

ZDRAVOTNICTVÍ

MEDICÍNA

mf
MLADÁ FRONTA

3/2016

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 21. 3. 2016



SPECIÁL
IT ve zdravotnictví
České eHealth existuje

STRANA 9



Z MEDICÍNY
Mezioborové klinické
symposium
„Spastická ruka“

STRANA 33



SESTRA
Rehabilitace
Rehabilitační ošetřování
pacienta po implantaci TEP
kolenního kloubu

STRANA 22

Změní legislativní úprava reexportů lékový trh?

Paralelní obchod tvoří 6 % českého trhu s léky. Stát nyní stanovuje seznam nenahraditelných přípravků, před jejichž výpadky bude pacienty chránit. Reexporty ale nejsou hlavním důvodem akutních nedostatků – více za ně mohou problémy ve výrobě a nerentabilní prostředí.

„Nedostatek léků nahlášených Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) způsobují jiné důvody než paralelní obchodování,“ potvrdil na konferenci s názvem Paralelní obchod s léky, uspořádané společností Androsa, ředitel společnosti Sprinx Systems Jiří Stránský a sdělil, že od roku 2013 paralelní obchod v ČR mírně klesá, a to jak u léků na předpis, tak i volně prodejných přípravků.

Mezi příčiny výpadků lze podle ředitelky odboru farmacie ministerstva zdravotnictví Aleny Tomáškové zařadit zejména globalizaci farmaceutického průmyslu a koncentraci produkce na méně míst po světě, změny v poptávce léčiv například z důvodu

demografických změn, extrémní tlak na cenu léčiv v rámci dodavatelského řetězce způsobující snižování nákladů na skladování, cenové strategie a regulační změny, ale například i nedostatečné upřednostňování malých trhů s léčivy nebo ukončení výroby kvůli nedostatečné návratnosti investic.

Nervozita z nízkých cen léků

Podle dat Sprinx Systems, která vycházejí z databázi SÚKL, tvořil český paralelní obchod (v poměru 10 : 1 jde převážně o vývoz z ČR) v roce 2015 asi 6 % celkového lékového trhu a objem těchto prostředků se loni vyšplhal na 3,8 miliardy korun.

Podnikatelské příležitosti reexportů využívají distributoři, kteří se opírají o premisu volného pohybu zboží po území Evropské unie. Z celkových 452 distributorů se jich u nás reexportem zabývá 68. Paralelnímu vývozu z ČR nahrávají – na evropské poměry – velmi nízké ceny léků. Vyvíjet konkurenční tlak na jejich snižování musí podle zákona o veřejném zdravotním pojištění SÚKL. České léky se tak často stávají předmětem reexportu právě bezprostředně po dokončení hloubkové či částečné revize. Ředitel SÚKL Zdeněk Blahuta uvedl, že ústav má revizní činnost s cílem snižování cen léků dány zákonem a bez změny stávající legislativy ani jinak činit nemůže. **(pokračování na straně 2)**

Zdeněk Blahuta:
SÚKL musí ceny léků
snižovat, ukládá mu to
platná legislativa.

Foto: Martin Pinkas / Euro

Inzerce M161000048

ZENTIVA
SPOLEČNOST SKUPINY SANOFI

Zentiva – jsme s Vámi už 85 let.

České léky vyvážíme do 50 zemí na celém světě.

Léčiva vyrábíme v Dolních Měcholupích od roku 1930.

Každý rok vyprodukujeme takřka 100 milionů lékových balení.

Naši značku nesou 4 z 10 nejprodávanějších léků na českém trhu.

Máme 1 500 zaměstnanců a využíváme zejména domácí dodavatele.

Z DOMOVA

Změní legislativní úprava reexportů lékový trh?

(pokračování ze str. 1)

Připustil ale, že i ministerstvo zdravotnictví je ze snižování cen „nervózní“.

Nízkou cenu léků, a tudíž další podporu reexportů, významně ovlivnil zásah České národní banky (ČNB) v roce 2013, kdy byla oslabena koruna. „Tehdejší ministr zdravotnictví Martin Holcát ještě v roce 2013 intervenoval u evropských lékových autorit a evropských lékových autorit, aby z tohoto důvodu nereferencovaly naše ceny léků. Až zásah ČNB skončí, reexportů výrazně ubude, protože české léky zdraží,“ domnívá se ředitel generální společnosti Omega Pharma – Perigo Michal Krejsta.

Rizika výpadků

Odpůrci reexportů jsou přirozeně výrobci – paralelní obchod probíhá bez jejich souhlasu a mimo jejich oficiální distribuční síť. Firmy tak reexportem ztrácejí část marže ze svých produktů, musí často soupeřit s cenou vlastních přeprodaných léků a bojují i s nepředvídatelností při plánování dodávek, a to jak nadbytku (s ohrožením expirace), tak i nedostatku pro potřebné pacienty, kteří při dlouhodobých výpadcích podstupují riziko převedení na jinou léčbu. Mezi rizika patří i snížená farmakovigilance, tedy hlášení nežádoucích účinků. Paralelní obchod zvyšuje také riziko padělků (o evropské protipadělkové směrnici čtěte na str. 12).

Hnacím motorem legislativních úprav reexportu, které ministerstvo zdravotnictví zaneslo do vládní schválené novely zákona o léčivech, je právě ochrana pacienta zajištěním dostatku léků. „Zabýváme se situacemi, kdy léky chy-

bí poměrně malé skupině pacientů, což se v celkových číslech může jevit jen jako nevýrazná odchylka, ale pro nás je každý pacient důležitý,“ zdůraznila ředitelka Tomášková.

Zákazy natvrdo už padly

Ministerstvo již dříve vydalo opatření, kterými reexport přípravků zakázalo (prostřednictvím § 11 písm. h) zákona o léčivech). V roce 2013 šlo o přípravku Novomix (analog inzulinu) a v roce 2014 pak o Actilyse (trombolytikum) a Antabus (disulfiram). „Když jsme v letech 2014 a 2015 v několika dalších případech dostupnost léků zkoumali, zjistili jsme, že proto, abychom byli schopni vydávat zdůvodněná a nenapadnutelná opatření, která zabrání vývozu léků, je naprosto nezbytné sofistikovat systém hlášení dat. V této fázi pro nás bylo velmi těžké dopátrat se pohybu léčivých přípravků po evropském trhu, protože po několika přepravech už téměř nešlo dráhu výrobků dohledat,“ uvedla Alena Tomášková s tím, že právě systém hlášení novela zákona o léčivech zpřehlední. Jak ale dodala, novela nesměřuje vůči reexportům jako celku (protože zásadu volného pohybu zboží po EU ctí), ale snaží se zabezpečit dostupnost tzv. nenahraditelných léčivých přípravků omezením jejich distribuce.

Jak bude nový přístup fungovat?

Principem návrhu zákona o léčivech a jeho nástrojem bude nová pravomoc k vydání opatření obecné povahy, které omezí vývoz nebo distribuci léků mimo ČR. Data bude sbírat SÚKL, kte-

rý jejich vyhodnocením může dojít k závěru, že u nenahraditelného léku dochází ke snížení jeho aktuálních zásob pod kritickou hranici. Oznámí to ministerstvu zdravotnictví, které může přípravky zařadit na seznam léků, jejichž vývoz mimo ČR budou muset distributoři hlásit a požádat o něj SÚKL 15 dní předem. Pokud ministerstvo sezná, že je třeba dostupnost léků zajistit, může vydat opatření, kterým vývoz mimo ČR omezí, či úplně zakáže. Jakmile hrozba pomine, bude lék ze seznamu, jenž bude měsíčně aktualizován, zase vyřazen. Zákon navrhuje v případech opakovaných deliktů v této oblasti sankce až do výše 20 milionů korun i zákaz činnosti na 2 roky.

Nyní stojí před regulátory otázka, jakým způsobem bude určována ona nenahraditelnost, která léky může na zmíněný seznam zařadit. „V žádném případě není doslovně přenositelný význam pojmu terapeutická zaměnitelnost (dle zákona 48 o veřejném zdravotním pojištění) a pojem nahraditelnost (zákon o léčivech). Při hodnocení nenahraditelnosti počítáme s několika aspekty – lze ji vztáhnout na libovolný počet pacientů, důležitý bude také názor odborných lékařských společností, vnímáme také hledisko patientských organizací, budeme rovněž zvažovat dopad na zdroje veřejného zdravotního pojištění,“ podotkla Alena Tomášková. Ředitel Blahuta odhaduje spuštění seznamu nenahraditelných přípravků na počátek roku 2017, počet léků na něm umístěných na maximálně 70.

Kam od nás léky mizí?

Jak na konferenci uvedl Hynek Valerián ze společnosti IMS He-



Ilustrační foto: Shutterstock

alth, která spravuje evropské databáze farmaceutických společností, paralelní obchod s léky v posledních deseti letech výrazně narostl, ale nyní není patrné, že by současnou úroveň (asi 10 % importních trhů) měl nějak zásadně změnit. Dominujícím trhem paralelního obchodu z dovozního hlediska je dlouhodobě Německo, skandinávské země, Velká Británie a Holandsko. Z celkového obrátu lékového trhu tvoří v Evropě paralelní obchod asi 3 %.

Podle Hynka Valeriána se charakter léků, které jsou předmětem souběžného dovozu, změnil. „Jestliže se před deseti lety paralelní obchod soustředil na léky pro primární, ambulantní péči, nyní je atraktivnější sektor léků na specializovanou péči (včetně biologických léků). Ukazuje se, že jsou častěji distribuovány přes nemocniční distribuční kanály. Jak roste trh s biosimilars, roste i paralelní obchod s těmito přípravky,“ uvedl Hynek Valerián. Růst trhu a následně růst paralelního obchodu předpokládá i u biologických léků, které budou v budoucnosti představovat 93 % nárůst trhu.

Z importu těžší i národní systémy

Reakce jednotlivých evropských zemí na paralelní obchod vykreslil Michal Krejsta na postojích národních systémů veřejného pojištění k těmto přípravkům. Jak vysvětlil, národní systém může z paralelního obchodování, tedy konkrétně z paralelního importu, profitovat. Jde o situace, kdy se léky dostanou cestou správné distribuční praxe na lokální trh s takovou jednotkovou nákupní cenou, která umožní nevyužít jejich plnou úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění. „V celé řadě zemí, jako je například Holandsko, Norsko nebo Velká Británie,

jsou léčivé přípravky z importu preferovány a lékárny jsou přímou finančně motivovány při výdeji levnějších přípravků z paralelního obchodu. Ve Švédsku a Dánsku je navíc zavedena povinnost lékáren informovat pacienty o dostupnosti přípravků z importu. Reálným užitekem je pro pacienty nižší doplatek, než mají léčivé přípravky z lokální distribuce. Německo má dokonce stanovenou kvótu pro výdej přípravků z paralelního obchodu,“ uvedl Michal Krejsta.

Podíl kanálů přímé distribuce

Otázkou zůstává, jak efektivně dokáže systém hlášení dle nového zákona reexporty ovlivnit. Příklady jednotlivých členských států ukazují, že řada přístupů – například přímé zakázky vývozu desítek látek – selhávají. Možností, kterou v zajištění plynulých dodávek vidí jak distributoři, tak samotní výrobci, jsou tzv. *direct to pharmacy* (DTP) či *direct to hospital* (DTH) kanály. Jde o reakci výrobců, kteří chtěli sami kontrolovat paralelní obchod a pořídili si distribuční oprávnění – léky tak dodávají sami přímo do lékáren bez využití standardní distribuční sítě. ČR má jeden z nejrozsáhlejších DTP kanálů v Evropě (i proto, že ČR jako poslední v EU nemá dosud platnou legislativu, která by reexporty upravovala), nyní zahrnuje asi 285 přípravků a roční objem peněz loni činil 7 miliard korun včetně marže. Podle Michala Krejsty jsou DTP nebo DTH kanály za současného dodržení správné distribuční praxe jediným účinným opatřením proti reexportům. „Ve vysoce specializované péči, kde jde o urgentní medicaci nebo o život zachraňující péči, jsou v řadě momentů tyto formy distribuce naprosto nezbytné,“ uvedl Michal Krejsta.

Reexport x dodávky – TOP 15 LP dle financí 2015

Poř. Léčivý přípravek	Finance bez OP a DPH reexport	Finance bez OP a DPH dodávky do lékáren	% podíl reexportu
1 REMICADE 100 MG, IVN INF PLV CSL 1X100MG	171 540 143	606 346 899	22,05
2 VICTOZA 6 MG/ML, SDR INJ SOL 3X3ML	103 097 468	91 303 483	53,03
3 XARELTO 20 MG, POR TBL FLM 98X20MG	81 808 479	284 973 204	22,30
4 DUODART 0,5 MG/0,4 MG, POR CPS DUR 90	45 869 356	68 383 252	40,15
5 REMSIMA 100 MG, IVN INF PLV CSL 1X100MG	45 196 593	151 781 915	22,94
6 XARELTO 20 MG, POR TBL FLM 28X20MG	41 873 191	97 669 293	30,01
7 ALVESCO 160 INHALER, INH SOL PSS 60X160RG	40 451 934	33 185 807	54,93
8 XARELTO 15 MG, POR TBL FLM 98X15MG	36 784 106	47 122 216	43,84
9 DAXAS 500 MIKROGRAMŮ, POR TBL FLM 90X500RG	35 598 483	27 516 714	56,40
10 ISENTRESS 400 MG, POR TBL FLM 60X400MG	33 115 192	82 690 627	28,60
11 JANUVIA 100 MG, POR TBL FLM 28X100MG	32 003 416	86 287 771	27,05
12 XENICAL 120 MG, POR CPS DUR 84X120MG	31 989 932	17 418 252	64,75
13 MABTHERA 500 MG, IVN INF CNC SOL 1X50ML	31 622 339	610 628 500	4,92
14 JANUVIA 100 MG, POR TBL FLM 98X100MG	31 131 414	101 280 867	23,51
15 HUMIRA 40 MG, SDR INJ SOL 2X0.8MLX40MG I	27 097 043	686 400 880	3,80

A jako transparentní si DTP a DTH kanály pochvaluje i jeden ze čtyř největších distributorů u nás – Phoenix. „DTP je takový model přímé distribuce, který podporuje transparentní prostředí plynulého zásobování. Jde o jediný model, který úspěšně zabezpečuje dostatek produktů pro lékárny a pacienti a zjevně tak redukuje objem exportu. Vývoz produktu je v tomto režimu mož-

ný pouze porušením zákona na straně lékáren,“ uvedl na konferenci člen představenstva Phoenix Petr Dvořák.

Pro lékárny práce navíc

Právě lékárny ale z DTP kanálů nadšené nejsou. Jak uvedl prezident České lékárnické komory (ČLnK) Lubomír Chudoba, komora bude o zrušení DTP kanálů usilovat ihned poté, co

novela zákona o léčivech vejde v platnost.

„Nejvíce stížností na komoru přichází proto, že lékárna nemůže objednat lék. Komora udělá vše pro to, aby byl DTP maximálně eliminován. Možností by bylo hledat zvláštní způsob odměňování pro lékárny, protože voláním pro doobjednání stráví běžný lékárník spoustu času a k řadě léků se lékárny nedo-

stanou vůbec. V Anglii lékárníci odhadli shánění dostupných léků na osm hodin týdně,“ uvedl prezident Chudoba s tím, že musí být řešeny tzv. exkluzivní dodávky. „Nemůžeme dokázat selekci lékáren ani to, že distributor má několik úrovní skladů podle toho, který obchodní partner mu zavolá. Nechceme nikoliv obviňovat, ale chceme řešit principiální problém. Napří-

klad i to, že některé firmy mají v DTP zařazeny i přípravky, které se vůbec nereexportují,“ uvedl dále Lubomír Chudoba. V případech, kdy lékárna nebude mít léky k dispozici, přestože je bude mít distributor na skladě, chce komora lékárny podporovat právním servisem v soudních řízeních.

Petra Klusáková

Bezhlavý boj

Šéf lékařské komory vsadil na ekonomický dadaismus a hledá peníze jinde, než by měl.

Prezident ČLK Milan Kubek zase po čase vyrazí do boje. Podle všeho hledá (zatím spíše marně) v okresních sdruženích širší podporu pro protestní akce a současně zahájil mohutnou a poměrně úspěšnou mediální



Martin Čaban

lým letům prezident Kubek zapracoval na své argumentaci a je třeba říci, že zdaleka ne vždy to bylo ku prospěchu věci. Pojal totiž myšlenku, že „lidé v ČR jsou uměle udržováni v chudobě“ a jako lék navr-

huje přijetí eura a fakticky skokové dorování příjmové hladiny s Německem.

O malinko méně divokou, nicméně příbuznou vizi si hýčká šéf hlavní odborové centrály Středula, ale většinou ekonomů z podobných úvah vstávají vlasy hrůzou na hlavě. Skokový růst mezd, i kdyby bylo možné jej zařadit, totiž logicky vede k odpovídajícímu růstu nákladů práce, tedy zvýšení cen vstupů, a tedy nutně výraznému zvýšení cen zboží a současně k poklesu konkurenceschopnosti na nemilosrdném



Foto: Michael Tomáš

globalizovaném trhu. A to jsou jen ty zcela bezprostřední související průšvihy, ve druhé vlně jich číhá mnohem více. Je škoda, že se Milan Kubek vydal cestou ekonomického dadaismu, namísto aby lépe prostudoval tabulky, jimiž sám své argumenty podporuje.

Soukromé výdaje? Tabu!

Například onen oblíbený údaj, že Česko vydává na zdravotnictví „jen“ 7,1 procenta svého HDP, zatímco například Německo 11 procent. Při prvním pohledu na tento graf je patrné, že pokud by se tato čísla očistila od soukromých výdajů a srovnávala jen podíl těch veřejných, Česko se rázem ocitne zhruba na úrovni průměru zemí OECD nebo Spojených států amerických, rozhodně před Slovenskem a Rakouskem a jen o fous za Německem. Jestli tedy má Česko skutečně co dohánět, pak jsou to soukromé výdaje na zdravotnictví. Tohoto příznání se ale Kubek bojí jako čert kříže. Raději vymýšlí všemožné způsoby jak pumpnout erár včetně indexace a pravidelné valorizace plateb za státní pojištění. Možná se ve stopách svého předchůdce v zoru připravuje na politickou kariéru v ČSSD nebo možná jeho srdce doopravdy bije tak daleko vlevo, že jsou pro něj soukromé výdaje ve zdravotnictví tabu. Pak ale ať nesrovnává Česko s Německem, kde je podíl soukromých výdajů na celkových výdajích

na zdravotnictví proti tuzemsku více než dvojnásobný (stále hovoříme o podílu na HDP, tedy ukazatelé beroucím v potaz sílu ekonomiky).

Macešský postoj

Podle Kubka jsou důsledkem podfinancování odchody lékařů na Západ. Ale to je opět jen neúprosná ekonomická logika a ekonomicky racionální chování. Máme jednu ten pech, že sousedíme se dvěma zeměmi, které se řadí k nejbohatším na světě. Německá a rakouská mzdová konkurence je nezpochybnitelná a ČLK má jistě právo na ni upozorňovat a snažit se ji zmírnit. Měla by to ale dělat postupnými kroky a ne návrhy na šokovou léčbu s brutálními následky. Přechodné období by pak mělo vykrýt stejně racionální ekonomické chování lékařů ze země na východ od našich hranic, kteří hledají mzdovou výhodu v Česku. Z nepochopitelných důvodů se k nim ale Kubek staví macešsky a označuje je za riziko. Zbavuje se tak nástroje, který by mu v přetváření českého zdravotnictví mohl velmi pomoci.

Uměle chudý lid

Samozřejmě je z novu řeč o penězích. Podfinancování českého zdravotnictví je leitmotivem celého dlouhého Kubkova prezidentství a i ti z nás, kteří by jako hlavní téma profesní organizace viděli raději něco jiného, si dávno zvykli. Nicméně oproti minu-

Personální změny v resortu

• Náměstek Josef Vymazal rezignoval

Náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní péči Josef Vymazal (ANO) k 11. březnu rezignoval. Svůj krok vysvětlil zdravotními důvody, informovalo ministerstvo. Média však dávají jeho odchod do souvislosti s tendrem na leteckou záchrannou službu, kde měl na starost zadání posudku expertům dopravní fakulty ČVUT, na základě kterého pak chtělo ministerstvo tendr připravit. Předseda hnutí ANO a ministr financí Andrej Babiš ale tendr ve výši 3,2 miliardy korun napadl, protože jeho resort došel k jiným číslům. Andrej Babiš preferuje, aby leteckou záchrannou službu zajišťoval stát, takové řešení je schůdné i pro ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka.

Náměstek Vymazal působil na ministerstvu zdravotnictví 2 roky a podílel se na vzniku řady důležitých zákonů nebo center specializované péče. „Maximálně jsem se snažil posunout úroveň našeho zdravotnictví kupředu. Odcházím s pocitem dobře vykonané práce,“ shrnul. Podle služebního zákona bude na uvolněné místo vypsáno výběrové řízení.

• Ředitel VZP odvolal náměstkyni a hlavního analytika

Na základě výsledků externího forenzního auditu IT zakázek skončili ve funkcích náměstkyně pro ekonomický úsek Markéta Slávková a hlavní analytik Tomáš Červinka, jehož pozice byla zrušena. Audit nepotvrdil žádné porušení zákona, ale jednoznačně a nadevší pochybnost

nevývrátil potenciální možnost střetu zájmů.

Už loni v říjnu odvolal ředitel VZP Zdeněk Kabátek tři manažery IT v reakci na zprávu, že firma Hewlett-Packard jim platila zájezdy do rakouských Alp. Letos v lednu odstavil od rozhodování pět zaměstnanců poté, co interní kontrola pochybnosti o jejich možném střetu zájmů prokazatelně nevyvrátila. Od roku 2008 do současnosti získal Hewlett-Packard od VZP zakázky za zhruba 3 miliardy korun. Většina z nich byla uzavřena bez otevřené soutěže, formou takzvaného jednacího řízení bez uveřejnění. Ředitel Kabátek dal provést mimořádný audit IT zakázek od roku 2006. Zdeněk Kabátek se stal ředitelem VZP v prosinci 2012. Pochyb-

nosti týkající se případného střetu zájmů některých zaměstnanců VZP spadají prakticky výhradně do období před jeho nástupem.

• Vrchlabská nemocnice nebude mít ředitele

Bývalý senátor Vladimír Dryml skončil v pozici ředitele soukromé Česko-německé horské nemocnice Vrchlabí na Trutnovsku. Jak Vladimír Dryml řekl, byl jednatelem nemocnice propuštěn z organizačních důvodů. Jednatel nemocnice Jaroslav Fiala uvedl, že z organizačních důvodů byla zrušena ve vrchlabské nemocnici funkce ředitele a zařazení bude z pozice jednatele řídit on sám. „Úspěch se v České republice neodpouští,“ komentoval své propuště-

ní bývalý ředitel Dryml, který stál v čele nemocnice od ledna 2008. Předtím již jednou po šestiletém působení z vrchlabské nemocnice odešel. Kde bude působit dál, Vladimír Dryml zatím nesdělil. V pozici ředitele vrchlabské nemocnice opakovaně bojoval se zdravotními pojišťovkami. Tvrdil také, že soukromá zdravotnická zařízení jsou diskriminována, protože veřejná zařízení dostávají od kraje víc peněz. Jeho stížnosti k Evropské komisi ale úřad nevyhověl, protože podle evropských pravidel není financování krajských nemocnic z veřejných zdrojů státní podporou. V roce 2006 Vladimír Dryml působil jako náměstek tehdejšího ministra zdravotnictví Davida Ratha.

(ČTK, klu)

Z DOMOVA

Krize: ČLK hrozí, že lékaři začnou dodržovat zákon

Česká lékařská komora (ČLK) počátkem března upozornila předsedu vlády Bohuslava Sobotku, že není schopna plnit úlohu garanta kvality lékařské péče ani strážce etiky výkonu zdravotnického povolání. Na vině je podle ČLK nedostatek peněz, lékařů i ostatních zdravotníků a také porušování platných zákonů.

„Základním úkolem zdravotnictví je zajišťování dostupnosti kvalitní a bezpečné zdravotní péče pro každého, kdo ji potřebuje, bez ohledu na jeho sociální situaci, a to v potřebném čase a místě. Navzdory obětavé práci tisíců lékařů a sester již české zdravotnictví není schopno tento úkol plnit a česká medicína začíná ztrácet svoji dosud oceňovanou kvalitu a pověst,“ uvedl prezident ČLK Milan Kubek v dopise premiérovi a upozornil jej, že v první polovině funkčního období vlády nebyly splněny hlavní úkoly vyplývající pro zdravotnictví z jejího programového prohlášení.

Delegát sjezdu lékařské komory vyslovili zásadní nespokojenost s prací ministerstva zdravotnictví, zejména s pomalou

tvorbou nezbytných právních norem. Komora sice kladně hodnotí mírnou valorizaci plateb za státní pojištění a drobné zvýšení platů zdravotníků i ceny jejich práce v Seznamu výkonů, podle ČLK je to však málo. Chybou je podle prezidenta Kubka chronické podfinancování zdravotnictví. Jak zdůraznil, výdaje na zdravotnictví patří v ČR mezi nejnižší v rámci EU nejenom v absolutních částkách na jednoho obyvatele, ale i při zohlednění tzv. parity kupní síly nebo vyjádřeném procentem HDP (7,1%).

Nedostatek lékařů

Prezident Kubek uvedl, že ruku v ruce s podfinancováním jde nedostatek zdravotníků. Na lékařských fakultách sice v obo-

ru všeobecné lékařství promuje každoročně cca 1000 lékařů, avšak 200 z nich odchází do zahraničí, aniž by vůbec začalo v ČR pracovat.

„Počty promujících lékařů v ČR jsou v posledních letech stabilní. Výuka na našich lékařských fakultách je natolik kvalitní, že se naši absolventi snadno uplatní kdekoli ve světě. A při výši platů mladých lékařů se nelze divit, že takovou příležitost vyhledávají. Ačkoli nemáme úplně přesná čísla o tom, kolik absolventů lékařských fakult odchází po promoci do zahraničí, je pravděpodobné, že jejich počet bude mezi 10 a 20 procenty. V řadě případů se jedná o studenty, kteří k nám ze zahraničí, zejména ze Slovenska, přišli studovat,“ uvedl pro naši redakci děkan 1. lékařské fakulty Univer-

zity Karlovy prof. Aleksi Šedo. Jak dodal, fakulta nemá údaje o tom, kolik mladých lékařů se vrátí poté, co v zahraničí získají odborné zkušenosti.

Významným problémem vzdělávacího systému je podle děkana Šeda trvale klesající tendence státní dotace na studenta lékařství, kterou fakulty po několika přerozděleních opravdu získávají. „Je obtížné zvyšovat kapacitu a provoz výukových pracovišť, kde se vedle klinických pracovišť jedná o náročně vybavené laboratoře či pitevny. Náročné je však zejména získávat kvalitní odborníky – učitele. Jen pro ilustraci, plat docenta a v řadě případů ani profesora na lékařské fakultě zdaleka nedosahuje průměrného platu lékaře v resortu zdravotnictví,“ upozornil na pod-



Milan Kubek | Foto: Michael Tomeš

hodnocení vysokoškolských pedagogů Aleksi Šedo.

Personální devastace

Vedle absolventů ale každým rokem odchází asi 200 lékařů, kteří již praxi mají. Podle dat ČLK nyní v Německu pracuje 940 českých lékařů, v Rakousku 106, ve Velké Británii dokonce 1260 českých lékařů. Oproti tomu česká zdravotnická zařízení zaměstnávají celkem 2557 lékařů cizí státní příslušnosti.

„Řada regionálních nemocnic je v současnosti personálně zdevastovaná, zavírají se klíčová oddělení, například okresní interny nebo pediatrie,“ uvedl Milan Kubek. Vedoucí lékařka neonatologického oddělení nemocnice Jablonec nad Nisou a členka představenstva ČLK Ivana Vraná slova

Krátce z regionů

• Novým ředitelem břeclavské nemocnice je Jiří Jurník

Rada Jihomoravského kraje schválila do funkce ředitele krajské příspěvkové organizace Nemocnice Břeclav Jiřího Jurníka. „Radní rozhodli jednomyslně. Berte to jako silný mandát pro výkon své funkce. Břeclav si zaslouží dobrého manažera, včetně manažera krizového, a já věřím, že situaci v nemocnici stabilizujete a ve spolupráci se zřizovatelem bude Nemocnice Břeclav standardně fungovat,“ uvedl hejtman Michal Hašek ve svém prohlášení. Jiří Jurník byl jmenován poté, co rezignovala bývalá ředitelka Janka Bambasová.

• Audit Městské nemocnice Ostrava potvrdil závažná pochybení, město hledá nového ředitele

Nemocnice podle závěrů auditu dlouhodobě porušovala zákon o veřejných zakázkách. Audit za období 2011–2014 nechal provést vedení města poté, co odhalilo několik předchozích pochybení. V tomto období nemocnici vedl převážně Tomáš Nyk, který ve funkci skončil v květnu 2014. Nemocnice například nakoupila léky a zdravotnickou techniku za téměř 700 milionů korun bez výběro-

vého řízení. Problémy audit odhalil také při odměňování managementu nemocnice či v evidenci zakázek. Závěry auditu město předalo policii. Současné dočasné vedení nemocnice se od výsledků auditu distancovalo s tím, že jde o období, za které stávající management nenese odpovědnost. Rada města Ostravy na webových stránkách informovala o vyhlášení výběrového řízení na nového ředitele nemocnice. Zájemci mohou posílat přihlášky do 25. března. Předpokládaný termín nástupu do funkce je 1. května.

• Pacienti v Královéhradeckém kraji mají svého ombudsmana

Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje zavedl pro své nemocnice funkci veřejného ochránce práv pacientů. Ombudsmanem se stal Libor Seneta, náměstek ředitele Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje, uvedla PR manažerka holdingu Veronika Svobodová. „Ombudsman bude řešit podněty pacientů či jejich blízkých a jeho závěry budou pro naše nemocnice cennou zpětnou vazbou,“ uvedla v tiskové zprávě krajská radnice pro zdravotnictví Jana Třešňáko-

vá. Ombudsman bude také pacienty informovat o jejich právech. Libor Seneta má kromě dvacetileté praxe i zkušenost s řešením stížností pacientů a přehled v lékařském právu. V některých nemocnicích kraje budou i nadále působit nemocniční ombudsmani. Holdingový ombudsman bude jejich počet doplňovat.

• Hejtman Hašek bude vyjednávat kvůli letecké záchrance

Rozhodnutím vlády ČR dojde od začátku roku 2017 ke změně provozovatele letecké záchranné služby v Jihomoravském kraji. Záchranku bude nově zajišťovat stát, resp. policie. Hejtman Michal Hašek chce jednat s ministry zdravotnictví a vnitra i policejním prezidentem o podmínkách provozu. „Znamená to čtyřia dvacetihodinovou možnost zásahu letecké záchranné služby včetně nočních letů, a to nejen transportních. Budeme muset prověřit podle typů vrtulníků, které by stát nasadil na jižní Moravě, jestli vyhovují heliporty v nemocnicích. Jde též o komunikační techniku, musí se vyjasnit otázka spolupráce mezi leteckou složkou a záchranáři, jestli bude potřeba týmů záchranné služby, ne-

bo zda to budou například lékaři ze Zdravotní služby ministerstva vnitra a podobně. To vše jsou otázky, které přineslo rozhodnutí vlády, a já se budu snažit, abychom na ně znali odpověď co nejdříve,“ uvedl Michal Hašek ve svém prohlášení. Hejtman také bude chtít ujistění o tom, že toto rozhodnutí neomezí možnost přeshraniční spolupráce s Rakouskem.

• Nemocnice Pardubického kraje nevykazují ztrátu

Nemocnice provozované Pardubickým krajem zatím odhadem vykazují za loňský rok hospodaření na nule, případně v mírném zisku. Zdravotnická zařízení přitom nedostala od hejtmantství žádné mimořádné příspěvky. Nemocnice se také zbavily závazků po lhůtě splatnosti. Kraj svým nemocnicím stále poskytuje vyrovnávací platby a pomáhá jim také tím, že odpouští nájemné některých budov a přispívá na činnost záchranné stanice a pohotovosti. Kraj v posledních letech spojil pět svých nemocnic, v Pardubicích, Chrudimí, Litomyšli, Svitavách a Ústí nad Orlicí, ve fúzi a navýšil kapitál nemocnic o 250 milionů.

• FN Plzeň znovu boduje u pacientů

Fakultní nemocnice Plzeň znovu zvýšila procento spokojených pacientů v rámci výzkumu projektu Kvalita očima pacientů (KOP) na lůžkových odděleních. Souhrnná spokojenost dosáhla 84 %. Nemocnice se projektu účastní už deset let. „Díky tomuto pravidelnému sledování spokojenosti získáváme důležitou zpětnou vazbu. Velmi si vážíme toho, že jsou pacienti se službami a péčí naší nemocnice spokojeni, a všichni naši zaměstnanci dělají maximum pro to, aby tento trend pokračoval i nadále,“ uvedl v tiskové zprávě ředitel nemocnice Václav Šimánek. Vyplněné dotazníky odevdalo během čtyř týdnů celkem 2413 pacientů, kteří strávili v nemocnici alespoň dva dny. V době, kdy šetření probíhalo, bylo v nemocnici hospitalizováno celkem 3521 pacientů. Po očištění o tzv. nezařazené pacienty dosáhla návratnost dotazníků 76 %. Nejvíce pacienti oceňují „zapojení rodiny“, kde výsledek dosáhl 94,4 % a „propuštění a pokračování péče“, s nímž je spokojeno 90,9 % pacientů.

Návrhy a požadavky ČLK:

1. Pravidelná valorizace platby za státní pojištění, která by postupně měla dosáhnout výše jedné poloviny odvodu za zaměstnance s průměrnou mzdou (požadavkem je také spravedlivá platba dle příjmů a zavedení tzv. zdravotní daně na tabák a na alkohol).
2. Právo pacienta na svobodnou, zdravotními pojišťovnami neomezovanou, volbu lékaře a poskytovatele zdravotních služeb (spravedlnost v úhradách zdravotních služeb, mají zajistit reálné ceny v Seznamu zdravotních výkonů a postupná valorizace ceny lidské práce o 10 % každý rok, požadavek, aby zdravotní pojišťovny platily za stejné výkony všem poskytovatelům zdravotních služeb stejně).
3. Zvyšování platů lékařů a ostatních zdravotníků minimálně o 10 % každý rok a novelou zákoníku práce sjednocení způsobu odměňování zaměstnanců všech nemocnic a léčeben, podle státních tarifních tabulek.
4. Zjednodušení specializačního vzdělávání lékařů se zvýšením jeho intenzity a kvality, snížení počtu specializačních oborů, zkrácení délky specializační přípravy, a to i v regionálních nemocnicích, zvýšení finanční podpory ze strany státu.
5. Novela zákona o zdravotních službách, kde by ČLK dostala právo kontrolovat personální zajištění lékařských zdravotních služeb a ukládat poskytovatelům zdravotních služeb závazná opatření k nápravě zjištěných nedostatků (jde o základ zajištění kvality zdravotních služeb a tím i bezpečnosti pacientů).

(Zdroj: ČLK)

prezidenta Kubka potvrdila. „Nedostatek personálu v nemocnicích Libereckého kraje a postupné uzavírání oddělení se datuje od roku 2010. Například v nemocnici Turnov zaniklo nejprve dětské, pak porodnické a gynekologické oddělení. V nemocnici Tanvald bylo zrušeno chirurgické oddělení, do krize se nyní dostávají nemocnice v Semilech (ukončen provoz interního oddělení) a ve Frýdlantu (skončilo oddělení a poté i ambulance interny),“ zveřejnila konkrétní dopady nedostatku personálu Ivana Vraná. Členka představenstva ČLK a lékařka záchranné služby Dita Mlynářová dodala, že lékaři se často vzdávají přidání na platu ve prospěch platu svých sester, aby měli s kým pracovat.

Nedodržování zákoníku práce

Primář rehabilitačního oddělení Stodské nemocnice Jiří Wicherek uvedl, že nemocnice v ČR hledají v tuto chvíli přes 800 lékařů, další stovku samotné hlavní město Praha. „Mezi lékaři už zcela otevřeně padají návrhy, že když jsme neuspěli se všemi dosavadními protesty, je na místě zahájit protest formou dodržování zákonů a vyhlášek. V takovém případě by se do týdne české zdravotnictví zhroutilo,“ uvedl primář Wicherek. Zákoník práce říká, že každý zaměstnanec je povinen odpracovat maximálně 150 přesčasových hodin ročně. Každý lékař, který absolvuje noční službu, je také povinen odejít z práce domů. Tyto zákonné podmínky jsou dle

slov Milana Kubka v nemocnicích systematicky porušovány. Pokud se lékařské odbory rozhodnou vyzvat lékaře k tomu, aby zákony striktně dodržovali, komora je podpoří. Pokud tak samy neučiní, bude ČLK zvažovat, že lékaře k takovému jednání vyzve ona.

MZ chce valorizace, MF je odmítá

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček sdělil, že požadavkům zdravotníků rozumí. K postoji ČLK uvedl, že nyní připravuje novelu, která by pravidelně valorizovala příspěvky za státní pojištění. „Touto valorizací chceme do budoucna zajistit zhruba třímiliardový přísun každý rok do rozpočtu zdravotnictví, aby se mohlo kontinuálně a pravidelně předvídatelně rozvíjet,“ řekl novinářům náměstek MZ pro zdravotní pojištění Tom Philipp. Jak ale dodal ministr Němeček, návrh novely stále rozporují zástupci ministerstva financí. Pokud by se rozpory s ministerstvem financí nepodařilo odstranit, řešením by bylo připravit do poloviny roku nařízení vlády s jednorázovou valorizací, která by zajistila asi sedm miliard korun. Podle Svatopluka Němečka je ještě předmětem diskuse, zda před zavedením pravidelného mechanismu nenavýšit platby za období, kdy stát poplatky nevalorizoval. Souhrnem by se jednalo o 7 miliard korun. Tedy stejnou částku, kterou v případě neúspěchu novely ve vládě bude ministr Němeček požadovat formou zmíněného nařízení vlády.

Co zvládne vláda za dva roky

Prezident Kubek vyzval k zodpovědnosti za resort nejen ministra zdravotnictví, ale celou vládu. Podle něj uplynulé dva roky ukázaly, že řešení léta se vršících problémů „je zřejmě nad možnosti samotného ministra zdravotnictví“. Proto se ČLK obrátila i na předsedu vlády Bohuslava Sobotku. Komora vládu oslovila s návrhem plánu „na záchranu českého zdravotnictví“, který by obsahoval opatření realizovatelná ještě do konce jejího funkčního období. Premiér Sobotka v rozhovoru s prezidentem Kubkem slíbil, že se bude situací ve zdravotnictví osobně zabývat. „Vnímám potřebu navýšení finančních prostředků do zdravotnictví. Myslím si, že to je důležitá podpora pro ministra zdravotnictví, který bude v příštích týdnech a měsících jednat o dalším zvýšení příspěvků státu za státní pojištění,“ řekl Bohuslav Sobotka médiím. Upozornil, že mzdová konkurence z Německa a Rakouska je velmi silná a vláda na to musí reagovat. „Bez navýšení prostředků do systému plateb a bez dalšího navýšení platů pro lékaře a sestry to podle mého názoru nepůjde,“ dodal. Komora pro srovnání zveřejnila

Inzerce M161000225

nástupní platy v univerzitních nemocnicích v Německu (4200 euro) oproti platu absolventů v českých univerzitních nemocnicích (23 tisíc korun, tj. 835 euro).

K protestu připraveni i specialisté

Protesty hrozí také Sdružení ambulantních specialistů (SAS), které upozornilo ministra zdravotnictví Němečka, že většině ambulantních specialistů nestoupnou příjmy za vykázanou léčbu, přestože v seznamu výkonů se od ledna navýšila cena jejich práce o 10 procent. „Stále více ambulantních specialistů registruje, že změny v seznamu výkonů platné od 1. ledna 2016, zejména desetiprocentní navýšení hodnoty práce a pozitivní posuny v bodových hodnotách výkonů, neznamenají kvůli limitům úhradové vyhlášky pro valnou většinu zařízení odpovídající nárůst tržeb,“ uvedl předseda SAS Zorjan Jojko. Lékaři podle něj vidí narůstající rozdíl mezi svými výkazy práce a předběžnými platbami od zdravotních pojišťoven, vnímají dopady nízké úrovně úhradových limitů. „Každým dnem narůstá počet těch, kteří se při vědomí stagnace nebo jen velmi mírného nárůstu příjmů v posledních

Z DOMOVA



Bohuslav Sobotka

Foto: Tomáš Novák / Euro

několika letech cítí podvedení mediální kampaní, jež se v době přípravy změn seznamu výkonů v září a říjnu 2015 odehrála,“ dodal předseda Jojko.

K výzvě ČLK se připojila také Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN). „Personální devastace nemocnic již dosáhla takového stupně, že vyžaduje zásadní řešení. Jen okamžité kroky ústavních orgánů, ukazující rozhodnou vůli státu situaci řešit, mohou zlomit rostoucí nedůvěru zdravotníků k perspektivě zdravotnictví a zastavit jejich odchody,“ řekl předseda AČMN Eduard Sohlich.

Petra Klusáková

ČAS: TO JE JEDINÁ MINUTA, O KTEROU SE NESMÍŠ OPOZDIT.

GO! Life Science: to je mezinárodní přeprava zásilek, které vyžadují stálou teplotu během přepravy. Zajistíme bezpečnou a rychlou přepravu vašich biologických, genetických nebo lékových vzorků. Disponujeme certifikací k přepravě GMO, ADR, širokým spektrem obalového materiálu a především mnohaletou zkušeností s přepravami v oboru life science.



800 311 000
go-kurýr.cz

ČAS
JE
VŠE
GO!
EXPRESS & LOGISTICS

Z DOMOVA

Úhrady centrové péče letí vzhůru, pomohou biosimilars?

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) letos vydá na centrovou léčbu přes 8 miliard korun. Historicky je to nejvíc, co kdy v této oblasti vynaložila. Částečnou stabilizaci financování center si pojišťovna slibuje od biosimilars a připravuje pro jejich výrobce nové mechanismy slev.

Centrovou péči má VZP zvláštní smlouvou uzavřenu s 58 poskytovateli pro 55 diagnóz těch nejzávažnějších chronických onemocnění včetně onkologických, roztroušené sklerózy, metabolických vad, revmatologických nemocí nebo Crohnovy choroby. Léčba je zajištěna 162 přípravky a 145 molekulami. „Devadesát procent z nich tvoří biologické léky, tedy léky se zvláštní smlouvou se zdravotní pojišťovnou. Jedná se o velmi drahá léčiva, u nichž náklad na jednoho pacienta přesáhne minimálně 100 tisíc korun za rok, ale náklady na terapie jdou i do desítek milionů,“ uvedl náměstek ředitele VZP pro zdravotní péči Petr Honěk. Polovina rozpočtu nákladů (4,7 miliardy korun za rok 2014) na centra směřuje do onkologické

léčby (se započtením hematologické). Zdravotnická zařízení centrové péče by měla být o výši svých rozpočtů zpravena do konce března. Už nyní ale VZP uvedla, že náklady pro centra navýší o 10 %, celkem půjde na tuto péči o 8,5 miliardy korun.

Letos 28 nových léků

„Z počtu klientů VZP na straně jedné a ostatních pojišťoven na straně druhé vyplývá, že kdyby ostatní chtěly zajistit pro své pojištěnce srovnatelné služby, musely by na centrovou péči uvolnit dohromady kolem 6 miliard. Ve skutečnosti ale loni daly 4,8 miliardy. A o rok dříve ještě o 12 procent méně,“ uvedl mluvčí VZP Oldřich Tichý. Evidenčním systémem VZP (evidenční nákladných pojištěnců, ENP) prošlo od jeho založení v ro-

ce 2006 celkem 81 tisíc pojištěnců. Nyní pojišťovna eviduje 26 tisíc pacientů. Meziroční nárůst nákladů centrové péče mezi lety 2014 a 2015 dosáhl 3 %, se započítáním snížení DPH na léky, ale segment narostl o 8 %. Meziroční nárůst klientů je o 11 %. Náměstek Honěk také vypočetl, že jen za rok 2015 začala VZP hradit 28 nových léků, respektive rozšíření stávajících indikačních omezení, a řada z nich tak může být nasazena v dřívějších stádiích nemoci. Jde o přípravky k léčbě v hematologické, roztroušené skleróze, nádorů prsu a plíc a o antivirotika.

Pomůže vstup biosimilars

Pojišťovna očekává, že po letošním roce, který bude z hlediska nákladů nejnáročnějším, finan-

cování centrové péče do budoucna částečně stabilizuje stále mocnější příchod biosimilars. Růst už by poté neměl být tak prudký (jako například letos o 10 %) a měl by za stejných nákladů znamenat péči pro více pacientů.

„Počáteční ostražitost u biosimilars postupně vyprchává, lékaři si léky osahali a zjistili, že co do účinnosti a bezpečnosti jsou naprosto srovnatelné s originály, takže je volí stále častěji. Trend je jednoznačný. Za rok 2015 evidujeme zhruba 350 pacientů na biosimilární léčbě a očekáváme úsporu pro zdravotnická zařízení i pro pojišťovnu,“ uvedl Petr Honěk.

Cesta rozvolnění úhrady

Biosimilární přípravky podle něj významně zlevní například léčbu některých revmatologických one-

mocnění tím, že zde dojde k rozvolnění kritérií pro nasazení pacientů do léčby dřívějších stadií onemocnění. Jak pojišťovna dosáhne slev? Záměrem je tlak na snížení ceny biosimilars oproti stanovené úhradě. „Existuje možnost jak cenu snížit. Pravděpodobně si budeme moci stanovit lepší finanční podmínky oproti stanovené úhradě ze strany Státního ústavu pro kontrolu léčiv,“ uvedl náměstek Honěk s tím, že výzva pojišťovny pro firmy, aby nabídly nižší ceny, už byla vyhlášena. Bližší mechanismus připravovaných dohod zatím nezveřejnil. Naznačil ale, že VZP bude o vyjednané slevě léku informovat centrová zdravotnická zařízení, která tento fakt budou moci dobrovolně zohlednit ve své preskripční politice. Úspory předpověděl Petr Honěk na desítky milionů korun, které chce pojišťovna vrátit zpět do péče, částečně do stejných indikací, kde bude zlevněný lék používán. Jak náměstek Honěk podotkl, slevy biosimilars ale nebude možné vztáhnout na ostatní pojišťovny, respektive systém veřejného zdravotního pojištění tak, jako to doposud fungovalo u pozitivních listů VZP. (klu)

Největší lékárenská síť sází na OTC

Česká lékárna holding (ČLH), která provozuje lékárenskou síť Dr. Max, rozšíří letos svou síť o dalších 25 poboček, jejich počet by se tak mohl dostat na 400. Již v prvním pololetí bude síť ve středoevropském regionu (ČR, Slovensko a Polsko) poskytovat lékárenskou péči celkem na 1000 pobočkách.

V loňském roce otevřel Dr. Max 17 nových lékáren a dalších 9 získal akvizicí. Řetězec také lékárny zavíral, z 11 jich 7 ukončilo provoz v rámci prodejen Tesco. „Potvrzuje se naše teorie, že nelze držet lékárnu na jednom místě nepřetržitě, protože lidé mění svoje chování v pohybu uvnitř měst. Lékárny v Tesco se neuchytily a my se tomu snažíme přizpůsobovat,“ uvedl generální ředitel ČLH Daniel Horák o počátku neefektivního konceptu.

Celkový pokles počtu lékáren, který ČR zažívá prvně po čtyřech letech, přičítá ředitel Horák erozi cen léků a pouze částečné kompenzaci regulačního poplatku signálním kódem ve výši 12 korun.

V letošním roce ale už i lékárníci ovlivní dohodovací řízení o úhradách a regulacích pro rok 2017, které bylo zahájeno počátkem února. Přes původní odmítnutí účastníků dohodovacího řízení byl 9. února vytvořen segment lékárníků, kteří se nyní budou mo-

ci plnohodnotně zúčastnit řízení a vyjednávat o úhradách z veřejného zdravotního pojištění.

