudějovické kardiocentrum klíčovou roli. Ročně je zde vyšetřeno bezmála 4 000 pacientů, z nichž přibližně 1 700 dostane stent, okluder, stentgraft nebo chlopeň. Další přibližně 600 pacientů je operováno na Oddělení kardiochirurgie a hrudní chirurgie.

(red), foto: Nemocnice ČB

Krajská nemocnice ve Zlíně nasadila do provozu čtyři nové sanitky

Čtyři nové převozové sanitky nasadila do provozu Krajská nemocnice T. Bati ve Zlíně (KNTB). Jde o moderní vozy typu Volkswagen Transporter, speciálně upravené podle požadavků zdravotníků. Jejich pořízení vyšlo na zhruba 5 100 000 korun.

„Tak jak průběžně investujeme do přístrojového vybavení, investujeme i do vozového parku. Nové sanitky nahradí ty, které nemocnice pořídila před dvaceti lety a které už dosluhují,“ říká Michal Filip,

předseda představenstva Krajské nemocnice T. Bati.

Nové sanitky mají řadu předností, které usnadňují převoz pacientů i práci posádky. Jsou vybaveny například polohovatelnými lehátky, posuvnými sedačkami a rampami pro jejich výjezd a nájezd a různým zdravotnickým vybavením. „Mají také klimatizaci, a to jak v kabině pro řidiče, tak v prostorách pro pacienty,“ upozornil Leoš Růžička, vedoucí Oddělení dopravy ve zlínské nemocnici.

KNTB má nyní k dispozici celkem 22 sanitek, které jsou značně vytížené. Například během loňského roku najely v souhrnu zhruba 680 000 kilometrů, což bylo asi o 15 000 kilometrů více než v roce předcho-



zím. „Sanitku vyřazujeme z provozu, když má najeto kolem šesti set tisíc kilometrů. Může to být později, ale i dříve, záleží vždy na technickém stavu konkrétního vozidla,“ upřesnil Leoš Růžička.

(red), foto: NTB ve Zlíně

Unikátní operaci, díky níž dorostla zkrácená stehenní kost, provedli ve FN Brno

nebo operačně pomocí zevního fixátoru, jenž kost protahuje.

Inovace růstu kosti se zrodila díky profesorovi Baumgartnerovi, podle jehož poznatků byl vyvinut speciální hřeb FITBONE, ve kterém je inkorporován pohon spojený s podkožně implantovaným čidlem. Hřeb je z malého řezu vsunut do postižené kosti a pomocí zevně přiloženého komunikátoru lze prodlužovat kost až o 1 mm denně. „Už máme podobnou zkušenost, kdy byl použitý také rostoucí hřeb, ale růst byl mechanický, pacient musel zevně rotovat nohu a jednostranně se vyšroubovával hřeb ven. Nevýhodou bylo, že nad růstem kosti nebyla kontrola. V tomto případě pacient tolik nespocoval, kost začala srůstat a museli jsme přistoupit k další operaci, aby byl srůst rozrušen a mohlo vše dál fungovat,“ doplňuje zkušenost přednosta Kliniky úrazové chirurgie MUDr. Milan Krtička, Ph.D.

Dnes osmnáctiletý Matyáš má levou nohu stejně dlouhou jako pravou. V listopadu mu byl do kosti vsunut motorizovaný implantát, který díky elektromagnetické indukci

mohl, za bedlivé kontroly lékařů, sám regulovat. Přístroj uvnitř kosti dělá pravidelné reporty, takže je jasné vidět, jak reálně hřeb roste. „Zárok je prováděn v celkové narkóze, je miniinvasivní, stačí pouze tři ranky. Jedna pro zavedení hřebu v oblasti kolene, druhá malá ranka v místě, kde se dlátem přeruší celá kost, z této ranky se zavede i čidlo, které se pak umístí do podkožní kapsy, třetí ranka na zavedení jednoho jisticího šroubu. Čidlo pod kůží nejenže snímá data, ale zároveň přes elektromagnetickou indukci přenáší proud do motoru hřebu. Celý princip prodlužování kosti, tzv. kalus distrakční osteotomie, funguje na známé biologii kostního hojení, kdy po přerušení kosti se nejdříve vytvoří hematoma, který se postupně mění na vazivo, vazivo na chrupavku a chrupavka v kost. Kontinuálním prodlužováním přerušené kosti o 1 mm za den se udržuje bezpečně novotvorba buněk a následně kalcifikací hotové kosti,“ popisuje Krtička a dodává, že podobný zákrok je možný i na pažní nebo holenní kosti, přitom je velmi důležitá spolupráce s pacientem.

(red)

Propacienty, kteří jsou povážnějším úrazem, onkologické léčbě spojené s chirurgickým zásahem do kosti nebo růstovou genetickou vadou, se nabízí řešení díky systému FITBONE. Končetinu tak lze prodloužit až o osm centimetrů, operace je přitom miniinvasivní. První takovou operaci v České republice provedl tým Kliniky úrazové chirurgie FN Brno.

Matyáš (18) utrpěl v 11 letech úraz při fotbale, v důsledku zlomeniny stehenní kosti došlo k zastavení růstu a zkrácení končetiny o 4 cm. Důsledky takového rozdílu mezi končetinami mohou vést nejen k bolestem zad a kyčlí, ale je tu i predispozice ke vzniku artrózy, skoliózy a mnoha dalším obtížím, které z toho vyplývají. Dosavadní možnosti léčby byly celkem omezené, neoperačně používání speciálně ušité ortopedické obuvi, která rozdíl mezi druhou nohou eliminuje,

Výzkum inovativních farmaceutických společností v ČR: investice ve výši 1,9 miliardy korun

Klinické hodnocení je prestižním a náročným procesem probíhajícím ve zdravotnických zařízeních po celém světě včetně České republiky. Analýza Klinická hodnocení inovativních léčiv a jejich dopad na hospodářství ČR zpracovaná poradenskou společností EY zmapovala lokální výzkumnou aktivitu inovativních farmaceutických společností sdružených v Asociaci inovativního farmaceutického průmyslu.

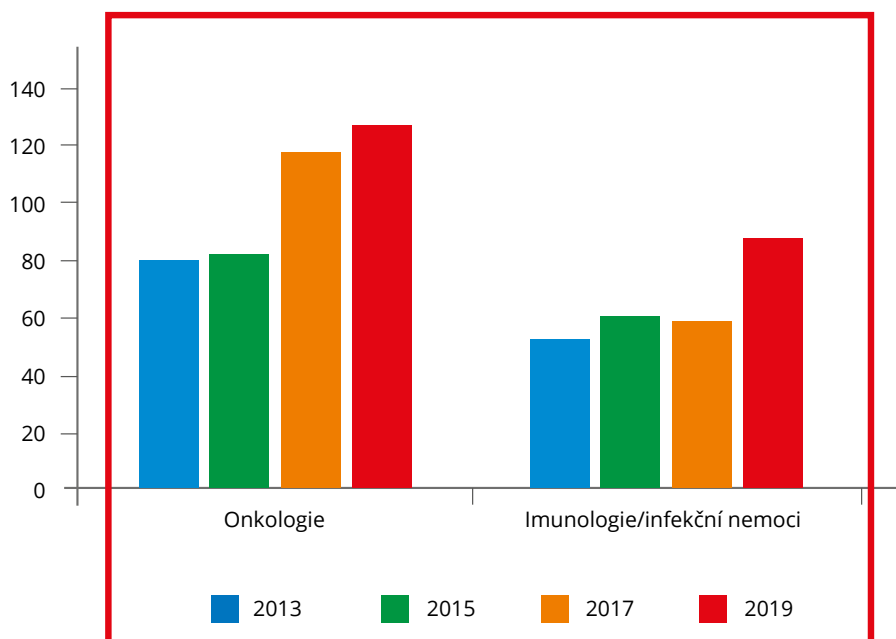
Dotazníkového šetření se v rámci provedené analýzy zúčastnilo 21 společností. Jejich investice do místního výzkumu se jen v roce 2019 vyšplhaly na 1,9 miliardy korun. Oproti roku 2017 došlo k nárůstu o 300 milionů korun. V souladu s trendy posledních let probíhá nejvíce klinických studií v oblasti onkologie a imunologie. Charakter a typ klinických studií se však zásadně mění. Nová klinická hodnocení představují náročné projekty zaměřené na personalizovanou medicínu, včetně biologické a genetické léčby. S tím souvisí i častý přesun hodnocení do specializovaných nemocničních center.

Pokud chceme v České republice i nadále klinická hodnocení udržet a zvýšit konkurenceschopnost zejména vůči ostatním státům a regionům, je nutná metodická podpora ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR a využití zkušeností z koronavirové pandemie. „Státní ústav pro kontrolu léčiv podporuje realizace klinických hodnocení. Jako regulační úřad se nemůžeme zapojit do výzkumu, ale poskytujeme konzultace, pomoc při přípravě dokumentace a pořádáme semináře. Jsme si vědomi, jak důležitá klinická hodnocení jsou a jak velký význam mají pro pacienty,“ vysvětluje Mgr. Irena Storová, MHA, ředitelka Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL).

Výzkum moderních léčiv

Moderní medicínský výzkum koresponduje se závratným rozvojem poznání o povaze a příčině chorob. „Díky výzkumu zjišťujeme, že onemocnění dříve považovaná za jednotná jsou vlastně souborem mnoha různých onemocnění, jen s obdobným jmenovatelem. Proto nyní inovativní medicína směřuje k personalizované, biologické a genetické léčbě. Oblast nového výzkumu se přesouvá ze širokých terapeutických oblastí a plošného hodnocení k vysoce specifickým diagnózám,“ vysvětluje Mgr. Jakub Dvořáček, MHA, LL.M., výkonný ředitel AIFP.

„Z analýzy vyplynulo, že v roce 2019 bylo v ČR jen společnostmi sdruženými v AIFP realizováno 389 klinických hodnocení, 55 % z nich v oblasti onkologických onemocnění



Obr. 1 Počet realizovaných klinických hodnocení v oblastech onkologie a imunologie

a imunologie,“ říká Jakub Dvořáček (obrázek 1). Oproti roku 2015 došlo u obou oblastí k nárůstu. Inovativní společnosti v ČR hodnotí také léčiva na onemocnění nervové soustavy (39), v oblasti kardiologie a cévních onemocnění (39), revmatologie (22), onemocnění dýchacích cest (16), endokrinologie (17), psychiatrie (3) a v dalších oblastech (40). „V roce 2019 se zvýšilo množství nově započatých klinických hodnocení, byť celkový počet výzkumných projektů ve srovnání s rokem 2017 klesl,“ doplňuje Mgr. Zdeněk Dušek, senior manažer společnosti EY.

Investice farmaceutických společností: 1,9 miliardy korun

Realizace klinických hodnocení je pro výzkumné týmy často velmi prestižní záležitostí. „Díky klinickým studiím se k pacientům dostávají nejmodernější, vysoce inovativní přípravky řadu let před jejich registrací, lékařské týmy jsou v kontaktu s nejnovějšími technologiemi a znalostmi v oboru, zlepšuje se zdravotní péče poskytovaná pacientům

a dochází také k transferu technologií a znalostí,“ říká MUDr. Jiří Škopek, Ph.D., vedoucí Klinicko-farmakologické jednotky Fakultní Thomayerovy nemocnice.

Významné jsou také finanční prostředky, které s klinickým hodnocením souvisejí. Jen v roce 2019 investovaly farmaceutické společnosti v souvislosti s klinickým hodnocením okolo 1,9 miliardy korun, z toho zhruba 1,6 miliardy putovalo přímo do zdravotnického sektoru, necelých 100 milionů pak bylo zapláceno na poplatcích regulátorům a etickým komisím. Ve srovnání s rokem 2017 jde o nárůst o přibližně 300 milionů korun. „Inovativní farmaceutické společnosti jsou tak dlouhodobě jedněmi z největších podporovatelů klinických výzkumných aktivit v České republice,“ informuje o kontextu investic Zdeněk Dušek.

Přesun do specializovaných center

Klinická hodnocení se zapojením pacientů mohou v ČR probíhat pouze ve zdravot-

nických zařízeních. Velká část klinických hodnocení se realizuje, a zejména dříve realizovala v ambulantní sféře a menších zdravotnických pracovištích podle jejich terapeutického zaměření. Díky změnám povahy klinického hodnocení, tlaku na multidisciplinaritu i čím dál komplexnější a komplikovanější povahu výzkumných projektů se nyní často přesouvají do velkých nemocnic a specializovaných pracovišť, tzv. Centres of Excellence. Vznikají zde vysoce specializované, koncentrované týmy, které se dlouhodobě věnují provádění klinického hodnocení. Jejich aktivity jsou efektivnější, a tudíž se celkový počet výzkumných týmů postupně snižuje. Nejvíce výzkumných týmů se účastní onkologických (493), kardiologických (427) a imunologických klinických studií (415).

Ve sledovaném roce participovalo na klinických studiích realizovaných AIFP celkem 16 854 pacientů. Nejvíce pacientů bylo zapojeno v kardiologických (6431), neurologických (2151) a onkologických (1989) výzkumných projektech. Počet pacientů účastnících se klinických studií postupně klesá, což souvisí se zmiňovaným novým charakterem studií.

Shodně s předchozími lety byla i v roce 2019 nejčastěji prováděna klinická hodnocení tzv. fáze III, kdy jsou účinnost a bezpečnost hodnoceného léčivého přípravku ověřovány na velkých souborech pacientů před finální registrací (obrázek 2). V uplynulém roce bylo realizováno 286 klinických studií ve fázi III, které se na celkovém objemu hodnocení podílely 74 %. Naopak nejméně studií bylo zaznamenáno v úvodní fázi I, kdy se obvykle na zdravých dobrovolnících zjišťuje

bezpečnost a tolerance lidského organismu vůči nové léčivé látce.

Klinické hodnocení v době koronavirové pandemie

Systém klinického hodnocení se v průběhu pandemie musel vyrovnávat s mnoha obtížemi. „Abychom zajistili plynulý chod, vydal SÚKL v březnu loňského roku (a následně 12× aktualizoval) Stanovisko odboru klinických hodnocení léčivých přípravků SÚKL k probíhajícím klinickým hodnocením a k ještě nezahájeným klinickým hodnocením v souvislosti s covidem-19,“ vysvětluje ředitelka Storová.

Stanovisko zahrnovalo několik mimořádných opatření, která například napomohla pokračování klinických hodnocení mimo jiné u onkologických pacientů s oslabenou imunitou, kteří by mohli být při cestování do center klinického hodnocení ohroženi.

Jednalo se například o:

- Opatření k zajištění návštěv v centrech (covidová anamnéza, ochranné pomůcky pro zdravotníky i pacienty zajištěné zadavatelem, telefonické objednání na čas apod.).
- Zapojení „home care“ – pro zajištění vizit v domácím prostředí pacienta i podávání léků, kontrolní odběry, dovoz léků.
- Zajištění vzdáleného monitoringu prostřednictvím videokonference při dodržení požadavků GDPR vyplývajících ze zákona č. 110/2019 Sb. Zároveň tím došlo i k částečnému snížení administrativní zátěže zdravotnických pracovníků, která realizaci studií doprovází.



Ilustrační foto: Shutterstock

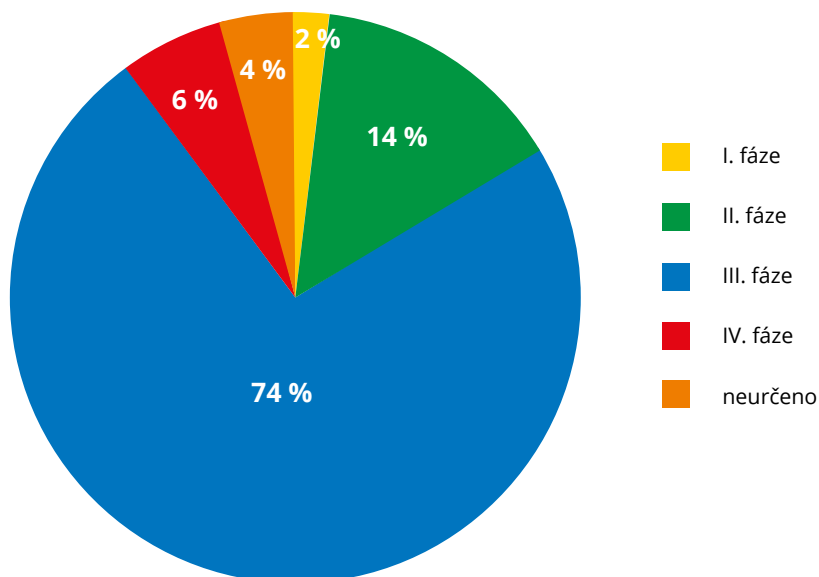
Budoucnost klinického hodnocení v ČR: potřebujeme jednotnou metodiku

Klinické hodnocení v České republice je značně heterogenní – každé zdravotnické zařízení má jiná pravidla, jiné pokyny. Administrativní zátěž všech zapojených pracovišť i zadavatelů je enormní. Kvůli tomu mnohdy dochází ke zpomalení vlastní realizace studií, což je s ohledem na celosvětový tlak na rychlost vývoje problematické. Farmaceutické společnosti se proto někdy obracejí na zdravotnická zařízení v jiných zemích, kde je zejména proces před zahájením studií méně komplikovaný a zdoluhavý.

Abychom v ČR udrželi vysoce přínosná inovativní klinická hodnocení, je nezbytná podpora státu. „Potřebujeme aktualizovaný, jednotný metodický pokyn ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR, který by jasně a závazně definoval procesy ve zdravotnických zařízeních vedoucí k zahájení a provádění klinického hodnocení. V každém zdravotnickém zařízení, které se podílí na výzkumu léků, by měl být zřízen dedikovaný tým odborníků s adekvátními kompetencemi, který se bude zabývat výhradně administrací klinického hodnocení. Je nutné také definovat obecný smluvní rámec, včetně administrativních a organizačních pokynů, a zřetelně nastavit standardy spolupráce,“ vysvětluje Jakub Dvořáček.

