



ZDRAVOTNICTVÍ

MEDICÍNA



5/2016

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 23. 5. 2016



Z DOMOVA
Zdravotnickým
záchranným službám
chybí 400 lékařů

STRANA 4



Z MEDICÍNY
Nejde jen o poruchu vedení
2. pražský sexuologicko-
andrologický kongres

STRANA 35



SESTRA
Rozhovor se staniční
sestrou transfuzního
oddělení TN
Vladimírou Krumlovou

STRANA 18

Politiku nemocnic **nelze měnit z roku na rok**

Zástupci nemocnic se na konferenci HospiCon, jejíž první ročník proběhl v Táboře pod taktovkou společnosti Androsa, shodli, že největšími překážkami řízení je nejen proměnlivý mechanismus úhrad, ale i extrémní administrativní zatížení nemocnic, které tradičně způsobuje zákon o veřejných zakázkách, a nově také zákon o registru smluv.

Jak uvedl obchodní náměstek Fakultní nemocnice Olomouc Čeněk Merta, za komplikaci v řízení nemocnice považuje přede-

vším každoroční masivní změnu úhradového systému prostřednictvím úhradové vyhlášky. „Tento chaos se promítá do kaž-

dodenního řízení nemocnice. K dohodám jednotlivých segmentů dochází až v průběhu realizačního roku, takže základ-

ní strategii a politiku vůči jednotlivým primariátům či klinickým pracovištím stanovuje zařízením až v průběhu dubna či

května,“ uvedl náměstek Čeněk Merta k těžkostem vedení nemocnice.

(pokračování na straně 3)

Omluva dle usnesení Vrchního soudu v Praze, č.j. 3 Cmo 23/2015-285

Společnost ZENTIVA, k. s. se sídlem v Praze, Česká republika se tímto omlouvá společnosti Dr. Karl Thomae GmbH se sídlem v Biberachu an der Riß, Spolková republika Německo, jako majiteli českého národního patentu č. 287607 s názvem „benzimidazolové deriváty, způsob jejich výroby a farmaceutické prostředky s jejich obsahem“, který se vztahuje k léčivé látce, známé jako telmisartan, za své aktivity porušující práva z tohoto patentu, činěné přede dnem jeho uplynutí dne 4. 2. 2012, když tyto aktivity zahrnovaly distribuci promočních letáků a přijímání objednávek na dodávku léčivého přípravku, obsahujícího telmisartan.

Za toto politováníhodné a protiprávní jednání se společnost ZENTIVA, k. s. společností Dr. Karl Thomae GmbH upřímně omlouvá.

ZENTIVA, k. s.

SÁČEK NOVÉ GENERACE S MANUKOVÝM MEDEM

Manukový med přidaný do hydrokoloidu výrazně podporuje a zlepšuje hojení kůže v okolí stomie.

Napomáhá regulovat záněty, regeneruje buňky, má antibakteriální účinky.



- Další výhody
řady Aurum[®]**
- nový tvar podložky a sáčku
 - nový vylepšený filtr
 - nahlížecí okénko

Nová řada Aurum[®] jednodílných kolostomických, ileostomických a urostomických sáčků.

zelená linka: 800 100 644

**J+A zdravotnické potřeby, spol. s r.o. - výhradní distributor a
bezplatná zásilková služba, www.ja-zdravotnickepotreby.cz**

Malé náměstí 104, 337 01 Rokycany, e-mail: info@ja-zdravotnickepotreby.cz

Nabízíme poradenskou službu v oboru péče o stomie vedenou odborně
vyškolenou a certifikovanou stomasestrou.

Politiku nemocnic nelze měnit z roku na rok

(pokračování ze str. 1)

Na jeho slova navázal obchodní náměstek Fakultní nemocnice Hradec Králové Michal Filip: „V dnešní době nikdo přesně neví jak nemocnici řídit – naše obchodní politika se mění každým výrokem ministerstva a dalších úřadů. Proti maximalizaci úspor v nákupu léčiv i zdravotnických prostředků stojí legislativa – zákon o veřejných zakázkách, registr smluv i příkazy ministra.“

Nákladné léky hýbají nemocnicí

Jednou z bolestí nemocnic jsou úhrady centrové péče. Neřešeným problémem zůstává paragraf 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, původně výjimka, která takto funguje řadu let, a nemocnice u něj volají po novém mechanismu úhrad. „Je otázkou, zda je vždy používán oprávněně. Zneužití může nastat u léků, které by neměly být hrazeny a do úhrady odpojištěny jsou tlačeny přes tento paragraf. Problém je také například u dětské hematologie, kde je řada léků hrazena přes paragraf 16, protože na léčbu neexistují studie,“ uvedl vedoucí odboru zdravotní péče Fakultní nemocnice v Motole Radovan Drnek a dodal: „Nastupují super drahé léky, které se poskytované péče ve fakultních a krajských nemocnicích silně dotýkají. Lék, který stojí 6, ale i 20 milionů ročně je problematický, i pokud nemocnice poskytují péči pouze jednomu pacientovi. Jenže když z 20 českých indikovaných pacientů jich 16 léčíme u nás v Motole, je ten problém daleko větší.“ Podle náměstka Drnka by ministerstvo mělo u nákladných léků přijít s udržitelným systémem těchto úhrad, v opačném případě se tyto náklady časem vymknou kontrole.

Regulovat centrovou léčbu

Největším poskytovatelem centrové péče v ČR je Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Jak uvedla její náměstkyně Markéta Hellerová, celkem má VFN nasmulovány s pojišťovnami v této oblasti 26 diagnostických skupin. „Výdaje na centrové léky mnohonásobně převyšují náklady na skupinu úplně všech ostatních léků. Problémy nám způsobuje velmi nejednotný přístup pojištěn k úhradám těchto lé-

ků. A to jak v přístupu k novým přípravkům, tak i způsobu vykazování evidence či v požadavku na schvalování jednotlivého pacienta, což zatěžuje administrativu. Některé léky nechtějí pojišťovny nasmulovat pro novou indikační skupinu,“ popsal Markéta Hellerová a dodala, že počet pacientů v centrech VFN se od roku 2010 zvýšil o 70 %. Masivní nárůst očekávají i v letošním roce. Novinkou pro tento rok je vstup paragrafu 16. „Doposud do centrových rozpočtů úhrada léků na paragraf 16 téměř nezasahovala. Letos bude revizní lékař u přípravku, který je centrový, ale je schvalován na paragraf 16 v jiné indikaci, současně uvádět, pod jakou indikační skupinu se má vykazat,“ uvedla náměstkyně Hellerová.

Pojišťovny bez rezerv

Do parlamentu byly 19. dubna ke schválení předány souhrny pojištných plánů zdravotních pojišťoven. O tom, jak vývoj finanční stability systému vnímají zdravotní pojišťovny, hovořil na HospiciConu předseda zdravotní sekce Svazu zdravotních pojišťoven ČR Pavel Frňka, který je zároveň ředitelem pro strategii České průmyslové zdravotní pojišťovny (ČPZP). Jak uvedl, celkové příjmy z veřejného zdravotního pojištění vyčíslily pojišťovny pro tento rok na 260 miliard (o 11 miliard více než v roce 2015), ministerstvo zdravotnictví doporučilo tento rozsah ke schválení poslanecké sněmovně. Pojišťovny však všechny prostředky vydají na péči a na zásoby na „horší časy“ jim nezbude, což může v krizové době systém rozkolísat.

„V souhrnné zprávě o zdravotně pojistných plánech pojišťoven pro parlament ministerstvo zdravotnictví uvedlo, že v roce 2016 bude obrovský tlak na růst úhrad poskytovatelům zdravotních služeb a vysoké tempo jejich růstu v posledních letech neumožní zvyšovat zůstatky pojištěn do úrovně předkrizových let 2006–2008. Ministerstvo dále dodalo, že z tohoto pohledu není hospodaření systému udržitelné ani ze střednědobé perspektivy, protože sub-optimální úroveň rezerv činí systém zranitelný vůči jakémukoli vnějšmu negativnímu šoku, například v podobě návratu recese či víceletého výraznějšího zpomalení hospodářského růstu,“ vysvětlil ředitel Frňka. Rozdíl mezi nároky na systém a jeho disponibil-

ními zdroji by se podle něho dal vyrovnat zvýšením příjmů v systému. Pokud se nezvýší objem mezd a platů alespoň o 5 %, bude systém veřejného zdravotního pojištění opět v deficitu.

Zveřejnění smluv

Na HospiciConu dvakrát zaznělo zvolání: „Chtěl bych být majitelem soukromé nemocnice“, čímž jeho autoři poukazovali na nerovné podmínky soukromých a veřejných zařízení, na která administrativní a další restrikce dopadají daleko přísněji. Nyní mají veřejné nemocnice za úkol dostát také novému zákonu ministerstva vnitra o registru smluv, který nemocnice zavazuje ke zveřejnění všech smluv (včetně dodatků) nad 50 tisíc korun.

„Nemocnice nakupují léky v kontinuálním toku. Každá nemocniční lékárna napočítá za den minimálně 100 dodacích listů na veškerý sortiment. To, že smlouva nabývá účinnosti nejdříve dnem zveřejnění, je paskvil. Znamenalo by to, že by si distributoři ve skladu deponovali léčivé přípravky, které by byly pro někoho rezervované, čekalo by se na zveřejnění smlouvy a teprve poté by se léky vezly do nemocnice, to je nesmysl,“ poukázal na nedostatky zákona vedoucí lékárník ústavní lékárny Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) Michal Hojný a doplnil, že řešení nemocniční právníci nenalezli v případě vysoutěžení rámcové smlouvy o dodávkách na více let. „Jednorázové uveřejnění této smlouvy není naplněním zákona – musí se zveřejnit jednotlivé smlouvy, na jejichž základě nakupujete. Nevíme, jak budeme uveřejňovat smlouvy, na níž je celkem šest veřejných zakázek,“ podotkl s tím, že by situací mohl napomoci pozměňovací návrh zákona, který inicioval náměstek pro legislativu a právo Radek Policar.

„V případě nejzávažnějšího identifikovaného problému týkajícího se nákupu léčiv a zdravotnických prostředků nemocnicemi ministerstvo připravilo návrh změny zákona o registru smluv, který byl v poslanecké sněmovně uplatněn poslancem Janem Chvojkou. Návrh změny zákona byl předložen do sněmovny a čeká se na jeho projednání. Ministerstvo také průběžně reaguje na dotazy a podněty nejen od svých organizací, ale i ze strany zdravotních pojišťoven či výrobců a distributorů



Ilustraci foto: Shutterstock

léčivých přípravků,“ okomentoval pro naši redakci metodickou činnost ministerstva náměstek Policar. Navržený pozměňovací návrh podle něj nesnižuje míru transparentnosti nastavenou zákonem o registru smluv, chce jen upravit lhůty účinnosti smluv tak, aby nemohly ovlivnit (zejména časovou) dostupnost zdravotních služeb pro pacienty. A jak Radek Policar zdůrazňuje, všechny zákonem požadované údaje včetně cen budou zveřejňovány.

Registr v praxi

Zda pozměňovací návrh zákon nakonec upraví, není dnes jasné a nemocnice se s registrem smluv vyrovnávají po svém a každá jinak. „Máme 25 až 30 tisíc dokumentů, které bychom měli vyvést – tedy oskenovat ve správném formátu, vyplnit hlavičku s 12–16 povinnými údaji, a to teoreticky z jednoho místa, což je asi možné v nějakém vesnickém zařízení se dvěma smlouvami denně, ale při našem množství je to nemožné. Navíc máme smlouvy, které splňují fakt obchodního tajemství – ty se budou začerňovat. Někdo tedy smlouvu musí přečíst, začernit – odhaduji jednu smlouvu na jeden den. Politici slibovali, že žádné náklady navíc nebudou, my kvůli tomu už nyní chystáme nový software, který bude stát statisíce korun. Smlouvy budeme centrálně zadávat z 12–16 míst, takže řešíme, kolik osob na tuto činnost budeme potřebovat. Co se týká obchodních cen, dohod a smluv, nic začerňovat nebudeme, dle informací právníků, kteří problém konzultovali s ministerstvem zdravotnictví, musejí být smlouvy včet-

ně dodatků a příloh,“ poukázal na náročnou situaci nemocnic náměstek Michal Filip z FN Hradec Králové a dodal, že další absurdity řeší nemocnice u nadlimitních zakázek, které musí soutěžit dle zákona o veřejných zakázkách.

Sleva zadarmo

Paradoxní situace v oblasti veřejných zakázek pro nemocnice nastane od 1. července, kdy zákon o registru smluv vstoupí v platnost. Nemocnice dle zákona o veřejných zakázkách soutěží na prvním místě cenu léku či prostředku. Jakmile ale pojišťovna sezná (nově to uvidí v registru smluv), že tato vysoutěžená cena je nižší než v ceníku pojišťovny, bude tlačit ceníkovou cenu dolů a o vysoutěženou slevu tím nemocnici připraví.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) uvedla, že od 1. července začne nákup nemocnic prověřovat její nově zřízený analytický tým, který bude nejprve posuzovat smlouvy nemocnic na nákupy kardiostimulátorů, defibrilátorů a dalších zdravotnických prostředků.

„V případech, kdy VZP podle smlouvy zjistí, že nemocnice nakoupily levněji, než vykazaly pojišťovně, zaplatí pojišťovna méně,“ řekl náměstek VZP Petr Honěk a dodal, že nyní VZP snižuje ceny defibrilátorů a TAVI (aortální chlopně) o 10 %. Celková úspora 85 milionů korun bude podle Hoňkových slov použita na zvýšení počtu výkonů s těmito prostředky – např. u TAVI se počet pacientů mezi lety 2013 a 2015 zvýšil ze 126 na 261 pacientů.

Z DOMOVA

Zdravotnickým záchranným službám chybí 400 lékařů

Ke stabilizaci situace záchrany, které vedle nedostatku kmenových i externích lékařů sužuje suplování ostatních složek systému zdravotnictví a porušování zákoníku práce, by systém zdravotnických záchranných služeb potřeboval dalších 400 lékařů.

„V posledních letech se dostáváme do velice nepříjemné situace. Lékařů zdravotnických záchranných služeb (ZZS) ubývá tak, že téměř nejsme schopni saturovat výpadky svými kmenovými lékaři a mnohdy i více než polovinu lékařů tvoří lékaři externisté, kteří přicházejí sloužit z nemocnic, praktických a dalších ambulancí a kteří mají oprávnění a jsou ochotni na záchrance sloužit. Ale už ani externisté nemají energii a prostor u nás sloužit, protože svými přesčasů suplují nedostatek lékařů v domovských zařízeních,“ uvedl prezident Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR (AZZS) Marek Slabý, který je zároveň ředitelem Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. ZZS je stále závislejší na práci externích lékařů, a i přesto je také u záchrany soustavně a systematicky porušován zákoník práce. „Porušujeme zákoník práce. Inspektoráty bezpečnosti práce udělily postih již téměř polovině ZZS,“ upozornil Marek Slabý.

„Zdravotnická záchranná služba je extrémně důležitou součástí zdravotních služeb. Všichni jsme závislí na rychlosti, s jakou přijede posádka, a na schopnostech lékaře a dalších záchranářů. Pokud stát není schopen zajistit dostupnost ZZS, pak selhává,“ řekl prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek a připomněl, že zákon stanovuje povinnost dojezdu záchranné služby k pacientovi na 20 minut.

Kde ZZS supluje

Jak na setkání obou prezidentů Milan Kubek dále uvedl, kvůli šetření ve zdravotnictví klesá dostupnost různých typů zdravotních služeb a ZZS je často supluje. Jde například o rušení lékařské pohotovostní služby, což způsobuje vyšší počty výjezdů ZZS. Stejný efekt má také centralizace péče, kdy se ruší oddělení a pacienti jsou vozy ZZS převáženi do jiných nemocnic.

Prezident asociace Slabý jeho slova potvrdil. „Zdravotnická záchranná služba je standardní

oblast zdravotnictví, je jedním z jeho pilířů. Až 90 procent naší práce tvoří pacienti s kardiologickými problémy, ischemickou chorobou srdeční, cévní mozkovou příhodou, ošetřujeme děti, gynekologické komplikace – jde tedy o celé spektrum medicíny. Jenže od roku 2008 dochází k obrovskému navýšení počtu výjezdů, což nezpůsobila extrémní nemocnost populace, ale ZZS začala suplovat řadu složek poskytované péče – od přednemocniční, neodkladné, přes praktického lékaře, lékaře sociálních zařízení až po koronera. Obdobně se také navýšil počet základen v ČR, bohužel tři čtvrtiny z nich jsou bez lékařů. Systémově jsme se sice přiblížili zemím západní Evropy, máme také systém *rendez-vous*, kdy se posádka a lékař setkávají až u pacienta, ale úbytek lékařů je mnohem větší, než jsme v 90. letech předpokládali a než jak byla původně ZZS koncipována,“ upozornil Marek Slabý.

Už chybí i externisté

Většinu (80%) personálu záchranných služeb dnes tvoří záchranáři a většina pacientů je ošetřena posádkou bez lékaře. „Čím vyšší počet výjezdů ZZS je bez lékaře, tím více je následně zatěžován personál v nemocnicích, kde o to více pacientů končí. Namísto toho, aby byl pacient léčen na místě, je převážen a systém se prodražuje. Zrušení dostupnosti jedné zdravotní služby pacienty nevyléčí,“ podotkl prezident ČLK Kubek. Jak potvrdil prezident ZZS Slabý, počet lékařů se stále snižuje, dnes už tvoří pouze 10 % z veškerého personálu. Záchranky musí posádky s lékařem rušit nebo je posouvat po regionu pro dodržení personálního zajištění. Často se tím komplikují vztahy s místními samosprávami, které mají pocit, že jejich spádové pacienty záchranka o lékaře okrádá.

„Na mě se například zlobí Vodňany, kde jsme museli řešit, zda tam lékař v posádce bude celý týden nebo jen část týdne, což je strašné, ale nejsme ho schopni do té oblasti po celých 7 dní/24 ho-

din zajistit žádným představitelným způsobem. Kolegové v krajích přemísťují posádky tak, aby je dostali do oblasti, kde je čistě náhodou lékařů dostatek, protože je poblíž velká nemocnice,“ doplňuje Marek Slabý s tím, že v řadě krajů se počet úvazků externích lékařů blíží počtu kmenových. Pro zamezení extrémního suplování lékařů externisty a za korektního dodržení zákoníku práce s minimálními přesčasů by podle něj bylo zapotřebí 400 lékařů. „Jste-li zcela závislí na externích pracovnících, stačí, aby v daném regionu nemocnice rozšířila oddělení nebo začala striktně dodržovat zákoník práce a neumožnila lékařům sloužit na ZZS nebo aby pět lékařů odešlo do důchodu nebo do zahraničí, a v regionu se systém zhroutí. Navíc se samozřejmě špatně velí lékařům, které jako ředitel na kolemonu prosím, aby přišli odsloužit jednu až tři služby,“ vysvětluje problémy organizace práce Marek Slabý.

Lepší plat, dříve do důchodu

Milan Kubek vidí řešení ve zvýšení atraktivit této práce finančním ohodnocením, které musí odpovídat její extrémní náročnosti. Sociálními výhodami by měla být delší dovolená na zotavenou a výsluhy, například v podobě doživotní renty za počet odsloužených let. Asociace pracuje na návrhu sociálního programu pro záchranáře i lékaře. „Pokud lékař pracuje 40 let v záchranné službě, jeho odchod do důchodu v 62 letech nebo i dříve by byl s výhodou. Začali jsme vyjednávat takzvaný předdůchod, což je standardní nástroj bez potřeby změny legislativy a lékaři by umožnil odejít dřív,“ uvedl prezident AZZS Slabý. Také záchranných služeb se dotýká extrémní stárnutí lékařů. „Průměrný věk je 49 let, což je alarmující vzhledem k tomu, jak psychicky i fyzicky je práce lékařů a záchranářů náročná. Byl jsem šokován zjištěním, že na záchranné službě běžně pra-



Ilustrace foto: Shutterstock

cují lékaři nad 70 let, rekordmanem z Plzeňského kraje je 80letý lékař,“ uvedl prezident Kubek a Marek Slabý dodává, že většinu lékařů je přes 50 let, žádnou výjimkou nejsou 60- a 70letí lékaři.

Do sanitky po třech letech

Podle prezidenta Slabého je možným východiskem dostat do oboru mladé lékaře. Urgentní medicína jako velký rozvíjející se obor nabízí příležitosti nejen v terénu, ale například v nově budovaných urgentních příjmech nemocnic, kde mají lékaři kontakt se standardní klinickou základnou, vzděláváním a nemocnicí. Lékaři zde umí přijmout pacienta od posádky, efektivně třídí pacienty na oddělení, čímž odpadají problémy s nepřijímáním pacientů do nemocnic.

V rámci vzdělávání by podle Marka Slabého pomohlo, aby lékař mohl sloužit na ZZS samostatnou službu ne po pěti, ale už po třech letech. „Když může záchranář jezdit sanitkou ještě v bakalářském studiu, proč by se nemohl lékař s odbornou způsobilostí účastnit služeb v záchranné službě a po třech letech, kdy splní základní kmen, nemohl samostat-

ně pracovat v sanitním vozidle? Mladým lékařům by to umožnilo nahlédnout do přednemocniční medicíny,“ uvedl prezident Slabý. Možností je také omezení extrémního počtu výjezdů tím, že ZZS bude pracovat dle úkolu, který jí ukládá zákon – tedy ošetřovat pacienty ohrožené na životě, s náhle vzniklou těžkou poruchou zdraví nebo náhle dekompenzovanou chronickou nemocí a záchranky nebudou suplovat další desítky jiných odborníků a specialistů.

„Nedostatek lékařů se stále prohlubuje, už se blížíme k hranici, kdy vykrýtí situace pomocí externích lékařů či porušením zákoníku práce v některých oblastech již nebudeme schopni. Kritická situace je v příhraničních krajích – jižní Čechy, Plzeňsko, Karlovarsko, Ústí nad Labem, Liberecko, zde lékaři nejsou, protože v oblasti nejsou fakultní nemocnice, velká centra, je zde řídké osídlení. V jižních Čechách si už dnes ‚krademe‘ lékaře s nemocnicemi. Když získáme lékaře z nemocnic, kde už nechce kvůli přetížení či nízkému platu pracovat, má zase problém nemocnice. Točíme se v kruhu,“ uzavírá Marek Slabý.

Babišův stetoskop

Jestli ČLK protlačí do volební kampaně více zdravotnictví, zbude méně místa na migrační krizi. Držme jí palce.

Obecně se má za to, že nemocnic je v Česku z pohledu efektivity i kvality péče příliš mnoho. Nejspíš je to pravda. Nicméně v posledních dnech je to spíš výhoda, protože pořád zbývají alespoň nějaké, v nichž se nepořádají politické mítinky, ale léčí se v nich lidé. Ve spoustě zdravotnických zařízení si poslední dobou podávají kliku politici toužící dát najevo, jak moc jim záleží na lékařích a jejich problémech či názorech. Spanilé jízdy po špitálech pořádá nejen ministr zdravotnictví, ale už i ministr financí a premiér.



Martin Čaban

vit stíhače z čáslavské 211. letky v generálské uniformě. V půjčovně kostýmů by něco podobného pravděpodobně sehnal, ale jen stěží by tím někoho přesvědčil, že je v podstatě vojenský pilot, tím méně přítomné vojáky. Ale třeba je to nová záliba ministra financí, a až bude vyjednávat o osudu horníků z OKD, oblékne fáračky a chopí se kahanu. Zejména Babišovy návštěvy, jimiž zcela nepokryté leze do kompetenčního zeli svému vládnímu kolegovi Němečkovi, vzbudily velký ohlas, a dokonce zaznělo i několik divokých, bezmála konspiračních teorií. Jedna z nich – z novinářského pera – mluvila o tom, že jelikož Babišův fond Hartenberg Capital hodlá nakupovat zdravotnická zařízení, jsou Babišovy cesty vlastně jakýmsi utajeným *due diligence* potenciálních akvizic. K tomu

se váže další teorie, ta už je přímo z kruhů České lékařské komory, že se Babiš svým krkouským přístupem ke mzdovým požadavkům lékařů snaží české zdravotnictví zruinovat a vyhladovět, aby jej mohl skoupit za nižší cenu. To jsou ale dost absurdní úvahy.

Klíčové téma voleb

Vysvětlení Babišova chování bude pravděpodobně mnohem méně komplikované. Za pár měsíců budou krajské volby. Česká lékařská komora se rozhodla vstoupit do kampaně akcí „Zdravotnictví volá o pomoc“ a úspěšně se jí to podařilo. Ministr Němeček se rozhodl, že politicky pohodlnější bude proti lékařské akci nebojovat, nýbrž se na ní svěřt. A tak lékařům za podpory premiéra slibuje modré z nebe a miliardy k tomu. S tím přirozeně naráží u ministra financí, který si to ale zase přece jenom nechce rozházet ani s lékaři, natož s pacienty. Jeho návštěvy nemocnic



Foto: Hynek Glos / Euro

jsou ve skutečnosti kontrakampaní proti Němečkovi, jehož nepokryté obviňuje z neschopnosti řídit resort.

Na každý pád se nyní zdá, že lékařská komora za podpory profesionálů z agentury Ewing PR uspěla, přinejmenším pokud jde o to, čemu se říká nastolení agendy. Vypadá to, že po osmi letech nás zase čekají krajské volby, v nichž bude zdravotnictví klíčovým tématem. Bude to o něco sofistikovanější než tehdejší socialistické tažení proti třicetikorunovým poplatkům,

debata o financování bude širší a zcela nenapravitelní optimisté by mohli vidět jistou šanci, že k něčemu povede. Nicméně i kdyby nevedla, vzhledem k tomu, jaká jiná témata se do volebních kampaní tlačí a jak se k nim přistupuje, je i neplodná debata o zdravotnictví úplně zlatá. Pokud se ČLK podaří udržet tempo a zabrat v kampani místo, které by jinak zaplňovala varování před islamizací Pardubicka, bude to cenný příspěvek české politické kultuře.

Autor je komentátorem deníku E15

Ministr v převleku

Andrej Babiš dokonce zašel tak daleko, že se na jednu z návštěv navlékl do lékařského pláště a kolem krku nonšalantně přehodil stetoskop. Je to zhruba stejně vkusné a vhodné, jako kdyby Svatopluk Němeček přijel navští-

Vznikl Výbor pro bezpečnost pacientů

Česká lékařská komora (ČLK) podle slov svého prezidenta není schopna garantovat bezpečnost zdravotní péče, a proto založila výbor pro bezpečnost, v jehož počátku přizvala ke spolupráci předsedu Národní rady osob se zdravotním postižením (NRZP ČR) Václava Krásu. ČLK a NRZP ČR se dohodly na spolupráci.

NRZP ČR sdružuje více než 100 patientských organizací a ČLK jí dala k dispozici svou právní kancelář. „Cílem výboru bude posuzovat podmínky, za kterých jsou pacientům poskytovány zdravotní služby, a hodnotit existující i navrhované zákony, vyhlášky a další právní normy z hlediska jejich přínosu k bezpečnosti pacientů, či zda naopak komplikují práci zdravotníkům a tím snižují bezpečnost zdravotní péče,“ uvedli společně prezident ČLK Milan Kubek a předseda Václav Krása.

Jak zdůraznili, zdravotníci se snaží pracovat co nejlépe, ale nemají ke své práci vytvořeny potřebné elementární podmínky. Prezident Kubek připomněl, že většina nemocnic funguje pouze kvůli soustavnému porušování a obcházení zákoníku práce, porušována je i vyhláška o minimálním personálním vybavení poskytovatelů zdravotních služeb. Zhoršující se dostupnost zdravotních služeb dopadá zvláště tíživě na osoby s těles-

ným nebo mentálním postižením, jejichž finanční, ale třeba i dopravní možnosti jsou omezené. Zástupci obou organizací deklarovali, že osobě se zdravotním postižením potřebují pomoc a péči, kterou jim při katastrofálním nedostatku personálu nejsou nemocnice schopny poskytnout. Tlak na tzv. efektivitu způsobuje zkracování doby hospitalizace a řada pacientů je tak propouštěna z nemocnic předčasně, aniž by byli doléčeni. Roste počet rehospitalizací a zdravotních komplikací.

Jednorázové zvýšení platů zaměstnanců některých zdravotnických zařízení, které slíbil předseda vlády Bohuslav Sobotka po jednání před sedu koaličních stran se zdravotníky, nevnímají Milan Kubek s Václavem Krásou jako řešení současné krize ve zdravotnictví. NRZP ČR podporuje požadavek ČLK na vytvoření Krizového plánu pro zdravotnictví, souhlasí s návrhy lékařské komory.

(klu)

Inzerce M161000407





1. národní kongres gastrointestinální onkologie s mezinárodní účastí

1. National Congress of Gastrointestinal Oncology with international participation

3.–5. listopadu 2016 / November 3–5, 2016
Clarion Congress Hotel, Praha / Prague
www.gioncology2016.org

1. NKGIO 2016 PRAHA



2016 PRAGUE 1. NKGIO

Témata kongresu se týkají celé škály nádorů gastrointestinálního a hepatopankreatobilárního ústrojí.

Nově na kongresu:

- endoskopický workshop s video live přenosy
- diskuze s přednášejícími během speciální sekce „Snídaně s expertem“
- využití hlasovacího zařízení během přednášek
- jednodenní sesterská sekce

Sekretariát kongresu:
GUARANT International, Na Pankráci 17, 140 21 Praha 4
Tel.: +420 284 001 444, fax: +420 284 001 448
E-mail: NKGIO2016@guarant.cz



ROZHOVOR

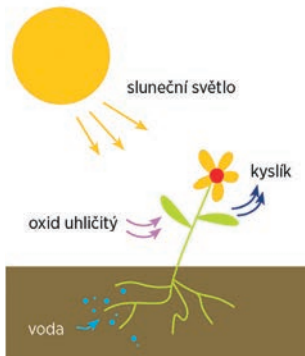
Styčné body mezi západní a východní medicínou existují

S prof. MUDr. Ing. Petrem Fialou o tom, že dávné myšlenky východních učenců lze dnes interpretovat i pomocí současných poznatků a slovníkem 21. století. Ale také o tom, že v ČR nejméně tisíc lékařů používá ve své profesi aktivně akupunkturu, v níž mají státem uznané postgraduální vzdělání. V ČR jich je dostatek a není nutné využívat čínské léčitele.

Česká lékařská společnost JEP slovy svého předsedy prof. Štěpána Svačiny zdůrazňuje, že v péči o zdraví pacientů podporuje pouze vědecky podložené poznatky léčebných věd a postupy lege artis. Jak je ověřena účinnost akupunktury?

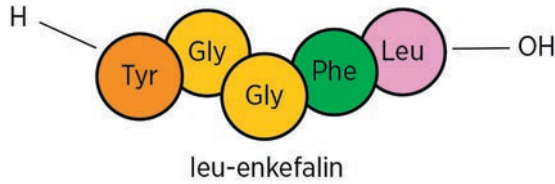
Účinnost akupunktury je dnes vědecky ověřena i v oblasti západní medicíny založené na důkazech (EBM). Splňuje také kritéria léčební „podle lékařského umění“, byt definice „lege artis medicinae“ je značně neurčitá a nikde ve světě už ji nepoužívají. Poměrně podrobně o tom všem ostatně píše ve své nové knize „Akupunktura ve 21. století“, která právě vyšla ve vydavatelství Mladá fronta.

Dlužno však podotknout, že pravlastí akupunktury patrně není jen Čína, ale že se ve stejné době používala i u nás ve střední Evropě. Svědčí pro to mimo jiné i nedávný nález Ötziho, muže z ledu, který byl v roce 1995 objeven na hranici Tyrolska a Itálie. Na jeho mumii, staré téměř 5500 let, byly nalezeny neklamné známky ošetřování míst, kterým dnes říkáme „akupunkturální body“. Na věci nic nemění, že to Číňané jen neradi slyší, neboť byli až dosud neomylně přesvědčeni, že pravlastí akupunktury je právě a jen jejich „Říše středu“.



Obr. 2 Fotosyntéza
Můžeme si dobře představit, že pod pojmem „energie čchi“ si Číňané před mnoha tisíci lety představovali to, čemu dnes říkáme fotosyntéza.
 $6 \text{ CO}_2 + 12 \text{ H}_2\text{O} \leftrightarrow \text{C}_6\text{H}_{12}\text{O}_6 + 6 \text{ O}_2 + 6 \text{ H}_2\text{O}$

| Zdroj: P. Fiala, Akupunktura ve 21. století



Obr. 1 Struktura leu-enkefalinu
Při stimulaci akupunkturálních bodů se vyplavují mj. i endogenní opiáty, např. typu enkefalinů. Některé při napichnutí jehly, jiné při elektrostimulaci. Uplatňuje se zde mechanismus tzv. presynaptické inhibice. | Zdroj: P. Fiala, Akupunktura ve 21. století

Dá se to říci také tak, že akupunktura se ve 20. století opět vrátila na evropský kontinent, kde se prováděla už před mnoha tisíci lety. Určitý problém ale je, že stále přetrvávají tradiční čínské interpretace. Ony se totiž v dnešní přetechňované době mnohem lépe prodávají – špetka tajemna je přece lepší než obyčejný aspirin nebo endorfiny. Mají to rádi jak mnozí pacienti, tak i léčitelé.

Lze výsledky akupunktury posuzovat v klinické randomizované studii, která je základním kamenem vědecké medicíny?

Ano, jistě. Stačí otevřít server některé z uznávaných medicínských informačních databází (např. Cochranova knihovna, PubMed, Web of Science a podobně). Tak například v roce 2007 si dal práci vědecké sekretář Britské lékařské společnosti akupunktury Dr. Cummings z Londýna a prozkoumal vědecké práce o akupunktuře v databázi PubMed. Jejich celkový počet byl tehdy 12 173. Z toho bylo 63 nejvyššího řádu průkaznosti (metaanalýzy) a 1013 klinických studií dle náhodného výběru (randomised controlled trials). Podobně postupovali i v USA v roce 1996, než tamní Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) uznal akupunkturu jako ověřenou metodu. Koneckonců i seznam doporučených indikací akupunktury, vydaný Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v Ženevě roku 2002, vychází právě z těchto randomizovaných studií.

Existují nějaké styčné body mezi západní a východní medicínou? Nepochybně tu jsou, třebaže by-

zatků a slovníkem 21. století. A mimochodem, ani my netušíme, proč je to s životem a fotosyntézou zařízeno právě takto a ne jinak...

Jak je pro lékaře, který používá v léčbě akupunkturu, důležité vzdělání v klasické medicíně?

Vzdělání v klasické medicíně je nepochybně prvním a nejdůležitějším předpokladem pro výkon povolání akupunkturisty. Jen lékař dokáže plně posoudit aktuální stav pacienta, určit diagnózu, další souvislosti i nebezpečí. Proto akupunktura patří do rukou zkušených lékařů, nikoli léčitelů. Koneckonců u nás dnes máme několik tisíc českých lékařů s obojím vzděláním a nejméně tisícovka z nich akupunkturu používá ve své profesi aktivně. V akupunktuře mají řádné a státem uznané postgraduální vzdělání. Netrpíme jejich nedostatkem a nevidím nutnost využívat čínské léčitele.

Kdy se lékař s oběma typy vzdělání dostává do vnitřního sporu těchto přístupů? Existují v tomto ohledu nějaké nepodrobně stanovené hranice, pokud jsou tedy stanoveny?

Tito lékaři se naprosto nemusejí dostávat do jakéhokoli rozporu mezi východní a západní medicínou. Stačí využívat vědomostí z obou těchto souborů informací a používat zdravý selský rozum. Mimochodem, mottem WHO pro tuto oblast je „z obou medicín to nejlepší ve prospěch pacienta“.

Jaké jsou nejnovější návrhy na použití akupunktury?

Akupunktura se dnes provádí ve většině lékařských oborů, nejčastěji ovšem při léčbě bolesti, poruch pohybového aparátu a dalších funkčních obtíží. Často ji využívají gynekologové, alergologové, neurologové, ortopedi. Mezi svými posluchači mám ovšem i psychiatry, internisty, praktické lékaře. V Německu tvoří pozoruhodně velkou skupinu třeba zubaři. Nelze říci, že by se akupunktura nějakému oboru vyhýbala.



Foto: archiv

Stále se uvažuje například o možnosti použít akupunkturu jako anestetikum u operačních zákroků?