Růst v OTC

Kompenzaci negativních vlivů, jako je tlak na snižování ceny léků, a tím i marží pro lékárny, nebo již zmíněné nízké úrovně signálního výkonu, vidí lékárenská síť ve volně prodejných přípravcích (OTC). „Naší budoucností jsou OTC, v současnosti tvoří asi 35 procent našich příjmů. Jde o neregulovanou část segmentu, kterou může lékárna – na rozdíl od léků na předpis – významněji ovlivňovat,“ uvedl Daniel Horák s tím, že zatímco celkově český trh s OTC narostl vloni o 6 %, u Dr. Max šlo o více než 20% nárůst. Mírný nárůst v jednotkách procent zaznamenal Dr. Max ale i u léků na předpis (Rx). Výše celkových tržeb za loňský rok ještě není k dispozici, ředitel Horák oproti roku 2014 (12 miliard) odhaduje jejich nárůst o jednu miliardu korun. Úspěch zaznamenala síť u klientského programu, do

něhož jsou v současnosti zařazeny 2 miliony pacientů.

V souvislosti s e-shopem, který Dr. Max provozuje, Daniel Horák zdůraznil, že lékárenská síť je odpůrcem vydávání léků na předpis prostřednictvím on-line objednávek. Rizika jsou zřejmá – otevření cesty padělkům, menší kontakt pacienta s lékárníkem. Falešným argumentem je podle něj také odlehlost malých obcí.

Distribuční praxi zajišťuje pro Dr. Max sesterská společnost ViaPharma, u níž je lékárenská síť největším odběratelem. V této souvislosti Daniel Horák uvedl, že reexporty, kterým se ViaPharma okrajově věnuje, nejsou pro Dr. Max prioritou a nezabývá se jimi. Jak dodal, role ViaPharma v celkovém srovnání českých distributorů, kteří se reexportu věnují, klesá.

Vlastní výroba

Privátní značka, pod níž lékárenská síť vyrábí vlastní léčiva, se zpočátku soustředila na po-

travinové doplňky, kde je situace jednodušší než u OTC registrovaných Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL). Pod značkou, která nyní čítá 250 přípravků, se po registraci ibuprofenu a paracetamolu nyní zavádí například xylometazolin (dekongestivní nosní kapky na rýmu), na Slovensku a v Polsku například cetirizin (antihistaminikum na alergické reakce), nebo sildenafil (inhibitor fosfodiesterázy na poruchy erekce). V současnosti tvoří privátní značka 15 % všech prodaných OTC Dr. Max.

Centrální laboratoř v Nučicích, která se věnuje individuální přípravě léčivých přípravků, se rozvíjí a Dr. Max otevře i menší laboratoř v Brně. Vyrábí zde dvě třetiny produkce pro vlastní lékárny, zbytek přípravků je pro nezávislé lékárny, oční kliniky i nemocnice.

Nedostatek lékárenských profesí

Lékařský řetězec naráží také na regionální nedostatek léká-

rníků. Ředitel Horák to přisuzuje rozložení farmaceutických fakult (v Brně a Hradci Králové), ale i absolventům – ty tvoří z velké části ženy, jež kvůli rodině méně migrují za prací a zůstávají v okolí místa svého studia. Obecně tak mají problém sehnat lékárníka v severních, západních a jižních Čechách.

Dr. Max uvažuje i o celospolečenské propagaci povolání farmaceutického asistenta, o němž toho veřejnost moc neví, protože lékárna je spojována spíše s lékárníkem. „V současnosti musí být farmaceutický asistent dle zákona absolventem vyšší odborné školy (VOŠ), tedy tříletého maturitního studia. Pokud hovoříme s rodiči těchto studentů, preferují, aby primárně studovali na vysoké škole, VOŠ je až další možností poté, co se nedostanou na bakalářské studium. Přitom VOŠ je jedna z nejtěžších škol, řádově přijímá 150 studentů, absoluuje pouze 15 až 20 z nich,“ uvedl Daniel Horák. Jak dodal, motivací ke studiu oboru by mohla být informace, že v oboru farmaceutický asistent existuje 100% jistota zaměstnání a všichni studenti v posledním ročníku už vědí, kam nastoupí. Takových oborů není mnoho. (klu)



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.

Úhrada zdravotnické přepravy speciálních přípravků

V minulé Poradně jsme se věnovali tomu, jak by měla vypadat správná indikace ze strany lékařů při přepravě pacientů v režimu tzv. neodkladné péče. Dnes bychom chtěli navázat a poradit vám, jak správně postupovat při indikaci a vykazování přepravy transfuzních a speciálních léčivých přípravků, tkání, buněk a orgánů k transplantaci a při indikaci a vykazování přepravy zdravotnického pracovníka k nezbytnému výkonu.

Podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, platí, že: „Vyžaduje-li to nezbytně zdravotní stav pojištěnce a je-li bezprostředně ohrožen jeho život, hradí zdravotní pojišťovna na území České republiky přepravu transfuzních přípravků, speciálních léčivých přípravků, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, jakož i přepravu lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu.“

Taková péče je vykazována smluvním zdravotním pracovištěm pod číslem (kódem) výkonu „60“ nebo „61“ (hodnota je 31,74 bodu na 1 kilometr).

Pravidla pro indikaci a úhradu výkonu přepravy s kódem 60 (61)

Rozhodujícím faktorem pro relevantní indikaci a oprávněnou úhradu dané přepravy je **zdravotní stav pacienta** (příjemce péče), resp. takový stav, kdy jsou bezprostředně ohroženy jeho životní funkce a přeprava musí být provedena bezodkladně, tedy co nejrychleji. Přepravu tkání, buněk a orgánů k transplantaci hradí vždy zdravotní pojišťovna příjemce.

Je třeba zdůraznit, že samotná potřeba neodkladnosti a rychlého převozu materiálu z dů-



MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová, MBA, ředitelka Odboru kontroly a revize zdravotní péče

vodů organizačních či technicko-praktických není důvodem k indikaci a k úhradě výkonu s kódem 60 (61).

Úhrada přepravy odebraných tkání, buněk a orgánů, které nesplňují podmínku bezprostředního ohrožení zdraví příjemce, je zahrnuta v režijních nákladech výkonů příslušného poskytovatele zdravotních služeb (PZS).

- Pro indikaci i přepravu (vykázání a úhradu) pak platí, že přeprava v kódu 60 (61) je indikována a vykazována na dokladu **VZP-34 – Příkaz ke zdravotnímu transportu**
- na dokladu musí být vždy uvedena přesná specifikace převáženého materiálu a jeho množství.

Chyby v indikaci a při vykazování kódu 60 (61)

- Na dokladu 34 chybí specifikace přepravy, ze které vyplývá naplnění účelu kódu výkonů.
- Pod kódem přepravy s číslem 60 (61) je neodůvodněně indikována a neoprávněně k úhradě vykázána přeprava
 - a) krevních vzorků (např. k HLA typizaci)
 - b) bioptických vzorků
 - c) tkání k plánovaným operacím
 - d) přeprava tkání, které nebyly z objektivních důvodů transplantovány, zpět do tkáňové banky apod.

VZP ČR má zájem i povinnost zajistit svým pojištěncům veškeré odůvodněné a účelně indikované a správně vykázané zdravotní služby. Úhrada je však podmíněna tím, že budou respektována pravidla pro indikaci a vykazování, resp. pro legitimní úhradu, stanovená platnými právními předpisy a smlouvou o poskytování a úhradě zdravotních služeb.

VZP letos navýší úhrady pro všechny segmenty a za péči o své klienty zaplatí o **5,9 miliardy** korun více než loni.

S námi máte jistotu!



ROZHOVOR

Je lepší zůstat dlouho zdravý než být sebelépe léčen

Nejen o filosofii Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra České republiky (ZPMV) hovoříme s jejím generálním ředitelem **MUDr. Davidem Kostkou, MBA.**

ZPMV je největší ze zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a druhá největší zdravotní pojišťovna v ČR. Jak její činnost ovlivňuje současný systém českého zdravotnictví a jak naopak systém ovlivňuje pojišťovnu?

Pokud mohu říci, co bychom uvítali a co by systému a především pacientům skutečně prospělo, pak je to více volnosti pro pojišťovny ve smluvních a úhradových ujednáních. Ve veřejnosti se kvůli médiím uhněděl nepochopitelný rovnostářský názor, že pojišťovny by měly platit všem stejně, že jedině tak dosáhneme spravedlivého rozdělení peněz určených na léčbu pacientů. Skoro mi to přijde jako záměrné matení veřejnosti. Takto zjednodušovat zrovna v medicíně, kde je každý případ individuální, stejná terapie se vyvíjí pokaždé jinak, každý organismus reaguje jinak, může být až nebezpečné. Navíc, i každá nemocnice je samostatný systém, který nelze jednoduše „unifikovat“. Proto opakují – dejte pojišťovnám více smluvní a úhradové volnosti, podpořte tak konkurenceschopnost a zjistíte, že lze léčit lidi kvalitně, a přitom efektivně.

Ve zdravotním pojišťovnictví se pohybuje od konce 90. let.

Je nějaký zásadní rozdíl v postavení ZPMV na počátku 90. let a dnes?

ZPMV postupně vyrostla v druhou největší zdravotní pojišťovnu v zemi a v lídra mezi zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami. Daří se jí hospodařit tak, že je schopna hrát klientům i tu nejnákladnější zdravotní péči, a přitom platí lékařům a nemocnicím včas bez zpoždování. To není zcela obvyklé. Klientům nabízí zajímavé a ojedinělé projekty, jako je třeba „Zdraví jako vášeň“, který má i svůj samostatný web www.zjv.cz a díky kterému například už stovky klientů absolvovaly zajímavý tříměsíční kurz zdravého životního stylu „Změním se“ pod vedením známého specialisty na výživu Petra Havlíčka. Jako první jsme přišli před více než pěti lety s filosofií aktivní podpory zdravého životního stylu a začínáme sklízet ovoce – klienti více chodí na preventivní prohlídky, zajímají se o své zdraví, kontrolují si v Kartě života elektronické výpisy vykázané zdravotní péče a ozývají se, když je něco v nepořádku. Jsme rádi, že naši klienti pochopili, že je opravdu mnohem lepší zůstat dlouho zdravý než být sebelépe léčen.



Foto: ZPMV

Jaký je váš názor na existenci jen jedné zdravotní pojišťovny?

Vznik jediné zdravotní pojišťovny v zemi by byl krok zpět. Vytvoříme nepřehledný gigantický moloch s netransparentním tokem obrovského množství peněz. Podívejte se, jak je to už dnes. Uvedu jediný příklad – největší pojišťovna v zemi s největším vyjednávacím potenciálem vůči zdravotníkům se chlubí, že platí ze všech pojišťoven za péči o pacienta nejvíc. Přitom jim nenabízí lepší péči než zaměstnanecké pojišťovny. Nabízí zcela srovnatelnou péči. Jen za ni platí o několik tisíc víc než její menší konkurenti. Není to divné? Kdyby byla na trhu sama, jak to dopadne? Po čase se zcela vydá z peněz a bude žádat stát o subvenci, případně omezí zdravotní péči, která se stane nedostupnou a nakonec se buď zvedne pojistné, nebo bude nutné zavést finanční spoluúčast pacientů. Jedna pojišťovna je cesta k zneprůhlednění a zdražení systému, ke zhoršení kvality poskytované zdravotní péče pacientům a ke zvýšení finanční zátěže pojištěnců.

V ZPMV jste působil ve funkci ředitele odboru strategie. Od října 2015 jste vystřídal ve funkci GŘ Ing. Jaromíra Cajdác.

ka. V jakém stavu jste pojišťovnu přebíral?

Ve vynikajícím. A věřím, že jednou ji budu předávat v ještě lepším.

Přes 10 let jste působil jako lékař. V roce 1997 jste vstoupil do oblasti zdravotního pojištění, právě do ZPMV jako ředitel odboru zdravotní politiky. Proč jste tehdy změnil oblast působení?

To zařídila náhoda. Měl jsem úraz ruky, který mi znemožnil pokračovat v chirurgické praxi. Přejít do pojišťovny byla výzva. Navíc fakt, že jsem před tím působil „na druhé straně“ a práci lékaře v nemocnici jsem dokonale znal, mi v mé nynější pozici velice pomáhá.

Jste chirurg a o nich se říká, že jsou zvyklí činit razantní rozhodnutí. Platí to i pro funkci generálního ředitele zdravotní pojišťovny?

Ano, jako vedoucí lékař na jednotce intenzivní péče jsem byl zvyklý na nepřetržitý stres, vysokou zodpovědnost a neustálé napětí. Řídit instituci s obratem 28 miliard korun, která zajišťuje zdravotní péči pro více než jeden milion klientů, je také jeden velký stres a napětí. Ale věřím, že mám dobrou průpravu.

Kolik máte dnes klientů?

Milion dvě stě osmdesát tisíc. Jsme velice rádi, že máme tak silný pojistný kmen. Jsme druzí největší na českém trhu zdravotního pojištění a děláme vše pro to, aby klienti ZPMV byli se svojí pojišťovnou opravdu spokojeni.

Jaké jsou největší konkurenční výhody vaší pojišťovny? Karta života? A co „Zdraví jako vášeň“?

Ano, naše projekty jsou samozřejmě velkou výhodou. Nakonec oba už jsem zmínil. A jsme velmi hrdí na to, že jsme získali ocenění „Zdravotní pojišťovna roku 2015“. Získali jsme ho na základě názorů mnoha desítek odborníků – jak lékařů, tak i ředitelů nemocnic a nakonec i na základě názorů pacientů, klientů zdravotních pojišťoven. Vypovídá to o tom, že jsme schopni platit za péči lékařům včas, že zbytečně nezpoždujeme platby, že jsme tedy solventní společností, která umí i vybírat pojistné.

A svědčí to o tom, že dokážeme nasmilovat takové podmínky úhrad, že si můžeme dovolit platit i tu nejnákladnější zdravotní péči. Ačkoli to laická veřejnost zatím příliš nevnímá – není to zase tak obvyklé. Všechny zdravotní pojišťovny nejsou v tak dobré finanční kondici.

Vnímáte v českém systému zdravotnictví posun v oblasti eHealth? Těšíte se na elektronickou preskripci?

Až bude elektronická preskripce u nás běžnou záležitostí, předpokládám, že přinese dokonalý přehled do systému předepisování léků, včetně toho, že odpadne neefektivní a opakovaná preskripce nevhodných léčivých preparátů. Takže ano, já se těším.

Myslíte si, že když lidé mohou znát přehled čerpání zdravotní péče, že budou více pečovat o své zdraví? Nebo se třeba chovat zodpovědněji při sportu?

Je pravda, že lidé si stále více hlídají výpisy vykázané péče a to, kolik to pojišťovnu stálo. Oznamují nám nesrovnalosti. Ale skutečný efekt – snížení nadužívání péče či naopak zvýšení zodpovědnosti za své zdraví – by podle mě přineslo zavedení určité finanční spoluúčasti na zdravotní péči. A pak především to, pokud by pojišťovny měly možnost odměnit klienty za zodpovědný přístup ke svému zdraví, například za pravidelné absolvování preventivních prohlídek všech typů. Tady jsem o efektivitě skutečně přesvědčen.

Markéta Milkšová

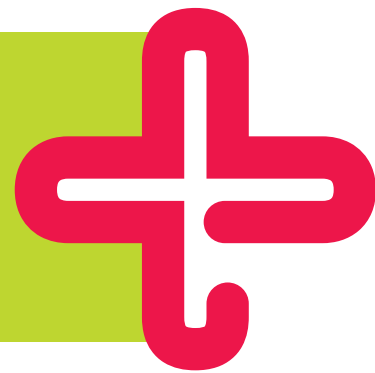
MUDr. David Kostka, MBA, až do svého jmenování generálním ředitelem v říjnu loňského roku působil ve Zdravotní pojišťovně Ministerstva vnitra ČR (ZPMV) ve funkci ředitele odboru strategie a byl statutárním zástupcem generálního ředitele.

Je doktorem medicíny, atestovaným chirurgem. Tuto profesi vykonával jedenáct let. V roce 1997 vstoupil do oblasti zdravotního pojištění. Shodou okolností začínal právě v ZPMV jako ředitel odboru zdravotní politiky. Postupně působil na manažerských pozicích v dalších zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách. „Skutečnost, že jsem pracoval jako lékař i jako manažer pojišťovny, mi dává do rukou silný nástroj pro řízení zdravotní

pojišťovny – totiž znalost obou prostředí, jak potřeb lékařů, tak i možností pojišťovny. Věřím, že právě tyto znalosti mi pomohou při řízení největší zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Jsem připraven udělat maximum pro další rozvoj ZPMV a především pro zajištění kvalitní a dostupné zdravotní péče jejím klientům,“ uvedl před svým nástupem do funkce generálního ředitele David Kostka. „Jsem rád, že pojišťovna přebírá v dobré kondici, prosperující, bez závazků, s nejvyšší efektivitou práce a nejnižšími provozními náklady ze všech zdravotních pojišťoven v ČR a s výrazně přibývajícím počtem klientů,“ uvedl při svém nástupu do funkce generálního ředitele.

(Zdroj: ZPMV)

SPECIÁL IT VE ZDRAVOTNICTVÍ



VYZRAJÍ IT SYSTÉMY NA PADĚLKY?

Na implementaci směrnice máme tři roky

str. 12



TECHNOLOGICKÁ DOBRODRUŽSTVÍ

při zobrazování živých organismů

str. 10

České eHealth existuje

Konference „eHealth Day“ již více než 10 let sdružuje odborníky, kteří zde sdílí názory a zkušenosti s elektronizací zdravotnictví. I letos zazněly novinky v postupu činnosti ministerstva zdravotnictví. Příkladem dobré elektronické praxe je informační systém Centra mezistátních úhrad (CMU).

Zájem lékařů na elektronizaci zdravotnictví představil předseda České lékařské společnosti JEP prof. Štěpán Svačina, který je členem pracovní skupiny eHealth ČLS JEP. „eHealth je pro ČLS JEP extrémně důležitou problematikou s ohledem na efektivitu zdravotnictví, zvýšení jeho kvality a bezpečnosti i pro jeho zpřůhlnění,“ zdůraznil prof. Svačina s tím, že kdo ve zdravotnictví zpřůhlnění nechce, se v problematice eHealth schovává za pseudoprobém ochrany dat.

ČLS JEP: Zastavte současnou podobu ePreskripcí

Pracovní skupina se dlouhodobě věnuje problematice eNeschopenky nebo ePreskripcí. V lednu vyústila obava ČLS JEP o další osud ePreskripcí v otevřený dopis předsednictva ČLS JEP ministru zdravotnictví a Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR. Dopis ministři a poslancům vlastně

kopíruje obecné požadavky ČLS JEP na eHealth. Upozorňuje zejména na fakt, že v ČR neexistuje odpovídající instituce, která by byla jasným a nezpochybnitelným garantem projektů elektronického zdravotnictví a dokázala odolat klientelistickým tlakům a prosazování privátních zájmů i neuváženým zásahům politiků. ČLS JEP proto požádala, aby příslušné autority instituci založily. Dalším bodem, který v souvislosti s ePreskripcí ČLS JEP kritizuje, je zanedbání zapojení odborné i laické veřejnosti a nedostatečně transparentní řízení projektu, chybí také koordinace s jinými současnými a budoucími projekty elektronizace. Vedení odborné společnosti proto oslovené politiky vyzvalo, aby zastavili snahy zavést povinnost elektronické preskripcí v její současné podobě a koncepci. „Projekt elektronické preskripcí musí být znovu a nezávisle posouzen, je nutné prověřit jeho akceptovatelnost pro lékaře, lékárny i pacienty i validovat všechny související aspekty technologické, ekonomické i legislativní, a to především v kontextu se zamýšlenou národní strategií eHealth. Zasadujte se proto o urychlené projednání této strategie a její uvedení v život,“ vyzvala ČLS JEP ministra a poslance.

Ministr pro rozpočet strategie eHealth

S vytvořením požadovaného koordináčního útvaru počítá Národní strategie pro elektronické zdravotnictví (NSEZ) v gesci ministerstva. Jak uvedl Martin Zeman z oddělení poradců a strategií ministerstva zdravotnictví, ustavení Národního centra elektronického zdravotnictví, jaké-

si eHealth agentury, by mělo zajistit především harmonizaci v oblasti eHealth. V rámci centra bude také ustanoven hlavní architekt eHealth. Zda bude centrum zřízeno mimo ministerstvo, nebo jako jeho organizační složka, Martin Zeman neuvádí. Rozhodující podle něj bude, aby subjekt organizoval činnosti elektronizace tak, aby již aktivní účastníci elektronizace mohli své činnosti vykonávat systematicky, vzájemně se sladit a nevydávat další náklady na vlastní infrastrukturu.

Jak Martin Zeman dále sdělil, počátkem února ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček schválil rozpočet NSEZ pro letošní rok v řádu desítek milionů. Ministerstvo poté začalo realizovat plán veřejných zakázek pro tuto oblast. Úřad nyní vytváří modely elektronizace pro velké i malé nemocnice, regionální síť, zdravotní ústavy či hygienické stanice. Úředníci dostali od ministra za úkol převést části příslušné legislativy do zastřešujícího zákona, mají na to tři roky. Evropskou spolupráci s ostatními členskými státy využil Kraj Vysočina, který bude v kooperaci s ministerstvem podávat projekt na zřízení národního kontaktního místa elektronického zdravotnictví.

Příklad fungujícího eHealth

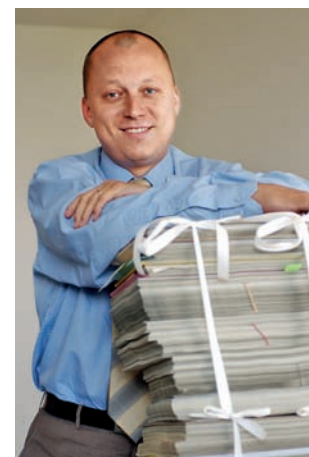
Jako „zjevení“ působí v českých podmínkách dnes již dvouletý systém Centra mezistátních úhrad (CMU), které je v rámci EU českým styčným místem pro oblast zdravotní péče a zároveň přístupovým bodem mezi českým systémem zdravotního pojištění a ostatními národními systémy v rámci EU.

Systém AP CMU pro zpracování mezinárodní zdravotně-pojištné agendy je v současnosti jediný komplexní a funkční informační systém v oblasti českého veřejného zdravotního pojištění. Je národním přístupovým bodem pro komunikaci s ostatními členskými státy a je propojen s kmenovými informačními systémy všech českých zdravotních pojišťoven i CMU. Systém zpracovává závazky a pohledávky za zdravotní péči, ale i nároky jednotlivých občanů a členů jejich rodin.

„Výjimečný je AP CMU právě tím, že se podařilo dosáhnout dohody všech zúčastněných na jednotném konceptu, metodě i financování. V současnosti se systémem pracuje 1050 registrovaných uživatelů ze všech českých zdravotních pojišťoven a zaměstnanci CMU. V loňském roce systém řešil nároky 450 tisíc pojištěnců a zpracoval závazky a pohledávky v celkové výši 4 miliard korun,“ vyhodnotil fungování AP CMU ředitel CMU Ladislav Švec s tím, že elektronický systém dostal požadavkům na zrychlení agendy, odstranil ruční zpracování stovek tisíc položek a tím i administrativní prodlevy.

eHealth v praxi

Východiskem pro tvorbu AP CMU byla podle ředitele Švece co nejvyšší efektivita – jediná počáteční investice, pouze jedna implementace, provádění změna na



Ředitel CMU Ladislav Švec

Foto: Jan Hrouda / Euro

jediném místě a zamezení dodatečných investic po každé změně evropské legislativy. „Systém řeší všechny mezinárodní zkušenosti pojištěnců, situace, kdy začnou pracovat v cizím státě, přestěhují se po EU, končí jim národní pojištění, jsou registrováni v jiném státě nebo v jiném státě vymáhají pojistné od zaměstnavatele. Druhá část je zaměřena na fyzické zpracování všech závazků a pohledávek za péči poskytnutou v cizině i v ČR, včetně účetních dopadů,“ vysvětlil Ladislav Švec. CMU nyní s pojišťovnami jedná o zapojení poskytovatelů zdravotní péče, jimž by prostřednictvím AP CMU umožnilo například registraci cizích pojištěnců, kteří se ocitnou na českém území a potřebují zdravotní péči.

Očekávanou fází systému je propojení české úrovně AP CMU s Evropou, která má nyní za úkol vystavit parametry odpovídajícího rozhraní. Nadnárodní síť systémů 28 členských států by měla být hotová do konce roku 2016. Od příštího roku tak bude ČR prostřednictvím sítě komunikovat s desítkami tisíc zdravotnických institucí. (klu)

Inzerce M161000228



Boehringer
Ingelheim



Předseda ČLS JEP profesor Štěpán Svačina | Foto: Hynek Glöcs

IT VE ZDRAVOTNICTVÍ

Zapojení do eHealth stoupá

Klíčovými aspekty rozvoje eHealth jsou podle ředitele společnosti CompuGroup Medical (CGM) Vladimíra Příkryla přístup ke strukturovaným, vzájemně sdíleným datům (a schopnosti je vytě-žovat) a také rozvoj efektivního zapojení pacienta, který se tak stává aktivní součástí procesu.

CGM dalo před dvěma lety českým lékařům dva nástroje elektronizace. Jedním z nich je MEDICAL NET – služba, která umožňuje sdílet zabezpečenou komunikaci mezi poskytovateli zdravotní péče. Uživatelsky je jednoduchá a integrovaná do softwarů CGM, takže lékaři při sdílení dokumentace pracují s důvěrně známým systémem. Pro zaručení bezpečnosti používá CGM systém šifrování přes certifikáty, data jsou tak čitelná pouze příjemci. „Ambulantní lékaři to vítají, protože vědí, kterému kolegovi informace posílají, a že pouze ten je může číst. Už při zavádění naší praxe měla obava lékařů právě z toho, že nevěděli, s kým informace sdílí,“ uvedl Vladimír Příkryl a dodal, že

důvěryhodnost systému podporuje také funkce oznámení o doručení lékařské zprávy. V síti MEDICAL NET je nyní napojeno tisíc ambulantních lékařů, laboratoře, radiologická oddělení i nemocnice. Komunikace je zde podle ředitele Příkryla bohatá a z papíru se postupně přesouvá do elektronické verze. Jde o žádanky o ambulantní vyšetření (7 %), lékařské zprávy ambulantního specialisty – propouštěcí zprávy z nemocnic nebo ambulantní zprávy, jako jsou výsledky vyšetření (30 %), popisy z radiologie (8 %), laboratorní výsledky (38 %), a 17 % tvoří laboratorní žádanky, kde software automaticky umožní přístup k jakékoli laboratoři. Komunikace na MEDICAL NET v mezinárodním porovnání 2014/2015

narostla na dvojnásobek a v současné době se přes tuto síť vyřídí 30 tisíc komunikací měsíčně. Polovinu z nich provádí ambulantní lékař, až za nimi jsou laboratoře a nemocnice. To podle Vladimíra Příkryla vyvrací domněnku, že ambulantní lékaři jsou vůči IT technologiím imunní.

30 tisíc aktivních pacientů

„Pacient v českém zdravotnictví jako by neexistoval, nemůže být aktivní, protože nemá přístup ke svým datům. S ohledem na eHealth je skutečně jeho postoj odvozen od slova ‚patient‘ – tedy trpělivý. CGM tuto premisu boří a dává pacientovi nástroje, které mu umožní pracovat s vlastním zdravotním stavem,“ podot-

kl Vladimír Příkryl a připomněl druhý nástroj elektronizace, kterým je CGM LIFE eServices. Služba umožňuje komunikaci mezi ambulantním lékařem a pacientem, konkrétně on-line objednávání, recepty, konzultace s lékařem a výsledky vyšetření. Pacient si objednává schůzku na konkrétní čas přímo v kalendáři lékaře, odpadají typické návštěvy pro recept či laboratorní výsledky nebo jejich obvolávání.

Tento přístup hodnotí pacienti velmi pozitivně – referují o naplnění představ o zdravotnictví, pozitivně hodnotí lékaře. „Paradoxně takto spokojený pacient neřeší až tak kvalitu poskytnuté péče, ale velmi kladně hodnotí on-line komunikaci, která je pro něj komfortní. Pro standardního pacien-



Foto: CompuGroup Medical

ta s běžnými zdravotními problémy je lékař, který se k vám chová elektronicky přátelsky, vždy tou lepší volbou,“ poukázal ředitel CGM na zpětnou vazbu v systému, který je na trhu rok. Vedle 150 lékařů jej používá již 30 tisíc pacientů, jejichž informace jsou bezpečně uloženy v medicínském cloudu (CGM life), se souhlasem do nich přistupuje pacientův praktický lékař či specialista, zároveň zde mohou pacienti používat aplikace v oblasti telemedicíny.

(red)

Technologická dobrodružství při zobrazování živých organismů

Centrum pokročilého preklinického zobrazování (Center of Advanced Preclinical Imaging, CAPI), které bylo na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze (1. LF UK) založeno počátkem února, bude sloužit pro preklinický výzkum nutný pro vývoj nových léčiv.

Jedná se o největší technologickou investici na půdě UK od dob založení univerzity Karlem IV. „Vybudování propojeného komplexu souvisejících technologií je největší strategickou investicí do vědeckého vybavení naší fakulty v její novodobé historii. Náklady na vybudování centra, v nichž je zahrnut nákup technologií a přístrojů včetně stavební a technické přípravy, představují přibližně 136 milionů korun. Pracoviště vzniklo za podpory Operačního programu Výzkum a vývoj pro inovace (VaVpI),“ uvedl děkan 1. LF UK prof. Aleksi Šedo a dodal: „V experimentální oblasti se dostáváme na ostří dnešní vědy. Budeme moci zkoumat v onkologii, imunologii, hematologii a v řadě dalších disciplín. Některé ze zobrazovacích metod jsou naše originály, v jejich dalším vývoji budeme i nadále pokračovat ve spolupráci s výrobcem, aby se postupně dostávaly do klinické medicíny.“

Třetí na světě

Unikátní zobrazovač magnetických částic (magnetic particle imager, MPI), který využívá zcela novou tomografickou technologii zobrazování paramagnetických částic, lze jeho významem přirovnat k objevu rentgenových paprsků. Jak vysvětlil vedoucí centra zobrazování RNDr. Luděk Šefc, technologie MPI umožňuje zobrazování tomografickou 3D zobrazovací technikou s vysokou rychlostí snímání (až 46 obrázků/s). V kombinaci s magnetickou rezonancí (MRI) nebo počítačovou tomografií (CT) umožní s vysokou přesností a citlivostí sledovat pozici superparamagnetických nanočástic, které lze vstříknout do krevního oběhu a ten vykreslit. Je také možné nanočásticemi označit buňky nebo makromolekuly a sledovat jejich pohyb a distribuci v organismu. MPI je 100krát rychlejší než PET a 100krát citlivější než MRI. Metoda je velmi citlivá a nepůsobí sledovanému objektu radiační zátěž. Nevyžaduje ani použití jo-

dových sloučenin, které jsou sice potřebné ke zvýšení kontrastu, ale často způsobují vážné alergické reakce.

Zobrazení více metod najednou

Vědci budou moci vyšetřovat malá laboratorní zvířata komplexem různých zobrazovacích metod. „Centrum je jedinečné v tom, že zde lze vyšetřovaný organismus zobrazit všemi metodami a získané obrazy vzájemně sloučit. Zjistíme tak mnohem více informací o pozorovaném objektu zájmu. Takováto multimodální vyšetření obvykle zahrnují překryv maximálně tři až čtyř metod, v našem centru jich však bude možné sloučit až šest různých,“ řekl Luděk Šefc. Například při pozorování nádoru mohou vědci současně znázornit nádor (pomocí PET) v pozici podle kostry (CT), měkkých orgánů (MRI), cévního řečiště (MPI), pozorovat množství mrtvých buněk (SPECT) a také třeba akumulaci sledovanému objektu radiační fluorescenčně značených imunitních buněk (optické zobrazení).

Hudba budoucnosti

Protože na 1. LF UK jde teprve o třetí komerční instalaci takového přístroje na světě, budou se čestí vědci podílet na tvorbě aplikací pro tuto metodu. Centrum je dle slov Ludka Šefce otevřené všem vědcům. Stalo součástí konsorcia Czech-BioImaging, které sdružuje nejvýznamnější vědecké instituce, jež se biotechnologickým zobrazováním u nás zabývají, i členem Euro-BioImaging, které zahrnuje všechny důležité zobrazovací instituce v celé Evropě. Předpokládá se, že v budoucnu bude technologie MPI využívána nejen v preklinickém výzkumu, ale velký přínos by měla znamenat i v humánní medicíně. Přístroje by měly být instalovány na velkých klinikách. Po nástřiku magnetického kontrastu bude možné sledovat a vytvořit obraz cévního řečiště pacienta. V případě upcání cévy pak bude možné najít místo, kam lze umístit stent, a cévy zprůchodnit. „Technologie by měla odstranit nevýhody nyní používaných metod,



Foto: archiv 1. LF UK

zejména zátěž pro organismus pacienta. MPI totiž umožní netoxickou angiografii. Dosud je při vyšetření CT používán jodový kontrast. Například pacienti s chronickým poškozením ledvin mají při tomto vyšetření asi 30procentní riziko vážného poškození ledvin, což ztrojnásobuje jejich úmrtnost. Magnetický kontrast používaný MPI je nejen netoxický, ale u pacientů s poškozením ledvin je dokonce schválený,“ vysvětlil vedoucí centra Šefc.

Další možností využití MPI v blízké budoucnosti je magnetické označení lékových nosičů. Centrum tak umožní transfer technologií mezi akademickou obcí a farmaceutickým průmyslem, který zde bude moci testovat své nové léky a sledovat jejich účinnost a bezpečnost. Jak uzavřel děkan Šedo, považuje za průlomové, že se na implementaci metody do klinické praxe 1. LF UK podílí.

(klu)



EXOTICA
COSTA RICA



KOSTARIKA

- Road tripy po Kostarice
- Za přírodou, plážemi a odpočinkem
- Osobní doporučení a znalosti destinace

WWW.EXOTICACOSTARICA.CZ



EXOTICA
CUBA

KUBA

- Poznání kultury, mentality Kubánců v kombinaci s odpočinkem
- Zájezdy na míru se specialisty na Kubu
- Výborné reference

WWW.EXOTICACUBA.CZ



CK EXOTICA TRAVEL
Kapra 14/13
110 00 Praha 1

+420 222 220 546
info@exoticatravel.cz
www.exoticatravel.cz

Domluvte si u nás schůzku, poradíme Vám.
Kostariku i Kubu známe velmi dobře osobně.

IT VE ZDRAVOTNICTVÍ

Vyzrají IT systémy na padělky?

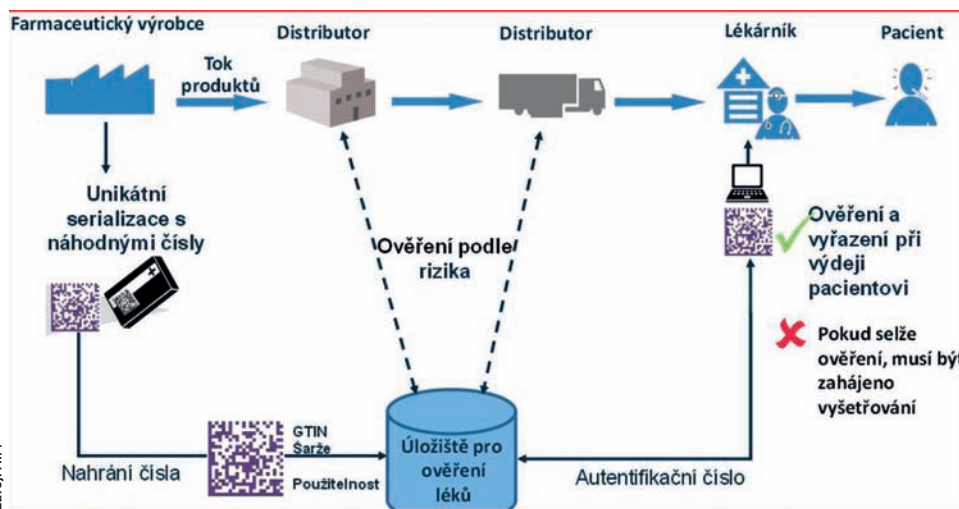
V únoru vstoupila v Evropě v platnost delegovaná akta, která upravují systém ověřování léků a navazují na protipadělkovou směrnici. Technologicky náročné celoevropské úložiště spolu s národními softwary, které zaplatí farmaprůmysl, bude mapovat pohyb léku od výroby po výdej v lékárně.

Do zavedení protipadělkové směrnice mají evropské země tři roky. Od roku 2019 už nebude v lékárnách možné vydat lék, který neprošel systémem ověřování, jehož hlavním úkolem je ochrana evropských pacientů před padělkem. Poprvé v historii vzniká legislativně upravená povinnost pro farmaceutický průmysl, aby vytvořil, provozoval a platil systém, který je v širším veřejném zájmu a chrání pacienty. „Systém úložiště by měl být zřízen a spravován držiteli rozhodnutí o registraci (ti jsou zodpovědní za uvádění léků na trh) a výrobci léků, jež budou opatřeny ochrannými prvky,“ komentují delegovaná akta odpovědnost za tvorbu systémů úložiště.

Akta také uvádějí, že pokud si to distributoři a osoby oprávněné léky vydávat (lékárny) přejí, měly by být oprávněny nebo zmocněny se na zřízení či správě systému úložiště podílet. Jejich zapojení je nasnadě, od správného fungování úložiště se bude odvíjet jejich činnost. Kvůli ochraně osobních údajů bude ale každá strana, která do úložiště svá data dodá (výrobce na výrobní lince, lékárna při vydání léku pacientovi), vlastnit pouze tato a pouze k nim bude mít přístup.

Implementace v pěti

Delegovaná akta vycházejí formou nařízení Evropské komise, takže národní schválení této legislativy není třeba. „Nyní nás čeká práce na přípravách projektu. V roce 2017 bychom rádi spustili pilotní fázi tak, aby ověřování mohlo začít od roku 2019 plně fungovat,“ uvedl výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček, jehož organizace implementaci zajišťuje. Nově zaváděný systém ověřování léků sdružuje subjekty napříč dodavatelským řetězcem tak, aby bylo možné sledovat cestu léku od výrobce až k pacientovi. Směrnice stanovuje pět hráčů, kteří mají implementaci na starosti. Jsou to velkodistributoři (v ČR jde o Asociaci velkodistributorů, AVEL), paralelní vývozcí (v ČR Asociace evropských distributorů léků, AEDL), lékárníci (Česká lékárnická komora, ČLnK) a inovativní (AIFP) a generičtí výrobci (v ČR zastoupení Českou asociací farmaceutických firem, ČAFF).



Unikátní identifikátor

Samotné ověření původu léku bude prováděno pomocí speciálního 2D kódu umístěného na balení – tzv. unikátní identifikátor na obalu zahrnuje kód (název, lékovou formu, sílu, velikost balení a typ balení), numerickou nebo alfanumerickou sérii max. o 20 znacích (sériové číslo), vnitrostátní úhradové číslo, číslo šarže a datum použitelnosti. Přitom kód, sériové číslo a vnitrostátní úhradové číslo budou okem čitelné. Povinností výrobce je nahrát data, pomocí čtečky bude kód zanesen do centrálního úložiště a následně do vnitrostátních úložišť, která budou informace o ochranných prvcích léků nahrávat, třídít a uchovávat. V jakémkoli bodě dodavatelského řetězce tak bude možné jednotlivé balení léků identifikovat a ověřovat jejich pravost. Distributoři nebudou muset ověřovat všechny přípravky vždy, ale povinně tak budou činit v případech, kdy se lék do systému vrací z lékárny, nebo při prodeji mezi jednotlivými distributory. Zatímco dosud se paleta zboží jedné šarže kontroluje namátkově, například jeden karton, podle nové směrnice se bude muset krabička po krabičce rozbít a načíst. Naprosto povinné ověření kódu čtečkou bude u výdeje léku v lékárně.

Black and white list

Výrobci budou unikátní identifikátory tisknout na všechna balení léků na předpis (Rx). Směrnice ale navíc zadává tzv. *white list* – te-

dy seznam Rx léků, které bezpečnostní prvek obsahovat nemusí. Kódy se nebudou lepit například na obaly kontrastních látek, některé testy pro alergická onemocnění, radionuklidové generátory, kity, roztoky pro parenterální výživu či aditiva k intravenózním roztokům.

Naopak na tzv. *black list* patří volně prodejné léky (OTC), které bezpečnostní prvek obsahovat musí. Zatím je zde pouze jediný OTC lék – omeprazol. Jak uvedl Jakub Dvořáček z AIFP, dobrovolné použití bezpečnostních parametrů u OTC léků není dovoleno.

Delegovaná akta směrnice popisují také případy, kdy se výrobce může domnívat, že s obalem bylo manipulováno nebo ověření ochranných prvků čtečkou naznačuje, že lék možná není pravý. Výrobce v takových případech nesmí pustit preparát k prodeji a musí uvědomit příslušné orgány (v ČR to bude zřejmě Státní ústav pro kontrolu léčiv, SÚKL, a ministerstvo zdravotnictví). Stejně se zachová distributor, pokud má tytéž pochybnosti. Rovněž lékárna, která k takovému nálezu dojde, nesmí lék vydat a opět informuje příslušný orgán.

Při vyšetřování domnělých či potvrzených případů padělatelů je důležité mít co nejvíce informací o dotčeném preparátu, o všech úkonech a uživatelích, kteří je provádějí. Informace proto budou dle komise přístupné pro účely vyšetřování v případech, že budou některé úkony systémem označeny jako potenciálně rizikové.

Předehra systému

Náklady na vznik celoevropského úložiště a národních softwarových systémů, kam data o léčicích poputují, budou enormně vysoké. Na vytvoření českého systému bude potřeba asi 60 milionů korun a dalších asi 50–60 milionů ročně půjde na provoz systému.

Jak uvedl ředitel Dvořáček, velké evropské asociace výrobců EFPIA (asociace originálního farmaceutického průmyslu) a EGA generics (asociace generických léků) se proto dohodly, že přípravnou část budou financovat. „Dobrou zprávou je, že padlo rozhodnutí generálních ředitelů těchto velkých společností, aby finance na národní protipadělková datová úložiště dostaly jednotlivé národní pobočky od svých centrál. Prostředky nepůjdou z rozpočtu jednotlivých poboček farmafirem v ČR,“ řekl Jakub Dvořáček.

Na následném řízení a provozu protipadělkového systému by se partneři měli podílet a očekává se, že organizace a provozní náklady ponesou rovnoměrně. Jasný model sdílení nákladů ale ještě nemají nikde v Evropě a i v ČR se předpokládá náročná debata.

Nákladný soft i hard

V ČR se zatím čtyři partneři (kromě ČLnK) shodli na podpisu memoranda o spolupráci, a to za dohledu Státního ústavu pro kontrolu léčiv a ministerstva zdravotnictví (i tyto instituce mohou dle směrnice definovat některé parametry systému). Úložiště budou fungovat v režimu cloudu a dle komise je bude spravovat nezisko-

vý právní subjekt. Čeští partneři o jeho založení začínají jednat, do konce letošního roku chtějí stihnout vypsat tendr na výběr potenciálního dodavatele softwarového a hardwarového národního systému.

Zatímco výrobci budou hradit vznik datových úložišť, u lékáren a distributorů se předpokládá investice do čtecích zařízení a vlastních softwarů. Jak uvedl prezident České lékárnické komory Lubomír Chudoba, čeští lékárníci memorandum nepodepsali, protože zejména z finančních důvodů nepůjde o žádnou „selanku“. „Podle prvních zpráv od kolegů z Portugalska, kteří si zadali nákladovou studii pro lékárny, půjde o ohromné částky. Nebudou to pouze náklady na čtečky a softwary, jde také na proškolení personálu. To nás vede k diskusi s ministerstvem o tom, jak tyto náklady zohlednit v odměňování lékáren,“ sdělil prezident Chudoba. Takovou (státní) finanční výpomoc protipadělková směrnice podle Jakuba Dvořáčka nenabízí. Možností je podle něj spíše využití končících strukturálních fondů, které by mohly zohlednit některé malé regionální lékárny. Velké české lékárenské řetězce jako mají. Dr. Max už čtečky 2D kódů např. Ceny čtecích zařízení pro jednotlivé lékárny se pohybují kolem pěti tisíc korun.

Velké nemocnice také

Od spuštění v roce 2019 mohou lékárny počítat s přechodným obdobím, po které bude moci lékárna dispensovat už ve chvíli, kdy bude léky přebírat od distributora. To bude ale podle ředitele Dvořáčka trvat jen několik měsíců, poté přejdou do ostré verze, kdy budou lékárníci ověřovat léky až v nejpозdější fázi – při jejich předání pacientovi.

„Uvědomujeme si, že situace bude zpočátku problematická, například ve velkých nemocnicích, ale směrnice je v tomto ohledu jednoznačná, takže i tyto subjekty budou do systému zařazeny,“ uvedl Jakub Dvořáček k obtížnému startu protipadělkových opatření. Farmaceutičtí výrobci už nyní začínají do svých výrobních linek integrovat potiskový mechanismus a svá data připravují pro nahrání na evropské úložiště. Jediný stát, kde už v pilotní verzi systém funguje, je Německo. Do jeho národního systému ostatně firmy svá data posílají už nyní.

Nejmodernější systém v akutní dialýze

OMNI systém zahrnuje inteligentní *software* řídící vysoce přesnou bilanci tekutin, jeho dotykové ovládání je intuitivní, výhodou je změna základních metod kontinuální dialýzy bez přerušování léčby.

„N ejde jen o vylepšení stávajících přístrojů. Jde o změnu pohledu na akutní dialýzu. Hlavní výhodou je extrémně jednoduchá obsluha, s OMNI si tak na akutní kontinuální dialýzu troufnou i pracoviště nižšího typu. Vlastně rozšiřujeme spektrum pacientů, kteří tuto léčbu dostanou,“ řekl člen vedení skupiny B. Braun CZ/SK Martin Kuncek k uvedení nového přístroje na trh na kongresu Colours of Sepsis v Ostravě.

První testy více než přesvědčivé

Systém OMNI dovoluje změnit léčbu, aniž by byla přerušena, navíc jsou automaticky regulovány hladiny všech expanzních komůrek, je zaručen management bilance tekutin a automatické odstraňování vzduchu krevní strany i na straně dialyzačního roztoku. „Je to opravdová revoluce ať už z hlediska použitelnosti, absolutní flexibilitě nebo právě z hlediska managementu bilance tekutin. Vývoj zaměstnal 20 odborníků přesně 2 roky, 11 měsíců a 20 dní, což je vskutku neuvěřitelně krátký čas. Jsme přesvědčeni, že to je správný krok do budoucnosti akutní dialýzy,“ uvedl autor systému, francouzský vývojář a zároveň viceprezident marketingu a prodeje pro akutní terapie B. Braun Jean-Paul Menneguerr.



Koncern B. Braun každoročně investuje do výzkumu a vývoje přes 150 milionů eur a inovace je také jedním ze základních pilířů firemní strategie. OMNI systém je názorným příkladem toho, že masivní investice do výzkumu a vývoje jsou pro trvalé zlepšování kvality zdravotní péče naprosto nezbytné.



„OMNI systém je velmi kompaktní a zároveň velmi jednoduchý na používání. Také všechno vybavení a preparáty jsou jednoduše použitelné, takže pro mě představuje určitě dobrý krok do budoucnosti. Za extrémně důležité považuji, že se s přístrojem bude jednoduše pracovat sestrám,“ uvedl ředitel Anesteziologicko-resuscitační kliniky Univerzitní nemocnice Agostino Gemelli v Římě Prof. Massimo Antonelli. | Foto: 2x B. Braun

Přístroj byl poprvé testován počátkem roku 2015 na univerzitní klinice ve švýcarském Lausanne na pacientech v kritickém stavu v režimu heparinové i citrátové koagulace. Výsledky zněly jasně – bezchybné fungování, žádné falešné alarmy, tichý chod, jednoduchá mobilita a uživatelsky přátelský pro sestry.