„Od roku 2022 nás čeká v oblasti klinických hodnocení velká změna, a to začátek společného posuzování klinických hodnocení členskými státy v rámci EU. V účinnosti totiž vejde nařízení Evropského parlamentu a Rady Evropské unie č. 536/2014 o klinických hodnoceních humánních léčivých přípravků. I tato změna by mohla znamenat větší zájem o provádění klinických hodnocení v EU,“ uvádí závěrem Irena Storová.

Zdroj: SÚKL, AIFP



Obr. 2 Struktura provedených klinických hodnocení podle fáze v ČR v roce 2019

Medicína



Konference lékárníků se zaměřila na farmakoterapii v pediatrii a gynekologii

XXII. konference lékárníků se konala 19. června v Opavě pod záštitou České lékařnické komory a zájemci ji mohli sledovat také online. Tématem letošního ročníku byla farmakoterapeutická péče o ženu a dítě. Shrnutí čtyř vybraných přednášek si můžete přečíst na následujících řádcích.

Atopická dermatitida u dětí

Ve svém příspěvku se MUDr. Lenka Tomaško z Kožního oddělení Fakultní nemocnice v Ostravě soustředila na základní patofyziologii atopické dermatitidy a aktuální možnosti a doporučení v její léčbě s důrazem na nezastupitelnou roli emoliencií. „Atopie je dědičná predispozice k alergickým reakcím. Postihuje kůži formou atopické dermatitidy, ale může se také projevit na dýchacích cestách a sliznicích formou zánětu spojivek nebo alergické rinitidy,“ vysvětlila v úvodu MUDr. Tomaško.

Atopický ekzém je chronické, recidivující, neinfekční kožní onemocnění s prevalencí 15–30 % u dětí a 2–10 % u dospělých. Může probíhat extrinsickou formou s elevací IgE nebo intrinsickou formou, bez elevace IgE. Nejedná se tedy o alergickou reakci prvního typu. Klinickými projevy jsou dermatitida, suchost a svědění. V průběhu onemocnění dochází ke střídání fází vzplanutí a spontánní remise. Onemocnění charakterizuje porucha kožní bariéry v důsledku poruchy keratinizace, hydratace, reparace a imunitní odpovědi. Snížený obsah ceramidů je příčinou zvýšené kožní propustnosti a ztráty hydratace. Další

příčinou ztráty vody a následného šupinatění a poškození kůže je snížený obsah přirozeného hydratačního faktoru, který je tvořen z několika složek, například laktátu, urey a některých cukrů. V důsledku kolonizace kůže bakterií *Staphylococcus aureus* pak dochází k rozvoji zánětu.

Terapie by měla být komplexní, zaměřená na odstranění provokačních faktorů a prevenci. Ta spočívá v dlouhodobé péči o kůži s cílem předcházet fázím akutního vzplanutí. Základním kamenem léčby atopického ekzému jsou topická léčiva – emolencia, lokální kortikoidy, lokální inhibitory kalcineurinu a lokální antibiotika a antiseptika. Po odeznění fáze akutního vzplanutí je vhodné pokračovat v proaktivní udržovací léčbě, například jednou až dvakrát týdně aplikovat lokálně kortikoidy. Tím lze předcházet opětovnému vzplanutí ekzému, či jej alespoň oddálit. Obdobné doporučení platí i pro užívání lokálních inhibitorů kalcineurinu. Použití emoliencií s ureou není u kojenců a pacientů s fází akutního vzplanutí vhodné, protože urea má dráždivé účinky.

Při nedostatečném efektu lokální terapie lze aplikovat fyzikální terapii (fototerapii), případně systémovou terapii. „Většina dětských

pacientů však z dobře nastavené lokální terapie profituje a použití systémových přípravků se snažíme vyhnout. Důležitá je spolupráce s rodiči, pediatrem, případně s psychologem či pedagogem. Děti by neměly svůj ekzém brát jako hendikep, ale spíše jako malou překážku, se kterou jim velmi rádi pomůžeme,“ uzavřela svůj příspěvek MUDr. Tomaško.

Mýty a fakta o hormonálních kontraceptivech

V souvislosti s užíváním kombinovaných hormonálních kontraceptiv (KHAK) je rozšířena řada mýtů – například že užívání KHAK vede k nárůstu tělesné hmotnosti, způsobuje neplodnost, zvýšený výskyt nádorů či změny nálad, snižuje libido atd. PharmDr. Dalibor Černý, Ph.D., z Oddělení klinické farmacie Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov a z Oddělení klinické farmacie Nemocnice Na Homolce se zaměřil na výsledky nejnovějších studií, aby tyto obecně rozšířené domněnky uvedl na pravou míru.

„Užívání hormonálních kontraceptiv je bezpečnou metodou plánovaného rodičovství, protože počet selhání je minimální,“ uvedl Dalibor Černý. Rozlišujeme kombinovaná hormonální kontraceptiva a čistě progestinová kontraceptiva. KHAK obsahují různý poměr estrogenů a progestinových složek a v ČR jsou dostupná ve formě tablet, vaginálních insertů nebo dermálních náplastí. Čistě progestinová kontraceptiva obsahují různé množství různých gestagenů a jejich lékovými formami jsou tablety, depotní injekce či intrauterinní inserty.

Principem fungování KHAK je blokáda ovulace prostřednictvím negativní zpětnovazebné inhibice. Tato kontraceptiva tedy pomocí estrogenů a progestinů brání uvolnění folikulostimulačního hormonu a lutropinu z přední hypofýzy účinkem estrogenů a progestinů. Progestiny dále brání uvolňování gonadoliberinů z hypotalamu. První kontraceptiva byla pouze progestinová, později se zjistilo, že estrogenová složka významně potencuje inhibici ovulace, a zvyšuje tak účinnost kontraceptiv. Nežádoucími účinky KHAK jsou poruchy jaterních funkcí, zvý-



šení tromboembolického rizika, migréna, bolest prsou, poruchy menstruačního cyklu, změna vaginální mikroflóry, rozvoj kandidózy či změna lipidového profilu.

Negativní onkologické vlivy KHAK nebyly prokázány, naopak bylo potvrzeno snížení rizika výskytu ovariálního a endometriálního karcinomu u žen užívajících KHAK. Nejvyšší riziko vzniku karcinomu prsu bylo pozorováno u žen dva roky po vysazení KHAK, a to bez ohledu na předchozí dobu užívání. Vliv na váhový přírůstek rovněž nebyl potvrzen. V souvislosti s vlivem na fertilitu byl prokázán příznivý vliv z hlediska tvorby cyst, průchodnost vejcovodů a ovariální torze. Po vysazení KHAK došlo u 97 % žen k obnově fertility do 90 dnů. Bylo také prokázáno, že užívání KHAK vede ke zmírnění některých obtíží spojených s premenstruačním syndromem, nadměrného krvácení a endometriózy. Další z uvedených studií zjistila, že míra rizika venózního tromboembolismu a změn nálad je u kontraceptiv s obsahem ethinylestradiolu do 50 µg beze změny, nad 50 µg riziko mírně stoupá. Výsledky studií zaměřených na vliv KHAK na libido ukázaly u 22 % žen zvýšení a u 15 % snížení libida. U zbytku sledovaných žen nebyly pozorovány změny. Bylo potvrzeno 1,6× zvýšené riziko infarktu myokardu a mrtvice u uživatelů KHAK oproti ženám, které KHAK neužívaly. Dále byla zjištěna souvislost výskytu deprese a mírných změn nálad s užíváním KHAK a mírně zvýšená potřeba žen užívat současně s KHAK antidepresiva.

„Navzdory všem zmíněným rizikům jsou na základě současných poznatků medicíny založené na důkazech KHAK považována za nejbezpečnější způsob plánování rodičovství,“ uvedl závěrem PharmDr. Černý.

Intoxikace u pediatrických pacientů

MUDr. Lucie Lischková z Toxikologického informačního střediska (TIS) a z Kliniky pracovního lékařství I. LF UK a VFN představila činnost TIS, které je jediným toxikologickým informačním střediskem v ČR. Poskytuje nepřetržitou telefonickou komunikaci v případech otrav pro zdravotníky, laiky i pro veterináře. Je také zásobárnou antidot, antitoxinů, antiser, antiinfektiv, antiparazitik a radioantidot.

„Z celkového množství přes 20 tisíc dotazů v roce 2020 se 57 % týkalo pediatrické populace, 43 % dospělých osob a 1 % zvířat,“ uvedla MUDr. Lischková. Nejčastěji konzultovanými otravami u dětí jsou otravy léky, dále rostlinami, houbami či chemickými přípravky vyskytujícími se v domácnosti. U dětí jde vět-

šinou o nešťastnou náhodu, u dospělých jde zpravidla o suicidální pokus. Nejčastěji konzultovanými skupinami léků u dětí jsou volně dostupná analgetika (ibuprofen, paracetamol, salicyláty), antihistaminika, vitamin D₃, beta-blokátory, digoxin, neuroleptika, sedativa, hormonální kontraceptiva. Při otravě paracetamolem se monitorují hladiny v séru a podává se antidotum N-acetylcystein. U vitaminu D₃ se často jedná o chronickou intoxikaci při předávkování dítěte rodičem, kde hrozí rozvoj hyperkalcemie. Závažné jsou otravy ethanolem, toxická dávka 60% ethanolu je pro děti již 0,66 ml/kg tělesné hmotnosti. Projevy otravy jsou hypoglykemie, zvracení, celkový útlum, hrozí riziko aspirační pneumonie.

„Děti jsou zvědavé, léky je třeba ukládat mimo jejich dosah, nejlépe do uzamkatelné skříňky,“ doporučila závěrem MUDr. Lischková.

Psychofarmaka během těhotenství a kojení

Přednáška MUDr. Antonína Šebely, Ph.D., z Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie 3. LF UK a Národního ústavu duševního zdraví se zabývala otázkou, zda je užívání psychofarmak během těhotenství s ohledem na související rizika prospěšné, nebo ne. Zaměřila se na nejčastěji předepisovaná farmaka ze skupin antidepresiv, anxiolytik a antipsychotik a stavy, které se jimi léčí. „Psychická pohoda ženy v těhotenství je jedním z nejvýznamnějších faktorů, které predikují psychickou kondici ženy po porodu. Zároveň také ovlivňuje vývoj dítěte prenatálně i časně po narození,“ vysvětlil v úvodu význam péče o psychické zdraví těhotných MUDr. Šebela.

Při hodnocení bezpečnosti užívání psychofarmak v těhotenství je nutné zvážit několik aspektů – možné zvýšení rizika rozvoje vývojových vad, vliv na porod, porodní váhu, adaptaci novorozence či potenciální neurobehaviorální toxicitu psychofarmak (riziko autismu, snížení IQ dítěte). Důležité je pracovat s recentními zdroji informací z odborných databází a individuálně zhodnotit význam statisticky zvýšeného rizika v porovnání s rizikem klinickým. Rizika spojená s užíváním antidepresiv SSRI v těhotenství jsou malá a benefity převažují.

Časté obavy související s užíváním antipsychotik v průběhu těhotenství a kojení byly ilustrovány příklady z internetových diskusí. V případě užívání léčiv ze skupiny tzv. stabilizátorů nálad (kvetiapinu, olanzapinu, risperidonu) nebylo podle výsledků klinických studií prokázáno zvýšené riziko vzniku malformací plodu. Zároveň u kvetiapinu nebyly při současném kojení pozorovány žádné nežádoucí účinky. Olanzapin a kvetiapin jsou tedy v současnosti antipsychotiky první volby v těhotenství a při kojení.

„Riziko relapsu bipolární afektivní poruchy po porodu je bez medikace 66%, při užívání medikace 23%, proto je vhodné medikaci spíše profylakticky navýšit,“ uvedl Antonín Šebela.

Vedle farmakologické péče o duševní zdraví nastávajících matek existují také nefarmakologické postupy. Národní ústav duševního zdraví ve spolupráci s organizací Úsměv mámy dokončuje vývoj aplikace Kogito, která uživatelům zdarma poskytne lekce kognitivně-behaviorální terapie, jež je vhodnou formou duševní hygieny.

Mgr. Kateřina Štulíková



Zdravé hubnutí kombinací užívání liraglutidu a cvičení

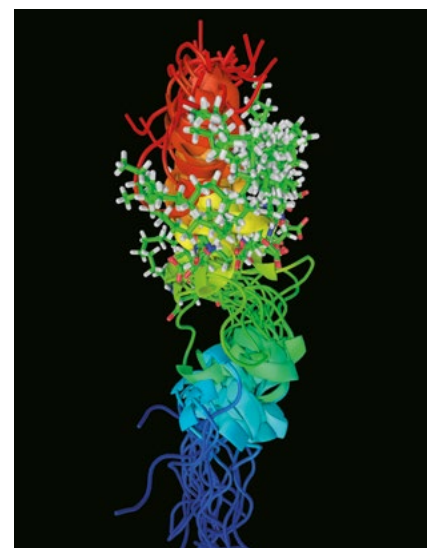
S nadváhou se celosvětově potýká 40 % populace a 13 % trpí obezitou. Obezita snižuje naději na dožití, je spojena se zvýšeným rizikem výskytu diabetu 2. typu, kardiovaskulárních onemocnění, rakoviny a neplodnosti. Nová studie popsala účinnou cestu, jak dosáhnout snížení tělesné hmotnosti a zamezit jejímu opětovnému nárůstu.

Nárůst hmotnosti po jejím úspěšném snížení představuje u obézních pacientů významnou komplikaci. Doposud nebyla provedena žádná studie, jež by byla zaměřena na hledání účinných strategií, jak sníženou tělesnou hmotnost udržet na optimálních hodnotách a jak předejít následnému přibírání. Hlavní překážkou při hubnutí je skutečnost, že se sníženým kalorickým příjmem vzrůstá chuť k jídlu, což komplikuje následné trvalejší udržení snížené hmotnosti. Vědci z Kodaňské univerzity testovali 4 různé postupy pro zachování tělesné hmotnosti u pacientů, kteří zhubli v důsledku předchozích dietních opatření. Z výsledků jejich studie bylo možné vyhodnotit, jaký postup je pro zachování snížené tělesné hmotnosti nejúčinnější.

V recentní randomizované, placebem kontrolované klinické studii byli zahrnuti obézní jedinci (BMI 32–43), u nichž nebyl diagnostikován diabetes. Účastníci dodrželi osmítýdenní nízkokalorickou dietu, při které došlo k redukci jejich hmotnosti o 13 kg a zároveň k významnému zlepšení jejich zdravotního stavu, konkrétně ke snížení glykemie a také ke snížení krevního tlaku.

Účastníci byli následně rozděleni do 4 skupin – 2 skupiny obdržely placebo a 2 další denní dávky liraglutidu (3 mg). Liraglutid je analog lidského glukagonu-podobného peptidu (GLP-1), který potlačuje chuť k jídlu a je schválený jako parenterálně podávané antidiabetikum pro terapii diabetu mellitu 2. typu v kombinaci s dietou a cvičením. V každé z dvojic jedna skupina pravidelně cvičila o střední zátěži a druhá svou aktivitu nezměnila. Účastníkům studie bylo poskytováno výživové poradenství zaměřené na správné postupy pro redukci váhy na měsíční bázi. Studie probíhala po dobu jednoho roku.

U kontrolní skupiny, jež užívala placebo a kde nebyla upravena fyzická aktivita, došlo k opětovnému nárůstu tělesné hmotnosti, a to i přes konzultační podporu nutričních terapeutů. Nejvýznamnější zlepšení bylo pozorováno u skupiny, která pravidelně cvičila a užívala liraglutid. Tito pacienti dále hubli, došlo ke snížení množství jejich tělesného tuku a zároveň k zachování svalové hmoty, ke snížení hodnot glykovaného hemoglobinu, zvýšení inzulínové senzitivity a zlepšení kvality života. U skupiny, která cvičila a užívala placebo, byl další pokles tělesné hmotnosti



Ilustrační foto: Shutterstock

poloviční. Studie prokázala, že nejúčinnější strategií pro snížení a následné udržení tělesné hmotnosti je kombinace zvýšené fyzické aktivity a užívání liraglutidu. Zároveň bylo zdůrazněno, že k úspěšnému udržení snížené tělesné hmotnosti je důležitá trvalá změna životního stylu i ve formě pravidelného cvičení.

Zdroj: The New England Journal of Medicine 2021; 384:1719–1730

Vakcína proti chřipce Influvac Tetra nyní schválena také pro děti ve věku od 6 měsíců

Kvadrivalentní vakcína proti chřipce Influvac Tetra byla nově schválena pro použití u dětí ve věku již od 6 měsíců, z původního omezení od 3 let. Vakcína bude pro následující chřipkovou sezonu k dispozici v novém složení doporučeném WHO pro severní polokouli.

Po celém světě se každý rok vyskytne 3 až 5 milionů případů závažného onemocnění chřipkou a až 650 000 souvisejících úmrtí. Ohroženější jsou v tomto směru vysoce rizikové skupiny populace, mezi které patří zejména kojenci a malé děti nebo chronicky nemocní pacienti s dlouhodobými zdravotními problémy, jako je například astma, diabetes nebo onemocnění mozku či nervové soustavy. Miliony dětí ročně onemocní sezonní

chřipkou, která může způsobit i vážné potíže, jako je bronchitida či zánět plic. Navíc děti šíří chřipku snadno dál. Očkováním dětí je tedy možné před chřipkou ochránit i další osoby.

Očkování je důležitou součástí primární zdravotní péče a je mimořádně důležité pro kontrolu výskytu infekčních onemocnění. Dostupné vakcíny Influvac jsou dobře snášené a účinné a jsou používány ke chřipkové prevenci již více než 70 let.

Influvac Tetra od společnosti Viatrix je léčivý přípravek určený k intramuskulárnímu podání. Obsahuje inaktivované povrchové antigeny viru chřipky hemagglutininu a neuraminidázu ze 4 vybraných kmenů. Její výdej je vázán na lékařský předpis. Vakcína je hrazena pro pacienty ve věku nad 65 let a v dalších indikovaných případech.

Zdroj: Viatrix (red.)