O tom se nejen uvažuje, ale také se to provádí. Nemluví jen o východní Asii, kde je to dost běžné, ale i o Evropě. Asi nejdále v tom pokročili na lékařské fakultě univerzity v německém Tübingenu, kde tímto způsobem provádějí anestezii u porodu císařským řezem. Nicméně pravdou je i to, že naši pacienti si povětšinou nedovedou představit, že by měli rozříznuté břicho a povídali by si při operaci v klidu se svým chirurgem, aniž by cítili bolest. To bude jeden z hlavních důvodů, proč se tato metoda v Evropě výrazněji neujala.

Zmínil jste svou novou monografii „Akupunktura ve 21. století“. Pro koho je určena?

Knih je určena širokému spektru zájemců, především studentům akupunktury jak na lékařské fakultě, tak i v postgraduálním vzdělávání. Jistě zaujme i rehabilitační lékaře, neurology, algeziology, fyzioterapeuty. První tři díly, v nichž pojednávám o vzniku, historii a souvislostech akupunktury s východním a západním myšlením, budou zajímavé i pro širší veřejnost, která se chce o akupunktuře prostě jen něco dovědět. V tomto ohledu je to u nás dokonce první publikace svého druhu po listopadu 1989.

Vedete Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly. V jakých oblastech léčby zde používáte akupunkturu a s jakými výsledky?

Určitě k léčbě bolestivých stavů a dalších funkčních poruch, u neurologických onemocnění a tak dále. Nejvíc u pacientů po mrtvicích nebo poraněních mozku; u nich je akupunktura výborná mimo jiné i podle statistik WHO. Díky plasticitě našeho mozku se patrně touto stimulací vytvářejí nové spoje v centrální nervové soustavě. Pracovně bychom je mohli nazvat jakýmsi „synaptickými bypassy“.

(red)

Ministr Němeček požaduje pro české zdravotnictví čtyři miliardy

Desetiprocentní zvýšení platů, které pro zdravotnictví slíbil 1. května premiér Bohuslav Sobotka, by se mělo podle ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka opakovat nejméně tři roky po sobě, což by si celkem vyžádalo čtyři miliardy korun.

Navýšení závisí především na rozhodnutí vlády, zda uvolní dostatek finančních prostředků na zvýšení platby za státního pojištěnce, a to zhruba o pět miliard korun. „Doufám, že 30. května vláda rozhodne o navýšení plateb za státní pojištěnce a vyšleme tak jasný a pozitivní signál zaměstnancům nemocnic, že to skutečně myslíme vážně. Věřím, že 30. květen bude dobré datum pro české zdravotnictví,“ uvedl po jednání o strategii zdravotnictví do roku 2017 s předsedkyní Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR Dagmar Žitníkovou ministr Němeček.

Jak dále uvedl, nemocnice nemají další rezervy, personál je využíván na hraně únosnosti a ve vysilujícím a stresujícím prostředí, jakým je zdravotnictví, není takový stav dlouhodobě udržitelný. Proto nemocnice potřebují prostředky na nábor dalších zaměstnanců. Andrea Vrbová z Asociace nemocnic ČR ministrova slova potvrdila: „Pokud by navýšení plateb za státní pojištěnce nedosahovalo zmíněné částky čtyři miliard korun, obávám se, že tarifní navýšení o 10 procent bychom zrealizovali, ale na úkor dalších motivačních složek platů a zaměstnanci by přestali být motivo-

váni. Jednoznačně podporujeme plošné navýšení pro všechny poskytovatele zdravotních služeb.“

Polovina zdravotníků na odchodu

Předsedkyně Žitníková uvedla alarmující zjištění dotazníkového šetření mezi 2500 zaměstnanci nemocnic, kteří v 52 % plánují ze zdravotnictví ještě v průběhu letošního roku odejít. „Celých 70 procent odpovědělo, že jejich situace se oproti předchozímu roku ještě zhoršila. Například možnost pravidelně čerpat přestávky v práci, popřípadě jít na oběd má jen 26 procent a 38 procent občas, zbýva-

jí takovou možnost nemají vůbec. Důležité je tedy nejen zvýšit platy, ale i počty lidí a úroveň jejich pracovních podmínek,“ uzavřela Dagmar Žitníková.

Podle Němečkových slov slíbil ministr financí Andrej Babiš prozatím dvě miliardy korun, které ale desetiprocentní nárůst platů nezajistí. Suma čtyř miliard je podle Němečka minimální. „Bez nich bychom nemohli navýšit platy zdravotníkům od roku 2017 a pacientům bychom nemohli nadále poskytovat péči tak, jak jsou na ni zvyklí, což by pro nás jako lékaře bylo nepřijatelné,“ sdělil ministr.



Foto: archiv

Předseda Lékařského odborového klubu Martin Engel uvedl: „Jde tu především o lidské zdroje ve zdravotnictví. Nestačí navýšit platy zdravotníkům třikrát o 10 procent. Potřebujeme také navýšit stavy zaměstnanců ve zdravotnictví, protože ve stávajícím počtu prostě nemůžeme fungovat.“ (ktu)

Aplikace o zdraví vždy v partnerství s lékařem

S ředitelem CompuGroup Medical Vladimírem Přikrylem o možnostech zneužití aplikací o zdraví, pokud nejsou osobní data uživatelů dostatečně zabezpečena, a také o partnerství mezi pacientem a lékařem při využívání aplikací.

Pacienti přes různé „zdravotní aplikace“ ve svých elektronických zařízeních často sdílejí data o svém zdravotním stavu, aniž by si ověřili adekvátní zabezpečení informací. Jaká jsou rizika tohoto trendu?

Je třeba si uvědomit, že data o našem zdravotním stavu jsou ta nejcitlivější, která máme. V tomto uvědomění jsme zatím za západní Evropou pozadu. Tomu odpovídá i způsob, jakým s těmito daty nakládáme. Zmiňované aplikace jsou jen jedním z příkla-



Inzerce M161000366

dů. Poměrně často se setkáváme s tím, že pacient svůj zdravotní stav konzultuje s lékařem e-mailem, což opět není bezpečný způsob komunikace.

Riziko vidím ve zneužití těchto informací, způsobů může být celá řada. Tím nejjednodušším je zneužití pro řízenou marketingovou komunikaci, kdy mohou e-shopy zahrnovat pacienty nabídkami na léčebné přípravky, které se hodí k jejich diagnóze. Nicméně tyto informace lze zneužít i při posuzování kandidátů na novou

práci, v konkurenčním boji a podobně. Řada pacientů má zdravotní problémy, které nechce sdílet s nikým jiným než se svým ošetřujícím lékařem, a tomu by měla odpovídat i ochrana dat.

Lze vůbec zjistit, zda a jak jsou data zabezpečena?

Odpověď není jednoduchá. Vždy záleží na poskytovateli služby, kterou pacient využívá. Společnosti jako Apple, Google či Microsoft mají propracovaná pravidla práce s citlivými údaji, u těchto společ-

ností máte tedy určitou bezpečnost zajištěnou. Problém vidím v tom, že řada aplikací, které dnes pacienti používají, jsou od jiných společností, ačkoli si to možná uživatelé sami neuvědomují.

Zdůrazňujete, že aplikace o zdraví pacienta musejí být napojeny na jejich ošetřující lékaře a jen tak budou úspěšné. Proč?

Protože pokud chceme aplikace skutečně využívat k aktivní péči o naše zdraví, tak náš lékař je pro nás klíčovým partnerem. Aplikace by měly sloužit ke sběru dat o našem zdravotním stavu, umožnit konzultace s lékařem a podporovat nás v dodržování zdravého životního stylu. (red)



**OBLASTNÍ NEMOCNICE
PŘÍBRAM, a. s.**

SE SÍDLEM PŘÍBRAM I, GEN. R. TESAŘÍKA 80

VYHLAŠUJE VYBĚROVÉ ŘÍZENÍ NA POZICI:

PRIMÁŘ ODDĚLENÍ ORL

Požadavky:

- specializovaná způsobilost dle zák. č. 95/2004 Sb. v oboru ORL • licence ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře
- organizační, řídicí a komunikační schopnosti

Nabízíme:

- nadstandardní smluvní mzdové podmínky • moderní pracovní prostředí • zázemí akreditované, komplexně vybavené nemocnice
- zaměstnanecké bonusy (1 týden řádné dovolené navíc, úhrada jednoho dne náhlé indispozice za rok, závodní stravování + příspěvek na stravování, příspěvek na penzijní připojištění, podpora vzdělávání, přednostní péče v rámci ONP, a. s., slevy na vybrané rehabilitační služby a zdravotní výkony a další) • možnost vyhrazeného parkování • možnost ubytování

Kontakt: Personální a právní odbor ON Příbram – tel.: 318 641 161 nebo e-mail: kvetuse.kucerova@onp.cz

Více informací na: www.nemocnicepribram.cz



Z REGIONŮ

Zdravotně-sociální péče o jihočeské děti

V Dětském centru Jihočeského kraje ve Strakonících poskytují zdravotní a sociální péči dětem vyžadujícím okamžitou pomoc – zejména odloženým a nechtěným. Podpory se zde ale dostává také matkám, které ošetřovatelskou péčí o dítě nezvládají kvůli zdravotním či sociálním překážkám.

„Vznik centra vzešel z požadavku odborné péče o odložené děti přímo v Jihočeském kraji, který doposud takovým zařízením nedisponoval. Děti putovaly mimo region, kde byly svěřovány k adopci či pěstounské péči, a počet dětí pro jihočeské žadatele tím byl poněkud omezený, což jsme chtěli změnit,“ vysvětlil naší redakci okolnosti vzniku Dětského centra Jihočeského kraje jeho ředitel Martin Karas a dodal, že otcem myšlenky zřízení dětského centra byl náměstek hejtmana pro oblast zdravotnictví Jihočeského kraje MUDr. Vladimír Pavelka. „Původně jsme usilovali o založení kojeneckého ústavu. Tento návrh ale ministerstvo zdravotnictví zamítlo s tím, že těchto ústavů je dostatek. Proto byla zřízena obecně prospěšná společnost ve spolupráci s krajským úřadem, který jsme si dali i do názvu, protože krajský úřad finančně pod-

poruje náš provoz,“ doplnil ředitel Karas.

V areálu nemocnice

Protože se tehdy v Nemocnici Strakonice uvolnila budova dětského oddělení, centrum vzniklo v jejím areálu. Základem jeho činnosti je starost o děti vyžadující okamžitou pomoc. Odloženým, nechtěným nebo odebraným dětem zde zajišťují v první řadě zdravotní a sociální péči. Umístění v areálu nemocnice je pro centrum výhodné.

„Z povahy nestátního zdravotnického zařízení pečujeme o děti, které jsou zdravotně zatíženy. Dnes už se řada dětí, jež u nás pobývají, rodí s pozitivním screeningem na amfetaminy nebo jde o těžké nedonošence, protože rodiče jsou alkoholici. Máme zde děti, které se rodí s přenesenými látkami virové hepatitidy od rodičů narkomanů, pečujeme o děti zneužívané a týrané. Výho-

dou areálu nemocnice je možnost bezprostředního využití specializovaných lékařských vyšetření,“ podotkl Martin Karas a dodal, že dětské centrum zaměstnává převážně střední zdravotnický personál, většinou dětské a všeobecné sestry. Zařízení má také svého pediatra, který tamní děti registruje ve své ordinaci.

Nejvíce děti závislých

Ředitel Karas potvrzuje, že nejvíce děti přichází právě z rodin uživatelů návykových látek. „Ve většině případů jde o uživatele nelegálních drog, pak alkoholiky a poté děti odkládané matkou, která prostituje. V posledních letech se klientela hodně proměnila. Dnes už vůbec neplatí, že by sem byly umísťovány děti odebrané z rodiny, která nemá peníze nebo protože rodiče ztratili práci. Dříve byly v zařízení především děti ze sociálně velmi slabých rodin, jejichž



Foto: archiv Dětského centra Jihočeského kraje

členové neměli často ani intelektové kapacity na to, aby se o dítě postarali – například neuměli připravit náhradní mléčnou výživu a nezvládali ošetřovatelskou péči, takže děti šly dolů s váhou a měly kožní infekty. Docházelo k zanedbání až týrání, ale neúmyslnému. Pro tyto lidi již nyní fungují návazné služby v azylových domech a jiné doprovodné aktivity, takže jejich děti bývají kompenzované a u nás dnes převažují děti lidí se závislostmi,“ říká ředitel centra.

Do adoptce či pěstounství to jde rychle

Okamžitou pomocí dítěti ale činnost zařízení nekončí. Ve spolupráci s krajským úřadem a odděleními sociálně právní ochrany dětí jednotlivých městských úřadů v kraji spolupracuje s rodinou v krizi. „Ve chvíli, kdy si rodina upraví poměry, dítě se vrací zpět do biologické rodiny. Pokud dojde do biologické rodiny. Pokud do nejde, děti ve spolupráci s krajským úřadem umísťujeme do náhradní rodinné péče, ať už jde o adopci nebo pěstounskou péči. Pokud rodiče nekladou překážky, dostane se dítě do rodiny po šesti, osmi týdnech po narození, což je interval pro souhlas od biologických rodičů s osvojením a provedení potřebných vyšetření. Do pěstounské péče, kdy děti nejsou právně volné, protože rodiče nejsou dohledatelní nebo nechtějí dát souhlas s osvojením, to může trvat déle. Ale jakmile jsou vybráni žadatelé o pěstounskou péči a jsou zároveň vhodnými kandidáty pro dané dítě, to může do pěstounské péče okamžitě,“ poukázal ředitel Karas a zdůraznil, že centrum není zařízením

s ústavní výchovou, takže hnačím motorem a motivací je fakt, že děti jsou zde jen na přechodnou dobu. Z loňské statistiky, kterou si centrum vypracovalo, vyplývá, že děti stráví v jihočeském centru v průměru 130 dní.

Sociální služby

Další službou v návaznosti na činnost zařízení pro okamžitou pomoc je sociální rehabilitace pro matky s dětmi. Jde o nácvikové centrum pro matky, které nezvládají péči o dítě ani o sebe a hrozí, že by jim dítě muselo být odebráno. S rodinou dlouhodobě pracuje i městský úřad, pokud si rodina ani pod jeho dohledem dlouhodobě neupravuje poměry, dítě ne prospívá nebo je zanedbané, než aby je z rodiny odebrali, posílají ho společně s matkou do pobytové části dětského centra, kde rodiče dostanou možnost několika-měsíčního zácviu v péči o dítě. Tento model je vhodný i pro matky, které po porodu prodělají laktační psychózu a jsou nebezpečné nejen sobě, ale i dítěti. Mohou zde být umístěny do té doby, než je jejich stav stabilizovaný. S dítětem zde může navíc pobývat i otec nebo jiní rodinní příslušníci. Pobytové zařízení využívají také mladistvé matky, které zde mohou v rámci sociální rehabilitace podstoupit tzv. diskretní porod. Jde o nezletilé těhotné, které se rozhodnou pro osvojení dítěte, protože chtějí dál studovat. Zejména z malých měst, kde se rodina snaží těhotenství nezletilé utajit, přicházejí ženy několik měsíců před porodem, chodí od sud do školy, po porodu zde dítě zůstává a ony se vrací do původního prostředí.

Petra Klusáková

Agresivité v nemocnici se lze bránit zákonnou cestou

Agresivita a bezohlednost pacientů zdravotnických zařízení narůstá. Nemocnice Na Bulovce nyní v souvislosti se dvěma případy útoků na zdravotníky podala oznámení o podezření ze spáchání trestného činu a o spáchání přestupku proti občanskému soužití.

Oznámení o spáchání přestupku proti občanskému soužití podala Nemocnice Na Bulovce na muže, který na akutní ambulanci Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí LF UK a Nemocnice Na Bulovce doprovázel za účelem vyšetření a ošetření nezletilého pacienta. „Všeobecná sestra pracující na této klinice předala na chodbě muži informovaný souhlas s ambulantním ošetřením, ten však nechal dokument schválně upadnout na zem. Poté mu ho sestra znovu podala a požádala, zda by přešli do čekárny. Muž se rozkročil a arogantně se zeptal, kde je čekárna. Sestra mu odpověděla a chtěla mu čekárnu i ukázat, jakmile se však pohnula, muž jí vytyčenou a pokrčenou rukou udeřil do tváře a spánku. Incidentu byl přítomen i svědek,“ uvedl mluvčí nemocnice Martin Šalek. Oznámení podala Nemocnice Na Bulovce jako právnická osoba, kte-

rá je zaměstnavatelem postižené všeobecné sestry, na přestupkovém oddělení úřadu městské části Praha 8. Druhé oznámení, o podezření ze spáchání trestného činu vydírání dle par. 175 trestního zákoníku, podala nemocnice na pacienta infekční kliniky, který je přesvědčen, že má těžkou infekci, jež však nebyla nikdy prokázána, a vyžaduje opakovaně její léčbu. Protože mu ji však lékaři nechtějí předepisovat, kupuje si léky sám. „Při poslední návštěvě infekční kliniky pro údajně nově vzniklé potíže lékaři zjišťují, že pacient udává návrat 15 let trvající potíží a jediné, co požaduje, je předepsání léku Mycomax (flukonazol), který mu dosud předepisoval neznámé pracoviště na vlastní úhradu. Pacient ho užívá kontinuálně a v dávkách, které si určuje sám. Po konzultaci s primářkou kliniky byl pacient znovu po-

učen, že není indikace k preskripci flukonazolu. Tento závěr pacient opět odmítl a vyhrožoval vymáháním peněz, které doposud za Mycomax utratil. Navíc vyhrožoval, že si to s lékaři osobně vyřídí, někde si na ně počká a vynutí si peníze. Odmítl si převzít zprávu a poté odešel verbálně agresivně. Oznámení podala nemocnice na Obvodním ředitelství policie ČR.

„Chceme apelovat na návštěvníky nemocnice a pacienty, aby si uvědomili, že všichni personál pro ně dělá maximum a chce profesionálně odvést svou práci. Všichni si uvědomují, že nemocný člověk má právo být ve stresu, to ho však neopravňuje k agresivitě vůči okolí. Nikdo z nich nemůže za to, že klient nemocnice má zdravotní problémy. Naopak se mu snažíme pomoci,“ řekla ředitelka Nemocnice Na Bulovce Andrea Vrbová.

(klu)

Vzniknou nové registry, včetně toho o zdravotnících

Podpisem prezidenta ČR vchází v platnost novela zákona o zdravotních službách, která dá vzniknout např. registru hrazených zdravotních služeb nebo zdravotnických pracovníků. Tvůrci novely očekávají zprůhlednění zdravotnictví a jeho efektivnější financování. Kritici se obávají nastolení státního zdravotnictví minulých epoch.

Přijetím zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, začala modernizace stávajících databází Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), což je celostátní informační systém veřejné správy, který zpracovává údaje o zdravotním stavu obyvatelstva, o činnosti poskytovatelů zdravotní péče a jejich ekonomice, o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví a o úhradách zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Informace v NZIS mají podle ministerstva zdravotnictví (MZ) zajistit rovný přístup k zdravotním službám a hodnocení indikátorů kvality a bezpečnosti zdravotních služeb. V rámci NZIS jsou vedeny Národní zdravotní registry

(sem do roka přibudou také národní diabetologický registr a registr intenzivní péče), Národní registr poskytovatelů, Národní registr zdravotnických pracovníků a Národní registr hrazených zdravotních služeb. Zákon dal vzniknout propojené soustavě informací (spadající pod Ústav zdravotnických informací a statistiky, ÚZIS), které mají do budoucna sloužit k mapování rozsahu a kvality poskytovaných zdravotních služeb, pomáhat v řízení zdravotnictví a tvorbě zdravotní politiky (včetně zajištění transparentnosti poskytování a financování zdravotních služeb).

MZ získá data pojišťoven

Co konkrétně bude obsahem Národního registru hrazených zdravotních služeb? Zdravotní pojiš-

ťovna, která zdravotní službu uhradila, bude registr plnit daty o obsahu, datu a čase poskytnutí zdravotních služeb a o provedených úhradách zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění. Od nabytí účinnosti zákona má ministerstvo zdravotnictví na zřízení tohoto registru šest měsíců. „Jde o zásadní význam vytěžování dat nemocnic, které informace o své činnosti dennodenně předávají zdravotním pojišťovnám. Občané se nemusejí obávat o svá osobní data, protože půjde o zjišťování, jaké hrazené výkony u nich byly provedeny. Tato data jsou u pojišťoven zužitkována z malé části a je až absurdní, že těmito daty pojišťovny desítky let disponují, ale ministerstvo, které má zdravotnictví řídit, je k dispozici dosud

nemělo,“ uvedl k novele předseda Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu Parlamentu ČR prof. Jan Žaloudík.

Registr zdravotníků

Do roka od schválení novely vznikne také nový neveřejný registr zdravotníků. Jeho původní databáze zanikla před třemi lety kvůli nálezu Ústavního soudu, který shledal tehdejší způsob shromažďování dat jako neoprávněný zásah do soukromí zdravotníků. Bez registru je ale podle MZ obtížné sledovat demografický a kapacitní vývoj populace zdravotnických profesionálů, analyzovat dostupnost jejich služeb pro lidi nebo předvídat potřebné vzdělávací kapacity. MZ proto vytvořilo databázi neveřejnou – kromě samotného zdravotníka (je zde

uvedeno jeho datum a místo narození, pohlaví, rodné číslo, státní občanství, označení odbornosti nebo odborností a další) má ale k datům přístup vzdělávací zařízení, ministerstvo, poskytovatelé zdravotních nebo sociálních služeb, Česká lékařská komora, zdravotní pojišťovny a Státní ústav pro kontrolu léčiv.

Novela ale uvádí, že nové registry budou pod kontrolou Úřadu pro ochranu osobních údajů a jejich správcem byl zvolen Český statistický úřad, který bude mít za úkol vydat ministerstvu data pouze v podobě, z níž nelze určit konkrétní fyzickou nebo právnickou osobu.

Část odborné veřejnosti ale zůstává přesvědčena o tom, že novela zákona o zdravotních službách, resp. její zdůvodnění, deklaruje bez větší pozornosti směr vývoje zpět ke státnímu, přidělovému zdravotnictví, kdy státní úřad potřebuje dle důvodové zprávy data, aby mohl určovat a řídit úhrady i síť poskytovatelů. Za problematicky považují kritici novely také zásah do soukromí populace, jejíž data mají být z ne zcela jasného důvodu předána ústavu v neanonymizované podobě.

Petra Klusáková

Omega Pharma – alfou je pro nás etické a silné partnerství!

SPOLEČNOST OMEGA PHARMA JE DYNAMICKOU FARMACEUTICKOU SPOLEČNOSTÍ, KTERÁ JE SOUČÁSTÍ GLOBÁLNÍ SKUPINY OMEGA PHARMA – PERRIGO SÍDLÍCÍ V BELGII A MICHIGANU. SKUPINA PŮSOBÍ NA TRHU JIŽ 130 LET, VE VÍCE NEŽ 80 ZEMÍCH SVĚTA A ZAMĚSTNÁVÁ TĚMĚŘ 13.000 LIDÍ.

V POSLEDNÍCH DVOU LETECH DOŠLO VE SPOLEČNOSTI OMEGA PHARMA ČESKÁ REPUBLIKA A SLOVENSKO K ZÁSADNÍM POZITIVNÍM ZMĚNÁM, NA KTERÉ JSME SE ZEPTALI GENERÁLNÍHO ŘEDITELE A PŘEDSEDY PŘEDSTAVENSTVA MICHALA KREJSTY.

S JAKÝMI VÝSLEDKY JSTE UZAVŘELI ROK 2015?

Rok 2015 jsme uzavřeli velmi pozitivně, a to s vysokým dvouciferným růstem čistých tržeb (+32% oproti roku 2014). Čistý zisk se nám podařilo převrátit do černých čísel (+23 procentních bodů oproti roku 2014). Nebudu zakrývat, že mne tyto výsledky velmi potěšily, protože potvrzují, že naše strategie a taktiky jsou nastaveny správným směrem. Radost mám o to větší, že tato čísla nezahrnují akvizici portfolia společností GSK a Novartis, která se promítnou až v letošním roce.

CO TEDY KONKRÉTNĚ PŘÍSPĚLO K TOMUTO ÚSPĚCHU?

Byly to tři klíčové oblasti. Transformace portfolia, která v praxi znamenala zaměření se na aktivní marketingovou a obchodní podporu zejména těch produktů, které mají vysoký potenciál vzhledem k perspektivě kategorie, atraktivitě vlastních produktových benefitů/užitků a maržovosti (jako např. Lactacyd, Paranit, XL-S Medical, Physiomer, MultiMUN apod.). Dále to byla optimalizace nákladů v logistice, výrobě a režijních nákladech. Třetí oblastí, kterou jsme významně změnili, je logisticko-obchodní model. Nově vlastníme distribuční licence v Čechách i na Slovensku a v rámci targetingu a segmentace našich zákazníků pokrýváme nejen řetězce a aliance, ale i nezávislé lékárny a vybrané lékaře.

JAKÁ JSOU VAŠE OČEKÁVÁNÍ A KLÍČOVÉ KROKY PRO ÚSPĚŠNÝ ROK 2016?

Mezi klíčové imperativy pro rok 2016 jsme zahrnuli 4 cílové strategie. Posilovat náš výkon, efektivně řídit vztahy s klíčovými zákazníky, být mistry rozvoje talentů a kultivovat vnější oborové prostředí. Nadále tedy chceme pokračovat v trendu růstu, a to i díky nově akvizovaným produktům od společností GSK a Novartis (Coldrex, Niquitin, Vectavir) a velkému množství novinek a inovací (jako např. Arterin, Propanthen 365 Baby, Lactacyd s antimykotickými vlastnostmi, Niquitin pastilky a další). S našimi významnými zákazníky se společně věnujeme vyhledávání nových příležitostí a přípravě adekvátních inovativních řešení, a to prostřednictvím systematické a úzké diskuse nad současnou situací a budoucím vývojem. Řídíme vztahy tak, aby nám pomáhaly být společně úspěšní. Tvoříme tak nové kategorie, pomáháme zaktivňovat stávající, věnujeme se edukaci odborníků i laické veřejnosti v oblasti samoléčby a prevence. Věřím totiž, že každý z nás je silný a rychlý expert ve své oblasti, společně však můžeme věci měnit a dojít tak mnohem dále.



PharmDr. Michal Krejsta, MBA
generální ředitel/ předseda představenstva OMEGA Pharma – Perrigo CZ & SK, tajemník Asociace velkodistributorů léčiv AVEL, člen představenstva České asociace farmaceutických firem ČAFF



FARMABYZNYS

Krátce z (farma)byznysu

• Americká farmaceutická společnost **Pfizer** zrušila plánované převzetí konkurenční irské firmy **Allergan** za zhruba 160 miliard dolarů. Fúze měla vytvořit největšího výrobce léků na světě. Pfizeru měla zároveň umožnit snížení daňové zátěže přesunem adresy do Irsku. Ke zrušení plánované fúze společnosti dospěly po vzájemné dohodě. Důvodem je aktivita amerického ministerstva financí, které představilo již třetí sérii opatření proti takzvaným inverzím, jež americkým podnikům umožňují vyhýbat se vysokému zdanění firemních zisků v USA (americká firma obvykle koupí menšího zahraničního konkurenta a přesune své oficiální daňové sídlo do jeho země). Nová pravidla ministerstva názvy farmaceutických společností výslovně nezmiňovala. Jedno z opatření však podle agentury Reuters cílilo na charakteristický rys jejich spojení, totiž historii Allerganu jakožto významného kupce mnoha firem. Zrušení fúze je podle analytiků vítězstvím amerického prezidenta Baracka Obamy, který podniky

měníci své sídlo kvůli minimalizaci daní dlouhodobě kritizuje. Vyhýbání se daňové povinnosti označil za vážný problém a apeloval na republikány ovládaný Kongres, aby kroky blokující tuto praxi podpořil. Pfizer se na převzetí Allerganu dohodl loni v listopadu. Do Irsku hodlal v rámci fúze přesunout svou adresu, nikoli však své ústředí nebo své provozny. Firemní daň v Irsku činí 12,5 %, v USA 35 %.

• Kanadská farmaceutická společnost **Valeant Pharmaceuticals** oznámila, že se rozhodla pro výměnu na pozici generálního ředitele. Michaela Pearsona ve funkci nahradí bývalý ředitel americko-izraelské farmaceutické firmy Perrigo Joseph Papa. Důvodem je podle představitelů Valeantu snaha zastavit několikaměsíční propad tržeb a akcií a získat zpět důvěru investorů. Společnost sice za působení Michaela Pearsona skupováním dalších firem prudce expandovala, na podzim loňského roku jí však zasáhly informace o kontroverzních vztazích s některými prodejci léků, které

vedly k jejímu obvinění z nadhodnocování tržeb. Valeant také loni začali vyšetřovat američtí zákonodárci kvůli tomu, že po akvizicích výrazně zvyšovala ceny získaných přípravků.

Změny v nejvyšším vedení Valeantu přišly poté, co se do správní rady firmy dostal Bill Ackman, který na investici do akcií firmy ztratil miliardy dolarů. Zvýšený tlak na společnost vyvíjejí i věřitelé. Některé skupiny majitelů firemních dluhopisů vyzvaly Valeant, aby výroční zprávu vydala do 29. dubna, a pohrozily, že v opačném případě budou požadovat okamžité splacení obligací. To by zřejmě dovedlo společnost k bankrotu.

• Britská farmaceutická společnost **GlaxoSmithKline** vstoupila do nového roku 8% nárůstem tržeb, které dosáhly celkové částky 6,2 miliardy liber. Provozní zisk současně přesáhl 1,5 miliardy liber. Na celkových výsledcích společnosti se jednotlivé divize podílely následujícím způsobem: divize Vaccines si připsala 23% růst tržeb, divize Con-

sumer Healthcare dosáhla 26% růstu tržeb. Divize Pharmaceuticals zaznamenala 1% pokles. Celková hodnota zisku na jednu akcii činila v prvním čtvrtletí 19,8 pence. Dobrý hospodářský výsledek podpořily částkou 821 milionů liber i prodeje nových produktů určených pro léčbu HIV, respiračních onemocnění a vakcín proti meningokoku, které tvoří celých 20 % tržeb v divizi Pharmaceuticals.

• Přibližně 130 tun kolagenových doplňků stravy dodá na trh v roce 2016 firma **Orling** z Ústí nad Orlicí. Představuje to 420 tisíc různých balení výrobků. V porovnání s loňskými výsledky, kdy Orling prodal 125 tun přípravků pro humánní a veterinární užití, je to nárůst o 4 %. Letos Orling předpokládá 4,5% meziroční navýšení obrátu na 75 milionů korun. Zhruba z poloviny se na celkových tržbách firmy podílí export. V tuzemsku loni firmě vzrostly tržby o téměř 5 %, tento trend pokračoval i v prvním čtvrtletí 2016, kdy Orling na českém trhu vykázal více než 7%

meziroční navýšení obrátu. Letos chce firma v ČR prodat 65 tun kolagenových doplňků stravy, což odpovídá 210 tisícům různých balení výrobků.

• Sněmovna reprezentantů amerického Kongresu schválila zákon, který finančně podpoří farmaceutické společnosti, jež se zapojí do vývoje léku proti **viru Zika**. Zákon má pomoci kompenzovat finanční ztráty firmám, které lék proti nebezpečnému viru vyvíjejí, přestože výzkum je nerentabilní. Analytici předpokládají, že nabídky využijí společnosti Sanofi, GlaxoSmithKline, Inovio Pharmaceuticals či Takeda Pharmaceutical. Prezident Barack Obama oznámil, že zákon podepíše, ačkoli se mu zdá nedostatečný. Neobsahuje totiž závazek státních výdajů ve výši 1,9 miliardy dolarů, které jsou podle odborníků zapotřebí k účinnému boji proti viru Zika ve Spojených státech amerických. Bílý dům již dříve oznámil, že prozatím uvolní 589 milionů dolarů na boj proti komárům, kteří virus přenášejí. (Zdroj: ČTK, GSK, Orling) (red)

Adalimumab schválen pro léčbu první linie těžké ložiskové psoriázy

Evropská komise udělila marketingové oprávnění přípravku adalimumab pro systémovou léčbu první linie u dospělých pacientů se středně těžkou až těžkou chronickou ložiskovou psoriázou, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu.

Toto schválení opravňuje lékaře podávat adalimumab (Humira) v první linii systémové léčby této formy psoriázy. Dosud to bylo možné až poté, kdy selhaly jiné formy systémové terapie nebo když pacient tuto léčbu netoleroval. Díky revizi dříve schválených indikací je dnes adalimumab prvním a zatím jediným inhibitorem TNF-alfa, který v Evropě toto schválení pro užití v první linii systémové léčby dospělých pacientů s ložiskovou psoriázou získal. „Rozhodnutí Evropské komise umožňuje lékařům zvážit nasazení adalimumabu v léčebném procesu mnohem dříve u všech dospělých pacientů se středně těžkou až těžkou formou ložiskové psoriázy,“ uvedl generální ředitel AbbVie pro Českou republiku a Slovensko Branislav Trutz.

Psoriáza v současnosti postihuje téměř 3 % celosvětové populace. Nejčastější je ložisková (plaková) forma psoriázy – postihuje asi



Ilustrace foto: Shutterstock

90 % osob s diagnózou psoriázy. Pokud jde o chronickou ložiskovou psoriázu, byl až dosud adalimumab indikován k její léčbě až ve druhé linii, pokud selhala terapie ostatními systémově působícími léky včetně cyklosporinu, methotrexátu, acitretinu, fototerapie UVB a terapie PUVA.

(Zdroj: Abbvie)

(red)

Nivolumab schválen v nových indikacích

Evropská komise schválila monoterapii nivolumabem pro další indikaci u pokročilého karcinomu ledvin (RCC) a pro lokálně pokročilý nebo metastatický nemalobuněčný karcinom plic (NSCLC) u dospělých pacientů po předchozí léčbě.

Indikace u RCC

Nivolumab (Opdivo) je prvním a jediným PD-1 inhibitorem imunitního checkpointu schváleným v Evropě, který prokázal přínos v celkovém přežití (OS) oproti standardní léčbě pacientů s pokročilým RCC. Schválení přípravku u již léčeného pokročilého RCC je podloženo výsledky studie fáze 3 CheckMate-025. Ve studii byl nivolumab hodnocen u pacientů s pokročilým RCC z jasných buněk, kteří užívali předchozí antiangiogenní léčbu, ve srovnání s everolimem. Pacienti léčení nivolumabem dosáhli medián OS 25 měsíců oproti 19,6 měsícům pro everolimus (HR: 0,73 [98,5 % CI: 0,57-0,93; p=0,0018]). Studie také hodnotila kvalitu života pacientů (QoL) a zjistila, že pacienti léčení nivolumabem měli delší dobu přežití i lepší kvalitu života ve srovnání s everolimem po celou dobu léčby.

Indikace u NSCLC

Nivolumab prokazuje rovněž lepší OS na podkladě dvou samostatných studií fáze 3 u dříve léčených pacientů s metastatickým NSCLC: studie spinocelulárního NSCLC (CheckMa-



Ilustrace foto: Shutterstock

te-017) a studie nemalobuněčného adenokarcinomu plic (CheckMate-057). Spolu tyto studie potvrzují benefit nivolumabu pro pacienty s dříve léčeným metastatickým NSCLC, bez ohledu na expresi PD-L1. Ve studii CheckMate-057 byl nivolumab hodnocen u pacientů s metastatickým nemalobuněčným adenokarcinomem plic ve srovnání s docetaxelem a zahrnoval pacienty bez ohledu na expresi PD-L1. Nivolumab prokázal lepší OS ve srovnání s docetaxelem, se snížením rizika úmrtí o 27 % (HR: 0,73 [95 % CI: 0,59-0,89; p=0,0015]) při jednoleté míře přežití 51 % u nivolumabu (95 % CI: 44,6-56,1) oproti 39 % u docetaxe-

lu (95 % CI: 33,3-44,6). U nivolumabu není požadováno testování biomarkerů na expresi PD-L1. Souhrn údajů o přípravku (SmPC) uvádí, že by lékaři měli před zahájením léčby u pacientů s horší prognózou a nebo agresivní nemocí mít na paměti opožděný nástup účinku přípravku. U nemalobuněčného adenokarcinomu plic byl pozorován vyšší počet úmrtí během prvních 3 měsíců léčby nivolumabem ve srovnání s docetaxelem. Faktory spojené s předčasnými úmrtími byly horší prognóza a nebo agresivnější onemocnění v kombinaci s nízkou nebo žádnou expresí PD-L1 na buňkách tumoru.

(Zdroj: Bristol-Myers Squibb)

(red)

Německo zvyšuje kvalitu zdravotnictví

Spolková lékařská komora a stejně tak ministerstvo zdravotnictví si svorně pochvalují, že se i nadále zvyšuje kvalita zdravotní péče a její bezpečnost. Ministerstvo představilo veřejnosti celkový rámec opatření, která již byla s tímto cílem přijata nebo budou ještě posílena.