Možnost změny metody

Léčba novým systémem je shodná s principy každé dialýzy – difuze, filtrace, adsorpce a konvekce. Zásadní změnou proti dosavadním postupům terapie je možnost kdykoli během ošetření měnit (bez nutnosti výměny setu a kapilár) základní metody kontinuální dialýzy, tedy filtrace, hemodialýza a hemodiafiltrace, dle momentálního stavu pacienta. Další změnou je inteligentní *software* HomeoSAFE Premium, který umožňuje automatickou redukci a regulaci průtoků krve a roztoků a vysoce přesnou bilanci tekutin s minimální odchylkou. Inovací je uživatelský komfort při tzv. setování, kdy se používá jen jeden set na všechny základní terapie. Set je vždy předpřipraven v zaváděcím pouzdru, automaticky se nasetuje do všech pump a propláchně s automatickým odstraněním vzduchu a nastavením hladin všech expanzních komůrek.

První reakce českých lékařů jsou pozitivní. „Ten směr je správný.

OMNI systém má všechny modalit, které by měl mít a do budoucna se to bude ještě určitě rozšiřovat. Umí jak citrátovou, tak samozřejmě heparinovou anti-koagulaci a je snadno ovladatelný. Přišlo mi skvělé, že sám umí předcházet mnohým vlastním alarmům, takže nedělá tolik hluku u pacientova lůžka,“ uvedl primář Anesteziologicko-resuscitačního oddělení Městské nemocnice Ostrava Cyril Kučera.

Kurz pro lékaře

Českým zdravotníkům bude OMNI systém detailně představen v praxi v nejbližších měsících na dvoudenním intenzivním kurzu v tréninkovém středisku B. Braun Dialog na pražské Bulovce. Jeho cena se bude pohybovat kolem 20 tisíc eur. „Vycházíme z cenové hladiny, která bude nastavena pro celou Evropu. Takže české nemocnice budou mít možnost koupit přístroj za stejných podmínek jako v okolních zemích,“ komentuje cenovou politiku skupiny B. Braun Martin Kuncek. Koncern B. Braun každoročně investuje do výzkumu a vývoje přes 150 milionů EUR a inovace je také jedním ze základních pilířů firemní strategie. „OMNI systém je skvělým příkladem toho, že masivní investice do výzkumu a vývoje je pro trvalé zlepšování kvality zdravotní péče naprosto nezbytné,“ dodává Martin Kuncek. (red)

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

OMNI system

NOVÉ POJETÍ AKUTNÍHO
OČIŠŤOVÁNÍ KRVE



KOMPLEXNÍ A FLEXIBILNÍ

- Optimální pro ARO/jednotky intenzivní péče
- Komplexní rozsah terapií a jejich vzájemná modulace
- Plně integrované antikoagulační módy včetně heparinové, citrátové a kalciové pumpy
- Unikátní princip řízení bilance tekutin

BEZPEČNÝ

- Automatické odstranění vzduchu v celém setu
- Otevřené datové připojení PDMS s propojením na klinický informační systém
- Automatická redukce a regulace průtoků krve a roztoků

UŽIVATELSKY KOMFORTNÍ

- Jednoduchá a rychlá intuitivní obsluha
- Dvanáctipalcový barevný dotykový displej
- Pouze jeden typ setu pro všechny základní metody

B. Braun Medical s.r.o. | www.bbraun.cz

SAFETY CONCEPT

Inzerce M161000239

FARMABYZNYS

Pacient je rozhodujícím „odborníkem“ na svou léčbu

Ředitelka Divize Diabetes skupiny Sanofi v ČR a SR Daniela Pudelková pro náš časopis hovoří o možnostech nové generace inzulínové léčby, která téměř kopíruje proces regulace hladiny glykemie u zdravých osob a riziko hypoglykemie se tak stále snižuje.

Jak ale Daniela Pudelková zdůrazňuje, vedle farmakoterapie musí cestu ke kompenzaci diabetu dláždít důraz na správnou životosprávu a jejich efektivní souhra pod dohledem diabetologa.

Sanofi se specializuje na vývoj inzulínových analogů, a to zejména na inzuliny s dlouhotrvajícím účinkem. Jaká je jejich současná role v léčbě diabetu?

Nástup inzulínových analogů s dlouhotrvajícím účinkem na počátku tohoto století byl bezpochyby revolucí v léčbě diabetu, zejména proto, že podstatně snížil riziko hypoglykemických příhod, což je častá komplikace léčby diabetu a zároveň jeden z hlavních důvodů, proč se pacienti inzulínové léčby obávali. Inzulínové analogy jsou stejně efektivní ve schopnosti snižovat hladinu krevního cukru, ale díky odlišným rychlostem vstřebávání a nástupu účinku oproti klasickému inzulínu při podkožní aplikaci je léčba analogy přirozenější a v podstatě kopíruje proces regulace hladiny glykemie u zdravých jedinců.

V létě 2015 společnost Sanofi představila také v ČR zástupce nové generace bazálních inzulínových analogů. V čem spočívá jeho výhoda proti dosavadní léčbě?

Tento inzulín má ve srovnání s první generací analogů vyrovnanější farmakodynamický i farmakokinetický profil, což v konečném důsledku opět přispívá k menšímu riziku hypoglykemie. Díky inovovanému inzulínovému peru a menšímu objemu (ovšem větší koncentraci) inzulínu je pak vpich pro pacienta komfortnější a méně bolestivý. Přirozený lidský „strach z injekce“ je totiž stále také jedním z důvodů, proč pacienti odkládají zahájení inzulínové léčby.

Oproti řadě evropských zemí, kde o diabetiky pečují převážně praktičtí lékaři, jsou čeští pacienti léčeni hlavně v ordinacích diabetologů. Jaké vidíte v tomto přístupu výhody?

Diabetes neumíme kompenzovat bez správné životosprávy

pacienta, jakkoli skvělé léky máme k dispozici. To si bohužel řada pacientů neuvědomuje a myslí si, že litr sladké limonády a kachna k obědu jsou v pořádku, protože je zachráněni antidiabetické léky. Tak tomu ale bohužel není. Proto je jenom dobře, že se u nás léčba cukrovky soustředí v diabetologických centrech. Diabetolog totiž dokáže efektivně skloubit obě nutné složky léčby diabetu – správnou životosprávu a správnou farmakologickou léčbu – a nastavit individuální léčebné cíle. U diabetu platí dvojnásob, že každý pacient je individuální a měl by mít své léčebné cíle takřikajíc „šité na tělo“.

Počet diabetických pacientů ale stále narůstá. Vnímáte jako možné řešení (i s ohledem na financování této péče) přesunout část péče právě na praktické lékaře? Kde vidíte možná rizika?

Budu teď možná mluvit proti zájmům farmaceutického průmyslu, ale to, na co by se společnost jako celek měla soustředit především, je prevence a správná životospráva. Léky a inzuliny, které máme nyní k dispozici, jsou velmi efektivní, ale oblast, kde často selháváme, je disciplína pacientů v otázkách dodržování léčby a zejména posunu k zdravějšímu životnímu stylu – méně cukrů, tuků a přejídání a více pohybu. Především změna společenského paradigmatu v této oblasti nás posune dále, nikoli přesun léčby diabetu k praktikům.

Rozvoj dětské obezity a následně diabetu 2. typu u dětí je podle mnohých odborníků časovanou bombou. Jak se na tuto „epidemii“ farmaceutický průmysl připravuje?

Naším cílem je samozřejmě neustále přicházet s inovacemi, které léčbu zefektivní a zvýší adherenci pacientů. Koneckonců fakt, že lékaři ve stále vzrůstající míře převádějí pacienty z našich starých analogů na novou generaci inzulínů, je důkazem, že se nám to daří. V zastavení epidemie diabetu a jejího rozšíření na dětskou



Foto: archiv Sanofi

populaci je však tou hlavní zbraní prevence a edukace v oblasti zdravého životního stylu. Léčba diabetu a jeho komplikací stojí Českou republiku okolo desítky miliard korun ročně a zhruba polovina těchto nákladů připadá na léčbu komplikací diabetu. Je přitom spočítáno, že kvalitní edukace v oblasti zdraví dokáže v příslušné oblasti zdravotní péče ušetřit až čtyřnásobek částky do edukace vložené.

Nacházíte v přístupu k dětským pacientům inspiraci v zahraničí? Kudy v tomto ohledu naopak cesta nevede?

Loni jsme se inspirovali u kolegů v Turecku a chystáme se v ČR zahájit speciální osvětový projekt zaměřený na edukaci dětí, jež mají ve svém okolí (zejména ve škole) vrstevníky, kteří diabetem trpí. Cílem projektu je jednak ulehčit dětským diabetikům, kteří jsou na inzulínu, každodenní život ve školním kolektivu a zároveň zvýšit povědomí o rizicích diabetu a zdravém životním stylu v dětské populaci, ale také mezi jejich rodiči a pedagogy. Vycházíme přitom rovněž

Když se pacient nechce léčit, respektive změnit svou životosprávu, žádný lék ani lékař mu nepomohou.

Zmínili jste, že míra převodu pacientů z původních analogů na novou generaci inzulínů se vám daří. O jakém počtu pacientů vlastně mluvíme?

S ohledem na konkurenci bych nerada uváděla konkrétní čísla, ale pro ilustraci lze uvést, že před příchodem nové generace inzulínových analogů loni na podzim bylo v České republice zhruba 800 tisíc diabetiků, přičemž více než čtvrtina z nich užívala inzulín. Jak ukázal výzkum profesora Kvapila, zhruba polovina pacientů s diabetem z různých důvodů nedosahuje léčebných cílů. Naším posláním je zvyšovat kvalitu jejich života a přinášet jim nové, účinné a bezpečné léčebné postupy, které nová generace inzulínů bezpochyby přináší. Podařilo se nám nové inzuliny v ČR registrovat v rekordně krátké době čtyř měsíců po jejich registraci v EU a jsme tak pátou zemí v Evropské unii, kde je mají pacienti k dispozici. V tuto chvíli záleží především na lékařích, jak tuto příležitost využijí, a mně nezbyvá než jim popřát plně ordinace spokojených a kompenzovaných pacientů. První pozitivní zkušenosti s léčbou novými inzuliny potvrzují, že je zde rozhodně velký potenciál.

Jsou v tomto ohledu dostatečně informováni sami pacienti? Spolupracujete na jejich edukaci s patientskými organizacemi?

Pokud někde existuje relativně dlouhá tradice patientského sdružování se, pak je to jistě v oblasti diabetu. Otázkou ale je, zda patientské organizace stačí svým know-how stále rychlejšímu světu moderní komunikace a sociálních sítí. Proto se naše podpora těchto organizací zaměřuje právě na zvyšování jejich potenciálu a kapacit v této oblasti. Loni na podzim jsme ve spolupráci s Fakultou humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze otevřeli na katedře Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích studijní předmět „profesionalizace patientských organizací“, který by měl díky úzkému propojení s praxí výrazně přispět k rozvoji nejen komunikačního potenciálu patientských organizací. Zároveň připravujeme úplně nový projekt zaměřený na aktivizaci pacientů s diabetem v regionech, protože tam je v oblasti osvěty a edukace často pole hodně neorané. (klu)

z pozitivní odezvy, kterou po celé ČR budí náš projekt „První pomoc pro prvňáky“, v jehož rámci jsme základy první pomoci naučili již takřka 14 tisíc dětí.

Prof. Kvapil nedávno zveřejnil studii provedenou na 4 tisících českých diabetiků, která prokázala, že 54 procent z nich nedosahuje dostatečné kompenzace (hodnoty glykovaného hemoglobinu pod 53 mmol/mol). To je způsobeno mimo jiné oddalováním nástupu inzulínové léčby, jíž předchází ne vždy efektivní léčba antidiabetiky. Proč lékaři s nasazením léčby inzulínem stále váhají? Posune tato studie pohled na léčbu diabetu?

Inzulín bezpochyby stále představuje nejúčinnější cestu ke snížení hladiny cukru v krvi a je pravda, že díky pokrokům, které v inzulínové léčbě nastaly s nástupem analogů, se s touto léčbou začíná mnohem dříve. Zároveň ale platí, že každý pacient má svou „vlastní“ cukrovku, a také proto je to především on sám, kdo je tím rozhodujícím „expertem“ na svou léčbu.

AIFP navázala spolupráci s TAČR

Čeští vědci nejsou v řadě případů informováni o možnostech spolupráce na výzkumu a vývoji. Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) a Technologická agentura České republiky (TAČR) proto spojily síly s cílem zvýšit zapojení českých výzkumníků do mezinárodních výzkumných projektů prostřednictvím vzájemné podpory informačních a propagačních aktivit.

Závazek stvrdili počátkem února zástupci obou stran podpisem Memoranda o spolupráci.

Nové možnosti spolupráce

Českým výzkumníkům je otevřeno mnoho příležitostí pro spolupráci s týmy z celého světa a s partnery z akademické sféry i z průmyslu. „Často jsou tyto příležitosti spojeny se zajímavými

finančními prostředky. Problém je, že vědci o nich mnohdy nevědí,“ vysvětluje výkonný ředitel AIFP Mgr. Jakub Dvořáček a dodává: „Takovým příkladem je mimo jiné celoevropská iniciativa IMI 2, která pravidelně vyhlašuje výzvy k podpoře výzkumu v oblasti farmacie, spojené s částkami v řádech stovek milionů korun. Dlouhodobě se snažíme na tyto i jiné možnosti



Ilustrace foto: Shutterstock

upozorňovat a v těchto aktivitách se setkáváme s Technologickou agenturou ČR.“

„Občas říkám, že Technologická agentura ČR je takový *start up* státní podpory výzkumu a inovací. Nebojí se hledat a využívat nové cesty. Memorandum s AIFP otvírá možnost pro spolupráci s asociací, která sdružuje firmy ve velmi významném podnikatelském segmentu. Zároveň je příležitostí využít znalosti, které z managementu výzkumu členové AIFP mají, a společně tak nacházet nové cesty pro

podporu aplikovaného výzkumu a aplikovatelnosti výsledků výzkumu užitečného pro zdraví,“ říká předsedkyně TAČR Ing. Rut Bízková.

Lepší dostupnost moderní léčby

Cílem spolupráce je především vzájemná podpora v informačních aktivitách a propagace zajímavých příležitostí v oblasti vývoje a inovací ve zdravotnictví. „Nejde přitom jen o podporu výzkumu a vývoje léčiv a léčivých prostředků, ale také o aktivní

propagaci spolupráce mezi výzkumem a soukromou sférou. Ve farmacii to znamená rychlejší dostupnost moderní léčby pro pacienty, kteří ji potřebují,“ zdůrazňuje Jakub Dvořáček.

Aktuálně jsou otevřeny dvě výzvy iniciativy IMI 2, zaměřené na bezpečnost léků, neurologické poruchy, chronickou bolest, oční onemocnění, léčbu rakoviny u dětských pacientů, využití *big data* v klinickém výzkumu nebo na ebolu. Celkem jsou v nich alokovány 4,3 miliardy korun.

(Zdroj: AIFP)

(red)

EK schválila blinatumomab

Evropská komise (EK) rozhodla o podmíněném schválení přípravku blinatumomab pro léčbu dospělých pacientů s Philadelphia chromozom negativní (Ph-) relabující nebo refrakterní B-prekurzorovou akutní lymfoblastickou leukémií (ALL).

ALL je vzácné a rychle progresující maligní onemocnění krve a kostní dřeně. U dospělých s relabující nebo refrakterní ALL činí medián celkové doby přežití pouhých 3–5 měsíců. Odhaduje se, že v Evropské unii je incidence dospělých pacientů s Ph-relabující nebo refrakterní B-prekurzorovou ALL přibližně 900 pacientů ročně.

„Jsme rádi, že EK udělila podmíněné rozhodnutí o registraci blinatumomabu. Tento přípravek prokázal účinnost při léčbě relabující či refrakterní ALL, což je velmi obtížně léčitelné onemocnění, při němž měli pacienti až dosud jen omezené léčebné možnosti,“ komentoval rozhodnutí EK výkonný viceprezident pro výzkum a vývoj ve společnosti Amgen Sean E. Harper. „Tento souhlas představuje důležitý milník imunoterapeutického výzkumu. Blinatumomab je první klinickou validací platformy BiTE, nového a inovativního přístupu, jenž pomáhá imunitnímu systému nemocného bojovat s rakovinou.“

Nová možnost terapie

Podmíněná registrace přípravku blinatumomabu (Blincyto) vychází z výsledků 2 studií fáze II, tj.

studie 211 a 206. V pilotní studii 211 bylo při podávání samotného blinatumomabu u 43 % pacientů dosaženo kompletní remise (CR) nebo CR s částečnou obnovou hematologických parametrů (CRh*). Mezi nejzávažnější nežádoucí účinky pozorované při léčbě blinatumomabem během pilotní studie 211 patřily infekce, neurologické příhody, neutropenie/febrilní neutropenie a syndrom uvolnění cytokinů a syndrom nádorového rozpadu.

„Hodnotili jsme blinatumomab u ALL, nejagresivnější známé malignity B-lymfocytů, a zaznamenali jsme klinicky významnou četnost odpovědí,“ popsal prof. Max S. Topp, který působí v nemocnici v německém Würzburgu. „Prognóza u dospělých pacientů s ALL, kteří jsou refrakterní na terapii nebo u nichž došlo k relapsu, je špatná a blinatumomab pro ně představuje novou možnost léčby,“ uvedl prof. Hervé Dombret z Pařížské univerzity, který působí také v nemocnici Saint Louis v Paříži. „Pro klinické lékaře a pacienty je důležité mít při této akutní formě leukémie k dispozici více terapeutických možností.“

(akt)

Venetoclax získal status orphan drug

Evropská léková agentura (EMA) udělila experimentálnímu léčivu venetoclax, perorálně podávanému inhibitoru BCL-2 proteinu, status léčiva pro vzácná onemocnění pro léčbu akutní myeloidní leukémie (AML).

AML může být rychle se rozvíjející typ rakoviny krve a kostní dřeně a je nejčastějším typem akutní leukémie u dospělých. Venetoclax vyvíjí firma AbbVie ve spolupráci se společnostmi Genentech a Roche. EMA předčasně udělila venetoclaxu status léčiva pro vzácná onemocnění pro léčbu pacientů trpících chronickou lymfocytární leukémií (CLL). Statutem léčiv pro vzácná onemocnění jsou označovány přípravky určené k léčbě, prevenci či diagnostice život ohrožujících onemocnění s nízkou prevalencí (do 5 případů na 10 000 obyvatel Evropské unie), pro které neexistuje léčba s uspokojivými výsledky. Takto označené léčivo musí mít pro pacienta se vzácnou chorobou zároveň významný přínos. AML trpí převážně starší pacienti s průměrným věkem 67 let. Onemocnění se prakticky nevyskytu-

je u lidí mladších 45 let. Průměrná roční incidence AML v Evropě se odhaduje na 1 případ na 25 000 až 33 000 obyvatel.

Trvalá snaha o vítězství

„Pro pacienty s akutní myeloidní leukémií starší 60 let, kteří jsou nejčastěji zasaženi tímto agresivním a život ohrožujícím typem rakoviny, bylo zatím jen několik málo inovativních léčiv,“ uvedl výkonný viceprezident pro výzkum a vývoj a vědecký ředitel společnosti AbbVie Michael Severino. „Udělení statutu léčiva pro vzácná onemocnění léku venetoclax nejen podtrhuje nenaplněné potřeby pacientů, ale i naši trvalou snahu o vítězství v boji s rakovinou a o získávání nových vědeckých poznatků v oblasti onkologie.“ Americký Úřad pro kontrolu léčiv a potravin (FDA) nedávno udě-

lil tomuto experimentálnímu léčivu status průlomové terapie (BTD) a status léčiva pro vzácná onemocnění pro léčbu pacientů s AML. Venetoclax získal od FDA také status průlomové terapie pro léčbu CLL u dříve léčených pacientů s genetickou mutací delece 17p a v kombinaci s rituximabem pro léčbu pacientů s relapsem nebo refrakterní chronickou lymfatickou leukémií (R/R CLL). Kromě toho byla nedávno Evropskou lékovou agenturou validována žádost o registraci venetoclaxu pro léčbu chronické lymfocytární leukémie (CLL) u pacientů s delecí chromosomu 17p nebo s mutací v genu TP53 a rovněž kanadským ministerstvem zdravotnictví akceptována žádost o registraci venetoclaxu jako nové látky pro léčbu již dříve léčených pacientů s CLL, včetně pacientů s delecí 17p.

(akt)

ZE ZAHRANIČÍ

Anglii potřetí ochromila stávka mladých lékařů

Mladí lékaři připravující se k atestaci (tzv. *junior doctors*) pracující v Anglii v zařízeních Národní zdravotní služby (NHS) vstoupili v úterý 8. března do 48hodinové stávky kvůli připravované podobě nových pracovních smluv. Jedná se již o třetí protest mladých lékařů od počátku tohoto roku.

Kvůli protestní akci muselo být v nemocnicích NHS zrušeno téměř 5200 plánovaných zákroků. Jak upozornila jedna z organizátorek stávky dr. Anne Rainsberryová, zdravotnická zařízení se však bez začínajících lékařů během stávky musejí vypořádat i s dalšími těžkostmi, například s propuštěním pacientů do domácího ošetřování. Jsou to totiž právě *junior doctors*, kteří podle ní nejčastěji dohlížejí na ukončení hospitalizace pacientů a instruuje je. „Pro nemocnice je 48hodinová stávka mladých lékařů skutečně výzva,“ podotkla Anne Rainsberryová pro zpravodajský server BBC.

Méně peněz, více únavy

Příčinou sporů neatestovaných lékařů a vlády je nová podoba pracovních smluv. Vyjednávání mezi ministrem zdravotnictví Jeremyem Huntem a Britskou lékařskou asociací (BMA) zatím nepřinesla žádný konkrétní výsledek. Ministr zdravotnictví proto oznámil, že nové smlouvy pro začínající lékaře jednostranně vyhlásí i přes nedohodu s jejich zástupci. *Junior doctors* však v reakci pohrozili, že pokud budou smlouvy přijaty skutečně v tako-

vé podobě, odejdou z NHS. BMA se rovněž obrátila na právníky, aby se pokusili najít způsob jak nařízení NHS, případně se obrátili na svého praktického lékaře nebo na lékárníky. Pro akutní případy je samozřejmě péče zajištěna. Podle NHS si březnová stávka vyžádala zrušení 2077 plánovaných operací a 3187 menších zákroků, společně se stovkami dalších procedur. I přesto mají protestní akce lékařů poměrně širokou podporu veřejnosti. Podle průzkumu BBC podporovalo 48hodinovou stávku 65 % respondentů (prakticky stejný podíl dotázaných jako při poslední, 24hodinové stávce), ve srovnání s minulou akcí poklesl počet těch, kteří mladé lékaře v protestech nepodporují – z 22 % (v únoru) na 17 %. Kromě samotných protestních akcí organizují stávkující mladí lékaři také například kurzy první pomoci pro rodiče a děti a další vzdělávací akce, případně dávají krev nebo vysvětlují veřejnosti své důvody ke stávce. „Chtěli jsme i v den stávky dělat něco pozitivního. Mladí lékaři nejsou ten typ lidí, co jen stojí v davu stávkujících. Chceme ukázat, že to

Podpora veřejnosti

Protestující lékaři doporučili pacientům, kteří nemají žád-

né akutní potíže vyžadující okamžitě ošetření, aby ve dnech protestů zvážili návštěvu zařízení NHS, případně se obrátili na svého praktického lékaře nebo na lékárníky. Pro akutní případy je samozřejmě péče zajištěna.

Podle NHS si březnová stávka vyžádala zrušení 2077 plánovaných operací a 3187 menších zákroků, společně se stovkami dalších procedur. I přesto mají protestní akce lékařů poměrně širokou podporu veřejnosti. Podle průzkumu BBC podporovalo 48hodinovou stávku 65 % respondentů (prakticky stejný podíl dotázaných jako při poslední, 24hodinové stávce), ve srovnání s minulou akcí poklesl počet těch, kteří mladé lékaře v protestech nepodporují – z 22 % (v únoru) na 17 %. Kromě samotných protestních akcí organizují stávkující mladí lékaři také například kurzy první pomoci pro rodiče a děti a další vzdělávací akce, případně dávají krev nebo vysvětlují veřejnosti své důvody ke stávce. „Chtěli jsme i v den stávky dělat něco pozitivního. Mladí lékaři nejsou ten typ lidí, co jen stojí v davu stávkujících. Chceme ukázat, že to

vše neděláme jen pro peníze,“ vysvětlil jeden ze stávkujících dr. Dagan Lonsdale.

Navzdory neoddiskutovatelné podpoře široké veřejnosti se na hlavy *junior doctors* snesla kritika ze strany britské Pacientské asociace, respektive její předsedkyně Katherine Murphyové, která varovala, že opakované protestní akce „jen přispějí k podlomení důvěry mezi zaměstnavateli a zdravotnickým personálem, ale především k narušení důvěry pacientů ve zdravotní péči“.

Další protesty se chystají

Ke stávce se připojila nadpoloviční většina mladých lékařů, kteří měli v den konání akce nastoupit do práce. Přibližně 44 % *junior doctors* do služby přišlo. Nejméně se do stávek zapojují lékaři z urgentních příjmů a pohotovostí. Další málo zasaženou odborností jsou praktičtí lékaři. Zcela nedotčená je v nemocnicích péče sester a porodních asistentek. Ministerstvo zdravotnictví protestní akce lékařů velmi tvrdě odsuzuje. „Kvůli nezodpovědným a neospravedlnitelným akcím BMA museli pacienti od počátku



Ilustrace: foto: Shutterstock

roku čelit více než 19 tisícům zrušených zákroků,“ nechal se slyšet mluvčí úřadu. Předseda sekce pro mladé lékaře v rámci BMA Johann Malawana však tvrdí, že *junior doctors* již neměli jinou možnost. „Velice nás mrzí, že došlo k ovlivnění péče o pacienty. Ve snaze tento dopad minimalizovat plánujeme akce dlouhodobě dopředu,“ uvedl dr. Malawana. „Ministerstvo ovšem nadále trvá na tom, že nové smlouvy i přes naše námítky hodlá prosadit silou, což přinese mladým lékařům značně ztížené podmínky pro vykonávání práce, ale navíc v jejich důsledku může dojít z dlouhodobého hlediska k ohrožení péče o pacienty,“ varoval zástupce BMA.

Pokud nedojde k dohodě mezi BMA a ministerstvem zdravotnictví, případně pokud Jeremy Hunt neustoupí od svého záměru nové pracovní smlouvy vyhlásit jednostranně, chystají neatestovaní lékaři pracující v nemocnicích anglické NHS další dvě 48hodinové stávky, a to na 6.-7. a 26.-27. dubna.

(Zdroje: Guardian, BBC)

Květa Havlová

Inzerce M161000229

Předplaťte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získáte dárek v hodnotě 420 Kč

RAŠELINOVÁ KOUPEL PRO DOMÁCÍ POUŽITÍ

Přírodní rašelínové koupele 10x 60 ml z kvalitní české slatinné rašeliny jsou vhodné pro uvolnění napětí a stresu, pro úlevu při obtížích pohybového aparátu a pro podporu regenerace kožních buněk. Přidáním 60 ml extraktu při napouštění horké vany si vytvoříte domácí rašelínovou koupel.

Neváhejte!

Tato nabídka platí jen do 17. 4. 2016.

Předplatné na rok pouze za 299 Kč.



Předplaťte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své jméno, doručovací adresu a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0316**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0316**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné sdávkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svými písemnými oznámením adresovaným společností Mladá fronta a. s. neseďlí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s tímto dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávku dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jim vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má právo dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Aktuální otázky v koloproktologii

Aktuální témata z koloproktologie zazněla na kongresu Pracovní dny koloproktologické sekce České chirurgické společnosti J. E. Purkyně 2016 ve dnech 18.–19. února v kongresovém sále pražské Žižkovské věže.

Akci uspořádala divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta, a. s. Prezidentem kongresu byl přednosta Chirurgické kliniky 2. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Jiří Hoch, CSC.

V rámci kongresu zazněly mimo jiné příspěvky Břišní katastrofy středního původu, Anamostóza, Stomie, Krvácení do dolní části zažívacího traktu či Kontrola kvality v chirurgii. Na akci byly prezentovány také novinky v koloproktologii a přehled a výsledky evropských studií. Hostem kongresu byla legenda americké chirurgie profesor Stanley M. Goldberg z University of Minnesota.

vány také novinky v koloproktologii a přehled a výsledky evropských studií. Hostem kongresu byla legenda americké chirurgie profesor Stanley M. Goldberg z University of Minnesota. (eta)



Zleva profesor Jiří Hoch, obchodní ředitelka divize Medical Services Kristína Kupcová a ředitel divize Karel Novotný | Foto: archiv MF

Česká lékařská akademie přijala nové členy

Česká lékařská akademie (ČLA) přijala 11. března během slavnostního zasedání v aule Karolina Univerzity Karlovy pět nových členů.

Předseda ČLA prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., FCMA, po svém úvodním projevu, v němž zhodnotil činnost akademie v minulém roce a představil plány pro rok letošní, předal diplomy novým členům, kterými se stali:

- přední český plastický chirurg **MUDr. Bohdan Pomahač**, který působí ve Spojených státech amerických. Prof. Rokyta vyzdvihl nejen úspěchy MUDr. Pomahače na poli plastické chirurgie (vedl např. tým lékařů, který jako první v USA provedl celkovou transplantaci obličeje), ale také jeho práci ve výzkumu, jemuž se MUDr. Pomahač věnoval po svém příchodu do USA.

- přednosta Dermatovenerologické kliniky 3. LF UK a FNKV prof. **MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA**, který svůj profesní život spojil především s problematikou melanomu. Jak předseda ČLA vyzdvihl, prof. Arenberger se jako autor projektu „Stan proti melanomu“ zasloužil rovněž o popularizaci tohoto závažného onemocnění.

- vedoucí Onkogynekologického centra Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN prof. **MUDr. David Cibula, CSC.**, který patří k největším odborníkům v oboru u nás. Prof. Rokyta zmínil rovněž hrozící problém personální krize v českých porodnicích, na něž prof. Cibula dlouhodobě upozorňuje a který je zapříčiněn mimo jiné malou právní ochranou lékařů.

- přednosta Ortopedické kliniky FN Ostrava prof. **MUDr. Jiří Gallo, Ph.D.**, u kterého předseda ČLA prof. Rokyta vyzdvihl, že se mu daří propojit práci vědce a klinika – odkazoval při tom především na některé metody molekulární biologie, jež prof. Gallo využívá při léčbě pacientů.

- přednosta Dětského kardiocentra FN Motol prof. **MUDr. Jan Janoušek, Ph.D.**, jehož jméno podle slov prof. Rokyty má skvělou reputaci i v zahraničí a který v oboru dětské kardiologie „nese vysoko prapor profesora Milana Šamánka“.

- přednosta 1. interní kliniky LF UK a FN Plzeň prof. **MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.**, který svou kariéru spojil především s intenzivní medicínou, v níž zaznamenal řadu úspěchů.

Profesor Rokyta připomněl význam České lékařské akademie jako instituce, která reprezentuje českou lékařskou veřejnost nejen doma, kde je partnerem státních institucí při připomínkování zákonů a koncepčních otázek, vydává nezávislá stanoviska k závažným medicínským problémům a organizuje vzdělávací akce, ale i v zahraničí, neboť ČLA je členem Evropské federace lékařských akademii (FEAM). (kha)

Pojďme udělat zázrak pro...

Dar sluchu, nadační fond pracující s lidmi s významnou ztrátou sluchu až po úplně neslyšící, představil projekt s názvem „Pojďme udělat zázrak pro...“. Díky němu poprvé v životě uslyší i Davídek, malý chlapec z Ghany.



Davídek má šanci, že poprvé v životě vůbec něco uslyší.

| Foto: Nadační fond Dar sluchu

Projekt se zaměřuje na pomoc neslyšícím před a po kochleárních implantacích či při výměně stávajících zařízení, jež jsou na konci své životnosti. 3. března jej představili přednosta Kliniky ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol MUDr. Jiří Skřivan, CSC., a ředitelka nadačního fondu Dar sluchu Gabriela Dänemarková. Jedním z nejbližších cílů je kompletní péče o Davídka, sedmiměsíčního chlapce z Ghany, který se narodil zcela neslyšící. Fond již zajistil finanční částku pokrývající předoperační vyšetření v Praze a nyní pořádá sbírku, jejíž výtěžek Davídkovi umožní ab-

solvovat na podzim implantaci. Davídek navštíví v průběhu března Prahu a projde předoperačními vyšetřeními.

„Pokud půjde vše dobře a povede se vybrat dostatečnou částku, což je v tomto případě přibližně 700 tisíc korun, budeme u nás Davídka na podzim operovat,“ řekl MUDr. Skřivan a dodal: „Davídkovi po jeho příjezdu předáme a zapne jeho první sluchadla, která u dětí v předoperačním stadiu dočasně stimulují vnímání. Davídek poprvé v životě vůbec něco uslyší!“

Pomoc nejen Davídkovi

Součástí projektu „Pojďme udělat zázrak pro...“ je samozřejmě i pomoc dětem a dospělým v České republice či dalších zemích – ať už projekt pomůže dítěti z Afriky, které by bez něj nemělo šanci slyšet, nebo dětem u nás, jejichž rodiče si nemohou dovolit zaplatit třeba druhé sluchadlo (pojišťovna totiž přispěje jen na jedno). V České republice je pro pacienty s postižením sluchu implantace plně hrazena ze zdravotního pojištění. Na upgrade sluchového procesoru mají děti i dospělí nárok jednou za 10 let, nicméně pojišťovna hraď pouze 75 % celkových nákladů. Nový projekt pomůže zájemcům s financováním těchto náročných zákroků.

Sbírka pro Davídka a české pacienty probíhá na transparentním účtu: 2300942189/2010

Novinářská cena Psychiatrické společnosti ČLS JEP

Do konce dubna můžete poslat návrhy na ocenění nových publicistických počinů v oblasti duševních onemocnění.

Výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP vyhláší novinářskou cenu 2015–2016 za publicistický, reportážní či naučný článek, případně filmový dokument (publikovaný od posledního udělení ceny v říjnu 2015 dosud), který představuje významný příspěvek

k porozumění duševním onemocněním, ke zlepšení postavení duševně nemocných a k destigmatizaci psychiatrie.

Návrhy posílejte do 30. 4. 2016 na adresu: hpap@seznam.cz, budou posouzeny pětičlennou nezávislou komisí složenou z řad psychi-

atrů a novinářů. Výsledky budou vyhlášeny na XI. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Špindlerův Mlýn 2016.

Více informací na webových stránkách www.psychiatrie.cz.

(red)

ZE SPOLEČNOSTI

MaRSu se letos zúčastnil rekordní počet lidí a měst

Zacvičit si a podpořit pacienty s roztroušenou sklerózou přišlo více než 2 tisíce lidí z celkem 23 měst.

Maraton s roztroušenou sklerózou (MaRS) je mezinárodní sportovní akce, při níž se lidé pod odborným dohledem střídají v kruhovém tréninku nebo skupinových cvičeních, které jsou vhodné pro pacienty s roztroušenou sklerózou. Do maratonu se zapojují také handicapovaní lidé na vozíčkách a imobilní pacienti cvičením z domova. Pomyslný štafetový

kolík si předávali celých 24 hodin v kuse.

„Každým rokem se hlásí noví lidé, další pacienti, kteří chtějí organizovat cvičení ve svém městě nebo pomáhat. Moc si toho vážíme. Důležité je, aby se z maratonu nevytratilo to hlavní – myšlenka, že nikdo z lidí s ‚reskou‘ není ve svém boji sám, ale bojujeme všichni společně a cvičíme jako jeden tým. Věříme, že se li-

dé s roztroušenou sklerózou přestanou pohybu bát a zařadí rehabilitaci a sport do svého běžného života,“ uvedla Kateřina Bémová z Nadačního fondu IMPULS, který akci organizuje.

Na dobrovolném vstupném a finančních darech se letos sešlo 268 445 korun. Peníze poputují i tentokrát na podporu cvičebních aktivit pacientů a nákup rehabilitačních pomůcek. (red)

Nominujte kandidáty na Cenu Olgy Havlové

Již od roku 1995 Výbor dobré vůle (VDV) každoročně uděluje Cenu Olgy Havlové osobám se zdravotním postižením, které navzdory svému zdravotnímu postižení pomáhají jiným znevýhodněným lidem.

Jednotlivci z řad veřejnosti či organizace mají do 10. dubna 2016 možnost nominovat kandidáty na tuto cenu. Jméno laureáta bude slavnostně vyhlášeno 23. května 2016 během slavnostního večera ve výstavní síni Mánes v Praze. Udílení Ceny Olgy Havlové je také příležitostí pro poděkování dárcům, spolupracovníkům a dobrovolníkům, kte-

ří se podílejí na činnosti Nadace Olgy Havlové. Letošní ročník udílení ceny proběhne v rámci oslav nedožitých 80. narozenin Václava Havla a připomenutí 20. výročí úmrtí Olgy Havlové.

Více informací pro zasílání návrhů a jména nositelů Ceny Olgy Havlové najdete na: www.vdv.cz

(eta)

Pozvánka na Doktorfest 2016

Rock, blues, rock 'n' roll, punk či worldmusic čekají na milovníky hudby v sobotu 28. května od 11 do 20 hodin u Písecké brány v Praze 6 na již 4. ročníku hudebního festivalu Doktorfest.

I letos se na Doktorfestu představí renomovaní lékaři v roli umělců-hudebníků. Těšit se

můžete nejen na stálíce festivalu, jimiž jsou hudební skupiny Bílá nemoc, Bratři v rytmu či

Dick O'Brass. Koncertovat přijdou také legendy pražské big beatové scény, kapely Pozdní lítost, Blaženka či Růžová budoucnost. Rock 'n' rollové to roztočí mladíci z !Scream a kapela Doctor's Band z Uherského Hradiště.

Součástí letošního ročníku bude benefice a DMS kampaň pro nadaci Dětský mozek, výtěžek půjde na asistenci pro devítiletou dívku s diagnózou dětská mozková obrna. Bohatý doprovodný program dále nabídne soutěže, tvůrčí dílny, kurz první pomoci pro děti, prohlídku sanitky a dispečinku Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy či lékařské vyšetření zdarma. Pamatováno je i na děti, pro které je připraven zábavný program se

soutěžemi či kurzem první pomoci. Festival moderuje Václav Kopta. Záštitu převzal radní Hlavního města Prahy Ing. Radek Lacko.

Více informací najdete na: www.doktorfest.cz či facebooku Doktorfest.



Foto: 2x archiv pořadatele (eta)



Pozvánka na BylinkoFest

Na prvním ročníku BylinkoFestu se sejdou lidé, které spojuje zájem o bylinky, jejich pěstování a všestranné využití. Dozvědí se tu leccos i o zdravém životním stylu a možnostech fyto terapie.

Festival nabídne návštěvníkům zajímavé populárně naučné přednášky o zdraví, léčivých rostlinách a zdravém životním stylu. Přednášet budou odborníci, kteří se mnoho let věnují zdraví a bylinkám. Na tvůrčích workshopech se návštěvníci naučí používat dary přírody v praxi. Ochutnat budou moci zdravé dobroty, koupit si sazenice známých i méně známých rostlin. Na

prodejní výstavě bude možné pořádku spoustu jedinečných originálních výrobků. Zajímavé jistě budou i poradny, návštěvníci se budou moci ptát přítomných odborníků a majitelů firem. Prostor k vyjádření vlastního názoru dostanou všichni, kteří se chtějí podělit o své zkušenosti. Záměrem pořadatelů je propojit lidi, kteří mají blízký vztah k přírodě a všemu, co nám poskytuje. Bylin-



(red)

koFest by si neměli nechat ujít ti, kteří se zajímají se o léčivé rostliny, bylinkové produkty a není jim lhostejná péče o zdraví, preferují zdravý způsob života a jejich koníčkem je pěstování rostlin či příprava přírodních produktů.

Akce proběhne 23. dubna, od 9.00 do 19.00 hodin v Národním zemědělském muzeu (Kostelní 44, Praha 7).

Nemocné děti přišli potěšit a pobavit hasiči

Neobvyklou, ale velmi milou návštěvu si 8. března užily děti hospitalizované v Nemocnici Havlíčkův Brod.

Profesionální hasiči přišli navečer navštívit malé pacienty dětského oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod. Kromě prohlížení knížek a čtení pohádek na dobrou noc si děti, ale i maminky, mohly vyzkoušet třeba hasičskou helmu. Velkou atrakcí byly i nafouknuté balonky s logem Hasičského záchranného sboru nebo pexeso na památku. Záměrem bylo rozptýlit na chvíli

děti i jejich doprovod, ale také podpořit čtení knih, neboť březen je měsícem knihy.

S touto akcí začali před třemi lety v havlíčkovobrodské nemocnici a postupně se ujala i v ostatních nemocnicích v Kraji Vysočina. A tak v průběhu března do každé z pěti nemocnic v kraji přijdou profesionální, ale i dobrovolní hasiči číst pohádky na dobrou noc. (red)



Foto: archiv Nemocnice Havlíčkův Brod

Vstupní prohlídky zdravotnických pracovníků

Je vstupní zdravotní prohlídka a vyhodnocení zdravotní způsobilosti k výkonu povolání nezbytnou součástí přijímacího procesu lékaře na zdravotnické pracoviště? Když chceme zaměstnat nového lékaře, musí absolvovat vstupní zdravotní prohlídku, a u koho? Platí povinnost projít vstupní zdravotní prohlídkou i pro ne-



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

lékařské zdravotnické pracovníky?

Zaměstnavatel obecně nemá povinnost zajistit, aby se uchazeč o zaměstnání před uzavřením pracovní smlouvy podrobil vstupní lékařské prohlídce. Tuto povinnost má zaměstnavatel pouze ve zvláštních případech, kdy tak stanoví právní předpis. Tímto zvláštním právním předpisem je mimo

jiných také směrnice Ministerstva zdravotnictví o posuzování zdravotní způsobilosti k práci. Touto směrnicí byla povinnost vstupní lékařské prohlídky stanovena také uchazečům o zaměstnání, kteří by měli nastoupit k zaměstnavatelům, u nichž je zřízeno zdravotnické zařízení. Jiný právní předpis, zákon o specifických zdravotních službách, blíže upravuje podmínky provádění vstupních lékařských prohlídek. Vstupní lékařská prohlídka je nezbytnou součástí přijímacího pro-

cesu lékaře na zdravotnické pracoviště. U vstupních lékařských prohlídek se neuplatní zásada svobodné volby lékaře, neboť podle zákona je tuto vstupní lékařskou prohlídku uchazeč povinen absolvovat u poskytovatele pracovnílékařských služeb v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru pracovní lékařství. Po-

vinná vstupní lékařská prohlídka platí i pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Pro úplnost uvádím, že vstupní lékařskou prohlídku hraří osoba ucházející se o zaměstnání. Zaměstnavatel hraří vstupní lékařskou prohlídku, pokud uzavře s uchazečem o zaměstnání pracovněprávní nebo obdobný vztah.

Sedm dvanáctek za sebou

Mohu sloužit v sedmi dnech po sobě 12hodinové noční směny (od 19 do 7 hodin)? Staniční sestry tak řeší situaci, kdy některá nebo některé z kolegyně onemocní. Následující týden třeba nechodíme do práce vůbec, abychom neměly na konci měsíce příliš mnoho hodin, a slouží kolegyně, které předtím byly nemocné. Je toto v pořádku?

Dotaz je potřeba posoudit z hlediska toho, zda zmiňovaná praxe splňuje zákoník práce stanovené požadavky na tzv. nepřetržitý odpočinek v týdnu. Nepřetržitým odpočinkem v týdnu se rozumí delší doba odpočin-

ku, kterou by zaměstnanec měl mít možnost čerpat jednou během sedmi po sobě následujících dnů. Délka odpočinku je stanovena minimálně na 35 hodin. Rozhodnutí o dnech, kdy bude nepřetržitý odpočinek v týdnu čerpán, je na zaměstnavateli, přičemž nepřetržitý odpočinek v týdnu by měl být stanoven všem zaměstnancům na stejný den, pokud možno na neděli. Jestliže to však z provozních důvodů není možné, pak může být jednotlivým zaměstnancům určen v různý den.

Výše popsaný nepřetržitý odpočinek v týdnu může být zkrácen pouze z důvodů výslovně upra-

vených v zákoníku práce. Jedna z těchto výjimek se vztahuje i na zdravotnická zařízení, ve kterých může zaměstnavatel rozvrhnout pracovní dobu zaměstnanců starších 18 let pouze tak, že doba nepřetržitého odpočinku v týdnu bude činit nejméně 24 hodin s tím, že zaměstnancům bude poskytnut nepřetržitý odpočinek v týdnu tak, aby za období 2 týdnů činila délka tohoto odpočinku celkem alespoň 70 hodin. K dotazu tak uvádím, že pokud zmiňovaná praxe naplňuje v předchozí odstavci popsané požadavky zákoníku práce, je tento postup zaměstnavatele v pořádku.



ilustrační foto: Shutterstock

Lékař jako zaměstnavatel a odborný dohled

Může lékař, který poskytuje zdravotní služby jako fy-

odpovídá
Mgr. Jan Tetiva

Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti

zická osoba, zaměstnat ve své ambulanci druhého lékaře (jako svého zaměstnance), nebo je to možné jen v případě, že má ambulance status spol. s r. o.? Musí mít lékař-zaměstnanec druhého lékaře atestaci v oboru?

Poskytování zdravotních služeb v současnosti upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon také výslovně uvádí, že poskytovatelem zdravotních služeb může být jak právnická, tak fyzická osoba, přičemž ohledně možnosti zaměstnávání zdravotnických pracovníků není mezi těmito subjekty činěn rozdíl. Lékař, pokud je poskytovatelem zdravotních služeb ve smyslu uvedeného zákona, tedy může mít jako zaměstnance jiného lékaře.

Výjimky z atestace

Problematiku specializované způsobilosti lékaře (atestace), resp. výkonu povolání lékaře před jejím získáním upravuje zákon č. 95/2004

a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. V § 4 odst. 2 tohoto zákona je uvedeno, že vykonávat povolání lékaře s odbornou způsobilostí (způsobilostí získanou absolvováním příslušného vysokoškolského studia, tedy bez příslušné atestace) je možné pouze pod odborným dohledem lékaře s atestací v příslušném oboru. Tentýž paragraf však zároveň zakládá i výjimku z nutnosti uvedeného odborného dozoru, a to v případě činnosti vymezených prováděcím právním předpisem. Určité činnosti (specifické pro různé lékařské specializace) tedy smí lékař bez atestace provádět i bez odborného dozoru, avšak pouze pokud je držitelem certifikátu o absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru. Některé činnosti při poskytování zdravotních služeb tak lze za podmínky a v rozsahu stanoveném právními předpisy provádět i bez příslušné atestace.

„Nezaměňovat“ nemusí být výhodné ani pro lékaře, ani pro pacienta

Pokud to jde, předepisují v ordinaci léky doporučené v tzv. pozitivních listech. Protože chceme, aby tyto levné a doporučené léky nebyly v lékárně zaměněny za jiné, dražší, vyznačujeme na receptu „Nezaměňovat“. Nyní jsem se dozvěděl, že právě kvůli tomuto označení mi pak jde do nákladů celá cena léku. Jsem paradoxně postihován za to, že upozorňuji na nezaměňování doporučeného léku.