Život ohrožující komplikace chřipky u adolescenta

Chřipka u dětí je v České republice vnímána jako běžné nekomplikované onemocnění, navíc je často zaměňována za jiné virové infekce horních cest dýchacích. Toto podceňování závažnosti onemocnění se odráží v minimální proočkovanosti dětské populace, včetně těch dětí, na jejichž očkování by měl být kladen důraz. Jedná se především o děti s perinatální zátěží a rozvojem bronchopulmonální dysplazie, o děti s asthma bronchiale nebo jinými plicními patologiemi s predispozicí k závažnějším průběhům infekcí dýchacích cest. „Běžná“ chřipka může mít kromě vážnějšího průběhu také zásadní podíl na rozvoji sekundárních plicních bakteriálních zánětů. Předkládaná kazuistika onemocnění u jinak zdravého dítěte ilustruje situaci, kdy poškození epitelu dýchacích cest virem chřipky typu A umožnilo rozvoj těžké, život ohrožující stafylokokové pneumonie s nutností umělé plicní ventilace, s rozvojem fluidopneumothoraxu a s drenáží hrudníku. K normalizaci plicních nálezů došlo v odstupu dvou měsíců po propuštění do domácí péče.

Chřipka je u nás každoročně obvyklým infektem zimního období a předjaří, třebaže v sezoně 2020/2021 byla prakticky vytlačena pandemií SARS-CoV-2. V běžných sezonách onemocní chřipkou průměrně 20 % dětské populace a 5 % dospělých. U většiny nemocných, zejména dětí a mladších dospělých, je průběh onemocnění mírný, se spontánní úzdravou. Tato skutečnost je jedním z důvodů, proč je chřipka podceňována a je pokládána za nezávažnou infekci. Nákaza se snadno

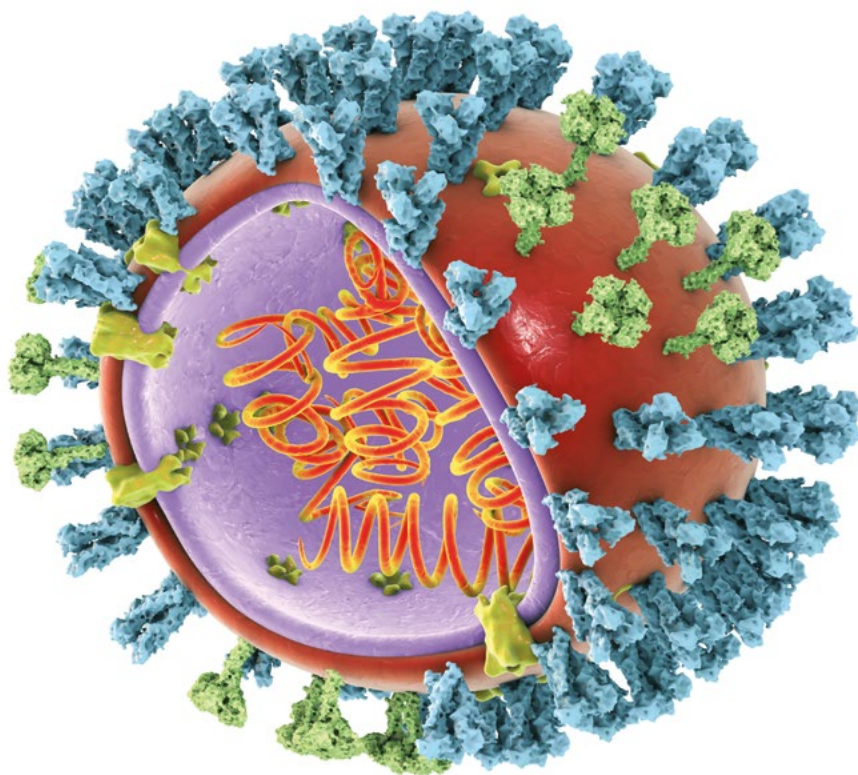
šíří ve školních a pracovních kolektivech, odkud se dostává i ke starším osobám a chronicky nemocným. Ti mají zvýšené riziko komplikovaného průběhu, hospitalizace i úmrtí. Komplikace chřipky jsou způsobeny buď přímo vyvolávajícím virem, nebo bakteriální superinfekcí. Zásadní roli v prevenci onemocnění hraje očkování, které snižuje riziko nákazy a riziko komplikovaného průběhu. Očkování by měli být především lidé starší 65 let, pacienti s chronickými interní-

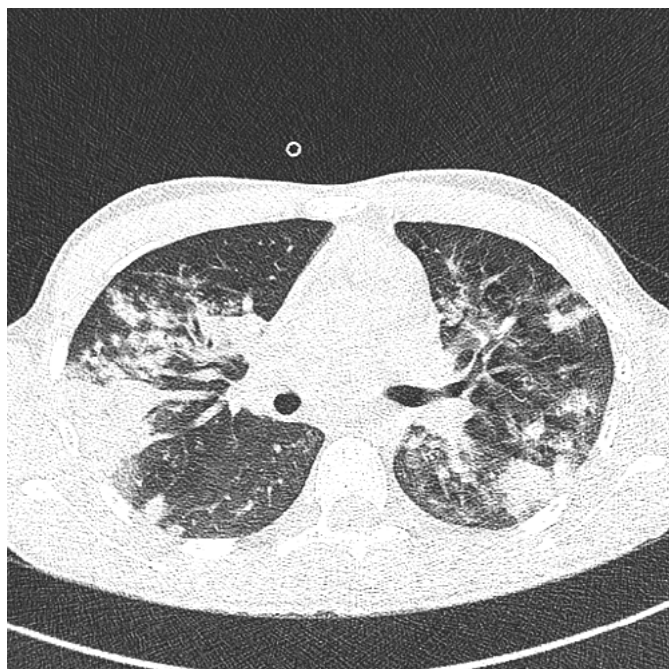
mi onemocněními, těhotné ženy a ti, kdo jsou s rizikovými osobami v kontaktu. Toto doporučení platí již řadu let, přesto je proočkovanost české populace proti chřipce minimální. Ještě nižší je procento očkovaných mezi dětmi.

Popis případu

Téměř 15letý chlapec byl na Kliniku infekčních nemocí Fakultní nemocnice Hradec Králové (KIN) přijat pro respirační infekci s febriliemi a hyposaturací. Hoch byl dosud zcela zdravý, neužíval žádnou chronickou medikaci a neměl v osobní anamnéze kromě zlomeniny klíční kosti a záprstních kůstek ruky žádný vážnější úraz. Očkován byl řádně podle platného očkovacího kalendáře, proti chřipce očkován nebyl. Alergický byl pouze na pylly. Aktivně se věnoval veslování a tři dny před nástupem obtíží se zúčastnil veslařského tréninku, který byl dle jeho slov fyzicky velmi náročný. V předchorobí nepobýval nikde v zahraničí. Bratr pacienta prodělal ve stejné době také respirační infekci.

První potíže se objevily 30. ledna 2020. Šlo o bolesti svalů a kloubů, které nemocný ještě přičítal absolvovanému tréninku. Následující den se přidaly febrilie přes 39 °C a suchý dráždivý kašel. Přes podávání antipyretik horečky příliš neklesaly, proto rodiče s chlapcem 1. února vyhledali lékařskou pohotovost (LSPP), kde byl vyšetřen s následným doporučením symptomatické terapie. Stav se však nelepšil a 2. února si začal stěžovat na zhoršené dýchání a bolesti při nádechu vpravo. Dosta-





Obr. 1 CT hrudníku při přijetí: rozsáhlé splývající infiltráty v obou plicních křídlech



Obr. 2 CT hrudníku 13. 2.: fluidopneumothorax vpravo, oboustranně infiltráty s mnohočetnými rozpadovými dutinami

vil se v doprovodu rodičů k vyšetření do ambulance KIN. Vyšetřující lékař konstatoval cyanózu rtů, tachypnoi, tachykardii 120/min, poslechově na plicích bilaterální nález chrůpků ve středních polích. Saturace kyslíku v krvi měřená pulzním oxymetrem byla 77 % (bez oxygenoterapie). Pacient byl okamžitě přijat na JIP KIN, při podávání kyslíku maskou (10 l O₂/min) stoupla saturace kyslíku v krvi na 89 %. Na CT plic byla patrná oboustranná alveolární infiltrace s relativním ušetřením obou horních laloků. Radiolog hodnotil infiltráty jako splývající do konsolidovaných částí laloků se vzdušným bronchogramem v jejich centrálních částech. Rozpady přítomny nebyly. Ve výtěru z nosohltanu byla metodou PCR prokázána RNA viru chřipky typu A (pozn.: SARS-CoV-2 nevyšetřován, tou dobou nebyl v ČR popsán žádný případ a chlapec necestoval do zahraničí). V laboratorních nálezech byla mírná hyponatremie (133 mmol/l), elevace CRP (140 g/l), leukopenie (1,37 × 10⁹/l) a trombocytopenie (116 × 10⁹/l). Nebyly přítomny laboratorní známky hepatorenálního nebo kardiálního postižení. Pacient byl empiricky zajištěn cefotaximem, klaritromycinem a oseltamivirem.

Po přechodné stabilizaci stavu došlo během několika hodin k progresi respirační insuficience (saturace kyslíku v krvi 84 % při podávání 10 l O₂/min maskou), proto byla zahájena nazální vysokopřítoková

oxygenoterapie (HFNO AIRVO) s průtokem směsi 60 l/min, frakce O₂ ve vdechovaném vzduchu (FiO₂) 0,7. Výsledek vyšetření acidobazické regulace dle Astrupa z arteriální krve odpovídal respirační insuficienci hypoxického typu bez hyperkapnie. Chlapec byl přeložen ještě v den přijetí na lůžko Kliniky anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, ihned intubován a byla zahájena umělá plicní ventilace, přechodně byla nutná podpora oběhu katecholaminy. Pro obavu z infekce vyvolané toxigenním kmenem *Staphylococcus aureus* byla terapie rozšířena o linezolid. Stav nemocného se začal zlepšovat a 5. února byl chlapec extubován a následně napojen na HFNO s průtokem 60 l/min, FiO₂ 0,7. V hemokultuře a sputu byl izolován meticilin senzitivní *Staphylococcus aureus*, stávající antiinfekční léčba byla ponechána. Pro rozvoj tachypnoe a narůstající vyčerpání musel být pacient 7. února reintubován. Na rtg snímku přetrvávaly stacionární oboustranné infiltrace, bez patrné regrese, laboratorní známky zánětu neklesaly. Pro předpokládanou nozokomiální plicní infekci byla zahájena léčba meropenemem, vysazen cefotaxim. Další mikrobiologické nálezy ale byly již negativní, léčba byla upravena cíleně na oxacilin a klindamycin. Na kontrolním CT hrudníku 13. února (12. den hospitalizace) byly nově popsány oboustranné rozpadové procesy, konsolidace pravého dolního laloku se vzdušným

bronchogramem a pravostranný fluidopneumothorax se suspektní septací. Do pravého hemithoraxu byly proto zavedeny dva hrudní drény, které odváděly serózní výpotek, a byly prováděny proplachy Braunolem. Vzhledem k četným rozpadovým procesům v plicích nebylo přistoupeno k podání alteplázy do hrudního drénu. 15. února byl pacient extubován a převeden zpět na podporu HFNO, kde již toleroval nižší průtoky i nižší FiO₂. Známky zánětu měly klesající trend, částečně byl obnoven perorální příjem stravy, pacient toleroval rehabilitaci na lůžku. Na kontrolním UZ hrudníku 18. února nebyly přítomny známky pneumothoraxu, pouze reziduální fluidothorax. Týž den byly odstraněny hrudní drény a pacient byl k další péči přeložen na JIP Dětské kliniky.

Celkový stav chlapce se i nadále zlepšoval, známky zánětu klesaly. 19. února byla ukončena podpora HFNO, chlapec již toleroval nízkopřítokovou oxygenoterapii, pokračovala léčba oxacilinem s klindamycinem. Kontrolní UZ vyšetření odhalilo progresi hrudního výpotku vpravo, proto bylo zahájeno systémové podávání kortikoidů (Solu-Medrol 20 mg po osmi hodinách i. v.). Národní referenční laboratoř pro stafylokoky, kam byl zachycený kmen *Staphylococcus aureus* odeslán, potvrdila přítomnost genu pro produkci Pantonova-Valentinova leukocidinu (PVL). Podávání oxacilinu bylo ukončeno

14. den, ale vzhledem k pozitivě PVL byl dále podáván klindamycin. Hrudní výpotek regredoval, postupně byla snižována dávka systémových kortikoidů. Chlapec rehabilitoval, přijímal plně per os a 25. února byl přeložen na standardní oddělení Dětské kliniky. Na kontrolním rtg hrudníku 26. února byla popsána výrazná regrese infiltrativních změn, nově byly přítomny fibrózní pozánětlivé pruhy. Pacient byl převeden na perorální podávání klindamycinu, 5. března byl po 32 dnech hospitalizace propuštěn domů a dále sledován v plicní poradně Dětské kliniky. Chlapci se dařilo dobře, byl bez dechových obtíží, občas ještě vykašlal světlé sputum. Na kontrolním HRCT plic byla v porovnání se vstupním vyšetřením patrná jasná regrese nálezu, popsány byly bilaterální bronchiektazie, nejspíše pozánětlivé. Pro kulturační nález *Haemophilus parainfluenzae* ve sputu byla léčba klindamycinem změněna na co-trimoxazol. Ten užíval chlapec 10 dnů a na další kontrolu se dostavil 1. dubna, kdy se již cítil prakticky zdravý, jen občas vykašlal světlé sputum. Poslední pneumologická kontrola proběhla 3. července, na rtg snímku plic nebyly popsány žádné infiltrativní změny, pouze pozánětlivé pleurální adheze. Chlapec neměl tou dobou již žádné dechové obtíže ani kašel. V září 2020 bylo ještě doplněno imunologické vyšetření,

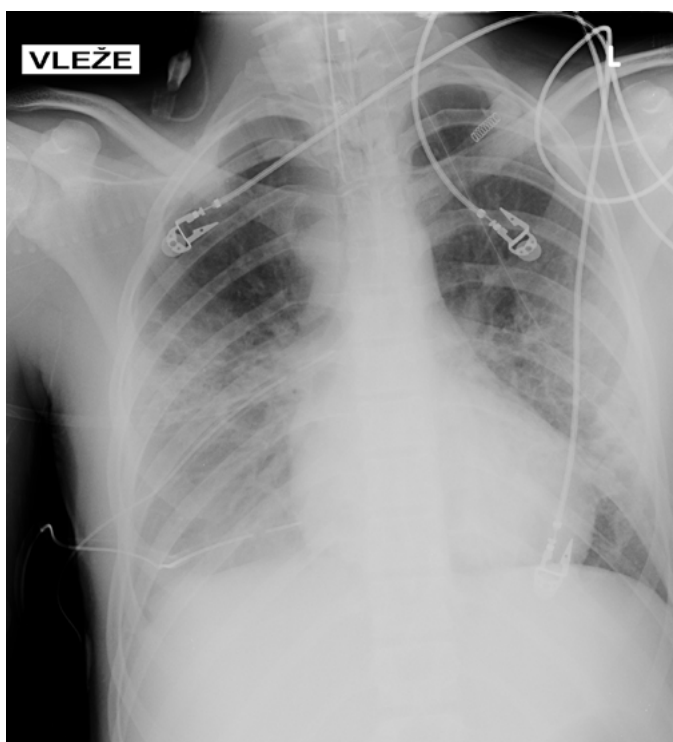
které u chlapce neprokázalo žádný imunodeficit.

Diskuse

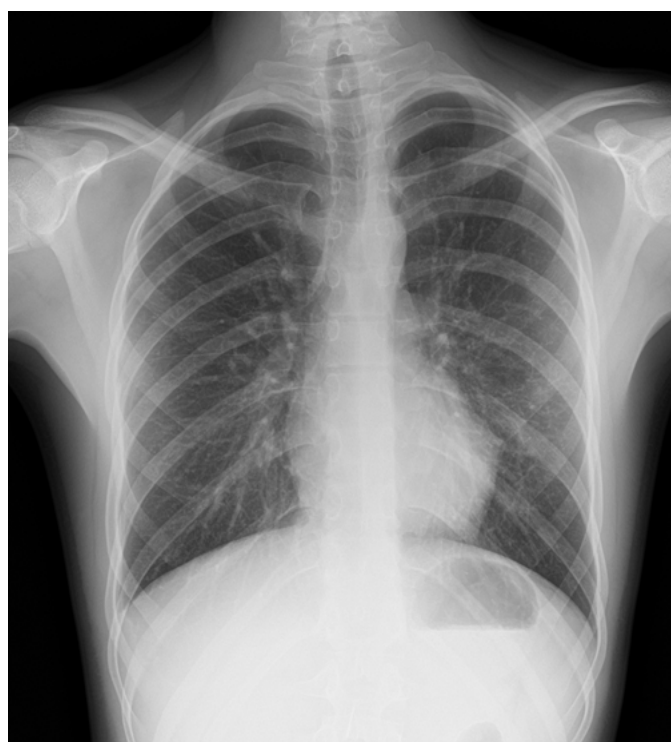
Chřipkou každoročně onemocní značný počet lidí, incidence je nejvyšší u malých dětí. Rozsah chřipkové epidemie není každý rok identický, stejně jako se liší spektrum cirkulujících virů chřipky, tj. jednotlivé typy, subtypy a linie. Klinické projevy u dětí jsou podobné jako u dospělých: horečka, suchý kašel, bolesti kloubů, svalů a hlavy. V dětském věku se při chřipce častěji než u dospělých vyskytuje zvracení, průjmy, bolesti břicha, a to zejména u chřipky typu B. U malých dětí může být jediným projevem horečka, bez dalších klinických příznaků. Jedná-li se o běžný průběh onemocnění, potíže většinou při symptomatické terapii odezní během týdne. Komplikovaný průběh hrozí hlavně u chronicky nemocných dětí a dětí do dvou až pěti let věku. Podle statistik Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) děti hospitalizované pro chřipku až v 50 % neměly v anamnéze žádný rizikový faktor (v závislosti na sezoně), tj. k hospitalizaci dospěly děti, které byly dosud zcela zdravé. Udávaná frekvence komplikací a hospitalizace pro chřipku u kojenců a malých dětí do dvou let věku je podobná jako u seniorů a chronicky nemocných do-

spělých. Zásadní rozdíl je ale v mortalitě, která je u malých dětí přibližně 100× nižší než u osob nad 65 let věku.