Například nemocnice povinně procházejí nejen interní, ale i externí kontrolou kvality a bezpečnosti. Ministerstvo mimo jiné podporuje, aby v lůžkových zařízeních přezkoumávala kvalitu tzv. Medicínská služba - revizní lékaři zdravotních pojišťoven, což jsou nezávislí, zpravidla kliničtí, vysoce zkušení lékaři. Speciální opatření byla přijata pro prevenci rizik a pochybení v oblasti operačních zákroků. Standardy vhodných postupů se týkají i nelékařského personálu. Účast nemocnic v systému hlášení pochybení v léčbě bude podle ministerstva podpořena i finančně, na základě smluvných příplatků k úhradám od pojišťoven. Pro kvalitní farmakoterapii

má být rozhodující spolupráce MZ s lékařskými organizacemi i lékárnami. Pozornost je i nadále věnována především (ne)vhodné preskripci antibiotik a předcházení nemocničním nákazám.

Dobrovolné zapojení lékařů

Lékařská komora prezentovala nejnovější statistické údaje týkající se stížností pacientů a léčebných pochybení za loňský rok. Konstatovala, že oproti roku 2014 loni počet pochybení mírně poklesl. Předseda vrcholného orgánu zastřešujícího zemské stížnostní a znalecké komise působící při lékařské komoře Andreas Crusius uvedl, že chyby se vyskytují ve všech oborech lidské činnosti

včetně medicíny. Mají podle něho více příčin. Jednou z nich je zvýšený tlak na produktivitu zdravotnických zařízení. Od roku 2004 do roku 2014 v Německu vzrostl počet ambulantních léčebných případů o 152 milionů. V lůžkovém sektoru bylo v roce 2014 léčeno přes 19 milionů pacientů. Počet pochybení se ve vztahu k celkovému počtu výkonů pohybuje v promilích. Zhruba v 90 % pacienti rozhodnutí stížnostních a znaleckých komisí na úrovni komory akceptují. Zástupci komory poukazují na masivní dobrovolnou účast lékařů v nejrůznějších iniciativách pro podporu kvalitní a bezpečné péče. Například Centrum pro kvalitu provozuje systém anonymního hlášení rizik a pochybení. (vía)

SRN: Vyšší bezpečnost léčiv

Celonárodně jednotný plán farmakoterapie pacientů vzniká v Německu zásluhou Sdružení smluvních lékařů, Spolkové lékařské komory a Svazu německých lékařů.

Komora v květnu informovala o tom, že se na základě zákonných podmínek (tzv. eHealth zákon) podařilo učinit první krok s cílem zajistit nemocným vyšší bezpečnost užívání léčiv. Do letošního června mají zástupci smluvních lékařů a svaz zdravotních pojišťoven předložit podklady pro pravidla nároku pojištěnců na kontrolovanou farmakoterapii a zároveň i pro úhrady zdravotní péče, zakotvené do rámcové smlouvy.

Bezpečná medikace je formulována jako právo pacienta, což znamená, že s jeho souhlasem budou všichni lékaři podílejíci se na jeho léčbě jednotným způsobem zaznamenávat údaje o užívaných přípravcích, pokud nemocnému jsou předepsány nejméně tři léky v témže časovém období. Na přání pacienta se na těchto záznamech bude podílet rovněž lékárník, včetně poskytnutí přípravků bez receptu. O systému vedení a aktua-

lizaci dat, kdy hlavním gestorem bude praktický lékař, případně podle přání pacienta jiný lékař, komora hovoří jako o plánování medikace. Nejprve budou údaje vedeny v papírové formě, avšak do roku 2019 se počítá s jejich převedením na elektronickou zdravotní kartu. Nárok pacientů na zvýšenou kontrolu farmakoterapie při užívání alespoň třech léků se má již „naostro“ uplatnit od letošního října. (vía)

Švýcarské pojišťovny k tlumení nákladů

Švýcarský svaz pojišťoven komentuje rozhodnutí vlády o časově omezeném prodloužení tzv. stop stavu pro nové lékařské ordinace.

Limitování jejich počtu by tak mohly kantony využívat až do roku 2019 v závislosti na potřebách obyvatelstva jednotlivých lokalit a dimenzích stávající sítě ambulantních zdravotnických zařízení. Svaz uvádí, že vláda i parlament jsou tomuto opatření nakloněny s přesvědčením, že pomáhá tlumit náklady v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Nicméně pojišťovny tento způsob regulace nákladů označují za nouzové řešení

s tím, že by se zároveň měly hledat alternativy. Požadují pravidla s vlivem na výdaje ze zdravotního pojištění bez ohrožení kvalifikovaných lékařů a zdravotní péče. K nim podle pojišťoven patří diferencovaná hodnota bodu zdravotních výkonů, jasná kritéria kvality a uvolnění smluvních podmínek. Podle svazu hodnocení vývoje nákladů ve zdravotnictví neprokázalo, že by stop stav na nové ordina-

ce měl potřebný ekonomický efekt. Mezi kantony nebyly zaznamenány žádné významné rozdíly v nákladech na zdravotnictví, ať už možnost limitace počtu ambulantních zařízení využily více či méně. Zároveň však svaz poukazuje na to, že by bylo „falešným signálem“, pokud by vznikla domněnka, že všichni lékaři (zahrnuté do sítě služeb) mohou účtovat k tíži veřejného pojištění bez omezení. (vía)

Sníží Švýcarsko marže?

Švýcarský Svaz zdravotních pojišťoven upozornil na příliš vysoké marže u léčiv v zemi.

Vychází přitom z mezinárodního srovnání, kdy se porovnávaly marže v Rakousku, Německu, Nizozemí, Velké Británii, Dánsku, Francii, Belgii, Finsku a Švédsku. Marže ve Švýcarsku jsou podle svazu o 489 milionů CHF vyšší, což k tíži pojištěnců představuje 2 % sazeb pojistného. Pojišťovny proto navrhují snížit tyto marže (pro lékárny, nemocnice, ale i lékaře s povolením vydávat někdy

léky) na průměr porovnávaných evropských zemí. Ke změnám je ovšem nutná novela vládního nařízení, jež se naposledy změnilo před 10 lety. Svaz se zaštiťuje i tím, že na potřebu změn v této oblasti před časem upozornil také úřad pro kontrolu cen. Podle dat pojišťoven zaplatily tyto instituce v roce 2014 za léky 5,8 miliard CHF, z toho 1,7 miliardy franků činily právě marže. (vía)

Rakousko: Samostatné ordinace v ohrožení?

Vídeňská lékařská komora shromáždila již více než 75 tisíc podpisů proti záměru politiků přijmout zvláštní zákon o primární péči, který by výrazněji podpořil centra ambulantní péče.

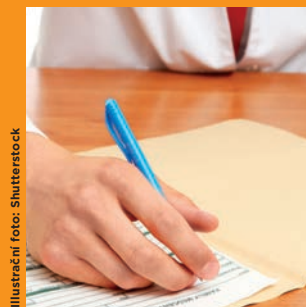
V nich by pacienti téměř vše dostali takřka pod jednou střechou nebo v blízkosti těchto zařízení, respektive na péči praktických lékařů bu užíším způsobem navazovaly i specializované a další ambulantní služby. Komora vyslovila obavy, že v tomto záměru magistrát jde na prvním místě o zlevnění péče, ale s nedostatečně zajištěnou kvalitou. Profesní organizace zvláštní zákon odmítá s tím, že

zlepšení sítě služeb lze řešit stávajícími předpisy, aniž by byla ohrožena svobodná volba rodinných a dalších lékařů pacienty. Komora souhlasí s tím, aby péče byla lépe koordinovaná a více interdisciplinární, ale nelíbí se jí riziko nárůstu počtu center či skupinových praxí na úkor samostatných ordinací. Lékaři mají také obavy z toho, že centra budou mj. v rukou komerčních společností. (vía)

Rakousko: flexibilní modely péče

Rakouská lékařská komora představila vlastní vizi primární péče, jak by se měla rozvíjet do roku 2020.

Na koncepci se mj. podíleli praktičtí lékaři, kteří podle vicepředsedy komory Johannese Steinharta „dobře znají potřeby pacientů“. V regionech by se měla síť ordinací rodinných lékařů a skupinových praxí flexibilně přizpůsobovat obyvatelstvu za širší spolupráce s nejrůznějšími odborníky. Podle více komory by lékaři v ordinacích mohli zaměstnávat podle potřeby nejen zdravotní sestry, ale také například sociální pracovníky, poradce pro výživu, případně i manažera, a to v rámci veřejného zdravotního pojištění. Primární péče by převzala některé výkony nemocničních ambulancí. Rozšířil by se nejen okruh spolupracujících odborníků, ale i počet ordinacních hodin, slibuje komora. Někdy by ordinace nebo skupinová praxe zapojila do péče také nemocniční specialisty, a to tam, kde se nevyplatí zřízovat jeho



samostatné pracoviště. Celkově tak profesní organizace chce optimalizovat síť ambulantní péče s možností rychleji reagovat na potřeby nemocných v rámci 24hodinového provozu. Zástupci komory podotýkají, že tyto změny se musejí vyjednat se svazem zdravotních pojišťoven a od politiků očekávají změny zákona o lékařích. Flexibilní modely péče by provázely i flexibilnější systémy dalšího vzdělávání. (vía)

Z HISTORIE

Pádem **vzhůru**

Sedmistému výročí narození „Otce vlasti“ věnovala mezioborový seminář o jeho památce, životě a smrti 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Kardiologie pro děti a dorost, s. r. o.

K odkazu profesora Vlčka

Seminář proběhl 21. dubna ve velké posluchárně Anatomického ústavu 1. LF UK. O významu a historickém kontextu života a působení jedné z nejvýznamnějších osobností dějin střední Evropy přednášeli naši přední medievalisté – profil Karla IV. jako klíčové osobnosti pozdně středověké Evropy přiblížil profesor Petr Čornej, sdělení o dynastických tradicích a předcích císaře a krále přednesla historička Václava Kofránková a zejména o Karlově fundátorských a donátorských počinech hovořil historik umění profesor Jan Royt. Přítomní experti z oblasti humanitních věd se v aule Anatomického ústavu ocitli poprvé nejspíš až teď, na rozdíl od proslulého panovníka. Ten tu byl „osobně“ přítomen 26. dubna 1978. Tehdy ve velké posluchárně demonstroval Karlovy kosterní pozůstatky a výsledky jejich výzkumu odborné veřejnosti paleoantropolog a lékař prof. Emanuel Vlček. Zatímco tehdy tu ostatky ležely na stole pokrytém bílou látkou, nyní je přítomní mohli vidět jen na fotodokumentaci. Po skončení Vlčkova antropologického výzkumu byly pietně uloženy zpět do tumby v královské hrobce ve svatovítském chrámu a dosud z ní nebyly znovu vyjmuty. O kosterních pozůstatcích Karla IV. a o lékařsko-antropologické interpretaci nalezly nyní hovořit prof. Radomír Čihák, legenda české anatomie, který se v týmu profesora Vlčka zúčastnil jejich výzkumu. Jak mimo jiné připomněl, díky výsledkům Vlčkova výzkumného týmu historici dostali bezprostřední informace přírodovědného charakteru o Karlově lidské stránce. Nebyli tak už odkázáni pouze na informace zprostředkované historickými psanými prameny.

Osudová poranění vladaře posluchačům přiblížil ortoped profesor Jan Bartoníček. Karel byl na svoji dobu vysoký muž (měřil 173 cm) atletického typu. Zdedil lásku k tehdejšímu „adrenalinovému sportům“, vyhlášenými evropskými rytíři byli jeho otec Jan Lucemburský i děd Jindřich VII. Budoucí panovník byl vychován na francouzském dvoře, kde účast na turnajích byla pro vysokou šlechtu běžná. Od raného mládí musel velmi dobře zacházet se zbraněmi. Jako šestnáctiletý vybojoval svoji první vítěznou bitvu u San Felice, po níž byl pasován na rytíře. Vítězství tehdy připadlo na den svaté Kateřiny, od té doby se stala jeho osobní patronkou a následně patronkou artistické fakulty Karlovy univerzity. Svaté Kateřině Alexandrijské z vděčnosti věnoval i chrám s typickou štíhlou věží, který dodnes stojí na Novém Městě pražském, takřka na dohled od nynějšího místa děkanátu lékařské fakulty.

Poranění na zapřenou
Zdáleka ne u všech četných Karlových zranění, jejichž stopy se na ostatcích dodnes zachovaly, je jasné, kde a kdy se stala. Četná poranění jsou výrazně patrná na lebce. Kromě jizvy po sečné ráně šikmo zleva přes kořen nosu pod pravé oko jsou stopy těžkého poranění na dolní čelisti, zřejmě po nárazu zpředu do brady. Patrné jsou známky s tím spojených zlomenin obou krčků mandibuly pod kloubními kondyly. Při srůstání pak došlo k jejich posunu. Po jinak dobře vyhojeném poranění ale zůstala změna skusu, byl nyní hlubší, s dolní čelistí posunutou mírně dozadu. Bez zajímavosti není jev, který nemá souvislost s úrazem, a to je silná abraze zachovaných částí chrupu. Je typická pro středověké kosterní nálezy a způsobovalo ji nedokonalé mletí obilných zrn, navíc s četnými příměsemi a kamínky. Na kostech obličejové jsou patrné i drobné exostózy jako stopy po menších tupých poraněních.

Poranění na zapřenou

Z páteře se bohužel nedochovály 7. krční a 1. a 2. hrudní obratel. Levé kloubní výběžky krčních obratlů (3.-6.) jsou zvětšené a pokryté osteofyty vzniklémi po krevních výronech po poranění. Osteofyty Karlovi zřejmě bránily v pohyblivosti krční páteře, což vedlo ke změně držení těla. Profesor Vlček předpokládal, že úderem dřevce při turnaji byla rozlámana mandibula a současně došlo k extrémnímu zvrácení hlavy a krku dozadu a tím k poranění páteře o brně-

ní. „Jde tedy o dvě těžká poranění – čelisti a krční páteře. Přímou se nabízí teze, že vznikla dohromady,“ souhlasí s Vlčkovým závěrem profesor Bartoníček. Zapravdu mu dává i pátrání v historických pramenech. Shodují se v tom, že v říjnu 1350, tedy ve věku 36 let, Karel závažně onemocněl, nemohl se pohybovat a trvalo několik měsíců, než se stav upravil téměř k normálu. Dobové prameny popisují onemocnění jako důsledek otravy, ale i přes tehdejší relativně efektivní kriminalistické metody nebyl viník nalezen. Čeští kronikáři o tom všem zarytě mlčí, ačkoli jindy nešetří popisem každého Karlova kroku – zejména popisem oslavným. Určité světlo přináší veřejný list papeže Klimenta VI., Karlova osobního přítele, který mu v něm vyčítá, že se účastní klání a turnajů. A nabádá ho, aby tohoto počínání zanechal a nadbytek sil vybijel jiným způsobem. „Podle všeho tedy ke zranění došlo při turnaji, kterého se panovník zúčastnil na zapřenou, a bylo proto snahou jeho i jeho okolí celou záležitost utajit,“ dovozuje profesor Bartoníček. Podle pátrání profesora Bartoníčka v historických pramenech je Karel doložen od srpna 1350 v Praze, již od roku 1949 setrval v Čechách, s výjimkou návštěv Norimberku a Řezna. O tom, že šlo o úraz při turnaji a kde a kdy to bylo, všichni mlčeli, nepochybně z vůle krále.

Uzdravení jako výraz Boží ochrany

„Myslím si ale, že není tak důležité, kde a jak přesně Karlovo těžké zranění vzniklo a kdo ho léčil – ať už to byl kterýkoli z lékařů, odvedl svou práci perfektně. Otázkou ale je, jaký vliv tato zranění na krále měla. Především kam posunula jeho duši,“ uvažuje profesor Bartoníček. Historici se shodují v tom, že tehdy na lože uléhá mladý výbojný rytíř a vstává z něj zralý vládce a chytrý diplomat, Otec vlasti, jak ho známe my. Profesor Vlček pro tento Karlův duševní a duchovní posun našel krásný termín. Nazval ho „pádem vzhůru“.

Těžký úraz hlavy a páteře Karel utrpěl v době, kdy už vyřešil řa-



Ilustrační foto: wikimedia.org

du z kruciólních problémů svého panování a jako silně spirituálně založený člověk se za sebou ohlížel. Týdny a měsíce, které musel po úrazu strávit na loži, se určitě nejen velmi vroucně mlídl, ale i přemýšlel o tom, že právě takto na něj dopadla ruka Boží. Uzdravení pak chápal jako výraz Boží ochrany, což mu nepochybně zvedlo sebevědomí. Samozřejmě pak přišla řada dalších ran – jako smrt syna Václava IV., ale o budoucí Václava IV., ale o první dítě toho jména) nebo Anny Falcké (zemřela roku 1353) –, ale obrat v Karlově životě a smýšlení přinejmenším chronologicky navazuje na toto zranění. Jak zranění poznamenalo Karlovo tělo, respektive posturu, realisticky zobrazuje slavná ostatková scéna na podestě před vchodem do kaple sv. Kříže na Karlštejně, patrně je tu Karlovo nahrbení. Typické postavení hlavy je patrné i na Karlově soše na Mostecké věži.

Zlomenina krčku a „horečka nezbedná“

Posledním Karlovým zraněním byla fraktura krčku levého femuru. „Nález zlomeniny krčku levé stehenní kosti je typická střížná zlomenina, vertikální, nestabilní, jakých i dnes vidáme obrovské množství. Zlomeninu krčku máme potvrzenou už od dob Neandrtálců, ale Karel je první, u koho kní můžeme přiřadit jméno pacienta,“ podotkl ortoped. Poslední

listinu Karel vydává 2. listopadu 1378, pak je ticho. Karel zřejmě upadl, bližší okolnosti úrazu nejsou známy. Brzy ho dostihla „horečka nezbedná“, pneumonie. Svůj podíl měla zřejmě i dna, kterou po léta trpěl a mívval těžké záchvaty. Císař a král zemřel v neděli 29. listopadu 1378 tři hodiny po západu slunce, tedy asi kolem osme večer.

„Jsou dvě podoby této osobnosti. První je Karel legendistický, tak žije v paměti národa. Je to obraz, na němž on velice intenzivně pracoval, a to velmi úspěšně – vidíme ho dodnes tak, jak chtěl být viděn. Pak je tu druhý obraz, ten, o němž vypovídají jeho ostatky. Ty hovoří o řadě zranění, o řadě onemocnění, kterými trpěl jako prostý smrtelník a „ortopedický pacient“. O čem jeho skelet také vypovídá? Němečtí kronikáři i historikové Karlovi vyčítali, že spíše jednal, než aby válčil. Ale on se musel k trůnu velmi tvrdě probíjet, a to i bojem v bitvách muze proti mužům. Válečné zkušenosti byly možná i jedním z důvodů jeho pozdější mírové politiky. Prožitá bolest, úrazy, degenerativní onemocnění zřejmě posílily i jeho spiritualitu. Jeho poselství je vlastně velmi prosté: Naše tělesná schránka je smrtelná. Co po nás zůstane, jsou naše činy a záleží na nás, jaké budou,“ uzavřel profesor Bartoníček.

Pokřtěna „Onkologická imunologie“

Ve Faustově domě byla 19. dubna slavnostně pokřtěna publikace „Onkologická imunologie“, kterou vydalo vydavatelství Mladá fronta v edici Aeskulap.

Knihu, která je společným dílem řady významných osobností české medicíny a jejíž hlavní editorkou je doc. MUDr. Eva Závadová, CSc., z Onkologické kliniky 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) v Praze, pokřtili rektor Univerzity Karlovy prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA, a ředitelka VFN Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA.

Monografie podává aktuální pohled na imunologické aspekty vybraných onkologických onemocnění jakožto žhavé téma posledních let. V úvodních kapitolách se autoři zabývají významem imunitní reakce v rámci protinádorové terapie, vývojem, farmakologickými aspekty protinádorové imunoterapie, adoptivní imunoterapii či hodnocením imunitní odpovědi u pacientů s nádorovým onemocněním. V závěru knihy autoři zdůrazňují význam spolupráce klinického imunologa s klinickým onkologem. (red)

dorové terapie, vývojem, farmakologickými aspekty protinádorové imunoterapie, adoptivní imunoterapii či hodnocením imunitní odpovědi u pacientů s nádorovým onemocněním. V závěru knihy autoři zdůrazňují význam spolupráce klinického imunologa s klinickým onkologem. (red)



Prof. Tomáš Zima, Mgr. Dana Jurásková a doc. Eva Závadová

Foto: 1. LF UK

Slavnostní křest knihy „Ledviny a léčba diabetu“

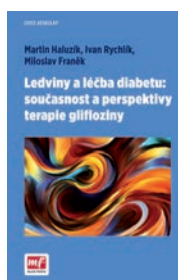


Zleva za vydavatelství Mladá fronta šéfredaktorka Šárka Mašková, kmotra publikace doc. Silvie Lacigová, doc. Miloslav Franěk, prof. Ivan Rychlík, prof. Martin Haluzík a moderátor Vladimír Hron

Foto: archiv

Během společenského večera v rámci 52. diabetologických dnů v Luhačovicích proběhl slavnostní křest publikace „Ledviny a léčba diabetu: současnost a perspektivy terapie glifloziny“. Kniha vyšla ve vydavatelství Mladá fronta v edici Aeskulap.

Autory publikace jsou prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc., prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc., doc. MUDr. Miloslav Franěk, Ph.D. Slavnostního křtu se ujala doc. MUDr. Silvie Lacigová, Ph.D., z I. interní kliniky LF UK a FN Plzeň.



Kniha se zabývá tématem léčebného ovlivnění patofyziolo-

gických mechanismů v ledvinách při terapii diabetu 2. typu. V úvodních kapitolách je vysvětlena úloha ledvin při regulaci glykemie, vzniku diabetu 2. typu a jsou probrány možné renoprotektivní účinky nových perorálních antidiabetik. V dalších částech je pozornost věno-

vána mechanismu účinků gliflozinů, výsledkům klinických studií s těmito léky a jejich praktickému použití v léčbě diabetu. Širší pohled na postavení gliflozinů v léčbě přináší kapitoly o algoritmu terapie diabetu včetně jeho užití u pacientů s onemocněním ledvin. Autoři nastiňují rovněž budoucnost a perspektivy použití gliflozinů v kontextu s dalšími terapeutickými možnostmi. (red)

Inzerce M161000390

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získáte balíček produktů Nivea v celkové hodnotě 790 Kč

Řada na opalování a po opalování NIVEA Protect & Bronze

Řada na opalování a po opalování NIVEA Protect & Bronze podporuje intenzivnější zhnědnutí pokožky, poskytuje jí ochranu před spálením a navíc také intenzivní hydrataci.

Balíček obsahuje:

Mléko na opalování podporující zhnědnutí OF20 (Cena 300 Kč)

Olej na opalování podporující zhnědnutí OF20 (Cena 300 Kč)

Mléko po opalování prodlužující opálení (Cena 190 Kč)

Neváhejte!

Tato nabídka platí jen do 19. 6. 2016.

Předplatné na rok pouze za 299 Kč.



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafonta@predplatne.cz, uveďte své **jméno**, **doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0516**. 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 0516**. 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 sdárem nebo slevou nelze pro dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vyprovodit. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatit se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svými písemnými oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito 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

ZE SPOLEČNOSTI

Česká lékařská komora oslavila 25 let od znovuzaložení

Oslava, která se vztahuje ke dni 8. 5. 1991, kdy tehdejší Národní rada přijala zákon o České lékařské komoře (ČLK), byla poděkováním všem, kdo se na budování komorové organizace spolupodíleli. ČLK udělila také další rytířský řád, a to profesoru Pavlu Pafkovi.

Prezident ČLK Milan Kubek při slavnostním projevu uvedl, že po 40 letech komunistického režimu byla v roce 1991 ustavena profesní lékařská samospráva, která mohla ideově navázat na tradice komor vznikajících na území státu od konce 19. století. „Na rozdíl od občanských sdružení a spolků vzniká ČLK jako veřejnoprávní korporace z vůle státu, který na ni

zákonem přenáší část pravomocí. Stát stanoví podmínky pro výkon povolání lékaře, jednou z podmínek je i členství v ČLK,“ řekl prezident Kubek a zdůraznil, že komora vychází ze zákona subsidiarity, který je jedním z principů demokratické společnosti a respektuje právo občanů rozhodovat o svých věcech sami. Úkolem komory je oponentura politických návrhů,

a jak prezident Kubek podtrhl, jako jediná lékařská organizace má sílu hájit lékaře proti vůli státu a zůstává ryze apolitickou.

Pozvání na oslavu 25. výročí přijala řada významných hostů včetně ministra financí Andreje Babiše, náměstkyně ministra zdravotnictví Toma Philipa, předsedy Českomoravského odborového svazu Josefa Středuly, řada bývalých funkcio-

nářů komory a prezidenti lékařských komor Slovenka, Německa, Polska a Maďarska. „Dvacet pět let České lékařské komory je živoucím dokladem demokratického vývoje vaší země. Jako vnější pozorovatel vás mohu ujistit, že jste udělali impozantní kus práce, zejména v profesní nezávislosti lékařů,“ uvedl na slavnosti generální tajemník Světové zdravotnické asociace dr. Otmar Kloiber.



Foto: archiv ČLK

zachraňujících operací. „Přístup profesora Pafka k medicíně jako zásadní službě nemocným a trpícím je vzorem pro ostatní lékaře. Patří sem i jeho trvalá angažovanost hovořit veřejně a otevřeně o problémech medicíny,“ řekl ČTK mluvčí ČLK Michal Sojka.

Titul prof. Pafkovi podle navrhovatelů z klatovského sdružení ČLK náleží pro zásadní postoj k medicíně i pro přímou a pochopení demokracie jako institutu nejen svobody, ale i odvahy a odpovědnosti. „Pevně stojí za životem jako nejvyšší hodnotou. Podle tohoto přesvědčení koná bez ohledu na společenské a politické preference. Právem se řadí k osobnostem rytířského chování. Tento lékař patří v duchu humanity mezi elitu našeho národa,“ uvedli navrhovatelé. (klu)

Poděkování dárcům kostní dřeně za rok 2015

Nadace pro transplantace kostní dřeně a Český národní registr dárců dřeně (ČNRDD) ocenily již poosmnácté v pražském Obecním domě v pátek 22. dubna 2016 nepříbuzné dárcy kostní dřeně a partnery nadace.

V průběhu slavnostního večera obě tyto organizace oceňují dárcy kostní dřeně, kteří v loňském roce neznámému nemocnému darovali krvetvorné buňky z kostní dřeně. Kříšťalový blok od společnosti Moser, grafický list od Oldřicha Kulhánka a diplom celkem 34 dár-

cům předali patron programu dárcovství kostní dřeně biskup Václav Malý spolu s moderním pětibojářem, olympijským vítězem z roku 2012 a sympatizantem ČNRDD Davidem Svobodou.

Zvláštní cenu Adolfa Borna, která je udělena za mimořádný lidský čin ve prospěch Nadace pro transplantace kostní dřeně a ČNRDD, obdržela za dvacetiletou spolupráci středoškolská pedagožka z Plzně, zakladatelka původní studentské charitativní sbírky Kapka naděje a tradičních Sluníčkových sbírek Mgr. Marie Helmová.

Za nejvýznamnější finanční pomoc v roce 2015 byla kříšťalovým blokem od společnosti Moser oceněna firma Novartis, s. r. o.

Za nejvýznamnější nemateriální pomoc v minulém roce byl kříšťalovým blokem od společnosti Moser oceněn Český skokový pohár.

Součástí galavečera bylo předání stipendia Vladimíra Kozy bioanalytičce z Hematologicko-onkologického oddělení FN Plzeň Mgr. Monice Holubové, Ph.D.

I letos dostal jeden z dárců a příjemců možnost se poprvé osobně setkat. Šestnáctiletá bývalá pacientka Nikol Revayová z Lutína se setkala s Lenkou Čevonovou Folkovou z Ústí nad Orlicí, která jí před devíti lety zachránila život.

Více informací najdete na: www.kostnidren.cz (red)



Nikol Revayová (vlevo) se svou dárkyní | Foto: archiv ČNRDD

Anatomie: Třetí díl – třetí vydání – tři svazky

V březnu byl v Akademickém klubu 1. LF UK slavnostně pokřtěn třetí díl trojdílné Anatomie autorů prof. MUDr. Radomíra Čiháka, DrSc., et al.

Tento díl je na přání autorů i studentů rozdělen do tří samostatných knih. Učebnice je považována za základní studijní materiál pro mediky, lékaře v atestační přípravě i specialisty v jednotlivých oborech.

Poslední díl celobarevné učebnice obsahuje anatomii kardiovaskulárního systému, centrálního nervstva, periferních mozkomíšních a vegetativních nervů, kůže a smyslových orgánů.

Jde o významné učebnice, které jsou již mnoho let žádanými lékařskými fakultami a klinickými pracovišti. Tento díl upravili a doplnili prof. Radomír Čihák, prof. MUDr. Rastislav Druga, DrSc., a prof. MUDr. Miloš Grim, DrSc. Knihu ilustrovali akademický malíř Ivan Helekal, Mgr. Jan Kacvinský a Stanislav Macháček. Publikace obsahuje 340 originálních barevných složených obrázků.

Komplet je považován za základní

stavební kámen pro celoživotní studium v teoretických, preklinických i klinických oborech medicíny. Publikace je pravidelně aktualizována podle dosavadních poznatků. Všechny díly jsou doplněny celkem 1400 originálními barevnými vyobrazeními. Tento trojdílný komplet anatomii je považován za jeden z vrcholů naší odborné literatury jak po stránce didaktické, tak po stránce ilustrací, preciznosti a provedení. (eta)

Čím nás Doktorfest letos překvapí

Radiodiagnostik **MUDr. Zdeněk Hříbal** je zpěvák a jediný lékař hudební skupiny Bílá nemoc. Jak říká, hudba je pro něho koníčkem a velkou relaxací. Každoročně se s kapelou účastní hudebního festivalu Doktorfest. Letošní již 4. ročník se koná v sobotu 28. května od 11 hodin u Písecké brány v Praze.

Pracujete jako vedoucí lékař dětské sonografie FN Motol, působíte také v NZZ v Řevnicích. Jak se tolik práce dá spojit s hudbou? Stíháte?

Pracuji v Motole na dětské sonografii a zároveň v Řevnicích v soukromém zdravotnickém zařízení. Ještě také v Centru pohybové medicíny Pavla Koláře. Každé pracoviště má své specifikum. V Motole řeším složitě dětské diagnózy, v Řevnicích vyšetřuji dospělé i děti, jsem v úzkém kontaktu s lidskými osudy a snažím se osobně i lidsky pacientům pomoci. Zde jsem na to sám bez součinnosti s ostatními klinickými pracovišti. U profesora Koláře se objevuje pestrá škála pacientů z politické, kulturní a také hudební oblasti. Je toho dost, ale zatím stíhám. Při hudbě vlastní i při návštěvě koncertů kamarádů a kolegů relaxuji!

Hudbě se věnujete už 30 let. Dnes s kapelou hrajete beatovou muzi-

ku, dříve jste se věnoval spíše folkovému stylu. Proč jste se vydali jinou cestou?

Folk je základ muziky, říká se, že bigbíták je folkař, který nemá na aparaturu. Myjsme tak v kapele Bonsai začínali, vyhráli jsme největší hudební festival tohoto žánru, plzeňskou Portu, v letech 1983 a 1984. Už v Bonsai jsme měli elektrickou kytaru a klávesy, takže postupně zvuk kapely krystalizoval v tvrdší podání, a tudíž údernější sdělení textu, který byl u našich písni vředycky dominantní.

Doktorfestu se účastníte pravidelně. Máte pro návštěvníky festivalu nějaké překvapení?

Překvapení se nemá prozrazovat, tak jen naznačím. Nejvíce se těším na moderování Vaška Kopty a program pro děti Bebí fest. A samozřejmě na malou novinku, stánek s thajským pivem! Všechny srdečně zveme! (eta)

Benefice pro malé onkologické pacienty

Dražba ArtForum ICZ vynesla na podporu projektu Můj nový život 691 500 korun.

11. dubna proběhla v prostorách Lobkowiczského paláce na Pražském hradě v pořadí již 18. benefiční aukce společnosti ICZ, a. s., a virtuální galerie ArtForum. Během slavnostního večera bylo vydraženo 31 uměleckých děl významných českých výtvarníků a fotografů. Celý výtěžek byl věnován na konto projektu Můj nový život, který pomáhá v návratu onkologicky léčených dětí do života. Za nejvyšší částku, 65 tisíc korun, byla vydražena skleněná broušená plastika „Dva pěšci“ z cyklu Šachovnice od Vlastislava Janáčka.

Dosažená částka převýšila vyvolávací cenu více než dvacetkrát. Na druhém místě skončila s částkou 48 tisíc korun litografie „Císař Rudolf II. pozoruje alchymis-



Dětská onkoložka MUDr. Lucie Cingrošová a generální ředitel společnosti ICZ, a. s., Bohuslav Cempírek

Foto: ArtForum

tu“ od Adolfa Borna. Třetí místo shodně obsadily litografie „Před rychlostním rekordem“ od Petra Ptáčka a tavené broušené sklo

„Fluctus/Příboj“ od Jana Exnara, které dražitelé získali za 46 tisíc korun.

Celý výtěžek aukce ve výši 691 500 korun slavnostně předal duchovní otec ArtFora Zdeněk Jirkovec

prostřednictvím symbolického šeku autorce projektu Můj nový život, dětské onkoložce MUDr. Lucii Cingrošové. „Optimistický pohled na svět našich dětských onkologických pacientů a také ro-

din a celého okolí jsou naprosto nezbytným faktorem pro úspěšnou léčbu,“ řekla MUDr. Cingrošová a dodala: „Velkou roli zde proto hraje i náš projekt Můj nový život, který o takto nemocných pozitivně informuje a zároveň pomáhá prostřednictvím celé řady sportovních, kulturních a dalších aktivit v jejich šťastném návratu do života.“ (red)

Olomoucká lékařská fakulta otevřela nové centrum výuky

21. dubna byla v prostorách Teoretických ústavů Lékařské fakulty UPOL slavnostně otevřena Aesculap Akademie.

Přestřižení pásky u vchodu se ujali primátor Olomouce Antonín Staněk, přednostka I. chirurgické kliniky prof. MUDr. Čestmír Neoral, CSC., člen vedení Skupiny B. Braun Alan Munteanu a děkan lékařské fakulty prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D. Nejmodernější přístrojové vybavení simulující operační výkony budou moci využívat medicí a postgraduální studenti lékařské fakulty. Návuk chirurgických dovedností, ke kterým se při asistenci na operačním sále nedostanou, jim umožní špičkové simulátory a další unikátní zařízení tréninkové laboratoře. První kurzy v rámci postgraduálního vzdělávání odstartují už v květnu, od nového semestru se naplno rozběhne výuka mediků.

Aesculap Akademie sídlí v prostorách Teoretických ústavů a tvoří jej přednášková místnost, zázemí pro přípravu výukových a biologických materiálů a tréninková laboratoř, jejíž hlavní součástí jsou simulátory pro laparoskopické operace a sada trenažérů. Díky novým technologiím si studenti budou moci vyzkoušet kompletní řadu postupů a výkonů od vyšetření a základních technik šití až po simulaci otevřené operativy. „Budou trénovat základní orientaci, bimanuální zručnost a nakonec provedou například laparoskopické odstranění žlučníku. Na konci edukační řady je zde špičkový simulátor, který umí zpětně vyhodnotit nejen výsledek opera-

ce, ale i výkonnostní pokrok operátora,“ vysvětlil prof. Čestmír Neoral. Jako hlavní iniciátor myšlenky vzniku Aesculap Akademie zdůraznil také šanci, kterou fakulta získává pro výchovu nové generace chirurgů. „Osobně jsem si dal za cíl přitáhnout k chirurgii mediky v šestém ročníku, aby poznali, co obnáší, získali k ní užší vztah a vnímali ji jako poslání,“ objasnil Čestmír Neoral. Nové výukové centrum vzniklo ve spolupráci s Aesculap Akademií, vzdělávací institucí Skupiny B. Braun, která olomoucké pracoviště vybavila přístroji a materiálem pro praktické vzdělávání v hodnotě 1,5 milionů. Celkové náklady se vyšplhaly k deseti milionům korun. (red)

S Karlem na Karláku

V sobotu 7. května oslavila 1. LF UK, Městská část Praha 2 a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze na Karlově náměstí 700. výročí narození Karla IV.