V rozporu s domněnkou řady lékařů nejsou v tzv. pozitivních listech uvedeny jen ty nejlevnější léčivé přípravky. Jestliže tedy na recept vyznačíte „Nezaměňovat“ z důvodu, že jde o doporučený lék pojišťovnou, nemůže lékárna podle zákona o veřejném zdravotním pojištění pacientovi vydat žádnou jinou alternativu, která by mu případ-

odpovídá
Mgr. Barbora Vráblová
Kancelář Ombudsmana
pro zdraví

ně mohla vyhovovat. A to ani kdyby se jednalo o levnější léčivý přípravek s nižším nebo žádným doplatkem, který by pacient přímo žádal. Navíc se tím můžete vystavit porušení smluv, které máte s pojišťovnami uzavřeny. Ty totiž často zahrnují ustanovení zakotvující požadavek o poskytování hrazené zdravotní péče „lege artis bez nadbytečných nákladů“ doplněný o formulaci, která klade zřetel na potřebný diagnostický nebo léčebný efekt s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce. K porušení smluvní povinnosti pak může docházet v případě předepisování přípravku dražšího oproti levnější variantě s použitím pojmu „Nezaměňovat“, aniž by byly splněny uvedené podmínky. Pokud jde o započítávání ceny předepisovaných léčivých přípravků,

úhradová vyhláška pro rok 2016 skutečně uvádí, že do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení. Jak z toho tedy ven? Úhradová vyhláška současně uvádí, že „regulační omezení se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad“. Vymanit se ze započítávání doplatků z receptů s vyznačením „Nezaměňovat“ do průměrných nákladů nemůžete. Pokud však pojišťovna sníží celkovou úhradu při jejich překročení, lze argumentovat nezbytností lékařského předpisu „Nezaměňovat“. I z tohoto důvodu je tudíž nutné předepisovat tyto lékařské recepty pouze v odůvodněných případech, kdy je možno doložit a prokázat jejich nezbytnost.

NOVÉ KNIHY

Knihy z vydavatelství Mladá fronta získaly cenu ČOS ČLS JEP

Výbor České onkologické společnosti ČLS JEP vyhodnotil jako nejlepší odborné publikace roku 2015 knihy „Geriatrická onkologie“ a „Vzácné nádory v onkologii“. Obě vydala divize Medical Services nakladatelství Mladá fronta.

Vzácné nádory v onkologii

Knihy „Vzácné nádory v onkologii“ z pera MUDr. Kateřiny Kubáčkové a kol. představuje svým pojetím první publikaci na toto téma na našem trhu a poskytuje aktuální pohled na vzácná onkologická onemocnění, s nimiž se lékaři mohou ve své praxi setkat.

Vzácné nádory představují jednu pětinu všech zhoubných nádorů. Celá polovina nemocných však na diagnózu vzácného zhoubného nádoru umírá.



Symptomy vzácných nádorů jsou obdobné jako u nádorů častých. Je však nesmírně důležité věnovat pozornost odlišnostem, aby byla zajištěna časnější diagnostika a tím i vyšší úspěšnost léčby pacientů se vzácnými nádory.

Publikace vyšla v edici Aeskulap.

Geriatrická onkologie

Knihy „Geriatrická onkologie“, za níž stojí autorský kolektiv v čele s prof. Hanou Matějovskou Kubešovou a MUDr. Igozem Kissem a která vyšla v edici

Postgraduální medicíny, slouží jako zdroj komplexních informací o starším pacientovi s onkologickým onemocněním. Je určena nejen onkologům, ale také neonkologicky zaměřeným specialistům a praktickým lékařům. Publikace si klade za cíl ulehčit mnohdy velmi obtížné rozhodování v oblasti polyfarmakoterapie, posouzení celkového stavu seniora ve vztahu k předpokládanému diagnostickému či terapeutickému procesu a samozřejmě i při výskytu komplikací léčby



nádorového onemocnění či dekompenzace onemocnění ostatních, a to vždy v kontextu existující malignity. Cílem knihy není vytvářet rozsáhlou onkologickou učebnici, ale naopak postihnout a zdůraznit zejména odlišnosti a specifika u jednotlivých diagnóz pacientů vyššího věku. (red)

Vladimír Vašků Psoriáza



Rozsah: 128 stran
Cena: 195 Kč
ISBN: 978-80-7345-430-2
Vydavatel: Maxdorf

To, že psoriáza postihuje kromě kůže také klouby, je známo již dávno. Nyní však vyvstávají významné souvislosti psoriatického procesu s možným postižením dalších orgánů, především kardiovaskulárního systému. Podcenění či oddálení léčby, včetně léčby biologické, tedy může zkrátit život těžkého psoriatika o několik let.

Přemysl Falt, Ondřej Urban, Petr Vítek a kolektiv Koloskopie



Rozsah: 320 stran
Cena: 790 Kč
ISBN: 978-80-247-5284-6
Vydavatel: Grada

Kolektiv gastroenterologů, dětských gastroenterologů, chirurgů a radiologů napsal knihu komplexně pojednávající o všech aspektech koloskopického vyšetření. Celobarevná publikace post-

graduálního charakteru obsahuje 226 obrázků a 79 tabulek.

Libuše Čeledová, Rostislav Čevela, Miroslav Bosák Posudková činnost v ordinaci praktického lékaře

Manuál pro praxi v oblasti sociálního zabezpečení a zaměstnanosti



Rozsah: 192 stran
Cena: 249 Kč
ISBN: 978-80-247-4844-3
Vydavatel: Grada

Spolupráce posudkových lékařů s kliniky a praktiky je důležitá pro dobré fungování systémů sociální ochrany a při komplexním řešení problémů s medicínskými, ekonomickými a sociálními aspekty. Všechny je pokrývá tato monografie, doplněná kazuistikami.

Daniel Růžek a kolektiv Klíšťová encefalitida



Rozsah: 200 stran
Cena: 290 Kč
ISBN: 978-80-247-5305-8
Vydavatel: Grada

Virologové, parazitologové a lékaři různých specializací v knize shr-

nují nejnovější poznatky o klíšťové encefalitidě a možnosti prevence se zvláštním zřetelem na vakcinaci.

Richard Rokyta a kolektiv Fyziologie a patologická fyziologie pro klinickou praxi



Rozsah: 736 stran
Cena: 999 Kč
ISBN: 978-80-247-4867-2
Vydavatel: Grada

Učebnice vycházející z osnov výuky obou předmětů na lékařských fakultách, s 180 originálními obrázky a 56 tabulkami.

Bohumila Baštecká, Jan Mach a kolektiv Klinická psychologie



Rozsah: 742 stran
Cena: 865 Kč
ISBN: 978-80-262-0617-0
Vydavatel: Portál

Učebnice kromě jedincovy cesty ke zdraví či nemoci nepomíjí ani objevování toho, co je rolí, úkolem a zodpovědností klinického psychologa při spolupráci s pa-

cienty a jejich rodinami a v týmu s kolegy.

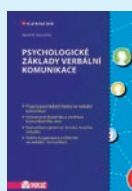
Richard Rokyta, Cyril Höschl (editoři) Bolest a regenerace v medicíně



Rozsah: 288 stran
Cena: 530 Kč
ISBN: 978-80-88046-03-5
Vydavatel: Axonite

Knihy přináší výběr 40 přednášek z celostátních kongresů České lékařské akademie konaných v letech 2013–2014. První část obsahuje příspěvky zaměřené zejména na léčbu bolesti, druhá se věnuje převážně regenerativní medicíně a v závěrečné části jsou představeni jednotliví autoři.

Jaromír Janoušek Psychologické základy verbální komunikace



Rozsah: 384 stran
Cena: 499 Kč
ISBN: 978-80-247-4295-3
Vydavatel: Grada

Předmětem autorova zájmu jsou vnitřní souvislosti mezi jazykem

a lidskou psychikou, hlavním tématem je neobyčejně složitý vztah vnitřní řeči a interpersonální komunikace. Profesor Janoušek se rovněž zabývá psanou řečí a písemnou komunikací, vlivem individuality či meziosobních vztahů, stejně jako specifiky ženské a mužské komunikace či komunikace ve virtuální realitě. Zamýšlí se mimo jiné nad udržitelností verbální komunikace jako prostředku dorozumění a porozumění mezi lidmi.

Jiří Šimek Lékařská etika

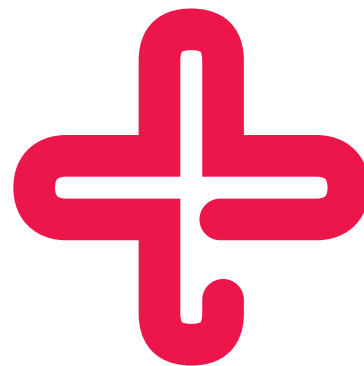


Rozsah: 224 stran
Cena: 349 Kč
ISBN: 978-80-247-5306-5
Vydavatel: Grada

Knihy představuje ucelený souhrn základních tematických a problémových okruhů současné lékařské etiky. V první části je čtenáři zprostředkováno nahlédnutí do staleté moudrosti evropského filozofického úsilí. Druhá část shrnuje obecné základy lékařské etiky – představuje její historii, v lékařské etice užívanou metodologii a také význam a poslání tohoto v lékařské tradici zakotveného, ale současným způsobem rozpracovávaného oboru. Ve třetí části jsou uvedeny jednotlivé problémové okruhy současné lékařské etiky.

Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



22 / Rehabilitace

Ošetřování pacienta po implantaci TEP kolenního kloubu

26 / Prevence

Dopravní úrazy v dětském věku

28 / Algeziologie

Posuzování bolesti v ošetrovatelské praxi

Rehabilitační ošetřovatelství – ošetřování pacienta po implantaci TEP kolenního kloubu

Rehabilitační ošetřovatelství je postup léčebné rehabilitace, který se zabývá prevencí komplikací, jež by mohly vzniknout v souvislosti se základním onemocněním. Hlavními preventivními prostředky jsou včasné užití léčebných poloh, polohování, mobilizace a vertikalizace nemocného.

Sestra se při ošetřování pacienta po implantaci totální endoprotézy (TEP) kolenního kloubu v rámci rehabilitačního ošetřovatelství zaměřuje především na polohování, vertikalizaci, nácvik chůze s oporou lokomočních pomůcek, dosažení optimálního kloubního rozsahu, péči o jizvu, aplikaci chladu a dosažení soběstačnosti v sebeobsluze. Dle možnosti a zvyklostí pracoviště může dále provádět např. dechová cvičení, pasivní, aktivní cvičení a další.

Na začátku je polohování

Charakteristickým rysem rehabilitačního ošetřování nejen po TEP kolenního kloubu je každodenní spolupráce sestry s fyzioterapeutem, která začíná již po příjezdu pacienta z operačního

sálu. Operovanou dolní končetinu (DK) v nultý a první pooperační den polohujeme na 2 hodiny na bedýnku v 90° flexi, poté pokračujeme polohováním v extenzi rovněž na 2 hodiny, kterou zajistíme podložením Achillovy šlachy válečkem. Koleno můžeme případně zatížit vakem s pískem. Doba statického postavení kloubu je však závislá zejména na subjektivních pocitech pacienta. Následuje pravidelné polohování střídavě na bok a záda v 2hodinových intervalech.

V dalších pooperačních dnech polohování nahrazuje již pacientův aktivní pohyb v kloubu – aktivní cvičení. Snahou všech zdravotníků je pacienta aktivně zapojit do rehabilitace. Dosažení plné extenze a 90° flexe je důležité pro správný sed a nácvik chůze po rovině a schodech. Pokud pacient požadovaného rozsahu

pohybu nemůže dosáhnout aktivním cvičením, lze použít postupné procvičování pasivního pohybu v motodlaze s fyzioterapeutem. Dle celkového stavu pacienta a jeho mobility pokračujeme dále v pravidelném polohování v rámci prevence dekubitů, jimiž je pacient nejvíce ohrožen zejména v prvních dnech po operaci.

Nácvik sedu na lůžku

Druhý až pátý den začínáme s aktivním cvičením, nácvikem sedu se spuštěnými DK z lůžka a vstáváním z lůžka s oporou berlí. Nejdříve pod dohledem fyzioterapeuta a poté pokračuje nácvik i se sestrou. Pacienta v poloze vleže obrátíme na bok, jeho pokrčené DK vysuneme přes okraj lůžka. Pacient se rukou vzepře na lůžku před tělem, vzpřímí hlavu. Sestra mu může pomoci přitlačáním svých dlaní na rameno, případně na pánev nebo stehno. Plosky nohou musí být položeny na pevné podložce, aby nedošlo k tlaku pod kolenem.

Nemáme-li polohovací lůžko, podložíme DK stoličkou nebo schůdky. Pro lepší udržení rovnováhy se může nemocný přidržet dolního čela lůžka. Při vstávání z lůžka pacient sedí na kraji lůžka, zdravou končetinu podsuně pod lůžko, na neoperované straně se opírá o lůžko, na straně operované drží berle a tlakem na lůžko i berle se postaví, přičemž zátěž je na zdravé končetině.

Nácvik chůze

Pokud pacient zvládá jistý stoj u lůžka, obvykle také již druhý pooperační den zahájíme nácvik chůze. Nácvik pacient začíná opět s fyzioterapeutem a následně pokračuje i se sestrou. Z důvodu téměř úplného odlehčení operované končetiny, kdy pacient přikládá operovanou končetinu pouze vlastní vahou, musí po operaci používat pomůcky k lokomoci. Nejčastěji jsou to podpažní berle či francouzské hole. U pacientů s horší fyzickou kon-



Ilustrační foto: Shutterstock

dicí lze použít i různé druhy chodítek. Většina pacientů zvládne samostatnou chůzi přibližně do pátého dne.

Při nácviku chůze stojíme za pacientem, rukou jej přidržujeme kolem boků na neoperované straně a jistíme ho před pádem. Rytmus chůze zvolíme podle toho, jaký pacient nejlépe zvládá a nejvíce mu vyhovuje. U pacientů po implantaci TEP kolena nejčastěji volíme chůzi čtyřdobou. Po několika dnech většina pacientů zvládne chůzi třídobou a zhruba po dvou týdnech i chůzi dvoudobou.

Chůze po schodech

Po zvládnutí chůze po rovině pokračujeme zhruba od desátého dne nácvikem chůze do schodů a ze schodů, kterou by měl pacient zvládnout do propuštění z nemocnice, zvláště má-li doma schody.

Důležité je upozornit pacienta na výběr vhodné obuvi, nejlépe ještě před nástupem k hospitalizací. Obecně lze doporučit měkké, pohodlné boty, které se dobře nazouvají a mají pevnou patu a podpatek do 3 cm. Pro pobyt ve zdravotnickém zařízení a jako domácí obuv jsou vhodné měkké korkové dřeváky se stélkou jako vanička a podpírající nožní klenbu. Příhodnější je typ se třemi pásky, pevněji držící na noze při chůzi.

Chyby, které se při chůzi objeví, musíme hned odstraňovat. Je nutné soustředit se především

na správné kladení chodidel, kdy pacient nohu pokládá na zem patou, a také dbáme na správný odraz chodidla ze špičky. Nohy jsou současně mírně stočené zevně. Délka kroků oběma DK musí být stejná, pacient se musí dívat před sebe, nikoli na podlahu, nesmí se věšet na berle v podpaží a je nutné, aby měl správně nastavenou výšku berlí.

Základní typy chůze o berlích po implantaci TEP kolenního kloubu

Podle rytmu – dob – rozlišujeme tyto typy chůze:

- čtyřdobá,
- třídobá,
- dvoudobá.

Chůze s plným odlehčením nebo s částečným zatížením operované končetiny

a) čtyřdobá:

1. doba – pravá (levá) berle,
2. doba – levá (pravá) berle,
3. doba – operovaná končetina mezi berle,
4. doba – krok zdravou končetinou před berle.

b) třídobá:

1. doba – obě berle současně,
2. doba – operovaná končetina mezi berle,
3. doba – krok zdravou končetinou před berle.

c) dvoudobá:

1. doba – obě berle a operovaná končetina současně,
2. doba – krok zdravou končetinou před berle.

Režimová opatření po TEP kolenního kloubu

Tři měsíce od operace

- spát na pevném a rovném lůžku,
- střídat polohy (chůzi, sed, leh), nepřepracovávat své síly,
- přizpůsobit výšku židlí, aby koleno bylo ohýbáno max. do 90°,
- chodit pomalu, v přirozeném rytmu,
- cvičit několikrát během dne,
- používat i při chůzi doma obuv s pevnou patou,
- používat berle, dokud chůzi bez nich nepovolí lékař a dodržovat doporučenou zátěž operované končetiny,
- při ztrátě rovnováhy či možnosti pádu, zastavit a opřít se rovnoměrně o obě DK,
- opatrnost při chůzi po schodech. Na schodech se neohlížet, s nikým nemluvit, neposkakovat,
- zvolna zvyšovat vzdálenost při chůzi,
- význam plavání je přeceňován, účinnější pro posílení svalstva je cvičení na suchu,

- nespěchat, chránit se před pádem, doma odstranit volně ležící rohožky a předložky,
- pravidelně kontrolovat stav berlí,
- dodržovat nařízení o prevenci TEN. Bandáž či zdravotní punčochy používat od špiček pod koleno,
- neprovádět dřepy a kleky.

Trvale platná doporučení

- při těžkých infekcích, operacích a invazivních vyšetřeních preventivně užívat antibiotika,
- nenosit těžká břemena (nad 2 kg),
- netrénovat vytrvalostní chůzi, ani zbytečně nejezdit na rotopedu,
- při plánované delší chůzi v prvním roce po operaci používat francouzské hole, nebo alespoň vycházkovou hůl,
- nezapomínat na pravidelné roční kontroly, i pokud nejsou potíže,
- vyhledat lékaře při náhle vzniklé nové bolesti, zarudnutí či sekreci v jizvě, omezení pohybu nebo horečce,
- pravidelně lehce cvičit (Vavřík a kol., 2005).

Chůze po schodech a) do schodů:

1. doba – zdravá končetina,
2. doba – přisun operované končetiny,
3. doba – berle.

b) ze schodů:

1. doba – berle,
2. doba – operovaná končetina,
3. doba – zdravá končetina (Halačková a kol., 2007).

Při nácvičku vertikalizace a chůze dbáme na bezpečnost pacienta a především na prevenci pádů. Pečlivě edukujeme pacienta o nutnosti přivolat personál při potřebě sedu s DK z lůžka nebo opuštění lůžka, zajistíme signalizaci a věci denní potřeby v dosahu lůžka, okolí lůžka bez zbytečných překážek a zajistíme noční osvětlení.

Neexistuje žádný jednoznačný časový sled, od kterého dne jakou dovednost nacvičovat, proto se pořadí cviků může na jednotlivých pracovištích lišit. V souvislosti se snahou zkracovat ošetřovací dobu se zkracuje i délka případné imobilizace pacienta. Rychlost nácvičku přizpůsobíme věku, fyzické kondi-

ci a celkovému zdravotnímu stavu pacienta.

Péče o jizvu

Další součástí rehabilitačního ošetřování je péče o jizvu po výkonu. Obvykle den po vytažení stehů může pacient provádět masáže sprchováním a po dokonalem zhojení operační rány také manuální masáž jizvy a vtírání mastného krému. Sestra a fyzioterapeut edukují pacienta jak správně o jizvu pečovat. Mobilizace podkoží a zatuhlých oblastí operační jizvy tímto způsobem výrazně urychluje postup rehabilitace hybnosti a zmírňuje subjektivní nepříjemné pocity tahu a napětí.

Možností pro rychlejší zhojení jizvy je také použití přístroje (lampy BioBeam 660), který účinkem červeného záření přispívá k rychlejšímu hojení jizvy. Lampa zvyšuje obranné schopnosti organismu, působí protizánětlivě a analgeticky. Další možnosti v péči o jizvu je aplikace laseru lékařem.

V rámci rehabilitačního ošetřování aplikujeme na operované koleno lokálně negativní termoterapii – kryoterapii (aplikaci chladu), čímž z organismu odvádíme teplo. Lokální účinky negativní termoterapie jsou vazokonstrikce, snížení prokrvení v dané oblasti, snížení buněčné aktivity, protizánětlivý a protibolestivý účinek. Podpoříme tak hojení operovaného kloubu, ústup pooperačního otoku a snížíme pooperační bolest. Chlad aplikujeme ve formě nachlazených gelových sáčků – duotermů – několikrát denně a můžeme použít i přístrojové chlazení Kryoturem 600.

Závěr
Je důležité, aby si pacient vhodnou a opakovanou edukací uvědomil, že operační výkon je pouze prvním krokem k uzdravení. Důležitý je jeho přístup k léčbě, rekonvalescenci a dodržování režimových opatření během hospitalizace a následně i v domácím prostředí, s nimiž jej před propuštěním pečlivě seznámíme. Aby byl úspěšný celý proces uzdravení a návrat pacienta do běžného života, je důležitá týmová spolupráce lékaře – ortopeda, rehabilitačního lékaře, fyziote-

Pozvánka na konferenci do Tatranské Lomnice

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti a Regionálna komora sestier a porodných asistentiek Vysoké Tatry vás zvou na IX. celoslovenskou konferenci sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej péči s mezinárodní účastí.

Akce se koná ve dnech 2.–3. června v Grandhotelu Praha v Tatranské Lomnici.

Konference má postgraduální charakter a je věnovaná především sestrám pracujícím v oboru anesteziologie a intenzivní péče. Akce je zařazena do systému hodnocení účasti na odborných akcích podle vyhlášky MZ SR č. 366/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Program je připraven ve spolupráci s předními odborníky v intenziv-

ní péči. Garantem odborné úrovně je Vědecký výbor konference, složený i ze zahraničních odborníků v ošetřovatelství.

Hlavními tématy jsou:

- Postavení sestry specialistky v oboru anesteziologie a intenzivní péče v 21. století

- Image sestry – nositelky změn

- Varia

Přihlásit k účasti se můžete na: portal.skšapa.sk

(eta)

rapeuta, eventuálně ergoterapeuta, sestry a dalších zdravotnických pracovníků. Sestra musí mít vysoké odborné znalosti v této problematice, aby mohla včas rozpoznat příznaky případných komplikací a svým aktivním

přístupem v pooperační péči jim předcházet.

Literatura u autorky

Zdeňka Procházková,
rehabilitační oddělení, FN Brno,
prochazkavalouka@seznam.cz

hlavní partneři



Ústecký kraj



Zveme vás na kongres

GERONTOLOGICKÉ DNY SEVEROZÁPAD



14. dubna 2016
Kulturní centrum Svoboda, Cheb

Kongres probíhá pod záštitou JUDr. Martina Havla, hejtmana Karlovarského kraje,
Ing. Petra Navrátila, starosty města Chebu,
RSDr. Stanislava Rybáka, 1. náměstka hejtmana Ústeckého kraje

organizační garant



Informace
a možnost
on-line
přihlašování
na
www.dto.cz

e-mail:
dto.cz@dto.cz
tel.:
595 620 145, 118

DTO CZ, s.r.o.,
Mariánské nám. 480/5
Ostrava-Mar. Hory
PSČ: 709 28

Brugadův syndrom aneb znalost EKG u sester

Syndrom bratří Brugadů (BrS) je jedním ze život ohrožujících stavů. Je charakterizován abnormálním nálezem na EKG a zvýšeným rizikem náhlé srdeční smrti. Zdravotní stav nemocných vyžaduje velice profesionální péči.

Jednou ze základních a důležitých diagnostických metod je **elektrokardiografie (EKG)**. Specifika vzdělávání dávají sestřám vyšší kompetence k tomu, aby nejen znaly a hodnotily EKG křivky, ale aby uměly včas reagovat na akutní stav pacienta.

Co je Brugadův syndrom

Syndrom je pojmenován podle dvou bratrů španělského původu – kardiologů Pedra a Josepa Brugadových. Syndrom byl poprvé zjištěn a popsán v roce 1989 u pacientů, kteří přežili srdeční zástavu. V roce 1992 bratři Brugadové publikovali zásadní práci týkající se souboru osmi pacientů, kteří zemřeli náhlou srdeční smrtí (O. Bolek et al.: What is new in Brugada syndrome? Cor et Vasa 55, 2013, e525-e532). Zkoumali náhlou srdeční úmrtí a synkopy u lidí v jihovýchodní Asii. Za většinu tamních náhlých úmrtí může právě Brugadův syndrom.

BrS je geneticky podmíněné arytmogenní onemocnění s autozomálně dominantním způsobem přenosu, které následně způsobuje poruchu srdečního vedení. Gen může být mutován v různých lokalizacích, a proto jeho identifikace není vždy snadná. Kompletní syndrom bratří Brugadových je charakterizován epizodami rychlé polymorfni komorové tachykardie a také fibrilací komor. Na

rozdíle od arytmogenní kardiomyopatie se vyskytuje nejčastěji v klidu, ve spánku a v ranních hodinách. Pokud vznikne pouze krátká komorová tachykardie (KT), pacient může prodělat i tzv. epizodu vertiga nebo synkopu. Pokud bude KT přetrvávat delší dobu, dojde k fibrilaci komor (FiK), která vyústí v srdeční zástavu nebo náhlou smrt. Syndrom bratří Brugadů je poměrně vzácný a postihuje zejména zdravé muže okolo 40 let. Patří tedy mezi život ohrožující stavy. Dříve byly Brugadovy EKG obrázky mylně považovány za infarkt pravé komory.

Zajímavost – náhlá úmrtí jsou ve světě popisována jako:

- Thajsko: *lai tai* (smrt ve spánku),
- Filipíny: *bangungot* (výkřik ve spánku následovaný smrtí),
- Japonsko: *pokkuri* (nečekaná noční smrt).

Diagnostika pomocí EKG

EKG změny, které jsou typické pro syndrom bratří Brugadů, je třeba odlišit od změn v syndromu časně repolarizace, kde jsou také typické ST elevace v prekorálních svodech. Avšak u syndromu Brugadových jsou jak ST elevace v pravém prekorдию (které se mohou objevovat a v krátkém časovém intervalu zase mizet), tak obraz atypického *right bundle branch block* (RBBB) nebo nekompletního RBBB charakterizované tzv. zaječímá ušima (viz obr. 1).

Rozdělení:

- Brugadových syndrom: ST elevace V1-V2, negativní vlna T.
- Syndrom časně repolarizace: ST elevace V4-V6, II, III, aVF, vlna T je konkordantní.
- Syndrom časně repolarizace je oproti syndromu bratří Brugadů mnohem častější, ale riziko maligní arytmie je podstatně nižší.

BrS je možno zachytit při vyšetření nemocného po prodělané synkopě, nebo může být patologický EKG záznam při rutinním vyšetření např. před chirurgickým zákrokem. Také může být nemocný vyšetřován jako člen rodiny s BrS nebo člen rodiny, kde došlo k náhlé smrti. Nadále může být diagnostikován jako EKG změna po podání antiarytmické terapie.

Brugadův syndrom dělíme na 3 typy:

Nejčastější je typ č. 1, kde může pozorovat vyklenutou descendentní ST elevaci tzv. stříšku (viz obr. 2).

POZOR! Diagnostický je „snad“ pouze typ 1, 2 (viz obr. 3) a navíc musí být přítomný alespoň jeden z těchto klinických příznaků:

- synkopa,
- rodinná historie náhlé srdeční smrti/stejný typ EKG změn,
- dokumentovaná FiK nebo polymorfni komorová tachykardie (PKT),
- vyvolatelnost komorové tachykardie programovanou elektrickou stimulací, kde se z PK zkouší stimulovat různá místa,
- noční agonální dýchání.

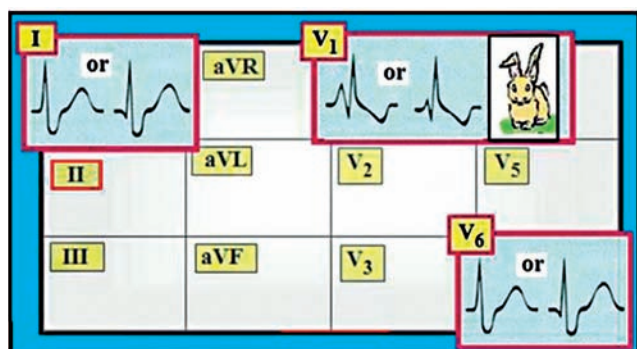
- Další typy diagnostické nejsou a jsou pouze podnětem pro další vyšetření (provokace pomocí antiarytmik – ajmalinový/flekaininový test). Při provádění daného testu je zapotřebí zajistit monitorování a zápis z 12svodového EKG, opakovaně měřit krevní tlak, mít zajištěné kvalitní žilní vstupy a v neposlední řadě mít vždy připravené pomůcky k zahájení okamžité KPR a k defibrilaci.

Zapamatujte si tento tvar křivky, který může někomu zachránit život (viz obr. 4).

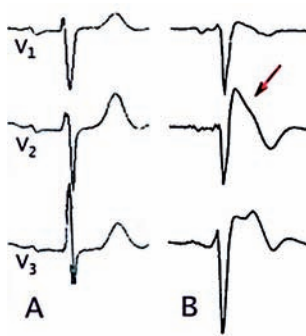
Opětovný výskyt FiK – ročně přesahuje až 10 %. Nejčastější příčinou smrti pacientů s BrS je právě FiK a PKT. Velice důležité je proškolení členů rodiny o KPR a o zakoupení AED. Antiarytmika nepomáhají, naopak mohou spíše uškodit (nebezpečná mohou být i tricyklická antidepresiva – např. imipramin, který způsobí prodloužení QT intervalu). První pokroky v léčbě jsou také zaznamenány také v RFA, avšak jediná doposud účinná léčba je zatím implantace ICD. Pacienti žijí s ICD s BrS víceméně bez problémů, pokud ICD funguje správně. Přestože indikace k ICD u nemocných po KPR pro FiK je jednoznačná, je u některých pacientů bez jasné morfologie doporučováno také farmakologické testování. Protože některé léky by měly být u BrS podávány z důvodu omezení počtu výbojů ICD.

Sestra a EKG

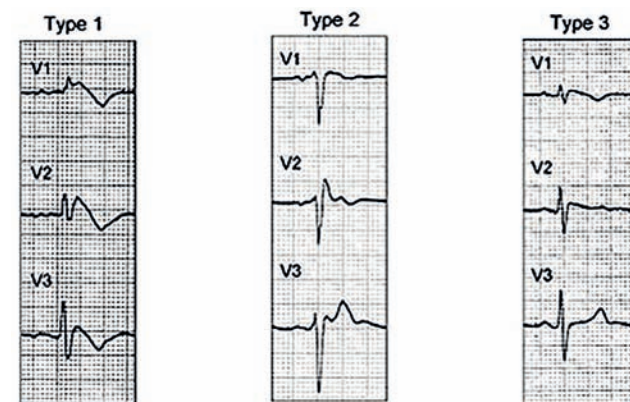
EKG je základní a velice důležitá diagnostická metoda, která monitoruje tepovou frekvenci a její stabilitu. Sestra je často prá-



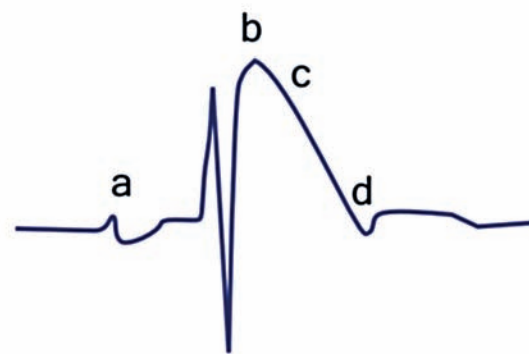
Obr. 1



Obr. 2

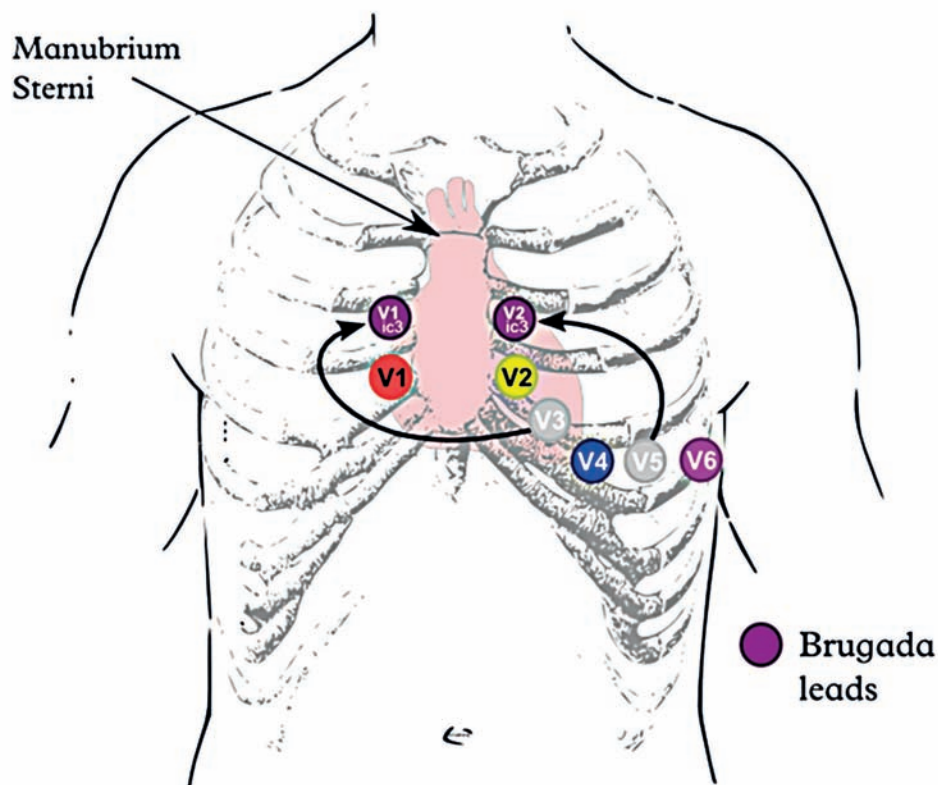


Obr. 3

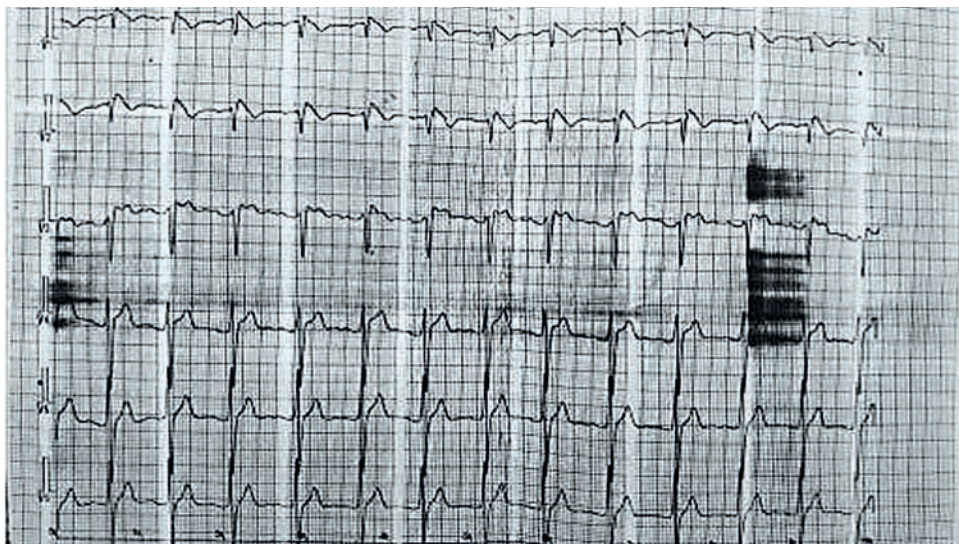


ECG characteristics in Brugada Syndrome
 a. Broad P wave with some PQ prolongation
 b. J point elevation
 c. Coved type ST segment elevation
 d. Inverted T wave

Obr. 4



Obr. 5



Obr. 6

Inzerce M161000189

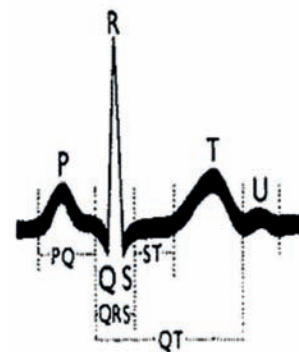
vě tou osobou, která vidí křivku jako první a při její schopnosti správné interpretace může ovlivnit osud nemocného. Otázkou však zůstává, zda je sestra adekvátní interpretace schopna. Nemělo by se stávat, aby sestra pořídila záznam EKG, dala jej pouze lékaři podepsat a založila jej do dokumentace. Sestra na KJ/JIP by měla umět diagnostikovat závažné poruchy srdečního rytmu, zahajovat život zachraňující kroky, rozpoznat významné a varovné změny a v indikovaných případech doplnit specifické záznamy. Jako je tomu např. u syndromu bratří Brugada, kde při podezření přesuneme hrudní svody o 1-2 mezižebrí výše, kde mohou být viditelné právě ST elevace (viz obr. 5 a 6).

Čeho by si sestra měla všimnout (viz obr. 7):

- P vlny (AV blokády), QRS, jejich vztah a frekvence,
- převodních intervalů – PQ, QRS, QT,
- rytmu – pravidelný, nepravidelný,
- změn ST-T úseku (BrS),
- přítomnosti či absence vlny U – příčina vlny U není jasná, patrná pouze na některých EKG,
- dalších abnormalit (hrotnaté vlny T – hyperkalemie).

EKG nám tedy může ukázat odchylky od pravidelného srdečního rytmu, poruchy tvorby nebo přechodu vzruchu v srdečním svalu, ložiskové ischemie a také starší poškození srdečního svalu a jeho rozsah.

Velice důležité je také vzdělání sestry v EKG, a to jak na SŠ či VŠ, tak zejména na certifikovaných kurzech, ale současně i za provozu na svých odděleních. V této oblasti každá sestra získá jednak všeobecný přehled o EKG křivkách a méně známých onemocněních, jako je právě BrS, jednak umí včas reagovat na akutní stav nemocného při závažných



Obr. 7

srdečních arytmiích a v interpretaci EKG křivek se tak stává daleko sebejistější.

Myšlenka na závěr

Důležité je uvědomit si, co děláme a čím se zrovna teď zabýváme. Takto jednoduché otázky nás mohou dostat ze stavu pasivity, kvůli němuž často odkládáme své rozhodování ve věci, jako je vzdělání, na později, což znamená na neurčito. Takový stav nám může bránit v dalším rozvoji. Pokud na své cestě narazíme na problémy, pamatujeme, že to není důvod, pro který bychom měli svou cestu opustit. Je třeba ji pouze upravit. Neexistují žádné nezdary, ale pouze zkušenosti. Je třeba nespolehat se na zkušenosti a znalosti ostatních, ale opustit svůj strach a nejistotu a začít něco dělat. Znamená to nehlasovat s většinou, ale mít svůj vlastní názor. Jak praví rčení: „Hlasováním stejně pravdu nezjistíte.“ Je třeba se stále pít po dalších poznatcích jak v ošetřovatelském, tak v medicíně. Pak bude mít naše práce opravdový smysl a bude nám přinášet radost.

Mgr. Michaela Navrátilová,
Koronární jednotka, III. interní klinika
– klinika endokrinologie a metabolismu
1. LF UK a VFN Praha,
miska711@seznam.cz



Srdečně vás zveme na konferenci

Pokojně umírání

Kdy: 4. 5. 2016

Kde: Krajský úřad v Liberci

Na konferenci vystoupí odborníci nejen z České republiky, ale i ze Švýcarska.

Témata:

- Jak chápeme paliativní péči ve Švýcarsku
- Proces zavádění a certifikace paliativní péče ve Švýcarsku
- Paliativní péče v domově pro seniory – pohled a realita z české strany
- Pokojná smrt – akceptace a základy komunikace
- Paliativní péče v Novém domově, p. o., Karviná



Přihlásit se můžete na www.apsscr.cz,
v menu Konference & Kongresy & Semináře.
Vstup zdarma



Konference se koná v rámci projektu financovaného z Programu implementace švýcarsko-české spolupráce, na Ministerstvu zdravotnictví ČR reg. číslo CH.10/2/047 s názvem „Rozvoj geriatrické a paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb“.

Dopravné úrazy v detskom veku a možnosti ich prevencie

Dopravné úrazy v európskom regióne predstavujú veľký problém. Každý rok 127 tisíc ľudí následkom dopravných úrazov zomrie a asi 2,4 milióna je zranených. Hlavnou príčinou vzniku dopravných nehôd je neadekvátne správanie človeka, ktoré je pre všetky druhy dopravných nehôd spoločné.



V mnohých prípadoch sú pri vzniku dopravného úrazu hlavnými aktérmi práve deti, a to najčastejšie nepozornosťou na cestách, hraním sa v blízkosti ciest, nedodržiavaním dopravných predpisov, precenením svojich schopností.

Čelko (2002) definuje úraz ako: „Akékoľvek neúmyselné či úmyselné poškodenie organizmu, ku ktorému došlo následkom akútnej expozície termálnej, mechanickej, elektrickej či chemickej energie a z nedostatku životne dôležitých energetických prvkov či veľičím, ako sú kyslík alebo teplo.“

Najčastejšie príčiny dopravných nehôd u detí

Hruškovič (2007) uvádza tieto najčastejšie príčiny dopravných nehôd u detí:

- vychádzanie na cestu spomedzi zaparkovaných áut, spoza autobusu alebo trolejbusu, električky, spoza kríkov a stromov, ktoré rastú blízko cesty,
- nesprávna chôdza po pravej strane cesty, ktorá nemá chodník,
- bicyklovanie na frekventovaných cestách alebo v ich blízkosti, nedodržiavanie dopravných predpisov, nepoužívanie prilby, zlý technický stav bicykla a zlá technika jazdy,
- hra v blízkosti ciest,
- hra na cestách,
- nehody počas zníženej viditeľnosti: súmrak, noc, dážď, hmla,
- nepoužívanie bezpečnostných pásov a detských autosedačiek,
- podceňovanie rizík železnice a rizík vodných plôch a tokov.

Prevencia dopravných úrazov

Správnou a včasnou prevenciou možno takmer všetkým úrazom u detí predísť (Frišová, 2006).

Preventívne stratégie

Podľa úrazového spektra delíme prevenciu na **primárnu, sekundárnu a terciárnu**.

1. Primárna prevencia by mala vychádzať z podrobného roz-

boru príčin úrazov, rizikových faktorov a činností, prostredia a charakteristík postihnutých jedincov.

2. Sekundárna prevencia znamená kvalitný záchranný systém, poskytujúci adekvátnu prvú pomoc, zmiernenie následkov úrazu, skrátenie liečby, zníženie nákladov na liečbu, urýchlenie návratu k plnému zdraviu a predchádzanie invalidite a trvalým následkom.

3. Terciárna prevencia predstavuje zaradenie trvalo postihnutých do bežného života v tej miere, v akej to umožňujú následky úrazov (Grivna, 2003).

Technologické intervencie

Niektoré z technologických opatrení sú spomenuté v **odporúčaniach WHO pre znížovanie dopravných nehôd**:

- vytvárať bezpečné prostredie,
- stavať cesty tak, aby boli oddelené užívateľmi, ktorí idú rôznou rýchlosťou alebo rôznymi smermi,
- zlepšiť viditeľnosť na cestách nielen počas dňa, ale aj v noci, zviditeľniť chodcov a cyklistov nápadnejším oblečením, odrazkami,
- prijať a dodržiavať zákony, ktoré stanovujú maximálny obsah alkoholu v krvi vodičov,
- prekračovanie rýchlosti sledovať dôsledným používaním kamier; opatrenia na znížovanie rýchlosti sú veľmi efektívne pri znižovaní počtu dopravných nehôd v mestských oblastiach,
- zavádzať odstupňované vodičské preukazy s tým, že začiatočníci jazdia zo začiatku len so skúseným vodičom, potom len počas dňa, potom s obmedzeným počtom pasažierov atď.,
- na diaľniciach pri dlhých jazdách dávať príležitosť na oddych, aby sa predišlo únave vodiča.

Benešová (in Grivna, 2003) uvádza, že medzi najúčinnějšíe **dopravné inžinierske opatrenia** patria:

- spomaľovacie prahy,

- ostrovy na prechode pre chodcov,
- optické a fyzické zúženie vozovky,
- optické brzdy,
- kombinácia spomaľovacích prahov, optických brzd a zvýraznenie prechodu pre chodcov a výstražného vodovodného dopravného označenia,
- budovanie cyklistických trás a chodníkov, oddelenie pešej a cyklistickej dopravy od dopravy motorizovanej.

Zdravotno-výchovné intervencie

Predstavujú **aktívnu prevenciu**, keď sa dieťa s pomocou dospelých učí rozoznávať rizikové miesta, predmety a situácie a naučí sa správať bezpečne. Čo sa týka **pasívnej prevencie**, tu ide o vybavenie dieťaťa ochrannými prostriedkami a vytvorením bezpečného prostredia pre dieťa. Kvalitná **dopravná výchova** by mala mať pre dieťa nielen prínos v jeho ochrane v rámci dopravného prostredia, v ktorom sa pohybuje, ale mala by tiež:

- dať dieťaťu znalosti a vedomosti o tom, ako človek, vozidlo a prostredie na seba vzájomne pôsobia a ako sa ovplyvňujú,
- dať dieťaťu možnosť pochopiť ako správanie a postoje účastníkov cestnej premávky ovplyvňujú bezpečnosť cestnej premávky,
- vytvoriť v dieťati prvky sociálneho cítenia a pochopenia ostatných zraniteľných účastníkov cestnej premávky (napr. starších osôb, telesne postihnutých), ako základ pre formovanie vzťahu k týmto skupinám, a to nielen v cestnej premávke,
- klást dôraz aj na spoluprácu s ostatnými sektormi, ktorá je dôležitá.

Na základe našich zistení a odporúčaní medzinárodných organizácií navrhujeme nasledovné opatrenia:

Legislatívne opatrenia:

- povinnosť používať detské autosedačky,
- povinnosť používať ochrannú

prilbu pri bicyklovaní u detí do 18 rokov.

Preventívne opatrenia v ochrane zdravia

Zdravotno-výchovno-intervenčná činnosť (propagácia slovom, tlačou, obrazom, filmom, rozhlasom, školením) patrí medzi veľmi účinné prostriedky úrazovej prevencie. Odporúča sa významne a trvalo znižovať výskyt úrazov, zdravotného postihnutia a úmrtí z nehôd a násillia.

Úloha verejného zdravotníctva v prevencii detských úrazov

Výber autosedačiek podľa veku a hmotnosti dieťaťa:

- od 0 až 10 kg (približne deti do 9 mesiacov) tzv. škruhinové, prenosné sedačky s rukoväťou, montujú sa proti smeru jazdy. Môžu sa používať aj na prednom sedadle spolujazdca, ktoré však nesmie byť vybavené airbagom (alebo musí mať možnosť dočasnej deaktivácie). V krajinách EU je povolené tento typ autosedačky montovať na predné sedadlo spolujazdca,
- od 0 až 18 kg (do 3 rokov). Môžu sa montovať v protismere, a neskôr keď nožičky dieťaťa začnú presahovať von zo sedačky, v smere jazdy – väčšinou sú polohovateľné,
- tretia a štvrtá skupina zahrňa sedačky od 18 kg do 36 kg a montujú sa na zadné sedadlo v smere jazdy a sú nepolohovateľné. Sú určené deťom starším ako 4 roky,
- vo vyspelých krajinách EU je používanie autosedačiek do 4 rokov povinnosť vyplývajúca zo zákona.

V rámci primárnej prevencie je dôležitá realizácia programov, ktoré by mali zahŕňovať:

A) U detí vekovej skupiny 0-4 rokov je potrebné preventívne programy zamerať na rodičov.

- Informácie o nižšom riziku úrazu pri používaní autosedačiek.
- Poukazovať na zvýšené riziko úrazu, pokiaľ dieťa sedí na prednom sedadle vedľa šoféra, aj keď

je v autosedačke. Na certifikovaných autosedačkách je výstražný nápis, aby neboli upevňované na predné sedadlo pokiaľ je tam namontovaný airbag.

• Zdôvodňovať opodstatnenosť používania autosedačiek až do veku 12 rokov, resp. kým dieťa nedosiahne hmotnosť 36 kg.

• Informovať a edukovať rodičov o dôležitosti vychovávať u detí od ranného detstva také správanie v doprave, aby sa znížovali riziká úrazov (Čelko, 2002).