Komplikace chřipky jsou způsobeny primárně chřipkovým virem nebo bakteriální superinfekcí, případně imunopatologickými ději. Nejčastější bývají komplikace v oblasti dýchacích cest. Poměrně frekventované a relativně benigní jsou bronchitidy; chřipka je v sezoně častou příčinou exacerbací a zhoršení stavu u astmatiků, dětí s cystickou fibrózou, plicní dysplazií apod. Běžnou komplikací u mladších dětí je primární virová či sekundární bakteriální otitida. Primární chřipková pneumonie se vyskytuje méně často než sekundární bakteriální plicní záněty. Dramatický průběh mohou mít svalové komplikace. Přímé poškození srdečního svalu se symptomatickou myokarditidou či perikarditidou je poměrně vzácné, onemocnění ovšem může zůstat nerozpoznáno u mírnějších forem nemoci. Běžněji se setkáváme s myozitidami, které postihují především bérkové svaly a vedou u dětí k poruše chůze. Masivní rhabdomyolýza může vyústit až v nutnost dialyzační léčby. Z neurologických projevů jsou nejčastější křečové stavy, obvykle ve formě febrilních křečí. Méně často se objevují encefalopatie, encefalitidy, meningitidy, myelitida. S chřipkou je spojen i Guillainův-Barrého syndrom či Reyův syndrom.



Obr. 3 RTG hrudníku 13. 2.: oboustranné nehomogenní infiltrace (po zavedení hrudní drenáže)



Obr. 4 RTG hrudníku 16. 4.: téměř kompletní regrese změn parakardiálně vlevo, úplná regrese nálezu vpravo

Bakteriální pneumonie jsou známou komplikací chřipky. Nejčastějším vyvolatelem je *Streptococcus pneumoniae*. V zemích, kde je vyšší proočkovanost pneumokokovými vakcínami, stoupá podíl bakteriálních superinfekcí způsobených *Staphylococcus aureus* a *Streptococcus pyogenes*. Kmeny *Staphylococcus aureus* schopné produkovat toxin Pantonův-Valentinův leukocidin (PVL) způsobují těžkou, rychle progredující hemoragickou pneumonií. Gillet et al. uvádějí, že právě takové kmeny jsou téměř výlučně původci pneumonie navazující na chřipkové onemocnění u mladých zdravých jedinců. Naproti tomu PVL negativní kmeny způsobují pneumonii spíše u starších dospělých ≥ 60 let a průběh onemocnění nebývá tak dramatický. Pantonův-Valentinův leukocidin je jeden z neúčinnějších cytotoxinů. Uplatňuje se při infekcích kůže a měkkých tkání a také v patogenezi abscedujících pneumonií, které jsou typické fulminantním průběhem a často fatálním zakončením. Rozvíjejí se obvykle v návaznosti na prodělanou chřipku či jiné virové onemocnění, často právě u mladých zdravých osob, jako tomu bylo i v námi uváženém případě. Ukazuje se, že předchozí virový infekce je pro genezi PVL pneumonie klíčová. Virová infekce aktivuje epiteliální buňky a vede k produkci cytokinů a chemokinů, které přitahují neutrofile do místa zánětu. Cytotoxin PVL pak vytváří póry v jejich membráně, a protože v důsledku chřipky či jiné virové infekce jsou neutrofile přítomné v plicní tkáni ve velkém množství, dojde k jejich masivní destrukci. Tím se uvolní proteázy a další toxické látky a nastává rozsáhlá devastace plicní tkáně. Následná deplece polymorfonukleárů dále snižuje obranyschopnost organismu vůči stafylokokové infekci. Při podezření na infekci PVL stafylokokem má být ihned zahájena léčba linezolidem, který je v tomto případě lékem volby. Linezolid inhibuje proteosyntézu, rychle zastavuje tvorbu stafylokokových toxinů, což je pro prognózu nemocného zásadní. Má také velmi dobrý průnik do plicního parenchymu a je účinný i na meticilin rezistentní kmeny *Staphylococcus aureus* (MRSA). U našeho pacienta bylo zřejmě podání linezolidu jedním z rozhodujících faktorů, který vedl k příznivému výsledku léčby.

Jedním z neúčinnějších opatření ke snížení dopadu chřipkového onemocnění je vakcinace. Provedená metaanalýza studií u zdravých dětí z let 1984 až 2013, které porovnávaly podání chřipkové vakcíny s placebem (nebo žádnou intervencí), ukázala, že inaktivovaná trivalentní chřipková vak-



Ilustrační foto: Shutterstock

cína (IIV3) měla asi 65% účinnost a atenuovaná živá trivalentní vakcína asi 80% účinnost v prevenci laboratorně potvrzené chřipky. V České republice jsou nyní k dispozici pouze inaktivované kvadrivalentní chřipkové vakcíny, které jsou indikovány k podání dospělým a dětem od šesti měsíců věku. Děti do devíti let, které jsou proti chřipce očkovány poprvé, by měly dostat dvě dávky vakcíny v odstupu čtyř týdnů. Živé atenuované chřipkové vakcíny nejsou v ČR v současnosti dostupné.

Očkování proti chřipce významně omezuje výskyt těžkých forem a závažných komplikací, což je důležité hlavně u potenciálně rizikových pacientů. Proočkovanost české populace je dlouhodobě velmi nízká a u dětí je toto procento ještě nižší. Otázka očkování proti chřipce je vnímána velmi kontroverzně nejen laickou veřejností, ale mnohdy i zdravotníky. V některých zemích, například v USA, je doporučeno očkovat plošně všechny děti od šesti měsíců věku. Jiné státy, mezi které patří i Česká republika, doporučují očkování proti chřipce pouze u dětí s komorbiditami. Jedná se především o děti s perinatální zátěží a rozvojem bronchopulmonální dysplazie, o děti s asthma bronchiale nebo jinými plicními patologiemi s predispozicí k závažnějším průběhům infekcí dýchacích cest. V České republice je očkování dále doporučeno osobám od 65 let a osobám jakéhokoli věku (včetně dětí), které jsou léčeny pro:

- chronická onemocnění dýchacího systému,
- chronická onemocnění srdce a cév,
- chronická metabolická onemocnění včetně diabetu,
- chronická onemocnění ledvin a jater,
- osoby s nedostatečností imunitního systému (vrozenou nebo získanou),

- osoby s poruchou funkce průdušek a plic (tj. včetně poruch respiračních funkcí po poranění mozku, míchy, v důsledku křečových stavů nebo dalších neurologických či svalových poruch).

Ve většině výše uvedených případů je očkování včetně očkovací látky hrazeno z prostředků zdravotního pojištění na základě znění zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění. Dalšími skupinami, kterým je očkování proti chřipce doporučeno, jsou těhotné ženy a osoby, které pečují o rizikové nemocné nebo jsou s nimi v úzkém a častém kontaktu.

Závěr

Chřipka představuje potenciálně závažné onemocnění, které i u dosud zdravých dětí může přivodit život ohrožující komplikace. Bohužel stále trvá vnímání chřipky jako lehkého onemocnění a panuje neochota k očkování proti chřipce. Právě probíhající pandemie covidu-19 však může změnit názor laické veřejnosti na virová respirační onemocnění obecně a do budoucna přinést větší důraz na prevenci včetně dodržování základních opatření proti šíření respiračních onemocnění (jako jsou rozestupy, používání ochrany dýchacích cest v době zvýšeného výskytu respiračních nákaz, zvýšená hygiena rukou) a samozřejmě vakcinaci.

MUDr. Šárka Rumlarová a kol.

Klinika infekčních nemocí
Lékařská fakulta UK
a Fakultní nemocnice v Hradci Králové
(Literatura u autorky)

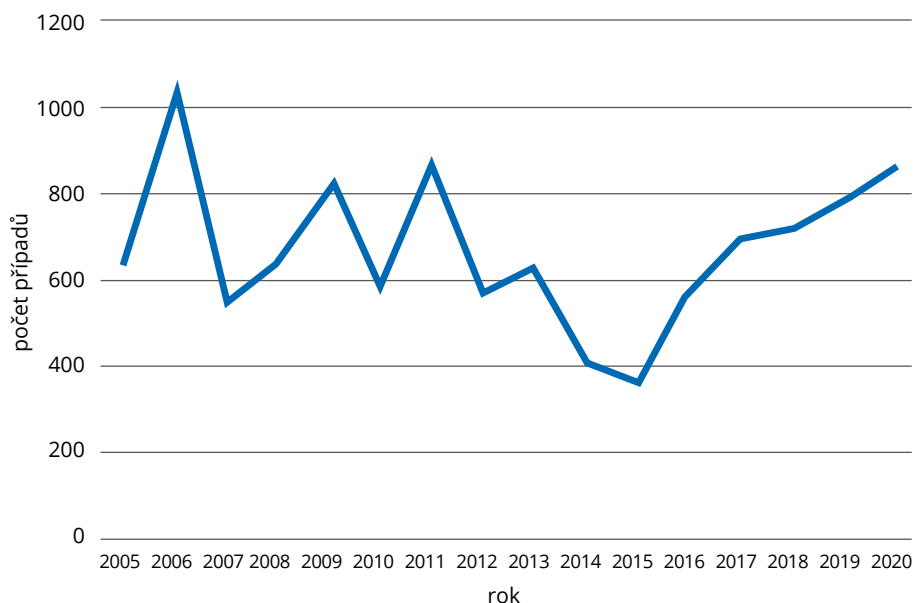
Pozn.: Po redakční uzávěrce došlo k aktualizaci doporučení očkování proti chřipce – více na <https://www.vakcinace.eu/doporuceni-a-stanoviska>

Klíšťová encefalitida je u nás stále podceňovaná. A to je špatně

Ve výskytu klíšťové encefalitidy jsme v celoevropském srovnání na předních místech. Ve vakcinaci naopak za sousedními státy zaostáváme. „Lidé u nás stále podceňují riziko tohoto onemocnění, přitom může vést i k plné invaliditě či k úmrtí,“ říká MUDr. Dita Smíšková, Ph.D., z Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí Fakultní nemocnice Bulovky.

Jaké potíže jsou nejčastější při nákaze klíšťovou encefalitidou?

Klinické projevy závisí na fázi a závažnosti onemocnění. Jako první se mohou projevit flu-like symptomy: horečka, cefalea, artralgie, myalgie. Těmito příznaky může onemocnění skončit nebo po krátkém bezpříznakovém období přechází do další fáze – postižení CNS, dvoufázový průběh je pro onemocnění typický. Akutní fáze onemocnění CNS se nejčastěji projeví bolestí hlavy, nauzeou i zvracením, fonofobií a fotofobií. K typickým encefalitickým projevům klíšťové encefalitidy patří třesy víček, konečků prstů, ataxie, vertigo, dysartrie, zmatenost, u vážnějších případů porucha vědomí nebo křeče. Přechodně se mohou objevit parézy hlavových nervů. U těžkých forem encefalomyelitidy jsou přítomné parézy končetin, především horních, ale i kvadruparéza. Život ohrožující komplikací je bulbární syndrom, postižení jader hlavových nervů a životně důležitých center v prodloužené míše. Takto závažné průběhy vidáme častěji u seniorů nebo u imunokompromitovaných pacientů. Není to však pravidlo. Opakovaně jsme zaznamenali velmi těžké průběhy nemoci s trvalými invalidizujícími následky i u mladých a jinak zcela zdravých žen a mužů.



Graf 1 Klíšťová encefalitida v ČR v letech 2005–2020

Jak často nemoc zanechává dlouhodobé až trvalé následky?

Častým dlouhodobým následkem je post-encefalitický syndrom. Jedná se o soubor neuropsychiatrických a psychických obtíží, navazujících na prodělanou klíšťovou meningoencefalitidu. Tyto obtíže přetrvávají několik měsíců, výjimečně i let po

akutním onemocnění. Nejčastěji si pacienti stěžují na sníženou výkonnost, časté bolesti hlavy, vertigo, poruchy koncentrace, paměti, spánku a emoční labilitu. Tyto potíže udává téměř 30 % pacientů. Vzácnější, ale závažnější komplikací, která významně snižuje kvalitu života, jsou parézy končetin. Celkově jsou popisovány u 7–9 % pacientů, ale ve vyšších věkových kategoriích jejich výskyt stoupá až ke dvaceti procentům. V posledních letech každoročně dva až sedm pacientů na klíšťovou encefalitidu umírá.

Jak si stojíme v porovnání s evropskými státy ve výskytu, vážných průbězích onemocnění a vakcinaci?

Česká republika patří již řadu let k zemím s nejvyšším počtem případů klíšťové encefalitidy v Evropě (graf 1). Není to tím, že bychom měli výrazně vyšší podíl infikovaných klíšťat v přírodě než okolní země, ale nižší proočkovaností populace. Ta se v současné době pohybuje těsně nad třiceti procenty, nicméně



Ilustrační foto: 2x 123rf

v nejrizikovějších věkových skupinách, což jsou pacienti nad 55 let věku, jen okolo dvaceti procent (podrobnější informace v grafu 2). V okolních státech s podobným rizikem onemocnění se daří dosáhnout proočkovanosti významně vyšší, uvést lze třeba sousední Rakousko s 86 %. Výsledkem je výrazně nižší incidence onemocnění: v roce 2019 Česká republika 7,3/100 000 obyvatel, Rakousko 1,2/100 000 obyvatel.

Edukace v oblasti vakcinace běží už řadu let, co je podle vás příčinou malého zájmu o očkování a podceňování vážnosti onemocnění v Česku?

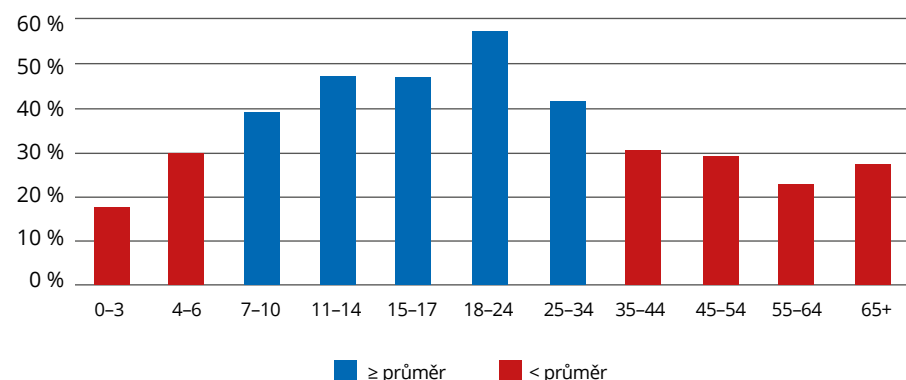
Pravděpodobně je to stále nedostatečná informovanost veřejnosti o tomto onemocnění, jeho výskytu a hlavně o možných komplikacích. Roli jistě hraje i to, že vakcína není hrazena ze zdravotního pojištění. Bývá však částečně hrazena v rámci bonusových programů zdravotních pojišťoven.

Čas od času se objeví lidé, kteří říkají, že u nich klíšťovka propukla v zimě. Je to možné?

Inkubační doba onemocnění je maximálně 28 dní, v průměru je však 14 dní. Výskyt onemocnění je jednoznačně vázaný na aktivitu klíšťat, která je ovlivněna hlavně teplotními podmínkami. Klíšťata jsou aktivní, když teploty přesahují 4 až 5° C. Je-li extrémně mírná zima a venkovní teploty nepoklesnou pod uvedené hodnoty, pak přisátí klíštěte není vyloučené i v zimních měsících. Jedná se ale o raritní situaci.

Týká se Čechů nákaza po vypití nepasterizovaného mléka?

Přenos infekce tímto způsobem se v Čechách vyskytuje každoročně v jednotkách případů. Zdrojem je nejčastěji nepasterizované kozí mléko a závažnost infekce se nijak zvlášť neliší.



Graf 2 Aktuální proočkovanost v jednotlivých věkových kohortách



Je nějaký posun v terapii?

V současné době nemáme žádné účinné virostatikum proti viru klíšťové encefalidity a v dohledné době se tato situace nejspíše nezmění. Pacientovi jsme schopni poskytnout pouze symptomatickou léčbu – podáváme antiedematózní preparáty, analgetika, antiemetika. Je indikován klidový režim, u vážných průběhů umělá plicní ventilace, následně rehabilitace. Jedinou spolehlivou ochranou zůstává i nadále očkování.

Kdo by se měl nechat očkovat?

Očkování proti klíšťové encefalidě je doporučováno všem osobám, u kterých hrozí přisátí infikovaného klíštěte. Ochranná hladina protilátek nastupuje po dvou dávkách vakcíny, které by měl očkováný jedinec dostat ideálně před začátkem aktivity klíšťat v jarním období, očkovat však lze v průběhu celého roku. Základní očkování představují tři dávky v intervalu 0–1 až 3 měsíce, druhá dávka je v rozmezí 5–12 měsíců. Lze využít

i zrychlené schéma, kdy je druhá dávka podána po 14 dnech po první vakcinaci. Přeočkování je doporučeno jednou dávkou po třech letech a následně vždy každých 5 let. Seniors nad 60 let očkujeme každé tři roky.

Jsou nějaké signály, díky kterým je možné už při první fázi pomyslet na klíšťovku?

O klíšťové encefalidě bychom měli uvažovat u každého pacienta, který má horečku a zmiňované chřipkovité příznaky v období aktivity klíšťat, povědomí o přisátí klíštěte na straně pacienta je výhodou, nikoliv však podmínkou. Infekci mohou přenášet i mladší a okem špatně viditelná vývojová stadia klíšťat, navíc k přenosu infekce stačí jen několik minut sání klíštěte.

Pacienta, který v době vyšetření nemá projevy neuroinfekce, je třeba poučit o nutnosti klidového režimu, být v domácím prostředí. V základních laboratorních testech může být v této fázi mírná leukopenie, trombocytopenie nebo elevace jaterních testů. CRP je normální nebo mírně až středně zvýšený. ATB léčba není indikována. Odběr sérologie klíšťové encefalidity je možný, ale může se stát, že na začátku klinických obtíží bude ještě nedetekovatelná protilátková odpověď. V případě trvání obtíží déle než 3–4 dny, návratu obtíží po krátkém bezpříznakovém období nebo zhoršení stavu a rozvoji neurologické symptomatologie je třeba neprodleně vyšetření infektologem nebo neurologem, kteří budou případně indikovat hospitalizaci pacienta a další nezbytná vyšetření. Nutné je stále mít na paměti dvofázový průběh onemocnění, který při diagnostice může být zavádějící.