Krásné počasí a bohatý program navštívilo několik tisíc lidí. O skvělou atmosféru se postaraly například kapely Musica Canora, Blue Effect, Imodium a Jaksí Taksí. Během dopoledne čekalo na návštěv-

níky také velké množství soutěží, šermířské vystoupení skupiny Thorax, pohádku pro děti zahrálo divadlo DDM Spektrum a po celou dobu byly připraveny stánky s občerstvením. (red)



Foto: T. LF UK

Setkání seniorů s dětmi z Mateřinky

Havířovský domov pro seniory GrandPark navštívily děti z mateřské školy Mateřinky v Šumbarku.

Děti předvedly seniorům tanečky, zazpívaly písničky, zrecitovaly několik básniček a pak si zazpívali všichni společně. Setkávání seniorů s dětmi z Mateřinky je součástí aktivit, které pro své klienty Domov pro seniory organizuje co nejčastěji. Bezprostřednost a pozitivita dětí ze školky nabíjí starší lidi energií a pomáhá seniorům i s tak vážnou diagnózou, jako je Alzheimerova



Foto: GrandPark

choroba. „U těchto nemocných dochází k rychlejšímu či pomalejšímu úpadku paměti, úsudku a myšlení. Zpravidla nejprve dochází k postižení krátkodobé, následně dlouhodobé paměti,“ vysvětluje psychiatr Slavomír Pietrucha. A právě písničky či říkanky spojené s dětstvím mohou být podnětem, který dokáže paměť lidí s Alzheimerovou nemocí alespoň na určitou dobu „probudit“. (red)



**OBLASTNÍ NEMOCNICE
PŘÍBRAM, a. s.**

SE SÍDLEM PŘÍBRAM I, GEN. R. TESAŘÍKA 80

PŘIJME LÉKAŘE NA FUNKČNÍ VEDOUcí MÍSTO

PRO CENTRUM KOMPLEXNÍ REHABILITAČNÍ PÉČE (AMBULANTNÍ A LŮŽKOVÉ PROVOZY)

Požadavky:

- specializovaná způsobilost dle zák. 95/2004 Sb. v oboru Rehabilitační a fyzikální medicína nebo atestace v oboru Fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace

Nabízíme:

- práci na akreditovaném pracovišti I. typu, které je součástí lktového centra • smluvní mzdu • moderní pracovní prostředí • zázemí akreditované, komplexně vybavené nemocnice • zaměstnanecké bonusy (1 týden řádné dovolené navíc, úhrada jednoho dne náhlé indispozice za rok, závodní stravování + příspěvek na stravování, příspěvek na penzijní připojištění, podpora vzdělávání, přednostní péče v rámci ONP, a. s., slevy na vybrané rehabilitační služby a zdravotní výkony a další) • možnost vyhrazeného parkování • možnost ubytování

Kontakt: Personální a právní odbor ON Příbram – tel.: 318 641 161 nebo e-mail: kvetuse.kucerova@onp.cz

Více informací na: www.nemocnicepribram.cz



PRÁVNÍ PORADNA

Povinnosti zaměstnavatele při ukončení praxe

Moji praxi přebírá nový lékař, včetně „mé“ sestry. Musím jí před nástupem ke kolegovi a uzavřením nové smlouvy s ním dávat výpověď? Náleží jí odstupné, když její stávající pracovní poměr vlastně zaniká?



na dotazy odpovídá
Mgr. Petra Maryšková

jícího na nového zaměstnavatele. Tento institut pracuje s tím, že dochází-li k převodu činnosti zaměstnavatele k jinému zaměstnavateli, přechází práva a povinnosti z pracovněprávních vztahů v plném rozsahu na nového zaměstnavatele. Z toho vyplývá, že u zaměstnankyně nedochází k ukončení pracovního poměru, ale okamžikem převodu praxe dojde pouze ke změně v osobě zaměstnavatele. Upozorňuji, že pracovní poměr u nového zaměstnavatele zůstává zachován ve stejném rozsahu jako pracovní poměr

se stávajícím zaměstnavatelem. Zjednodušeně lze říci, že zaměstnanec pokračuje v práci podle své pracovní smlouvy, pouze se změní označení zaměstnavatele. Podotýkám však, že povinností původního i nového zaměstnavatele je v souladu s § 339 zákoníku práce zaměstnankyni s 30denním předstihem informovat o skutečnosti, že k tomuto převodu dojde a o jeho provedení; přitom je nutné konstatovat konkrétní datum převodu, vysvětlit jeho důvody, oznámit právní, ekonomické a sociální důsledky převodu a připravovaná opatření ve vztahu k zaměstnankyni, spojená s tímto převodem.

V popsané situaci, kdy dochází k převodu praxe, resp. k převodu činnosti zaměstnavatele, se podle mého názoru naplnily podmínky stanovené § 338 zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, tedy institutu přechodu práv a povinností z pracovněprávních vztahů ze stáva-

Námítka proti vyúčtování zdravotních služeb

V jaké lhůtě po obdržení vyúčtování zdravotních služeb je možné podat námitku proti tomuto vyúčtování? Stačí ji podat elektronicky (e-mailem), nebo je nutný doporučený dopis? Jestliže pojišťovna odmítne námitku vyhovět, jak se může lékař, přesvědčený o své pravdě, dále bránit?



odpovídá
Mgr. Lucie Neubertová

kaže rámcová smlouva uvádí, že zjistí-li pojišťovna ve vyúčtování před provedením úhrady nesprávně nebo neoprávněně vyúčtovanou péči, úhradu této části vyúčtované péče v termínu splatnosti neprovede. Zdravotní

pojišťovna prokazatelným způsobem oznámí zdravotnickému zařízení bez zbytečného odkladu rozsah vyúčtované, ale neuhrazené péče a důvod neuhrazení. Tím pojišťovna vyzve zdravotnické zařízení k opravě nesprávně vyúčtované péče nebo k doložení poskytnutí hrazené zdravotní péče. Řádně poskytnutou a vyúčtovanou péči pojišťovna uhradí v nejbližším termínu úhrady.

Smírčí jednání

V intencích rámcové smlouvy se též uvádí, že případné spory mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb o plnění smlouvy mají být řešeny především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, a to zpravidla do 14 kalendářních dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Pokud nedorazí k dohodě, mohou být sporné otázky projednány ve smírčím jednání. Smírčí jednání navrhuje jedna ze smluvních stran. Návrh musí obsahovat



ilustraci foto: Shutterstock

přesné a dostatečně podrobné vymezení sporu. Účastníkem smírčího jednání je smluvní strana, která podala návrh na projednání sporu, smluvní strana, již je návrh na projednání sporu adresován, zástupce příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení, zastupovaných svými zájmovými sdruženími, a zástupce pojišťovny. K projednání sporu si každá smluvní strana může přizvat nejvýše dva odborné poradce. Smírčí jednání se ukončí zápisem obsahujícím buď smír, nebo závěr, že rozpor nebyl odstraněn, s uvedením stanovisek obou stran. I v případě, že je konáno smírčí jednání, však může poskytovatel zdravotních služeb uplatňovat nárok na řešení sporu u soudu nebo v rozhodčím řízení, pokud se smluvní strany na řešení sporů v rozhodčím řízení ve smlouvě dohodnou.

Pracovní doba při polovičním úvazku

Pracuji v soukromém zdravotnickém zařízení v nepřetržitém provozu. Směny máme po 12 hodinách. Pracuji na úvazek 0,5, ale týdenní normu mám 20 hodin. Chtěla jsem se zeptat, jestli je tento údaj správně, když kolegyně pracující na úvazek 1,0 mají týdenní normu 37,5 hodiny.



odpovídá
Mgr. Jan Tetiva

tržitém pracovním režimu, jejichž stanovená týdenní pracovní doba tak ze zákona činí 37,5 h. Pro samotné zodpovězení jádra otázky tedy bude rozhodné, jakým způsobem je kratší pracovní doba vymezena v konkrétní pracovní smlouvě.

Pokud je v ní sjednána kratší pracovní doba výslovně v rozsahu 0,5 týdenní stanovené pracovní doby, resp. je vymezena obdobným způsobem (jako poloviční), tak tato opravdu nečiní v uvedeném případě 20 h týdně, neboť se nejedná o polovinu týdenní stanovené pracovní doby.

Závěrem je ještě nutné doplnit, že i pokud je kratší pracovní doba sjednána v rozsahu poloviny stanovené týdenní pracovní doby, může v určitých týdnech nařízená a odpracovaná pracovní doba ujednanou kratší pracovní dobu přesáhnout – a to v případě, kdy je u zaměstnavatele užíváno nepravidelné rozvržení pracovní doby. Naopak kratší pracovní dobu, jež je veřejně známá spíše pod pojmy „poloviční“, „třetinový“ či jinak zkrácený úvazek. A to je i případ pracovní doby uvedené v dotazu. V předmětném případě se jedná o zaměstnance pracující v nepřetr-

V tomto případě je nutné vycházet z ustanovení § 78 a násl. zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, ve znění pozdějších předpisů. Uvedený zákon v § 79 vymezuje stanovenou týdenní pracovní dobu podle specifik jednotlivých pracovišť, resp. provozů, kdy se tento hodinový rozsah pohybuje mezi 40 a 37,5 h (dále lze stanovenou týdenní pracovní dobu zkrátit bez snížení mzdy pouze kolektivní smlouvou či vnitřním předpisem). Zároveň je pak navíc možné v individuální pracovní smlouvě mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem dohodnout i tzv. kratší pracovní dobu, jež je veřejně známá spíše pod pojmy „poloviční“, „třetinový“ či jinak zkrácený úvazek. A to je i případ pracovní doby uvedené v dotazu. V předmětném případě se jedná o zaměstnance pracující v nepřetr-

Zaměstnavatel neplatí zaměstnancům pojištění

Jsem zaměstnán v firmě zajišťující v nemocnici úklid. Na základě upozornění zdravotní pojišťovny, že dlužím na pojistném, jsem zjistila, že firma za mě čtyři měsíce neodváděla zdravotní ani sociální pojištění. Jsem za to zodpovědná, musím pojištění doplatit a uhradit penále?



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

přitom o nikterak malé částky (penále činí cca 18 % ročně). Zaměstnavatel je rovněž povinen uhradit nedoplatky na pojištění.

Zaměstnanec, za něhož zaměstnavatel neplatí zdravotní a sociální pojištění, má i nadále nárok na zdravotní péči za stejných podmínek jako ostatní pojištěnci, za které jejich zaměstnavatelé pojištění řádně platí.

Ze zákona o veřejném zdravotním pojištění vyplývá povinnost zaměstnavatelů odvádět za zaměstnance zdravotní pojištění a sociální pojištění. Pokud zaměstnavatel pojištění neodvede, nenese zaměstnanec za toto jeho pochybení žádnou odpovědnost – sankce ze strany zdravotní pojišťovny či správy sociálního zabezpečení postihují pouze zaměstnavatele; nejedná se



ilustraci foto: Shutterstock

Sestra

www.sestra.cz

odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



20 / Stomatologie
Urgentní stavy
ve stomatologické ordinaci

22 / Oftalmologie
Edukace pacienta
s glaukomem

24 / Kardiologie
Etiologie arteriální hypertenze

Nepomáháme pacientům, ale oni nám

Vladimíra Krumlová pracuje na transfuzním oddělení Thomayerovy nemocnice v Praze už téměř 31 let. Posledních 15 let zastává pozici staniční sestry.

Jak jste se dostala ke zdravotnickému povolání?

Po ukončení základní školy, kdy se člověk obvykle rozhoduje, jsem váhala mezi ekonomickou a zdravotnickou školou. Gymnázium jsem rovnou vyloučila, protože jsem ho považovala za můstek na vysokou školu. Ke zdravotnictví jsem měla odjakživa tak trochu citový vztah, tak jsem nakonec zvolila zdravotnickou školu. Ekonomie by mě stejně nebavila.

Měla jste nějaký vzor v rodině?

Ne, narodila jsem se v učitelské rodině. Ale podle mě učitelé a zdravotníci mají cosi společného.

Učila jste se dobře? Bavilo vás to?

Ve škole mě to bavilo, ale výsledky jsem měla průměrné, protože jsem tenkrát byla tak trochu lajdák.

Vzpomínáte, jaké byly vaše začátky?

Vzpomínám. Mám pocit, jako by to bylo nedávno. Po maturitě jsem nastoupila na ORL oddělení dnešní Všeobecné fakultní nemocnice na Karlovo náměstí v Praze, kde jsem strávila ta nejhezčí léta svého pracovního života. Byla jsem mladá, práce se mi líbila, všechno šlo jak na drátku. Když jsem tam nastoupila a práci si chválila, kolegyně mi říkaly: „Počkej, jednou si vezmeš za manžela pacienta, to si tady bere každá, a stejně půjdeš na mateřskou.“ Já jsem si říkala, co pořád mají s tím pacientem, až jsem se časem vdala – samozřejmě za pacienta. Příští rok budeme spolu 40 let. Na ORL oddělení jsem pracovala až do mateřské dovolené.

Jak se vám dařilo skloubit práci ve směnném provozu s péčí o dítě?

Právě, že se mi to skloubit nepodařilo. Po mateřské jsem se chtěla vrátit na oddělení, ale v jeslích mi tenkrát řekli, že mi do nich vezmou dítě jen v případě, když tam půjdu pracovat. Musela jsem tedy dát v nemocnici výpověď a nastoupit jako sestra do jeslí, aby mi tam syna vzali. Když pak ale přešel do školky, vrátila jsem se do zdravotnictví. V roce 1981 jsem nastoupila do Institutu klinické a experimentální medicíny, který tenkrát sídlil tady v areálu Thomayerovy nemocnice, na oddělení transplantace ledvin. Tam jsem setrvala až do další mateřské dovolené, tentokrát s dcerou. Do třísměnného provozu jsem se ale vrátit nemohla, neměli jsme babičky na hlídání ani přátele, tak mi nabídli práci na transfuzním oddělení, kde se pracuje jen na ranní směnu a víkendy jsou volné.

Co je vlastně náplní práce staniční sestry?

Pracuji jako každá jiná sestra na oddělení při odběrech a zpracování krve. Krev nezůstává v podobě, v níž se odebírá, ale pomocí separace se tady rozdělí na tři výrobky. Kromě toho zodpovídám za hladký chod transfuzního oddělení. Organizují a kontrolují práci sester a sanitářek a ostatních pracovníků oddělení, komunikují s primářem oddělení, s nímž domlouvám organizační záležitosti, rozhodují, co kdo bude dělat a jak. Občas se stane, že někdo onemocní. Zkrátka všechny činnosti musím zkoordinovat tak, aby oddělení správně fungovalo.

dinovat tak, aby oddělení správně fungovalo.

Liší se práce na transfuzním oddělení od ostatních ambulantních zdravotnických provozů?

Hlavní rozdíl je v tom, že běžné ambulance navštěvují nemocní lidé, zatímco k nám naopak chodí lidé kypějící zdravím. Ti od nás nepotřebují pomoc, naopak pomáhají nám. Odlišný tak trochu bude způsob jednání s nimi. Když někomu není dobře, může být třeba mrzutý, zatímco u nás na transfuzce mají všichni dobrou náladu. Lidé darují krev, mají dobrý pocit, že udělali něco důležitého pro společnost, vyplaví se jim endorfíny. Přece jen je to tady trochu jiné než jinde v nemocnici.

Jaký typ lidí chodí dávat krev?

Nemyslím, že by dárci krve byli nějakým zvláštním typem lidí. Podle mě je ale spojuje jistý druh empatie – dávám krev, protože chci někomu pomoci. Jednou ji třeba budu potřebovat zase já. Mají dobrý pocit z toho, že pomáhají. Jinak jsou to lidé všech přípustných věkových kategorií.

Jak jsme na tom s dárcovstvím krve? Máme dostatek dárců?

Jak říká náš pan primář: „Krve je dost, dárců málo.“

Zažila jste při své práci na transfuzním oddělení nějaké dramatické chvíle?

Vyložené dramatické ne. Stane se, že se někomu po odběru udělá špatně, omdlí, ale to není nic vážného. Ono to vždycky vypadá hůř, než jaké to ve skutečnosti je. Špatně to nesou hlavně ostatní dárce, kteří přihlížejí. Úplně nejhůř to snášíjí prvodárci, stanovali se svědkem takového případu. Chvilku trvá, než se člověk probere. Celá mdloba trvá sice jen pár desítek vteřin, ale může se to zdát nekonečné. Ale jak říkám, takové situace spíš jen dramaticky vypadají.

Lidé někdy tvrdí, že nehodlají darovat krev, protože se vyvážá do zahraničí nebo se s ní plýtvá...

Krev pro potřeby transfuze nevyvážáme ani ji nedovážáme ze zahraničí. Krev se dá skladovat jen 42 dní a slouží výhradně k pokrytí potřeb našich lidí. Každý stát má vlastní



Foto: Markéta Mléková

dárce krve, svůj registr a tím pokrývá své potřeby krve. U dárcovství by se mělo dodržovat, aby dárce a příjemce pocházeli ze stejného prostředí, ze stejných klimatických podmínek, nemá se to kombinovat. Jediné, co se posílá do zahraničí, je plasma, která se tam zpracovává a posílá se k nám zpět, abychom ji použili pro naše účely. Takže se taková tvrzení nezakládají na pravdě. Jsou lidé, kteří se prostě bojí dávat krev. Někteří to přiznají, jiní ne a ti si pak většinou začnou vymýšlet báchoru kolem dárcovství, že by na transfuzní stanici byli nakaženi virem HIV nebo že se s krví plýtvá. Natropí tím víc škody než užítka, a to jen proto, že nepřiznají, že mají z odběru strach. Nejhorší je, že někteří lidé tomu věří a nechají se od případného rozhodnutí darovat krev odradit. Přitom dnes už se rozhodně nemůže stát, že bychom při odběru někomu napíchli infekci. Používáme výhradně nástroje na jedno použití.

Některá zdravotnická zařízení si stěžují na nedostatek sester. Jak je to u vás?

My máme personálu dostatek. Naše pracoviště je atraktivní i tím, že máme pouze jednosměnný provoz a nesloužíme o víkendech. Pracujeme se zdravými lidmi, takže kolegyně i málo stůňou. Od nás se odchází jen na mateřskou nebo do důchodu.

Ministerstvo zdravotnictví hodlá zkrátit dobu studia sester. Stačí podle vás sestře středněškolské vzdělání?

Možná je můj názor ovlivněn tím, že jsem začala pracovat u lůžka hned po maturitě a další vzdělání jsem si doplnila později. Myslím, že vzdělání na střední zdravotnic-

ké škole bylo vyhovující. Kdo chtěl, tak si vysokou školu vždycky mohl udělat. Nelíbí se mi, aby vysokoskolské vzdělání bylo podmínkou pro výkon sesterského povolání. Podle mě dnešní nedostatek sester způsobil právě i tento požadavek. Mně by vyhovoval návrat ke středněškolskému vzdělání sester s tím, že kdo to potřebuje ke své práci nebo chce, může studovat dále na bakaláře či magistra. Objevuje se také argument, že úroveň střední zdravotní školy se snižuje, protože se na ni dnes dostanou i čtyřkaři bez přijímacích zkoušek. Bez zkoušek se dnes přijímají lidé i na mnoho jiných škol. Až první či druhý ročník ukáže, kdo má o práci ve zdravotnictví opravdový zájem. Zůstanou tam ti nejlepší.

Máte dnes za sebou již skoro 41 let praxe. Když se ohlédnete, jak se podle vás toto povolání změnilo?

Především medicína se vyvíjí milými kroky. Technika, hlavně počítače, přístroje, nástroje, jednorázové pomůcky... To je obrovský pokrok a nesmírné ulehčení práce. Zažila jsem ještě kovové stříkačky, které jsme museli vyvažovat. Dnešní sestry to ale na druhou stranu mají velice ztížené tím, že se musejí probrat spoustou administrativy, všechno se musí zapisovat, je povinnost vést ošetřovatelskou dokumentaci, protože co je psáno, to je uděláno. Samozřejmě chápu, že písemné zápisy jsou důležité, jistě i kvůli možným žalobám pacientů na zdravotnická zařízení. Někdy mě napadá, jestli pro samou administrativu máme ještě čas na pacienta.

Když se člověk rozhodne dát krev, co má pro to udělat? Jak odběr probíhá?

Poděkování

Chtěla bych z celého srdce poděkovat staniční sestře Veronice Jalůvkové z oddělení geriatry a následné péče Thomayerovy nemocnice. Na tomto oddělení ležela moje maminka, která byla v těžkém stavu po cévní mozkové příhodě.

Veronika Jalůvková pro mě vždy měla dost času a trpělivosti, když jsem potřebovala informace o mamčině stavu, všechno mi vysvětlila. Je empatická, klidná a opravdu je člověkem na správném místě. Jsem jí nesmírně vděčná!

Původně jsem poděkování směřovala na vedení Thomayerovy nemocnice, ale bohužel nebylo geriatrickému oddělení ani staniční sestře sděleno, přestože mi na můj děkovní e-mail z vedení odpověděli, že poděkování sestřičce i celému oddělení tlumočili.

Myslím si, že těžká práce sestřiček na geriatrickém oddělení si opravdu veřejně pochválení zaslouží.

Magda Frýdlová, Dobříšovice

Nejlepší je přijít na transfuzní oddělení. Některá oddělení si dárce objednávají, k nám můžete přijít rovnou. Odebíráme ráno od 7.15 do 10 hodin každý pracovní den. Večer před odběrem by dárce neměl jíst nic tučného a neměl by pít alkohol. Ráno by se měl lehce nasnídat – čaj, rohlík, libovou šunku, med, marmeládu, ne mléko a mléčné výrobky. U okénka předloží občanský průkaz a kartičku pojišťovny, abychom si jej mohli zaregistrovat. Před odběrem dárce absolvuje „malé píchnutí“ k vyšetření krevního obrazu, který ukáže, zda je všechno v pořádku, abychom mu krev zbytečně neodebírali. Pak vyplní podrobný dotazník a prohlédne jej lékař, který posoudí jeho způsobilost k „velkému píchnutí“, tedy k odběru. V případě, že krev odhalí, že s jeho zdravotním stavem není něco v pořádku, domluví se s lékařem na dalším postupu.

Kolik krve se odebírá?

„Malé píchnutí“ znamená 2 ml krve, při velkém se odebírá 450 ml krve plus ještě dvě zkumavky na další vyšetření, jako jsou třeba na HIV, hepatitidu typu B a C, syfilis a další hematologická vyšetření.

Co se děje v případě, když v krvi dárce objevíte nějakou nesrovnalost až při jejím zpracování?
Na každého dárce máme kontakt, takže se s ním spojíme a pozveme jej k nám na vyšetření či mu doporučíme další postup.

Co byste sestřám nejvíc přála?

I když to zní jako klišé, tak bych jim přála peníze. Aby se jim dostalo finančního ohodnocení, jaké si zaslouží. Dále aby byl dostatek zdravotních sester, aby se mohly vystřídat ve službách, a přesto měly prostor pro odpočinek. Také si myslím, že kdyby

jich byl dostatek, zařízení by měla větší možnost výběru, takže by přirozenou cestou došlo k selekci a ve zdravotnictví by zůstaly jen ty, které o obor mají vážný zájem. Jako v každém zaměstnání i ve zdravotnictví se setkáte s lidmi, kteří jsou slušní a vstřícní, a na druhou stranu s lidmi, kteří jsou protivní. Ale pro zdravotnictví je obzvláště důležité, aby tu pracovali lidé, kteří k němu mají vztah a mají rádi lidi.

Čím se zabýváte, když nejste v práci? Máte nějaké koníčky?

S manželem již máme dospělé děti, protože jsme je pohledem dnešních mladých měli brzy, a ještě nejsme tak staří, abychom si nemohli užívat. Staráme se také o pejska a jezdíme na chalupu, kde si vždycky odpočinu a pročistím hlavu.

Markéta Mikšová

Studenti poměřovali své znalosti

Na konci března 2016 uspořádala Střední zdravotnická škola Ruská již 2. ročník soutěže v ošetřovatelství s celorepublikovou účastí, tentokrát na téma „Imobilizační syndrom“. V následujícím článku se můžete seznámit s průběhem a výsledky soutěže.

Do soutěže se přihlásilo 14 studentů z 1.–4. ročníků studijního oboru zdravotnický asistent z Čech a Moravy. Do Prahy přijeli všichni v doprovodu svých odborných učitelů. Do soutěže jsou nominováni nejúspěšnější žáci z jednotlivých škol, nejčastěji to jsou výherci školních kol soutěží.

Obsah soutěžních disciplín je přizpůsoben skutečnosti, že se jedná o studijní obor, který zahrnuje praktické i teoretické předpoklady. Teoretická část je věnována prezentaci vyhlášeného tématu, kdy si soutěžící připravuje teoretické poznatky ošetřovatelské péče, které pak porotě prezentuje prostřednictvím programu PowerPoint. V této části se studenti učí zpracovávat odborné teoretické poznatky a osvojuvat si komunikační dovednosti.

Následuje praktická část před odbornou porotou, která zahrnuje losování úkolů, zadání a následné řešení formou kazuistiky, nástin ošetřovatelských problémů a intervencí včetně praktického provedení ošetřovatelské činnosti zaměřené na prevenci a řešení problémů souvisejících s imobilizačním syndromem.

Výsledky soutěže

Soutěž vyhrála Hana Měrková ze SZŠ Kroměříž. Na druhém místě se umístila Markéta Novozámská z Gymnázia SOŠ ZE Vyškov a třetí místo obsadila Veronika Hejnyšová z VOŠZ a SZŠ Hradec Králové. Soutěžící prokázali snahu a zájem o ošetřovatelství a také ohromné nasazení. Všichni účastníci velmi důstojně reprezentovali vysílající školu.

Positivním prvkem je každoročně i doprovod odborných učitelů. Ten je studentům nejen významnou psychickou oporou při soutěži samotné, ale velmi prospěšné je vzájemné setkávání odborných učitelů, kteří mají prostor pro diskusi a navázání spolupráce. Na druhé straně odborní učitelé naší školy soutěž pečlivě připravují a usilují o vytvoření optimálních podmínek pro všechny zúčastněné. Velice nás těší a také motivuje, že mnozí soutěžící i odborní učitelé po ukončení soutěže avizovali svou účast v příštím ročníku. Všichni jsou srdečně zváni.

PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D.,
ředitelka,
PhDr. Zuzana Pohlavá,
statutární zástupkyně ředitelky,
SZŠ Ruská, Praha 10,
kohoutova@szs-ruska.cz

Den hygieny rukou ve FN Královské Vinohrady

Na 5. květen již tradičně připadá Světový den hygieny rukou, který vychází z projektu Světové zdravotnické organizace „SAVE LIVES: Clean Your Hands“ (Chraňte životy: myjte si ruce).



Jako již tradičně, i letos se Fakultní nemocnice Královské Vinohrady připojila k této intervenci a svou činnost projekt hygieny rukou podpořila.

Pohádka pro nejmenší

V tomto roce se hygienicko-epidemiologický tým náměstkyně pro ošetřovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče zaměřil na širokou veřejnost. Epidemiologické sestry navštívily mateřskou školu Omská na Praze 10. Dětem předškolního věku vyprávěly vzdělávací pohádku o Černé Bertě, která se nerada myla, a povídalý si s nimi o mytí rukou. Děti z mateřské školy předvedly velmi dobré znalosti o správném mytí rukou a věděly, proč je mytí rukou tak důležité. Namalovaly také obrázky, jak si představují, že vypadá bacil.

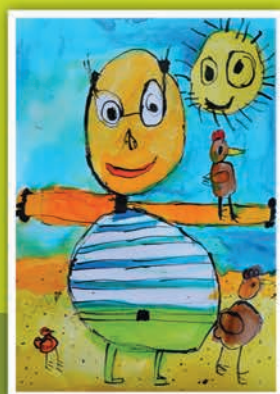
Nácvik správné techniky

Sestry také připravily dva edukační stánky v areálu nemocnice, kde se zaměřily na edukaci pacientů a jejich návštěv. Seznamovaly je se správnou technikou mytí rukou, dezinfekčními prostředky na ruce a možnostmi jejich využití. Návštěvníci si mohli za pomoci speciálních black boxů zároveň vizuálně ověřit, zda provádějí hygienickou dezinfekci rukou správně a na jaká místa na ruce při mytí zapomínají. O velkém zájmu o problematiku svědčí fakt, že stánky navštívili i velký počet návštěvníků z řad zdravotníků.

Sestry hygienicko-epidemiologického týmu zhodnotily akci jako úspěšnou a již nyní si začnou chystat projekt na další ročník Světového dne hygieny rukou.

Bc. Petra Nehodová,
epidemiologická sestra,
FN Královské Vinohrady

Inzerce M16100042



Byl vyhlášen 7. ročník výtvarné soutěže

ŠTASTNÉ STÁŘÍ OČIMA DĚTÍ

Soutěž, jejímž hlavním tématem je výtvarné zpracování dětského pohledu na stáří, je určena pro děti od předškolního věku do 15 let. Záměrem projektu je snaha o propojení generací a vzájemnou pomoc, odstranění předsudků o stáří a navázání spolupráce mezi školami a domovy pro seniory. Akce se koná pod záštitou ministryně práce a sociálních věcí Michaely Markšové.

Výtvarná díla lze zasílat do 30. června 2016, slavnostní vyhlášení proběhne 4. října 2016.

Bližší informace o soutěži a pravidla pro zaslání prací najdete na www.stastne-stari.cz, institut@apsscr.cz.



Urgentní stavy ve stomatologické ordinaci

Mezi nejzávažnější život ohrožující stavy, k nimž může dojít v rámci ošetřování pacienta na zubním křesle, patří reakce na anestetika, komplikace čelistních zánětů, aspirace cizího tělesa, poranění cév (zvláště v místě netušeného hemangiomu) a další iatrogenní poškození.

Obecné povědomí mezi zdravotníky o akutních stavech specifických pro stomatologické ošetření je poměrně nízké. Literatury zabývající se touto problematikou je poskromnu. Českojazyčné monografie jsou cíleny specificky na zubní lékaře a zabývají se v širší míře komplikacemi konkrétního stomatologického ošetření. Sestry přicházející do těchto ordinací nemají příliš tušení, co všechno bude potřeba ošetřovat. Urgentní stavy mají sice relativně malou četnost a vysokou specifickou, to ale nijak nesnižuje jejich závažnost. Naopak, pacienti mnohdy přicházejícího na banální stomatologický výkon mohou poznamenat na celý život, nebo dokonce ohrozit na životě.

Co je cílem stomatologie

Stomatologie patří k základním oborům medicíny, jehož důležitost (stejně jako důležitost jeho subdisciplín) nabývá stále více na významu ve všech civilizovaných státech světa. Zabývá se prevencí, vznikem, diagnostikou, léčbou a výzkumem anomálií, onemocnění, vývojových poruch a úrazů zubů, chrupu, ústní dutiny a veškerých tkáňových ústní dutiny, včetně orgánů a tkání, které jsou s ústní dutinou funkčně a topograficky (místně) spojeny.

Cílem tohoto oboru je zajištění odpovídající úrovně orálního zdraví u všech věkových skupin populace s ohledem na současné vědecké poznatky a mezinárodně uznávané programy zaměřené na zvyšování kvality zdraví, zvláště na dokumenty zpracovávající a vydávané Světovou zdravotnickou organizací. Stejně jako v jiných lékařských oborech jsou zde hojně využívány nejrůznější chemické prostředky (dezinfekce, anestetika, výplňové materiály atd.) a chirurgické přístupy i v nepřehledné tkáni, proto je riziko komplikace ošetření vystupňované v urgentní stav pravděpodobné.

Zánětlivé akutní stavy

Stěny regie hlavy a krku jsou utvářeny nepravidelně a jsou prostoupeny nervově-cévními svazky, které mohou sloužit pro šíření zánětlivých procesů z primárního fokusu *per continuitatem*. Toto šíření není omezeno jen na procesy zánětlivé, ale obdobně platí i pro procesy nádorové. Relativně benigní zánět zubní dřeně (*pulpitis*) může přejít až k život ohrožujícímu stavu, jakým je bezpochyby *mediastinitis* (z 50 % smrtelný). Primární příčinou je současné nejrozšířenější infekční onemocnění – zubní kaz (*Caries dentis*), potažmo tedy mikroorganismy, které jej vyvolávají (z těch nejvýznamnějších jsou to *Streptococcus mutans*, *sanguis*, *mitis*, dále *Lactobacillus acidophilus* či *Candida albicans*). První zánětlivou komplikací zubního kazu je právě zánět zubní dřeně. Pokud se včas nezaléčí, přechází přes stadium gangrény v zánět ozubice, akutní (*periodontitis akuta*) bolestivý nebo chronický (*periodontitis chronica*) neboletivý, který ovšem může akutně vzplanout do podoby *periodontitis exacerbans*.

Není-li ani v této fázi adekvátně léčen, šíří se zánět skrze spongiózu čelistních kostí až pod *periost*. To se již jedná o *periostitis*, charakterizovaný otokem měkkých tkání v okolí příčinného zubu a je značně bolestivý až do okamžiku, kdy dojde k perforaci periostu a přesunu k další fázi, kterou je *abscessus submucosus*. V tomto okamžiku skokově klesá subjektivně vnímaná bolest pacienta, což ovšem může vést k tomu, že pokud stomatologické ošetření nevyhledal až do této chvíle, motivace k tomu učinit tak nyní razantně klesne. V této chvíli obvykle nastává spontánní evakuace abscesu píštělí (zpravidla slizniční, vzácněji pak kožní). Problém ovšem nastane, pokud se fistula nevytvorí nebo nestačí odvádět exsudát dostatečně rychle vzhledem k jeho novotvorbě. V závislosti na lokalizaci příčinného zubu pak může docházet k šíření zánětu, kdy exsudát proniká na vnitřní

stranu mandibuly a šíří se směrem k jazyku, dorzálně do podčelistního prostoru. Způsobuje bolestivý otok a kontrakturu žvýkacích svalů. Další cesta zánětu může vést do předního patrového oblouku a jím se rozšířit do měkkého patra i do kořene jazyka. Následkem tohoto stavu je bezpochyby ztížené polykání a dýchání, ale vyloučeno není ani udušení, pokud není včas zahájena adekvátní terapie.

Další zásadní komplikací je pak přechod do zadního mediastina se zasažením *n. vagus* a velkých cév, což neléčeno vede k šokovému stavu a smrti, zejména u dětských pacientů. Jinou primární příčinou může být infikovaný vpich při svodné anestezii dolní čelisti či zánětlivě změněný hematoma jako následek takového vpichu, případně zánět lůžka po extrakci dolního zubu moudrosti. Hnis proniká k čelisti a žvýkacím svalům, což vede k výrazné kontraktuře atd. Pro aerobní infekce je charakteristická přítomnost hustého žlutého hnisu. V některých případech jsou tyto záněty až hnilobného charakteru. Jejich projevem je špinavě hnědý, silně páchnoucí řídký zánětlivý exsudát. Tento charakter mají především anaerobní infekce. Kromě zubního kazu a infikovaného vpichu může být primární příčina rozsáhlého ohrožujícího zánětu zánět slinných žláz, mizních uzlin (patrových mandlí), infikované zlomeniny čelisti a podobně. Zánět čelisti (*osteomyelitis*) může ve své chronické formě opět probíhat bezpříznakově. Obvykle je náhodně zjištěn na RTG, ale při akutním průběhu má pacient nesnesitelné bolesti, otok, zuby se vyvíklávají. V horní čelisti může dojít ke vzniku empyému čelistní dutiny se sekrecí hnisavého charakteru vycházející z nosu. V dolní čelisti se objevují parestezie až anestezie (tzv. Vincentův příznak) způsobené přítomností hnisu v čelistním kanálu. Hrozí zde mimo jiné nebezpečí spontánních fraktur. Ke tvorbě abscesů dochází nejčas-



Ilustrační foto: Shutterstock

těji z infikovaného zubu (pokročilého zubního kazu). Při neléčení dojde k šíření zánětu ze zubního abscesu na další oblasti, například i do očníce, na jařmový oblouk k hltnu. Tyto části jsou potom také zasaženy záněty s typickými projevy – horečka, zarudnutí, bolestivost, výpotek. Aby nedošlo k sepsi, je potřebná evakuace zánětlivého sekretu a antibiotické krytí lokálně i celkově. Pacient je ošetřován v celkové anestezii a hospitalizován na specializovaném pracovišti.