B) Pre vekovú skupinu 5-9 rokov je potrebné vytvoriť:

- edukačno-intervenčné programy – pre správnu fixáciu návykov je dôležité počuté slovo (prednáška primeraná veku), vizuálny obraz (v podobe rozprávky) a praktický tréning (pohybová hra).

C) Pre vekovú skupinu 10-19 rokov by mali byť preventívne programy zamerané na **výchovu dorastu k dodržiavaniu pravidiel cestnej premávky**. Jej hlavným poslaním je ochrana a podpora zdravia, vyhľadávanie rizík súvisiacich s rizikovým správaním vo vzťahu k výskytu ochorení a úrazov. K dôležitým aktivitám v prevencii úrazovosti patrí aj edukácia žiakov v poskytovaní prvej pomoci, príprava letákov a edukačných materiálov v čakárňach ambulancií.

Záver

Úrazy predstavujú v detskom veku závažný problém. Je dôležité, aby sa vyvinulo maximálne úsilie v prevencii ich vzniku. **Rodič** je ten, ktorý **sa má správať vzorovo**, ukazovať, vysvetľovať a komentovať. Prevencia úrazov je teda v rukách rodičov, výchovno-vzdelávacích inštitúcií, zdravotníckych zariadení v primárnej sfére a všetkých tých, ktorí prichádzajú do kontaktu s deťmi.

Literatúra u autoriek

PhDr. Iveta Ondriová, Ph.D.,
Katedra ošetrovateľstva,
Prešovská univerzita v Prešove,
ondriova@unipo.sk,
Janka Slaninková

Edukace diabetika nutričním terapeutem

Hlavním cílem edukace je zlepšení zdravotního stavu pacienta, kompenzace diabetu a kvality života¹. Edukace o změně životního stylu ve vztahu k výživě patří vždy do rukou nutričního terapeuta jako odborníka s příslušnou kvalifikací². Tento legislativní požadavek však nebývá běžně naplněn.

Pokud jde o pacienta – nově diagnostikovaného diabetika –, je v ambulanci péči obvykle odeslán k lékaři diabetologovi, který spolupracujícího nutričního terapeuta vesměs nemá. Pokud jde o pacienta hospitalizovaného, je mu obvykle poskytnuta bazální medicínská informace a po propuštění je odeslán k lékaři diabetologovi jako výše. Jen ve výjimečných případech má nemocný během hospitalizace možnost edukace a konzultace s nutričním terapeutem (což je dáno nedostatečným počtem nutričních terapeutů).

Nutriční doporučení a jejich inkorporace do běžného života má podle požadavků České diabetologické společnosti obsahovat tyto tematické oblasti:

- rozdělení potravin podle obsahu a druhu sacharidů,
- náhradní sladidla,
- ekvivalenty obsahu sacharidů včetně výměnných jednotek,
- alkohol, tuky,
- praktická cvičení, ukázky jídelníčků,
- dietní léčba při nadváze (význam inzulínové rezistence) a hyperlipoproteinemii,
- praktická cvičení v odhadu obsahu energie, tuků v potravinách, sestavování modelových jídelníčků,
- metody léčby obezity včetně bariatrické chirurgie,

- vegetariánská strava při diabetu³.

To ovšem vyžaduje opakovanou individuální, případně primárně individuální a následně skupinovou edukaci v rozsahu nejméně 10 hodin. Tu samozřejmě nelze realizovat naráz, je třeba ji adekvátně členit do několika navazujících edukačních sezení, s potřebným materiálně-technickým vybavením.

Specifika edukačního plánu

Limitující pro sestavení edukačního plánu je i aktuální schopnost pacienta vnímat a přijímat informace a schopnost aktivní spolupráce na edukaci. V tomto smyslu je významný rozdíl mezi pacienty s diabetem 1. typu (inzulín-dependentní diabetes mellitus, IDDM) a nemocnými s diabetem 2. typu (non-inzulín-dependentní diabetes mellitus, NIDDM). V první skupině jde vesměs o osoby velmi mladé (mnohdy děti, v jejichž případě jde samozřejmě i o edukaci rodičů), jejich edukace je vždy víceúrovňová a opakovaná, realizovaná vesměs v rámci diabetologických center, tedy i s příslušným personálním a materiálně-technickým vybavením.

Odlišná situace je u diabetiků s NIDDM. Jde o početně velkou skupinu pacientů – podle po-



ilustraci foto: Shutterstock

sledních dostupných statistických dat z roku 2012 je diabetiků 2. typu 772 585 (diabetiků 1. typu je 56 514). Meziroční nárůst mezi rokem 2011 a 2012 činil 13 866 a rok před tím 18 860³. Lze tedy kvalifikovaně odhadnout, že ročně je třeba jen na edukaci o výživě u nově diagnostikovaných pacientů s NIDDM počítat cca 163 630 „člověkohodin“, tedy hodin práce nutričního te-

rapeuta. *Guidelines* České diabetologické společnosti počítají s 3 až 6 konzultacemi s nutričním terapeutem v průběhu prvních 6 měsíců a dále alespoň jednou ročně. Realita je však odlišná – pokud se pacient s nutričním terapeutem vůbec setká, bývá to jedinkrát při hospitalizaci. Tito pacienti mají obvykle více onemocnění než jen NIDDM, a tak edukace musí být adaptována na kon-

krétní realitu nemocného včetně jeho socioekonomického statusu (společenského a hospodářského postavení).

Příklad z reálného života

Do nemocnice je přijata 89letá pacientka, 80 kg, 165 cm, diabetička užívající perorální antidiabetika (PAD), dehydratovaná. Důvodem přijetí je dekompenzace diabetu v. s. při *noncompliance* k léčbě, péče rodiny je insuficientní, po rehydratační terapii se zlepšil kognitivní i fyzický stav.

Jak bude tuto pacientku nutriční terapeut edukovat? Nejprve musí ověřit kognitivní možnosti nemocné a tomu uzpůsobit formu a rozsah edukace. Prioritní informací je nutnost dodržet pravidelnou konzumaci jídel alespoň třikrát denně a konzumaci PAD. V rámci nutriční anamnézy nutriční terapeut zjistí, jaké možnosti stravování má pacientka k dispozici (optimálně zajištěné donášky obědů). Z toho následně vyplyne i informace o způsobu stravování a sortimentu pacientce dostupných potravin a jídel.

Další edukaci je pak třeba zaměřit na konkrétní potraviny a pokrmy k jednotlivým jídlům a upozornění na vhodné potraviny a nápoje pro případ, kdy se pacientce nepodaří najíst (například když nebude mít včas nákup). Mnohdy je v takovéto situaci nezbytná spolupráce nutriční terapeutky se sociální pracovníci, aby bylo možné dostupné stravování pacientce zajistit pravidelně.

Mgr. Tamara Starnovská,
vrchní nutriční terapeutka,
Thomayerovy nemocnice Praha,
starn.tam@gmail.com

¹Standard edukace diabetiků ČDS, 2012

²Zákon 372/2011, o zdravotních službách

³www.diabetickaasociace.cz dle ÚZIS ČR



Konference
Sociální služby
v České republice
a v Evropě

Přijměte pozvání na konferenci
Hotel Clarion, České Budějovice
24. – 25. 5. 2016

Informace, registrace a program na www.ksscr.cz

Posudzovanie bolesti v ošetrovateľskej praxi

Ošetrovatelstvo má dominantné postavenie pri hodnotení bolesti. Bolesť ako nepríjemný zmyslový a emocionálny zážitok je vždy subjektívna, a preto vyžaduje podrobné posúdenie jej jednotlivých charakteristík a sprievodných príznakov rôznymi metódami. Podstatná je nielen cieleňá anamnéza bolesti, ale aj použitie rôznych škál a nástrojov na jej hodnotenie vrátane posúdenia jej dopadu na uspokojovanie biopsychosociálnych potrieb.

Bolest predstavuje v ošetrovateľskej praxi často skloňovaný, no vždy aktuálny problém. Ako symptóm sprevedá množstvo klinických diagnóz, ako problém vystupuje v aktuálnych ošetrovateľských diagnózach, ako akútna signalizuje poruchu ľudského organizmu a tým jeho ochranu pred ďalším poškodením, ako chronická predstavuje chorobu svojho druhu. V každom prípade predstavuje problém, ktorý vo väčšej či menšej miere zasahuje do každodenného života jej hostiteľa, čo sa odráža na kvalite jeho života. Preto je neodmysliteľnou úlohou sestier ako vysokokvalifikovaných odborníkov v ošetrovatelstve realizovať jej kvalitné posúdenie vrátane posúdenia jej vplyvu na uspokojovanie biopsychosociálnych potrieb.

Ako charakterizovať bolesť

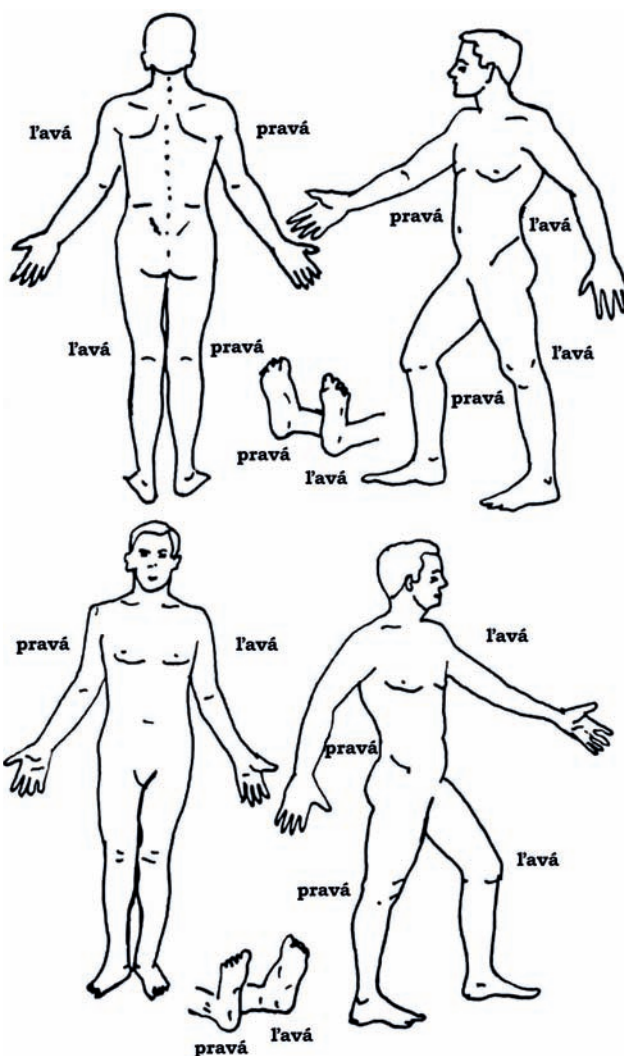
Bolesť by mohol každý charakterizovať vlastnými slovami. Všeobecne akceptovanou sa stala definícia pripravená Medzinárodnou spoločnosťou pre štúdium bolesti (IASP – International Association for the Study of Pain): „Bolesť je nepríjemný emočný a zmyslový zážitok spojený so skutočným alebo potenciálnym poškodením tkaniva, alebo popisovaný výrazmi pre takéto poškodenie“ (Opavský, 2011). Novotná a Ehler (2006, s. 106) uvádzajú, že bolesť je čisto **subjektívny vnem**, a preto sa jej hodnotenie stáva problematickým. Podľa Opavského (2011) existuje veľa metód na hodnotenie bolesti, no žiadna nezachytáva vlastnú bolesť objektívne. Podľa Gulášovej (2008) majú sestry dominantné postavenie pri hodnotení bolesti, pri odhaľovaní pocitu jej vnímania, hodnotení kvality úspešnosti liečebných postupov a v neposlednom rade aj pri zmiernovaní utrpenia. Práve ony dokážu skĺbiť odbor-

né vedomosti a skúsenosti z ošetrovateľskej praxe, entuziazmus, empatiu, verbálnu a neverbálnu komunikáciu do jedného celku a vedú ich uplatniť pri realizácii ošetrovateľského procesu.

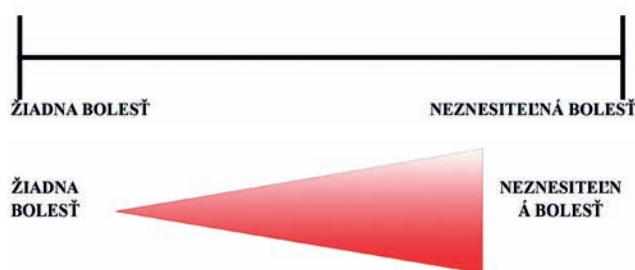
Medzi údaje, na ktoré sestra zameriava pozornosť počas získavania informácií od pacienta, t. j. pri **anamnéze bolesti**, patria: lokalizácia bolesti, intenzita bolesti, kvalita bolesti, typ bolesti, faktory vyvolávajúce a utišujúce bolesť, skúsenosti pacienta s bolesťou, názor pacienta na bolesť, obranné spôsoby a efektívne odpovede na bolesť (Gulášová, 2008).

Ďalšie údaje, ktoré sa posudzujú v rámci anamnestických údajov sa týkajú pridružených symptómov, vplyvu bolesti na vykonávanie každodenných aktivít, afektívnych reakcií pacienta a narušenej interakcie s okolím (Zanovitová, 2008, Nemcová, 2009). Zážitok bolesti nám pacient dáva najavo nielen slovné, ale tiež svojim neverbálnym správaním (Janáčková, 2007). Niekedy sa pri posudzovaní bolesti používajú aj viacrozmerné nástroje (Zanovitová, 2008). Nemcová (2009) uvádza, že v rozhovore s pacientom pri posudzovaní bolesti je možné postupovať podľa schémy **PQRST**, kde P (*place*) znamená lokalizáciu, Q (*quality*) kvalitu, typ, charakter, R (*radiation*) šírenie, S (*severity*) intenzitu a T (*time*) časové trvanie bolesti. Miertová (2015) k ďalším mnemotechnickým schémam zaraďuje schému **PQRSTU** (provokácia a vyvolávajúce faktory, kvalita a typ bolesti, lokalizácia a vyžarovanie, intenzita, časové trvanie, porozumenie a pochopenie bolesti) a schému **NOPQRST** (počet bolestivých miest, príčina, provokujúce/zhoršujúce faktory a zmiernujúce faktory, kvalita, vyžarovanie/šírenie, intenzita, časové trvanie).

Pri **lokalizovaní** bolesti je možné sa stretnúť s pojmom **topológia**



Obr. 1



Obr. 2

bolesti (Zanovitová, 2008). Najjednoduchší spôsob, ako sa môžeme dozvedieť, kde to pacienta bolí, je dotaz: „Kde vás to bolí?“ (Janáčková, 2007). Je dôležité, aby pri získavaní údajov sám pacient nielen opísal bolesť, ale aj názorne ukázal miesto a vysvetlil, odkiaľ a pokiaľ bolesť siaha (Gulášová, 2008). V praxi sa totiž často stretávame s mylnými predstavami pacientov o umiestnení rôznych orgánov (Janáčková, 2007). Na presnejšie určenie miesta bolesti slúži tzv. mapa bolesti (obr. 1) (Gulášová, 2008). Ide o plošné zobrazenie ľudskej postavy, ktoré sa používa na určenie subjektívnych údajov o mieste bolesti (Mikšová a kol., 2006). Šípkami môže pacient naznačiť, odkiaľ kam sa bolesť sťahuje, prípadne odkiaľ kam vystreľuje (Janáčková, 2007). Zanovitová (2008) uvádza, že mapa bolesti sa využíva najmä u ľudí s narušenou komunikáciou, s kognitívnym poškodením a u detí.

Intenzitu bolesti je možné zisťovať mnohými spôsobmi (Opavský, 2011). Existuje niekoľko stupníc na meranie intenzity bolesti. Žiadna však nie je úplne ideálna (objektívne vyjadrujúca skutočnú intenzitu bolesti) (Gulášová, 2008). Všeobecným princípom unidimenzionálnych nástrojov je snaha vyjadriť jednu súhrnnou hodnotou komplexný prežitok bolesti (Sláma a kol., 2006). V tomto prípade intenzitu bolesti.

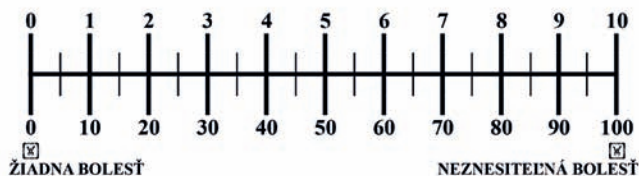
Hodnotenie intenzity bolesti

Keďže vnímanie bolesti je veľmi individuálne, intenzitu bolesti u jednotlivých pacientov môžeme hodnotiť podľa nasledujúcich stupníc (Gulášová, 2008):

- **Vizuálna analógová škála** (*Visual Analogue Scale*, VAS) (obr. 2): ide o grafické znázornenie intenzity bolesti na kontinuu od žiadnej až po najintenzívnejšiu. V klinickej praxi sa stretávame aj s tzv. teplomermi bolesti, ktoré sú založené na rovnakom princípe ako je vizuálna škála (Janáčková, 2007). Opavský (2011) uvádza, že u malých detí, ktoré nevedia presne popísať svoju bolesť a jej mieru, sa používa tzv. škála tváří bolesti (*Faces Pain Scale*) (obr. 3). Podľa Nemcovej (2009) sa analógová škála výrazov tváre používa aj u ľudí so zníženými kognitívnymi funkciami.
- **Numerická škála bolesti** (*Numeric Rating Scale*, NRS) (obr. 4): na rozdiel od grafickej škály VAS používa číselné hodnoty k popisu bolesti na úsečke od



Obr. 3



Obr. 4

0 do 10, kde 0 znamená žiadnu bolesť a 10 najhoršiu predstaviteľnú bolesť (Hakl, 2011).

• **Verbálna škála bolesti:** pacient hodnotí intenzitu svojej bolesti pomocou predložených kategórií (Sláma a kol., 2006). Pacient si vyberá výraz najlepšie vystihujúci intenzitu jeho bolesti (Hakl, 2011). Verbálne škály bolesti sa líšia v počte deskriptorov, kde najužšie rozmedzie zahŕňa tri stupne bolesti až po dlhšie sekvencie diferencujúce viac stupňov (päť, osem). Najhrubšie delenie predstavuje rozmedzie zodpovedajúce numericky škále 0 až 3 (žiadna bolesť = 0, mierna bolesť = 1, stredne silná bolesť = 2, silná bolesť = 3). Rozsiahlejšie stupnice bývajú pre pacientov náročných, a preto sa nepovažujú pre klinickú prax za účelné (Opavský, 2011). Podľa Janáčkovej (2007) je často tento spôsob tým jediným, ktorý je u pacienta vôbec možný. Nie je však vždy presný, lebo terminológia pacienta nemusí súhlasiť s konotáciou, ktorú jeho vypovedanie vyvolá.

Kategórie kvality bolesti

Termínom **kvalita bolesti** rozumieme globálny emocionálny zážitok bolesti (Janáčková, 2007). Kvalitu bolesti opisujú pacienti pomocou prídavných mien, preto si opis vyžaduje aj určité vyjadrovacie schopnosti (Zanovitová, 2008). Niekedy pacienti používajú rôzne dvojsmyselné prídavné mená, tzv. vlastné slová, ktorým je ťažko porozumieť. Sestra by preto mala slová pacientov, ktoré použili pri opisovaní bolesti, zaznamenať doslova (Gulášová, 2008). Melzack a Torgerson (podľa Gulášovej, 2008) kategorizovali kvalitu bolesti do troch skupín:

• **slová opisujúce afektívnu stránku bolesti** (napr. tenzná, dusivá, vzbudzujúca

odpor a hrôzu, desivá, krutá, smrtiaca, oslepujúca, ničiaci),
 • **slová opisujúce senzorickú kvalitu bolesti** (napr. pulzujúca, šľahajúca, vystreľujúca, pichavá, skrúcajúca, rezavá, hryzavá, páľivá, žeravá, tupá a pod.),
 • **slová, ktoré hodnotia zážitok bolesti len z hľadiska kvality** (napr. znepokojujúca, trápiaca, zúbožujúca, intenzívna, neznesiteľná).

Pri **type bolesti** sa určuje čas začatia, trvanie a pretrvávanie bolesti a intervaly bez bolesti (Zanovitová, 2008). Sestra teda zaznamenáva, kedy sa bolesť začala, ako dlho trvá, či sa opakuje a ak áno, tak aj dĺžku intervalov bez bolesti, a kedy sa bolesť naposledy objavila (Gulášová, 2008). Čas trvania bolesti má zásadný význam, pretože nám určí, či pacient trpí bolesťou akútnou, subakútnou/subchronickou alebo chronickou (Opavský, 2011).

V neposlednom rade je potrebné poznať faktory, ktoré bolesť zosilňujú, a naopak, pri ktorých sa bolesť zmierňuje (Opavský, 2011). Bolesť môže vzniknúť pri **pôsobení určitých faktorov** (Zanovitová, 2008). Napríklad fyzická námaha môže predchádzať bolesti v hrudníku, abdominálna bolesť sa môže objaviť po najezení. Bolesť môže vyprovokovať extrémny chlad, teplo, výkyvy vlhkosti, zmeny počasia, fyzikálne a emocionálne stresory (Gulášová, 2008, Nemcová, 2009).

Sestra by mala zistiť, kedy po **aplikácii určitých faktorov nastala úľava** (Gulášová, 2008). Zisťuje sa, čo pacient používa na zmierňovanie bolesti z domácich prostriedkov (byliny, aplikácia tepla alebo chladu, modlitba, meditácia, pokoj, vhodná poloha, užívanie analgetík, čítanie knihy, počúvanie hudby,

sledovanie televízie a pod.) (Zanovitová, 2008, Nemcová, 2009). Súčasťou týchto dotazov je farmakologická anamnéza (Opavský, 2011).

Postoje pacientov, ich názory, očakávania od seba samých, spôsoby vyrovnávania sa i názor na systém zdravotnej starostlivosti ovplyvní celé spektrum ich správania sa pri bolesti (Kol. autorov, 2006). Niektorí ľudia znášajú bolesť lepšie ako iní, čo závisí od viacerých okolností, ako aj od pacientovho názoru na význam či zmysel bolesti. Pacient, ktorý spája bolesť s pozitívnym významom, jej môže obdivuhodne odolávať, na bolesť sa pozerá zvyčajne len ako na dočasné ťažkosti, a nie ako na hrozbu. Pacienti postihnutí neúpranou chronickou bolesťou môžu trpieť intenzívnejšie. Na bolesť reagujú zúfalstvom, úzkosťou alebo depesiou. V tejto situácii môže pacient pozeráť na bolesť ako na ohrozenie telesného obrazu a spôsobu života alebo ako na signál hroziacej smrti (Gulášová, 2008). To čiastočne vysvetľuje, prečo sa pacienti vo svojich názoroch na bolesť zásadne odlišujú (Kol. autorov, 2006).

Nonverbálne prejavy bolesti patria medzi najaktuálnejšie prejavy bolesti, pacient nimi reaguje na bolesť rýchlejšie než slovami. V praxi sa ukazuje, že zdravotníci veria nonverbálnym prejavom viac ako slovám pacienta (Janáčková, 2007). K **mimoslovným deskriptorom bolesti** patria:

- **paralingvistické prejavy** (vzdychy, plač, akustické nespisovné zvuky, nariekanie, vzlykanie),
- **mimické prejavy** (grimasy, vrštenie tváre, zatreté zuby, zovreté pery),
- **pohyby končatín** (ustrnutie, uhnutie, trenie príslušnej oblasti, rytmické pohyby, útek od zdroja bolesti),
- **posturologické nonverbálne prejavy** (ustrnutie v určitej polohe a zaujímanie úľavovej polohy, striehnutie a obrana pred zdrojom ohrozenia),
- **aktivita autonómneho nervového systému** (vracanie, navahovanie, začervenanie kože tváre a tela alebo naopak bledosť, ťažké oddychovanie, lapanie po dychu, prudké búšenie srdca, zvýšený krvný tlak, zrýchlený pulz, potenie, rozšírenie zreníc) (Janáčková, 2007, Zanovitová, 2008).

Bolesť sa **premieta do rôznych potrieb**, preto je dôležité posúdiť jej vplyv na spánok (nespavosť,

prebúdžanie počas noci), chuť do jedenia (zmeny chuti do jedenia, nechutenstvo) a na vykonávanie aktivít denného života (chôdza, presun, príprava jedla, schopnosť realizovať hygienu, obliekanie) (Miertová, 2015). Pre pacientov je ľahko predstaviteľným a pochopiteľným doplnkom anamnestického vyšetrenia „Dotazník interferencie bolesti s dennými aktivitami“ (DIBDA) (Opavský, 2011).

K ďalším biologickým charakteristikám bolesti patrí aj únava, sexuálna dysfunkcia, intolerancia pohybu až imobilita, atrofia postihnutých svalových skupín, zmeny svalového napätia, nauzea, vracanie, zápcha, nadmerná konzumácia liekov (Nemcová, 2009).

V psychologickej rovine je prejavom bolesti zmena nálady (depresívne ladenie, labilita), podráždenosť, nepokoj, apatia, úzkosť a strach (Miertová, 2015), zúfalstvo, zatrpnutosť, hnev, nespokojnosť, nedôvera k lekárom a sestram, sebaopozorovanie, vyžadovanie si sústavnej pozornosti, uvažovanie o samovražde (Nemcová, 2009). Hovorí sa o prejavoch bolestivého správania (Miertová, 2015).

V oblasti **sociálnych potrieb** môže vplyvať na realizáciu záujmových činností (redukcia záujmov až nezáujem). Pri prítomnosti bolesti sa stretávajú so sociálnou izoláciou (redukcia sociálnych kontaktov s príbuznými a priateľmi, zmenené pracovné interakcie) a problémom s vykonávaním role (doma a v zamestnaní) (Miertová, 2015, Nemcová, 2009).

Multidimenzionálne hodnotiace nástroje

Tieto nástroje hodnotia bolesť vo viacerých dimenziách, čím poskytujú viac informácií (Kol. autorov, 2006). Multidimenzionálne hodnotenie bolesti zohľadňuje jej príčinu, intenzitu, abúzus alkoholu/liekov, psychosociálne faktory (somatizácia), kognitívne funkcie, mechanizmus vzniku bolesti, charakter bolesti a ostatné symptómy (Kulichová, 2005). Takéto hodnotenie je časovo náročné a môže byť užitočnejšie pre ambulatnú sféru, no môže sa použiť aj u hospitalizovaného pacienta s ťažko liečiteľnou chronickou bolesťou (Kol. autorov, 2006).

K dotazníkom multidimenzionálneho hodnotenia môžeme zaradiť napr. Sprievodcu k hodnoteniu bolesti (*Pain Assessment Guide*), Krátky inventár bolesti (*Brief Pain Inventory*), McGillov dotazník bolesti (*McGill Pain Questi-*



Ilustrácia foto: Shutterstock

onnaire), Minnesotský viacfázový osobnostný inventár (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) (Kol. autorov, 2006), Edmontský hodnotiaci systém pre nádorovú bolesť (*Edmonton Staging System*) (Kulichová, 2005). Zanovitová (2008) uvádza, že pacienti s chronickou bolesťou sa odporúča viesť si **denník bolesti**, do ktorého si zaznamenáva čas nástupu a ústupu bolesti, lokalizáciu, intenzitu, kvalitu a pod., no Opavský (2011) uvádza, že on sám denníky bolesti nevyužíva, pretože v mnohých prípadoch to pacientov viedlo k zvýšenému sebaopozorovaniu. Sú však užitočné pre výskum.

Záver

Bolesť zahŕňa nielen samostatný problém vyjadrený názvom ošetrovateľských diagnóz, ale môže byť aj významným súvisiacim faktorom a definujúcou charakteristikou mnohým iným ošetrovateľským diagnózam. Zhrnuli sme známe a používané, ako aj menej známe a menej používané (no určite nie všetky) metódy posúdenia bolesti, ktoré môže využiť sestra v klinickej ošetrovateľskej praxi. Je na jej individuálnom zvážení ako, kedy a s použitím akého nástroja posúdi pacientovu bolesť. Nesmie však zabúdať na aspekt pravidelnosti. Podľa literatúry má bolesť význam „piatej vitálnej funkcie“ (Kulichová, 2005), pretože jej hodnoty musia byť monitorované a zaznamenávané pravidelne, aspoň tak často, ako sa monitorujú a zaznamenávajú vitálne funkcie (Kol. autorov, 2006). S týmto tvrdením by sa mal stotožniť každý zdravotnícky pracovník.

Literatúra u autora

PhDr. Matej Csisko,
 neurologické oddelenie,
 NsP sv. Barbory, a. s., Rožňava,
 csisko.m@gmail.com

Diagnostika a liečba artériovej hypertenzie

Cieľom príspevku je priblížiť diagnostický proces arteriálnej hypertenzie, ktorého cieľom je stanovenie hodnôt TK, zistenie sekundárnych príčin hypertenzie, zhodnotenie kardiovaskulárneho rizika a rizika poškodenia cieľových orgánov pri pridružených klinických stavoch.

Autorky v príspevku analyzujú diagnostiku artériovej hypertenzie ako integrovaného procesu zisťujúceho druh hypertenzie - manifestnú artériovú hypertenziu, sekundárnu artériovú hypertenziu, primárnu artériovú hypertenziu. Pozornosť venujú anamnéze pacienta, fyzikálnym vyšetreniam, diagnostickým a laboratórnym vyšetreniam, špecializovaným vyšetreniam. Ďalej uvádzajú ciele liečby artériovej hypertenzie so zreteľom na zníženie morbidít a mortality a na spomalenie progresie ochorenia. Okrem farmakologickej liečby zdôrazňujú význam nefarmakologickej liečby, ktorá by mala byť zameraná na zmenu životného štýlu u pacienta so zameraním na zdravú výživu, na zníženie telesnej hmotnosti, striedmosť v konzumácii alkoholu, na nefajčenie, zvýšenie pohybovej aktivity a na zníženie úrovne stresu.

Výskyt ochorenia stúpa s vekom, no mladí ľudia nie sú výnimkou. Významnú úlohu zohráva i genetická predispozícia. Často vzniká bez akýchkoľvek príznakov. Bolesť hlavy, závraty, nevoľnosť a poruchy videnia sa môžu objaviť len zriedka. Preto nie vždy prichádza pacient k lekárovi, keďže opísané príznaky nepovažuje za problém. Jednoduchý spôsob, ako zistiť či máme vysoký tlak, je nechať si ho zmerať. Diagnostický proces má za cieľ stanoviť úroveň hodnôt TK, identifikovať sekundárne príčiny hypertenzie, zhodnotiť kardiovaskulárne riziko zisťovaním ďalších rizikových faktorov a poškodení cieľových orgánov (Sninčák, 2005, s. 47).

„Celkové riziko u pacientov s hypertenziou sa určuje na základe anamnézy, fyzikálneho vyšetrenia, laboratórneho a inštrumentálneho vyšetrenia.“ (Riečanský, 2009)

Diagnostika predstavuje integrovaný proces:

- Manifestná artériová hypertenzia - potvrdiť alebo vylúčiť trvalo zvýšené hodnoty TK.

- Sekundárna artériová hypertenzia - popri manifestnej, potvrdiť alebo vylúčiť iné ochorenie.
- Primárna artériová hypertenzia - vylúčením sekundárnej hypertenzie stanoviť najčastejšiu formu hypertenzie. Pátrať po ďalších rizikových faktoroch, zhodnotiť celkové kardiovaskulárne riziko (Smetanová, 2006, s. 55).

Diagnostický postup

- **Anamnéza:** rozhovor - osobná, rodinná, sociálna, farmakologická anamnéza, terajšie ochorenie.
- **Fyzikálne vyšetrenia:** pohľadom, posluhom, pohmatom, TK, výška, hmotnosť, kalkulácia BMI, pulzácia na dolných končatinách (DK).
- **Diagnostické vyšetrenia:** RDC hrudníka, EKG, ECHO, USG karotíd, obličiek, Holterov monitoring (24hodinové ambulantné meranie TK), vyšetrenie očného pozadia.
- **Laboratórne vyšetrenia:**
 - vyšetrenie moču - labstixom-bielkovina, krv, cukor, močový sediment, mikralbuminuria, kvantitatívna proteínúria/24h, katecholamíny;
 - vyšetrenie krvi - FW, krvný obraz - hematokrit, hemoglobín, C-reaktívny proteín, glukóza, kreatinín, urea, kyselina močová, lipidový profil, mineralogram, hormóny štítnej žľazy, Ca v sére, PRA.
- Špecializované vyšetrenia:
 - počítačová tomografia, magnetická rezonancia, angiografia;
 - doplnujúce konziliárne vyšetrenia dietológom, fyzioterapeutom, diabetológom (Balažovjeh, 1999).

Liečba artériovej hypertenzie

„Cieľom prevencie, nefarmakologických opatrení i medikamentózne liečby artériovej hypertenzie je zníženie morbidít a mortality na následky hypertenzie a dlhodobé znižovanie TK.

Liečbou sa spomaľuje progresia hypertenzie.“ (Balažovjeh, 1999, s. 116)
„Rozhodnutie o antihypertenzívnej liečbe sa zakladá na dvoch kritériách - na hodnotách systolického a diastolického tlaku krvi a úrovni celkového kardiovaskulárneho rizika.“ (Riečanský, 2009, s. 180) Primárnym cieľom liečby pacientov s hypertenziou je dosiahnutie maximálnej redukcie celkového kardiovaskulárneho rizika. V zásade platí, že treba začať u pacientov s úpravou životného štýlu.

Nefarmakologická liečba artériovej hypertenzie

Nefarmakologická liečba je zameraná na prevenciu, elimináciu rizikových faktorov a zmenu životného štýlu. Predstavuje súbor opatrení, ktoré trvalým dodržiavaním zo strany choreho zásadne a pozitívne ovplyvnia priebeh ochorenia, znižujú riziko komplikácií a niekedy môžu nahradiť medikamentóznou liečbu. Zmena životného štýlu vyjadruje naše očakávania. Úžitok z nefarmakologickej liečby artériovej hypertenzie sa prejaví poklesom tlaku krvi, znížením kardiovaskulárneho rizika, zlepšením metabolizmu lipidov a glukózovej tolerancie, menšou potrebou farmakologickej liečby, znížením rizika arteriálnej trombózy a zlepšením kvality života, primárnou prevenciou. Princípy nefarmakologickej liečby predstavuje úprava telesnej hmotnosti, pohybová aktivita, úprava príjmu sodíka a draslíka, zanechanie fajčenia, redukcia príjmu alkoholu a duševná pohoda (Jonáš, 2007, s. 48).

Životný štýl s artériovou hypertenziou

Liečebné zmeny životného štýlu predstavujú komplex opatrení na zníženie ovplyvniteľných rizikových faktorov artériovej hypertenzie. Tieto zmeny životného štýlu sú indikované u všetkých pacientov s vysokým normálnym krvným tlakom a u pacien-

tov s artériovou hypertenziou. Primárna prevencia rizikových faktorov predstavuje identifikáciu a elimináciu - zameriava sa na úpravu telesnej hmotnosti, udržanie normálnych hodnôt tlaku krvi, glykémie a lipidov. Sekundárna prevencia sa zameriava na skorú diagnostiku ochorenia, predchádzanie komplikáciám a na spomalenie rozvoja ochorenia.

- **Zdravá výživa** - diéta bohatá na ovocie a zeleninu s nízkym obsahom celkových a nasýtených tukov (uprednostňovať olej olivový, repkový, slnečnicový a kukuričný, nízkotučné mliečne výrobky, konzumácia rýb a morských živočíchov, chudé mäso, strukoviny). Denná dávka je šesť porcií v množstve 500 až 600 g. Jedlá sa pripravujú varením, pečením, grilovaním, zapakaním a dusením. Vlákny (celozrnné výrobky) prispievajú k zlepšeniu plazmatických lipidov a prirodzené antioxidanty a vitamíny (C, E) bránia oxidácii lipoproteínov, ktoré spomaľujú proces aterosklerózy. Dôležitou súčasťou diéty je primeraný príjem tekutín. Niektoré epidemiologické štúdie poukázali na priaznivý účinok tvrdej vody, ktorá obsahuje vápnik a horčík. Dôrazne sa odporúča zníženie príjmu kuchynskej soli, zdôrazňuje sa teda nevhodnosť prisoľovať si jedlo („jedáľenský stôl bez soľničky“).
- **Zníženie telesnej hmotnosti** - väčšina pacientov s artériovou hypertenziou trpí obezitou. Zníženie telesnej hmotnosti obezných sa považuje za najúčinnnejšie opatrenie z hľadiska zníženia krvného tlaku. Schudnúť sa dá rôzne, tiež si udržať výtúženú telesnú hmotnosť trvalo, no je potrebné mať profesionálne vedenú intervenciu odborníkmi ako sú: lekár, asistent výživy, psychológ a fyzioterapeut. Komplexný manažment obezity spočíva vo výžive, fyzickej aktivite, zmene



Ilustrácia foto: Shutterstock

životného štýlu a farmakoterapii. „10 % úbytku na hmotnosti urobí 90 % zdravotného benefitu.“ (Souček, Kára, et al., 2002)

- **Striedmosť v konzumácii alkoholu** - denná dávka konzumácie nemá byť vyššia ako 1-1,5 štandardnej dávky alkoholu (0,1 l vína, 0,3 l piva 12stupňového, 0,02 l 40 % destilátu) u ženy a 2-3 štandardnej dávky u muža.
- **Fajčenie** - je významný rizikový faktor, ktorý predstavuje riziko kardiovaskulárneho, respiračného ochorenia, ale i onkologické riziko. Je významnejší rizikový faktor než samotná mierna artériová hypertenzia. Nikotín patrí medzi prudké rastlinné jedy, je návykový, aktivuje sympatikus a parasympatikus. Fajčenie zvyšuje krvný tlak „akútne“. Pasívne fajčenie preukázateľne zvyšuje kardiovaskulárne riziko a dysfunkciu koronárnych ciev. Riziko sa spája rovnako s fajčením cigariet, fajky i cigár. Fajčenie môže znížiť účinok betablokátorov (antihypertenzív) a prospech zo zníženia tlaku krvi. Fajčenie predstavuje pre chorých s hypertenziou nesporné veľké riziko, a preto cieľom má byť úplné zanechanie fajčenia. Stratégia na ceste k nefajčeniu je náhradná činnosť, zmena stravovacích návykov a vyhýbanie sa miestam, ľuďom a činnostiam súvisiacich s fajčením.
- **Pohybová aktivita** - fyzická aktivita zlepšuje telesnú kondíciu a kvalitu života. Sedavý spôsob života je silný rizikový faktor, pravidelné cvičenie môžeme považovať ako štandardný liečebný postup. Cvičenie sa odporúča pri prevencii a liečbe hypertenzie v trvaní 40-60 minút 4-5-krát za týždeň. Sta-

tická fyzická záťaž a pretekársky šport u chorých s hypertenziou nie sú vhodné.

• **Stres** – je komplexná odpoveď organizmu človeka, ktorý sa snaží prispôsobiť meniacim sa podmienkam okolia. Určité množstvo stresu pre život potrebujeme, keď je ho málo, vyhladáme ho, a keď zasa veľa, unikáme pred ním. Eustres, tzv. dobrý stres je sprevádzaný príjemnými a dobrými emóciami.

Distres, tzv. zlý je sprevádzaný zápornými a negatívnymi emóciami. V konečnom dôsledku pri oboch dochádza k zmenám a reakciám organizmu, čo má za následok vážny zdravotný dopad (Kamenský, Pella, 2010). V súvislosti s kardiovaskulárnym ochorením poukazuje na prevenciu hypertenzie kód zdravého života: 0 cigariet, 30 minút pohybu denne, hladina celkového cholesterolu

≤5 mmol/l, krvný tlak 120/80 mmHg, 70/min. optimálna pulzová frekvencia, 80/94 cm obvod pasu u žien/mužov.

Farmakologická liečba

Farmakologická liečba závisí od kardiovaskulárneho rizika a je celoživotná. Zistenia z randomizovaných štúdií sa premietli do odporúčaní EHS (2003) a EKS (2007), ktoré v stanovisku o voľbe anti hypertenzíva uvádzajú:

1. hlavný prínos antihypertenzívnej liečby spočíva v znížení tlaku krvi *per se*,
2. tiazidové diuretiká, betablokátoři, kalciové antagonisty, ACE inhibítory (inhibítory angiotenzín konvertujúceho enzýmu) adekvátne znižujú tlak krvi a redukujú KV morbiditu a mortalitu.

Uvedené hlavné triedy anti hypertenzív sú vhodné na začatie a pokračovanie monoterapie ale-

bo v kombinácii. Každá skupina anti hypertenzív má špecifické vlastnosti a teda i výhody a nevýhody (Riečanský, 2009).

Literatúra u autoriek

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, Ph.D.,

Vysoká škola zdravotníctva

a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., Bratislava,

Mgr. Klaudia Glodová,

V. interná klinika LF UK a UNB, Ružinov, Bratislava

ivica.gulasova4@gmail.com

Heliport a ARO liberecké nemocnice

Krajská nemocnice Liberec, a. s., se může pochlubit unikátní stavbou, která bývá označována za nejzajímavější svého druhu u nás. V roce 2015 byla dokonce nominována do soutěže Stavba roku. Jedná se o nejmodernější nemocniční heliport v České republice. Autorky by vás rády seznámily s jeho provozem.

Výstavba heliportu v liberecké nemocnici začala v červnu 2013. Provoz tohoto zařízení byl spuštěn 27. června 2014, kdy zde poprvé přistál vrtulník s posádkou Letecké zdravotnické záchranné služby (LZZS) Libereckého kraje s pacientem. Heliport se nachází ve výšce 20 metrů s průměrem přistávací plochy 20 metrů a je propojen s 5. patrem pavilonu chirurgických oborů, kde se nachází ambulance urgentního příjmu pro pacienty transportované vrtulníkem. V noci je možné využít osvětlené navádění, což umožňuje přistávání vrtulníku 24 hodin denně. Vyhřívaná plocha současně zajišťuje celoroční provoz. Jako jeden z mála heliportů v ČR umožňuje přistání i 6. stupňového armádního vrtulníku Sokol. V souvislosti s provozem heliportu musí být personál vstupující na přistávací plochu řádně proškolen, jak se má v daném prostoru chovat, aby nedošlo k ohrožení zdraví pacienta a celého týmu.

Minimální časová prodleva

Transport z místa zásahu přímo na heliport a následně ambulance urgentního příjmu maxi-

málně zkracuje čas k poskytnutí specializované péče a zajišťuje šetrný převoz, což je pro pacienta v kritickém stavu životně důležité. Jsou zde prováděny primární i sekundární transporty pacientů. Dispečink záchranné služby Liberec ohlásí přilet vrtulníku na lůžkovou stanici ARO a specializovanému pracovišti, které odpovídá charakteru postižení pacienta. Mezioborová spolupráce je velmi důležitá ke stanovení včasné diagnózy a zahájení s ní spojené léčby.

Tým lékařů a sester z ARO a příslušného specializovaného pracoviště přebírá pacienta od posádky vrtulníku, čímž nemůže dojít ke ztrátě informací o stavu pacienta, mechanismu úrazu, o obtížích a příznacích. Absence těchto důležitých informací by mohla vést k nejistotě při stanovení diagnózy. Na ambulance urgentního příjmu probíhá rychlé zhodnocení životních funkcí a zajištění pacienta. Pokud dojde k indikaci okamžitého chirurgického zákroku, je výhodou, když anesteziolog, popřípadě i sestera, doprovázející pacienta od příjmu, mohou zůstat s druhým anesteziologem na operačním sále a celý proces tak zrychlit.

V případě, že je nutný okamžitý operační výkon, zejména z důvodu masivního krvácení při ztrátovém poranění, posádka LZZS spolu s týmem z ARO pacienta předává přímo týmu na operačním sále. V tomto případě nedochází k žádné časové prodlevě, protože se pacient transportuje na sál na nosítkách a s přístrojovým vybavením LZZS. Příjmová ambulance urgentního příjmu je plně vybavena pro zajištění pacienta v kritickém stavu. Umožňuje zde řešit naléhavé situace, jako jsou zajištění dýchacích cest, punkce tenzního pneumotoraxu, kanylace centrální žíly vícecestnými katétry, kanylace arterie. Provádí se zde nutná vyšetření, diagnostika a léčba dle stavu pacienta. Mezi lékové vybavení patří kromě farmak na podporu oběhu, analgosedace a antibiotik také léky na podporu koagulace, jako jsou Haemocompletan a Prothromplex. V případě nutnosti okamžitého hrazení krevních ztrát je možné využít čtyři EBR 0 Rh negativní z vitální indikace, které jsou uloženy na traumatologické ambulanci v přízemí této budovy.

Vyšetření přímo v ambulanci

Přímo v ambulanci urgentního příjmu je možné provést sonografické vyšetření, stanovit hladinu hemoglobinu, glykemie, vyšetřit INR na detekci warfarinizovaných pacientů. Snadno dostupný je i přístroj na nepřímou srdeční masáž LUCAS, který umožňuje transport pacientů vrtulníkem na specializované pracoviště mimo Krajskou



Foto: ZK archiv autorek

nemocnici Liberec za kontinuální resuscitace. Lékaři z anesteziologicko-resuscitačního oddělení mají na lůžkovém oddělení k dispozici ROTEM – přístroj, který je určený pro rychlou diagnostiku koagulačních poruch a umožňuje cílenou léčbu. Vyšetření na rotačním tromboelastografu je prováděno z krve pacienta odebrané do zkumavky na koagulační vyšetření. Toto vyšetření poskytuje informace o všech hlavních koagulačních složkách v jedné analýze. Výsledek je čitelný za 5 minut od spuštění, vyšetření je kompletně hotové za 30 minut. Již po zmíněných 5 minutách je lékař z výsledku schopen určit, jaké koagulační složky je nutné pacientovi substituovat. Toho je ve velké míře využíváno zejména u polytraumatizovaných pacientů, kdy je nutno koagulační složky substituovat ještě před příjezdem na operační sál. Výsledkem je zabránění vzniku traumatické koagulopatie a následně lepší prognóza stavu. Ostatní biologický materiál je ihned odeslán do příslušných laboratoří. Mezi další neméně důležité vybavení patří defibrilátor, přenosný monitor a přenosný dýchací přístroj. Dále je zde přístup do nemocničního informačního systému, který může doplnit a zpřesnit informace o pacientovi. Také snadná dostupnost spirálního CT, které se nachází jen o několik pater ní-

že, umožňuje stanovení přesné a včasné diagnózy, na jejímž základě je rozhodnuto o dalším postupu terapie a umístění pacienta na příslušné specializované pracoviště.

Letecká záchranná služba do liberecké nemocnice transportuje pacienty s nejrůznějšími druhy zdravotního postižení a všech věkových kategorií. Největší zastoupení od spuštění provozu heliportu mají pacienti směřující na traumacentrum, kardiocentrum, anesteziologicko-resuscitační oddělení a neurocentrum. Od spuštění provozu v červnu 2014 do konce srpna 2015 bylo přes heliport transportováno 540 pacientů, z toho 496 pacientů do liberecké nemocnice vrtulníkem přiletělo a 44 pacientů bylo transportováno vrtulníkem z KNL na jiné pracoviště.

Zahájení provozu vysoce moderního heliportu v Krajské nemocnici Liberec, a. s., má zásadní význam. Doba transportu pacienta se zkrátala až o 15 minut, samotný transport je šetrnější, bez dalších překladů do sanitních vozů a je minimalizována ztráta informací o pacientovi.

Literatura u autorok

Mgr. Sehnalová Jana, Mgr. Šimonová Hana,

ARO, Krajská nemocnice Liberec, a. s.,

simonovahanka1@gmail.com





30. BŘEZNA 2016
PRAHA, HUDEBNÍ DIVADLO KARLÍN



Záštitu nad oceněním převzala
Mgr. Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar
a Václava Havlových VIZE 97

Sestra roku 15

16. ročník soutěže vyhlášené redakcí odborného časopisu Zdravotnictví a medicína z vydavatelského domu Mladá fronta a. s.