Petra Hátlová

Problematika očkování u osob ohrožených sociálním vyloučením

Očkování je jedním z nejdůležitějších a nákladově nejefektivnějších opatření veřejného zdraví. Radíme ho mezi hlavní nástroje primární prevence přenosných nemocí. V České republice je ohroženo chudobou či sociálním vyloučením přibližně 1,5 milionu osob – z toho téměř 100 000 dětí ve věku do šesti let a zhruba 180 000 dospělých osob starších 65 let. Část ze zmíněných osob (95–115 000) žije v sociálně vyloučených lokalitách. Tato skupina osob trpí obecně zvýšenou nemocností. Mezi nejčastější infekční nemoci pak patří virové hepatitidy A, B a C, tuberkulóza a svrab. Zlepšení přístupu k očkování pro sociálně vyloučené skupiny obyvatelstva považujeme za velmi důležité.

Úvod

Životní situace lidí bez domova je z hlediska zdraví a infekčních nemocí včetně současného pandemického šíření covidu-19 velmi riziková. Lidé bez domova se často vyznačují trimorbiditou. Jedná se o kombinaci tělesných postižení, duševních onemocnění a nejrůznějších zdravotních komplikací spojených například s nadměrnou konzumací alkoholu či užíváním drog. Přístup této rizikové skupiny ke zdravotní péči včetně očkování není ani zdaleka bezproblémový, a to v kterékoli zemi světa. Studie autorů Lewis et al. vyhodnotila odpovědi zaměstnanců 319 zdravotnických zařízení očkujících migranty a lidi bez domova v USA. Mezi základními překážkami, které z dotazníkového šetření vyplynuly, byly na prvních místech uvedeny komunikační problémy – jazyková bariéra, schopnost pochopit základní zdravotnické informace a důvody proč očkovat, principy očkování v souvislosti s možným onemocněním, pochopení nutnosti očkovací schéma dodržet, vysvětlení a aplikace základních hygienických návyků. Je to dáno skutečností, že až 2/3 lidí bez domova mají mentální postižení nebo duševní onemocnění.

Na základě doporučení Rady Evropské unie o posílení spolupráce v boji proti nemocem, jimž lze předcházet očkováním (2018/C 466/01), ze dne 7. prosince 2018, je České republice, stejně jako dalším členským státům Evropské unie, doporučeno usnadnit přístup k vnitrostátním nebo regionálním službám týkajícím se očkování osobám ohroženým sociálním vyloučením pomocí následujících opatření:

- průběžně zajišťovat cílenou osvětu pro nejohroženější skupiny, včetně sociálně vyloučených skupin, v zájmu překlenutí nerovností a nedostatků v proočkování;

- definovat překážky bránící přístupu k očkování a podpořit intervence, které mají za cíl zlepšit přístup k očkování pro znevýhodněné a sociálně vyloučené skupiny, mimo jiné i podporou zdravotnických mediátorů a komunitních sítí na místní úrovni v souladu s vnitrostátními doporučeními;
- zjednodušit a rozšířit způsoby nabízení očkování, především využíváním komunitních poskytovatelů.

Charakteristika zkoumané komunity v České republice

Podíl osob ohrožených chudobou nebo sociálním vyloučením u nás činí 14,6 % (průměrná hodnota pro všechny státy EU souhrnně činí 24,7 %). Nejpočetněji jsou zastoupeny osoby ve věku 41–50 let (24,1 %), následované věkovou skupinou 31–40 let (23,8 %). Statistika odhaluje, že 80 % z celkového počtu sociálně vyloučených osob jsou zároveň uživateli návykových látek.

V 287 českých městech se nachází více než 600 sociálně vyloučených lokalit a více než 700 ubytoven. V posledním desetiletí se tyto počty prakticky zdvojnásobily. V Karlovarském a Moravskoslezském kraji dokonce ztrojnásobily. V českém prostředí, kde více než polovinu postižené populace žijící v sociálně vyloučených lokalitách tvoří Romové, se přidávají ještě specifika tohoto etnika. Značná část těchto obyvatel poměrně výrazně migruje. V posledních letech tak na území České republiky vznikají klastry, a to převážně v odlehlých oblastech či na vnitřních periferiích sociálně vyloučených lokalit. Enormně se zvedá také počet lidí žijících na ubytovnách. V současnosti jde o 50 000 osob, kdy okolo 3 000 z nich má v péči minimálně jedno nezletilé dítě. Z hlediska věkové struktury přibývají v sociálně vyloučených lokalitách senioři. V současné době představují 7 % z celé skupiny sociálně vyloučených

osob (celkový podíl seniorů v české populaci je 24 %).

Specifickou skupinou jsou lidé bez domova, tj. takové osoby, které nemají trvalé bydliště nebo jej z nějakého důvodu nevyužívají. Dle dat z roku 2019 žije na území České republiky přibližně 24 tisíc osob bez domova (Praha – 3 180 bezdomovců, Moravskoslezský kraj – 3 056 bezdomovců, Brno – 2 135 bezdomovců). Průzkumy ukazují, že nejčastěji se jedná o muže ve věku mezi 40 a 60 lety. Nicméně v posledních letech přibývá stále více mladších bezdomovců, které mnohdy poji závislost na návykových látkách a dluhy, a také žen bezdomovkyň.

Problematika zdravotního stavu sociálně vyloučených osob

Součástí programů pro sociálně vyloučené osoby je aktivní vyhledávání osob s tuberkulózou a očkování (velmi dobrým příkladem je Nemocnice Milosrdných bratří v Brně a její program očkování proti hepatitidě A [VHA] mezi bezdomovci). Mezi bezdomovci je obecně (nepřekvapivě) zaznamenáván vyšší výskyt morbidit a mortality oproti většinové populaci. Na špatném zdravotním stavu těchto osob se významně podepisuje nevhodná strava, často způsobující malnutrici, nedostatečná hygiena, nemožnost odpočinku a relaxace, ale i případná ztráta sociálních vazeb, psychické strádání, zvýšený výskyt stresu, zvýšená konzumace alkoholu a s tím spojená snížená obranyschopnost organismu.

Lidé bez domova z velké části nedocházejí na preventivní zdravotní prohlídky. K lékaři docházejí spíše ti, kteří zároveň využívají některou ze sociálních služeb. Sociální pracovníci mohou nejen poskytnout člověku doprovod, pokud si to daný uživatel služby přeje, ale také mohou poradit, kterého lékaře navštívit. Hojně využívaný je projekt Medici na ulici –

studentský spolek působící v Praze a Brně bezúplatně poskytuje základní ošetření lidem bez domova v jejich přirozeném prostředí. Součástí terénních programů jsou také speciální sanitní vozy, ve kterých je poskytováno základní ošetření včetně očkování. Podle jednoho z průzkumů sami lidé, kterých se tato problematika týká, považují zdravotní prevenci za důležitou ve 30 %, spíše důležitou v 60 % a spíše nedůležitou v 10 %.

Očkování ve skupině sociálně vyloučených osob a bezdomovců

Mezi bezdomovci a ve skupinách sociálně slabých se opakovaně šíří virová hepatitida typu A a C, v menší míře i typu B. K šíření dochází vlivem nedostatečné hygieny, opomenout nelze také již zmíněnou migraci mezi různými místy, a tím i poměrně velký prostor k přenosu. Zatímco hepatitida A se přenáší orofekální cestou (nejběžněji přímým kontaktem s nakaženým, případně kontaminovanou potravou), k přenosu virové hepatitidy typu B a C dochází zpravidla krví.

V listopadu a prosinci roku 2005 proběhlo pod záštitou 3. lékařské fakulty UK v Praze první testování na výskyt hepatitidy B (VHB) a C (VHC) mezi lidmi bez domova. Projektu se zúčastnilo 98 dobrovolníků z řad pražského centra Naděje. Celkem 26 osob, tj. 25,5 %, bylo pozitivních – z toho pět osob bylo pozitivních na VHB, 21 osob bylo pozitivních na VHC a ve dvou případech byla zjištěna pozitivita jak na VHB, tak na VHC. Celkem 57 % z takto pozitivních osob přiznalo nitrožilní užívání drog. Z této skupiny pak 41 % uvedlo sdílení injekčních stříkaček a jehel a 67 % sdílelo jiné vybavení narkomana pro přípravu dávky – lžice, filtry, fólie.

Testování nabízí i většina nízkoprahových center pro uživatele návykových látek. Při konferenci Eliminace VHC mezi uživateli drog v České republice, která proběhla v únoru 2021, uváděli zástupci těchto center zájem o testování i mezi veřejností vzhledem k anonymitě, kterou poskytují. Pozitivitu vykazuje 37,1 % provedených testů. Nelze opomenout regionální rozdíly – zatímco v kraji Pardubickém je pozitivních okolo 14 % testů, v kraji Ústeckém je to až 52 %. Z celorepublikového výskytu VHC je přibližně 50 % uživatelů drog. U celkového výskytu VHB v ČR tvoří uživatelé návykových látek 10 %.

Očkovat se nechávají spíše ti lidé, kteří navštěvují nějakou sociální službu či jsou s ní v kontaktu přímo v terénu.

V Praze se velmi významně šířilo onemocnění VHA od počátku roku 2008, a to i v komunitě intravenózních uživatelů drog a bezdomovců. Ve Fakultní nemocnici v Motole bylo v prvních devíti měsících roku 2008 hospitalizováno 138 pacientů s VHA, z toho 79 narkomanů – převážně mužů bezdomovců. Infekce se přenesla i mezi běžnou nerizikovou populací. Epidemie, která začala v Praze a Středočeském kraji, se postupem času rozšířila i do dalších krajů České republiky. Za celý kalendářní rok 2008 bylo hlášeno 1 648 laboratorně potvrzených případů. To v porovnání s ročním průměrem výskytu VHA v letech 2000–2007 představovalo sedminásobný vzestup onemocnění.

Vzhledem k vysokému výskytu onemocnění v populaci narkomanů a bezdomovců byla vakcinace v Praze nabídnuta i těmto rizikovým skupinám. V tomto případě lze vakcinaci charakterizovat jako kombinaci preexpoziční a postexpoziční profylaxe. K realizaci očkování byl využit sanitní vůz určený pro zdravotní pomoc pražským bezdomovcům. Prostory sanitky byly specificky upraveny. Vůz zapůjčilo, a to bezúplatně i s řidičem, Centrum sociálních služeb hlavního města Prahy jako podporu preventivních opatření sloužících k ochraně zdraví obyvatelstva. Od 10. září probíhalo očkování jednou týdně v odpoledních hodinách před Hlavním nádražím. Kontaktování narkomanů a bezdomovců bylo prováděno terénními pracovníky s pomocí Krajské hygienické stanice hlavního města Prahy. Osoby závislé nebo bez domova měly očkování zdarma.

V roce 2016 se na jižní Moravě začala v rizikových skupinách významně a zpočátku nekontrolovaně šířit hepatitida A. Během léta proto poskytlo město Brno očkování zdarma strážníkům, sociálním pracovníkům a záchranářům. Bezplatné očkování pro lidi bez domova započalo o rok později. Postupně bylo proti VHA naočkováno přibližně 214 bezdomovců, další už o očkování neměli zájem. I tak došlo k vysoké míře očkování cílové skupiny. Realizace očkování stála přibližně 390 tisíc korun. Během epidemie se na jižní Moravě nakazilo asi 516 lidí. Důležitá byla bezesporu práce organizací, které se lidmi bez domova zabývají. Potřebná byla nejen motivace k očkování, ale také absolvování obou dávek. V současnosti město odhaduje, že se na jeho půdě pohybuje několik set osob, které by očkování potřebovaly.

VHA se šířila v rizikových skupinách také v roce 2019 v Libereckém kraji. I v tomto případě očkování probíhalo bezúplatně,

což je v boji s tímto onemocněním ve zmíněné skupině osob zcela zásadní. Očkování zde probíhalo v centru Naděje.

Závěr

Statistických dat, která by uváděla podíl osob nakažených infekčními nemocemi z celkového počtu sociálně vyloučených osob, není mnoho. Přesto jednotlivé studie poukazují na to, že je důležité věnovat těmto rizikovým skupinám pozornost a snažit se je ochránit v případě dostupného očkování podáním vakcín. Údaje Hygienické stanice hl. m. Prahy udávají pro roky 2005 až 2015 mezi bezdomovci 115 případů akutní VHA, 21 onemocnění akutní VHB, 28 osob s akutní VHC a 81 osob trpících chronickou VHC.

Aktuálním tématem je bezesporu současná koronavirová pandemie. Jak bylo zmíněno výše, riziko přenosu nemocí je mezi bezdomovci vysoké. V tomto případě nejen kvůli migraci a zhoršené hygieně, ale velmi často i kvůli zásadnímu nedodržování protiepidemických opatření. Většina českých měst ve spolupráci s charitou a dalšími organizacemi zabývajících se touto skupinou osob zřídila místa, kde pozitivně testovaní mohou zůstat po celou dobu nařízené izolace (například Praha si za tímto účelem pronajala čtyři hotely). Zatímco někteří tuto možnost vítají, u jiných se setkáváme s neochotou nařízenou izolaci dodržet. V některých zemích, například v Anglii a Vatikánu, se proto rozhodli pro přednostní očkování lidí bez domova od určitého věku.

V souvislosti s problematikou očkování sociálně vyloučených osob se v našich podmínkách ukazuje jako zásadní problém obtížné sbírání dat – ať už z důvodu migrace nejen v rámci města, ale také mezi různými městy, nebo kvůli určité neochotě těchto osob se výzkumům účastnit. Skupina osob ohrožených sociálním vyloučením je rozdílně vymezena různými autory. Zajímavou a rozsáhlou otázkou k dalšímu zpracování je pak také povinné a nepovinné očkování dětí sociálně vyloučených osob a spolupráce jejich rodin se státními složkami i nestátními organizacemi, které se dětem věnují.

Mgr. Barbora Spěváková¹
Vanda Bošťíková²

¹Katedra toxikologie a vojenské farmacie,
Fakulta vojenského zdravotnictví,
Univerzita obrany

²Katedra epidemiologie,
Fakulta vojenského zdravotnictví,
Univerzita obrany
(Literatura u autorek)

Práce byla podpořena projektem
RIZIKO SV/FVZ 202011

Logopedickou péči potřebuje stále více dětí. Lze ji hradit ze zdravotního pojištění

Vad řeči v populaci stále přibývá. Nejsilnější skupinou, která potřebuje péči logopedů, jsou děti předškolního a školního věku. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR se v roce 2008 v oboru logopedie léčilo 130 639 pacientů, tj. 13 pacientů na 1 000 osob v populaci. V roce 2018 se jednalo o 154 395 pacientů, což je v přepočtu téměř 15 pacientů na 1 000 osob.

Na to, že vývoj či kvalita řeči u dítěte není taková, jaká by být měla, obvykle rodiče upozorní pediatr, který si špatného vývoje řeči všimne během preventivní prohlídky, případně na problém upozorní pedagogové z mateřské nebo základní školy, kam dítě dochází. Jen část rodičů si sama uvědomí, že se řeč jejich potomka nevyvíjí tak, jak by se vyvíjet měla. Mnoho rodičů se naopak domnívá, že dítě vše dožene samo, bez odborné pomoci, v průběhu času.

Podle odborníků je vhodné začít s nápravou řeči u dětí co nejdříve. Pokud u dítěte záne vývoj řeči, je namístě zahájit logopedickou péči již kolem třetího roku věku. V případě vady výslovnosti některých hlásek vychází zahájení logopedické péče z fyziologického vývoje řeči. Náprava vady výslovnosti hlásek t, d, ň a sykavek je možná již kolem čtyř a půl roku



Ilustrační foto: Shutterstock

věku, nápravu výslovnosti skupiny hlásek l, r, ř je možné zahájit kolem pátého roku. Má-li dítě potíže s výslovností více hlásek či je řeč nesrozumitelná, je vhodné začít s nápravou a logopedickou péčí dříve. Ideální je, pokud se korekce zvládne do nástupu dítěte do první třídy.

V případě koktavosti, což je častý problém a objevit se může v jakémkoli dětském věku, je namístě začít s logopedií co nejdříve od nástupu potíží.

Pokud vývoj řeči dítěte souvisí se zdravotním problémem, třeba s poruchou sluchu,

Tab. Nejčastější vady řeči u dětí

Opožděný vývoj řeči	může mít více příčin, souviset může se sluchovými vadami dítěte, nedostačujícími rozumovými schopnostmi, genetickými dispozicemi atd. Tato vada obvykle vyžaduje dlouhodobou péči a trpělivost ze strany rodičů.
Patlavost (dyslalie)	je charakterizována poruchou vývoje artikulace, v době věku zahájení školní docházky postihuje až 40 % dětí (jde zejména po poruchu výslovnosti hlásek r a ř, ostrých sykavek ale i dalších). Náprava poruchy výslovnosti sleduje fyziologický vývoj řeči. Vada častěji postihuje chlapce než dívky. Z příčin lze uvést poruchy motoriky, percepční poruchy a další.
Vývojová dysfázie	je specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, narušení vývoje není projevem jiné diagnózy (např. poruchy intelektu, poruchy autistického spektra apod.). Projevy dysfázie lze u dětí pozorovat už v raném věku. Často se objevuje u dětí s ADHD, u dětí se specifickými poruchami učení apod. K typickým projevům patří problémy při tvorbě a gramatické výstavbě vět, problém s porozuměním podobně znějících slov a podobně. Porucha může zahrnovat i nerovnoměrný vývoj celé osobnosti.
Koktavost (balbuties)	patří mezi poruchy plynulosti řeči, dítě během mluvy opakuje jednoslabičná slova, první slabiky či písmena ve slovech. Nástup koktavosti je nejčastěji spojován s věkem do šesti let (za kritické období je považován věk kolem 3,5 roku), vzácně může nastat i v době dospívání. Její výskyt v dětské populaci je stejný u dívek i chlapců. Mezi třetím a čtvrtým rokem věku se může objevit vývojová neplynulost, která souvisí se skokovým rozvojem řeči a je považována za fyziologický proces. Vývojová neplynulost se objevuje až u 25 % dětí. Fixovaná koktavost je spojována se 7. a 13. rokem věku. V dospělé populaci je zastoupení koktavosti 1–2 % a častěji se vyskytuje u mužů.
Breptavost (tumultus sermonis)	patří mezi poruchy plynulosti řeči. Její výskyt v populaci se pohybuje okolo 3 %. Začátek breptavosti spadá obvykle do věku kolem sedmi let. Breptavost je charakterizována odchylkou plynulosti a tempa řeči (překotné a zrychlené vyslovování slov) a může se vyskytovat paralelně s koktavostí. Výsledkem této vady je problém s porozuměním mluveného projevu pro okolí.