Traumatologické akutní stavy

K poranění při zubním ošetření dochází nejčastěji z důvodu nepříznivých anatomických poměrů, využití nesprávné extrakční techniky, komplikací při resekci zubu, chirurgické extrakce zubu v nebezpečné oblasti nebo nešetřené exkochleace extrakční rány. Následkem může být tzv. oroantrální komunikace, projevující se krvácením z nosu či výtokem tekutin z nosního průchodu poraněné strany při pití. K poranění dochází někdy i při vpichu jehly s anestetikem, zejména v oblasti velkých žilních plexů nebo alveolární tepny. Následkem je prudké krvácení. Ještě dramatictější bývá krvácení z poraněného hemangiomu nebo hamartomu ukrytého ve spongióze čelistí. Náhodné otevření hemangiomu v průběhu extrakce zubu má za následek dramatické masivní krvácení, které je jen velmi obtížně zastavitelné a může vést v poměrně krátkém čase ke smrti. Hemangiomy jsou dnes spatřitelné ve stomatologii častěji než dříve a zejména u mladých lidí do 20 let. Krvácení je

zastavováno digitálním stlačením lůžka, stlačením arterie, příp. prostřednictvím replantace extrahovaného zubu. Poté musí bezodkladně následovat urgentní podvázání krkavice a přivolání rychlé lékařské pomoci.

Aspirace

K ohrožující aspiraci může dojít při nesprávném extrakčním mechanismu, kdy při prudkém stisknutí chapadel extrakčních kleští zub z lůžka přímo „vystřelí“ (platí pro jednokořenové zuby). U ležícího pacienta je riziko aspirace vyšší a není omezeno jen na jednokořenové zuby. Navíc obdobným mechanismem může dojít i k aspiraci cizích těles, konkrétně se jedná o protetické výrobky (korunky, kořenové inleje, můstky). Aspirace se projevuje různě v závislosti na místě uvíznutí aspirovaného předmětu. Částečný uzávěr horních cest dýchacích vede k inspiračnímu stridoru, částečný uzávěr dolních cest dýchacích ke stridoru exspiračnímu. Úplný uzávěr dolních cest vede k rychlému rozvoji dušnosti, bezvědomí z hypoxie, rozvíjí se cyanóza a dýchací šelesty jsou již neslyšné. Dochází k vzestupu tlaku krve a tachykardii, která při progresi stavu přechází v bradykardii a k finálnímu zhroucení oběhu.

Pronikl-li zub, náhoda či nástroj až do *ventriculus laryngis*, dojde k laryngálnímu spasmu a dušení, které může mít i fatální konec, nepodaří-li se včas předmět vybatvit nebo provést tracheo- či koniotoonii. Zde je včasný příjezd rychlé záchranné služby velmi žádoucí. Nastat může i situace, kdy předmět pronikne až do bronchu, aniž by vůbec vyvolal záchvat kašle.

Proto je na aspiraci nutno pomýšlet vždy, kdy při ošetřování zmizí během manipulace jakýkoli předmět. Postup řešení spočívá v uvolnění dýchacích cest, v digitálním vyšetření nosohltanu, v odsátí, ve vyzvání pacienta ke kašli, v úderu mezi lopatky (tzv. Gordonův manévr), popř. Heimlichův manévr), v podání kyslíku, v kompresi hrudníku na pevné podložce (při bezvědomí pacienta), popř. v koniotomii nebo koniopunkci a v neposlední řadě v přivolání rychlé lékařské pomoci.

Reakce po podání lokální anestezie

Anestetika používaná v zubním lékařství pro lokální anestezii mohou vyvolat určité komplikace a vážné vedlejší účinky. Většina zdravotníků předpokládá po podání anestetika jako komplikaci zejména alergickou reakci. Nejčastější komplikací po podání lokální anestezie ve stomatologii je ale akutní toxická reakce. Dochází k ní při relativním či absolutním předávkování anestetikem, tedy vysokou hladinou anestetika v krevním oběhu a jeho účinku na centrální nervový systém. K absolutnímu předávkování dochází za situace, kdy je překročena maximální přípustná dávka pro danou kategorii pacienta, k čemuž dochází jen zřídka vzhledem k poměrně dobrému bezpečnostnímu

profilu dnešních lokálních anestetik. K relativnímu předávkování může dojít, pokud je vstřebávání anestetika z místa podání příliš rychlé – kvůli bohaté vaskularizaci dané tkáně, překrvení v důsledku zánětu nebo při neúmyslném a nezjištěném intravazálním podání, či pokud eliminace z těla je příliš pomalá, např. v důsledku renální insuficience, jaterních chorob, enzymové indukce apod. O okamžitou reakci se jedná, pokud se příznaky toxického působení objevují ihned (což nastává např. při zmíněném intravazálním podání). Pokud k nim dochází až po čase (cca 20 až 30 min.), jedná se o reakci pozdní, z diagnostického hlediska obtížnější, neboť souvislost s podáním anestetika již není natolik zjevná.

V první fázi bývá pacient euforický a excitovaný. Toto stadium však obvykle netrvá dlouho a přechází do fáze druhé, která je charakterizována úzkostí a následnou somnolencí. Úzkost pacienti udávají téměř vždy, někdy vyjadřují až obavy o svůj život. Začíná se rozvíjet bolest hlavy, tinitus, nauzea, kůže bývá bledá, vlhká, studený pot. Dýchání je zrychlené, ale mělké, krevní tlak zpočátku stoupá. Další případný rozvoj může probíhat pod obrazem klonických křečí. Léčba v případech akutní toxické reakce na lokální anestetika v zubním lékařství spočívá v uložení

pacienta do horizontální polohy, v aplikaci kyslíku a v podání diazepam. Při zástavě dechu a oběhu je nutno bezprostředně zahájit kardiopulmonální resuscitaci. K projevům alergické reakce patří nejčastěji exantémy, enantémy, otoky zvláště u prokainu, až synkopální stavy, akutní kolapsy a úmrtí (tj. následky působení vazokonstrikční látky na srdeční sval). Jako komplikaci lokálního umrtvení lze také zmínit laryngospasmus vznikající na podkladě trigeminovagálního reflexu. Terapie u alergických reakcí na lokální anestezii spočívá v ležících případech v uvedení pacienta do horizontální polohy a v aplikaci dihidradenu či protazinu. V těžších případech, kdy dochází ke zhoršování životních funkcí, je nutno neprodleně přivolat rychlou záchrannou službu a započít kardiopulmonální resuscitaci.

Vzduchová embolie

Vzduchová embolie je stav, při kterém se atmosférický plyn dostává do žilního systému a je následně krevním řečištěm transportován. Může vyplnit pravou komoru a znemožnit tak její práci nebo se, promísený s krví, dostává do malého oběhu a ucpává plicní kapiláry. Vzduchová embolie, která se dostane do mozku, se projevuje okamžitou ztrátou vědomí a často se u ní objevují i křeče. Vzduchová

embolie na srdci se projeví bolestí na hrudi a dušností. Při poslechu srdce je slyšitelný zvuk podobný mlýnskému kolu. U plicní vzduchové embolie se objevuje dušnost a také charakteristické poslechové fenomény. Kromě toho jsou pro vzduchovou embolii typické i další příznaky jako cyanóza, neklid, porucha vědomí, hyperaktivita. Objevují se i slabosti a bolesti určitých svalových skupin, které po několika hodinách pozvolna odeznívají. Uvádí se, že vniknutí více než 20 ml vzduchu vyvolává první příznaky embolizace a množství přibližně 100 ml bývá smrtelné.

Žilní vzduchová embolie je vzácná, život ohrožující, převážně iatrogenní komplikace, která může vzniknout při implantačním či stomatochirurgickém výkonu následkem chybně použité chladič směsi vzduch/voda u běžně používaných vnitřně zavlažovaných přetlakových vrtaček. Terapie spočívá v uložení pacienta do Trendelenburgovy polohy (horní část těla níže než dolní), zprůchodnění dýchacích cest, v nepřetržitě poskytování 100% kyslíku, zajištění žilního vstupu – volumoterapie, podávání analgetika. Zajistit letecký transport do zařízení vybaveného hyperbarickou komorou (piloti musí udržovat výšku letu pod hranicí 165–264 metrů), v závislosti na rozvíjející se symptomatologii – kardiopulmonální resuscitace.

Závěr

Nejrůznější komplikace i banálního, rutinního zubního ošetření mohou mít fatální následky. Zubní lékaři napříč generacemi se nejvíce obávají komplikací z důvodu poranění hemangiomu. Hemanგიომ není zjištělný běžnými zobrazovacími metodami, a není tak mnohdy možné jeho poranění předem vyloučit. Může se tedy stát, že zcela zdravý pacient může během stomatologického zákroku zemřít, přestože ošetřující lékař jedná zcela *lege artis*.

Dále je důležité upozornit na to, že v literatuře je sice opakovaně zmiňována alergická reakce na anestetika, ovšem mnohem častější je reakce toxická. Navíc anafylaxi jako nebezpečnou komplikaci lze sledovat nejen v souvislosti s podáním lokální anestezie, nýbrž i jako reakci na lokální dezinficienci, což je stav vyžadující urgentní zásah. Zarážející je, že i navzdory kvalitě a dostupnosti dnešní zdravotní zubní péče mohou někteří lidé zprvu nekomplikovaný zánět okostice nechat přejít až ve fatální mediastinitidu.

Literatura u autorek

PhDr. Martina Mukšnáblová,
učitelka SZŠ Ruská, Praha 10,
Ing. Julie Kocfeldová,
zubní instrumentářka,
m.muksnablova@tiscali.cz

Edukační proces u pacienta s glaukomem

Ráda bych čtenáře seznámila s průběhem edukačního procesu, který jsme se spoluautorkou článku připravily pro pacientku s glaukomem (zelený zákal).

Většinu informací o zdravotním stavu i průběhu onemocnění poskytuje pacientovi lékař. Nezastupitelná část edukace je ale na sestře, která by se měla věnovat především praktické stránce péče o pacienta. Totéž platí i u pacienta s glaukomem. Sestra poskytuje nemocnému informace, různá poučení, rady, návody a edukační materiály. Na konci edukačního procesu by měl pacient mít dostatek nových informací, vědomostí, zručností a postojů. V přípravné fázi před vlastní edukací si musí sestra vypracovat plán jednotlivých edukačních setkání. Edukační proces má 5 fází.



Změny v zorném poli u glaukomu

1. Etapa posouzení – sběr údajů

Edukaci jsme prováděly u 48leté pacientky odeslané ambulancí očním lékařem k hospitalizaci na oční část lůžkového oddělení chirurgických oborů I pro dekompenzaci hodnot nitroočního tlaku a prošetření nitrooční tenze pro zhoršení vidění do dálky. Ambulantní hodnoty nitrooční tenze OD (pravé oko) – 33 torrů, OS (levé oko) – 32 torrů. Pacientka léčena s glaukomem, nedodrzuje léčebný režim. Byla odeslána k nastavení a upravení léčby. Posoudily jsme celkový zdravotní stav pacientky, zaměřily jsme se na anamnézu, dále posoudily tělesný stav, mentální úroveň,

způsob komunikace, řečový projev, společensko-ekonomické faktory, způsob učení, motivaci, postoj k edukaci, vztah k vlastnímu zdraví, bariéry v učení, zkušenost s danou problematikou, faktory napomáhající učení, posouzení motoriky, praktických zručností, a zda v současné době užívá nějaké léky ovlivňující schopnost edukace. Vše proběhlo formou rozhovoru. Na závěr nám pacientka vyplnila dotazník (viz tab. 1).

2. Etapa diagnostiky – zhodnocení získaných údajů

Na základě rozhovoru a odpovědí pacientky na uvedené otázky v dotazníku jsme zjistily deficit vědomostí a zručností a stanovily jsme edukační diagnózy:

• nedostatek vědomostí o:

- glaukomu v souvislosti s nedostatkem informací,
- rizikových faktorech vzniku glaukomu v souvislosti s bagatelizací choroby,
- glaukomovým záchvatu v souvislosti s nedostatkem osobních zkušeností,
- správné životosprávě v souvislosti s glaukomem;



ilustrační foto: Shutterstock

- **nedostatek vědomostí a zručnosti:** při aplikaci léků do očí v souvislosti s chybně vysvětleným praktickým postupem;
- **nedostatek v postojích:** strach z úplné ztráty zraku a budoucnosti v důsledku glaukomu.

3. Etapa plánování – stanovení priorit edukace

- Získat potřebné vědomosti o glaukomu.
- Získat potřebné vědomosti o rizikových faktorech glaukomu.
- Získat dostatečné vědomosti o glaukomovém záchvatu.
- Naučit pacientku (event. její rodinu) správnou aplikaci léků do očí.
- Seznámit pacientku se správnou životosprávou při glaukomu.
- Seznámit pacientku s nutností změnit svůj postoj ke svému zdraví.

Záměr edukace je adaptovat se na trvale změněnou životní situaci.

Cíle edukace:

- **Afektivní:** pacientka projeví pozitivní postoj a vůli aktivně spolupracovat a snahu získat vědomosti k dodržování správné

životosprávy, prokáže změny v názorech a postojích při úpravě režimu.

- **Kognitivní:** pacientka po ukončení edukace projeví komplexní vědomosti o glaukomu, rizikových faktorech vzniku glaukomu, o glaukomovém záchvatu, o úpravě životosprávy a monitorování zdravotního stavu.
- **Behaviorální:** pacientka si upraví životosprávu, dodržuje předepsaný léčebný režim, pacientka (rodina) zvládá aplikaci očních léků, dokáže monitorovat stavu a při zhoršení adekvátně reaguje.

Metody edukace:

- motivační rozhovor,
- zodpovídání otázek,
- instruktáž a praktické cvičení,
- přednáška – prezentace v PowerPoint,
- diskuse,
- zpětná vazba (rozhovor, dotazník).

Forma edukace: individuální, skupinová

Místo edukace: ambulance, seminární místnost

Počet sezení: 5 sezení po 30–50 minutách

Edukační pomůcky:

- **textové** – letáčky, učebnice, brožury, hodnotící dotazník,
- **vizuální** – fotografie, prezentace v PowerPoint, obrázky, zdravotnický materiál (pomůcky k aplikaci očních léků),
- **edukační karty.**

Témata edukace a předpokládaný čas edukace:

- **edukační jednotka č. 1:** životospráva při glaukomu – 40 min.
- **edukační jednotka č. 2:** onemocnění glaukom – 50 min.
- **edukační jednotka č. 3:** rizikové faktory při vzniku glaukomu – 30 min.
- **edukační jednotka č. 4:** glaukomový záchvat – 45 min.
- **edukační jednotka č. 5:** aplikace očních léků – 45 min.

4. Etapa realizace – podrobný popis edukační jednotky č. 1

Edukační jednotka č. 1

- **Téma edukace:** životospráva při glaukomu
- **Čas a délka edukační jednotky:** 40 min.
- **Forma edukace:** individuální
- **Místo edukace:** klidná místnost, pokoj pacientky, vyšetřovna
- **Cílová skupina edukace:** pacientka
- **Metoda edukace:** motivační rozhovor, vysvětlování, zodpovídání otázek, diskuse, zpětná vazba, práce s textem
- **Edukační pomůcky:** edukační karta č. 1 (viz box), letáčky, brožury, učebnice

Cíl edukace

- **Kognitivní:** pacientka má dosta-

tek vědomostí o životosprávě při glaukomu.

- **Afektivní:** pacientka projeví zájem získat nové informace o životním stylu při glaukomu a projeví ochotu změnit svůj dosavadní životní styl.
- **Behaviorální:** pacientka se aktivně zapojuje do edukačního procesu a upraví svůj životní styl.

Realizace

- **Motivační fáze:** 5 minut
Motivačním rozhovorem jsme povzbudily pacientku k vzájemné spolupráci, vytvořily jsme příjemné a klidné prostředí. Pacientku jsme stručně seznámily s průběhem edukace, jeho obsahem a cílem.

Edukační karta č. 1 Život se zeleným zákalem

A. Desatero pro život se zeleným zákalem

1. **Návštěva očního lékaře** – nemocných stále přibývá, věková hranice se snižuje. Jen oční lékař může včas rozpoznat zelený zákal a zahájit léčbu.
2. **Včasně preventivní prohlídky** – po 35. roce by se měl každý podrobit očnímu vyšetření. Glaukom bývá dědičný, pozor na rodinné dispozice.
3. **Léky** – předepsané oční kapky je nutné užívat přesně, onemocnění se nebudete zhoršovat.
4. **Pravidelné kontroly** – doporučuje se dodržovat termín návštěv, lékař může snížit či zvýšit dávkování léků v závislosti na stavu.
5. **Upozornění** – jestliže máte glaukom a začnete trpět bolestmi hlavy či náhlou poruchou vidění, měl byste co nejdříve navštívit lékaře. Příznaky mohou signalizovat glaukomový záchvat.
6. **Zdravotní stav** – vysoký krevní tlak, cukrovka a jiná onemocnění mohou nepříznivě působit na zrak. Vhodné je pravidelně docházet na preventivní zdravotní prohlídky k praktickému lékaři.
7. **Bezpečnost v dopravě** – pokud pacient s glaukomem netrpí silnou ztrátou zorného pole, může řídit vozidlo, nutné je však informovat se u očního lékaře, zda předepsané léky neovlivňují schopnosti při řízení.
8. **Kouření** – snižuje prokrvení očního nervu, což ho více zatěžuje.
9. **Televize a čtení** – pacienti s glaukomem mohou sledovat televizi, pracovat s počítačem a číst jako jindy.
10. **Sport a tělesný pohyb** – je doporučován v rozumné míře, způsobuje lepší prokrvení a vyvolává pocit pohody, to pomáhá i očím.

B. Co mohu dělat – zábava a sport:

- pravidelně fyzicky cvičit – vhodné rozcvičky ráno, procházky na čerstvém vzduchu,
- správná relaxace,
- dostatečné množství spánku – na usínání lze doporučit 2–3 lžičce medu s teplou vodou,
- lze chodit do sauny – nemá vliv na zvýšení nitroočního tlaku,
- potápění – lze provádět po poradě se svým lékařem,
- létání – je třeba se poradit se svým očním lékařem,
- hraní na dechový hudební nástroj – nutno konzultovat se svým lékařem,
- kontaktní čočky – mohou se nosit, ale po poradě se svým očním lékařem,
- těhotenství a kojení – váš ošetřující lékař musí vědět, které léky na snížení nitroočního tlaku jsou neškodné pro matku i plod.

C. Čeho se vyvarovat:

- stres,
- zaměstnání s velkým nervovým vypětím,
- přesčasové práce,
- nočních služeb,
- práce v horkých provozech a práce se stálými vibracemi,
- je nutný zákaz pití černé kávy, silného čaje, velkého množství tekutin najednou (vedou ke zvýšení nitroočního tlaku),
- vyhnout se přejídání a hladovění,
- omezit příjem potravy se zvýšeným obsahem tekutin,
- činnosti v předklonu – v práci dělat přestávky,
- zvedání těžkých předmětů a prudkých pohybů hlavou,
- ze stravy vyloučit pikantní a ostrá jídla,
- vyhnout se čtení při špatném osvětlení,
- je nutné zakázat kravaty, tuhé límce (vše, co by mohlo ovlivnit krevní oběh v oblasti hlavy).

Vaši rodinní příslušníci si případně ohrožení glaukomem mohou otestovat na: www.glaukom.cz

Další informace můžete čerpat na: www.zeleny-zakal.cz



ilustrační foto: Shutterstock

• **Expoziční fáze:** 15 minut

Úvodem této fáze edukace jsme pacientce zdůraznily, že správný životní styl může ovlivnit průběh glaukomu (viz box). Tyto informace jsme podaly v rámci své kompetence.

Glaukom je onemocnění, které může vést k nevidomosti, a proto je nezbytné, aby pacient s tímto onemocněním přísně dodržoval léčebný režim a chodil na pravidelné prohlídky ke svému lékaři.

• **Fixační fáze:** 10 minut

Zopakování nejdůležitějších informací a vyjasnění postojů k dané problematice. Pacientce jsme odpovíděly na její dotazy.

• **Fáze ověřovací:** 10 minut

Dotazováním a rozhovorem jsme zjistily míru získaných vědomostí o životosprávě. Pacientka prokázala, že pochopila nutnou úpravu životosprávy a správně odpověděla na otázky. Byla jí poskytnuta edukační karta, kterou si po propuštění odnesla domů. **Cíl edukace splněn.**

5. Etapa vyhodnocení

Po realizaci všech edukačních jednotek jsme zhodnotily efektivnost edukace tím, že jsme předložily pacientce vstupní dotazník na opětovné vyplnění. Vyhodnocením odpovědí z dotazníku jsme zjistily **splnění cílů edukace**, které jsme si stanovily před edukačním procesem.

Závěr

Edukace má v ošetřovatelské práci své nezastupitelné místo, zejména pokud se jedná o glaukom. Zde se v edukaci zaměříme hlavně na přísné dodržování léčebného režimu, správnou aplikaci očních kapek, dostatečné množství kvalitních informací o onemocnění, léčebném režimu, spolupráci ze strany pacienta. Tyto prvky se podílejí na úspěchu léčby a výskytu komplikací. Následkem nedostatku informací může dojít k progresivnímu zhoršování zrakových funkcí, kdy během krátké doby může dojít ke slepotě. Jakékoli zhoršení zraku ztěžuje zvládnání běžných každodenních činností, ohroží vykonávání zaměstnání, zálib a zasáhne do rodinného života každého zrakově postiženého jedince.

Mgr. Monika Zakopčanová,

vrchní sestra lůžkového

oddělení chirurgických oborů I,

Nemocnice Znojmo, p. o.,

monika.zakopcanova@nemzn.cz,

Blanka Zimmermannová,

všeobecná sestra lůžkového oddělení

chirurgických oborů I,

Nemocnice Znojmo, p. o.,

blanka.zimmermannova@nemzn.cz

Dotazník ke zjištění vědomostí o glaukomu

1	Glaukom (zelený zákal) je?	Odpověď
a)	zvýšené prokrvení oka	
b)	zkalení oční čočky	
c)	poškození sítnice	
d)	odumírání buněk zrakového nervu	
2	Rizikové faktory vzniku glaukomového poškození jsou:	Odpověď
a)	kouření	
b)	stres	
c)	zvýšený nitrooční tlak	
d)	dědičnost	
e)	cukrovka	
f)	vysoký krevní tlak	
g)	neznám žádné rizikové faktory	
3	Glaukom při dodržování léčebného režimu je onemocnění:	Odpověď
a)	vyléčitelné	
b)	vyléčitelné při včasném zjištění	
c)	nevléčitelné s možností pomalého zhoršování stavu	
d)	nevléčitelné s možností rychlého zhoršování stavu, může vést ke ztrátě zraku	
4	S glaukomem mohou:	Odpověď
a)	vypít větší množství tekutin v krátkém časovém období	
b)	náhle přecházet ze tmy na jasné světlo	
c)	být v neustálém stresu a fyzicky se velmi namáhat	
d)	zvedat těžká břemena a být v neustálém předklonu	
5	Glaukomový záchvat může být vyvolán:	Odpověď
a)	pobytem ve tmě	
b)	čtením	
c)	zvýšenou tělesnou námahou	
d)	ručními pracemi	
e)	konzumací většího množství tekutin v krátkém časovém úseku	
6	Víte, jak se může projevit glaukomový záchvat?	Odpověď
a)	zarudnutím očí	
b)	otokem víček	
c)	zvýšeným slzením	
d)	bolestmi hlavy	
e)	zamlženým viděním	
f)	zánětem očí	
g)	modřinou v okolí očí	
7	Při výskytu příznaků glaukomového záchvatu:	Odpověď
a)	vyčkám, až příznaky odezní, pak navštívím praktického lékaře, který rozhodne o dalším postupu	
b)	ihned navštívím očního lékaře	
c)	objednám se na oční vyšetření a budu o projevech záchvatu informovat lékaře	
8	V průběhu léčby se oční kapky aplikují:	Odpověď
a)	při výskytu potíží (bolest hlavy, tlak v očích)	
b)	v pravidelných intervalech	
c)	kdykoliv, když si vzpomenu	
9	Správný postup při aplikaci kapek je:	Odpověď
a)	kapat do středu oka, při použití více preparátů dělat přestávku aspoň 5 minut mezi aplikacemi	
b)	kapat do středu oka, při použití více preparátů není nutno dělat mezi aplikacemi přestávku	
c)	kapat do vnitřního koutku, při použití více preparátů není nutno dělat mezi aplikacemi přestávku	
d)	kapat do vnitřního koutku, při použití více preparátů dělat přestávku aspoň 5 minut mezi aplikacemi	
10	Při používání očních kapek:	Odpověď
a)	mohu mít kapky uložené na teplém místě	
b)	mohu mít kapky uložené na chladném místě	
c)	musím mít čisté ruce	
d)	kapátko musí být čisté	
e)	nemusím dbát pokynů lékaře a dodržovat přesné intervaly kapání	
f)	v případě pálení, slzení očí, bušení srdce musím informovat lékaře	
11	S glaukomem musím:	Odpověď
a)	pravidelně navštěvovat oftalmologa	
b)	dbát pokynů lékaře a dodržovat přesné intervaly kapání	
c)	být v neustálém stresu a fyzicky se velmi namáhat	
d)	chránit oči před úrazem	
e)	v případě zhoršení zraku, bolesti, nevolnosti, zarudnutí očí ihned vyhledat pomoc oftalmologa	
f)	trvale užívat předepsané léky a kapky	
g)	podstupovat pravidelně předepsaná kontrolní vyšetření	
h)	nemusím dbát pokynů lékaře, nemusím užívat trvale žádné léky	
12	Mezi nejvážnější komplikace glaukomu patří:	Odpověď
a)	nevidomost	
b)	poruchy vidění	
c)	časté záněty očí	
d)	trvalá bolest hlavy	

Etiológia artériovej hypertenzie

Autorky v príspevku popisujú klasifikáciu artériovej hypertenzie ESH/ESC 2003 podľa odporúčaní JNC Guidelines pre hypertenziu 2003. Analyzujú faktory dedičnosti a konštitúcie, životného štýlu, vplyvu vonkajšieho prostredia a ochorení získaných a vrodených a základné rozdelenie arteriálnej hypertenzie na primárnu a sekundárnu.

Artériová hypertenzia sa diferencuje podľa príčin na kardiovaskulárnu, cievnu, obličkovú, neurogénnu, endokrinnú podmienenú, ako syndróm spánkového apnoe, na liekmi navodenú hypertenziu, hypertenziu v gravidite, pseudohypertenziu, hypertenznú krízu, ako emergentné stavy, ako urgentné stavy, na malígnu hypertenziu, maskovanú hypertenziu, hypertenziu v skorých ranných hodinách alebo HELLP hypertenziu ako minimálne zmeny tlaku krvi.

Artériová hypertenzia

Artériovej hypertenzii, silnému nezávislému rizikovému faktoru, patrí celosvetovo prvenstvo v príčinách mortality medzi ostatnými rizikovými faktormi kardiovaskulárnych ochorení. Zaraďuje sa medzi civilizačné ochorenia, tak ako v rozvinutých, tak i v rozvojových krajinách. „Artériová hypertenzia je podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) definovaná ako trvalé, opakovanými meraniami potvrdené zvýšenie systolického krvného tlaku (sTK) ≥ 140 mmHg a diastolického krvného tlaku (dTK) ≤ 90 mmHg.“ (Jonáš, 2005, s. 9) Hypertenzia je viacstupňový proces a je jedným z nezávislých rizikových faktorov kardiovaskulárne-

ho ochorenia. Artériová hypertenzia sa väčšinou neprejavuje žiadnymi príznakmi. Ak je človek zdravý, cievy má pružné. S narastajúcim vekom sa stávajú cievy tuhšími, menej elastickými a do stien sa ukladajú vápnikové a cholesterolové častice. Cievy sa postupne zužujú, až môže dôjsť k zúženiu ciev a poškodeniu orgánových systémov srdcového cievného, mozgu, obličiek, alebo aj k náhlej smrti (Kamenský, 2010, s. 9). Príznaky u chorých s hypertenziou sa môžu prejavovať bolesťami hlavy, najmä v záhlaví, sprevádzanými závratmi, nauzeou alebo aj vracaním, ďalej tiež opuchmi dolných končatín, pocitovaním únavy, epistaxou.

Klasifikácia artériovej hypertenzie

„Artériová hypertenzia sa klasifikuje podľa nameranej výšky systolického a diastolického tlaku.“ (Smetanová, 2006, s. 49) Slovenská kardiologická spoločnosť a Slovenská hypertenziologická spoločnosť v roku 2004 prijali odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti a Európskej hypertenziologickej spoločnosti pre manažment artériovej hypertenzie z roku 2003. Pri klasifikácii sa vychádza z hodnôt TK, zistených ambulantne (Smetanová, 2006, s. 49).

Tab. 1 Klasifikácia artériovej hypertenzie ESH/ESC Guidelines Committee, z r. 2003

	Systolický TK (mmHg)	Diastolický TK (mmHg)
Optimálny	< 120	< 80
Normálny	120–129	80–84
Vysoký normálny	130–139	85–89
Hypertenzia – stupeň 1	140–159	90–99
Hypertenzia – stupeň 2	160–179	100–109
Hypertenzia – stupeň 3	> 180	> 110
Izolovaná systolická hypertenzia	> 140	< 90

Tab. 2 Klasifikácia hypertenzie podľa JNC, 2003 (mmHg)

	Systolický TK	Diastolický TK
Normálny	< 120	< 80
Prehypertenzia	121–139	81–89
Hypertenzia – stupeň 1	140–159	90–99
Hypertenzia – stupeň 2	> 160	> 100



ilustrácia foto: Shutterstock

Podľa odporúčaní USA Joint National Committee Guidelines (JNC) pre hypertenziu, ktoré boli publikované v roku 2003, sú kategórie normálnej a vysoký TK zlučené do jednej nazývanej „prehypertenzia“. Toto sa zakladalo na dôkazoch z Framinghamskej štúdie ukazujúcich, že u takýchto pacientov je vo všetkých vekových kategóriách väčšia šanca, že sa hypertenzia vyvinie, než u tých, ktorých hodnota tlaku krvi (TK) je menšia ako 120/80 mmHg. Aj keď prehypertenzia nie je klasifikovaná ako chorobný stav, ľudia s prehypertenziou by mali byť vedení k zmene životného štýlu tak, aby sa riziko rozvoja hypertenzie výrazne znížilo.

Etiológia artériovej hypertenzie

V etiológii artériovej hypertenzie zohráva úlohu komplex faktorov dedičnosti a konštitúcie, životného štýlu, vplyvu vonkajšieho prostredia a vrodených alebo získaných ochorení.

Rozdelenie artériovej hypertenzie:

- **Primárna** (esenciálna) artériová hypertenzia, ktorá je najčastejším chronickým ochorením. Vyvolávajúca príčina je nejasná, no poznáme celý rad patogenetických mechanizmov. Uplatňuje mnohé fak-

tory (exogénne, endogénne) ovplyvňujúce hodnoty krvného tlaku. Na patogenéze sa zúčastňujú mechanizmy ako dedičnosť, pohlavie, vek, zmena telesnej hmotnosti, stravovacie návyky, chlorid sodný, nadmerná konzumácia alkoholu, environmentálne vplyvy (vplyv prostredia, migrácia, znečistené prostredie, zmeny chovania), psychosociálne faktory (chronický stres, pracovné vypätie, tlak na osobný úspech, strata zázemia) a kognitívne vplyvy. Pre počiatočnú fázu je charakteristické zvýšenie pulzu – minútového srdcového objemu a periférnej cievnej rezistencie. Zvýšená aktivita sympatika nervového systému sa dokázala v rôznych orgánoch (obličky, srdce, kostrové svalstvo). Predpokladá sa zníženie kapacity noradreálnového transportného systému. U chorých s artériovou hypertenziou bieleho pláštia sa dokázala zvýšená sekrecia katecholamínov počas dňa (Smetanová, 2006, s. 26).

- **Sekundárna** artériová hypertenzia je zvýšenie krvného tlaku dôsledkom presne definovaného patologického stavu. Príčina ochorenia je známa do určitej miery a je symptomatická, uplatňuje presne definované príčiny vrodené alebo

získané: ochorenie obličiek, nadobličiek, endokrinné podmienená, hypertenzia v gravidite, kardiovaskulárna, neurogénna, spánkové zastavenie dychu (apnoe), liekmi navodená hypertenzia, pooperačné stavy, hypertenzia bieleho pláštia, pseudohypertenzia.

Diferenciácia artériovej hypertenzie

- **Kardiovaskulárna:** aortálna skleróza (AS plaky), hypertrofia ľavej komory, ochorenia srdca – infarkt myokardu, angína pectoris, srdcové zlyhanie, reovaskulizácia srdca.
- **Cievna:** symptomatické cievne ochorenie, disekujúca aneurýza aorty, pokročilá retinopatia.
- **Obličková:** diabetická nefropatia, renálna insuficiencia, proteinúria.
- **Neurogénna:** TIA, hemoragická CMP, ischemická CMP, edém papily zrakového nervu.
- **Endokrinné podmienená:** hypertyreóza, hypothyreóza, hyperparatyreóza, hyperaldosteronizmus, choroby nadobličiek – kôry nadobličiek (adenóm, Cushingov syndróm), drene nadobličky (nádory, feochromocytóm), klimakterium (Borovský, Payer, 2002, s. 78).
- **Syndróm spánkového apnoe** – aktivácia sympatika desaturovaným Hb a zvýšená koncentrácia katecholamínov vedie k absencii poklesu diastolického tlaku počas noci.
- **Liekmi navodená hypertenzia:** orálne kontraceptíva, imunosupresíva, kortikoidy.
- **Hypertenzia v gravidite:** preeklampsia, eklampsia, gestačná hypertenzia.
- **Pseudohypertenzia:** tvrdé a nestlačiteľné tepny, Oslerov príznak (artéria brachialis po nafúknutí manžety tlakometru nepulzuje).
- **Hypertenzia bieleho pláštia:** normotenzia maskovanej hypertenzie v ambulancii (u jedincov so zvýšenou psychickou záťažou).
- **Hypertenzná kríza:** Hypertenzná kríza je akútny, život ohrozujúci stav, charakterizovaný náhlym zvýšením krvného tlaku (systolický nad 210 mmHg a diastolický nad 130 mmHg), s poškodením a zlyhaním životne dôležitých orgánov. Postihnutý je predovšetkým CNS, kardiovaskulárny aparát a obličky.

Tab. 3 Príčiny artériovej hypertenzie (Smetanová, 2006, s. 52)

Rozdelenie artériovej hypertenzie	Etiológia, patogenetický mechanizmus	Podiel prípadov
Primárna/esenciálna	Komplexná, multifaktorová	> 90 %
Sekundárna		< 10 %
Renoparenchýmové, akútne, chronické, obojstranné i jednostranné choroby obličiek: <ul style="list-style-type: none"> glomerulonefritída diabetická nefropatia obštrukčná uropatia polycystické obličky glomerulonefritída pri systémových chorobách spojivového tkaniva terminálna insuficiencia obličiek 	Znížené vylučovanie sodíka a vody Zvýšenie cirkulujúceho objemu Zvýšená sekrécia renínu	< 5 %
Renovaskulárna <ul style="list-style-type: none"> ateroskleróza fibromuskulárna hyperplázia 	Nadmerná sekrécia renínu	< 1 %
Endokrinná <ul style="list-style-type: none"> primárny hyperaldosteronizmus Cushingov syndróm feochromocytóm iné (akromegália, primárna hyperparatyreóza, hypotyreóza, hypertyreóza) 	Nadmerná sekrécia aldosterónu Nadmerná sekrécia kortizolu Nadmerná sekrécia catecholamínov	< 1 %
Koarktácia aorty	Zvýšená cievna rezistencia, hypoperfúzia obličiek (zvýšená sekrécia renínu)	< 1 %
Iatrogénna <ul style="list-style-type: none"> kortikoidy, imunopresíva, orálne kontraceptíva 		< 1 %
Syndróm spánkového apnoe	Hypoxémia, aktivácia sympatika	< 1 %
Gravidita	Komplexná (zvýšená vaskulárna reaktivita na presorické podnety)	

Ilustrační foto: Shutterstock



Vo vzťahu ku klinickej symptomatológii sa odlišujú urgentné a emergentné stavy. Základnou požiadavkou u chorých s hypertenznou krízou je riadené zníženie TK na bezpečné hodnoty. Použitie antihypertenzív má byť individuálne zvažované v závislosti od sprievodných chorobných stavov.