AKCI PODPORUJÍ

Generální partner



O krok dál
pro zdraví

Hlavní partneři



Partner



Partneři galavečera



Záštitu



Mediální partneři



Odborný garant



www.sestraroku.cz



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v aktuálním čísle jsme pro vás připravili pestrou nabídku kongresových zpráv z různých oborů. Dozvíte se jak řešit problém spastické ruky, co trápí urology a další odborníky v souvislosti s infekcemi močových cest, přinášíme informace z oblasti onkogynekologie se zaměřením na fertilitu šetřící léčbu v onko-

logii, upozorňujeme na inovace a vývoj v oblasti koloproktologie a endoskopie a opětovně se vracíme k aktuálně diskutované problematice managementu život ohrožujícího krvácení a nového antidota k dabigatranu etexilátu.

Naše divize Medical Services ve spolupráci s Postgraduální aka-

demii průběžně rozšiřuje své aktivity a velmi si vážíme vašeho narůstajícího zájmu o pořádané vzdělávací akce i odbornou literaturu z našeho vydavatelství. Těšíme se, že se s vámi setkáme na některé z dalších plánovaných událostí.

Za Medical Services

MUDr. Andrea Skálová

Mezioborové klinické sympozium „Spastická ruka“

Jako ucelené téma z pohledu rehabilitace, neurologie a chirurgie pojal spastickou parézu horní končetiny hlavní pořadatel sympozia, Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol. Akce proběhla 25. ledna ve zcela zaplněném kinosále motolské nemocnice.

Deformity horní končetiny u pacientů se spasticitou vedou k jejich omezení v běžných činnostech denního života, které se zdravému člověku zdají být samozřejmé. Tento klinický obraz bývá patrný u stavů po mozkových mrtvicích, úrazech a operacích mozku, u dětské mozkové obrny, po encefalitidách a vzácně u vrozené vady – atrofie mozku nebo po metabolickém poškození mozku. Na mezioborovém sympoziu přednášející z Kliniky rehabilitace a tělovýchovného lékařství a z Neurologické kliniky nemocnice hovořili o klinické diagnostice spastické parézy u jednotlivých neurologických diagnóz, o aplikaci botulotoxinu pod EMG a SONO naviga-

ci a o možnostech konzervativní terapie. Následující chirurgický blok shrnul současné operační a protetické postupy terapie.

Rehabilitační a medikamentózní léčba
Primářka motolské rehabilitační kliniky MUDr. Martina Kůváří svůj příspěvek nazvala **Vyšetření spastické ruky dle konceptu Jeana Michaela Graciese a možnosti ošetření botulotoxinem. Edukace pacienta v autoterapii – domácí progresivní strečink.** Jak MUDr. Kůváří připomněla, spastickou parézu způsobuje léze centrálního motoneuronu. Spastický sval je nejen v hypertonu a paretický, ale také zkrácený, což ještě prohlubuje jeho oslabě-

ní. Spastická paréza interferuje nejen s volným pohybem pacienta, ale způsobuje i abnormální klidové postavení končetiny a je rovněž příčinou bolestí. V moderním pojetí se „spasticita“ rozděluje na čtyři podskupiny: spasticitu, spastickou dystonii, spastickou kokontrakci a spastickou synkinezi. Rozlišit tyto syndromy je velmi důležité pro farmakologickou i rehabilitační terapii.

Z farmak jsou k dispozici perorální myorelaxancia (baclofen, tizanidin, benzodiazepiny), která však nebývají dosti účinná, způsobují výraznou únavu a nepůsobí cíleně. Novým trendem je aplikace botulotoxinu do klíčových spastických svalů, a to po důkladném kineziologickém roz-

boru – nejlépe dle modifikované Tardieho škály rozpracované profesorem Jeanem Michaelem Graciesem. Farmakologickou léčbu je třeba kombinovat i s léčbou rehabilitační. „Doporučena je kombinace statického prodlouženého a progresivního strečinku nejvíce hyperaktivních a zkrácených svalů v kombinaci s aktivním cvičením posilujícím svaly více paretické,“ uzavřela primářka motolské rehabilitace.

V současné době je snaha centralizovat terapii botulotoxinem do Center spasticity – a právě ve FN Motol ve spolupráci neurologické a rehabilitační kliniky takového centrum před 3 lety vzniklo. **O aplikaci botulotoxinu pod**

ultrazvukovou kontrolou hovořil MUDr. Hynek Lachmann. Jak zdůraznil, při intramuskulární aplikaci botulotoxinu je klíčová správná lokalizace příslušného svalu.

Oproti dosavadnímu použití elektromyografické kontroly už je v Motole k dispozici i kontrola sonografická. Při ultrazvukovém (UZ) vyšetření jsou svaly velmi dobře rozpoznatelné. Výhodou je i to, že UZ obraz je v reálném čase, takže lze sledovat dráhu jehly i distribuci léku uvnitř svalu a snížit riziko traumatizace. Další výhodou oproti EMG kontrole je použití běžné jednorázové jehly, která je tenčí (méně bolestivá aplikace) a mnohem levnější.

Ergoterapeutické postupy, vyšetření a terapie u pacienta se spastickým postižením horní končetiny přiblížila fyzioterapeutka Bc. Veronika Lidáková. Obecným cílem ergoterapie je časná obnova motorických funkcí a kontrola kvality provádění úchopu. Je nutné správně identifikovat problém a zjistit pacientovu zakázku. „V terapii nejprve ovlivňujeme spasticitu, navazuje ▶

ODBORNÉ AKCE

trénink úchopů manipulačními aktivitami v nejvyšší míře výkonu horní končetiny. Následuje funkční trénink úchopů v běžných denních činnostech. Nedílnou součástí je protahování a dlahování zkrácených svalů horních končetin v maximální možné míře snesitelnosti anebo snaha o ovlivnění deformit rukou,“ vysvětlila fyzioterapeutka. Ovlivnění spastické parézy horní končetiny ergoterapeutickými a fyzioterapeutickými postupy má krátkodobý efekt, proto je nutné zacvičení do autoterapie. Pokud pacient intenzivně necvičí i v rámci denního domácího programu, nelze očekávat jiný než minimální efekt.

Obrazy **postižení horní končetiny u krčních míšních lézí** přiblížil primář motolské spinální jednotky MUDr. Jiří Kříž, Ph.D. Kompresivní či luxační fraktury obratlů během závažných úrazů, jako jsou autonehody, sportovní úrazy či skoky do vody, vedou zpravidla k motoricky kompletní míšni lézi. Podle poraněného krčního segmentu tak vzniká porucha inervace jednotlivých svalů na horních končetinách. Intenzivní rehabilitace v poúrazovém období umožní částečně zlepšit svalovou sílu a vytvořit náhradní pohybové stereotypy. Pacient dosáhne určitých funkčních schopností, které jsou pro daný postižený segment charakteristické.

Možnosti chirurgické léčby

Role multidisciplinární spolupráce při rekonstrukci spastic

ké horní končetiny byla tématem jednoho ze série příspěvků MUDr. Ludmily Fialové. Jak přednášející zdůraznila, v rámci předoperační rozvahy posuzujeme tíži deformity, IQ, motivaci a spolupráci jak pacienta, tak spolupráci v rodině. Důležitá komplexní péče v zájmu úspěšné léčby zahrnuje i kooperaci s dalšími odbornostmi – zejména fyzioterapeutem, ergoterapeutem, protetikem, a to jak před výkonem, tak po něm. Podle dalšího neurologického postižení je důležitá spolupráce s neurologem, psychologem, případně psychiatrem. Pro uplatnění v běžném životě pomáhá mimo jiné logoped či sociální pracovník.

Úkolem chirurgického výkonu je převedení nevýhodných a často spastických deformit do postavení, ve kterém se ruka stává funkční jednotkou, je umožněn úchop předmětů, cílený pohyb ruky v prostoru, bimanuální aktivity, navíc vymizí bolestivé spasmusy.

U pacientů s nízkým IQ nebo velmi těžkou deformitou usnadníme hygienu, péči o pacienta ošetřující osobě, zlepšíme částečně sebeobslužnost. Dílčí vyřešení deformit horní končetiny ovlivní nejen lepší využití ruky samotné, ale jejím zapojením umožní například chůzi nebo lepší mobilitu na invalidním vozíku. U dětských pacientů je zdokonalení funkce ruky také impulzem pro zlepšení psychomotorického vývoje. Možnost významného zlepšení kvality života spastických pacientů je neefektivnější při dobré mezioborové spolupráci.

MUDr. Fialová hovořila také o **rekonstrukci ruky při Charcotově-Marieově-Toothově nemoci**. Jde o hereditární progresivní periferní polyneuropatii, autotomálně dominantní, s poškozením senzitivity i motoriky. Vyskytuje se celosvětově u všech ras, v ČR tímto onemocněním trpí 4 tisíce osob. První projevy v útlém dětském věku jsou motorické parézy – obtíže s chůzí, později jsou poškozeny i horní končetiny. S věkem se klinický obraz zhoršuje, ale onemocnění není smrtelné a nezkracuje délku života. V dětství se objevuje vysoká klenba, pes clavus s kladívkovitými prsty, obtížná chůze s vykopáváním kolene a postupně až nemožnost chůze. V rukou se projevuje později a dominuje motorické postižení *n. medianus* a *ulnaris*, je omezené vnímání bolesti, tepla-chladu.

Kauzální léčba tohoto onemocnění je stále předmětem výzkumu, proto se využívá rehabilitační terapie s ortézami, ortopedickou obuví až po invalidní vozík. Je-li možnost, využívá se chirurgická léčba s cílem zachovat či navrátit alespoň částečný úchop rukou. Léčba se soustřeďuje na zlepšení opozice palce, rekonstrukci drápkovité ruky, případně posílení síly špetky a při prokázáném útisku *n. medianus* pak dekomprese v karpálním tunelu. Rekonstrukční operace rukou jsou však prováděny jen ojediněle (MUDr. Fialová uváděla dvě kauzistiky), daleko větší zkušenosti jsou s operací deformit aker dolních končetin, kterou se chirurgické pracoviště FN Motol také zabývá.



MUDr. Martina Kóvářová | Foto: archiv FN Motol

Ve svém třetím příspěvku MUDr. Fialová připomněla **zásady při rekonstrukci tetraplegické ruky**.

Základním předpokladem její rekonstrukce zůstává stabilizace neurologického a fyzikálního nálezu a psychosociálního stavu s minimálním odstupem jednoho roku od úrazu. Ihned od poranění má být zahájena intenzivní rehabilitační léčba, která již zůstává trvale.

Provádění **rekonstrukce úchopu u spastické horní končetiny** přiblížila MUDr. Kateřina Fajtová. Typická deformita spastické horní končetiny vykazuje proximálně vnitřní rotaci a addukci v rameni a flekční kontrakturu lokte, což znesnadňuje oblékání, pronační kontraktura předloktí znemožňuje provádět osobní hygienu a distální deformity omezují úchop.

Rekonstrukci úchopového postavení u spastické ruky chirurgové většinou provádějí jako první fázi ve sledu výkonů. Příslušné chirurgické metody spočívají v uvolnění či prodloužení spastických, zkrácených svalů ruky a předloktí a posílení oslabených skupin. „V této souvislosti je třeba zmínit i význam dlahování, které je pro pacienty bezpodmínečně důležité. Před výkonem slouží jako prevence kontraktur a doplněk konzervativní léčby, po operaci je dlahování nutné pro podporu rekonstruované funkce. Na

provedení chirurgického výkonu samozřejmě musí navázat cílená péče fyzioterapeuta a ergoterapeuta,“ připomněla MUDr. Fajtová.

V dalším příspěvku pak přednášející popsala několik metod **chirurgického řešení nejčastějších deformit palce způsobených spasticitou**. Cílem těchto postupů je umožnit obnovení úchopu.

Důležitou součástí chirurgické léčby spastické ruky, konkrétně **uvolněním flekční kontraktury lokte**, se ve své přednášce zabýval MUDr. Lubor Mrňa. Tato operace většinou následuje v druhé fázi po rekonstrukci úchopu a jejím účelem je eliminace spasmů do flexe, dosažení předmětu v prostoru a usnadnění veškeré činnosti ruky. Kontraktura je způsobena zkrácením flexorů lokte, pokud stav trvá déle, zkracují se i okolní měkké tkáně. Operační metoda se skládá z několika po sobě následujících kroků – plastiky kůže, plastiky *m. biceps brachii*, uvolnění *lacertus fibrosus*, *m. brachialis*, *m. brachioradialis* a případně i dalších struktur. Výsledkem je zlepšení extenze v průměru o 40 stupňů, usnadnění oblékání a hygieny, volnější uchopení předmětů a plynulejší chůze. Je tedy zřejmé, že také úspěšné operační uvolnění kontraktury lokte má významný pozitivní dopad na kvalitu života pacienta.

Jana Jílková

Nová metoda léčby poškozených menisků

Místo poškozeného menisku se voperuje umělohmotná náhrada, která po vhojení zamezí další destrukci kloubní chrupavky. S tímto inovačním řešením přichází lékaři Kliniky dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol.

Ve spolupráci s belgickým specialistou prof. Em. Dr. Rene Verdonkem (Universitair Ziekenhuis Gent v Belgii) takto operovali prvního českého pacienta.



Foto: FN Motol

I když se jedná se o relativně složitý operační zákrok hluboko v kloubu vyžadující dlouhodobou rekonvalescenci, má tento způsob léčby podle přednosti kliniky prof. MUDr. Tomáše Trče, CSc., MBA, jednoznačné výhody. „Doposud se poranění menisku a kloubních pouzder řešila částečným odstraněním defektní části kloubu, v lepším případě sešitím trhliny menisku. Nezamezilo se však postupnému poškozování

chrupavky, což se nakonec muselo řešit výměnou celého kloubu,“ říká profesor Trč. Náhrada menisku uměle vytvořeným komponentem, který je časem v těle kompletně vstřebán, umožňuje úspěšnou léčbu pacientů s bolestivými meniskovými lézemi. To vše bez následného omezení v zatížení a plné funkčnosti tlumení ná-

razů, ke kterým v kolenním kloubu dochází.

Rehabilitace po implantaci trvá přibližně 2 až 3 měsíce, avšak z dlouhodobého hlediska dokáže zamezit rozvoji nepříjemné artrózy, čímž se pacient vyhne daleko více zatěžujícím a náročnějším zákrokům. Umělohmotná náhrada z polykarbonátu podporuje vlastní hojivé procesy těla, a může tedy sloužit i k případné opravě a regeneraci tkáně původního menisku. Využití inovativních materiálů je příkladem nového, dynamicky se rozvíjejícího přístupu uplatňovaného v medicíně, který se nazývá tkáňová regenerace.

(Zdroj: FN Motol)

(red)

Česká koloproktologie dosahuje světové úrovně

Atrium Žižkovské televizní věže bylo ve dnech 18. a 19. února 2016 místem odborného setkání při tradičních Pracovních dnech koloproktologické sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP.

Organizační výbor vedený předsedou sekce prof. MUDr. Jiřím Hochem, CSc., připravil náročný a zajímavý program, jehož bloky a přednášky na sebe tematicky navazovaly a doplňovaly se.

Břišní katastrofy střevního původu

Úvodní blok byl věnován břišním katastrofám střevního původu. Jejich příčiny se sice různí, ale spojuje je podobnost průběhu a důsledky – poruchy průchodnosti střeva, ztráta jeho funkční kapacity známá jako syndrom krátkého střeva a u části nemocných různě rozsáhlé defekty břišní stěny. Z povahy těchto stavů, bezprostředního i pozdního ohrožení života a komplexnosti poškození (včetně systémového) vyplývá nezbytnost mezioborové péče a spolupráce při jejich řešení.

„Katastrofy“ až na výjimky začínají akutně, příčinou bývá kritický nálezný nález na střevě nebo komplikace v důsledku peritonitidy. V této fázi dominuje chirurgická operační a intenzivní péče a péče anesteziologická, dokonce dlouhodobá.

Příčiny katastrof a možnosti chirurgického řešení rozebrali prim. MUDr. Zbyněk Jech z Chirurgické kliniky 2. LF UK a FN Motol a v navazujícím sdělení MUDr. Milan Chobola z Chirurgické kliniky LF UK a FN Hradec Králové (FNHK). Přednosta Chirurgické kliniky FN Nitra a předseda Slovenské koloproktologické sekce doc. MUDr. Jozef Korček, Ph.D., uvedl vlastní zkušenost ze sestavy nemocných. Po vyvedení nemocného z akutní fáze břišní katastrofy následuje dlouhodobá adaptace vyžadující intenzivní, nutriční a metabolickou péči včetně péče o komplikované rány na břiše, o střevní píštěle a stomie.

Za nutricionisty a metaboliky toto téma uvedl MUDr. Jan Maňák, Ph.D., z III. interní gerontometabolické kliniky LF UK a FNHK, na jehož sdělení navázal vedoucí lékař metabolické jednotky Interní kliniky 2. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Jiří Charvát, CSc., s přednáškou o zajištění nutriční podpory. Zmínil jednak zdánlivě jed-

noduchou otázku žilních vstupů, jednak výtečnou zkušenost s periferně zavedenými centrálními katétry (PICC). Až na výjimky končí břišní katastrofy a laparotomie různě rozsáhlými defekty břišní stěny. Operačním možností při jejich ošetření se věnoval MUDr. Josef Kulhánek, MBA, který představil zkušenosti s pracovním, zato efektivním plasticko-chirurgickým postupem „component separation“.

Anastomóza z nejrůznějších úhlů

Další blok, zaměřený na anastomózu, přinesl komplexní pohled na toto klíčové místo rekonstrukční fáze střevních operací. Ve věcném sledu se přednášející věnovali prevenci, diagnostice a možnostem léčby dehiscence anastomózy (MUDr. Petr Šlauf, Chirurgická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce), detekci faktorů, které zvyšují riziko selhání anastomózy, tedy predikci selhání anastomózy (MUDr. Lubomír Martínek, Ph.D., Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol) a kontrole kvality a bezpečnosti kolorektální anastomózy (MUDr. Otakar Sotona, chirurgická ambulance, Česká Třebová).

Následující sdělení směřovala k dalším důležitým aspektům – MUDr. Václav Liška, Ph.D., z Chirurgické kliniky LF UK a FN Plzeň se ve svém sdělení věnoval vlivu komplikací anastomózy na onkologické výsledky a prim. MUDr. Zuzana Šerclová (chirurgické oddělení Nemocnice Hořovice) a prof. MUDr. Mojmir Kasalický, CSc. (Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha) anastomózám při operacích pro nespecifické střevní záněty. Ošetření dehiscencí nízkých resekcí rekta systémem Endosponge a léčebné výsledky v sestavě nemocných demonstroval prim. MUDr. Jan Rejholec (chirurgické oddělení, Nemocnice Děčín). V závěru bloku přednesla MUDr. Beata Hemmelová z Chirurgické kliniky LF MU a FN Brno sdělení o zatím málo diskutovaném problému – syndromu nízké resekcí rekta z pohledu pacientů.

Protektivní stomie

Stomie, jejich komplikace a další související problémy byly dalším tématem. Častou komplikací jsou parastomické kýly; jak jim předcházet a jak je operovat demonstroval MUDr. Július Őrhalmi (Chirurgická klinika LF UK a FNHK). Další dvě přednášky byly zaměřeny na protektivní stomie. Ty sice přispívají k omezení závažných důsledků selhání anastomóz po resekcích rekta, ale jsou také příčinou jiných komplikací. Primář chirurgického oddělení Nemocnice Pardubice MUDr. Lukáš Sákra, Ph.D., v pečlivě dokumentovaném sdělení polemizoval o významu tohoto opatření, mezi jehož záporů patří, že v součtu prodlužuje délku hospitalizace, zvyšuje počet komplikací a u významné části operovaných pacientů zůstane natrvalo. Na další onkologicky významný problém, jímž jsou odklady, případně vynechání adjuvantní léčby kvůli komplikacím protektivních stomií, upozornila MUDr. Martina Migrová. V závěru bloku popsali doc. MUDr. Tomáš Skříčka, CSc., a předsedkyně Českého ILCO Ing. Marie Ředínová současný stav péče o stomiky a nastínili možnosti jak tuto další péči zlepšit.

Nutnost mezioborové spolupráce

Mezioborová spolupráce byla mottem části programu věnovaného krvácení do dolní části zažívacího traktu. Pohledem invazivního radiologa se v bohatě dokumentované přednášce tématu věnoval přednosta Radiologické kliniky LF UK a FNHK prof. MUDr. Antonín Krajina, CSc., a gastroenterologové-endoskopisté, přednostka II. interní gastroenterologické kliniky LF UK a FNHK prof. MUDr. Marcela Kopáčová, Ph.D., a MUDr. Jan Štoviček (Interní klinika 2. LF UK a FN Motol), kteří nastínili možnosti endoskopické diagnostiky a hemostázy při krvácení do tenkého a tlustého střeva. Shodli se v potřebě komplexního postupu, v němž užití metod další odbornosti není konkurenční, ale komplementární. V navazující přednášce připomněl z pohledu

chirurga závažnost takových krvácení a potřebu chirurgického dohledu a řešení u nemocných, u nichž je neoperační hemostáza pouze přechodná nebo vede k rozvoji ischemické léze ošetřené úseku střeva, přednosta I. chirurgické kliniky hrudní, břišní a úrazové chirurgie 1. LF UK a VFN Praha prof. MUDr. Zdeněk Krška, DrSc.

Referované inovace a nové technologie se týkaly nových technik použití staplerů (MVDr. Martin Štěpánek), užití techniky OVESCO k uzavěru píštělí a fluorescenční angiografie k posouzení perfuze anastomózy u kolorektálních operací. O řešení anorektálních píštělí pomocí klipů OVESCO podrobně a kriticky referovali Dr. med. Rüdiger Pross z Proktologického institutu ve Stuttgartu a MUDr. Filip Pazdírek (Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol), který se seznámil se zkušenostmi z pilotní sestavy v ČR. Shodli se na přínosu metody a také na názoru, že se jedná o rozšíření možnosti léčby, nikoli o univerzálně použitelnou metodu.

Peroperační fluorescenční angiografie se v současnosti jeví jako slibná možnost jak snížit riziko selhání kolorektálních anastomóz a zejména anastomóz po resekcích rekta. Téma uvedl dr. Robert Kuropatwa poutavou přednáškou o historii a principu metody a také o očekávatelném dalším vývoji. Další přednášející, primář chirurgického oddělení Nemocnice Nový Jičín MUDr. Matej Škrovina, Ph.D., a MUDr. Lubomír Martínek, Ph.D., referovali o výsledcích pilotní studie a o klinické zkušenosti s užitím fluorescenční angiografie, o snížení počtu anastomotických komplikací a o tom, jak změnit operaci, když se prokáže nedosta- tečná perfuze.

Důraz na kvalitu

Všichni přítomní potvrdili, jak přínosné byly všechny přednášky, jak kvalitně byly připraveny, dokumentovány a předneseny, jakého vzestupu kvality jsme svědky. Ostatně na kvalitu ve více ohledech byl zaměřen celý blok Pracovních dnů. Předseda ČCHS ČLS JEP

a přednosta Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN Praha prof. MUDr. Miroslav Ryska, Ph.D., přednesl originální sdělení zaměřené na sledování kvality chirurgické činnosti, demonstující na konkrétních údajích, že bez kontroly nezávislým auditorem a zpětnovazebné reakce chirurga nelze léčebné výsledky zlepšit. Tuto zkušenost potvrdil MUDr. Daniel Langer ze stejného pracoviště, který uvedl výsledky právě ukončené multicentrické studie sledující kvalitu excize mezorekta při resekcích rekta pro karcinom.

Kvalita a kontrola edukace v koloproktologii byla předmětem přednášky prof. MUDr. Františka Antoš, CSc. (Chirurgická klinika 1. LF UK a NNB). Prof. Antoš zmínil také jednak podmínky tohoto specializačního vzdělávání u nás, jednak v zahraničí a v rámci EU. Více prostoru než v minulosti se dostalo informacím z blízkých a zahraničních organizací – ESCP, ECCO, SGO – a přehledu o běžících a končících evropských koloproktologických studiích (referovali o nich MUDr. Őrhalmi, MUDr. Šerclová a MUDr. Ondřej Ryska).

Významným hostem letošních Pracovních dnů byl prof. Stanley M. Goldberg z Minnesoty, legenda americké kolorektální chirurgie, resp. koloproktologie. V jedné přednášce předvedl řešení prolapsu rekta perineálním přístupem a jeho výsledky, ve druhé – „lecture state of art“ – perforovanou divertikulitidu. Obě přednášky byly po všech stránkách strhující, první vpravdě didaktickou ukázkou postupu, druhá komplexností řešení všech fází této choroby a diagnostických a terapeutických možností. S uvedením nejnovějších dat upozornil na kontroverze v diagnostice, v léčbě a ve vedení nemocných s divertikulární chorobou a na odlišnosti doporučených postupů v různých zemích. Ty se týkají užití diagnostických metod, v neoperační léčbě užití/neužití antibiotik, v operační léčbě nejnověji užití laparoskopické laváže nebo konvenční operace při perforované divertikulitidě.

Letošní Pracovní dny navázaly na vskutku „pracovní“ atmosféru a zaujaté diskuse předchozích setkání. K tomu dokonale připravené zázemí, příjemné prostředí atria a fascinující Žižkovská věž. Profesor Goldberg nebyl v ČR poprvé. Přednáškám v češtině rozuměl jen z projekce a z překladu, přesto se víckrát zmínil o překvapení, jaké úroveň jsme dosáhli.

Za všechny, kteří k tomu přispěli, se na další ročník těší

prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.

ODBORNÉ AKCE

Inovativní staplery pro preciznější výkon i větší bezpečí pacienta

V rámci Pracovních dnů koloproktologické sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP, které letos proběhly 18. a 19. února v kongresovém sále Žižkovské věže v Praze, byly představeny mimo jiné nové staplery z portfolia společnosti B. Braun.

Staplery jsou chirurgické nástroje určené k mechanickému sešití či zasvorkování tkáně. Jsou přizpůsobeny tkáním a orgánům a uplatňují se jak v otevřené, tak v miniinvazivní chirurgii. Cílem inovace těchto nástrojů, využívaných v chirurgii a endoskopii, je precizní sutura v trávicím traktu pacienta s minimální traumatizací těchto tkání. Inovativní staplerová technika výrazně zkracuje dobu hojení a rekonvalescence po zákroku, a je tak přínosem nejen pro operátory, ale především pro jejich pacienty. Do skupiny staplerů společnosti B. Braun lze zařadit cirkulár-

ní staplery (CSC, ECSC – endoskopické), lineární katry (LC) se zásobníky (LCC), cirkulární staplery pro nízké resekce rekta (CSC-KOL) či staplery pro řešení hemoroidů (PPH, TST33). V následující části představujeme některé z nabízených nových staplerů, určených pro oblast koloproktologie.

Cirkulární stapler CSC-KOL

Tento stapler byl vyvinut speciálně na přání chirurgů koloproktologů pro řešení nízké přední resekce rekta. Jde o originální cirkulární stapler lišící se od všech ostatních krátkým a rovným tělem. Je vyráběn ve dvou velikostech s průměrem kloboučku 29 a 33 mm. Speciální systém nožů umožňuje snadný řez tkání střeva i po předchozím uzávěru několika liniemi svorek.

Stapler se odlišuje od cirkulárního také čtyřmi trakčními otvory. Těmi se protahují vlákna při technice *end-to-end* anastomózy, čímž se eliminují mrtvé prostory distálního pahýlu střeva (tzv. *dog ears*) – tedy místa potenciálního vzniku ischemie.

Přínosem této techniky je snížení rizika tvorby ischemických oblastí, minimalizace malformací svorek a redukce případného vzniku anastomotického leaku. Příslušenství umožňuje operátorovi také přehledný transanální přístup.

Stapler PPH

PPH stapler je speciálně konstruován k odstranění hemoroidů technikou podle Longa. Od klasického cirkulárního stapleru se tento typ liší nejen tvarem kloboučku, ale především tím, že klobouček nelze oddělit od těla stapleru.

Při standardním průměru 33 mm je stapler nabitý 32 svorkami a ošetří tloušťku tkáně 0,75–1,5 mm. Velký vnitřní objem v těle stapleru umožňuje odstranit potřebné množství prolabované tkáně. Dlouhá a pevná hřídel kovadliny slouží k lepší vizualizaci patologické tkáně v průběhu zákroku i ke správnému nasazení tabákového stehu před odpálením stapleru.

Optimálnímu výsledku operace napomáhá transanální příslušenství, jež je součástí každého setu.

Stapler TST33

TST (*Tissue Selective Therapy*) stapler je originální, mezinárodně patentovaný stapler. Používá se při stejných indikacích jako stapler PPH, od kterého se liší především příslušenstvím. Odlišnost techniky vychází z jednoduchého předpokladu, že většina hemoroidů vzniká na určitých predisponovaných místech rekta a pacienta trápí většinou jeden až tři hemoroidy. Proto patentovaný systém DAO umožňuje operátorovi vybrat správný anoskop s jedním, dvěma nebo třemi okénky.

Po důkladném vyšetření pacienta a následném výběru správného příslušenství je chirurgickým vláknem vtažena do okénka anoskopu pouze prolabovaná tkáň hemoroidu. Po odpálení tak dochází k založení svorek pouze v místě prolabované tkáně. Svorky tedy nejsou usazeny cirkulárně jako u techniky PPH.

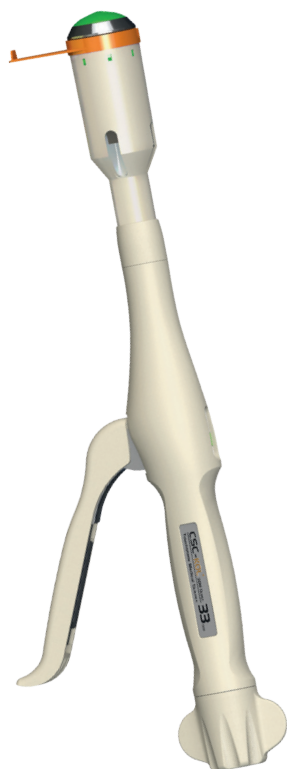
Správnou funkci stapleru podporuje také systém PPC (systém permanentní paralelní komprese). Díky němu nedochází k vychýlení kovadliny mimo osu při jednostranné kompresi tkáně (pacient s jedním nebo dvěma hemoroidy) a svorky jsou pak založeny správně a rovnoměrně pouze do míst, kde se nachází tkáň hemoroidu. Po odpálení je vždy nutná kontrola místa anastomózy.

Díky této selektivní modifikaci Longovy metody je zákrok cel-



MUDr. Martin Štěpánek v rozhovoru s prof. MUDr. Jiří Hochem, CSc.

Foto: archiv B. Braun



Stapler CSC-KOL

B. Braun Medical dodává již přes dvacet let českému zdravotnictví špičkové zdravotnické materiály, lékařské přístroje, technologie a služby. Od roku 2005 řídí také dovoz a distribuci zdravotnického sortimentu na slovenském trhu. Spolu se sesterskou společností B. Braun Avitum, která provozuje vlastní síť dialyzačních středisek, tvoří Skupinu B. Braun pro Českou a Slovenskou republiku.



TST33 stapler

kově miniinvazivnější, snižuje riziko stenózy a umožňuje rychlejší rekonvalescenci pacienta.

Stapler TST36

V průběhu letošního roku budou mít čeští odborníci k dispozici i další typ TST stapleru. TST36 byl vyvinut teprve před třemi lety pro řešení velkých prolapsů rekta a rektokély.

Jedná se o chirurgický stapler s největším průměrem těla (36 mm). Dominantou tohoto výrobku jsou velká okna v těle staple-

ru, která umožňují odstranit velké množství prolabované tkáně jedním odpálem. Operátor má při výkonu odstraňovanou tkáň pod přímou vizuální kontrolou. Vnitřní objem stapleru je více než 35 cm³, a proto lze tímto staplerem odstranit stejný objem tkáně jako např. dvěma PPH staplery. Jedná se o velmi šetrnou a rychlou techniku s malým rizikem komplikací, jako jsou bolestivost, krvácení či návrat prolapsu.

(red)



LC

Lineární katr a zásobníky

- **BLC™** - Vyvážený pákový systém ovládání. Zajišťuje paralelní uzavření vidlic nástroje.
- **TPC™** - Vroubkování pro správné umístění tkáně. Zabraňuje sklouznutí tkáně mezi vidlicemi nástroje.
- **SLR™** - Bezpečná vzdálenost okraje a bříty. Zvyšuje bezpečnost linie svorek.

CSC

Zahnutý cirkulární stapler

- Systém rotační čepele **RBS™**. Snadné a přesné provedení řezu.
- Vestavěná automatická bezpečnostní pojistka **ASL™**. Zabraňuje nechtěnému odpalu.
- Hřídel **PSS™** ve tvaru okvětních lístků. Snadné zavedení s pevným uchycením.
- Regulovatelná výška uzavřené svorky v rozmezí od 1 do 2,5 mm.

PPH PRO33

Stapler pro řešení hemoroidů metodou dle Longa

- Vestavěná automatická bezpečnostní pojistka **ASL™**. Zabraňuje nechtěnému odpalu.
- 32 přesně uspořádaných svorek.
- Markry pro stanovení hloubky zasunutí.
- Černý design eliminující odrazy světla.

TST33

Selektivní a miniinvazivní přístup pro řešení hemoroidů

- **PPC™** systém zajišťuje výbornou hemostázu i při asymetrickém zatížení stapleru.
- **ARL™** systém zabraňující sklouznutí tkáně během automatického uzavírání.
- Vestavěná automatická bezpečnostní pojistka **ASL™**. Zabraňuje nechtěnému odpalu.
- **DAO™** příslušenství umožňuje selektivní resekci pouze vyhrzlé tkáně.

CHIRURGICKÉ STAPLERY

od B. Braun

ODBORNÉ AKCE

Kardiologie pro interní praxi

Další odborné sympozium Postgraduální akademie Medical Services, tentokrát zaměřené na kardiologii pro interní praxi, proběhlo 23. února v Erbia Congress Centrum v Praze. Garanty sympozia byli prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA, za Českou kardiologickou společnost a prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM, za Českou internistickou společnost ČLS JEP.

Odpolední přednáškový blok zahrnoval příspěvky Farmakoterapie hyperlipoproteinemie v roce 2016 (prof. Richard Češka), Úloha gastroenterologa v diferenciální diagnostice bolestí na hrudi (prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.), Kardiovaskulární bezpečnost antidiabetické léčby (doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.), Co by měl znát ambulantní lékař o fibrilaci síní? (prof. Miloš Táborský), Pacient s obtížně korigovatelnou hypertenzí – co pro něj můžeme udělat? (doc. MUDr. Jan Václavík, Ph.D.) a Plicní arteriální hypertenze (doc. MUDr. Martin Hutyra, Ph.D.).

Jak léčit dyslipidemie

O významu léčby dyslipidemií, jejímž cílem je pozitivní ovlivnění morbidity a mortality, hovořil profesor Češka. Připomenul, že zejména díky statinům došlo za posledních 25 let ke snížení kardiovaskulárního rizika o 30 % a celkové mortality o 18 %. Bohužel však ne všichni pacienti, kteří potřebují hypolipidemika, tuto léčbu dostávají – zejména se to týká diabetiků, kde ji užívá jen polovina z nich. Dalším problémem je pak poddávkování léčby a špatná adherence pacientů k léčbě.

Přednášející upozornil na negativní mediální vlivy týkající se statinové léčby. Příkladem může být antistatinová kampaň, která proběhla v Dánsku a měla na svědomí zvýšení výskytu infarktu myokardu o 26 % a celkové mortality o 18 %. Prof. Češka dále představil novou perspektivní hypolipidemika, jako je lomitapid pro léčbu familiární hypercholesterolemie, či inhibitory PCSK9, u nichž metaanalýza studií prokázala snížení celkové mortality o 57 %.

Co s bolestí na hrudi?

Že bolest na hrudi může signalizovat kardiovaskulární či plicní onemocnění, ale příčinou mohou být také problémy s páteří, panické ataky úzkosti či choro-

by trávicího systému, zdůraznil prof. Milan Lukáš. Ve svém příspěvku vyzdvihl zejména úlohu zobrazovacích metod v diagnostice onemocnění trávicího ústrojí, které suverénně určí příčinu obtíží. Zejména se jedná o endoskopické metody (gastroskopie, kolonoskopie...), které jsou v gastroenterologii široce využívané a prakticky nahrazují anamnestické pátrání po možných příčinách onemocnění. Prof. Lukáš uvedl, že díky rozvoji endoskopie je například vředová choroba gastroduodenální nemoci na ústupu, neboť ji lze včas a účinně diagnostikovat i léčit, mj. cestou eradikace *H. pylori*. Dále se přednášející věnoval symptomatologii a léčbě dalších chorob trávicího traktu, jako je ezofagitida, refluxní choroba, pankreatitida, a připomenul, že je třeba myslet i na funkční původ obtíží a nepodceňovat hypersenzitivitu pacientů, u nichž například malý reflux může vyvolávat větší bolesti.

Komplexní léčba diabetu

Docentka Šmahelová seznámila přítomné s novým paradigmatem léčby diabetu mellitu 2. typu (DM2). Upozornila, že hlavním „tahounem“ epidemie DM2 je obezita a pouhá redukce hmotnosti o 5–10 % významně snižuje kardiovaskulární (KV) riziko u diabetiků. Léčit je třeba všechny rizikové KV faktory – hypertenzi, dyslipidemie a hyperglykémii. Důležitou roli v léčbě DM2 hraje také životospráva, lékaři by měli sledovat i adherenci pacienta k léčbě. Přednášející upozornila na skutečnost, že DM2 je heterogenní onemocnění, a je proto nezbytné přistupovat k jeho léčbě individuálně. V terapii DM2 se odráží snaha o dobrou klinickou praxi, opřenou o důkazy (EBM) i zkušenosti expertů. Uplatňuje se zde řada preparátů, základem léčby DM2 je v současnosti metformin, který je účinný ve všech stádiích onemocnění, dále jsou k dispozi-



Ředitel divize Medical Services Karel Novotný a profesor Miloš Táborský

Foto: 2x archiv pořadatele



Profesor Richard Češka s šéfredaktorkou Postgraduální medicíny Michaelou Lizlerovou

ci inkretiny, gliptiny, inhibitory SGLT2 glifloziny, fixní kombinace léků a samozřejmě inzulin. Moderní antidiabetika oproti starším typům snižují i KV riziko. Cílem léčby DM2 je především prevence komplikací diabetu a jejich důsledků. V současnosti probíhá řada prospektivních studií ověřujících bezpečnost antidiabetické léčby.

Co vědět o fibrilaci síní

Fibrilace síní (FS) je nejčastější porucha srdečního rytmu, jejíž výskyt v populaci stoupá. O možnostech léčby této arytmie, jejíž obávanou komplikací je cévní mozková příhoda, hovořil profesor Miloš Táborský. V příspěvku upozornil na nutnost léčit FS, a to jednak pomocí antikoagulační terapie a jednak kontrolou srdeční-

ho rytmu či frekvence. V souvislosti s tím připomenul úspěchy české kardiologie v oblasti katetrizace ablace – léčebné metody odstraňující příčinu této arytmie. Profesor Táborský dále seznámil s novou klasifikací FS, rizikovými stratifikacemi tromboembolických komplikací (CHA2DS2-VASc skóre) a krvácení (HAS-BLED skóre), stejně jako s managementem léčby fibrilace síní. V závěru se zaměřil nad tím, co lze udělat pro pacienty léčené warfarinem, který je dosud nejčastěji podávaným antikoagulanciem. Špatná kontrola INR je totiž spojena s nepříznivými léčebnými výsledky (více CMP, více krvácení a úmrtí) a pacienti s velmi špatnou kontrolou mohou být dokonce rizikovější než pacienti bez antikoagulace. Pomoci v monitorování INR mů-

že podle něj i telemedicína. Evropská kardiologická společnost doporučuje prioritně podávat nová antikoagulantia (NOAC), avšak v současnosti je třeba z důvodu jejich vyšší ceny respektovat v ČR podmínky plátců.

Rezistentní hypertenze

Jak řešit problém s obtížně korigovatelnou hypertenzí uvedl ve své přednášce docent Jan Václavík. Prevalence rezistentní hypertenze dosahuje podle údajů z registru NHANES u pacientů léčených antihypertenzivy až 13 %. Lékař by se však nejprve měl zamyslet nad možnostmi, zda pacient skutečně má rezistentní hypertenzi, zajistit správné měření krevního tlaku, vyloučit fenomén bílého pláště a ověřit si, jaká je adherence pacienta k léčbě. Dále by měl ošetřující lékař zvážovat, zda není hypertenze způsobená odstranitelnou příčinou, jako je vliv medikace, nadměrná spotřeba alkoholu, či zda se nejedná o sekundární hypertenzi. Ta může být přítomna v důsledku primárního hyperaldosteronismu, renoparenchymatózního onemocnění, renovaskulární hypertenze či obstrukční spánkové apnoe.

Přednášející dále vyzdvihl, že léčbu hypertenze je třeba započít režimovými opatřeními (redukce hmotnosti, omezení příjmu soli a alkoholu a zvýšení vhodné fyzické aktivity). Ve farmakoterapii pak lze využít kombinace dvou a více antihypertenzních léčiv, výhodou je podávání fixních kombinací, které zlepšují compliance s léčbou. Docent Václavík upozornil také na častou chybu v léčebném režimu, kterou je nedostatečná dávka diuretika. Důležitá je i chronoterapie, kdy při podávání více antihypertenziv přesunout alespoň jednoho léku na večer vede k výraznější redukci krevního tlaku.

Plicní arteriální hypertenze

V posledním příspěvku shrnul docent Martin Hutyra současné poznatky o diagnostice a léčbě plicní arteriální hypertenze. Odkázal přítom na nové *guidelines* Evropské kardiologické společnosti a Evropské pneumologické společnosti (ESC/ERS) a podrobněji se věnoval klasifikaci, prognóze, rizikové stratifikaci pacientů (na podkladě registru REVEAL), roli echokardiografie a ventilačně-perfuzní scintigrafie plic ve screeningu onemocnění a možnostech terapie, zejména s ohledem na výsledky léčby analogem prostacyklinu – treprostinilem.

MUDr. Andrea Skálová

Inzerce M161000105

Medtronic
Further, Together

Vakcinace: konspirace a realita

Problematice očkování se věnovalo další ze symposií Medical Services a Postgraduální akademie. Akce nazvaná „Vakcinace: konspirace a realita“ proběhla 17. února v kongresovém sále Žižkovské věže v Praze a navázala tak na předchozí úspěšné sympozium na obdobné téma, které se konalo koncem roku 2014. Garantem odborného programu byl předseda České vakcinologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.

Internet a sociální média se staly snadno dostupným prostorem, v němž kromě validních informací bují mýty, polopravdy i naprosté nepravdy. Následování rad z pochybných zdrojů však může ohrozit lidské zdraví. Přednášející se shodli, že neodborné a manipulativní informace od pseudodobrníků mají mimo jiné za následek, že někteří rodiče odmítají pravidelné i doporučené očkování. Cílené kampaně odpůrců očkování, často založené na všemožných konspiračních teoriích, a negativně



Profesor Roman Prymula

laděné komentáře v internetových diskusích vedou k postupnému poklesu proočkování a nárůstu očkováním preventabilních onemocnění. Lékař by proto měl být vybaven jak odbornými znalostmi, tak věcnými protiargumenty, aby byl schopen diskutovat s pacienty, respektive s rodiči dětských pacientů, o významu očkování, eventuálně v individuálních pří-

padech o možnostech jeho odkladu či rozkladu.

Cílem vakcinologů a dalších odborníků je poskytovat průběžně zejména očkujícím praktickým lékařům pro děti a dorost dostatek na důkazech podložených faktů i argumentů, s jejichž pomocí mohou rozptýlit mnohdy zbytečné obavy rodičů související s potenciálními nežádoucími účinky vakcín a budoucím zdravím jejich dětí.

Témata symposia

Jednotlivé příspěvky symposia se tentokrát zaměřily na aktuální informace o situaci v očkování v České republice (prof. Roman Prymula), vakcinaci coby prioritní téma agendy Světové zdravotnické organizace (MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH), nežádoucí účinky vakcín z pohledu monitorování a hodnocení Státním ústavem pro kontrolu léčiv (MUDr. Eva Jirsová), bezpečnost hexavakcín a otázky kolem rozkladu očkování (MUDr. Hana Cabrnchová), zkušenosti pedopsychiatra, který vysvětlil, proč autismus nevzniká v důsledku očkování (prof.



Profesor Ivo Paclt | Foto: 3x archiv MF

MUDr. Ivo Paclt, CSc.), nežádoucí reakce po očkování a jejich správné hlášení (prof. Roman Prymula) a význam kontroly infekčních nemocí očkováním (MUDr. Daniel Dražan). Vysoká účast z řad zkušených lékařů i jejich mladých kolegů

svědčí o tom, že téma je aktuální a že očkující lékaři mají zájem na tom, aby společně s rodiči hledali cesty jak zlepšit proočkování dětí, a to nejen z pohledu individuální protekce, ale i v kontextu ochrany veřejného zdraví.

(red)



MUDr. Hana Cabrnchová

Inzerce M161000179



Postgraduální akademie

Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína, Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání.

Více informací o dalších akcích naleznete na stránkách: www.medical-services.cz

Fakultní nemocnice Brno, Interní hematologická a onkologická klinika, přijme

VŠEOBECNÉ SESTRY, ZDRAVOTNICKÉ ASISTENTY, ZDRAVOTNÍ LABORANTY A SANITÁŘE DO NEPŘETRŽITÉHO PROVOZU NA STANDARDNÍ ODDĚLENÍ, JIP A TRANSPLANTAČNÍ JEDNOTKU.

POŽADUJEME:

odbornou způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb., VOŠ, VŠ, PSS v onkologii, interně, ARIP vítáno, není podmínkou.

NABÍZÍME:

vysoce specializovanou práci v příjemném kolektivu, osobní ohodnocení v souladu s právními předpisy, finanční zvýhodnění za práci na onkologii, proplacení přesčasových hodin, zaměstnanecké výhody, možnost ubytování. Finančně podporujeme celoživotní vzdělávání a osobní růst zaměstnanců.



Interní hematologická
a onkologická klinika
FN Brno a LF MU

KONTAKTNÍ OSOBA:

Jitka Firešová, tel. 532 233 645, jitka.firesova@fnbrno.cz



FAKULTNÍ
NEMOCNICE
BRNO

ODBORNÉ AKCE

Management život ohrožujícího krvácení: rychle, cíleně, individuálně a v týmu

Jedním z témat, kterému je v poslední době věnována multioborová pozornost, je management a nová doporučení pro život ohrožující krvácení a život ohrožující poruchy hemostázy. Problematice se věnoval i úvodní diskusní blok XXII. Pařízkových dnů, které proběhly 10.-11. března v Ostravě.

V přednáškách a panelové diskusi se k uvedenému tématu a kontroverzním aspektům situací život ohrožujícího krvácení (ŽOK) vyjadřovali experti ze čtyř lékařských oborů: hematologie, intenzivní medicíny, transfuzní medicíny a porodnictví.

Jak řešit ŽOK

Za hematologii shrnul základní poznatky o život ohrožujícím krvácení a koagulopatiích prof. MUDr. Miroslav Penka, CSc., z Interní hematologické a onkologické kliniky LF MU a FN Brno. Věnoval se zejména hlavním aspektům diagnostiky a léčby těchto závažných stavů, a to s ohledem na přijatá a připravované doporučené postupy.

Stavy těžkého krvácení představují širokou a nehomogenní skupinu stavů, mezi něž nejčastěji patří masivní krvácení po traumatu či operaci, v souvislosti s porodem nebo krvácení v důsledku vrozené či získané poruchy trombocytů a koagulačních faktorů. Život ohrožující krvácení je závažný stav vyžadující spolupráci mnoha odborností. Intervenci je třeba provést v co nejkratším možném čase. Nová doporučení pro tuto oblast zdůrazňují multidisciplinární přístup k problematice.