Klinický logoped je oprávněn samostatně zajišťovat specializovanou péči o děti a dospělé s poruchami a vadami komunikačního procesu:

- Provádí logopedickou diagnostiku a diferenciatní diagnostiku pro další léčebnou činnost a výsledky postupuje dalším odborníkům.
- Provádí léčbu a rehabilitaci všech poruch a vad řeči, sluchu a hlasu dětí a dospělých.
- Provádí logopedickou prevenci, výchovu a poradenství s cílem dosažení kvalitního vývoje komunikačních dovedností.
- Školí zdravotnické pracovníky v rehabilitačních postupech při poškození centrálního nervového systému.
- Odborně vede logopedy ve specializační přípravě.
- Provádí poradenskou činnost v oblasti péče o zdravý vývoj řeči.
- Provádí konziliární a posudkovou činnost.
- Přednáší na vysokých školách v oborech, které se dotýkají poruch komunikace.
- Do doby získání specializované způsobilosti (atestační zkoušky) vykonává logoped uvedené činnosti pouze pod odborným dohledem školitele – klinického logopeda. Povinně absolvuje praxi na akreditovaných pracovištích a účastní se základních, inovačních a specializačních kurzů pořádaných IPVZ nebo odbornými společnostmi (AKL ČR, ČLS-JEP atd.).
- Na stránkách MZ ČR jsou uvedeny a definovány Indexy klinických psychologů, klinických logopedů, zrakových terapeutů a fyzioterapeutů.

Každý klinický logoped nese plnou právní zodpovědnost za veškerou činnost spojenou s vykonáváním praxe, tj. za stanovení diagnózy, užití terapie a také za to, že v případě potřeby iniciuje další vyšetření u specialistů (ORL či foniatra, neurologa, psychiatra, klinického psychologa, rehabilitačního lékaře aj.). Stále více klinických logopedů spolupracuje s ergoterapeuty, fyzioterapeuty, ortodontisty, gerontology.

s rozštěpem rtu či patra a podobně, je dobré péči přizpůsobit danému problému a v nápravě postupovat v koordinaci s lékařskou péčí.

Logopedická péče u dospělých

Logopedická péče je zaměřena nejen na děti, ale v řadě případů ji vyhledávají i dospělí pacienti. U části dospělých je péče cílená na nápravu výslovnosti. Nejčastěji jde o hlásky l, r a ř, kdy jejich špatná výslovnost přetrvává z dětství. K dalším vadám řeči, se kterými se do péče logopedů svěřují dospělí pacienti, patří koktavost a breptavost.

K častým důvodům, proč dospělí klienti vyhledávají péči logopeda patří i stavy po cévní mozkové příhodě, poúrazové stavy hla-

vy, onkologická onemocnění apod. a s nimi spojené poruchy řeči. V těchto případech jde zejména o afázii (získaná porucha řeči a porozumění v důsledku poškození mozkových tkání) a získanou dysartrii (porucha artikulace a vyslovování, ke které dochází po prodlážením cévní mozkové příhody, může doprovázet i některá degenerativní onemocnění, např. Parkinsonovu nemoc, Huntingtonovu nemoc, roztroušenou sklerózu a další).

Nápravu řeči v těchto případech pacienti mohou podstupovat v rámci nemocniční péče i ambulantně.

Jak vybrat logopeda

Logopedická péče je v České republice poskytována v několika úrovních. Na mno-

ha mateřských či základních školách je možné se setkat s logopedickou nápravou v rámci výuky a mimoškolních aktivit. V těchto případech jde o nápravu, která nespadá do zdravotnické péče, obvykle ji zajišťují certifikovaní pedagogové či speciální pedagogové. Na tuto péči není možné čerpat příspěvek ze zdravotního pojištění.

Finanční příspěvek je možné uplatnit pouze u klinického logopeda ve zdravotnických zařízeních, která mají smlouvu se zdravotními pojišťovnami. Doporučení do ambulancí klinických logopedů může napsat praktický lékař pro děti a dorost, praktický lékař pro dospělé, foniatr či neurolog.

Petra Hátlová

▼ Inzerce

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky přispívá dětem na péči u klinického logopeda v rámci bonusových programů až 1 500 Kč, a to v těchto případech:

1. Diagnostika přetrvávajících primárních reflexů, poruch senzorycké integrace a provádění neurovývojové stimulace (NVS) s cílem včasného zachytu a předcházení prohlubování symptomatiky neurovývojových poruch (např. včasný zachyt poruch polykání či obtíží s krmením)
2. Screening neurovývojových poruch řeči, jazyka a komunikace u dětí (od 18 měsíců věku) a návrh dalšího diagnostického a terapeutického postupu v případě pozitivního výsledku screeningu
3. Logopedické pomůcky

Příspěvek na logopedické vyšetření ve výši až 500 Kč mohou využít také dospělí. Více informací o tomto příspěvku najdete na www.zpmvcr.cz.

Pro proplacení bonusu je nutné, aby bylo vyšetření provedeno výhradně zdravotníkem s odborností „klinický logoped“.



**ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA VNITRA ČR 211**

Infekce spojené s poskytováním zdravotní péče

Odhaduje se, že ve vyspělých zemích je z každé stovky hospitalizovaných pacientů alespoň sedm postiženo infekcemi spojenými s poskytováním zdravotní péče (healthcare-associated infections, HAI), v rozvojových zemích je to deset pacientů ze sta. Na jednotkách intenzivní péče komplikují tyto infekce stav u třetiny pacientů.

HAI postihují ve světě každoročně stovky milionů pacientů. Mezi rizikové faktory pro rozvoj HAI patří délka hospitalizace, invazivní výkony, snížená obranyschopnost, malnutrice a další. Velký podíl těchto infekcí je zapříčiněn mikroorganismy rezistentními vůči dostupným antibiotikům. Jejich terapie je obtížná a finančně náročná a v mnoha případech představují život ohrožující komplikaci. Riziko úmrtí u jednotlivých typů HAI je vyjadřováno tzv. atributivní mortalitou. Infekce krevního řečiště, jež mohou vyústit v sepsi organismu, mají nejvyšší atributivní mortalitu, okolo 20–30 %, což znamená, že až třetina pacientů vinou infekce zemře. Naopak infekce postihující hojící se rány mají atributivní mortalitu velmi nízkou.

Ačkoliv v posledních desetiletích klesá průměrná délka hospitalizace a rozvoj moderních technologií umožnil přesun řady výkonů do ambulantní péče, nedochází ke snížení rizik spojených se vznikem HAI. Důvodem je poskytování péče vysoce rizikovým skupinám pacientů (například chronicky nemocným) a pacientům v závažném stavu. Riziko rozvoje HAI je také zvýšené u léčebných postupů navozujících imunosupresi či při zavádění různých umělých preparátů. Nejčastějším typem HAI v Evropě jsou respirační infekce, infekce v místě chirurgického výkonu, močové infekce, infekce krevního řečiště a infekce gastrointestinálního traktu. Odhaduje se, že

v České republice vzniká ročně 100 000 případů HAI, jejichž důsledkem umírá okolo 3 % postižených, tedy 3 000 pacientů ročně. V rámci zemí Evropské unie navyšují HAI náklady ročně o 4,5 miliardy eur a jsou příčinou celkového prodloužení hospitalizace o 16 milionů ošetrovacích dnů.

Hygienické požadavky v nemocničním provozu

Základní hygienické požadavky zajišťující bezpečný provoz zdravotnického zařízení jsou legislativně definovány a tvoří základní provozní pravidla. Jejich cílem je prevence vzniku a šíření HAI. Jsou definovány provozním řádem a definují pravidla pro dezinfekci a sterilizaci, zacházení s jednorázovými pomůckami, úklid, manipulaci a odběr biologického materiálu, manipulaci s infekčním odpadem, manipulaci s prádlem, stravování pacientů atd. Zdravotničtí pracovníci jsou povinni stanovená pravidla dodržovat. Mezi základní principy pro omezení rizik vzniku a šíření infekce patří dodržování osobní hygieny, používání ochranného oděvu a pomůcek během výkonů a zacházení s veškerým biologickým materiálem jako s potenciálně infekčním. Ošetrovací režim pacientů je prováděn v souladu s tzv. bariérovou ošetrovací technikou, která je zaměřena na minimalizaci rizika přenosu organismů během poskytování

péče pacientovi. Tato technika zahrnuje několik postupů týkajících se například dodržování hygienické očisty pacientů, používání individualizovaných pomůcek, používání sterilních nástrojů a pomůcek k parenterálním výkonům, pravidla pro aseptickou manipulaci s infuzními sety, kanylymi a katétry, zákaz opakovaného používání pomůcek určených k jednorázovému užití, oddělenou přípravu léků a infuzí v čistých prostorech a podobně.

Standardní opatření

Standardní opatření představují pravidla pro poskytování péče všem pacientům v rámci prevence a kontroly infekcí ve zdravotnickém zařízení. Uplatňují se při každodenním kontaktu mezi zdravotníkem a pacientem. Zahrnují několik dílčích oblastí, které budou jednotlivě popsány v následujících částech textu.

Hygiena rukou

Intaktní pokožka pacientů je kolonizována mikroorganismy v počtu od 100 do 106/cm². Mezi zastoupené bakterie patří *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp. a *Acinetobacter* spp. K přenosu mikroorganismů na ruce ošetřujícího personálu tak může dojít při běžných úkonech, jako je polohování pacienta či měření tlaku. Odlučování pokožky dále dochází k šíření mikroorganismů do bezprostředního okolí pacienta. Pro minimalizaci rizika přenosu bakterií při kontaktu s pacientem platí pro zdravotnické pracovníky doporučení nosit krátké, upravené, čisté nehty a nenosit šperky.

K dezinfekci rukou se používají prostředky obsahující alkoholy isopropanol, etanol či jejich kombinaci a jejich dezinfekční účinek je založen na principu denaturace bílkovin. Účinná antimikrobní koncentrace alkoholů je v rozmezí 60–90 %. Dezinfekční prostředky mohou dále obsahovat látky k prodloužení účinku (chlorhexidin,



Ilustrační foto: Zx Shutterstock

triklosan, kvarterní amoniové soli) a další látky. Prostředky obsahující alkohol působí na vegetativní stadia bakterií, obalené viry, kvasinky a plísně a nejsou sporicidní. Dezinfekce rukou má být prováděna v místě poskytování péče pacientovi, proto je klíčové umístění prostředků v blízkosti pacienta. Pro provádění hygieny rukou je definováno pět základních situací: před kontaktem a po kontaktu s pacientem (polohování, mytí, poslech, měření krevního tlaku), před čistými a aseptickými výkony (aplikace injekcí, příprava medikace, péče o rány), po rizikovém kontaktu s tělními tekutinami (odběr vzorků biologického materiálu, manipulace s tělními tekutinami) a po kontaktu s prostředím pacienta (výměna ložního prádla).

Mytí rukou před aplikací dezinfekce není správným postupem, protože zbytková vlhkost na rukou po umytí snižuje účinnost dezinfekce. Kombinace mytí rukou a dezinfekce je doporučována pouze při podezření na přítomnost *Clostridium difficile*, kdy je mytí prováděno z důvodu mechanického odstranění spor, a to po aplikaci dezinfekce.

Postup pro provádění hygieny rukou se liší před poskytováním péče a před chirurgickým výkonem, kdy je celkově intenzivnější. Předoperační mytí rukou zahrnuje navíc také mytí předloktí, má trvat déle (1–2 min oproti 30 s), pro důkladné umytí nehtů a špiček prstů může být použit sterilní kartáček. Závěrem v obou případech je opláchnutí pitnou vodou a osušení jednorázovým ručníkem. Dezinfekce rukou před poskytováním péče je zaměřena na redukci přechodné mikroflóry na pokožce rukou, chirurgická dezinfekce cílí také na rezidentní mikroflóru v hlubších vrstvách pokožky. Dezinfekční prostředek se vtírá do suché pokožky v dostatečném množství po dobu deklarovanou výrobcem a po ukončení aplikace se již neoplachuje ani neosuší.

Pro snížení rizika šíření mikrobů a také pro ochranu zdravotníků před kontaminací krví a dalšími tělními tekutinami je zavedeno používání rukavic. I při používání rukavic platí pravidla pro dodržování hygieny rukou a bezprostředně po sejmutí rukavic je nutné provést jejich dezinfekci. Podle způsobu použití a příslušné kvality se rozlišují vyšetřovací a chirurgické rukavice. Vyšetřovací rukavice mohou být sterilní i nesterilní a jejich použití je indikováno v případech, kdy dochází ke kontaktu s krví či sliznicemi pacienta, tedy například při manipulaci s periferními venózními katétrami či při vaginálním vyšetření, a dále při kontaktu s prostředím pacienta. Chirurgické rukavice jsou vždy sterilní a používají se při jakémkoli chirurgickém výkonu a také například při



přípravě parenterální výživy či při centrální venózní katetrizaci.

Ochrana obličeje

Pro ochranu obličeje (očí, nosu, úst a sliznic) se používají ústenky, ochranné brýle a obličejové štíty. Slouží k ochraně personálu při kontaktu s infekčním materiálem, k zamezení kapénkového přenosu a také k ochraně pacienta při sterilních výkonech. Míra ochrany ústerek a respirátorů je definována evropskou normou EN 149 – filtering face piece (FFP). Pro ochranu očí jsou určeny ochranné brýle, jež mají dostatečně přiléhat, a pro jejich vhodné používání je třeba, aby umožňovaly periferní vidění a neměly se.

Používání ochranných pláštů

K ochraně kůže a oděvu personálu a k zabránění kontaminace krví či tělními tekutinami je určeno používání pláštů. Typ ochranného pláště se volí v závislosti na prováděném úkonu. Při kontaktní izolaci, která je spojena s kontaminací prostředí, je nasazení pláště a ochranných rukavic nařízeno z důvodu prevence šíření kontaminace při neúmyslném kontaktu s povrchy v izolačním pokoji. Použité pláště z izolačních pokojů musí být likvidovány jako nebezpečný odpad.

Respirační hygiena

Při výskytu příznaků onemocnění dýchacích cest (kašel, kýchání, rýma) je nutné zakrýt nosu a úst ústenkou. Po použití musí být ochranné pomůcky ihned zlikvidovány. Stejná opatření platí i pro zdravotnický personál při vyšetřování pacientů s podezřením na infekci dýchacích cest.

Další opatření

Riziko přenosu infekcí představuje manipulace s použitými lůžkovinami. Proto jsou nutná opatření k zabránění kontaminace kůže, sliznic a oblečení zdravotnického personálu a také k zamezení přenosu patogenů na další pacienty a do okolního prostředí. Součástí prevence jsou rovněž postupy pro správné skladování a transport použitých lůžkovin.

Postupy zamezující šíření potenciálně se vyskytujících patogenů musí být dodržovány také při manipulaci s předměty a pomůckami používanými při poskytování péče, jež mohou být kontaminovány krví či tělními tekutinami. U předmětů a zdravotnických pomůcek určených k opakovanému použití je nutné dodržování správných postupů pro čištění, dezinfekci, případně sterilizaci.

Kontaminovaný odpad a laboratorní odpad po zpracování vzorků je považován za nebezpečný a pro manipulaci s ním platí příslušná pravidla. Prostory určené ke shromažďování nebezpečného odpadu musí být oddělené a při jeho likvidaci musí být dodržována zvýšená opatrnost, aby nedošlo ke vzniku poranění. Zvláště riziková je z tohoto pohledu manipulace s jehlami. Proto je nutné odpad shromažďovat ve vhodných obalech. Skladování nebezpečného odpadu je možné nejdéle po dobu jednoho měsíce při teplotě do 8 °C.

Základem bezpečného prostředí zdravotnického zařízení je dodržování nastavených úklidových postupů. Při úklidu se používají detergenty a dezinfekční prostředky. Na pracovištích JIP, v odběrových místnostech a laboratořích má být úklid prováděn třikrát denně, v ostatních prostorech dvakrát denně. Na operačních sálech je pochopitelně frekvence úklidu nejvyšší, a to před začátkem operačního programu a po každém výkonu. Stanovený harmonogram úklidových prací musí také zahrnovat frekvenci střídání používaných mycích a dezinfekčních prostředků.

Standardní opatření pro prevenci a kontrolu HAI představují základní postupy pro snížení rizika výskytu a přenosu infekcí při poskytování zdravotní péče. Pro zajištění jejich účinnosti je nutné periodické vzdělávání a trénink zdravotnických pracovníků. Dodržování nastavených opatření je klíčovým faktorem pro poskytování bezpečné a kvalitní zdravotní péče.

Mgr. Kateřina Štulíková

Zdroj: Jindrák V, Hedlová D, Urbášková P, a kol. Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici. Praha: Mladá fronta, 2014 – upraveno

Průzkum ukázal, že v době pandemie byla většina stomatologických ambulancí v provozu

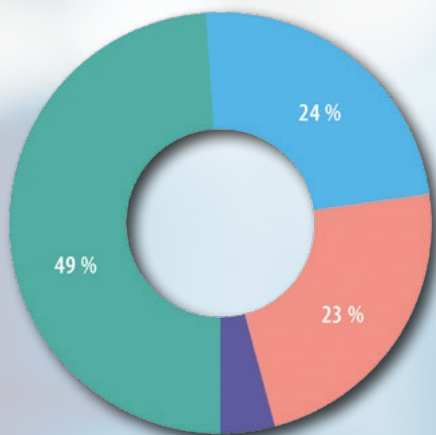
Pandemie koronaviru SARS-CoV-2 zásadně ovlivnila chod ordinací praktických lékařů, ambulantních specialistů i stomatologů. Česká stomatologická komora proto udělala vlastní průzkum zaměřený na zmapování služeb stomatologů v době pandemie. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 3 676 členů komory. Výsledky ukázaly, že většina ordinací stomatologickou péči poskytovala bez zásadního omezení. V případě uzavření provozu byl hlavním důvodem nedostatek ochranných prostředků.