• **Emergentné stavy** sú situácie charakterizované náhlým prudkým vzostupom systoli-

ckého a/alebo diastolického tlaku z normálnej alebo zvýšenej úrovne, združené so závažnou symptomatológiou akútneho alebo postupujúceho poškodenia cieľových orgánov zatažených artériovou hypertenziou. Patria sem: malígna hypertenzia s edémom papily, hypertenzná encefalopatia, intracerebrálne krvácanie, subarachnoidálne krvácanie, akútna disekcia aorty, akútne

zlyhanie ľavej komory, akútne IM, akútna glomerulonefritída, rebound fenomén po vysadení antihypertenznej liečby, ťažká preeklampsia, eklampsia, ťažké popáleniny, ťažká epistaxa, nestabilná *angina pectoris* pri hypertenzii, perioperačná hypertenzia, užívanie drog, ako sú amfetamíny, LSD, kokaín alebo extáza.

• **Urgentné stavy** sú situácie so značne zvýšenými hodnotami

TK, ale bez závažnej symptomatológie akútneho alebo progresívneho poškodenia cieľových orgánov, pri ktorých je žiaduce znížiť TK počas niekoľkých hodín. Tieto stavy možno ovládnuť perorálne podávanými liekmi s rýchlym nástupom účinku.

• **Malígna hypertenzia** zahŕňa závažné zvýšenie TK (dTK), ktoré je obvykle, ale nie vždy, viac ako 140 mmHg, s cievnyim poškodením, ktoré sa môže prejavovať ako hemoragie do sietnice, exsudáty a/alebo edém papily zrakového nervu. Vyvolávajú ju jeden alebo viacero vazoaktívnych faktorov, pričom akcelerovaná malígna fáza je pravdepodobne nešpecifickým dôsledkom veľmi vysokého TK (Jonáš, 2007, Balážovjeh, 1999).

Záver

Artériová hypertenzia je závažný, nie len medicínsky, ale i sociálny a ekonomický problém. Preto je potrebné, aby všetci pacienti, ktorých sa to týka, mali v povedomí čo najviac vedomostí o vzniku, diagnostike a liečbe hypertenzie. Za dôležité považujeme, aby pacienti s artériovou hypertenziou boli zodpovední za svoje zdravie, a preto ich musíme viesť k prevencii ochorenia srdca a ciev.

Literatúra u autoriek

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.,
 Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce
 sv. Alžbety, n. o., Bratislava,
 Mgr. Klaudia Glodová,
 V. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava,
 ivica.gulasova4@gmail.com

Inzerce M161000350

LIEČIME SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO

Spoločnosť ProCare dlhodobou poskytuje nadštandardnú zdravotnú starostlivosť s cieľom budovať lepšie zdravotníctvo na Slovensku. Svoje úspechy stavia na neustálych inovatívnych riešeniach a nových príležitostiach.

ProCare

JE ČAS VRÁTIŤ SA DOMOV

Využite príležitosť získať zaujímavú prácu, atraktívne odmeňovanie a možnosti ďalšieho osobného rastu v ProCare. Ak máte záujem stať sa súčasťou nášho tímu napíšte nám na kariera@procare.sk a my vás budeme kontaktovať.



KOHO HĽADÁME

- Všeob. lekár pre dospelých
- Všeob. lekár pre deti a dorast
- Stomatológ
- Gynekológ
- Kardiológ
- Sestra
- Zubný asistent
- Dentálna hygienička



DODATOČNÉ BENEFITY

- Bonus pri podpise zmluvy
- Jednorazový príspevok na sťahovanie resp. príspevok na ubytovanie
- V prípade sťahovania sa s rodinou ponúkame pomoc pri hľadaní škôlky, či školy
- Vyplatenie zo záväzku u predchádzajúceho zamestnávateľa

Zajištění dýchacích cest

Dýchání je životně důležitý proces, jehož cílem je přívod kyslíku do organismu. Tímto článkem bychom chtěli připomenout techniky zajištění dýchacích cest (DC).

Zajištění dýchacích cest znamená uvolnění nebo zprůchodnění dýchacích cest v rámci obnovení spontánního dýchání nebo před zahájením umělého dýchání. Zajišťování dýchacích cest může být akutní nebo plánované.

Indikace:

- rozvinutá nebo zhoršující se porucha vědomí,
- ucpání horních cest dýchacích (otok jazyka, poranění v oblasti obličej, laryngospasmus),
- operace.

Zajištění DC bez pomůcek

● **Záklon hlavy** – oddálení kořene jazyka

● **Trojité manévr** – (Esmarchův hmat) skládá se ze záklonu hlavy, přesunutí dolní čelisti a otevření úst

● **Vyčištění dýchacích cest** – manuálně či pomocí manévrů:

– Gordonův úder – úder mezi lopatkami,
– Heimlichův manévr – tlak v oblasti nadbřišku směrem nahoru k vypuzení překážky z dýchacích cest (ne u dětí, těhotných a obeztních lidí),
– drenážní poloha – u malých dětí opření o kolena hlavou dolů a úder mezi lopatkami.

Zajištění DC s pomůckami

1. **Obličejové masky** – nejde o sto procentní zajištění dýchacích cest, ale maska je velmi důležitá pro prvotní zprůchodnění dýchacích cest.

2. **Vzduchovody** – zajišťují průchodnost horních cest dýchacích:
● ústní – správně zvolená velikost dosahuje na kořen jazyka a brání jeho zapadnutí, zavádí se navlhčený, při mělkém bezvědomí či anestezii dráždí, může způsobit zvracení a poté vést k aspiraci,

● nosní – má stejný účel jako ústní, je delší a měkčí, méně dráždí, velikost od špičky nosu k ušnému lalůčku.

3. **Laryngeální tubus** – trubička s těsnicí manžetou. Manžeta slouží k nasměrování tubusu do dýchacích cest.

4. Laryngeální maska:

● pro spontánní ventilaci, zajišťuje horní dýchací cesty a nelze vyloučit aspiraci,

● před zavedením se vyzkouší těsnost (nafouknutím) a poté se vyfoukne a namaže gelem,

● zavádí se ústím do laryngu,

● fixujeme jako tracheální intubaci,

● velikost se volí podle váhy pacienta,

● kontraindikace je u nevylačných, ileózních pacientů.

5. Kombitubus:

● má dvojí vyústění a dvě těsnicí manžety,

● může se zavádět tzv. naslepo nebo pod kontrolou laryngoskopu.

6. **Tracheální kanyly:** Tracheální kanyly se dělí podle materiálu (PVC x silikon), podle způsobu zavedení (orální x nazální) a podle typu rourky na:

a) standardní,
b) performované – zakřivené (ORL x plastika),

c) armované – jsou rovné, měkké, ohebné, ale s výztuží, rourku nelze zalomit,

d) biluminální – používají se u operací plic,

e) velikost rourky – novorozenci, kojenci a malé děti rourky bez těsnicí manžety – hrozí tamponáda laryngu.

7. **Další pomůckou je zavaděč** – použití při obtížné intubaci, kdy se po zvlhčení vsune do endotracheální roury a poté se společně zavedou do dýchacích cest. Po úspěšné intubaci se zavaděč opatrně vytáhne a zafixuje se endotracheální rourou. Zavaděče jsou tvarovatelné dle potřeby. Další pomůckou, která se řadí mezi zavaděče, je tzv. **bougie**. Je vyroben na polyesterové bázi s laminátovým potahem, který je dostatečně pevný a zároveň flexibilní při tělesné teplotě. Zavádí se za pomoci laryngoskopu k průdušnici a přes bougie zavedeme endotracheální rouru do průdušnice pacienta. Existují dva druhy – dutý a varianta s možností apnoické oxygenace.

8. **Zaváděcí kleště** – tzv. Magillovy intubační kleště, slouží ke snadnému zavádění endotracheálních rourek, k zavádění odsávacích cévek a dále k ošetření dutiny ústní. Jsou na dvou rovinách zahnuté a umožňují použití v dutině ústní, aniž by bránily v rozhledu.

9. Invazivní postupy:

● **koniopunkce** (set Quicktrach) – proutnutí oblasti mezi dolními

okrajem hrtnanu a horním okrajem prstencové chrupavky silnými jehlami (překážka v DC),

● **koniotomie** (set Minitrach) – zavedení úzké kanyly ve stejných místech jako koniopunkce,

● **tracheotomie** – chirurgické otevření trachey mezi 2.-3. chrupavčítým prstencem a zavedení TS kanyly (při neprůchodnosti DC a dlouhodobé UPV),

● **minitracheotomie** – Seldingerova metoda, punkce trachey, zavedení úzké kanyly po zavaděči, je to šetrná metoda.

10. **Tracheální intubace** – je zavedení tracheální rourky do průdušnice za účelem zajištění průchodnosti dýchacích cest. Výhodou je, že zabraňuje aspiraci, zmenší anatomicky mrtvý prostor, umožňuje odsátí u dolních dýchacích cest a přesnou kontrolu dechového objemu. Umožňuje provádět umělou plicní ventilaci. Mezi indikace k provedení endotracheální intubace patří obstrukce dýchacích cest, akutní stenózy, kdy je zapotřebí zprůchodnit dýchací cesty, a závažné poruchy vědomí. Kraniocerebrální poranění si vyžadují sto procentní zajištění dýchacích cest. Samozřejmě mezi tyto indikace patří i celková anestezie pro některé operační či terapeutické výkony s potřebou řízené ventilace. Před zahájením samotné intubace lékař zhodnotí anatomické anomálie (hmotnost, předkus, gotické patro), deformace obličej, pohyblivost čelistního kloubu a krční páteře (Bechtěrevova nemoc), stav zubů apod., které ovlivňují úspěšnost intubace. Pokud se objeví nějaká odchylka, musí si sestra připravit pomůcky pro obtížnou intubaci (zavaděče, různé velikosti endotracheálních rourek, *proseal LM* apod.).

Před plánovaným výkonem pacient projde anesteziologickou ambulancí, kde lékař zhodnotí a zkontroluje výsledky, popřípadě nějaké doplní. V rámci tohoto vyšetření provádí tzv. vyšetření dutiny ústní, kde zhodnotí parametry podle **kvalifikace dle Mallampatiho**:

I. je vidět měkké patro, uvula, hltan, přední i zadní lůžko tonzil,
II. je vidět měkké patro a uvula,
III. je vidět měkké patro a kořen uvuly,
IV. není vidět měkké patro.

● **Pomůcky k intubaci**
● Obličejová maska, ruční dýchací přístroj + rezervoár, laryngoskop různých lžic a velikostí, několik ETR, zavaděč,
● Magillovy kleště, manometr (měření tlaku v obstrukční manžetě), stříkačka, fonendoskop, lidokain sprej, vzduchovod,
● pomůcky k fixaci, odsávací a odsávací cévky, rukavice, emitní miska, v indikovaných případech tamponáda,
● léky a ventilátor,
● laryngoskopy – lžice rovná *Miller* (novorozenci a kojenci), zahnutá *Macintosh* (u dospělých) a zahnutá s polohovatelnou špičkou *McCoy* (obtížná intubace).

● **Intubace**
● Nazotracheální – intubace nose,
● orotracheální – intubace ústy,
● fibroskopická – intubace pod kontrolou fibroskopu (traumata obličej, malformace krku a obličej apod.),
● pod kontrolou zraku – v přímé laryngoskopii,
● naslepo – výjimečně v urgentní medicíně,
● blesková intubace, *crush* intubace – při urgentní intubaci u pacienta s plným žaludkem je riziko aspirace, zavedení nazogastrické sondy, odsát, antitendelenburgova poloha, podání anestetik (thiopental, SCHJ, propofol), Sellickův hmat v okamžiku ztráty vědomí do nafouknutí ETR.

● **Úkoly sestry**
● Příprava pacienta (informace, vyjmutí zubní protézy, poloha).
● Příprava pomůcek (příprava odsávací, kontrola svítivosti laryngoskopu, popřípadě příprava sterilního stolku).
● Zajištění žilního vstupu, podání krystaloidů, po ordinaci lékaře další léky.
● Podání svítícího laryngoskopu lékaři do levé ruky, dle potřeby provede Sellickův hmat, do pravé ruky podá ETR (postříkanou lidokainem) vhodné velikosti se stříkačkou, kterou po zavedení nafoukne a připojí na ventilátor či ruční dýchací přístroj.
● Změří tlak v těsnicí manžetě.
● Dále sestra sleduje celkový stav pacienta, základní životní funkce.

- Provádí sestra či lékař preoxygencí (minimálně 2-3 vdechy, průtok kyslíku 13 l/min.).
- Kontrola relaxace pacienta tahem za bradu.

Komplikace

- Vznik komplikací ovlivňuje věk pacienta, doba intubace, tlak v těsnicí manžetě.
- Mohou vzniknout při zavádění ETR nebo po dobu intubace.
- Intubace do jícnu, do bronchu.
- Poranění hrtnanu, perforace jícnu.
- Poškození zubů.
- Laryngospasmus a aspirace.
- Otok v krku, poškození hlasivkových vazů.
- Infekce, ulcerace, stenózy, deku-bity.

Extubace

K extubaci neboli odstranění endotracheální rourky z dýchacích cest můžeme přistoupit, když je dostatečná spontánní ventilace nemocného:

- pacient má zachované obranné reflexy, je s ním kontakt,
- je vyřazena sedace,
- stabilní krevní oběh, pacient je schopen si odkašlat,
- dechová frekvence je optimální k věku pacienta,
- pomůcky pro extubaci – jsou stejné jako při intubaci (možnost reintubace),
- neinvazivní pomůcky k oxynoterapii (maska, brýle),
- sestra sleduje SPO2, TK, P, dýchání,
- komplikace po extubaci – bolest v krku, stenóza trachey, obrna hlasových vazů, laryngospasmus, laryngální či subglotický edém (stridor až dechová tíseň, aspirace).

Laryngospasmus

- Jde o akutní uzavěr hlasivkové štěrbinu způsobený spasmem hrtnanového svalstva.
- Má povahu obranného reflexu proti vniknutí cizích těles.
- Vyvolávající příčina – podráždění cizím tělesem (vzduchovod, lžice laryngoskopu, ETR, odsávací cévka), zatečení slin či krve a zvratků, viscerální dráždění v nedostatečně hluboké anestezii.

Toto téma je hodně široké. Každý operační obor má své specifické postupy jak při celkové anestezii zajistit dýchací cesty. Není v možnostech tohoto článku je podrobněji rozebrat.

Klára Borková,
Martina Kratochvílová,
Anesteziologicko-resuscitační
oddělení Nemocnice Most, o. z.,
kborkovax@seznam.cz

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa s epiglotitídou

Epiglotitída predstavuje najťažšiu formu akútneho bakteriálneho zápalu hrtana. Jedná sa o infekciu lokalizovanú na glotise, epiglotise a obvykle aj na aryepiglotických riasach, pharynxu a arytenoidných riasach. Epiglotitída je sporadicky sa vyskytujúci flegmonózny zápal príchlopky, často abscedujúci, ktorý spôsobuje závažnú obštrukciu dýchacích ciest. Charakteristický je rýchlym priebehom. Dieťa sa môže dostať do kritického stavu za menej ako 12 hodín. Najčastejšie sa vyskytuje vo vekovej skupine detí od 2 do 7 rokov.

Etiológia, klinický obraz a komplikácie

Etiológia: Ochorenie je spôsobené hemofilovou infekciou (*Haemophilus influenzae* typ B) alebo streptokokmi (*Streptococcus pyogenes*). Epiglotitída postihuje hrtanovú príchlopku. Toto akútne ochorenie s veľmi rýchlou progresiou si vyžaduje hospitalizáciu dieťaťa na JIS/OAIM s možnosťou uskutočnenia intubácie, prípadne tracheostómie. Priebeh ochorenia môže byť taký rýchly, že sa obštrukcia dýchacích ciest s prejavmi dusenia môže dostať už za dve až päť hodín od začiatku asymptomatickej fázy.

Klinický obraz: Charakteristický je anxiózný toxický vzhľad dieťaťa, ktoré zaujíma vynútenú polohu posediačky s miernym predklonom a ľahko zaklonenou hlavou s pootvorenými ústami, z ktorých vytekajú sliny. U malých detí sa objavuje hyperpyrexia, u väčších detí sú v popredí bolesti hrdla, dysfágia (porucha prehltnutia), slinenie, inspiračný stridor, zachrípnutý hlas, opuchnutý krk, nepokoj. U menších detí býva pri hyperpyrexii prítomný meningizmus. Pri progresii ochorenia sa dostávajú príznaky respiračného zlyhávania. Dôležitý je fakt, že vyšetrenie ústnej dutiny pomocou ústnej lopatky môže viesť k náhlejšiemu a komplexnej

obštrukcii dýchacích ciest s príznakmi dusenia. Preto je toto vyšetrenie kontraindikované!

Komplikácie: pneumotorax, pneumomediastinum, pneumónia, sepsa, pľúcny edém, sufokácia a zastavenie dýchania a srdca.

Diferenciálna diagnostika

Je treba vylúčiť subglotickú laryngitídu, peritonzilárny a retrofaryngeálny absces, aspiráciu cudzieho telesa, diftériu.

Pravdepodobné patogény:

- prevládajúci: *Haemophilus influenzae* sérotyp b (90 %),
- u očkovaných detí proti HIB: hemofily – ostatné sérotypy, Klebsiella pneumoniae,
- vzácné: *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*.

Diagnostika: Diagnózu určíme na základe klinického a fyzikálneho nálezu.

Odporúčané vyšetrenia:

- FW, KO+diff, CRP,
- výter z horných dýchacích orgánov je prísne kontraindikovaný!
- mikrobiologické vyšetrenie na stanovenie diagnózy: ster z epiglotisu (výhradne počas intubácie), hemokultúra.

Možné doplnujúce vyšetrenia: RTC krku robíme, len keď to stav pacienta dovoľí. Na bočnej a predozadnej rtg snímke krku pri epiglotitíde je rozšírenie hypofaryngu, príznak palca, zhrubnuté aryepiglotické riasy.

Už pri podozrení na epiglotitídu je treba:

- neagitovať dieťa zbytočným vyšetrowaním (odbery, vyšetrenie ústnou lopatkou),
- dieťa ponechať v polohe v sede, eventuálne v náručí matky (v žiadnom prípade dieťa nenútiť ležať – vysoké riziko sufokácie!),
- urgentne dieťa transportovať v sprievode lekára na JIS/OAIM (poloha počas transportu ako v bode 2),
- ORL vyšetrenie pri lôžku dieťaťa na JIS/OAIM.

Vyšetrenie a liečba v reanimačnej sále JIS/OAIM pri ťažkej respiračnej tiesni:

- vyšetrenie v prítomnosti lekára ORL a anesteziológa,
- upokojenie a sedáciu pacienta robiť v polohe posediačky,
- ORL vyšetrenie robiť v inhaláčnej anestézii (nepoužívame myorelaxanciá!),
- v prípade potreby intubovať endotracheálnou kanylou o 1 mm menšou ako zodpovedá veku; uprednostňovať nazotracheálnu intubáciu; ak nemožno intubovať, robiť koniotómiu alebo tracheostómiu,
- urobiť výter z epiglotisu, ak je vytvorený absces, ORL lekár urobí incíziu,

- pokračovať v inhalácii zohriatej a zvlhčenej dýchacej zmesi pri spontánnom dýchaní alebo UPV,
- začať podávať antibiotiká intravenózne s účinkom na *Haemophilus influenzae*,
- extubáciu indikovať o 24–72 hodín na základe nasledujúcich kritérií: ústup edému príchlopky, únik vzduchu popri kanyle, empiricky najskôr za 24 hodín.

Vyšetrenie a liečba pri ľahkej respiračnej tiesni:

Pri ľahkom respiračnom distrese je okrem antibiotickej liečby ostatná liečba symptomatická, monitorujú sa vitálne funkcie a lokálny nález na príchlopke.

Manažment starostlivosti

Dôležité je zabezpečiť:

- tiché a pokojné prostredie, vrátane hlasového pokoja,
 - nemeniť polohu, ktorú zaujíma samotné dieťa a nikdy neukladať dieťa do polohy v ľahu na chrbte, pretože sa hrtanová príchlopka môže „prilepiť“ na stenu hrtana a dôjde k uzavretiu dýchacích ciest.
- Sestra ďalej:
- pripravuje pomôcky na intubáciu a asistuje lekárovi pri intubácii,
 - sleduje prejavy ochorenia so zameraním na dýchanie, prejavy nepriechodnosti dýchacích ciest (nepokoj, tachypnoe, tachykardia, cyanóza),
 - pripravuje lieky podľa ordinácie lekára, asistuje lekárovi pri ich podávaní (parenterálne) a sleduje účinky liekov,
 - monitoruje fyziologické funkcie (pulz, dych, TT, TK), saturáciu kyslíka, bilanciu príjmu a výdaja tekutín,

- kontinuálne sleduje stav vedomia, hlavne dynamiku zmien,
- monitoruje stupeň respiračnej tiesne, venuje pozornosť starostlivosti o voľné dýchacie cesty (starostlivosť o tracheostomickú, resp. nazotracheálnu kanylou, pozor na odsávanie, ktoré je možné vykonávať iba pri intubácii dieťaťa),
- pravidelne odsáva hlieny z tracheálnej rúrky,
- kontroluje nazogastrickú sondy,
- monitoruje farbu kože (cyanóza), cyanóza svedčí o zhoršení respiračnej tiesne,
- monitoruje počas anestézie EKG, pulznú oxymetriu, neinvazívny tlak,
- zvlhčuje vzduch v miestnosti, pravidelne miestnosť vetrá,
- odoberá biologický materiál podľa ordinácie lekára,
- znižuje telesnú teplotu farmakologicky a nefarmakologicky,
- sleduje prejavy dehydratácie,
- pri intubácii podáva stravu sondou resp. parenterálne,
- zaisťuje hygienickú starostlivosť a starostlivosť o vyprázdňovanie,
- pri zhoršovaní zdravotného stavu dieťaťa zabezpečí všetko potrebné na resuscitáciu, intubáciu a UPV.

Dôležitá je edukácia rodičov. Je treba informovať rodičov dieťaťa o možnosti recidívy ochorenia, ďalej o preventívnych opatreniach vzniku ochorenia (očkovanie proti hemofilom), aj o vhodných ošetrovateľských zásahoch v rámci prvej pomoci.

Literatúra u autorky

PhDr. Iveta Ondriová, PhD.,
iondriova@centrum.sk

Inzerce M161000391

PROFESIONALITA A PRESTIŽ

Vytvořte si svůj styl v profesních modelech Cadenza.

Cadenza®

zelená linka 800 148 830, www.cadenza.cz



Stáž na neonatologickém oddělení ve Freiburgu

V loňském roce jsem s kolegyněmi navštívila neonatologické oddělení univerzitní nemocnice v německém městě Freiburg. Tuto stáž nám umožnila firma GE Healthcare ve spolupráci se společností Medisap, s. r. o. Hlavní náplní stáže bylo získat zkušenosti v problematice individualizované péče.

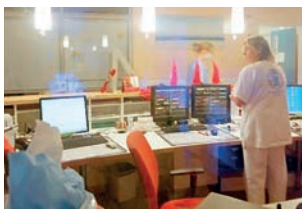
Základem individualizované péče je detailní kontinuální pozorování dítěte, které umožňuje personálu stanovit individuální potřeby konkrétního dítěte k zajištění jeho optimálních vývojových aspektů a požadavků. Podstatou je maximalizace doby, kterou mohou i s extrémně nezralým dítětem trávit rodiče, případně další příbuzní. Děti, jimž je poskytována individualizovaná péče, mají významně lepší výsledky v psychomotorickém vývoji ve srovnání s dětmi, kterým je poskytována péče standardní. Myšlenka individualizované péče je založena na úzké spolupráci s rodiči.

Jak to na oddělení chodí

Neonatologické oddělení ve Freiburgu se individualizovanou péčí o nezralé novorozence a péčí zaměřenou na rodinu zabývá více než 10 let. Je to jediné perinatologické centrum nejvyššího typu ve městě. Ročně zde mají 1500 porodů, z toho 80 dětí s porodní hmotností pod 1500 g. Další 2 porodnice mají ročně cca 1200 porodů (viz obr. 1). Ve Freiburgu jsou celkem 3 porodnice.

Během stáže jsme postupně navštívili novorozeneckou jednotku intenzivní a resuscitační péče (JIRP), oddělení intermedieální (IMP), porodní sály (PS) a oddělení rooming-in (RI). Součástí JIRP je i oddělení IMP. Na JIRP jsou 3 boxy – zde mají 8 ventilačních míst, oddělení IMP je rozděleno do 2 boxů, celkově mají 15 lůžek, na každé směně slouží 4 sestry. Jejich pracovní doba je 8hodinová, lékaři slouží 12hodinové služby. Každá nová sestra se zaučuje 3 měsíce se zkušenou sestrou, po této době sestra obhájí své zapracování. Každý nový lékař pracuje alespoň 1 směnu se sestrou, aby poznal její práci. Na oddělení mají k dispozici psychologa, rehabilitační sestru, mají možnost řešení chirurgických, kardiologických diagnóz.

Součástí oddělení JIRP je velín pro sestry s centrálním monitorem,



Obr. 2-7

který je nainstalovaný i na chodbě u kuchyně personálu. Dále je tu přípravná infuzních roztoků a léků i. v., kde mají umístěný laminární box, zároveň tato místnost slouží k přípravě stravy. Rovněž je zde sklad zdravotnického materiálu, sklad pro přístrojový park, kuchyňka pro personál, pracovní lékařů, kuchyňka pro rodiče a sourozence, která slouží zároveň jako edukační místnost, místnost pro odšťikávání mateřského mléka (MM), jež je vybavena elektrickými odsávacími, čistící místnost (viz obr. 2-7). Na oddělení JIRP používají inkubátory Giraffe, na IMP otevřená lůžka.

Naše poznatky ohledně ošetrovatelské péče

- Děti ošetřují každých 6-8 hodin, TT měří pomocí teplotního čidla v podpaží, čidlo vyměňují každých 6 hodin.
- Děti do 1000 g krmí v intervalu á 2 hod, nad 1000 g á 3 hod. Krmení začínají namočením štětičky do OMM, pokračuje stříkačkou, savičkou nebo sondou. Na krmení savičkou se přechází velmi brzy, aby se dítě naučilo sát. Stříkačkou se krmí minimálně. Dítě krmené savičkou nebo kojene je sondováno nosem, v jiném případě ústy. Sonda je fixována na tvář dítěte, gastrická sonda se vyměňuje co 7 dní.



Obr. 8



Obr. 1

- MM zde nepasterizují, pasterizují pouze od dárcyň MM. Čerstvé MM vydrží v lednici 3 dny, mražené 6 měsíců, vždy 1x za týden berou pravidelně vzorky na bakteriologické vyšetření. Jednotlivé dávky MM jsou přichystány ve skleničkách na 24 hodin v lednici (viz obr. 8).
- První koupel dítěte provádí za 3 dny – dítě se zpočátku otreje jen od krve, další koupání pak probíhá 1x týdně vždy s rodiči dítěte.
- Vážení a měření se provádí 1x za týden.
- Umožňuje se brzký kontakt dítěte s rodiči po porodu, pro velké prostorové možnosti může personál přivést maminku po operačním porodu i s postelí přímo k inkubátoru, a pokud to stav dítěte dovolí, je přiloženo k prsu.
- Děti začínají co nejdříve klokánkovat, nejlépe již za 2 dny po na-

rození v případě fyziologického nálezu ultrazvukového vyšetření mozku. Klokánkují oba rodiče, nejméně 1 hodinu, spíše je preferováno 6-8 hodin.

- Rodiče se zapojují do ošetrovatelské péče po řádné edukaci edukační sestrou. Dvouhodinová edukace probíhá nejdříve teoretickou průpravou s panenkou, kdy se rodiče učí jak dítě držet, polohovat, přebalovat, krmit, koupat. Teprve po zvládnutí teoretické přípravy se začíná maminka zapojovat do ošetrovatelské péče o své dítě (viz obr. 9).

- Při příjmu dítěte se zavádějí umbilikální katetry, které jsou ponechávány nejdéle 14 dní, následně zavádějí CVK nebo periferní žílu. Infuze připravují vždy 2 vyčleněné sestry v laminárním boxu, jedna sterilní, druhá nesterilní. K infuzi-



Obr. 9



Obr. 10

ní terapii používají pouze perfuzory, každý den mění stříkačku s infuzním roztokem, 2x týdně včetně spojovacích hadiček. Infuze s tuky je podávána zvlášť – každý den vyměňují stříkačku s hadičkou (viz obr. 10).

- Lékařské vizity u dětí probíhají 2x denně vždy po domluvě se sestrou. Snahou sestry je skloubit veškeré ošetrovatelské aktivity do jednoho časového období. Kladou velký důraz na „minimal handling“, zejména u těžce nezralých novorozenců.

- Bolest u novorozenců hodnotí podle Bernerovy škály, bolest hodnotí 1x za den, pokud je dítě nestabilní, i 2x denně. Z nefarmakologických prostředků na tlášení bolesti používají štětíčku nebo dudlík namočený v sacharóze, zklidnění dotykem, hlazením.

- Před každou ošetrovatelskou aktivitou používají iniciální dotek. Personál (jak sestry, tak lékaři) používají stejný dotek – jeden typ pro začátek a jiný pro konec procedury. Nezáleží na tom, zda se jedná o příjemnou nebo nepříjemnou proceduru. Rodiče si sa-

mi zvolí jiný dotek než personál, aby dítě rozlišilo přítomnost personálu a rodiče.

- Při příjmu se provádí výtěry z krku a zvukovodu, dále pak pravidelně 1x týdně.

- 1x měsíčně chodí na JIRP pracovníci z epidemiologie, kteří kontrolují práci personálu po celou dobu směny. Stěry z prostředí se provádí 1x měsíčně.

- Interval malování nemají daný, naposledy malovali před 7 lety. Pro nás byly velmi nepochopitelné tapety na stěnách.

- Návštěvy na oddělení JIRP jsou neomezené, jsou povoleny celému příbuzenstvu, ale je uplatňováno pravidlo dvou osob najednou. Návštěvy nepoužívají pláště ani návleky.

- Matky dětí na JIRP a IMP jsou hospitalizovány mimo oddělení RI, odkud docházejí za svými dětmi. Pokud dítě dosáhne 34. g. t. s hmotností 1600–1700 g, je propuštěno z oddělení IMP do domácí péče.

Porodní sál

Teplota na křísicím boxu na operačním sále se pohybuje v rozmezí 27–28 °C. Mají zde 2 ventilační místa, která jsou vybavena vyhrátým inkubátorem se všemi pomůckami pro resuscitaci novorozence, tzv. *shuttle*. Dítě je po porodu ošetřováno v inkubátoru, v němž je transportováno na JIRP, a v tomto inkubátoru již zůstává. Na sále mají pro 2 porodní boxy vždy 1 křísicí box, který je vybaven 2 ventilačními místy (viz obr. 11).

Fyziologické novorozence ošetřují porodní asistentky, novorozenec je téměř vždy pokládán na břicho matky, nechává se do-tepat pupěčnick. Za 2 hodiny pak



Obr. 12

dítě přivezou společně s matkou na oddělení RI. K porodům do 34. g. t. přicházejí sestry z JIRP spolu s lékařem neonatologem. Po porodu po zajištění patologického novorozence je vždy umožněn kontakt s matkou – vizuální kontakt, možnost pohazení, přiložení k prsu.

Rooming-in

Oddělení má kapacitu 36 lůžek a slouží zde 2 sestry (viz obr. 12). První prohlídka novorozence probíhá za 2 hodiny po porodu. Vizity u novorozenců nejsou denně, ale jen 2.–5. den života, případný problém sestru konzultuje s lékařem. V současné době zařizují 2 samostatné pokoje pro pobyt matky, otce a nezralého dítěte.

Závěr

Stáž ve Freiburgu nás inspirovala k některým změnám, které postupně zavádíme na našem oddělení. Co nejdříve nabádáme rodiče ke kontaktu s dítětem, a to ihned při příjmu na JIRP (v případě operačního porodu si dítě hladí otec). Zakoupili jsme lehátka pro rodiče na klokánkování, rodiče klokánkují, pokud to stav dítěte dovolí, co nejdříve po dobu 2–3 hodin. Maminky velmi brzy zapojujeme do ošetřování dítěte, učíme je měřit teplotu, přebalovat, krmit. Není výjimkou ošetřování dětí maminkou i při parenterální výživě. První koupel provádíme nejdříve za 24 hodin po porodu, dále pak 1x týdně, vždy po domluvě s rodiči (viz obr. 13).

Na našem oddělení zahajujeme ošetrovatelskou práci iniciálním dotekem. Tímto dotekem dáváme dítěti najevo svou přítomnost. Vytvořili jsme tabulku, kterou má dítě na inkubátoru na viditelném místě. Rozlišujeme dotek personálu a dotek rodičů.

ského mléka jsou rozplňovány v malých lahvičkách, výhodou je minimální manipulace s MM. Na oddělení máme 2 laktiční poradkyně, které se věnují především maminkám po předčasném porodu. Daří se nám skloubit lékařské vizity, sonografické vyšetření CNS nebo kardiologické vyšetření se sesterskou ošetrovatelskou péčí u dětí v jeden časový úsek.

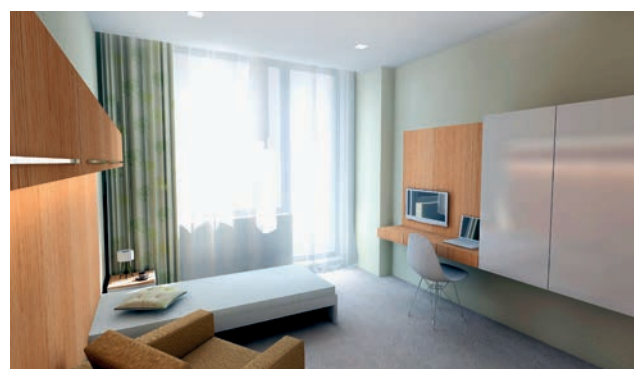
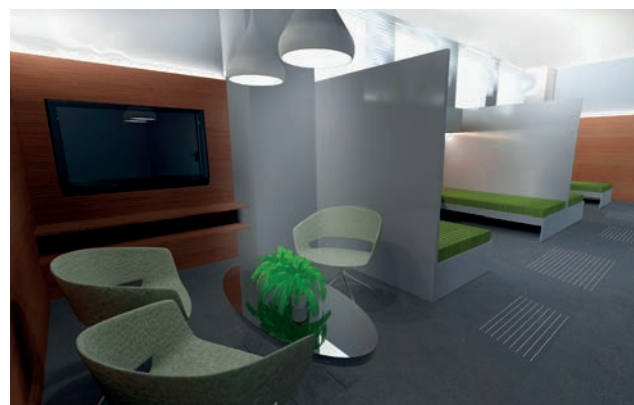
Více jsme se zaměřili na skórování bolesti u novorozenců. Vytvořili jsme si novou tabulku, bolest hodnotíme dle Bernerovy škály. Odběry u dětí se snažíme provádět v přítomnosti matky, pokud to není možné, odběry provádějí vždy 2 sestry. Zatím naším největším úspěchem je zřizování pokoje pro 4 maminky předčasně narozených dětí, které by jinak k dětem musely dojíždět z větší dálky (viz obr. 14), a další 3 pokoje pro společný pobyt rodičů a dětí, které jsou ještě v inkubátoru (viz obr. 15). Do budoucna zvažujeme zavedení edukační sestry, která se zaměří na teoretickou výuku rodičů v ošetrovatelské péči o dítě v inkubátoru.

Velké poděkování patří lidem, kteří se nám po celou dobu stáže věnovali: Bc. Martinu Kolmanovi ze společnosti Medisap, s. r. o., aplikační novorozenecké specialiste Petře Heepové a edukační sestře novorozeneckého oddělení.

Simona Vyoralová,
staniční sestra JIRP,
Krajská nemocnice T. Bati, s. r. o., Zlín,
simona.vyoralova@bnzlin.cz



Obr. 13



Obr. 14–15



Obr. 11

Kontroly pracovních podmínek v prádelnách zdravotnického prádla a při úklidu ve zdravotnických zařízeních

Odbor hygieny práce Krajské hygienické stanice Moravskoslezského kraje měl pro rok 2015 v plánu specializovaných prověrek v rámci státního zdravotního dozoru navrženy mimo jiné kontroly pracovních podmínek v prádelnách zdravotnického prádla a při úklidu ve zdravotnických zařízeních. Důvodem pro tyto kontroly bylo, že výsledky ojediněle provedených kontrol v této oblasti činnosti signalizovaly porušování právních předpisů zajišťujících ochranu zdraví při práci.

Prádelny zdravotnického prádla se značně liší velikostí, v závislosti na množství denně vypraného prádla. Na tento fakt navazuje počet zaměstnanců a jejich specializace obsluhy jednotlivých technologických celků. Pro činnost při příjmu špinavého prádla, obsluhu praček, tunelfinišeru, sušiček, mandlu, případně pro další pomocné práce (manipulační dělník) bývají ve větších prádelnách samostatně vyčleněni zaměstnanci. V menších prádelnách se tyto práce různě kombinují a jeden zaměstnanec pak obsluhuje více strojů.