Při řešení ŽOK je důležité hledat zdroj krvácení, posoudit jeho rozsah, formulovat základní cíle léčebného postupu, správně interpretovat laboratorní hodnoty, používat pokud možno viskoelastické testy koagulace (tromboelastometrie, ROTEM, a tromboelastografie, TEC) a podporovat koagulaci podáním antifibrinolytik, fibrinogenu a plasmy cíleně na míru konkrétnímu pacientovi.

Cílený individualizovaný přístup

Pohled intenzivisty přinesla vedoucí lékařka lůžkové stanice ARO Krajské nemocnice Liberec MUDr. Ivana Zýková, která se podílí i na organizaci urgentního příjmu polytraumat a je považována



MUDr. Jan Bláha, Ph.D. | Foto: Andrea Skálová

vána za průkopnici cílené personalizované léčby život ohrožujícího krvácení v České republice. Ve svém příspěvku se zaměřila na význam organizace traumacentra a urgentního příjmu, ale také roli viskoelastických metod v diagnostice koagulopatií a výhody tohoto vyšetření u pacientů s ŽOK.

Za zmínku stojí, že ARO Krajské nemocnice Liberec jako jedno z prvních pracovišť v ČR začalo rutinně používat ROTEM. Předností tohoto testu je získání rychlého výsledku vyšetření koagulačních faktorů do 10–15 minut oproti výsledkům běžných laboratorních koagulačních testů, které jsou k dispozici přibližně za 45 minut. ROTEM umožňuje vyšetřit jak zevní, tak vnitřní koagulační kaskády, určí koncentraci fibrinogenu i míru fibrinolýzy, navíc lze vyšetření provádět přímo u lůžka pacienta. Získané výsledky umožňují zahájit včasnou a účinnou léčbu.

„Léčba krvácení musí být rychlá, časná, cílená a individualizovaná. Nelze využívat jeden přístup pro všechny – *one size does not fit to all*,“ zdůraznila MUDr. Zýková a doplnila, že kromě bene-

fitu pro pacienta vede cílená léčba i k poklesu nákladů na léčbu.

Transfuzní terapie

Z pozice klinického transfuziologa pohovořila na téma ŽOK doc. MUDr. Zuzana Čermáková, Ph.D., z Krevního centra FN Ostrava. „Řízená transfuzní terapie je základem přístupu k život ohrožujícímu krvácení. V popředí našeho zájmu by mělo být podání správného přípravku ve správném dávkování, ve správnou dobu a správnému pacientovi,“ vyzdvihla odbornice a dodala, že vzhledem k tomu, že v současnosti existuje více než 100 modalit různých transfuzních přípravků, transfuzní terapie šitá na míru konkrétnímu pacientovi vyžaduje multidisciplinární přístup lékařského týmu.

Transfuzní protokol se obvykle zahajuje při krevní ztrátě v množství asi poloviny krevního volumu. Terapeutický postup zahrnuje podání erytrocytů, plasmy, trombocytů a krevních derivátů: fibrinogenu, kyseliny tranexamové, koncentráty protrombinového komplexu (PCC) či rekombinantního faktoru VIIa.

Organizace léčby a protokol

Pohled porodnického anesteziologa na život ohrožující krvácení přinesl MUDr. Jan Bláha, Ph.D., z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a VFN v Praze. ŽOK se v porodnictví objevuje především v souvislosti s mechanickým poraněním – poruchami děložního tonu (70–80 % všech případů ŽOK) nebo v důsledku porodního traumatu. Tomu odpovídá i terapeutické řešení.

Podle přednášejícího bude do budoucna v České republice potřebné vybavit porodnická pracoviště hybridními sály, které umožní provést radiologický výkon zastavující krvácení podvazem uterinních tepen. Ve světě se toto ukazuje jako nejefektivnější postup zastavení masivního porodnického krvácení.

MUDr. Bláha zdůraznil, že nejdůležitějším faktorem řešení ŽOK je čas, a vyzdvihl roli transfuzního protokolu, organizace a spolupráce personálu. „Z dat velkého amerického traumacentra vyplynulo, že zavedením transfuzního protoko-

lu klesla morbidita i mortalita spojená s život ohrožujícím krvácením. Navíc se ukázalo, že podstatným faktorem pro snížení mortality nebyl poměr plasma: erytrocyty, ale doba do podání prvního krevního derivátu,“ konstatoval MUDr. Bláha a dodal: „Organizační záležitosti hrají zásadní roli v managementu život ohrožujícího krvácení. Každé pracoviště by mělo mít vyhotovený vlastní protokol odpovídající možnostem a dispozicím pracoviště, probíhat by měl také trénink personálu. Simulace reálných situací je velmi důležitá.“

Fibrinogen jako prediktor stavu

Dále se MUDr. Bláha zaměřil nad často diskutovanou otázkou, zda je v 1. stupni ošetření pacienta s ŽOK nezbytná účast hematologa. Následně se přiklonil k názoru, že jakkoli je hematolog významnou součástí týmu, z pohledu nutnosti urgentního řešení ŽOK si intenzivista vystačí s orientačním tromboelastometrickým vyšetřením a nelze čekat na výsledky koagulačního vyšetření, které potřebuje hematolog pro stanovení dalšího postupu.

Klíčovým faktorem u ŽOK je podle MUDr. Bláhy hladina fibrinogenu, kdy hodnoty pod 1 g/l mohou být příčinou masivního krvácení. Fibrinogen má prediktivní hodnotu a ukazuje na závažnost stavu. Při ŽOK je prvním faktorem dosahujícím kriticky nízké hladiny a hypofibrinogenemie je běžnou součástí komplexu koagulopatií spojených s ŽOK.

Guidelines ESA doporučují léčbu koncentrátem fibrinogenu vždy, je-li významně krvácení doprovázeno podezřením na jeho nízké hladiny nebo snížením jeho funkce. Podstatné je podle MUDr. Bláhy i to, že lze fibrinogen podat před ošetřením zdroje krvácení a lze jej podávat samostatně. „Do budoucna usilujeme o to, aby byly porodnice vybaveny ‚bed sidem‘ umožňujícím provádět vyšetření ROTEM u lůžka pacientek a dále aby bylo dostupné celé spektrum koagulačních náhrad,“ uzavřel MUDr. Bláha.

Představujeme publikaci

Sekundární glaukomy

Vybrané kapitoly



Monografie mapuje současné poznatky diagnostiky a léčby sekundárních glaukomů nejrůznější etiologie: glaukomu pigmentového, pseudoexfoliativního, pórúrazového, neovaskulárního, pozánětlivého, polékového, při endokrinní orbitopatii a glaukomu po vitreoretinální chirurgii. Kromě sumarizace výsledků klinických studií předkládají autoři čtenářům systematický přehled na tomto poli, doplněný o mnohaleté vlastní zkušenosti. Kniha by tudíž měla být i praktickým návodem, jak postupovat v konkrétních případech, k čemuž slouží též bohatá obrazová dokumentace, kazuistiky, tabulky a schémata v jednotlivých kapitolách.

Autoři: Klára Samková a kol.

Doporučená cena 360 Kč

Při objednání na **knihy.cz** sleva 20%

MEDICAL SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR
a pořadatel kongresů, konferencí a symposií

mf
MLADÁ FRONTA

ODBORNÉ AKCE

Infekce močových cest – kontroverze a otazníky

6. partnerský den České nefrologické společnosti na téma „Současné kontroverze a otazníky v diagnostice a terapii infekcí močových cest“ proběhl 17. 2. v konferenčním sále Andel's Hotel Prague. Partnerem symposia byla společnost HEATON.

Jak v úvodu programu zdůraznil předseda České nefrologické společnosti prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc., FASN, FERFA, téma symposia bylo zvoleno i velmi prakticky – právě infekce močových cest (IMC) jsou problematikou, se kterou se nefrologové setkávají dnes a denně, ale zároveň je to téma s řadou mezioborových konsekvencí. Iniciativou pořadatelů se na sympozium podařilo získat přednášející, kteří nefrologům přinesli pohled na IMC právě z těchto „jiných“, ale pro diagnostikování i terapii IMC velmi zásadních oborů.

Antibiotika – pokud ano, tak s rozmyslem

Tématem sdělení přednosty Urologické kliniky FN Hradec Králové doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D., byly vybrané problémy diagnostiky a léčby širokého spektra IMC z pohledu urologa. IMC jsou po respiračních infekcích druhými nejčastějšími, běžnější jsou u žen než u mužů – díky jejich delší uretře (20–25 cm) není přenos infekce tak snadný. Infekce dolních močových cest způsobuje bolesti a dyskomfort, ale na rozdíl od IMC ve vyšších pasážích zpravidla není spojena s celkovými příznaky. Nejčastějším zdrojem IMC bývá *Escherichia Coli* (v až 90 % případů). Infekce močových cest mohou být i asymptomatické. „Velmi častý název je asymptomatická bakteriurie a právě ta je spojená s častými kontroverzemi o postupu – držíme se toho, že ji nebudeme léčit antibiotiky, ovšem s výjimkou specifických stavů, jako je gravidita, imuno-

suprese nebo plánovaná operace,“ shrnul docent Brodák.

Velmi běžným onemocněním zejména u žen je cystitida. U její akutní formy, nejsou-li komplikace, není indikováno invazivní vyšetřování. Volbou z farmakobývá cotrimoxazol, furantoin, případně cefalosporiny 2. generace. Nesprávné by bylo nasadit chinolony. Zásadní, ale velmi běžnou chybou je jednorázová nebo jednodenní léčba. Dlouhodobá a ne zcela účinná bývá terapie recidivující nebo rezistentní chronické cystitidy. Kromě antibiotik (ATB) je třeba pamatovat i na vhodnou imunomodulaci a léčit také poruchy vyprazdňování, které toto onemocnění často provázejí. Velmi závažnou diagnózou je akutní pyelonefritida, nejčastěji vznikající jako ascendentní infekce. Závažná až život ohrožující je obstrukční pyelonefritida, u níž je základem léčby zajištění derivace moči a ATB. Primárně se u pyelonefritid nasazují širokospektrá baktericidní antibiotika pokrývající zejména G-flóru, u nemocničních kmenů i G+. Život ohrožující IMC je samozřejmě těžká seps (charakterizovaná SpO₂ < 90 % bez ohledu na oxigenoterapii, diurézu < 0,5 ml/kg/h po dobu 2 hodin a déle, vzestupem sérového kreatininu > 176,8 μmol/l a dalšími příznaky). Celková incidence IMC pomalu narůstá a spolu s tím i náklady na diagnostiku i léčbu. „Před několika lety velmi rozšířený názor, že díky novým antibiotikům se podaří boj s bakteriemi zcela zvládnout, se rozhodně nepotvrdil. Naopak se objevily nové



Zleva prof. Ivan Rychlík, prof. Jana Hercogová, doc. Miroslava Horáčkova, doc. Tomáš Fajt a doc. Miloš Brodák | Foto: Zx Jana Schrammová

infekce a značným problémem jsou infekce nozokomiální a také stále běžnější rezistence bakterií i na velmi silná antibiotika. Antibiotika je třeba používat velmi racionálně, a pokud ano, tak v dostatečné dávce a dostatečně dlouho,“ zdůraznil urolog.

Významně podléčená infekce

Diagnostikou a epidemiologií sexuálně přenosných patogenů močových cest se zabývala MUDr. Hana Zákoucká z Národní referenční laboratoře pro diagnostiku syfilis (Státní zdravotní ústav Praha). Manifestace sexuálně přenosných nemocí na genitálu, a tedy i v oblasti uretry, je poměrně bohatá, ale ne vždy se jejich symptomům věnuje včas adekvátní pozornost.

Jednou z mála sexuálně přenosných nemocí, která má poměrně záhy silně obtěžující potíže, je gonorea, projev se u ní v 70 % případů. „Paradoxně je právě kapavky v naší populaci mnohem víc, než se zpravidla uvádí, a je to u nás zároveň nemoc těžce podléčená,“ varovala MUDr. Zákoucká. Zdrojem infekce zpravidla bývají asymptomatické ženy. Nezbytností je kromě zahájení léčby i důsledná depistáž, která je leckdy velmi obtížně proveditelná, poučení a dodržení režimových opatření. Terapie je ceftriaxonem a azithromycinem, ostatní režimy jsou indikovány podle citlivosti *agens*. Opominout nelze hlášení všech případů!

V naší populaci jsou velmi rozšířené chlamydiové bakteriální

infekce, často velmi rezistentní. U mužů mohou způsobit například uretritidu, prostatitidu nebo zánět varlat, u žen cervicitidu nebo například uretritidu. U obou pohlaví mohou být příčinou poruch reprodukce. „Málo se myslí i na to, že právě chlamydie mohou být i původcem konjunktivitidy,“ připomněla MUDr. Zákoucká.

Kultivačně poměrně náročné jsou mykoplasmové infekce. Lékařsky významná mykoplasmata jsou například *Mycoplasma pneumoniae* (infekce respiračního traktu), *Mycoplasma hominis* (infekce urogenitálního traktu) a *Mycoplasma genitalium* (uretritida). Základní léčbu představují ATB. I mykoplasmové infekce je třeba léčit zároveň i u všech partnerů a i ony podléhají povinnosti případy hlásit.

Rizika pro matku i plod

„Infekce močových cest v těhotenství z pohledu gynekologa“ byl název přednášky doc. MUDr. Tomáše Fajta, Ph.D., z Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Gravidita s sebou samozřejmě přináší i anatomické a funkční změny v močovém traktu. Zvýšená hladina progesteronu způsobuje snížení peristaltiky ureterů, zároveň močovody stlačuje rostoucí děloha. Uterus dislokuje kranioventrálně močový měchýř, což vede k jeho pomalejšímu a obtížnějšímu vyprazdňování.

Z hlediska IMC je významné i to, že těhotenství je obdobím imunosuprese až imunosuprese. I pro-

to je třeba věnovat mnohem větší pozornost i asymptomatické bakteriurii. „Až ve 40 procentech neléčená asymptomatická bakteriurie v graviditě vede ke vzniku akutní pyelonefritidy. V těhotenství ji léčíme vždy,“ zdůraznil docent Fajt. Její nejvyšší prevalence je mezi 9. a 17. týdnem těhotenství. Pokud dojde k obstrukční těhotenské pyelonefritidě, jako součást léčby se do uretry inzeruje stent. Nejčastější projev IMC v graviditě je akutní cystitida a podávat je u ní třeba ATB, stejně jako u asymptomatické bakteriurie. Základními léky pro terapii uroinfekcí v graviditě jsou amoxicilin a cefalosporiny. Nitrofurantoin a niifuratel jsou léky volby při léčbě asymptomatické bakteriurie a cystitidy a jako alternativa při alergii na ATB penicilinové řady v I. a II. trimestru gravidity. Ve III. trimestru těhotenství by u matky s deficitem glukóza-6-fosfátdehydrogenázy mohl nitrofurantoin způsobit hemolytickou anemii.

Zcela kontraindikováno je v graviditě podávání fluorocholinů, dále tetracyklinů (prokazatelně způsobují mnohačetné malformace plodu), chloramfenikolu (kvůli vzniku gray syndromu, ten je charakterizován hypotenzí, hypoperfuzí orgánů) a aminoglykosidů (pro oto- a neurotoxické konsekvence). Obecně v těhotenství platí, že výběr antibiotika je omezen nejen stadiem gravidity, ale také alergickou anamnézou pacientky, kterou je vždy třeba včas odebrat. Antimikrobiální léčba v graviditě je vždy a zásadně cílená a kontrolovaná kultivací moči.

Prevence IMC v těhotenství spočívá zejména v režimových opatřeních. Žena by měla po celou dobu těhotenství dbát na dostatečný příjem tekutin, bránit se podchlazením, užívat probiotika a podle potřeby i přípravky s brusinkovým extraktem. „Ještě stále je pro řadu žen nikoli úplně samozřejmou záležitostí dodržování správných zásad hygienické čistoty a měly by o nich vědět,“ podotkl docent Fajt.

Současné trendy antimikrobiální léčby

Doc. MUDr. Miroslava Horáčkova, CSc., z Interní kliniky 2. LF UK Praha a FN Motol přehledně shrnula současné trendy v terapii infekcí močového traktu (IMT). Optimální diagnostický a následně terapeutický postup komplikuje řada faktorů. Mohou jimi být vrozené (třeba divertikul močového měchýře) nebo získané (například lithiáza, striktura



MUDr. Hana Zákoucká

uretry nebo ureteru, ale i postoperační nebo postradiační) anatomické změny močových cest. Vždy je nutné zohlednit funkční změny močového systému a možné komorbidity, typicky špatně kompenzovaný diabetes mellitus, pozdní komplikace jaterní či renální insuficience nebo cystické choroby ledvin. Stále častějším a velmi závažným faktorem jsou poruchy imunity, například v souvislosti s chemoterapií.

Z diagnostického a terapeutického hlediska je optimální nejprve odlišit komplikované a nekomplikované formy IMT a podle toho postupovat dále. Při farmakoterapii nekomplikované infekce dolních močových cest (cystitidy) si terapeut obvykle vystačí s nitrofurantoinem. U diagnózy komplikované IMT dolních močových cest, ale i pyelonefritidy anebo bakteriemií je třeba léčit příprav-

ky se spolehlivým systémovým účinkem a v závažnějších případech je alespoň zpočátku podávat parenterálně.

Dále docentka Horáčková upozornila na úskalí empirické volby ATB. Riskantní je například zahájit ATB terapii u pacientů s recidivujícími IMT nebo rizikovými faktory, aniž bychom ověřili vyvolávajícího původce léčeného onemocnění. Opomíjet se nesmí (ale v praxi se to děje) ani kontrola účinnosti a dlouhodobého efektu terapie ATB u komplikovaných anebo recidivujících onemocnění. „Při rozhodování je zásadní zohlednit recentní situaci rezistence původce vůči antibiotiku. Už 15- až 20procentní rezistence významně zvyšuje riziko selhání iniciační léčby. V terapii IMT je v současnosti největším problémem narůstající rezistence mikrobu vůči antibiotikům,“

varovala docentka Horáčková. „Karbapenemy a nové kombinace cefalosporinů s inhibitory betalaktamáz by měly zůstat vyhrazeny pro závažné formy infekčních onemocnění močových cest spojených s bakteriemií a rizikem sepse,“ zdůraznila lékařka závěrem.

Nejčastější jsou chlamydiové infekce

O tom, že mezioborová spolupráce je i v oblasti infekce močových cest opravdu nutností, účastníky sympozia přesvědčila i přednáška přednostky Dermatovenerologické kliniky 2. LF UK a Nemocnice Na Bulovce prof. MUDr. Jany Hercogové, CSc., MHA. Nazvala ji „Infekce močových cest jako sexuálně přenosná onemocnění z pohledu dermatovenerologa“. „Dnes se spíše než o sexuálně přenosných nemocech, zkráče-

ně STD, hovoří o sexuálně přenosných infekcích, tedy STI. Infekce se totiž jako nemoc nemusí projevit,“ uvedla na začátku příspěvku prof. Hercogová. Nejčastějšími STI u nás jsou chlamydiové infekce, co do incidence následují gonorea a syfilis. Jednou z méně známých sexuálně přenosných infekcí je *lymphogranuloma venereum*, tedy venerický lymfogranulom, jehož vyskyt v posledních letech i u nás značně narůstá. V ordinaci dermatovenerologa se pod obrazem IMC zpravidla nachází STI uretritida. Podle názoru profesorky Hercogové tyto infekce patří do péče dermatovenerologa, samozřejmě za přispění dalších odborníků. Rychlá a správná diagnostika pomocí laboratorních vyšetření je tu velmi důležitá. Rozšiřuje se i spolupráce s urologií a nefrologií.

Pro i jen zběžnou orientaci je užitečné znát alespoň některé typické projevy nejčastějších STI. Vředy (erozivy) se projevuje syfilis, HIV, venerický lymfogranulom, *ulcus molle* (měkký vřed) a *granuloma inguinale*. Výtoky jsou typické pro kapavku, chlamydiózu genitálu, *Trichomonas vaginalis*, dále pro ureaplasma, mykoplasma, bakteriální uretritidy, virové infekce (HSV1,2) a kandidózy. „Terapie je u již stanovené diagnózy určena podle citlivosti původce na léčbu, a pokud nehovoříme o rezistentní kapavce, bývá – ale velmi relativně – jednodušší. Do určité míry specialitou dermatovenerologie je povinnost provádět depistáž, hlásit choroby a starat se i o partnery pacientů. Důležitá jsou rovněž vyšetření po léčbě a dispenzarizace,“ řekla v závěru svého vystoupení profesorka Hercogová.

Jana Jílková

Lymfedém jako komplikace terapie karcinomu prsu

Velmi častou komplikací terapie karcinomu prsu je lymfatický otok. Znepříjemňuje život zhruba polovině pacientek.

Terapii sekundárního lymfedému věnovala svůj příspěvek na letošním Symposiu ke Světovému dni rakoviny vedoucí lékařka kožní ambulance Medicínského centra Anděl MUDr. Naděžda Vojáčková.

Daň za léčbu nádoru?

Sekundární lymfedém je označení pro vysokoproteinový otok způsobený poruchou toku lymfy v postižené oblasti. Transportní kapacita je snížena zásahem nebo porušením lymfatických cév anebo uzlin. Není-li lymfedém včas a adekvátně léčen, vede k ireverzibilnímu poškození lymfatického systému s následnými komplikacemi typu recidivujících zánětů kůže a podkoží, fibrotizace či indurace tkání. V důsledku zvyšujícího se počtu solidních tumorů, včetně nádorů prsu, stoupá jak počet prováděných chirurgických lymfadenektomií, tak i radioterapií spádových lymfatických oblastí. Zároveň s tím ale bohužel narůstá i počet pacientek se sekundárními lymfedémy.

Klinické projevy poruchy lymfatické drenáže vznikají distálně od místa poškození lymfatických cév nebo uzlin. V souvislosti s lymfadenektomií nebo ozářením axily v rámci léčby nádorů

prsu jde o horní končetinu a s těnou hrudní, na příslušné straně. Rizikovými faktory pro rozvoj otoku jsou rovněž probíhající chemoterapie a infekce, obezita (BMI > 30). Otok lymfy z paže mohou poškodit nejen infuze, ale někdy i měření krevního tlaku. Nezanedbatelný vliv má samozřejmě životní styl pacientky.

Otok až v pozdějších stadiích

Terapie lymfedému a zejména jeho pozdních stadií je velmi svízelná, i proto by bylo optimální diagnostikovat ho již v latentních stadiích, což se ovšem nedaří příliš často. V raném stadiu dominují subjektivní příznaky selhávání lymfatického systému, neurčité bolesti, pocit napětí, tlaku, tíže nebo výrazné únavnosti. Klíčový význam pro diferenciální diagnostiku má anamnéza. Důležitá je informace o provedené lymfadenektomii, radioterapii. Otok je dominujícím příznakem v pozdějších stadiích. Nejtěžší stadium lymfedému je elefantíza. Ta je charakterizována monstrózním edémem se zcela fibrotickým podkožím a úplným omezením hybnosti příslušných kloubů.

U otoku je nutné rozlišit mezi postižením lymfatického a žil-

ního systému. Po zhodnocení anamnézy a fyzikálním vyšetření je následující vyšetřovací metodou lymfoscintigrafie (izotopové vyšetření mízního systému). V některých případech se ještě doplní ultrazvukové vyšetření postižené oblasti nebo magnetická rezonance. Rentgenová kontrastní lymfografie je u většiny lymfedémů kontraindikována. Samozřejměstí by při náhlém objevení se lymfedému mělo být komplexní onkologické vyšetření zaměřené na možnou uzlinovou recidivu.

Nejčastější komplikací je u lymfedému infekce, z bakteriálních infekcí je třeba zmínit alespoň erysipel. Recidivující erysipel může být součástí všech stadií lymfedému.

Základem je fyzikální terapie

Cílem léčby otoku je zmenšení objemu postižené končetiny a udržení stabilizovaného stavu, prevence možných komplikací, zlepšení funkce a zlepšení kvality života.

Součástí komplexní fyzikální léčby lymfedému jsou čtyři základní postupy. Prvním je mízní drenáž (lymfodrenáž), která může být manuální nebo přístrojová. Manuální lymfodrenáž předsta-



Foto: archiv MUDr. Vojáčkové

vuje jemnou masáž orientovanou na lymfatický systém. Lymfatická drenáž může být simulována, nejčastěji v oblasti končetin, aplikací přístrojové lymfodrenáže. Ta ale musí vždy navazovat na předchozí ruční ošetření. Tato ošetření se nesmějí provádět u nemocných s projevy srdečního, ledvinového nebo jaterního selhání, akutních bakteriálních infekcí a nedolčeném zhoubném onemocnění a jen s opatrností při srdeční ischemii, hypertenzi, astmatu a zvýšené funkci štítné žlázy. Třetí fyzikální metodou a základním pilířem protiotokové léčby je komprese, prováděná kompresivní bandáží nebo kompresivními návleky. Zevní komprese je ovšem zcela nevhodná u nemocných s velmi pokročilým onemocněním tepen na končetinách a u nemocných se srdečním selháním, opatrně je třeba s ní nakládat například i u hypertenze. Další nezbytnou součástí protiotokové léčby je cvičení, koncipované na podkladě stimulace lymfatického systému.

Další součástí léčby

V rámci komplexní léčby lymfedému má své místo i systémové

vá farmakoterapie. V jejím rámci jsou podávány enzymové preparáty. Na podporu funkce mízního systému mohou mít vliv venofarmaka. V rámci kožních komplikací je třeba udržovat v dobrém stavu i kožní bariéru. Doplnkovými metodami v léčbě lymfedému jsou někdy chirurgické postupy a balneoterapie.

„Otok může mít pro pacientku nejen fyzické, ale i psychické konsekvence a nezanedbatelné jsou pro ni i estetické deformace. S následky lymfedému se musí potýkat například při výběru oblečení, časté jsou potíže v běžných aktivitách včetně těch v pracovním a společenském uplatnění. Dochází tak k výraznému snížení kvality jejího života,“ zdůraznila MUDr. Vojáčková nutnost léčby. „Onkochirurgie umožnila dlouhodobě přežít značné části pacientek s nádory prsu. Zároveň ale tento velký úspěch umocňuje požadavek adekvátní péče i o komplikace, jako je sekundární lymfedém. Bez adekvátní léčby se lymfedém může stát trvalým a velmi obtěžujícím handicapem,“ uzavřela lékařka.

AKTUALITY

Nové antidotum – méně obav a větší jistota při podávání antikoagulační léčby

Pacienti užívající dabigatran etexilát se už nemusejí obávat situací, jako je nutnost akutní operace nebo nekontrolované či život ohrožující krvácení, které může nastat v případě úrazu či jiné urgentní situace. Nově je k dispozici specifické antidotum rušící účinky tohoto preparátu ze skupiny nových perorálních antikoagulancií (NOAC). Idarucizumab je prvním schváleným antidotem k NOAC.

Schválení idarucizumabu (Praxbind) odstartovalo podle mnoha odborníků novou éru antikoagulační léčby. S novým antidotem, které je od ledna 2016 k dispozici ve více než 70 českých nemocnicích, mají lékaři jistotu, že u svých pacientů, jimž indikují dabigatran etexilát (Pradaxa), mohou v naléhavém případě jeho účinky rychle a účinně neutralizovat.

Bezpečnější antikoagulace

Snahou zástupců odborných lékařských společností je předat ostatním lékařům tuto důležitou informaci a zpřístupnit tak moderní antikoagulační léčbu širšímu spektru pacientů. Dvě ze symposií, nesoucí příznačný název „Další krok k bezpečnější antikoagulaci“, proběhly 11. a 18. února v Praze a v Brně. O své poznatky s antikoagulační léčbou a prvními zkušenostmi s novým antidotem se podělili zástupci z oboru hematologie, vnitřního lékařství, urgentní medicíny, kardiologie a neurologie. Přednášející seznámili účastníky symposií se specifickým antidotem idarucizumabem, s výsledky a zkušenostmi s tímto přípravkem (ze studie RE-VERSE AD), s hlavními body Doporučeného postupu ČSTH při krvácení a perioperačním managementem u nemocných léčených NOAC, prezentována byla také aktualizovaná praktická doporučení EHRA pro použití NOAC u pacientů s nevalvulární fibrilací síní a praktické zkušenosti s podáváním dabigatran etexilátu. Symposium pořádala Česká společnost pro trombozu a hemostázu ČLS JEP za podpory výrobce idarucizumabu a dabigatran etexilátu, společnosti Boehringer Ingelheim. Odborným garantem

akce byl prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc.

Idarucizumab – první kroky

Jak v úvodu připomenul MUDr. Petr Janský, všechna NOAC jsou obecně bezpečnější než tradičně podávaný warfarin. Dabigatran 150 mg 2x denně snížil ve srovnání s warfarinem riziko jak ischemické CMP, což je důvod, proč se antikoagulační léčba pacientům s FS podává, tak i riziko hemoragické CMP. Je to potvrzováno i výsledky z reálné klinické praxe. Příkladem mohou být data z dánského registru, zahrnujícího 21 tisíc nových uživatelů dabigatran etexilátu nebo warfarinu, která potvrzují, že tento lék významněji než warfarin snižuje riziko toho nejobávanějšího, intrakraniálního krvácení. Podobně hovoří data získaná od amerických zdravotních pojišťoven, nezávislá analýza FDA, databáze Medicare či databáze amerického ministerstva obrany. „Data z uvedených registrů, zahrnujících desítky tisíc pacientů, jsou konzistentní s výsledky studie RE-LY, která ukázala, že dabigatran 150 mg 2x denně předčí ve svém účinku warfarin,“ řekl prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., a dodal, že dabigatran etexilát nyní se specifickým antidotem bude doporučovat např. pacientům, kteří se obávají krvácení u antikoagulační léčby a přitom chtějí žít aktivním životem.

Ideální antidotum

Navzdory dostupnosti NOAC se ukazuje, že antitrombotickou léčbu stále nedostává asi třetina pacientů s fibrilací síní. „Jedním z důvodů nepodání této léčby jsou právě obavy z krvácení. Ty by měly být nyní díky novému antidotu překonány. Idarucizumab se navíc zdá být ideálním

antidotem, které je specifické (neutralizuje účinky pouze dabigatranu), dále je jednoduché (snadno se podává), působí okamžitě, účinek je předvídatelný, trvá dostatečně dlouho a nemá žádné vedlejší účinky. Krom toho již 24 hodin po podání lze znovu nasadit dabigatran a obnovit tak antikoagulační účinek,“ uvedl MUDr. Janský. Význam antikoagulace u pacientů s fibrilací síní a jiných indikacích zdůraznili i další odborníci. MUDr. David Tuček z pohledu

lékaře řešícího dnes a denně urgentní situace seznámil přítomné z výsledky interim analýzy studie RE-VERSE AD s idarucizumabem a vysvětlil, že riziko krvácení by nemělo v žádném případě vést k nepodání antikoagulační léčby. Profesor Miloš Táborský vyzdvihl potřebu individualizace antikoagulační léčby a prim. MUDr. Aleš Tomek konstatoval, že „raději občas řešit intrakraniální krvácení než mít velké množství ischemických CMP“. Vyzval též přítomné, aby se neobávali podávat antiko-

agulační terapii u tzv. kontraindikovaných starších nemocných, tj. pacientů s kognitivním deficitem a rizikem pádů.

Pozitivní výsledky studie

Schválení idarucizumabu je podloženo předběžnými výsledky ze studie RE-VERSE AD, do níž jsou zařazeni pacienti užívající dabigatran etexilát. Studie byla zahájena v dubnu 2014 a nyní probíhá ve více než 400 centrech 38 zemí světa včetně České republiky. Jak potvrdil prof. MUDr. Miroslav Penka, CSc., který patří mezi investigátory studie, jeho zkušenosti ze studie odpovídají prezentovaným výsledkům studie RE-VERSE AD.

MUDr. Andrea Skálová

Řekli o novém antidotu – idarucizumabu:



MUDr. Jiří Veselý
interní ambulance Jaroměř a interní odd. Oblastní nemocnice Náchod

Jsem rád, že máme dabigatran etexilát, který je ve vyšší dávce účinnější než warfarin a nyní díky antidotu i nejbezpečnější. Budeme ho tak moci nabídnout i pacientům, u nichž jsme dříve uvažovali o jiném léku.



prof. MUDr. Miroslav Penka, CSc.
Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno

Idarucizumab představuje jednoznačně další krok ke zdokonalení léčby, rozšíření léčebného spektra antitrombotické profylaxe a především zajištění bezpečnosti pacientů na antikoagulační léčbě.

lačního léku. Na druhé straně, život ohrožující krvácení naštěstí není až tak časté, takže přednost antidota vidím především v jeho psychologické podpoře. Věřím, že se díky němu antikoagulační terapie dostane více pacientům a bude to pro ně znamenat výrazné zlepšení.



MUDr. Petr Janský
Kardiologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

S novým antidotem, které máme k dispozici, bude zajímavé sledovat četnost jeho použití stejně jako konkurenční výhodu dabigatranu oproti ostatním novým antikoagulancím.



prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA
I. interní klinika – kardiologická LF UP a FN Olomouc

Tento týden jsem nasadil dabigatran mladému pacientovi s dilatační kardiomyopatií a fibrilací síní, indikovanému k transplantaci. Rozhodl jsem se tak právě proto, že máme k dispozici antidotum, díky kterému v případě urgencye můžeme realizovat transplantaci bez jakéhokoliv odkladu.



MUDr. Aleš Tomek, Ph.D.
Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Antidotum mám v ledničce rok a půl, a i když jsem ho ještě nemusel použít, mohu jednoznačně podpořit zmíněný psychologický efekt. Týdně nám chodí do ambulance 3–4 pacienti s fibrilací síní na antikoagulační léčbu a je dobré vědět, že v případě krvácení máme další možnost, jak ho zastavit.



MUDr. David Tuček
oddělení urgentní medicíny FN Hradec Králové

To, že máme účinný antikoagulační lék a k němu antidotum, jednoznačně zvýší dostupnost antikoagulační terapie. Přirovnal bych to k tomu, že máme nyní pásek i kšandy.



prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.
II. interní klinika – klinika kardiologie a angiology 1. LF UK a VFN Praha

Je dobře, že máme přípravek, který dokáže zvrátit účinek antikoagu-



prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc.
I. interní klinika – klinika hematologie 1. LF UK a VFN Praha

K nefrakcionovému heparinu, který se osvědčil v praxi, přibyl inhibitor trombinu – dabigatran – a nyní máme i jeho antidotum idarucizumab. Věřím, že díky tomu budeme odvážnější a budeme častěji indikovat našim pacientům toto nové antikoagulans.

(Zdroj: ÚPT AVČR)

(asa)

Inzerce M16100027

17. endoskopický den IKEM (a 7. pražský endoskopický den)

V úterý 9. února se v pražském Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) konal již 17. endoskopický den, jehož podtitul Pražský s pořadovým číslem 7 symbolizuje potřebu aktivní regionální spolupráce. Význam akce pro ne-endoskopisty a ne-gastroenterology spočívá v přímém přenosu endoskopických metod.

Historicky první setkání tohoto druhu se konalo v 80. letech minulého století v Bruselu, zakladatelem byl jeden z bývalých předsedů Evropské endoskopické společnosti (ESGE), přednosta gastroenterologické kliniky bruselské Erasme Hospital a čestný člen České gastroenterologické společnosti profesor Michel Cremer. Historicky druhý přenos se uskutečnil vzápětí v Paříži (Claude Liquory). Následovaly další akce, zejména v Německu, a posléze se tento způsob prezentace rozšířil do celého světa.

Čeští endoskopisté obstáli

My, čeští endoskopisté, jsme měli možnost poprvé se seznámit s touto akcí právě v Bruselu v roce 1991 a „live video demo“ nám okamžitě učarovalo. Tehdy jsme si ještě netroufali organizovat přenos zcela sami, a tak jsme požádali ESGE o záštitu, která nám byla poskytnuta poté, co akci odmítl profesor Vavrečka z Bratislavy, kterému jakožto prvnímu, kdo v tehdejší Československu provedl papilosfinkterotomii, tato pocta logicky náležela. Bruselská akce nás tehdy okouzila natolik, že účastníci zájezdu doc.



V předvečer LIVE přenosů se uskutečnil trénink na endoskopickém simulátoru k ERCP (vlevo), na animálním žaludku probíhal trénink zástavy krvácení (vpravo).

Kotlík, prof. Dítě, prof. Špičák a prof. Zavoral (řazeno dle věku) se rozhodli přímým přenosem věnovat veškerou svou energii. Zahraničními hosty historicky prvního přenosu ESGE mimo „západní“ Evropu byli vedle již zmíněného profesora Cremera další evropští protagonisté: Armenogol Miro, Collin Johns, Friedrich Hagenmüller a Horst Neuhaus. Zvláštností pak bylo, že si čeští endoskopisté troufli na dobrou polovinu všech provedených výkonů s plně srovnatelným úspěchem. Česká endoskopická škola tak obstála v přímém přenosu a zajistila si na mezinárodním poli slušné renomé vyúsťující v opakovanou účast českých odborníků ve výboru ESGE, organizaci mnoha dalších mezinárodních akcí a jako třešničku na dortu i na pořádání Evropského gastroenterologického kongresu (UEGW) v roce 2004.

Charisma přednášejícího zaplní sál

Mezitím se živé přenosy institucionalizovaly a ustálily v přehledné schéma. V první lize jsou přímé přenosy v rámci edukačních programů kontinentálních kongresů a tzv. premiérové videoshow, kterými jsou vedle zmíněné bruselské akce kongresy v Düssel-

dorfu a Hamburku s účastí nad 1000 endoskopistů. Dalšími mimořádnými akcemi jsou kongresy v Amsterdamu, Římě, Torontu a Hongkongu, měřené účastí ve stovkách. Schéma programu je víceméně dané – simultánní přenos ze tří i více sálů s interaktivní komunikací s auditoriem, proložený přednáškami.

O úspěchu akce rozhoduje několik faktorů. Na prvním místě to jsou přirozeně protagonisté.



Na světě je mnoho prvotřídních endoskopistů (měřeno počtem a kvalitou provedených zákroků), zde se ovšem přidává schopnost analýzy, edukace – komunikace s auditoriem a v dobrém slova smyslu herecké charisma, což je právě to, co zaplní sál. Endoskopisté se shodnou, že nepřekonatelným charismatem jsou obdařeni například newyorský Jerry Wayne a vlastně všichni výše zmínění.

Režie akce musí být velmi svižná, což je trend, který ovšem vede až k určité odtažitosti, „videoklipizaci“ a omezuje diskusi, ale doba si to patrně žádá. Výkony také musí gradovat, s premiérovými technikami pokud možno na začátku a na konci. I jednodenní akce spolehlivě paralyzují celé gastroenterologické pracoviště po několik dnů – na desítky vhodných nemocných je třeba vytipovat i s mnohatýdenním předstihem, řadu z nich přijmout a následně opět rychle propustit a obnovit běžný provoz.

Z historie akcí v IKEM

Akce IKEM je v širokém regionu daleko překračujícím hranice naší země nejtradičnější. Poprvé se konala před dvaceti lety ještě v budovách Thomayerovy nemocnice. Hostili jsme postupně

plejádu nej přednějších endoskopistů z celého světa včetně čtyř předsedů Evropské endoskopické společnosti, což svědčí o dobrém renomé – tyto velmi vytyženi lidé si v tomto případě rádi udělají čas a dosud žádný nepožádal o honorarium.

Tohoto roku byl hostem *president-elect* ESGE Thierry Ponchon z Lyonu, domácími členy vědeckého výboru, přednášejícími a moderátory byli přední čeští a slovenští endoskopisté: M. Beneš, M. Bortlík, P. Drastich, T. Hucl, R. Keil, M. Kliment, J. Martínek, B. Pekárek, Š. Suchánek, P. Štirand, P. Urbánek, E. Veselíný, P. Wohl, Z. Zádorová a F. Závada. V nezaslouženém pozadí jsou radiologové, anesteziologové, sekundární, sestry a veškerý pomocný personál, bez jejichž nadšení a profesionality by akce nebyla možná a kterým tímto vzdávám dík a obdiv. Bylo provedeno vesměs úspěšně a bez komplikací na desítky endoskopických výkonů reprezentujících rozšiřující se spektrum té nej náročnější endoskopie – ligace varixů, radiofrekvenční ablace a resekce plochých lézí, cholangioskopie, myotomie u achalázie, konfokální mikroendoskopie, endosonografická drenáž tekutinového ložiska u akutní pankreatitidy, EndoBarrier a další. Přenosu předcházeli výcvik endoskopistů na modelech, což je trend, kterým se výuka bude ubírat.

V současné době je pokrok endoskopie evolutivní, přesto však zřetelný, vždyť polovina těchto technik byla ještě před deseti lety v podstatě neznámá a u nás nedostupná. Tradice nám velí v akci nadále pokračovat a vytipovat další zajímavé výkony a zahraničního hosta pro rok 2017 na úrovni kongresů předešlých.

prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.,
přednosta Kliniky hepatogastroenterologie IKEM



Profesor Thierry Ponchon (Lyon), *president-elect* Evropské endoskopické společnosti, při LIVE výkonech v pražském IKEM



Profesor Julius Špičák, přednosta Kliniky hepatogastroenterologie, během přenosu v auditoriu



Zveme Vás na
**XXII. Symposium
o morfologii a funkci střeva,**

které se koná v termínu
21.–23. 4. 2016 v hotelu Bezděz,
Staré Splavy, Máchovo jezero.

Symposium je započítáváno
do postgraduálního vzdělávání
lékařů a sester. Více informací
na kristyna.pilarova@forsapi.cz
nebo na

www.forsapi.cz

ODBORNÉ AKCE

Ohlédnutí za Prague Onco 2016

Účastníci 7. pražského mezioborového onkologického kolokvia s mezinárodní účastí PragueONCO 2016 měli možnost zhlédnout také blok přednášek, který se zabýval tématem „Onkogynéologie – ochrana fertility a fertilitu šetřící léčba v onkologii“.

Významným faktorem je věk při porodu

V úvodu svého sdělení „Gonadotoxicita protinádorové léčby a možnosti její prevence“ doc. MUDr. Michael Halaška, Ph.D., z Gynekologicko-porodnické kliniky 2. LF UK a FN Motol konstatoval, že věková struktura pacientek se z hlediska prvního objevení nádoru za posledních 25 let nezměnila. Co se ale z epidemiologického hlediska podle jeho slov výrazně mění, je věk při porodu. „V roce 1985 byl věk při porodu kolem 20 let, dnes se výrazně posunul přes 32 let. Tento faktor hraje velkou roli. Zachování fertility během protinádorové léčby je důležitou otázkou pro 29 procent premenopauzálních pacientek. Vliv na předčasnou ovariální insuficienci (POI) má operační léčba na adnexech, cytostatická léčba i radioterapie. Zatímco vliv adnexektomie je jasný, radioterapie vede ke sterilizaci ovarií při dávce 6 až 20 Gy v závislosti na věku pacientky. Nejsložitější je situace s použitím cytostatik. Gonadotoxická chemoterapie významně redukuje počet zbývajících oocytů, které mají schopnost dozrát. Existuje několik faktorů, které určují pravděpodobnost ovariální poškození. Je to věk pacientky, typ chemoterapie a kumulativní dávka,“ konstatoval přednášející. Jak dále uvedl, k určení vlivu na ovariální funkci se zohledňuje výskyt menstruace, vyšetření folikulostimulačního hormonu (FSH), estradiolu a těhotenství. K určení ovariální funkčnosti se jako nejpřesnější ukázalo vyšetření antimüllerianého hormonu (AMH).

Možnosti ochrany ovariálních funkcí

Docent Halaška se dále zabýval možnostmi ochrany ovariálních funkcí. Uvedl, že k prevenci iradiace ovarií při radioterapii pánve je možné provést transpozici ovarií. Vysvětlil, že jde o operační výkon, kdy se užitím laparoskopické techniky ovaria dislokují mimo radiační pole a zafixují se v nové pozici. Na prepubertální ovaria je nega-

tivní vliv chemoterapie značně snížený. Tato ovaria obsahují větší celkové množství folikulů a zároveň jsou oocyty zastaveny v profázi prvního meiotického dělení a jsou tak bez mitotické aktivity, a tedy méně přístupné účinkům chemoterapie.

Hormonální kontracepce v tomto směru neposkytovala konzistentní výsledky, zatímco použití analogu GnRH se ukazuje v posledních publikacích jako slibná metoda. Další alternativou s pozitivními výsledky u pacientek s karcinomem prsu je použití LH-RH.

Kryoprezervace před léčbou

Na téma kryoprezervace oocytů, embryí a ovariální tkáně před léčbou hovořila MUDr. Kristýna Frühaufová, Ph.D., ze společnosti ISCare, a. s., Praha. Popsala současné možnosti postupů, které mohou zachovat fertilitu u pacientek podstupujících onkologickou léčbu. Konstatovala, že současný stav poznání na poli protinádorové léčby a asistované reprodukce umožňuje nabídnout možnost zachování fertility téměř všem vhodným kandidátkám ve fertiltivním věku s diagnózou onkologického onemocnění. Pacientky by měly být o této možnosti informovány a odesílány do center, která se asistovanou reprodukci zabývají.

„Stále častěji se setkáváme s trendem odkladu fertiltivních plánů pacientek do pozdějšího věku a stále častěji jsme konfrontováni s otázkou uchování fertility těchto pacientek,“ konstatovala MUDr. Frühaufová. „Pro správné fungování menstruačního cyklu je nezbytná souhra mezi hypotalamem, hypofýzou a ovarii s tím, že ovarium určuje délku menstruačního cyklu i jeho jednotlivých fází,“ uvedla autorka sdělení.

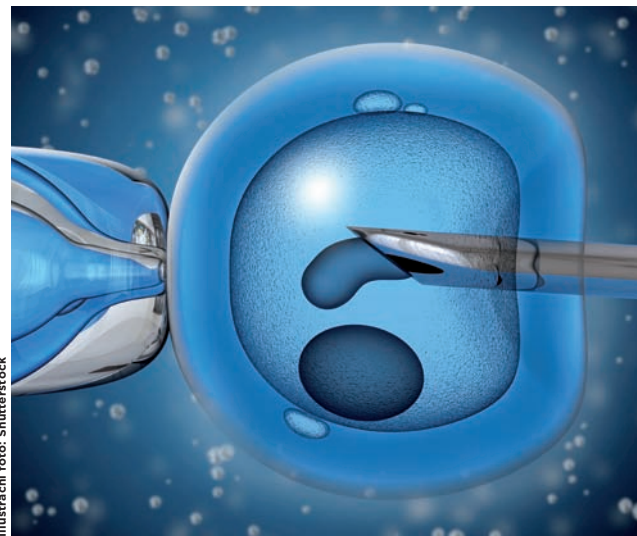
Možnosti uchování fertility shrnula do dvou skupin. Metodou první volby, jak uvedla, je kryoprezervace embryí či oocytů, která je vhodná pro pacientky, jež nemají stálého partnera. Druhou možností je kryoprezervace samotné ovariální tkáně.

Zdůraznila, že kryoprezervace ovariální tkáně je stále považována za metodu experimentální, ale je jedinou možností jak uchovat fertilitu u prepubertálních dívek.

Ovariální stimulace

„Chemoterapie podobně jako ionizační záření vede k destrukci ovariální rezervy a může způsobit amenoreu a předčasnou ovariální selhání. U pacientek ve fertiltivním věku s diagnózou malignity je před započítáním onkologické léčby vhodná konzultace s centrem, které se zabývá léčbou neplodnosti. Vždy je třeba postupovat v souladu s onkologem, zvážit stupeň onemocnění, navrhovanou léčbu a zároveň ovariální rezervu, věk pacientky a její fertiltivní plány do budoucna. Ovariální rezervu můžeme posoudit ultrazvukovým vyšetřením, počtem takzvaných antrálních folikulů, které stanovujeme na obou vaječnicích. Jsou to právě ty folikuly, od nichž očekáváme reakci na hormonální stimulaci v rámci cyklu *in vitro* fertilizace (IVF). Dalším pomocným vyšetřením je bazální hladina folikulostimulačního luteinizačního hormonu estradiolu, která se stanovuje mezi 2. a 4. dnem menstruace. A dále vyšetření antimüllerianého hormonu, který také dobře koreluje s ovariální rezervou a s počtem antrálních folikulů,“ popsala autorka přednášky.