„Výsledky průzkumu nás potěšily. Ukázalo se, že více než devadesát procent ordinací v nějaké formě zajistilo péči o své pacienty v době jarní pandemie. Pouze čtyři procenta dotázaných uvedla, že v době jarní pandemie měla praxe zavřené. V době podzimní vlny respondenti uváděli, že měli otevřeno téměř stejně jako v době před vypuknutím pandemie, část z nich však zaznamenala úbytek pacientů,“ komentuje stav průzkumu prezident České stomatologické komory docent MUDr. Roman Šmucler, CSc.

Průzkum přinesl i důležitá data o stavu dutiny ústní pacientů v době covidové a následné době postcovidové. Z odpovědí respondentů vyplývá, že nedošlo k zásadnímu zhoršení stavu chrupu pacientů, průzkum ale zároveň upozorňuje na fakt, že pacienti začali zanedbávat preventivní péči. „Reálný stav chrupu může být v populaci horší, než ukazují data získaná v době probíhajícího průzkumu. Na závěry je v tomto směru ještě brzy, ty bude možné dělat až s odstupem času,“ doplňuje docent Šmucler.

Z nasbíraných dat vyplývá i to, že časovým problémem, který lékaře zatěžoval, byla zátěž spojená s administrativou, přebídnávaní pacientů z důvodu nemocnosti a karantény, ztížená práce v ochranných pomůckách, a především obavy o bezpečnost během ošetření. Strach z nákazy byl zaznamenán na straně pacientů i personálu stomatologických ordinací. Ve 471 případech respondenti uvedli, že zavření provozu ordinace souviselo s onemocněním personálu nákazou covid-19.

Petra Hátlová



Graf 1 Zhodnocení vlivu pandemie na vaši ordinační dobu (jaro 2020)

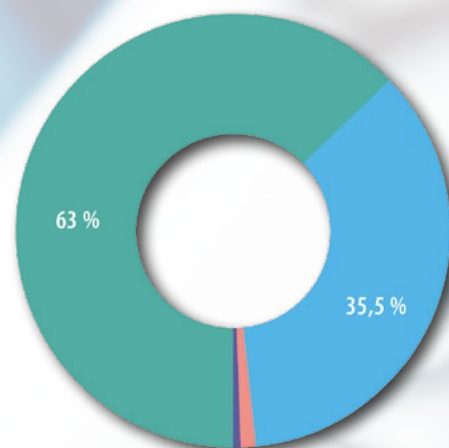
Komentář k výsledkům: Více než 90 % respondentů uvádí, že v jarním období roku 2020 měli otevřenou ordinaci. Část z nich (23 %) měla otevřeno pouze pro naléhavé a akutní případy. Téměř polovina respondentů ovšem zaznamenala úbytek pacientů.

- Otevřeno, ale měli jsme méně pacientů (49 %)
- Otevřeno stejně jako před pandemií (24 %)
- Otevřeno pouze pro naléhavé a akutní případy (23 %)
- Zavřeno (4 %)

Graf 2 Měla pandemie stejný vliv na provoz ordinace i na podzim 2020 až do současnosti?

Komentář k výsledkům: Téměř všichni respondenti uvádějí, že měli na podzim otevřeno stejně jako před pandemií. Z toho 35 % respondentů uvedlo, že měli na podzim 2020 stále méně pacientů.

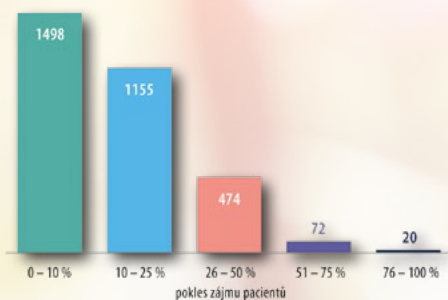
- Otevřeno stejně jako před pandemií (63 %)
- Otevřeno, ale měli jsme méně pacientů (35,5 %)
- Otevřeno pouze pro naléhavé a akutní případy (1 %)
- Zavřeno (0,5 %)



Graf 3 Důvod uzavření ordinace během pandemie (možno více odpovědí)

Komentář k výsledkům: Pokud měly ordinace během probíhající pandemie na nějakou omezenou dobu zavřeno, uvádějí, že hlavním důvodem bylo:

- Nedostatek ochranných pomůcek (970 respondentů)
- Onemocnění covid-19 v týmu (471 respondentů)
- Strach z nákazy (461 respondentů)
- Karanténa (394 respondentů)



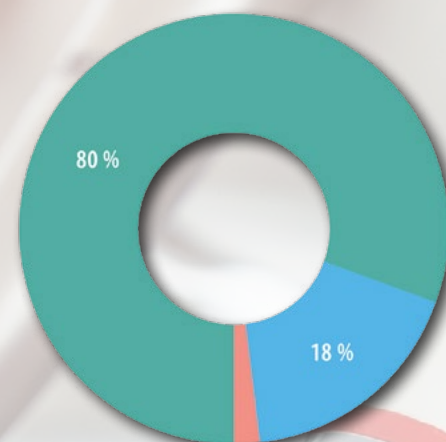
Graf 4 O kolik procent se snížil zájem pacientů během celé pandemie o preventivní péči

- o 10 % méně než obvykle (1 498 respondentů)
- o 10–25 % méně než obvykle (1 155 respondentů)
- o 26–50 % méně než obvykle (474 respondentů)
- o 51–75 % méně než obvykle (72 respondentů)
- o 76–100 % méně než obvykle (20 respondentů)

Graf 5 Srovnání období pandemie s obdobím před pandemií s pozorováním vlivu na stav dutiny ústní u pacientů

Komentář k výsledkům: 80 % respondentů uvádí, že nepozorují rozdíl ve stavu dutiny ústní u pacientů. 18 % respondentů uvádí, že pacienti pečují o svůj chrup méně než v období před pandemií. Celkově dochází na preventivní péči méně pacientů, jak je zřejmé z předchozích odpovědí, reálný stav péče o chrup může být tedy výrazně horší.

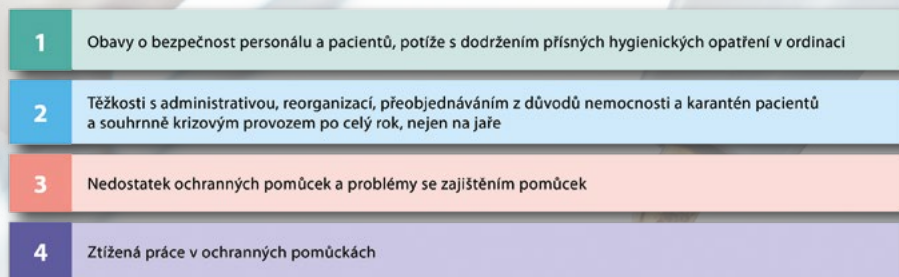
- Nepozorují rozdíl (80 %)
- Pečují o svůj chrup méně (18 %)
- Pečují o svůj chrup lépe (2 %)



Komentář k výsledkům: Otázka byla otevřená (respondentovi nebyly předloženy žádné varianty odpovědí a respondent zapsal jejich úplné znění bez omezení). Způsob zpracování otevřených odpovědí: podle významového obsahu odpovědi byla každá odpověď zařazena do jedné z 38 zobecňujících kategorií. Kategorie byly vytvořeny analýzou jednotlivých odpovědí (např. odpovědi „strach ze splácení úvěru“ nebo „pokles příjmů“ byly zařazeny do kategorie „Finanční nejistota...“). Odpovědi, které se neopakovaly (např. „bolavé rameno“ se vyskytlo 2x), byly zahrnuty do kategorie „Různé“. Odpovědi, které nešlo vyhodnotit, protože neměly obsah nebo byl obsah nesrozumitelný, byly zahrnuty do kategorie „Neuvedl/neví/formulace nemožňuje roztrždit“. Pro zjednodušení byly související kategorie nadále sjednoceny a zobecněny.

Zpracovány jsou 4 nejčastější odpovědi.

Graf 6 Největší obtíže ve výkonu stomatologie v uplynulém roce



Kde je vůle, tam je i cesta...

Situace pacientů, kteří v důsledku úrazu nebo nemoci nejsou schopni dýchat bez pomoci ventilačních přístrojů, a jsou tedy na některé formě umělé plicní ventilace dlouhodobě či trvale závislí, se v posledních letech zásadně změnila.

Pacienti, kteří ztratili schopnost samostatně dýchat a jsou na dechovou podporu odkázáni trvale, mohou i přes toto znevýhodnění vést hodnotný život, ve svém domácím prostředí, mezi svými blízkými. Tam, kde to zdravotní stav umožňuje a kde pro vzniklou situaci existuje rodinné zázemí a sociální podmínky, může být plně využito možnosti DUPV (domácí umělé plicní ventilace).

Profitují tak po všech stránkách. Jednak se u nich výrazně snižuje možnost vzniku infekce, dochází ke zlepšení jejich psychického stavu a zvyšuje se naděje, že se alespoň částečně vrátí k životu, který žili před onemocněním, ke studiu, práci na počítači, koníčkům. V některých případech se mohou lidé závislí na umělé plicní ventilaci věnovat i své profesi.

Zatímco možnost neinvazivní domácí umělé plicní ventilace (nDUPV) s mobilním přístrojem a obličejovou nebo nosní maskou je již poměrně rozšířená, druhý, invazivní přístup (iDUPV) pomocí tracheostomické či orotracheální kanyly již tak běžný není.

Přítom program DUPV byl zahájen pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR již v roce 2003. Základním kritériem pro zařazení do tohoto programu je, zda domácí umělé plicní ventilace bude mít vliv na zvýšení kvality pacientova života. V roce 2013 bylo založeno občanské sdružení Dech života, pod

Příběh Tomáše J., 32 let:

- V osmi letech poražen na přechodu pro chodce.
- Těžké polytrauma s následnou diagnózou vysoká míšňí léze.
- Hospitalizace na dětském ARO FN v Motole, trvalá závislost na UPV.
- Maminka chtěla Tomáše domů, ale v té době ještě žádná možnost DUPV neexistovala.
- ARO FN v Motole zakoupilo bateriový ventilátor, který v té době v ČR nebyl běžný, a Tomáš šel jako první dítě domů s ventilátorem. Maminka není zdravotník, je zahradnice. Péči zvládala a zvládá výborně již 24 let.
- Tomáš je nejdéle žijícím pacientem na DUPV.
- Dostudoval ZŠ a plně se věnuje malování ústy. Je stipendista sdružení UNÚN (umělci malující ústy a nohama), a malování se tak stalo nejen jeho velkým koníčkem, ale i zaměstnáním. Díky němu hodně cestuje nejen po ČR, ale i po Evropě.
- Tomáš je nejdéle žijícím pacientem hlavně díky péči své rodiny.

vedením prof. MUDr. Karla Cvachovce, CSc., MBA, s cílem pomoci pacientům i odborníkům v problematice DUPV. Byl vydán doporučený postup péče o pacienta na DUPV, který je konsenzuálním stanoviskem České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, České společnosti intenzivní medicíny ČLS JEP a VZP ČR. Rovněž byla vypracována metodika DUPV a k dispozici je i seznam certifikovaných poskytovatelů. Kromě VZP dnes hradí péči už i další pojišťovny. O pacienta se ve spolupráci s rodinným-

mi příslušníky starají agentury domácí péče a sestry specialistky.

V roce 2014 na půdě Poslanecké sněmovny ČR proběhl odborný seminář Komise pro zdravotnictví, který prezentoval a hodnotil současný stav DUPV. Na přípravě programu se podílela skupina odborníků, kteří se DUPV po léta zabývají. Přesto, že je intenzivní péče v ČR na vysoké úrovni, možnosti překonat psychologické, legislativní a další bariéry a umožnit pacientovi žít dále život, který ho naplňuje, plně nevyužíváme. Proběhlo zde srovnání evropských zemí – Euro-event survey. Průměr se pohybuje okolo 6,6 pacientů/100 000 obyvatel, údaje se v jednotlivých zemích liší – ve Francii je počet roven 17, v Polsku 2,2, v ČR je 1 pacient – klient DUPV/100 000 obyvatel. Kromě nesporných zdravotních benefitů byla přednesena i ekonomická rozvaha porovnávající nákladnost intenzivního lůžka v nemocnici a domácí péče. Odborníci se shodli, že je potřeba šířit osvětu o této možnosti a nabídnout pomocnou ruku těm, kteří mají o DUPV zájem. Nejedná se tak pouze o specialisty, kteří tuto ventilační podporu indikují, ale i o praktické lékaře, kteří mají ve své péči pacienta s progresujícím onemocněním, znají jeho sociální a rodinné zázemí.

Ventilační přístroje jsou nyní na takové technické úrovni, že nevyžadují, aby na jejich činnost nepřetržitě dohlíželi profesionální zdravotníci. Díky pokrokům v resuscitační péči a intenzivní medicíně je dnes možné

Příběh Kateřiny Č., 40 let:

- Nervosvalové onemocnění.
- Trvale léčena jako dítě ve FN v Motole, postupně docházelo ke zhoršování stavu, hlavně opakované plicní infekty.
- Opakovaně hospitalizována na dětském ARO FN v Motole, kde nakonec byla provedena tracheostomie.
- Trvalá závislost na ventilátoru i kvůli velké skolióze, která se zhoršovala v souvislosti se základní diagnózou. Skolióza byla operačně stabilizována, ale i tak utlačovala jednu plíci, a proto byla pacientka závislá na UPV.
- Kateřina nechtěla zůstat v nemocnici a moc chtěla do domácí péče. Stejně jako u Tomáše nebyla v té době dostupná DUPV. Kateřina si sama sehnala peníze na domácí ventilátor, a protože kromě závislosti na UPV byla jinak úplně soběstačná, byla přeložena do domácí péče.
- Po překladu domů úspěšně odmaturovala, po čase se odstěhovala od rodičů do svého bytu a začala pracovat.
- V současnosti pracuje jako administrativní pracovnice na 1. LF UK.
- I přes trvalou závislost na DUPV žije Kateřina normálním životem. Je dobrá řidička a auto používá jak na přepravu do práce, tak na různé volnočasové aktivity.

Příběh Renaty B., 48 let:

- Neurčená diagnóza.
- Do 38 let úplně zdravá, náhlý kolaps, hospitalizace ARO, tracheostomie, ventilovaná.
- Stav se nelepší, dlouhodobě ventilovaná, překlad na NIP.
- Hospitalizovaná na několika NIP pracovištích v ČR (Etoile, Planá, Malvazinky), celkově devět let.
- Centrum DUPV v Nemocnici Ostrov – kontaktováno ošetřující lékařkou z NIP.
- Překlad na oddělení odlehčovací ventilační péče (OVP) Nemocnice Ostrov.
- Pacientka byla připravována na přechod do domácí péče – zvládala sama péči o tracheostomii, odsávání z dýchacích cest.
- Spolu se svou sestrou byla zaškolená v obsluhování ventilátoru a odsávačky.
- Byl kontaktován Městský úřad Praha 3, kde měla pacientka trvalé bydliště, a bylo požádáno o byt v domě s pečovatelskou službou.
- Po přidělení bytu pacientka odchází do domácí péče, ve které je déle než dva roky. Pohybuje se na vozíku, ale veškeré úkony zvládá bez problémů sama. Psychický stav se výrazně zlepšil a paní Renata se vrátila do normálního života po skoro desetileté hospitalizaci.

zdravotní stav mnoha trvale ventilovaných pacientů stabilizovat natolik, že po zácikvu rodinných příslušníků a ve spolupráci s nejbližšími odborně způsobilými zdravotnickými zařízeními a agenturami domácí péče je lze propustit do domácího ošetřování.

Jaké je spektrum pacientů?

Jedná se o pacienty, kteří prodělali akutní onemocnění nebo úraz s následnou nutností umělé plicní ventilace (UPV), u nichž selhaly pokusy o odvykání od UPV v NIP (dospělí), respektive v akutní lůžkové intenzivní péči (děti), a předpokládá se nutnost dlouhodobé či trvalé ventilační podpory, dále jsou to pacienti s onemocněním, jejichž přirozený vývoj směřuje k předpokládané dlouhodobé závislosti na UPV v následujících třech měsících, pacienti, u nichž DUPV povede ke zlepšení kvality života a/nebo prodloužení přežití. Jsou to pneumologické diagnózy

(CHOPN, cystická fibróza, bronchopulmonální dysplazie, stavy po resekcích plic a další), neurologické (neuromuskulární onemocnění – amyotrofická laterální skleróza [ALS], infantilní spinální svalová atrofie [Werdnigova-Hoffmannova nemoc], spinální atrofie, myasthenia gravis, úplné či částečné míšní léze v oblasti cervikální páteře, stavy následující po neuroinfekcích – polymyozitida, dermatomyozitida a muskulární dystrofie – Duchennova dystrofie, Beckerova dystrofie), vrozené vady, onkologické diagnózy.

Příkladem dobře zavedené praxe může být například Nemocnice Ostrov, která provozuje lůžka následně intenzivní péče, kde v rámci tohoto programu nabízí kompletní realizace převedení pacienta vhodného k DUPV z NIP lůžka do domácí péče. Koordinátorkou projektu je Kamila Zikmundová, která je zkušenou specialistkou v oboru a cenou podporou přímo v terénu u pacientů.

Mgr. Helena Šklubalová

Podmínky uskutečnění DUPV:

- rodinná, bytová a sociální situace;
- pacient (zákonný zástupce) a osoby žijící ve společné domácnosti, poskytovatel domácí zdravotní péče a další poskytovatelé, kteří budou poskytovat související zdravotní služby, s DUPV souhlasí;
- registrující všeobecný praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost byl seznámen s realizací DUPV u svého registrovaného pacienta.