Faktory ohrožující obsluhu v prádelnách

Kategorizace prací umožňuje hodnocení úrovně zátěže zaměstnanců takovými faktory, které ze zdravotního hlediska rozhodují o kvalitě pracovních podmínek, a které jsou charakteristické pro danou práci na konkrétním pracovišti a pro míru zabezpečení ochrany zdraví pracovníků. Podle obsluhy jednotlivých technologických celků jsou zaměstnanci exponováni různým faktorům pracovních podmínek a podle této expozice je následně jejich práce zařazena do kategorie.

Obecně v prádelnách zdravotnického prádla může být obsluha exponována těmto faktorům pracovních podmínek:

- biologické činitele, chemické látky (cytostatika) – při příjmu prádla a vkládání do praček,
- prach – mandlování, skládání prádla,
- chemické látky senzibilizující – práce s dezinfekčními prostředky,
- hluk – obsluha praček a sušiček,
- fyzická zátěž – přenášení košů

s prádlem – obsluha příjmu, praček, sušiček, mandlování,

- pracovní poloha – roztírání prádla při sušení, mandlování,
- zátěž teplem – mandlování, obsluha praček.

Do druhé rizikové kategorie bývají v prádelnách zdravotnického prádla zařazovány práce v příjmu špinavého prádla a obsluha praček, a to pro faktor biologické činitele a chemické látky (cytostatika) v případech, že prádelna pere prádlo ze zdravotnických zařízení, kde dochází ke kontaminaci biologickým materiálem (moč, stolice, krev, štěně, zákožka svrabová atd.) a cytostatiky. Do druhé nerizikové kategorie byly zařazovány práce z hlediska ostatních výše uvedených faktorů vzhledem k tomu, že nedocházelo k překračování hygienických limitů na pracovišti.

Co bylo předmětem kontrol

Předmětem kontrol bylo ověřit, zda jsou práce zařazeny do kategorie ve smyslu § 37 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a také správnost zařazení prací do kategorie ve smyslu požadavků vyhlášky č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů BET, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění BET a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli, ve znění pozdějších předpisů. Kontroly se soustředily na zjištění pracovních lékařských služeb (PLS) ve smyslu zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a pro-

váděcí vyhlášky č. 79/2013 Sb., na používání osobních ochranných pracovních prostředků (OOPP). Z hlediska pracovního prostředí byly kontroly zaměřeny na větrání a osvětlení pracovišť, sanitární zařízení jak po stránce rozsahu (šatny, umývárny, WC, místnost pro oddech a konzumaci jídla), tak i po stránce údržby a úklidu. V neposlední řadě, i přes legislativní „nouzi“ v období od 1. 6. 2015 do 1. 12. 2015 (nezaktualizován § 44a zákona č. 258/2000 Sb. v návaznosti na nabytí účinnosti - pro chemické směsi, nařízení EP a rady ES č. 1272/2008 o klasifikaci, označování a balení látek a směsí), byly kontroly směřovány na kontrolu nakládání s chemickými látkami a směsmi, především na vydání pravidel pro žíravé přípravky a proškolení zaměstnanců pro práci s těmito přípravky.

Jaké nedostatky byly zjištěny

Celkem bylo v Moravskoslezském kraji provedeno 47 kontrol, z toho 6 kontrol úklidových firem zdravotnického zařízení. Ve 29 případech nebyly zjištěny nedostatky v oblasti zajišťování ochrany zdraví při práci, v 18 případech nedostatky zjištěny byly, tedy v 38 % z kontrolovaných subjektů. Mezi závažnější nedostatky patřilo nezajištění pracovních lékařských služeb pro zaměstnance u 3 zaměstnavatelů, neprovedení kategorizace prací nebo její neaktualizování dle aktuálních pracovních podmínek ve 4 případech, další nedostatky se týkaly osvětlení a větrání pracovišť nebo sanitárních zařízení (6x), údržby pracovišť včetně malování (6x), nevybavení pracoviště místností pro oddech a konzumaci jídla. Častým nedostatkem bylo



Foto: Zk archiv autorů

nevydání pravidel o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci s nebezpečnými chemickými látkami a směsmi v návaznosti na proškolení zaměstnanců v této problematice – celkem v 7 případech.

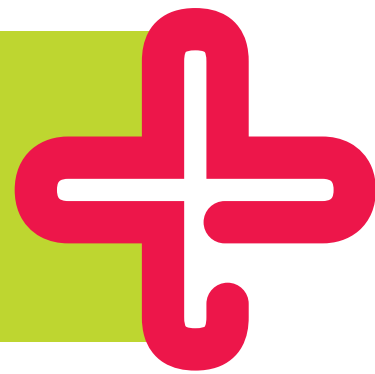
Na pracovištích úklidu zdravotnických zařízení bylo zjišťováno nedostatečné větrání sušárny mopů, ve zpracované kategorizaci prací není zohledněn faktor chemické látky – senzibilizující při práci s přípravky takto klasifikovanými, nezajištění pravidelného malování v sanitárních zařízeních pro zaměstnance.

Z provedených kontrol vyplynulo, že práce v různých typech a velikostech prádelen zdravotnického prádla jsou zařazovány do kategorie vcelku správně, pracovních lékařských služeb pro zaměstnance

jsou v naprosté většině rovněž zajištěny. Větší nedostatky se týkají větrání pracovišť s návazností na odvod tepla vznikajícího provozem technologie (pračky, sušičky, mandly), údržby pracoviště včetně malování a především nakládání s chemickými směsmi (dezinfekční přípravky, prací prášky a další). Všechny zjištěné závady byly řešeny a jejich odstranění následně kontrolováno. Protože se jedná o oblast činnosti se zvýšenou epidemiologickou závažností, počítáme s tím, že v dohledné době bude podobná kontrolní akce zopakována.

MUDr. Anna Hrnčířová,
Ing. Václav Kopecký,
Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě,
anna.hrnairova@khssova.cz

SPECIÁL ALERGOLOGIE



**ČESKÁ INICIATIVA
PRO ASTMA POMÁHÁ
JIŽ 20 LET**

str. 32



**DIAGNOSTIKA
A LÉČBA
BRONCHIÁLNÍHO
ASTMATU**

str. 33

Alergické příznaky vyžadují alergologické vyšetření, ne samoléčbu

Analytici předpovídají, že v roce 2025 bude každý druhý člověk v Evropě alergikem. Ačkoli k terapii alergických onemocnění a *asthma bronchiale* máme dnes účinné léky, mnozí pacienti o svém onemocnění nevědí. O alergických projevech, důsledcích jejich přehlížení a možnostech léčby jsme hovořili s předním odborníkem na dětské respirační nemoci a ředitelem České iniciativy pro astma **prof. MUDr. Petrem Pohunkem, CSc.**

Alergie a astma jsou častým onemocněním. Jaká je mezi nimi spojitost?

U obou stavů nacházíme genetický podklad a nepřiměřenou reakci imunitního systému. Alergie je ovšem širším pojmem – může postihovat více systémů, zatímco o astmatu hovoříme v souvislosti s postižením průduškového stromu. Některé alergické projevy mohou astmatu předcházet, například atopický ekzém. I alergická rýma je významným rizikovým faktorem pro rozvoj astmatu.

Společným jmenovatelem obou je přítomnost prakticky stejného alergického zánětu, který má nicméně odlišné projevy v nosní sliznici a v dolních dýchacích cestách. Léčí se obdobně – především protizánětlivými lokálně podávanými léky. U dětí alergie s astmatem obvykle souvisí – pokud má dítě alergii, je vysoká pravděpodobnost, že se u něj rozvine i astma. U dospělých se však v řadě případů vyskytuje

astma bez prokázaného alergického podkladu.

Jak tento zánět a následná alergie vzniká?

Kromě genetických faktorů se na rozvoji alergií účastní faktory epigenetické, které mění expresi genů, do toho vstupují četné vlivy prostředí. Po setkání s některými z nich se disponovaný organismus senzibilizuje a odpovídá na ně alergickou reakcí. Ukazuje se, že roli zde sehrávají paměťové stopy, které se na základě setkání s antigenem (jímž může být například pylový alergen či roztoci) vytvářejí u dětí již v prvním půlroce života. Dokonce se předpokládá, že disponované dítě, které se narodí do pylové sezóny, může být více ohroženo alergií, než kdyby se narodilo v jiném ročním období. Tímto se již v raném dětství definuje budoucí imunitní odpověď.

Jaký význam mají v rozvoji astmatu viry?

Viry se uplatňují v patogenezi astmatu zejména v časném dětském věku. Bylo prokázáno, že mohou vyvolávat astmatickou reakci, aniž by byla přítomna alergie. Po infekci pak často přetrvává i několik let bronchiální reaktivita vyžadující léčbu jako u astmatu. Prognóza je o něco lepší než u alergického astmatu, ale někdy bývá obtížné tento stav na začátku odhalit. Virové infekce dále hrají roli ve spouštění exacerbací astmatu.

Jakou roli hrají fenotypy a endotypy v klasifikaci a léčbě astmatu?

V běžné praxi je fenotyp spíše orientačním nástrojem. S fenotypy je to složité v tom smyslu, že se dají často určit až retrospektivně a pro určení terapie je tedy nelze využít. Ukazuje se také, že fenotypy nejsou stabilní a mohou se v průběhu let měnit. Nicméně na základě typu alergické senzibilizace se dá odhadnout, k jakému fenotypu

jedinec směřuje. Endotyp nám poskytuje o něco přesnější informaci o typu astmatu a usnadňuje tak volbu terapie. Jeho určení se však neprovádí rutinně a obvykle vyžaduje invazivní vyšetření s odebráním bioptického vzorku z bronchiální sliznice.

Základem současné léčby astmatu jsou inhalační kortikosteroidy. Jak bude vypadat ideální léčba v budoucnu?

Současná léčba se odehrává na bázi potlačení zánětu v průduškách. Chtěl bych zdůraznit, že používané inhalační kortikosteroidy charakterizuje oproti systémovému podávání vysoký účinek a minimum nežádoucích účinků. Jsou tedy velmi bezpečné a navíc se podávají v minimálních dávkách. V léčbě astmatu je důležitá dlouhodobá, často i celoživotní preventivní léčba i v bezpříznakovém období. Tedy nikoli léčba úlevová, užívaná v případě akutních obtíží. Pomocí preventivního po-



dávání kortikosteroidů dostáváme astma pod kontrolu, což je naším léčebným cílem. Zavedení této léčby bylo významným zlomem v terapii astmatu a přineslo pacientům obrovský prospěch – zlepšilo jejich prognózu, snížilo razantně mortalitu i počet hospitalizací. Do budoucna předpokládáme, že nové léky budou cíleně ovlivňovat jednotlivé mediátory zánětu. K dispozici je již první biologický lék na bázi monoklonální protilátky – omalizumab. V současnosti se používá jen v indikaci obtížně léčitelného astmatu, ale jistě by bylo efektivní jej podávat i u lehčích forem onemocnění. Bohužel jsme limitováni jeho vysokou cenou. Z dalších cílených léků by se měla brzy objevit v praxi monoklonální

Inzerce M161000049

ZENTIVA
SPOLEČNOST SKUPINY SANOFI

Zentiva – jsme s Vámi už 85 let.

České léky vyvážíme do 50 zemí na celém světě.

Léčiva vyrábíme v Dolních Měcholupech od roku 1930.

Každý rok vyprodukuje takřka 100 milionů lékových balení.

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

Máme 1 500 zaměstnanců a využíváme zejména domácí dodavatele.

ALERGOLOGIE



Ilustrační foto: Shutterstock

protilátka proti interleukinu 5, ve vývoji jsou protilátky proti interleukinu 13 a další.

Je možné imunitní systém naučit, aby se zreguloval sám? Jaké je postavení imunomodulační terapie v léčbě alergických onemocnění?

V případě inhalačních kortikosteroidů vlastně jde o určitou imunomodulaci, i když hovoříme spíše o imunonormalizační léčbě. Potlačujeme zde závažný proces, nicméně někdy

dojde k remisi a organismus si sám udrží tento stav pomocí vlastních protizánětlivých mechanismů. Každý z nás produkuje kůrou nadledvin kortikosteroidy, které mají protizánětlivou roli. U astmatu však bohužel endogenní produkce nestačí, takže je třeba podávat navíc i kortikosteroidy topické.

V alergologii se doporučuje vyvarovat se alergenům, které spouštějí alergickou reakci. Ale používá se i postup, kdy se

organismus učí vybrané alergeny tolerovat...

Ano, pomocí alergenové imunoterapie můžeme navodit imunitní toleranci. Čili podáváním stoupající dávky alergenu navodíme toleranci k danému antigenu. Tento postup se používá u inhalačních alergenů, jako jsou pyly, plísňe či roztoči, výborně to funguje také u blanokřídlého hmyzu, respektive u lidí, kteří mají alergickou reakci na vosí či včelí bodnutí.

Bohužel to nefunguje u potravinových alergenů. Takže má-li někdo alergii na konkrétní potraviny s rizikem anafylaktické reakce, je nezbytné, aby tu potraviny ze svého jídelníčku vyloučil.

Přibývá potravinových alergií?

Asi ano, hlavně se k nám dostávají nové produkty, které tu dříve nebyly. Máme více mořských plodů, sójových výrobků, produktů z arašídů, různých dresinků obsahujících množství aromat a dalších látek, na které se jedinec může senzibilizovat.

Do jaké míry je vhodné léčit alergické projevy samoléčbou, tedy pomocí volně prodejných léků?

OTC produkty mají v léčbě alergií a astmatu minimální vý-

znam. Na trhu máme dvě skupiny léčiv – nosní dekonjestiva a antihistaminika. Ta mohou dočasně ulevit při akutních obtížích, například v pylové sezóně, jejich dlouhodobé užívání však není řešením a spíše před ním varujeme. Každá alergie by měla být vyšetřena alergologem, který předepíše vhodnou, nejspíše dlouhodobou preventivní léčbu. Také alergickou rýmu je většinou třeba léčit pomocí nazálních kortikosteroidů, které jsou vázány na předpis.

Vedle toho je nutné potvrdit správnou diagnózu. Pro astma to platí dvojnásob. V praxi se často setkáváme s tím, že stavy podobné astmatu a léčené jako astma ve skutečnosti astmatem nejsou a skrývá se za nimi jiné plicní onemocnění. Někteří pacienti mohou mít také syndrom ACOS, tedy překryvný syndrom chronické obstrukční plicní nemoci a astmatu, kde je třeba léčit obě složky – astma i CHOPN.

V loňském roce byla publikována nová česká doporučení pro léčbu astmatu u dospělých. Co je zde nového?

Tyto postupy vycházejí z mezinárodních doporučených postupů, která vydala v roce 2014 Globální iniciativa pro astma (GINA),

a začleněny jsou do nich i zkušenosti našich expertů. Konkrétně je zde například upozornění na zmíněný syndrom ACOS, zahrnutý jsou možnosti biologické léčby, diagnostické postupy pro léčbu těžkého astmatu a podobně. Jde především o aplikaci mezinárodních doporučených postupů do našeho konkrétního prostředí a zázemí.

U řady onemocnění je problémem časná diagnostika a léčba. Jak je to v případě astmatu?

I k nám se pacienti dostávají mnohdy opožděně. Stane se, že je pacient hospitalizován s astmatickým záchvatem, hypoxií, v těžkém stavu vyžadujícím vysoké dávky celkových kortikosteroidů. Přitom je nám řečeno, že jde o první projev onemocnění. V anamnéze pak zjišťujeme, že známky astmatu jako kašel, noční kašel, případně hvízdání při výdechu byly přítomny již delší dobu, ale nebyla jim věnována pozornost. Takže citlivost k příznakům astmatu není dostatečná. Symptomy bývají podceňovány, často jsou například zaměňovány za kašel přetrvávající po virové infekci.

Určitě je potřeba na toto onemocnění více myslet, a to v jakémkoli věku.

MUDr. Andrea Skálová

Česká iniciativa pro astma pomáhá již dvacet let

Rok 2016 v oboru alergologie a klinické imunologie připomíná několik významných výročí. Jedním z nich je 20 let od vzniku České iniciativy pro astma zároveň s vyhlášením české Strategie diagnostiky, prevence a léčby průduškového astmatu v České republice.

V roce 1995 vyhlásila Globální iniciativa pro astma (GINA) pod záštitou Světové zdravotnické organizace (WHO) Globální strategii péče o astma a jeho prevenci. Dokument již nový léčebný postup plně integroval a uplatnění těchto doporučených postupů v praxi přineslo nemocným po celém světě razantní změnu kvality života i prognózy jejich nemoci. Skupina odborníků ze tří odborných společností (České společnosti alergologie a klinické imunologie, České pneumologické a ftizeologické společnosti a České společnosti fyziologie a patologie dýchání) se k této celosvětové iniciativě

velmi rychle přihlásila založením České iniciativy pro astma, o. p. s. (ČIPA).

Jak na slavnostním setkání k výročí vzniku ČIPA uvedl její ředitel prof. MUDr. Petr Pohunek, CSC., přijetí Strategie diagnostiky, prevence a léčby průduškového astmatu v České republice byl v našich podmínkách přelomem. Je to dokument, jehož důsledně uplatňování i u nás vedlo k počátku zásadních změn ve zvládnutí astmatu a v jeho dlouhodobé prognóze.

Hlavní cíle ČIPA

- Informovat odbornou i laickou veřejnost o nových poznatcích v diagnostice, prevenci a léč-

bě astmatu a pomáhat ji uvádět do praxe.

- Iniciovat, podporovat a organizovat edukační aktivity určené nemocným, zdravotnickému personálu, specialistům i praktickým lékařům, učitelům, veřejné správě a jejím orgánům, široké veřejnosti.

- Vydávat odborné tiskové materiály, videoprogramy, organizovat semináře a mediální kampaně zaměřené na komplexní problematiku astmatu s důrazem na edukaci astmatiků.

Aktivity k odborné i laické veřejnosti

Své cíle ČIPA naplňuje různými cestami. Dále vydává postup-

ně inovované doporučené postupy shrnující celosvětově akceptované nejnovější názory na optimální postupy při diagnostice, léčbě a prevenci astmatu. Pro laickou veřejnost byly napsány přehledné a vysvětlující brožurky a knihy a pravidelně je vydáván časopis Alergie, astma, bronchitida.

Pod garancí ČIPA byla připravena řada výukových filmů pro veřejnost i televizní pořady o astmatu. ČIPA vydává i tematické informační publikace pro laickou veřejnost (Edice ČIPA), které jsou k dispozici v běžné síti knihkupectví.

ČIPA je provozovatelem známé Pylové informační služby, s její-

miž údaji se setkáváme po většinu roku v médiích.

Vzdělávací programy

V letech 1999–2001 uspořádala ČIPA sérii 67 víkendových kurzů o astmatu s účastí více než 3000 praktických lékařů (65 % všech praktických lékařů pro děti a dorost a 38 % všech praktických lékařů pro dospělé). Tato vzdělávací aktivita přinesla významné zlepšení diagnostiky astmatu i péče o něj v primární péči. V současné době je stěžejní aktivitou vzdělávací program pro učitele mateřských, základních a středních škol. Tato série vzdělávacích seminářů probíhá po celé republice již od roku 2009 a je zaměřena na informování učitelů jak o příznacích astmatu, které mohou zachytit při svém každodenním kontaktu s dětmi, tak na řešení případných akutních a nebezpečných situací při akutních projevech astmatu nebo těžkých alergických reakcích.

Od letošního roku se ČIPA vrací opět k vzdělávacím seminářům pro praktické lékaře pro děti a dorost. Každoročně se na podzim konají výukové konference pro sestry-specialistky pracující

v alergologii a klinické imunologii a v pneumologii.

Odborná setkání

ČIPA je i organizátorem řady dalších odborných setkání a aktivit. Tradičním každoročním vyvrcholením práce je květnová konference u příležitosti celosvětového Dne astmatu, jejíž součástí je odborný seminář pro lékaře. S tím souvisí i setkání s pacienty a volně přístupné informační středisko ve formě velkého stanu s možností měření plicní funkce. Regionálně jsou organizována setkání s ve-

řejností. Členové lektorského sboru ČIPA, jichž je v současnosti 50, také oslovují laickou veřejnost formou článků v denním tisku nebo vystoupeními v rozhlase a v televizi.

Významné jsou mezinárodní kontakty. ČIPA je členem Generálního shromáždění GINA a členem Evropské federace asociací pacientů s alergií a chronickými respiračními chorobami (EFA). ČIPA připravila v minulosti i některá významná mezinárodní odborná setkání. V roce 2001 pořádala Mezinárodní pediatrický kongres o respiračních a aler-

gických chorobách u dětí (IPRAC 2001), v roce 2006 evropskou pediatrickou konferenci alergologů a pneumologů (Paediatric Joint Meeting EAACI/ERS 2006) a také výroční konferenci EFA/ČIPA (2006).

Dvacáté výročí činnosti ČIPA, o. p. s., je příležitostí k bilančování. Od roku 1996 se v péči o astma u nás velmi mnoho změnilo.

Kancelář České iniciativy pro astma, o. p. s., sídlí v Lékařském domě, Sokolská 31, tel/fax: 224 266 229, e-mail: cipa@volny.cz, www.cipa.cz.

(red)

Ilustrační foto: Shutterstock



Diagnostika a léčba bronchiálního astmatu

Asthma bronchiale se dnes považuje za „příznivou diagnózu“, vzhledem k tomu, že současné léčebné možnosti mají potenciál zbavit více než 95 % nemocných s astmatem jejich obtíží a příznivě ovlivnit další vývoj nemoci, aniž by byli pacienti zatěžováni nežádoucími účinky léčby.

Bronchiální astma je heterogenní onemocnění charakterizované chronickým zánětem a remodelací průdušek, spojenými s jejich hyperreaktivitou a variabilitou, často reverzibilní obstrukcí. Projevuje se opakovanými stavy zvýšeného dýchání, kašlem, dušností a svíráním na hrudi. Konečným cílem prevence a léčby je dosažení kontroly nad astmatem.

Bohužel přibližně polovina astmatiků trpí obtížemi, které je omezují v každodenním životě, u čtvrtiny pak dochází k těžkým až život ohrožujícím exacerbacím. Významná část astmatiků totiž není správně diagnostikována nebo léčena, a další část hraje roli nedostatečné adhirence k předepsané léčbě.

Doporučené postupy

Současný přístup k řešení problematiky astmatu se opírá o 3 hlavní dokumenty:

- Globální strategii diagnostiky, léčby a prevence průduškového astmatu (GINA 2014),
- Doporučený postup diagnostiky a léčby bronchiálního astmatu (Česká společnost alergologie a klinické imunologie a Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP 2015),
- Doporučený postup diagnostiky a léčby obtížně léčitelného astmatu (ČPFS).

Následující text shrnuje důležité body, které jsou součástí nově-

ho doporučeného postupu ČSAKI a ČPFS.

Diagnostika

Pro diagnostiku i léčbu je zdůrazňován komplexní mezioborový přístup zahrnující vyšetření alergologem s posouzením imunologických parametrů, vhodné je též vyšetření otorinolaryngologem, neméně významná je spolupráce s pneumologem. V diagnostice je třeba respektovat určité skutečnosti, jako to, že astma je heterogenní onemocnění a diagnóza astmatu je celoživotní s mnohostrannými dopady – měla by tedy být exaktní a důsledná. Nedílnou součástí diagnostiky by měla být bližší klasifikace astmatu, především určení charakteru zánětu a přítomnosti klinicky významné alergie (fenotypizace).

Vedle vyšetření funkce plic a alergologického vyšetření je potřebné provést posouzení přítomnosti eozinofilního zánětu dýchacích cest (nejsnáze metodou stanovení koncentrace oxidu dusnatého ve vydechaném vzduchu – FENO). Základem vlastní diagnózy je průkaz reverzibilní bronchiální obstrukce, respektive bronchiální hyperreaktivitu. Ve většině klinických situací postačuje provést prosté spirometrické vyšetření spolu s provedením bronchodilatačního testu s rychle působícím β_2 -agonistou (standardem je 400 μ g salbutamolu). Pro potvrzení diagnózy astmatu platí kritérium

zlepšení FEV₁ o ≥ 12 % a zároveň o nejméně 200 ml, vztaženo k výchozí, tj. prebronchodilatační, hodnotě. Doporučováno je také provedení přidatných testů – kortikosteroidního nebo bronchokonstrikčního. Kortikosteroidní test je vyhrazen pro situace, kdy se prokáže přítomnost obstrukční ventilací poruchy, která není po podání bronchodilataci reverzibilní. Bronchokonstrikční test je oproti tomu vyhrazen pro situace, kdy jsou opakovaně zjištěny normální ventilací hodnoty spolu s negativním výsledkem bronchodilatačního testu.

Léčba astmatu

Důsledná kontrola astmatu by měla zahrnovat nejen stávající projevy onemocnění, ale i jeho další vývoj. Správná diagnóza s přihlédnutím k individuální preferenci inhalačního systému je předpokladem účinné léčby. Terapie zahrnuje paušální stupňovitou léčbu závislou na závažnosti astmatu, jejímž základem je podávání preventivních léků, doplněné léky úlevovými. U části astmatiků, zvláště u pacientů s alergickými formami astmatu, lze zavést také fenotypicky cílenou léčbu, která je schopna zásadně ovlivnit dlouhodobý vývoj onemocnění.

Základem paušální léčby astmatu je podávání preventivních protizánětlivých léčiv, kde dominantní roli hrají inhalační kortikosteroidy (IKS), even-

tuálně antagonisty leukotrienů (LTRA). Pokud se nedaří dosáhnout kontroly astmatu nízkými dávkami IKS, namísto zvyšování dávek se nabízí možnost přidání jiných léčiv, nejčastěji LABA (β_2 -agonisté). Výsledné schéma je pro většinu pacientů v zásadě jednoduché:

nízká/střední dávka IKS + ev. LABA + ev. další léky (anti-leukotrien, teofyliny, tiotropium).

Vedle preventivní léčby by měl být každý astmatik vybaven rychle působícím úlevovým/záchranným přípravkem, přičemž jeho častější potřeba – více než dvakrát týdně – je zároveň jednou ze známek nedostatečné kontroly.

Adherence a edukace

Příčinou nedostatečné kontroly astmatu nebývá špatná volba léčiv, ale nedostatečná adhirence k léčbě a nedostatky v inhalační technice. Z tohoto důvodu je třeba pacienty řádně edukovat. Každý nemocný by měl být srozuměn s odlišnou rolí dvou základních typů léků: preventivních a úlevových. Inhalační technice je nutné naučit a pravidelně ji kontrolovat. Při volbě inhalačního systému se doporučuje zohlednit pacientovy preference. V ČR je v současnosti k dispozici 15 různých inhalačních systémů pro aplikaci antiastmatik, které

se liší v technice aplikace. Proto by případná změna inhalačního systému lékařem měla vždy mít pouze medicínský důvod a je potřeba vždy provést nový nácvik inhalace.

Doporučuje se využívat fixní kombinaci IKS/LABA, kdy jsou oba léčivé přípravky přítomny v jednom inhalátoru. V případě, že fixní kombinace obsahuje formoterol, tj. LABA s rychlým nástupem účinku, je doporučováno zvláště u nemocných s riziky exacerbací používat režim SMART (*single inhaler maintenance and reliever therapy*). Jde o princip „dva v jednom“, kdy se jeden inhalátor užívá k pravidelné udržovací léčbě a současně i jako úlevový lék. U režimu SMART je však nutné dbát na to, aby nemocný nebyl vybaven žádným jiným úlevovým lékem.

V kombinované léčbě astmatu je možné přidat tiotropium v systému tvořícím jemnou mlžinu (Respimat), a to u pacientů, jejichž astma není pod kontrolou podáváním kombinace středně vysokých až vysokých dávek IKS s LABA.

Pokud se přesto nedaří dosáhnout kontroly astmatu, pacient by měl být odeslán do centra pro těžké astma. Fenotypicky cílená léčba se týká především nejtěžších forem astmatu.

Naopak u lehkých forem se uplatňuje též alergenová imunoterapie. Tuto léčbu doporučujeme zvážit u každého nemocného, u něhož je ověřena klinicky významná alergie (roztoči, pyly, kočka, pes, některé plísňe). Alergenová imunoterapie není alternativou ani konkurencí protiastmatické farmakoterapie, ale součástí komplexního terapeutického přístupu, který by měl být uplatňován u každého nemocného s astmatem.

(Zdroj: Teřl M: Asthma bronchiale – nový doporučený postup. Medicína pro promoci 1/2015) (asa)

ALERGOLOGIE

Astma ve stáří

Seniorský věk (> 65 let) může být provázen řadou zdravotních potíží. Mezi ně patří také onemocnění průduškovým astmatem. To může pacienta provázet po celý život, ale může i vzniknout poprvé až v tomto věkovém období.

Světová populace stárne, v ČR je v současnosti asi 14 % populace ve věku seniorů, tj. nad 65 let věku. Z tohoto důvodu bude také přibývat pacientů v tomto věku s onemocněním bronchiálním astmatem. Astma se svým průběhem ve stáří v mnohém odlišuje od astmatu v jiných věkových kategoriích. Může se projevovat nespecifickými příznaky, které se podobají jiným nemocem pro tento věk typickým (např. onemocnění srdce). Často se na onemocnění astmatem vůbec nemyslí, a tak astma není diagnostikováno a léčeno vůbec.

Odlišné projevy u starších pacientů

Je třeba si uvědomit, že s věkem je spojena řada změn v organismu. Mění se struktura a funkce

plic, sledujeme také různé změny na srdci a cévách. Mohou se objevit příznaky signalizující poruchy funkcí jiných systémů, jako jsou systém nervový (změna reakčního času, poruchy paměti), duševní (deprese trpí ve stáří 10–15 % lidí), imunologický (změny v obranyschopnosti). Tyto vlivy musíme brát v úvahu, protože dochází ke změnám ve vnímání příznaků z dýchacích cest (pocit dušnosti), slabost hrudní stěny nedovolí dostatečný nádech a výdech nutný pro správné vyšetření funkce plic, síla stisku ruky nemusí být dostatečná pro správné užívání léků v inhalační formě. Může se objevit horší vstřípivost nových pokynů pro léčbu pravidelnou a pro zvládnutí akutního zhoršení nemoci. Ve stáří se objevuje osteoporóza, jejíž výskyt v ČR je udáván u 428 tisíc žen nad 50 let věku

a u 195 tisíc stejně starých mužů. Tito lidé jsou ohroženi zlomeninou kostí. Proto je např. Americkou akademií pro alergii a klinickou imunologii doporučeno u pacientů seniorů inhalačních dávkou kortikosteroidů vyšší než 1000 mikrogramů/den podávání vápníku a vitamínu D a preventivní léčba osteoporózy příslušnými léky. Je také doporučeno pravidelné každoroční očkování proti chřipce.

Výskyt astmatu ve stáří se neliší od výskytu v jiných věkových skupinách dospělých, tj. 5–10 %. Spouštěče astmatu jsou stejné jako u jiných věkových kategorií, tj. především alergeny a infekce. Proto je nutno dodržovat důslednou úpravu prostředí (zvláště opatření proti roztočům) a důsledně doléčovat všechna nachlazení.



Ilustrační foto: Shutterstock

Opatření při léčbě

Léčba se zásadně neliší od léčby v jiném věkovém období. Je však potřeba přihlídnout k dalším souběžně probíhajícími onemocněními (vysoký tlak, onemocnění srdce apod.) a na každé návštěvě si tyto údaje doplňovat a upřesňovat (např. vznik nového onemocnění, změna léčby ostatních nemocí). Více pozornosti je třeba věnovat inhalační technice, volit velmi jednoduchý režim (podávání lé-

ků 2x denně), důsledně pacienta vybavit písemným plánem pravidelné léčby a léčby při zhoršení. Instrukce je třeba předat také „třetí osobě“, mnohdy totiž pacient nemusí být samostatný ve vedení léčby a v posouzení svého zdravotního stavu.

(Převzato z: www.cipa.cz)

MUDr. Bronislava Novotná, Ph.D.,
alergologická ambulance,

Interní gastroenterologická klinika FN Brno

Inzerce M161000396

Při objednání na knihka.cz sleva 20 %

Představujeme publikaci



Akupunktura ve 21. století

Kniha je první českou moderní publikací svého druhu od listopadu 1989. Má seznámit zájemce o akupunkturu s její historií, tradicí a základy, jakož i s jejím pojetím z hlediska moderní medicíny a praktickými postupy. Součástí publikace je systematika drah a bodů, aurikuloterapie neboli akupunktura ušního boltce, formy a techniky akupunktury či klinická akupunktura – její obecné i speciální indikace v jednotlivých oborech medicíny.

Publikace odpovídá curriculum výuky akupunktury na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze pro mediky a na katedře akupunktury a tradiční medicíny Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze pro postgraduální studium tohoto oboru pro lékaře. Je určena akupunkturistům, rehabilitačním lékařům, neurologům, algeziologům, dále fyzioterapeutům, dalším rehabilitačním pracovníkům, medikům, ale i širší veřejnosti, která chce být informována.

Autor: Petr Fiala

Doporučená cena 950 Kč

MEDICAL SERVICES

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

mf
MLADÁ FRONTA



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Máj je lásky čas, a tak otevíráme aktuální medicínskou rubriku sexuologicko-andrologickou tematikou, a to z pera šéfredaktorky Zdravotnictví a medicína. Ve zprávě z nedávno proběhlého kongresu se dočtete o minulosti i budoucnosti sexuality, potažmo sexuální medicíny a o moderních přístupech řešení nejen „jarní“ a nejen „mužské“ problematiky – erektilní dysfunkce. Dozvíte se, jakou ro-

li hraje v léčbě této časté sexuální poruchy partnerka, jakou dopamin a že v sexuální medicíně stejně jako v ostatních oborech je třeba respektovat jak multioborový, tak individuální přístup k pacientovi. Věříme, že ve vás úvodní článek vyvolá dostatečné vzrušení, takže i další příspěvky tohoto čísla si patřičně vychutnáte.

Příjemné jarní dny přeje
MUDr. Andrea Skálová

Nejde jen o poruchu vedení

Ve dnech 15.–16. dubna 2016 proběhl v NH Hotel v Praze 2. pražský sexuologicko-andrologický kongres s mezinárodní účastí.

Účastníky přivítali přednosta Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN doc. MUDr. Michal Pohanka, Ph.D., a ředitelka VFN Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA. Ta ve svém úvodním slovu vyzdvihla, že sexuologie je sice malý obor, ale řeší nejdůležitější věci člověka, které si zaslouží pozornost – a na tomto kongresu ji získávají.

Dopamin a hypersexualita

O souvislostech mezi hypersexualitou, impulzivitou a léčbou Parkinsonovy nemoci arteficiálním dopaminem hovořil neurolog prof. MUDr. Martin Bareš, Ph.D., z 1. neurologické kliniky LF MU a FNUSA v Brně. Parkinsonova nemoc je klasickým představitelem neurodegenerativních chorob, je mezi nimi dokonce druhou nejčastější (po Alzheimerově chorobě). Při léčbě dopaminergními agonisty se u pacientů s Parkinsonovou chorobou někdy objevují i soubory příznaků označované jako poruchy kontroly impulsu. Z klinického pohledu jde o někdy až šokující projev nadměrné sexuální aktivity

u mužů i v sedmém či osmém deceniu života, které mají patofyziologický podklad. Problémy jsou to někdy natolik obtížné, že významně ovlivňují kvalitu života pacienta i jeho okolí. Léčba Parkinsonovy choroby je zaměřena zejména na zvládnání motorických příznaků, zatímco poruchám chování se dosud příliš nevěnovala pozornost. K behaviorálním vedlejším účinkům léčby dopaminem patří poruchy kontroly impulsů (patologické hráčství a nakupování, přejídání se a hypersexualita), ale také *punding* (stereotypní chování, které může být necílené) a kompulzivní užívání medikace.

„Oproti rozšířenému názoru, že Parkinsonova choroba je nemocí stáří, nejde jen o onemocnění vyššího věku. Máme řadu pacientů, u nichž dojde k rozvoji choroby do 40 let. Právě u nich je nástup poruch kontroly impulsů významně větší,“ upozornil profesor Bareš. Hypersexualita se může projevit i u osob, u kterých se dosud neobjevovaly žádné změny sexuálního chování. Může to být například touha po časté genitální stimula-

ci, překvapivě dochází i ke zvýšení libida při trvalé impotenci. Především patologické hráčství a hypersexualita mohou mít devastující následky pro pacienta i jeho okolí. Terapeutické řešení rozhodně není jednoduchou záležitostí. Kromě pokusu o mírnou redukci dopaminergní léčby (pokud to ale je vůbec možné, protože by vedla k návratu motorických potíží) je někdy jedinou možností přídatná léčba podáním antipsychotik a režimová opatření.