Jak MUDr. Frühaufová uvedla dále, v současné době je u pacientek, u nichž není nutnost okamžitého započítání onkologické léčby, zlatým standardem ovariální stimulace v rámci metod asistované reprodukce s kryoprezervací embryí či oocytů. Stimulační protokoly se volí podle laboratorních parametrů a ovariální rezervy. Nejčastěji používaným protokolem je tzv. protokol s antagonistou GnRH (gonadoliberin), který zkracuje nutnost podání FSH na minimum a snižuje riziko ovariálního hyperstimulačního syndromu (OHSS). Zahájení ovariální stimulace nevede k signifikantnímu oddálení



ilustrační foto: Shutterstock

onkologické léčby (dle publikovaných studií dosahuje medián 32 dní). Odběr oocytů se provádí ambulantně v krátkodobé anestezii. V případě karcinomu prsu, kdy by elevace hladiny estradiolu během ovariální stimulace mohla vést k progresi onemocnění, byly navrženy alternativní protokoly. Jednou z možností je tzv. nativní cyklus bez hormonální stimulace, dále možnost odběru nezralých oocytů s jejich následnou *in vitro* maturací (IVM) či současně podání inhibitorů aromatázy nebo tamoxifenu v rámci hormonální stimulace k redukci sérových hladin estradiolu. V současné době se podání inhibitorů aromatázy doporučuje i u žen, u nichž nebyla prokázána pozitivita hormonálních receptorů u karcinomu prsu.

Maturace oocytů *in vitro*

Dále přednášející vysvětlila metodu *in vitro* maturace oocytů. Jak uvedla, jde o relativně novou metodu, která spočívá v odběru nezralých oocytů z antrálních folikulů. Výhodou je, že se dá použít kdykoli v průběhu menstruačního cyklu. Nevýhodou tohoto přístupu je jednak jeho technická obtížnost ve srovnání se standardní IVF a také omezené zkušenosti. Podle studie z roku 2012 porovnávací perinatologické výsledky dětí narozených ze standardních cyklů IVF s novorozenci z *in vitro* maturovaných oocytů nebyla ve skupině *in vitro* maturace zaznamenána vyšší frekvence vrozených vývojových vad nebo perinatologických komplikací. Závěrem MUDr. Frühaufová znovu zopakovala, že kryoprezervace ovariální tkáně je meto-

dou experimentální. „Je jedinou možností uchování gamet u prepubertálních dívek či u pacientek s onkologickým onemocněním, které neumožňuje odklad protinádorové léčby, například u akutní leukemie. V případě této metody stále panují obavy stran možné přítomnosti maligních buněk v ovariální tkáni a rizika rekurence onemocnění po její reimplantaci. Dle současných doporučení je odběr ovariální tkáně u hematologických malignit prováděn po indukčním cyklu chemoterapie,“ popsala dále a upozornila, že odebraný vzorek by měl být vyšetřen nejenom histologicky, ale i metodou RT-PCR (*reverse transcription polymerase chain reaction*) na přítomnost molekulárních markerů leukemických buněk. V případě negativity je reimplantace považována za bezpečnou.

Kryoprezervaci ovariální tkáně lze kombinovat s *in vitro* maturací oocytů. Tato metoda by se podle jejích slov neměla používat u pacientek, které podstoupily chemoterapii méně než šest měsíců před plánovaným odběrem oocytů. Podotkla také, že k této problematice existuje řada kontroverzí. Jednou z nich je nutnost dalšího výkonu, tedy další anestezie při odběru ovariální tkáně. Dále existuje riziko reimplantace nádorových buněk po zpětné transplantaci ovarií, které se jako nejvyšší jeví u pacientek s akutní leukemií, kde je v akutní fázi přítomno značné množství nádorových buněk v oběhu. Zde se doporučuje podat indukční cyklus chemoterapie a následně provést odběr ovariální tkáně s jejím uchováním.

Evropou obchází strašidlo jménem virus Zika

V únoru 2016 vyhlásila Světová zdravotnická organizace (WHO) celosvětový stav nouze kvůli viru Zika, spojovanému s vývojovými poruchami mozku lidských plodů.

Odborně reagovalo operační centrum amerického Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) v Atlantě, které vyhlásilo nejvyšší stupeň pohotovosti a od té chvíle koordinuje snahu co nejrychleji potvrdit podezření týkající se vztahu mezi infekcí tímto virem, novorozeneckými defekty a dalšími podezřeními z hlediska ohrožení lidského zdraví na své straně oceánu. Příslušné instituce a laboratoře se snaží v tuto chvíli vyvinout rychlý a spolehlivý diagnostický test pro detekci viru Zika, stejně jako urychleně realizovat studie, které nám řeknou maximum o vztahu mezi virem a mikrocefaliemi či Guillainovým-Barrého syndromem. WHO i CDC se snaží sesbírat dostupná data, vyhodnotit je a co nejrychleji prohloubit znalosti o transmissi viru, stejně jako zpracovat maximum informací o tom, jak se chovat a chránit před virem Zika, a rozšířit je všemi dostupnými informačními kanály. Probíhá urgentní dovybavování nejvíce zasažených zemí (Portoriko, Brazílie, Kolumbie, Americká Samoa, Panenské ostrovy, Panama) zdravotnickým materiálem, testovacími kity. V oblastech již působí mezinárodní týmy epidemiologů a laboratorních pracovníků, kteří pracují na předběžných datech pro *surveillance* a zavádějí preventivní opatření.

Etiologie a epidemiologie

Poprvé byl virus Zika identifikován 18. 4. 1947 u tří opic (*Macaca mulatta*) v ugandském pralesi Zika (odtud název viru). V roce 1952 byl objeven u lidí v Ugandě a v Tanzanii. Zika patří spolu s virem žluté zimnice, dengue, virem západonilské horečky a japonské encefalitidy mezi RNA viry skupiny flavivirů. Původně cirkuloval v Africe, jihovýchodní Asii, oblastech Pacifiku. V tuto chvíli WHO uvádí více než 40 zemí a regionů (např. Nikaragua, Kostarika, Panama, Panenské ostrovy, Dominikánská republika, Jamajka, Martinik, Nový Zéland) s autochtónním, tj. původním, výskytem Zika viru. Evropa zná dosud „jen“ importované nákazy. Přenašečem (vektorem) viru Zika jsou komáři rodu *Aedes* (*A. aegypti*, *A. albopictus*, *A. africanus*, *A. luteocephalus*, *A. vitattus*, *A. furcifera*). Rezervoár dosud znám není. Největší obavy v souvislosti s globálním rozšířením viru vyvolávají komáři *A. aegypti* a *A. albopictus*. Jsou totiž schopni

globální migrace a přizpůsobení se změnám klimatu.

A. aegypti přenáší kromě viru Zika např. žlutou zimnici, dengue a západonilskou horečku. Dospělí jedinci se vyznačují typickými bíločernými skvrnami jak na nohou, tak na těle. V minulosti tento druh komára upřednostňoval les a vodní plochy, v současnosti se dobře adaptoval ve městech. Nacházíme ho v nádržích na vodu, ve starých nepoužívaných pneumatikách, septických, ale i uvnitř domácností, například ve vázách. Člověkem uměle vytvářené nádrže na dešťovou vodu, venkovní květináče, bazény, ale i odhozené konzervy, skládky ojetých pneumatik jsou novým biotopem, který se pro šíření komárů stává v současnosti zásadním. Ukazuje se, že samičky kladou vajíčka co nejbližší lidským obydlím. V poslední době byl *A. aegypti* nalezen na Krétě, Kypru, ve Francii, včetně Korsiky, v Holandsku, Řecku, Izraeli, Itálii, Portugalsku, jižním Rusku, na Sardinii, ve Španělsku, v Turecku, v bývalé Jugoslávii, na Blízkém východě, v Alžírě, Egyptě, Libyi, Maroku a v Tunisu. Stejně tak je rozšířen v jihovýchodní USA, východní a jihovýchodní Asii, v Pacifiku, v severní Austrálii. Historicky se *A. aegypti* stěhoval z kontinentu na kontinent plachetnicemi. Dnes je transportován kamionovou a námořní dopravou. V Holandsku se detailně sleduje jeho výskyt na skládkách ojetých pneumatik, které jsou z tohoto důvodu ošetřovány chemickými postřiky.

Pro onemocnění virem Zika (stejně jako žlutou zimnicí, ale pro tu máme účinnou vakcínu) funguje *A. aegypti* jako tzv. přemostující vektor umožňující přenos viru mezi různými živočišnými druhy. V praxi přenos funguje tak, že komár sají na jednom druhu zvířete, kde se nakazí, a později na jiném druhu či na člověku, na které virus přeneše. To vede k mezidruhové cirkulaci patogenu. Infikovaný komár může přenést nákazu z člověka na člověka – původně nenakažený komár sají na dříve infikovaném člověku a tak může na dalšího, dosud zdravého člověka při opakovaném sání přenést virus. Je proto velmi důležité, aby se i již nakažení jedinci chránili před komáři.

A. albopictus patří mezi neagresivnější se šířící druhy invazivních tropických komárů. Je velmi přizpůsobivý změnám klimatu, nicméně nevyhledává brakickou či slanou

vodu. Sají na člověku, domácích zvířatech, plazech, ptácích, obojživelnících. V roce 1987 byl tento druh nalezen v Texasu, ale dnes osidluje prakticky celé USA. Pravděpodobně se sem dostal ze severní Asie, spolu s importovanými pneumatikami, a podle mapových záznamů se primárně šířil podél systému dálnic. Proto jsou od roku 1988 veškeré pneumatiky z oblastí, kde se vyskytují invazivní druhy komárů, před dovozem do USA ošetřeny chemickými postřiky. V Evropě se *A. albopictus* rozšířil pravděpodobně s distribucí bambusových rostlin dovážených z Číny. Komár byl již dříve zaznamenán i na našem území, konkrétně na jižní Moravě v oblasti Mikulova.

Klinický obraz a diagnostika

Incubační doba onemocnění způsobeného virem Zika se odhaduje na několik dnů. Symptomy zahrnují (podobně jako u jiných arboviróz) horečku, kožní vyrážku, konjunktivitidu, bolesti kloubů a svalů, nevolnost, výrazné bolesti zad a hlavy. Obvykle tento stav přetrvává dva dny až týden. Typicky onemocní každý pátý virem infikovaný člověk. Z hlediska terapie je třeba nemocným zajistit dostatek odpočinku, pacienta hydratovat a snažit se snížit bolestivost a horečku klasickými medikacemi. Nicméně se nedoporučuje podávat aspirin a nesteroidní protizánětlivá farmaka (naopak velmi vhodné je podání acetaminofenu). Zmínované léky by mohly při podání na počátku rozvíjející se infekce zamezit rozlišení mezi virem Zika a dengue. V případě nerozeznání dengue a nesprávné léčby by mohlo dojít k ohrožení pacienta na životě. Z tohoto důvodu je velmi důležitá včasná laboratorní diagnostika. Virus Zika lze detekovat v krvi pacienta během prvního týdne infekce. Vyšetření lze provést pomocí molekulárně genetického testu PCR, který detekuje přítomnost Zika virové RNA. V tuto chvíli není dostupný komerčně vyráběný test, vyšetření provádí specializovaná laboratoř CDC v americké Atlantě, kam lze vzorky zaslat. Pro vyšetření novorozenců požadují tamní vědci buď sérum, či plasmu z pupečnickové krve, eventuálně vzorek cerebrospinálního moku. Dokáží vyšetřit i placentu (imunochemickým barvením tkáně). Existují testy ELISA detekující IgM protilátky proti viru Zika, nicméně

tato metoda vykazuje zkříženou reaktivitu s dengue, žlutou zimnicí a západonilskou horečkou. Vakcína proti viru Zika není k dispozici. V současné době panuje názor, že po prodělání tohoto onemocnění je člověk vůči další infekci imunní.

Mikrocefalie, Guillainův-Barrého syndrom

Poprvé, mimo Afriku či Asii, byly informace o tomto onemocnění dány do souvislosti s epidemií Zika na ostrově Yap (Mikronésie) v roce 2007. Zde bylo laboratorně potvrzeno celkem 185 nemocných. V letech 2013 a 2015 proběhly masivní epidemie viru Zika ve Francouzské Polynésii (32 tisíc infekcí v populaci o 270 tisících lidí, 80 % infekcí proběhlo asymptomaticky) a v Brazílii, stejně jako v Kolumbii a v Africe (Kapverdy). Nově byly zaznamenány neurologické a autoimunitní komplikace přičtené působení viru Zika.

V tuto chvíli je to Brazílie, která informuje o vyšším výskytu novorozenců trpících mikrocefalií, konkrétně ze severovýchodní části země. WHO se proto zaměřila na vztah mezi tímto výskytem a virem jako jeho původcem. Bylo vydáno doporučení těhotným ženám necestovat do zasažených oblastí. Virus Zika je považován za nebezpečný pro matku a plod po celou dobu těhotenství. Brazílské ministerstvo zdravotnictví vydalo další informaci o možnosti vztahu mezi infekcí virem Zika a zvýšeným výskytem Guillainova-Barrého syndromu (autoimunitní onemocnění, při včasné léčbě vyvolává dočasnou paralýzu). Jedná se ale pouze o hypotézu, jejíž potvrzení či vyvrácení prověřuje americké CDC. Vědci se domnívají, že virus se dostal do Brazílie z Francouzské Polynésie během mezinárodního závodu kánoí v srpnu 2014.

Možnosti přenosu

Postupně se rozšiřují znalosti o transmissi viru, kdy kromě již podrobně diskutovaného přenosu pomocí komářích vektorů byl Zika virus detekován v mateřském mléce, ale zatím nebyl tímto způsobem potvrzen přenos na kojene dítě. Spojené státy vydaly 2. února 2016 informaci o přenosu viru Zika pohlavním stykem u pacienta z Dallasu. Došlo k přenosu od partnera, který si přivezl Zika z tropické oblasti po kousnutí komárem. CDC vydalo následně doporučení o používání kondomů u mužů,

kteří cestovali či cestují do oblastí s výskytem infikovaných komárů, a doporučení k sexuální abstinenci s těhotnými partnery. Tento přenos pohlavní cestou není ve skutečnosti prvním známým případem. V roce 2008 infikoval americký vědec, zabývající se problematikou virů přenášených mokyty v Senegalu, svoji ženu a publikoval tuto informaci v rámci své studie vydané v roce 2011. Poslední dosud známý další druh přenosu oznámilo brazilské Sao Paulo 3. února letošního roku, a to krevní transfuzí. Dárci krve v Brazílii začali být proto okamžitě dotazováni na svoji cestovatelskou historii. Červený kříž zatím svoji kontrolní agendu vzhledem k viru Zika nemění, ale změny se očekávají.

Prevence nákazy

Základním preventivním opatřením je likvidace komárů a lokalit, ve kterých se mohou úspěšně množit, stejně jako maximální opatření pro zamezení kontaktu mezi komárem a člověkem (WHO vypracovala seznam chemikálií, které hubí i komáři larvy). To znamená aktivní používání repelentů, věnování dostatečné pozornosti oblečení (přednostně světlejších barev a s dlouhými rukávy a nohavice), používání moskytíř, sítě v oknech a ve dveřích. Pomáhá i zapnutí klimatizace, protože proudění vzduchu nemá tento hmyz v oblíbenosti. Při pobytu v tropech se doporučuje nejprve aplikovat krémy na opalování a poté na tato místa nanést repelenty.

Děti vyžadují zvláštní opatření. Pokud jsou mladší dvou měsíců, není vhodné repelenty používat. Děti je třeba opět vhodně oblékat, zakrývat končetiny, sítě překrývat postýlky či kolébky. V případě, že je dítě starší dvou měsíců, aplikuje dospělý repelent na své ruce a rozetře vše na dětský obličej, s výjimkou úst a očních víček. Kojící ženy by měly používat pouze repelenty označené jako vhodné pro tuto skupinu. Virus Zika se dá spolehlivě zabít roztokem manganistanu draselného, teplotami nad 60 °C, naopak nulovou účinnost vykazuje 10% roztok etanolu. Závěrem nelze než konstatovat, že viry nás nepřestávají ani v 21. století překvapovat. Po Ebolě následuje Zika, nicméně vědci zdůrazňují, že není důvod k panice. Nebezpečí Ziky je velmi nízké a v případě dodržení základních výše uvedených pravidel není třeba obav.

doc. RNDr. Vanda Boštková, Ph.D.,
doc. MUDr. Miloslav Salavec, CSc.,
prof. MUDr. Pavel Boštko, Ph.D.

AKTUALITY

Podávání biologik u renálního karcinomu lze dočasně přerušit

Vědecký tým České kooperativní skupiny pro metastatický renální karcinom, jehož součástí je řada výzkumníků z 1. LF UK v Praze, zjistil, že pacienti podstupující biologickou léčbu zhoubného nádoru ledvin ji mohou dočasně bez následků vysadit.

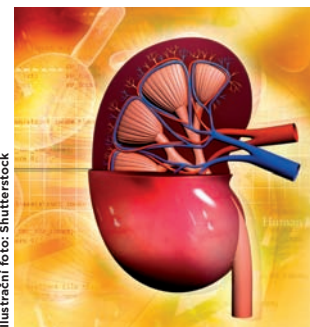
„Ověřili jsme, že u nemocných, kteří léčbu na čas přeruší, se chová stejně jako u těch, kteří v léčbě pokračují. Je to zásadní objev, protože jsme dosud nevěděli, zda se během této pauzy v podávání léků nádor znovu nezvětší,“ uvedl hlavní řešitel projektu, přednosta Onkologické kliniky 1. LF UK a Thomayero-

vy nemocnice v Praze doc. MUDr. Tomáš Büchler, Ph.D. Závěry této studie lze podle něj ihned aplikovat v klinické praxi. Tým měl k dispozici jednu z největších světových databází pacientů s nádory ledvin léčených biologickou léčbou – českou databází RENIS. Vědci vycházeli z anonymizovaných údajů o ví-

ce než 2800 pacientech léčených cílenou léčbou pro zhoubný ledvinový nádor s metastázami. Zjistili, že zhruba u stovky nemocných nádor během léčby úplně vymizel, přičemž polovina z nich patřila do skupiny pacientů, kteří léčbu přerušili. Průměrná délka přestávky v léčbě přesáhla dva roky.

Lepší kvalita života i úspory

„Biologická léčba nádorů ledvin je spojena s častými nežádoucími účinky, jako jsou průjem, vyrážka či nechutenství. Dlouhodobé podávání těchto léků tedy výrazně snižuje kvalitu života nemocných,“ uvedl doc. Büchler. Navíc je léčba drahá –



Ilustrační foto: Shutterstock

představuje 80 až 100 tisíc korun měsíčně.

„Využití závěrů vědeckého týmu v praxi může mít nejen pozitivní vliv na kvalitu života pacienta, ale také přinést do zdravotnického systému nemalé úspory,“ řekl děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.

(Zdroj: 1. LF UK)

(red)

Lithium a bipolární porucha

Vědci z Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ) se podíleli na mezinárodní studii zkoumající genetiku odpovědí na léčbu lithiem u bipolární poruchy.

Lithium i po více než 50 letech užívání v praxi představuje standard v udržovací léčbě bipolární poruchy (BAP) a pro významnou část pacientů dosud neexistuje adekvátní léčebná náhrada. Odhadnout, zda bude lithium u konkrétního pacienta účinné, bylo dosud možné jen přibližně, například na základě některých klinických charakteristik nebo podle toho, že se někdo z příbuzných pacienta pro stejnou nemocnění lithiem úspěšně léčil či neléčil. Právě proto se již dlouho předpokládalo, že na úspěch či neúspěch léčby lithiem má významný vliv dědičnost.

Dosavadní genetické studie však buď nezjistily žádný genetický znak spojený s odpovědí na li-

thium, nebo jej našly jen u určitého etnika. Tyto studie navíc zkoumaly jen malé soubory pacientů (do 500 osob). Stejně tak se neshodovaly v tom, jak definovat dobrou odpověď na lithium.

Unikátní soubor a genetický nález

V roce 2008 bylo založeno Konsorcium pro genetiku lithia, které vzniklo s cílem zajistit co největší soubor pacientů s BAP a jasně definovat odpověď na lithium s co nejvyšší shodou mezi hodnotiteli. U zrodu projektu stál i profesor Martin Alda, původem Čech, který mnoho let působí v kanadském Halifaxu. Národní ústav duševního zdra-

ví byl jedním z prvních center, které profesor Alda do projektu přizval. Finálně do konsorcia vstoupilo 22 center ze 4 kontinentů a byl analyzován genetický materiál od 2563 pacientů užívajících lithium. Výsledkem byl nález významné spojitosti s jednou oblastí na 21. chromozomu, respektive s tzv. nekódujícími RNA. Navazující studie sledující pacienty s lithiem po dobu minimálně dvou let ukázala, že pacienti, kteří měli v zjištěné oblasti rizikovou alelu, odpovídali na lithium výrazně hůře než pacienti bez této alely. Výsledky otevírají možnost k získání objektivního nástroje pro volbu léčby u bipolární poruchy.

(Zdroj: NÚDZ)

(red)

Ve vývoji je 450 léků na vzácná onemocnění

Přibližně 30 milionů Evropanů trpí některým ze 7 tisíc vzácných onemocnění, která jsou obtížně léčitelná. Dostupná terapie pokrývá zatím jen 5 % těchto onemocnění. Ve vývoji je však 450 léků, které znamenají novou naději pro pacienty.

Za vzácné onemocnění se považuje takové, kterým trpí 5 z 10 000 obyvatel. Až tři čtvrtiny pacientů jsou děti, většina vzácných onemocnění je totiž vrozená a projeví se do 10 let věku. Pacient před stanovením diagnózy navštíví v průměru 7 lékařů a průměrná doba stanovení diagnózy od prvních symptomů

je 5 let. Snižuje se tak kvalita života pacientů, zhoršuje se jejich zdravotní stav, často dostávají nesprávnou medikaci. To vše představuje zvýšenou zátěž i pro celý zdravotnický systém.

„Vzácná onemocnění představují obrovskou výzvu pro medicínu. V posledních 10 letech se však podařilo v této oblasti dosáhnout značných úspěchů. Díky inovacím v léčbě lze působit přímo na geny, které nemoc způsobují. Obrovským zlepšením v dostupnosti léčby i v péči je včasná diagnostika onemocnění,“ uvedl výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu Jakub Dvořáček.

(Zdroj: AIFP)

(red)



Ilustrační foto: Shutterstock



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 3/2016

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Zástupkyně šéfredaktorky

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mf.cz

Redakce

Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová
(Medicina a kongresové zpravodajství)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Editorky/korektorky

Květa Havlová, DiS.
PhDr. Jana Jilková

Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Martin Caban,
Irena Soukupová, David Daniel,
Eva Pavlatová, Martina Řehořová,
Vladimíra Boškova, Marcela Svěráková

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455,
e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA
(předseda)
MUDr. Václava Bártů
doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.
prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc., FCMA
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
MUDr. Ondřej Měšťák
Mgr. Jana Nováková, MBA
MUDr. Hana Roháčová
prof. MUDr. Miloš Táborský, MBA,
FESC, FACC, CSc.
doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

Obchodní ředitelka

Kristína Kupcová
tel.: 225 276 355
e-mail: kupcova@mf.cz

Personální inzerce

Vladimír Kratochvíl
tel. 225 276 255, 602 208 624
e-mail: kratochvil@mf.cz,
personalni.inzerce@mf.cz



MLADÁ FRONTA

Generální ředitel

Ing. David Hurta

Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, BA (Hons)

DTP

Retušeré: Miloslav Pařík (vedoucí),
Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec,
Petr Novák, Jan Mach

MARKETING

Ředitelka marketingu Hana Holková

DISTRIBUCE A VÝROBA

Ředitelka distribuce a výroby

Soňa Štarhová

Koordinátor výroby a distribuce divize Medical Services

Lucie Bittnerová, e-mail: bittnerova@mf.cz

Předplatné

Monika Šnaidrová
tel. 225 276 392, e-mail: snaidrova@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.

Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 01847082

Adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,
111 21 Praha 1
tel. 800 248 248,
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,
www.mf.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
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.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.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 17. 3. 2016

Printek a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tiskový náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2015
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 2336-2987

Volná místa

Psychiatr

DŮM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ
v OSTRAVĚ
přijme:

■ **psychiatra s psycho-
terapeutickým vzděláním**

Informace: Ing. A. Beránek, mo-
bil: 603 702 698,
e-mail: ddz@ddz.cz

M151000569

Klinický psycholog

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
LNÁŘE, P. O.,
hledá klinického psychologa.

Nabízíme ubytování přímo
v areálu léčebny, dobré pracovní

podmínky, nadstandardní plato-
vé ohodnocení, možnost odbor-
ného růstu.

Kontakt: MUDr. Vladimír Muchl,
tel.: 724 002 111,
e-mail: vmuchl@email.cz,
prim. MUDr. Jana Zahradníko-
vá, tel.: 605 164 841,
e-mail: sekretariat@pllnare.cz

M161000094

Lékař/-ka

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA

LNÁŘE, P. O.,

hledá lékařku, příp. absolventku
LF, se zájmem o obor psychiatrie.

Nabízíme byt 3+1 přímo v areálu
léčebny, dobré pracovní podmín-
ky, nadstandardní platové ohod-
nocení, možnost odborného růstu.

Při stabilizační dohodě význam-
ný podíl na nákladech na vzdě-
lání (úhrada seminářů, kur-
zů atd.).

Kontakt: MUDr. Vladimír Muchl,
tel.: 724 002 111,
e-mail: vmuchl@email.cz,
prim. MUDr. Jana Zahradníko-
vá, tel.: 605 164 841,
e-mail: sekretariat@pllnare.cz

M161000095

Lékař

ČESKO-NĚMECKÁ
HORSKÁ NEMOCNICE
KRKONOŠE, S. R. O.,
ve Vrchlabí přijme:

■ **lékaře na chirurgii**

Požadujeme: VŠ, I. atestaci,
příp. spec. způsobilost, možno
i absolventi.

Nabízíme: výhodné finanční pod-
mínky, možnost ubytování.

Kontakt: J. Srnská,
tel.: 499 502 304,
nebo e-mail: srnska@nemocni-
ce.vrchlabi.cz

M161000170

Lékař-mikrobiolog

NEMOCNICE TÁBOR, A. S.,
přijme do pracovního poměru:

■ **lékaře pro obor lékařská
mikrobiologie**

Požadujeme:

- specializovaná způsobilost
v oboru lékařská mikrobiolo-
gie výhodou,
- uvítáme zařazení v přípravě na
obor lékařská mikrobiologie,
- vhodné i pro absolventy VŠ.

Nabízíme:

- plný pracovní úvazek,
- trvalý pracovní poměr,
- výhodné mzdové ohodnocení,
- v případě potřeby poskytneme
menší služební byt v dosahu
MHD.

Centrální laboratoře jsou dr-
žiteli NASKL II pro odbornost
Mikrobiologie.

Nástup ihned, popřípadě dle
dohody.

Bližší informace podá: MUDr.
Pavla Novotná, primářka oddě-
lení, tel.: 381 607 300,
e-mail: pavla.novotna@nemta.cz

M161000183

Více pozic

MĚSTSKÁ POLIKLINIKA PRAHA
přijme do svého kolektivu léka-
ře RHB a FBRL a očního lékaře.

PERSONÁLNÍ INZERCE

privamed healthia

Společnost PRIVAMED Healthia s. r. o.
Masarykova nemocnice Rakovník přijme

Radiologického asistenta/asistentku

Požadujeme:

- odbornou způsobilost pro výkon zdravotnického povolání radiologického asistenta dle zákona č. 96/2004 Sb. v aktuálním znění • zdravotní způsobilost • uživatelskou znalost práce na PC • ochotu se dále vzdělávat • zodpovědný přístup a samostatnost při řešení úkolů • morální a občanskou bezúhonnost

Nabízíme:

- ubytování v areálu nemocnice • plný úvazek • příspěvek na stravu • příspěvek na penzijní fond a životní pojištění • 5 týdnů dovolené • příspěvek na dovolenou • dobré platové podmínky • náborový příspěvek – 50 tis. Kč

Pracoviště: Masarykova nemocnice Rakovník

Kontakty: VEDOUcí LABORANT RDG – Bc. Ivana Kynkalová, tel. 737 157 466,
e-mail: kynkalova@nemorako.cz
HLAVNÍ SESTRA – Ing. Lenka Malíková, tel. 313 525 253,
e-mail: malikova@nemorako.cz

Příhlásky se strukturovaným životopisem zasílejte:
PRIVAMED Healthia s. r. o., Masarykova nemocnice v Rakovníku
Ing. Lenka Malíková – hlavní sestra
Dukelských hrdinů 200/II, 269 29 Rakovník

privamed healthia

PRIVAMED Healthia s. r. o. přijme pro pracoviště
MASARYKOVA NEMOCNICE V RAKOVNÍKU
lékaře a lékařky těchto profesí:

- internista s atestací • internista – diabetolog (i na zkrácený úvazek) • internista – absolvent • internista – absolvent se zájmem o nefrologii (akredit. pracoviště)

Nabízíme:

- nadstandardní smluvní platové podmínky • byt nebo ubytování
- 5 týdnů dovolené • příspěvek na stravu a dovolenou • příspěvek na penzijní a životní pojištění • náborový příspěvek pro lékaře (pro absolventy 150 000 Kč, pro atestované 300 000 Kč)

Kontakt:

personální odd. tel. 313 525 296,
e-mail: pangracova@nemorako.cz
sekretariát ředitele: tel. 313 525 270,
e-mail: sekretariat@nemorako.cz

Inzerce M161000211

privamed healthia

PRIVAMED Healthia s.r.o. přijme pro pracoviště
Masarykova nemocnice v Rakovníku
lékaře nebo lékařky následujících profesí

- GYNEKOLOG s atestací • ANESTEZIOLOG s atestací (akreditované pracoviště) • RADIOLOG s atestací

Požadujeme:

- lékařské vzdělání, specializaci v příslušném oboru • zodpovědný přístup a samostatnost při řešení úkolů • morální a občanskou bezúhonnost

Nabízíme:

- nadstandardní mzdové ohodnocení • byt nebo ubytování v areálu nemocnice
- 5 týdnů dovolené • příspěvek na stravu • příspěvek na penzijní fond a životní pojištění • příspěvek na dovolenou

Bližší informace podají primáři příslušných odd.:

GYN – MUDr. Radek Poláček (tel. 313 525 464, e-mail: polacek@nemorako.cz)
ARO – MUDr. Pavel Kozlík (tel. 313 525 420, e-mail: kozlik@nemorako.cz)
RDG – MUDr. Viktor Fuchs (tel. 313 525 391, e-mail: fuchs@nemorako.cz)

Kontakt:

personální odd. (tel. 313 525 296, e-mail: pangracova@nemorako.cz)
sekretariát ředitele (tel. 313 525 270, e-mail: sekretariat@nemorako.cz)

Inzerce M161000212

Inzerce M161000214



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC



Lékařská fakulta
Univerzity Palackého
v Olomouci

Ředitel Fakultní nemocnice Olomouc a děkan Lékařské fakulty
Univerzity Palackého v Olomouci vypisují výběrové řízení na obsazení
funkce

PŘEDNOSTY/PŘEDNOSTKY
Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

POŽADAVKY:

- vysokoškolské vzdělání
- specializace v příslušném oboru dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění
- vědeckopedagogický titul profesor nebo docent, případně předpoklad zahájení habilitačního řízení,
- nejméně 10 let odborné praxe, osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu pracoviště včetně manažerských dovedností
- aktivní znalost nejméně jednoho světového jazyka,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění
- znalost práce s PC.

HLAVNÍ PRACOVNÍ ČINNOSTI:

- zodpovědnost za koncepci, rozvoj a úroveň poskytované preventivní a léčebné péče,
- řízení lidských zdrojů, efektivní hospodaření, zodpovědnost za rozpočet pracoviště,
- stanovení cílů pracoviště a dohled jejich realizace,
- zajištění výukové a vědecko-výzkumné činnosti na pracovišti.

K PÍSEMNÉ ŽADOSTI JE TŘEBA DOLOŽIT:

- fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci,
- fotokopii licence ČLK pro vedoucího lékaře-primáře nebo osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v příslušném oboru,
- profesní životopis s uvedením přehledu o vědecké a publikační činnosti,
- osvědčení a čestné prohlášení dle § 4 odst. 1 a 3 zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění,
- fotokopii výpisu z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců),
- písemnou koncepci své práce v uvedené funkci.

Součástí výběrového řízení je absolvování psychodiagnostických testů.

Jmenování do funkce bude realizováno po uzavření výsledků výběrového řízení.

Písemné přihlášky do výběrového řízení je třeba doručit na
Personální úsek Fakultní nemocnice Olomouc, Mgr. Vladimíra
Odehnalová, I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc, nebo e-mail:
vladimira.odehnalova@fnol.cz, a to nejpozději do 29. března 2016.

Inzerce M161000208

PERSONÁLNÍ INZERCE

Nástup možný ihned nebo dle dohody.

Nabízíme zavedenou ordinaci v centru Prahy, přátelský kolektiv, zaměstnanecké stravování a příspěvek na vzdělávání.

Kontakt: Bc. Táňa Brunerová,
tel.: 222 924 214,
e-mail: t.brunerova@prahamp.cz

M161000187

Lékař

NEMOCNICE TÁBOR, A. S.,
přijme do pracovního poměru:

lékaře pro Oddělení následné péče

- vhodné i pro absolventy VŠ
- specializovaná způsobilost, popřípadě zařazení do některého ze základních oborů vítáno

- plně hrazená specializační příprava

Uvítáme zkušené lékaře se zájmem o práci v multidisciplinárním týmu zabývajícím se komplexní paliativní péčí, léčbou bolesti, mezioborovou problematikou nebo geriatříí.

Nabízíme:

- plný pracovní úvazek,
- trvalý pracovní poměr,
- výhodné mzdové ohodnocení,
- náborový příspěvek při nástupu do zaměstnání,
- v případě potřeby možnost ubytování na ubytovně Nemocnice Tábor, a.s., nebo ve služebním bytě,
- benefity – týden navíc navíc dovolené (celkem tedy 30 dní dovolené za 1 kalendářní rok),
- příspěvek zaměstnavatele na penzijní připojištění.

Nástup ihned, popřípadě dle dohody.

Bližší informace podá: MUDr. Dana Růžicková, primářka oddělení,
tel.: 381 607 000, e-mail:
dana.ruzickova@nemta.cz.

M161000195

Více pozic

POLIKLINIKA ANDĚL, S. R. O.,
přijme do svého kolektivu lékaře/lekařku/lekařku se specializovanou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, endokrinologie a diabetologie a kardiologie do ambulantního provozu.

Požadujeme: specializovanou způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb., anglický jazyk na komunikativní úrovni výhodou.

Nabízíme: práci na HPP, nadstandardní mzdové ohodnocení, zaměstnanecké benefity, moderní prostředí, přátelský kolektiv.

Kontakt: tel.: 737 160 496,
jitka.mrazova@andelpoliklinika.cz

M161000207

PERSONÁLNÍ INZERCE

je přijímána na adrese:
Zdravotnické noviny
Mladá fronta a. s.,
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany
e-mail:
personalni.inzerce@mf.cz
tel.: 724 561 805

Inzerce M161000200

Inzerce M161000204

Společnost Dialcorp s. r. o. přijme pro dialyzační středisko Rychnov nad Kněžnou **registrovanou všeobecnou sestru pro pozici vedoucí sestry dialyzačního střediska, všeobecnou sestru pro pozici sálové dialyzační sestry a zdravotnického asistenta.** Pro dialyzační středisko v Praze 4-Michle, Ohradní, **všeobecnou sestru pro pozici sálové dialyzační sestry a zdravotnického asistenta.**

NABÍZÍME:

- zájemní stabilní firmy – 20 let zkušeností v péči o nefrologicky nemocné
- práci v nově zrekonstruovaném prostředí a příjemném kolektivu
- odborný růst a podporu dalšího vzdělávání • balíček zaměstnaneckých benefitů • 5 týdnů dovolené + 5 dnů osobního volna nad rámec dovolené velmi dobré platové podmínky – včetně motivačních složek

POŽADUJEME:

- komunikativnost, ochotu a schopnost učit se, • aktivní a zodpovědný přístup k práci • SŠ/VŠ vzdělání v oboru všeobecná sestra, zdravotnický asistent • PSS intenzivní péče – nefrologie výhodou • uživatelskou znalost práce s PC • pečlivost a samostatnost

Kontakt: Eva Višková, tel. 602 519 541
e-mail: eva.viskova@dialcorp.cz

Nástup: ihned

Adresa: Dialcorp s. r. o., U Stadionu 1555
Rychnov nad Kněžnou



Dialcorp s.r.o.

Statutární město Ostrava

Vyhlášení výběrového řízení na obsazení funkce ředitele Městské nemocnice Ostrava, příspěvková organizace

Rada města Ostravy vyhláší výběrové řízení na obsazení funkce ředitele Městské nemocnice Ostrava, příspěvková organizace, Nemocniční 898/20A, 728 80 Ostrava, IČ: 00635162.

Požadavky na uchazeče:

- ukončené vysokoškolské vzdělání
- manažerská zkušenost v oblasti zdravotnictví a s vedením a řízením zaměstnanců minimálně 5 let
- znalost finančního řízení organizace
- znalost právní formy, principů řízení a financování příspěvkové organizace
- znalost financování zdravotních služeb
- výborné komunikační, řídicí a organizační schopnosti
- vysoké pracovní nasazení, odolnost vůči stresu
- morální a občanská bezúhonnost.

Příhlaška do výběrového řízení musí obsahovat:

- strukturovaný profesní životopis s kontaktní adresou, telefonem, e-mailem
- ověřené kopie dokladů o nejvyšším dosaženém vzdělání
- výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 3 měsíců
- osvědčení (nebo doklad o jeho vyžádání) a čestné prohlášení dle zákona č. 451/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů
- písemně zpracovaný návrh koncepce řízení a rozvoje nemocnice (v rozsahu max. 5 - 7 stran, formát A4), který by měl obsahovat představu o strategickém vývoji nemocnice minimálně na 5 let, vymezení priorit rozvoje nemocnice v oblasti ekonomické, investiční a odborné, stanovení pořadí priorit, představu o spolupráci a vztazích s ostatními poskytovateli lůžkové péče v kraji
- písemný souhlas s nakládáním s osobními údaji v rámci výběrového řízení ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

Předpokládaný termín nástupu: nejpozději k 01.05.2016

Způsob podání přihlášky:

Přihlášku je nutno zaslat nebo osobně doručit **do 25.03.2016** (rozhoduje datum podacího razítka) na adresu:

Magistrát města Ostravy,
odbor sociálních věcí a zdravotnictví, Prokešovo nám. 8, 728 80 Ostrava

Obálku označte: „NEOTVÍRAT - VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ - ŘEDITEL NEMOCNICE“

Vyhlášovatel si vyhrazuje právo kdykoli výběrové řízení zrušit, a to i bez udání důvodu.

Kontaktní osoba pro případné další informace:

Ing. Helena Biskupová, odbor sociálních věcí a zdravotnictví,
tel. 599 443 856, e-mail: hbiskupova@ostrava.cz

www.ostrava.cz

OSTRAVA!!!

Zajímavé pracovní příležitosti v zahraničí

NABÍZÍME

Pracovní místa v prověřených nemocnicích
Nadstandardní platové ohodnocení s řadou benefitů
Přípravné kurzy v angličtině (i pro začátečníky)
Asistence po odletu a průběžné poradenství
Vyřízení cestovní administrativy



Mezinárodní kariéra
ve zdravotnictví

www.g5plus.cz

Inzerce M161000174

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

PŘIJME ZAMĚSTNANCE NA POZICI:

LÉKAŘ PRO GERIATRICKÉ ODDĚLENÍ

- požadavky:** • vysokoškolské vzdělání lékařského směru
• ukončený základní kmen v oboru vnitřní lékařství výhodou
• zájem o obor • zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

LÉKAŘ PRO CENTRÁLNÍ PŘÍJEM LOCHOTÍN

- požadavky:** • vysokoškolské vzdělání lékařského směru
• specializovaná způsobilost v oboru vnitřní lékařství nebo minimálně ukončený základní kmen v oboru vnitřní lékařství
• zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

LÉKAŘ PRO KLINIKU PRACOVNÍHO LÉKAŘSTVÍ

- požadavky:** • vysokoškolské vzdělání lékařského směru
• ukončený základní kmen v oboru vnitřní lékařství výhodou
• zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Písemné přihlášky doložené profesním životopisem s uvedením údajů o dosavadní praxi, doklady o dosaženém vzdělání a platným výpisem z trestního rejstříku zasílejte na adresu:

Fakultní nemocnice Plzeň, oddělení personálního řízení
a organizace, Edvarda Beneše 1128/13,
305 99 Plzeň, e-mail: grubrova@fnplzen.cz,
tel. 377 402 223

Inzerce M161000200

PERSONÁLNÍ INZERCE

VŠEOBECNÁ SESTRA – INTERNA – JIP

POŽADAVKY: praxe není podmínkou (absolventka)

NABÍZÍME: náborový příspěvek ve výši **20 000 Kč** (bez vlivu na další plat), významnou podporu specializačního vzdělávání (nemocnice zajišťuje **bezplatné vzdělávání** v rámci pracovní doby – prohlubování kvalifikace), v případě Vašeho závazku vůči současnému zaměstnavateli nemocnice automaticky převezme 100% závazku, práci na zmodernizovaném pracovišti s vysokou technikou a personální úrovni, přátelské neformální pracovní prostředí, **zaměstnanecské benefity (sick days, 5000 Kč/rok na rekreaci nebo penzijní připojištění...)**

BLIŽŠÍ INFORMACE podá vrchní sestra Bc. Jaroslava Benešová, **tel. 483 345 202, e-mail: benesova@nemjbc.cz**, případně kontaktujte personální oddělení, e-mail: **pavel.kures@nemjbc.cz**



NEMOCNICE
JABLONEC NAD NISOU, p. a.

Inzerce M161000199

RODINNÁ VILA

ÚSTÍ NAD LABEM-POVRLY
2 zubní ordinace, zázemí,
byt 5+1, zahrada atd.



RK HARVILLA, Plzeň
tel. +420 602 432 757
www.harvilla.cz



Inzerce M161000184



přijme

lékaře

ORTOPEDIE

ARO

GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉ

do nemocnice Rychnov nad Kněžnou

Požadujeme:

- vzdělání dle zák. 95/2004 Sb.
- specializace v oboru výhodou

Nabízíme:

- NÁSTUP možný ihned
- pracovní poměr na dobu neurčitou
- poskytujeme stabilizační odměnu až 60 000 Kč při setrvání v pracovním poměru minimálně dva roky
- poskytujeme příspěvek na ubytování (pro nově přijímané zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Královéhradecký kraj)
- ubytování zajistíme nebo zprostředkujeme
- akreditované pracoviště (ORTOPEDIE)
- umožníme a zajistíme rychlý odborný růst na akreditovaných pracovištích v rámci naší nemocnice a ve spolupráci se smluvními zařízeními
- nástupní mzda: lékař bez praxe od 25 200 Kč + výkonnostní odměny + cca 15 000 Kč, příplatky za ústavní služby
- mzda lékaře se specializací minimálně 60 000 Kč včetně ústavních služeb

Příhlášky zasílejte na adresu:

holub.lukas@nemocnicenachod.cz

Inzerce M161000156

Práce pro lékaře v Německu
„Získejte atraktivní pracovní místo v Německu
bez vstupních nákladů.“
POZVÁNKA NA PRACOVNÍ POHOVORY V PRAZE

Personálně-poradenská společnost **Medbörse GmbH & Co. KG** srdečně zve německy mluvící lékaře na individuální setkání, které se bude konat **dne 2. dubna 2016.**

Více informací: <http://www.medboerse.cz/pohovory-seminare/>

Medbörse GmbH & Co. KG | Research & Recruiting Services
Europasstrasse 3 – D – 35394 Gießen
mobil CZ: +420 774 524 879, e-mail: info@medboerse.cz
internet: www.medboerse.cz



Inzerce M161000200

SLEZSKÁ NEMOCNICE

V OPAVĚ

příspěvková organizace
přijme:

Lékaře se specializovanou
způsobilostí, případně
absolventa na oddělení:

- ▶ **infekční**
- ▶ **neurologie**

Blíží informace:

www.nemocnice.opava.cz
– pracovní příležitosti



Inzerce M161000209



přijme

LÉKAŘE

DO NEMOCNICE NÁCHOD A BROUMOV NA:

INTERNÍ ODDĚLENÍ

HEMATOLOGII

GYNEKOLOGICKO- PORODNICKÉ

PSYCHIATRII

LDN

Požadujeme:

- vzdělání dle zák. 95/2004 Sb.
- specializace v oboru výhodou

Nabízíme:

- NÁSTUP možný ihned
- PRACOVNÍ POMĚR NA DOBU NEURČITOU
- poskytujeme stabilizační odměnu až 60 000 Kč při setrvání v pracovním poměru minimálně dva roky
- poskytujeme příspěvek na ubytování (pro nově přijímané zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Královéhradecký kraj)
- ubytování zajistíme nebo zprostředkujeme
- akreditované pracoviště
- umožníme a zajistíme rychlý odborný růst na akreditovaných pracovištích v rámci naší nemocnice a ve spolupráci se smluvními zařízeními
- nástupní mzda: lékař bez praxe od 25 200 Kč + výkonnostní odměny + cca 15 000 Kč příplatky za ústavní služby
- mzda lékaře se specializací minimálně 60 000 Kč včetně ústavních služeb

Příhlášky zasílejte na adresu:

holub.lukas@nemocnicenachod.cz

Inzerce M161000158

POLIKLINIKA

AGEL

Česká Třebová

přijmeme

DERMATOVENEROLOGA

se specializovanou způsobilostí
v daném oboru.

Nástup možný od

15. 7. 2016

i na zkrácený úvazek.

- Nabízíme práci v zavedené ambulanci
- motivující finanční hodnocení
- týdenní fond pracovní doby na úvazek 1,0 je 37,5 hodiny týdně
- a další benefity.

Kontakt:

727 874 404

e-mail:

alena.zelenkova@pol.agel.cz

Inzerce M161000172



Oblastní nemocnice Náchod a. s.
přijme

nutričního terapeuta

Požadujeme:

- vzdělání dle zák. 96/2004 Sb. v oboru
- specializace v oboru výhodou

Nabízíme:

- NÁSTUP možný ihned
- poskytujeme stabilizační odměnu 20 000 Kč při setrvání v pracovním poměru minimálně dva roky
- poskytujeme příspěvek na ubytování (pro nově přijímané zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Královéhradecký kraj)
- ubytování zajistíme nebo zprostředkujeme
- nástupní mzda bez praxe od 18 000 Kč + výkonnostní odměny
- mzda nutričního terapeuta se specializací od 20 000 Kč + výkonnostní odměny
- pracovní poměr na dobu neurčitou

Příhlášky zasílejte na adresu:

holub.lukas@nemocnicenachod.cz

Inzerce M161000157

Inzerce M161000176

Akci zaštitují:



ČESKÁ
LÉKAŘSKÁ KOMORA



ČESKÁ ASOCIACE
SESTER



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE



SEXUOLOGICKÁ
SPOLEČNOST ČLS JEP



2. Pražský sexuologicko-andrologický mezinárodní kongres 15.-16. 4. 2016 NH Hotel Praha

Kongresu se mezi předními odborníky zúčastní například

doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.
doc. PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc.
prof. MUDr. RNDr. Luboslav Stárka, DrSc.
MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D. a další

Letos poprvé se sesterskou sekci!

Účastnický poplatek: **890 Kč** (sestry) **nebo 1190 Kč** (lékaři)
Akce je evidována v centrálním registru ČAS a je ohodnocena **10 kredity**.
Akce je evidována v centrálním registru ČLK a je ohodnocena **12 kredity**.

Registrace na stránkách
www.kongres-medical.cz/aktualni-akce