Zdravotní kritéria:

- zajištění dýchacích cest tracheostomií;
- stabilita výměny plynů v plicích při úplné nebo částečné závislosti na UPV bez nutnosti jiné kontinuální monitorace než SpO₂;
- hemodynamická stabilita bez nutnosti kontinuální i. v. medikace a kontinuální monitorace;
- stabilita vnitřního prostředí bez nutnosti kontinuální i. v. medikace a denních laboratorních kontrol (s výjimkou glykemie);
- u pacientů s nedostatečným příjmem p. o. zajištění adekvátního umělého přístupu k podávání výživy a medikace (PEG, NGS, NJS, dlouhodobý i. v. vstup apod.);
- doporučeno instrumentální zajištění derivace moči (PMK, epicystostomie).

Úloha PL, PLDD:

- souhlas s realizací DUPV;
- indikace pravidelných konziliárních vyšetření intenzivistou či sestrou se specializací ARIP;
- indikace domácí péče;
- indikace nepravidelné péče intenzivisty (sestry);
- běžná péče PL.

Domácí péče nebo pracoviště intenzivní medicíny zajišťují:

- podání žádosti o schválení DUPV;
- technické zajištění DUPV, včetně zapůjčení ventilátoru;
- certifikovanou domácí péči;
- specializovanou péči o ventilovaného pacienta.



Vědci připravili vysoce účinné protilátky na klíšťovou encefalitidu

Česko-americký tým vědců z Parazitologického ústavu Biologického centra AV ČR v Českých Budějovicích, Výzkumného ústavu veterinárního lékařství v Brně a Rockefellerovy univerzity v New Yorku připravil nové protilátky, které vykazují vysokou neutralizační účinnost proti viru klíšťové encefalitidy. Na výzkumu se podílel i loňský laureát Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství Charles M. Rice. Preklinická studie byla umožněna díky spolupráci s Nemocnicí České Budějovice, a.s., která pro testování vytipovala a zajistila vzorky krve od jihočeských pacientů.

Studii zahájili vědci s lékaři v roce 2018 prvotním screeningem 140 pacientů z jižních Čech, kteří prodělali klíšťovou encefalitidu a měli nejkvalitnější protilátky. Vzorky jejich krve následně putovaly na Rockefellerovu univerzitu do USA, kde virologové protilátky podrobili detailním analýzám. „Na této fázi výzkumu se podílel i nobelista Charles Rice. Pro testování připravil takzvané pseudoviry, což jsou virové částice, které mají stejné strukturální vlastnosti jako viry klíšťové encefalitidy, ale nejsou infekční,“ řekl vedoucí českého virologického týmu Daniel Růžek z Parazitologického ústavu Biologického centra AV ČR a Výzkumného ústavu veterinárního lékařství.

Ze 140 vzorků pak američtí vědci vybrali šest pacientů, tzv. superneutralizátorů, kteří měli perfektní imunitní odezvu a jejichž protilátky nejúčinněji zabíraly na virus klíšťové encefalitidy. „Tyto pacienty jsme dobře znali, byli v naší péči v akutní fázi klíšťovky a i po propuštění z nemocnice jsme je sledovali v poradně našeho oddělení. Je zajímavé, že to nebyli pacienti s nejtěžším průběhem klíšťovky, přesto, jak někteří sami prohlásili, nechtěli by to prožít znovu a ani by to nepřáli nikomu jinému. Když jsme jim vysvětlili smysl studie, byli velice ochotní a nápomocní, každý věnoval půl litru krve. Právě díky jejich příspěvku může v budoucnu vzniknout preparát, který pomůže dalším nemocným,“ říká primář infekčního oddělení Nemocnice České Budějovice Aleš Chrdle.

Pomocí specifických bílých krvinek B-lymfocytů z těchto odběrů vědci získali velkou sérii protilátek. V českobudějovických laboratořích Parazitologického ústavu pak jednotlivé protilátky znova testovali, tentokrát už na živých virech, a to jak v buněčných kulturách, tak v myších. „Ukázalo se, že čtyři monoklonální protilátky fungovaly naprosto fantasticky.



Obr. Animace z krystalové struktury navázané protilátky na obalový protein viru klíšťové encefalitidy.

Foto: archiv Biologického centra AV ČR

Jednak dokázaly kompletně zabránit rozvoji onemocnění, když byly podány před infekcí, ale zároveň měly vysokou účinnost, i pokud byly podány po infekci, měly tedy léčebný účinek,“ vysvětluje Daniel Růžek.

Klíšťová encefalitida je závažné onemocnění centrálního nervového systému člověka a v Evropě v posledních letech výrazně narůstá počet jejích případů. Ačkoli existuje velmi účinné a dobře snášené očkování, pro léčbu klíšťové encefalitidy zatím není dostupný žádný protivirový prostředek a pacienti jsou odkázáni jen na podpůrnou léčbu. K obzvláště závažným průběhům nemoci dochází především u lidí s imunitními problémy nebo u starších lidí se sníženou imunitou. Nově vyvinuté protilátky tak skýtají velký potenciál. „Uvažuje se o tom, že pokud člověk na sobě najde přisáté klíšťe, nechá jej otestovat v laboratoři a zjistí, že klíšťe

bylo pozitivní, bylo by možné mu okamžitě podat tyto protilátky, které by ho bezprostředně ochránily před rozvojem onemocnění,“ řekl Daniel Růžek. Čím dříve jsou protilátky podané, tím lépe fungují. Podané později by ale mohly mírnit projevy nemoci a redukovat trvalé nebo dlouhodobé následky.

Nespornou výhodou protilátek je také jejich preventivní účinek. V preklinické studii vědci tyto protilátky geneticky upravili tak, aby prodloužili dobu jejich účinku na dva měsíce. Budoucí preparát by tak využili například i cestovatelé, kteří se chystají do oblasti výskytu klíšťové encefalitidy a už nemají čas na očkování, kdy je nutné podání více dávek vakcíny s časovým rozestupem. V případě podání protilátek by byli okamžitě chráněni před touto chorobou, a to po dobu nejméně dvou měsíců.

Ačkoli jsou nově vyvinuté protilátky velmi nadějně pro budoucí použití a je ověřena jejich bezpečnost v preklinické studii na myších, k hotovému preparátu je však ještě dlouhá a nejistá cesta. Výzkumníci nyní hledají investory a partnery z farmaceutického průmyslu, kteří by zafinancovali a provedli klinické testy u lidí. V případě úspěchu by se mohl preparát dostat na trh v řádu let.

Studie byla publikována 8. dubna 2021 ve vědeckém časopise *Journal of Experimental Medicine*.

Daniela Procházková,
Biologické centrum AV ČR

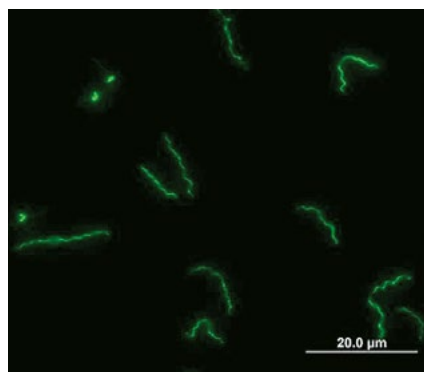
Publikace:

Agudelo M, Palus M, Keeffe JR, Bianchini F, Svoboda P, Salát J, Peace A, Gazumyan A, Cipolla M, Kapoor T, Guidetti F, Yao KH, Elsterová J, Teislerová D, Chrdle A, Höng V, Oliveira T, West AP, Lee YE, Rice ChM, MacDonald MR, Bjorkman PJ, Růžek D, Robbiani DF, Nussenzweig MC. Broad and potent neutralizing human antibodies to tick-borne flaviviruses protect mice from disease. *J Exp Med* 2021;218(5):e20210236. doi: <https://doi.org/10.1084/jem.20210236>.

Parazitologové také úspěšně otestovali vakcínu proti lymeské borelióze

Zatímco před klíšťovou encefalitidou se člověk může chránit očkováním, proti lymeské borelióze, kterou rovněž přenáší klíšťata, zatím běžně dostupná vakcína neexistuje. To by se však v budoucnu mohlo změnit, a to i díky práci parazitologů z Biologického centra AV ČR. Vloni je oslovil farmaceutický koncern Sanofi, aby provedli preklinickou studii nové očkovací látky na myších. Výsledek je velmi nadějný – vakcína proti boreliím vykazuje stoprocentní účinnost.

Nová vakcína navazuje na svou americkou předchůdkyni. „Ta byla založena na povrchovém proteinu borelií v klíštěti, označovaném OspA. Byla to jednoduchá molekula, která měla hodně vedlejších účinků, zabírala jen na jeden druh borelie a byla použitelná jen v Americe, kde se tento druh v klíšťatech vyskytuje,“ vysvětluje parazitolog Radek Šíma z Biologického centra AV ČR.



Obr. Snímek borelií v temném poli mikroskopu

Foto: Jan Erhart, Biologické centrum AV ČR

Dnešní věda přitom zná 21 druhů borelií, které mají různé povrchové proteiny. Tyto své povrchové proteiny navíc borelie při přesunu z klíštěte do člověka mění, jako by převlékaly kabát.

Proto americký farmaceutický koncern Sanofi vylepšil strukturu původní očkovací látky a vytvořil jádro molekuly, na které jsou navázané různé povrchové proteiny OspA. A pro otestování této novinky na evropském klíštěti *Ixodes ricinus* si vybral právě vědce z Parazitologického ústavu Biologického centra AV ČR.

Žádný druh borelií neunikne

„Tato nová struktura umožňuje imunitnímu systému rychle a spolehlivě rozpoznat cizorodou látku v těle a vytvořit si protilátky,“ říká Radek Šíma. Imunitní systém vytrénovaný očkovací látkou borelie v těle okamžitě rozpozná a zlikviduje je. „Navíc zásadní inovace vakcíny spočívá v tom, že cílí na všechny druhy borelií,“ dodává parazitolog.

Jeho tým očkovací látku testoval na myších a prokázal její stoprocentní účinnost

na evropském klíštěti. Výsledky studie vědci publikovali v květnu 2020 v odborném časopise NPJ Vaccines (Nature Partner Journals).

Pozor na červenou skvrnu s blednoucím středem

Lymeská borelióza je infekční onemocnění, jehož prvním příznakem je červená skvrna s blednoucím středem v okolí prísáti klíštěte. Může se projevovat také horečkou, bolestí svalů či únavou. Tyto příznaky, které připomínají chřipku, se však nemusí objevovat ve všech případech. Onemocnění se léčí antibiotiky. Pokud se neléčí, postihuje nervovou soustavu, srdce či klouby a může zanechat trvalé následky.

Radka Římanová,

Divize vnějších vztahů AV ČR,

ve spolupráci s Danielou Procházkovou,

Biologické centrum AV ČR

Publikace:

Kamp HD, Swanson KA, Wei RR, et al. Design of a broadly reactive Lyme disease vaccine. NPJ Vaccines 2020;5:33. <https://doi.org/10.1038/s41541-020-0183-8>.

▼ Inzerce



Unikátní seminář **NOVINKA 2021**

Virtuální realita – péče o klienta

Kurz navazuje na předešlý kurz VIRTUÁLNÍ REALITA – DEMENCE, tentokrát však přechází z domácího prostředí do pobytové sociální služby a zaměřuje se na takzvané 3P. Účastníci tohoto kurzu se stanou přímými aktéry poskytování péče v oblasti podávání jídla, zajištění hygieny a aktivizace seniora nebo osoby se zdravotním postižením.

Kurz je vhodný pro všechny formy a druhy sociálních služeb pro výše uvedené cílové skupiny, stejně tak i pro neformální pečovatele.



29. 10. 2021 **Praha**

16. 11. 2021 **Brno**

19. 11. 2021 **Tábor**

Kontakt:

Institut vzdělávání APSS ČR

Vančurova 2904 | 390 01 Tábor

tel.: +420 724 940 126

Objednávky:

institut@apssc.cz | www.institutvzdelavani.cz



Personální inzerce do časopisu



Zdravotnictví a medicína

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

nebo telefonicky na čísle:
+420 739 436 468





Domažlická nemocnice

Nemocnice
Plzeňského kraje

Nemocnice akutní péče v Domažlicích doplňuje tým

LÉKAŘ/KA gynekologicko-porodnické odd.

NABÍZÍME

- + HPP na dobu neurčitou, plný úvazek
- + zajištění bydlení nebo pomoc s hledáním vlastního
- + moderní přístrojové vybavení
- + odpovídající mzdové ohodnocení
- + náborový příspěvek až do výše 300 tis. Kč
- + podpora dalšího vzdělávání a rozvoje
- + zaměstnanecké benefity



Více: www.domazlice.nemocnicepk.cz/kariera

Kontakt: MUDr. Petr Hubáček, MBA, LL.M. | předseda představenstva
petr.hubacek@domazlice.nemocnicepk.cz

**Gynclin s.r.o.,
Lovosická 440/40, Praha 9 přijme**

lékaře v oboru gynekologie a porodnictví

Požadujeme:

- zkušenost z ambulatní praxe
- znalost provádění UZ screeningů u těhotných (není podmínkou)
- vysoce profesionální přístup ke klientele

Nabízíme:

- pracovní poměr na plný nebo částečný úvazek
- 5 týdnů dovolené
- práci se špičkovou přístrojovou technikou
- příjemné, moderní pracovní prostředí s jasně definovanými postupy a procesy
- profesionální podporu ze strany zdravotních sester a skvělý pracovní kolektiv
- motivující finanční ohodnocení
- podporu dalšího profesního a jazykového vzdělávání

Kontakt:

Tel.: 604 440 000
E-mail: gynlink@gynlink.cz

MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 7/2021

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

Redakce

- Bc. Petra Hátlová, e-mail: zam1@eezy.cz
- Mgr. Helena Šklubalová, e-mail: zam2@eezy.cz
- Mgr. Kateřina Štulíková, e-mail: zam3@eezy.cz
- Mgr. Lukáš Malý, e-mail: editor@eezy.cz

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



PUBLISHING

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 vyzívuje:
SEND Předplatné, spol. s r.o.,
Ve Žlíbků 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 Pressegrasso, a.s.
Oddelenie inej formy predaja
P.O. BOX 183, 830 00 Bratislava 3
tel.: +421 2 4989 3568,
e-mail: objednavky@ipredplatne.sk

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

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

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

Tisk Grafotechna Plus, s.r.o.
Číslo dáno do tisku 19. 7. 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



Program odborné konference Zdravotnictví 2022

1. den, čtvrtek 16. 9. 2021

Moderátorka konference Ing. Gabriela Štěpánková

- 13.00–14.00** **Vystoupení předsedy vlády a ministra zdravotnictví ČR**
Ing. Andrej Babiš
Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA
- 14.00–15.30** **Politická debata
Rozvoj českého zdravotnictví
2022–2025, digitalizace, financování**
zástupci politických stran ANO, SPD,
KSČM, ČSSD, koalice SPOLU,
Piráti a Starostové
- 15.30–15.50** **Shrnutí pandemické krize v číslech**
prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.
- 15.50–16.10** **Dopady pandemie covid-19 na fond
veřejného zdravotního pojištění**
Ing. Zdeněk Kabátek
- 16.10–16.25** **Evropská farmaceutická strategie**
Mgr. Jakub Dvořáček, MHA, LL.M
- 16.25–16.40** **Etiketa pro lékaře, zdravotníky
a pomáhající profese**
Ladislav Špaček
- 16.40–17.10** Coffee break
- 17.10–18.40** **Regionální zdravotnictví**
Odborný moderátor:
MUDr. Martin Kuba
MUDr., Bc. Tomáš Fiala, MBA
doc. PaedDr. Ilona Mauritzová, Ph.D.
Ing. David Šmehlík, MHA
Ing. Vlastimil Vajdák
- 18.40** **Společenský večer**

Generální partner



Pořadatelé



2. den, pátek 17. 9. 2021

1. SÁL

- 9.00–11.20** **Nemocnice – úhrady v roce 2022, kompenzační
vyhlášky a úhrady, personalistika, telemedicína**
Odborný moderátor:
prof. MUDr. Miloš Tábořský, CSc., FESC, FACC, MBA
doc. MUDr. Ján Dudra, PhD., MPH
Ing. Tomáš Groh
Ing. Zdeněk Kabátek
Ing. Michal Pišoja, MPH
Ing. Helena Rögnerová
MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová, MBA
MUDr. Jiří Šedo, Ph.D.
Ing. Václav Vachta, MBA
- 11.20–11.35** **Fincetrum & Swiss Life Select**
firemní prezentace

2. SÁL

- 9.00–10.30** **Lékárenství a léková politika**
Podpora českého farmaceutického průmyslu,
překážky generické léčby, dostupnost léčiv
v ČR a benchmark s EU
Odborný moderátor:
Mgr. Jakub Dvořáček, MHA, LL.M
Ing. Daniel Horák
Mgr. Irena Storová, MHA
Ing. David Šmehlík, MHA
Mgr. Filip Vrabel
- 10.30–11.35** **Reálná dostupnost léčivých přípravků
v lékárnách v ČR – jak ji měřit, jak ji
vyhodnocovat, jak s ní pracovat**
PharmDr. Jiří Stránský

3. SÁL

- 9.00–11.35** **Dlouhodobá péče**
Odborný moderátor:
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA
MUDr. Milan Cabrnach, MBA
MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.
MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.
prof. PhDr. Martin Potůček, CSc. MSc.
MUDr. Petr Šonka
Mgr. Helena Závazalová, MBA
- 11.35** **Networking lunch**

ZDRAVOTNICTVÍ 2022



odborná konference

Generální partner



Pořadatelé



Unie zaměstnavatelských svazů ČR a EEZY Events & Education s.r.o.
Vás srdečně zvou na odbornou konferenci

ZDRAVOTNICTVÍ 2022

pořádanou pod záštitou a za osobní účasti předsedy vlády
Andreje Babiše a ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha

Záštitu udělily



Hlavní partneři



Partneři odborné sekce



16.–17. 9. 2021, Hotel Grandior Praha,
Na Poříčí 1052/42, 110 00 Praha-Florenc