Sex za doby temna

Zdánlivě paradoxní název, totiž „Sex v době temna: věc veřejná?“ měla přednáška prof. PhDr. Jaroslava Čechury, DrSc., z Filozofické fakulty UK. Oproti obecné představě života v 17. a 18. století, kterou máme z knih Aloise Jiráska, byl život v těch dobách mnohem pestřejší a barvitější. Platilo to i pro sexuální oblast. Ženy byly i tenkrát poměrně emancipované, běžné bylo, že i ty dosud neprovdané měly sexuální zkušenosti. „Vázanost instituce manželství na sex byla daleko menší, než bychom si snad

představovali. Rozdíl tady ale byl – k sexu ženy svolily zpravidla právě s příslibem manželství, který jim muž dal, tedy pokud šlo o sex dobrovolný. To ovšem vůbec neznamená, že si je pak muž skutečně vzal, a to ani když při sexu otehotněly,“ řekl profesor Čechura. Mimořádné nebylo, že se takový „otec“ vyhnul povinností tím, že se raději nechal dobrovolně naverbovat na vojnu a zmizel z dosahu své partnerky i na desítky let. Institut alimентů existoval již v 17. století.

Potkat potenciálního partnera (i na sex) bylo nejběžnější v hospodě, tam ženy zcela běžně chodily i samy, bez doprovodu. Následně se v hospodě zevrubně rozebíralo „kdo s kým“. V těch dobách ve městě ani na venkově prakticky neexistoval soukromý prostor, kde by se zcela nerušeně mohlo odehrávat cokoli, tedy i sex.

V určité podobě byla známa rovněž antikoncepce, a to nejen pomocí bylinek, zejména ve městech už byly lékárny a přípravky proti početí byly součástí jejich sortimentu. Samozřejmě běžně znám a hojně praktikován byl *coitus interruptus*.

Běžné byly i paternitní spory. Poměrně liberálně, lépe řečeno pragmaticky, na sexuální život svých poddaných a jeho případné následky pohlížela katolická církev a vrchnost z řad aristokracie. Velmi vzácným jevem byla bigamie, protože kontrola populace (systém matrik) už byla poměrně precizní. Podstatně širěji než dnes byl za raného novověku i později posuzován incest, za incestní soudobá judikatura považovala i sexuální styk mezi velmi vzdálenými a nepokrevními příbuznými. Soudní postih za přečin v oblasti sexu byl velmi často v podobě nucených prací na omezenou dobu a určeném místě. Například v jižních Čechách tak bylo všeobecně známo, že na stavbě rybníku Bezdrev se podíleli i tehdejší sexuální delikventi.

„Naši předkové v době ‚temna‘ žili poměrně otevřený sexuální život, který nebyl limitovaný nikým shora, ale jenom jimi samotnými. Představujeme si 17.–18. století jako strašnou dobu, ale ono tam bylo i dost světla,“ uzavřel historik.

Budoucnost v personalizované medicíně

MUDr. Petr Uher, Ph.D., z kliniky IVF Cube, Karlovy Vary, přednášel na téma „Individuální přístup ke stimulaci“. V úvodu svého sdělení MUDr. Uher připomněl, ▶

ODBOBNÉ AKCE



MUDr. Libor Zámečník | Foto: archiv

že vývoj celé společnosti směřuje k individualizaci. Jak řekl, lidstvo dnes představuje sociální soustavu individuů, která na podněty reagují rozdílně nejen sociologicky, ale i biologicky. A tento proces platí i u léčiv. „Připomeňme si například léčbu aspirinem. Pro jednoho představuje benefit v podobě uzdravení, na jiného léčivo nepůsobí, nevstřebá se přes žaludeční sliznici, nebo naopak sliznici poškodí. Jak vidíme, kromě benefitu musíme počítat i s rizikem toxicity. A tak se v medicínských učebnicích začalo hovořit o personalizované léčbě,“ uvedl přednášející.

Potřebujeme přesné postupy

Jako příklad personalizované léčby MUDr. Uher uvedl oblast reprodukční medicíny, kde se individualizovaným přístupem řeší například hormonální stimulace. Pokud zdravá žena nemůže otěhotnět a vyloučí se příčina na straně muže, je třeba přistoupit ke stimulaci vaječnicků, aby se dosáhlo vývoje určitého počtu embryí. Z nich se pak po 5denní kultivaci může vybrat nejlepší embryo, aby celý proces vedl k porodu zdravého dítěte. Autor prezentace však upozornil na problém s hormonální stimulací spojený. „Stimulační léky, které pacientce podáváme, jsou velice potentní a my nevíme, jak bude žena reagovat. Musíme přísně dbát, abychom ji iatrogeně nepoškodili. Dalším problémem je, že léky jsou velice drahé, takže předem musíme zvážit riziko neúspěchu, zda bude adekvátní vynaloženým prostředkům na léčbu. Víme, že populace léčených žen je rozmanitá. Je zde skupina, která má málo oocytů, takže terapie bude nepříjemná a kýženého efektu nedosáhne. Dále jsou pacientky, jež na stimulaci reagují, ale možná také neotěhotní, a my musíme zajistit, aby žena neskončila s hyperstimulačním syndromem. Pohybujeme se tedy v oblasti, kdy se riziku nemůžeme zcela vyhnout. Léčit musíme, ale v me-

dicíně v žádném případě nemůžeme riziko akceptovat, musíme je umět predikovat a zvážit nejvhodnější léčbu,“ vysvětlil Petr Uher. „Dříve jsme se při stanovení míry rizika řídili podle dostupných metod, podle biomarkerů. Věděli jsme, že mladší, štíhlá a sportovně založená žena bude na stimulaci reagovat lépe než starší a plnější. Ale tyto biomarkery jsou velice variabilní, nespolehlivé a nepřesné. Víme, že se podle nich můžeme řídit jen v extrémních situacích. Tomu také odpovídá dřívější dávkování gonadotropinu. Ovariální rezervu jsme odhadovali podle folikuly stimulačního hormonu (FSH), který je dodnes užívaný faktor, ale je také variabilní a ne zcela přesný. Podíváme-li se na věc podle dřívějších kritérií, je jasné, že štíhlejší, sportovnější žena má spotřebu léku nižší než ta starší a silnější. Může se ale stát, že při stejné hodnotě mohou oba typy žen reagovat stejně špatně nebo stejně přehnaně, protože ani u jedné se podle těchto kritérií nestrefíme. V medicíně potřebujeme naprosto správné postupy, musíme se „střefovat“ do jamky, ale musíme se také „střefovat“ přesně. Tedy správně a přesně,“ zdůraznil autor sdělení.

Nové markery

Jak MUDr. Uher dále uvedl, v posledních pěti letech máme k dispozici další markery, například *antral follicle count* (AFC). Ten dobře koreluje s výsledkem stimulace, protože preantrální a antrální folikuly jsou ty, které se vyvíjejí z primordiálních folikulů a mohou dobře ukázat, kolik folikulů budeme mít. Diskuse v literatuře se odvíjí především kolem velikosti folikulů, ale v zásadě je známo, že AFC je velice přesný a správný marker k určování ovariální stimulace. „V posledních třech letech máme též dobré zkušenosti s anti-Müllerian hormonem. Byl k dispozici již dříve, ale přesnost a celosvětová srovnatelnost vyšetření je možná až v posledních letech. Je produkován také antrálními a preantrálními folikuly,

ale právě jen těmi kvalitními. Těmi, které pak mají vysokou citlivost na folikulostimulační hormon,“ popsal přednášející a uvedl dále, že jde o nákladné vyšetření, ale postupně se stává jediným a opravdu srovnatelným faktorem pro odhadnutí ovariální stimulace. „Ovšem nelze říci, že bychom ty „staré“ markery mohli opustit. Od rážejí věk a zdravý pacientky. Průsečíkem těchto hodnot tedy můžeme vyjádřit rozmezí, kdy lze očekávat dobrý výsledek stimulace, nebo zda se pohybujeme v oblasti neúspěchu či iatrogenního poškození,“ dodal MUDr. Uher.

Cílem je přesná a cenově dostupná léčba

MUDr. Uher prezentoval výsledky studie, která probíhala na několika pracovištích v Praze, Brně a Karlových Varech, ale také v Rakousku, Španělsku a Polsku. „Studie ukazuje změnu paradigmatu v léčení. V rámci výzkumu se porovnávaly dva soubory. Jeden ukazuje stimulační dávku, která byla odhadnuta podle nejlepšího vědomí a svědomí, znalostí a zkušeností lékařů, kteří pacientku ošetřovali, a dále podle jejího věku, BMI, FSH, AFC a AMH. Proti tomu stál nový preparát společnosti FERRING Pharmaceuticals CZ, s. r. o. (u nás ještě není na trhu), a současně jsme dávkovali GNF jako standardně užívaný preparát. Příslušná data pacientek se odeslala do vzdáleného počítače, který dávku vypočítal. My jsme ji neznali, šlo o dvojitě zaslepenou studii. V obou skupinách jsme došli ke stejným výsledkům a riziko ve skupině žen s vysokým rizikem neotěhotnění se snížilo z 30 na 20 procent. Bez našeho osobního vlivu se dvakrát zvýšil počet pacientek, které adekvátně odpověděly tím, že měly 8–14 folikulů, což je počet, který vede nejvíce k těhotenství. Dalo by se říci, že vliv lékaře na vypočítání dávky léčiva ustupuje. V budoucnu pacient přijde za lékařem a bude mít řadu svých biochemických markerů a podobných údajů, na jejichž

základě mu pak bude vypočítána dávka léčiva, a lékař u toho bude jen tak asistovat,“ uvedl s mírou nadsázky autor sdělení.

„Shrme-li závěry, zjistíme, že pomocí počítače a jeho výpočtu dávky se dostaneme k daleko lepšímu výsledku a pacientka má lepší přehled o svých rizicích a možnostech. A protože počítač samozřejmě stanoví jen tu nejnižší nutnou dávku, léčba by měla být i levnější,“ uzavřel MUDr. Petr Uher.

Erektivní dysfunkce není jen porucha „vedení“

Přímář Urologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha MUDr. Libor Zámečník, Ph.D., FEBU, FECSM, vystoupil se sdělením „Erekece – je ještě něco víc?“. „Tuto otázku jsem bral jako sondu do duše urologa či androloga, abychom se zamysleli nad tím, jestli řešíme v ordinaci jen erekci, nebo ještě jiný pacientův problém,“ řekl MUDr. Zámečník úvodem.

Libor Zámečník zhodnotil kongres jako velmi přínosné multioborové setkání, protože – jak podotkl – urologové či andrologové občas zapomínají, že erektilní dysfunkce není jen problém „trubiček“, ale že se týká také mozku, který všechno řídí. Pohled na erektilní dysfunkci a problémy s ní spojené podle autora sdělení prošel určitým vývojem. Od pejorativního označení „impotent“, což je termín, který by se rozhodně neměl používat, až k otázce, jestli se dá tato dysfunkce nějakým způsobem léčit. „Víme, že sexuální je klíčovým aspektem ve většině vztahů bez ohledu na sexuální orientaci partnerů a netýká se jen produktivních mužů a žen. Měli bychom se zajímat i o sexualitu pacientů vyšších věkových skupin. Doporučení Evropské urologické společnosti kladou důraz na to, abychom určovali etiologii poruchy erekce a snažili se také odstranit léčitelné příčiny. Měli bychom pacienta motivovat ke změně životního stylu a tím i k upravení rizikových faktorů,“ vysvětlil MUDr. Zámečník.

Pacient musí mít dostatek informací

„Moderní léčba erektilní dysfunkce je k dispozici již více než 17 let,“ konstatoval autor sdělení. „Existuje řada léčiv a je třeba vybrat to nejvhodnější. Pacienta se musíme vyptat i na ty nejintimnější záležitosti, které mohou hrát při výběru léčiva roli. A pak mu předepsat lék, který představuje nejlepší poměr mezi účinností a bezpečností,“ zdůraznil MUDr. Zámečník. Povědomí o erektilní dysfunkci u odborné i laické veřejnosti podle něho stále není dostatečné. „Je nutné zlepšit v této problematice spolupráci praktických lékařů i specialistů, protože právě komunikace s pacientem je velice důležitá. Je třeba mu celou terapii podrobně vysvětlit, někdy i opakovaně, protože při první návštěvě ordinace pacient nemusí všechny informace dobře vstřebat,“ vysvětlil přednášející a dodal, že v případě neporozumění informacím od lékaře si je muži budou shánět na internetu, kde mohou narazit na nebezpečné padělky. Rovněž je nutné vědět, co pacient od léčby očekává (což ne všichni přesně vědí). Někteří muži se navíc o svých problémech a sexuálních zvyklostech často stydí mluvit. Přítomnost partnerky v ordinaci je pak výhodou.

Léčba

Dále MUDr. Zámečník připomněl práci z roku 2003, která hodnotila léčbu erektilní dysfunkce. V návahu nových informací je to podle něho sice poněkud starý údaj, ale data ukazují 64% úspěšnost užívání inhibitorů fosfodiesterázy 5. Poté prezentoval výzkum z roku 2014, v jehož rámci byli muži dotazováni, jaké aspekty léčby jsou pro ně důležité, za jak dlouho by léčivo mělo začít fungovat a jak dlouhodobý by měl být jeho efekt. Odpovědi značného počtu respondentů ukazují, že doba nástupu účinku kolem 15 minut, jež zvyšuje spontánnost realizace sexuálních aktivit, je žádoucí pro 40% mužů. Přes 30% mužů preferuje nástup účinku za 30–60 minut. Co se týče doby trvání účinku, 96% dotázaných požaduje, aby lék účinkoval nejméně 4 hodiny. „Při preskripci samozřejmě musíme mít všechna tato kritéria na paměti,“ zdůraznil autor přednášky a přistoupil k vysvětlení léčby. „První linií při terapii erektilní dysfunkce je perorální podání inhibitorů fosfodiesterázy 5 (PDE-5). Poslední 2 roky máme dobrou zkušenost s novým inhibitorem fosfodiesterázy 5 – avanafillem. Ten představuje PDE-5 inhibitor druhé generace. Má velice příznivý bezpečnostní profil díky vysoké



MUDr. Petr Uher | Foto: archiv

selektivitu vůči PDE-5i. Při použití nejvyšší dávky má nejnižší incidenci nežádoucích účinků, což bylo potvrzeno i na letošním zasedání Evropské společnosti pro sexuální medicínu v Madridu. Léčbu je možné zahájit nejvyšší dávkou, pokud u pacienta není kontraindikována. Aby byl avánafil účinný, je nutná sexuální stimulace, stejně jako u ostatních PDE-5i. Po celou dobu léčby je třeba dbát na edukaci nemocného a dohlížet na compliance. Účinnost léčby je třeba hodnotit s odstupem. Stává se, že pacient lék neužívá správně nebo nepoužije sexuální stimulaci, což může pohled na účinnost léčby zkreslit,“ uzavřel Libor Zámečník.

Erektální dysfunkce očima ženy

„Názory mužů a žen na erektilní dysfunkci se často liší,“ uvedla v úvodu své prezentace MUDr. Petra Vrzáčková, Ph.D., FECSM, z Gynekologicko-porodnické kliniky

1. LF UK a VFN a pokračovala: „Nejčastějším důvodem, proč nás muži v naší sexuologické praxi vyhledávají, jsou právě poruchy erekce. Nejde jen o muže nad 45 let, ale i mnohem mladší. Poruchy erekce mají řadu příčin a je velmi důležité zaměřit se nejen na ty fyziologické, ale i ty psychické. Je třeba věnovat se stresovým faktorům, pracovním obtížím, konfliktům ve vztazích, mluvit o poruchách erekce v párovém kontextu.“

Studie potvrzují, že erektilní dysfunkce má na sexualitu páru zásadní vliv. Vyplývá z nich i fakt, že mají-li muži poruchy erekce, mají také méně častý a kratší styk. Někteří muži mají erekci jen v jedné sexuální poloze, což může způsobit stereotyp v sexuálních aktivitách. Výše uvedeného má navíc vliv i na sebevědomí ženy a vnímání její ženskosti a na stabilitu a kvalitu celého vztahu.

Jak autorka sdělení řekla dále, někteří muži s poruchou erekce pře-

stanou mít zájem o sex úplně, protože bez erekce pro ně sex nemá smysl. Také partnerky na mužovy obtíže reagují různě. Ne všechny primárně vaginálně orgasmické ženy jsou přístupné jiným variantám sexuálních aktivit (případně užití erotických pomůcek) – i pro ně pak často sex přestává mít smysl, protože nedosáhnou uspokojení. Někteří ženy trpí pocitu viny, že pro partnera už nejsou dostatečně přitažlivé, nebo začnou žárlit a boj se, že jejich partner má milenku. Existují také ženy, které zažívají pocitu úlevy, protože bez sexu se mohou věnovat jiným aktivitám. Jsou ale i ženy, které si uvědomí, že erekce není až tak důležitá, protože existují i nekoitální aktivity.

Žena by měla být součástí léčby

„V přístupu k léčbě se ženy liší,“ uvedla přednášející. „Setkáváme se s takovými, které chtějí poruchy erekce svého partnera řešit, léčba

je pro ně motivační a snaží se do ní zapojit. Svého partnera podporují, snaží se mu být blízko a neponižují jej. Motivují ho k návštěvě sexuologické poradny, někdy i samy nabídnou, že půjdou společně. Sex považují za důležitou součást vztahu a bývají více nakloněné novým formám sexuálních aktivit. Druhou skupinu tvoří ženy, které jsou spíše proti léčbě. Hodně se zajímají o bezpečnost terapie, mají velkou obavu z nežádoucích účinků z dlouhodobého hlediska. Také se jim nelíbí, že by v sexu měla figurovat „pilulka na podporu erekce“. Někdy se obávají, aby se jejich muž nestal závislým pouze na sledování svého penisu. Setkávám se totiž s případy, že při efektivní léčbě začne partnerce vadit, že se muž věnuje své erekci a nestará se o to, jak sex prožívá ona a jak je spokojená. Ve své praxi potkáváme i ženy, které se o sex nezajímají, takže erekci svého partnera neřeší. Závislosti na léku a dlou-

hodobých nežádoucích účinků se někdy bojí i muži. Ti si ale především přejí, aby měli pevnou a dostatečně dlouhou erekci. A co od léčby očekávají? Pro více než polovinu partnerů je důležitý rychlý nástup účinku, spontánnost sexu a především uspokojení partnerky,“ řekla MUDr. Vrzáčková.

Závěrem shrnula, že léčba erektilní dysfunkce dnes může být účinná a bezpečná, s minimem nežádoucích účinků, a žena by měla být její aktivní součástí. Před započtím by měl lékař znát její názor nejenom na léčbu, ale i její vztah k sexu a k vlastní erekci – zda pro ni je či není důležitou součástí intimního vztahu. V některých případech je vhodné se kromě nasazení příslušných farmak v rámci párové terapie zaměřit i na to, jestli je sexuální porucha jediným problémem jejich soužití, nebo zda je odrazem závažnějších potíží, které je třeba řešit.

Markéta Mlíková, (I)

Tejpování penisu jako součást rehabilitace života u uroonkologického onemocnění

V rámci kongresu byla poprvé představena zcela nová kinezioterapeutická metoda v léčbě erektilní dysfunkce (ED) – tejpování penisu. Uvedla ji doc. PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc., ze Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN v Praze, která je autorkou této metody.

Doc. Janáčková vysvětlila okolnosti zrození tohoto nápadu: „Kromě sexuologie se zabývám hlavně péčí o onkologické pacienty. Navštěvují mě i muži s rakovinou prostaty, kteří mají často sexuální problémy, jež výrazně ovlivňují kvalitu jejich života. Nejčastěji se jedná o poruchy erekce a jiné problémy. Metoda tejpování penisu se zrodila po úspěšné rehabilitaci zlomenin obou paží mého manžela po úrazu na kole. Výsledky jeho rehabilitace mě natolik zaujaly, že jsem využila znalosti z předcházejícího studia fyzioterapie a spojila se s Bc. Kobrovou. S touto jsme mezi tejpování probraly a rozvinuly jsme i možnosti tejpování intimních partií vhodné pro uroonkologické pacienty.“

Musíme mluvit i o sebevědomí

Přednášející vysvětlila, že sebevědomí muže je dáno především výkonem, jeho rolí v životě a mírou sobectví, sebelásky a sebezpečí. Hodnotí se výkon např. pracovní, finanční, sportovní, sexuální, rodinný. Psychická stabilita člověka stojí na třech pilířích: zdraví, vztahy a sex, práce. U mužů s ná-



Doc. Laura Janáčková | Foto: archiv

dorovým onemocněním prostaty je jasně zasaženo zdraví, v mnoha směrech i výkon, finance, schopnost pracovního zatížení, což bezesporu ovlivňuje i vztahy a sex. Asi tři čtvrtiny pacientů mají sexuální problémy. Někteří dokonce trvalé. Nejčastěji je to ED, nicméně setkáváme se i se sníženou sexuální apetencí, bolestivou souloží a problémy s ejakulací. Záleží na věku, léčbě a celé řadě dalších okolností. Sexuální aktivita a schopnost sexuálního prožitku klesá do té míry, do jaké je poškozen tělesný obraz. Při chirurgické léčbě dochází

ke změnám především v oblasti výkonu. Nejčastěji se setkáváme s poruchami ejakulace, bolestivostí a s poruchami erekce. Poruchy při léčbě chemoterapií jsou většinou přechodného rázu. Radio-terapie může nepřímo poškodit nervové spoje v místě malé pánve, objevují se erektilní dysfunkce či bolestivá ejakulace, ozáření varlat jistě souvisí i se sníženou schopností reprodukce.

Možnosti ovlivnění ED

Onkologičtí pacienti samozřejmě sex a s ním i ED řeší. Jednou z možností je intrakavernózní aplikace léčiv, dále orální farmaka, mechanické ovlivnění vakuovými pumpami, možné jsou i kombinace. V poslední době se hovoří o rázové vlně, která by mohla ED mechanicky ovlivnit. Další možnosti rehabilitace jsou masturbační pomůcky.

Většina odborníků se ale při péči o pacienta potýká s nedostatkem času. Realizovaný mezinárodní výzkum firmy IPSEN zjistil, že urologové v ČR mají na sdělení informací pacientovi v průměru 15 minut. To mnohdy na řešení problémů pacienta se sexuálním a partnerským životem nestačí. Problé-

my spočívají často v komunikaci. Někteří pacienti se stydí, nejsou zvyklí přijít za lékařem a ptát se. „Prokazatelně dobrý efekt na ovlivnění ED má nová metoda kineziotejpování, kterou jako první v České republice již rok zkoušíme ve spolupráci s urology na našem pracovišti i nově s Urologickou klinikou FN Hradec Králové. Tejpování obecně zvyšuje prokrvení, obnovuje se tok krve a lymfy, zmírňuje otoky a bolest. Má výrazný vliv na psychiku pacienta a její výhodou je i relativně snadná aplikace. Výrazný je zvláště psychologický efekt. Tejpování penisu otevře intimní komunikaci o sexu mezi partnery, uvolní se zábrany a napětí,“ popsala doc. Janáčková.

Tejpování proti otoku i k podpoře ED

První fáze tejpování je vyvazování penisu proti otoku. Používá se po operaci nebo po radioterapii a je velmi účinná. Tejp je na penis aplikován se středním napětím asi na 50 % ze dvou třetin své šířky, aby se minimalizoval kontakt lepidla s pokožkou. Předpokladem je vyholení. Tejp funguje dobře, nepadá, nesklouzává, neshrnuje se a ulevuje od bolesti.

Když si na něj pacienti zvyknou, můžeme přistoupit k další metodě, již je facilitace penisu. Funkce kineziotejpování mimo jiné spočívá i v tom, že dochází k posunu předkožky, která je zdrojem mnoha taktálních receptorů, dochází ke změně napětí kůže, jež dokáže neurofyziologickou cestou postoupit informace k zpracování v centrálním nervovém systému a vyvolat změnu příkazu CNS k efektoru na periférii. Nejčastěji se tejpování užívá k podpoře erekce, kdy je tejp aplikován po délce penisu rovněž ve středním napětí. Na kořen penisu také můžeme umístit fixační kroužek. Páska po délce penisu má výrazný psychologický efekt, protože muži stále sledují, jestli se už „něco“ děje.

Závěrem přednášející shrnula celkový efekt tejpování. „Otejpování muži už nemusejí problém popírat a minimalizovat, nevyhýbají se láskyplným dotekům, naopak často požadují výměnu tejpů. Přestanou se vyhýbat intimním kontaktům, nejsou agresivní ani depresivní, protože mají reálnou naději na zlepšení svého problému. A žena má pocit, že je součástí partnerova života a může mu být oporou. Nemusí se vyhýbat iniciací milostných her, naopak láskyplně o partnera pečují. Ve své ordinaci pozorují, že tato metoda má u mých pacientů dobrý efekt,“ zakončila doc. Janáčková. (eta)

ODBORNÉ AKCE

Nemoci tenkého střeva si zasluhují pozornost

Další z edukačních akcí Postgraduální akademie Medical Services, která proběhla 26. dubna v Praze, se zaměřila na problematiku chorobných stavů souvisejících s funkcí tenkého střeva. Na sympoziu „Nemoci tenkého střeva“ zaznělo šest příspěvků od renomovaných odborníků působících v oblasti gastroenterologie, interní medicíny, onkologie a infektologie. Garantem odborného programu byl MUDr. Karel Lukáš, CSc., ze IV. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Onemocnění tenkého střeva byla donedávna relativně zanedbávanou oblastí gastroenterologie. Ve světle nových vědeckých poznatků je nicméně stále patrnější, že tenké střevo hraje nejen klíčovou roli v procesu trávení a absorpce živin, ale je také důležitým orgánem imunity, endokrinním orgánem a je zodpovědné za další, dosud málo objasněné integrační děje v lidském těle. Nové poznatky týkající se patogenese střevních onemocnění spolu s diagnostickými možnostmi i moderními léčebnými modalitami umožňují snáze detekovat příčiny těchto onemocnění, indikovat účinnou léčbu a zlepšovat kvalitu života nemocných.

Témata sympozia

Přednášky sympozia se zaměřily na Crohnovu nemoc (MUDr. Lucie Prokopová, Ph.D.), problematiku postižení tenkého střeva při ulcerózní kolitidě (MUDr. Karel Lukáš, CSc.), malabsorpci (doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D.), střevní divertikly (MUDr. Jana Koželuhová), neurogenní nádory tenkého střeva (MUDr. Jiří Tomášek) a neméně významnou infektologickou oblast – otravy z potravin a související průjmová onemocnění (MUDr. Helena Ambrožová, Ph.D.).

V následující části textu vás seznámíme s nejdůležitějšími in-



formacemi, které v průběhu této vzdělávací akce zazněly.

Malabsorpční stavy

Příčinám a diferenciální diagnostice malabsorpčních stavů se věnoval docent Pavel Kohout z interního oddělení Thomayerovy nemocnice v Praze. Jak v úvodu uvedl, malabsorpční syndrom je definován jako stav, při kterém se z tenkého (případně tlustého) střeva dostatečně nevstřebávají do krevního oběhu některé nebo veškeré živiny. Příčiny mohou

být primární, nebo sekundární – kde malabsorpční syndrom způsobuje řada stavů různým mechanismem. Patří sem choroby žaludku, jater, žlučníku či žlučových cest, pankreatu, tenkého střeva, působení alkoholu, léků a další.

Doc. Kohout dále představil choroby, s nimiž se gastroenterolog v praxi nejčastěji setká a u nichž hrozí vysoké riziko malabsorpčního syndromu a malnutrice. Je to celiakie, tropická sprue, Whippleova choroba, akutní infekce trávicího traktu, idiopatické střevní záněty, laktózová intolerance, deficity disacharidáz, bakteriální přerůstání a syndrom krátkého střeva.

K příznakům malabsorpčních stavů se řadí průjem, bolesti břicha, nadýmání, borgorytmy, plynatost a úbytek na váze. Správně odebraná anamnéza je podle docenta Kohouta základem diferenciální diagnostiky a impulsem k provedení dalších specifických vyšetření, která pomohou odhalit příčinu tohoto stavu a umožní zahájit účinnou léčbu, snižující riziko komplikací i mortalitu. Jde o laboratorní testy – pro určení

specifických sérových markerů, jako jsou protilátky proti tkáňové transglutamináze při celiakii či protilátky ASCA a pANCA při Crohnově chorobě, dále biochemické vyšetření stolice pro určení kalprotektinu či hemoglobinu, endoskopické vyšetření horní části trávicí trubice s odběrem vzorku z žaludku a tenkého střeva, enteroskopie, kolonoskopie, CT a MR vyšetření tenkého střeva a další metody. Docent Kohout se podrobněji věnoval indikacím jednotlivých vyšetření a jejich výsledkům, které potvrdí či vyloučí příčinu malnutrice.

Léčba Crohnovy nemoci

Crohnova nemoc (CN) je multifaktoriální onemocnění trávicí trubice s neznámou etiologií a částečně objasněnou patogenézí. Spolu s ulcerózní kolitidou se řadí mezi idiopatické střevní záněty. O problematice a možnostech terapie informovala MUDr. Prokopová z Interní gastroenterologické kliniky LF MU a FN Brno. Pro Crohnovu nemoc tenkého střeva je charakteristický obtížně zvladatelný průběh se závažnými metabolickými důsledky,

jako je malnutrice, anémie a řada komplikací, nežádoucích chirurgických řešení. V diferenciální diagnostice CN je třeba vyloučit apendicitidu, zánět vaječníků, tumory, polékové enteropatie, mezenchymální ischemii, infekční příčiny. Klinické projevy a prognóza CN se liší v závislosti na lokalizaci a tíži onemocnění, od níž se odvíjí i terapie.

Léčbě Crohnovy nemoci se přednášející věnovala blíže. Jak uvedla, v současné terapii se uplatňuje individuální přístup a léčba šitá na míru. Znalost přirozeného vývoje CN umožňuje predikovat prognózu nemoci na podkladě dosavadního vývoje a recidiv, přičemž mezi prediktory nepřiznivého průběhu patří mladý věk v době diagnózy, kouření, extenzivní postižení střeva, agresivní průběh nemoci s fistulacemi a předchozí střevní resekce. U závažného průběhu CN se mohou objevovat také mimostřevní projevy.

Ve farmakoterapii Crohnovy nemoci se uplatňují aminosalicyláty, kortikosteroidy, imunosupresiva a biologická léčba. Příznivý vliv na prognózu nemoci má také podávání enterální výživy, která pozitivně ovlivňuje nejen nutriční stav nemocného, ale i samotnou aktivitu choroby. Optimalizace léčebné strategie obecně směřuje k časné léčbě a navození hluboké remise bez nezvratných strukturálních změn a potřeby chirurgických zákroků. Biologická léčba je indikována u nemocných se středně těžkou a těžkou Crohnovou nemocí při selhání systémové léčby kortikosteroidy a/nebo imunosupresivy, dále u pacientů s perianálními píštělemi rezistentními na farmakoterapii a u nemocných s mimostřevními manifestacemi CN. Příznivou odpověď na biologickou léčbu lze očekávat v indukční fázi u 80 % pacientů, později bohužel dochází asi u 20–30 % jedinců ke ztrátě léčebné odpovědi nebo k výskytu nežádoucích účinků. Studie nicméně prokázaly, že přibližně u 40 % pacientů léčených biologickým lékem došlo k navození remise, redukcí komplikací, redukcí hospitalizací, zhojení perianálních píštělí a slizničnímu hojení, jak referovala MUDr. Prokopová.

Tenké střevo a ulcerózní kolitida

Zánět tenkého střeva, zejména ilea, je obvykle spojován s Crohnovou nemocí. Jak ale připomenul v dalším příspěvku MUDr. Karel Lukáš, existuje velké množ-



Zleva Senior Sales Manager divize Medical Services Lubomír Mikulka, šéfredaktorka Postgraduální medicíny MUDr. Michaela Lízlerová a MUDr. Karel Lukáš

ství dalších onemocnění sdružených s patologickým nálezem v této oblasti. Tenké střevo může být postiženo i při ulcerózní kolitidě (UC), obvykle při pankolitidě. Při UC jsou nalézány různé typy ileitidy, které lze rozdělit do čtyř skupin: *backwash* ileitida, *non-backwash* ileitida, *pouchitida* a *pre-pouch* ileitida.

Backwash ileitida je název pro endoskopicky a histologicky prokázaný zánět, který přechází z céka bez přerušení na terminální ileum u pacientů s extenzivní UC. Při ileostomií provedené pro UC se může vyskytovat tzv. *pres-tomální* ileitida. *Non-backwash* ileitida je pojmenování pro zánět terminálního ilea u pacientů s UC, když zánět tračníku nedosahuje do céka a na Bauhinovu chlopu. Termín *pouchitida* pak označuje zánět v ileoanálním pouchi u nemocných s proktokolektomií provedenou pro UC. *Pre-pouch* ileitida je nalézána u pacientů s UC po proktokolektomií proximálně od pouche v neoterminálním ileu.

Přednášející se ve svém příspěvku zaměřil na historii a vývoj klasifikace kolitidy a ileitid s poukazem na redefinici ulcerózní kolitidy. UC lze na základě soudobých poznatků charakterizovat jako chronicky exacerbující zánět postihující obvykle sliznici konečníku a přilehlé části nebo celého tračníku s možným postižením kterékoliv části trávicího traktu a případně s extraintestinálními manifestacemi. MUDr. Lukáš demonstroval na endoskopických a histologických obrazech odlišnosti jednotlivých subtypů ileitidy. V závěru znovu upozornil, že ulcerózní kolitida nemusí postihovat jen rektum, nemusí být kontinuální a často

je provázena postižením apendixu. Pro správnou diagnózu je nezbytné provést kolonoskopii s biopsiemi, vyšetření céka, chlopně i terminálního ilea. V diferenciální diagnostice je třeba odlišit celiakii, cévní onemocnění, Crohnovu nemoc, infekci, infiltraci (amyloidóza), kolagenózy, enteritidy polékové změny (NSA) a postiradiační změny, sarkoidózu a spondylartropatie.

Otravy z potravin

Jednou z příčin malabsorpčního stavu jsou průjemová onemocnění, která mohou být reakcí na požití kontaminovaných potravin. S problematikou infekčních i neinfekčních průjmů seznámila MUDr. Helena Ambrožová z Kliniky infekčních nemocí 2. LF UK a Nemocnice Na Bulovce v Praze. Jak nastínila v úvodu, ke vzniku průjemového onemocnění je třeba přítomnosti etiologického *agens*, kterým mohou být bakterie, jejich toxiny, viry, paraziti, event. toxiny mořských ryb a plodů, houby, mykotoxiny a další. Vedle etiologického *agens* zde musí být vnímavý hostitel, obvykle hraje roli i nevhodná úprava potravin.

Otravy z potravin se nejčastěji projevují jako průjemová onemocnění, někdy i jako onemocnění systémová, často s neurologickými příznaky. Průjemová onemocnění patří k nejčastějším infekčním onemocněním ve světě. V České republice se nejvíce vyskytují kamylobakterií, salmonelózy a norovirozy. Infektoložka se blíže věnovala zejména problematice kamylobakterií (*Campylobacter jejuni* je nejčastějším bakteriálním střevním patogenem v ČR) a závažné infekci vyvolané bakterií *Clostridium difficile*



Zleva MUDr. Jana Koželuhová, MUDr. Lucie Prokopová, Ph.D., MUDr. Helena Ambrožová, Ph.D., a doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D.

(CDI), která měla v roce 2015 na svědomí 130 úmrtí. Obávané jsou i infekce způsobené shiga-toxin produkující *Escherichia coli*, která postihuje zejména kojenče a batolata. Mezi časté původce průjmů patří i *Shigella*, která má na svědomí bacilární dysenterii, dnes se však šíří spíše v sociálně slabších skupinách a její výskyt má sestupný trend. Naopak stále aktuální je salmonela, která představuje druhý nejčastější bakteriální patogen u nás. V roce 2015 se jí v ČR nakazilo téměř 13 tisíc jedinců. MUDr. Ambrožová upozornila také na cestovatelství, které postihují až 60 % cestovatelů, zejména v exotické cizině. Mezi původce dalších častých infekčních onemocnění lze zařadit cholera, břišní tyfus, paratyfus A a B, amebózu a giardiózu.

K typickým příznakům infekčních průjmů v závislosti na etiologickém *agens* patří nauzea a zvracení, průjem s nezářetlivým nebo zářetlivým postižením střeva. Přítomna může být horečka, bolesti břicha, stolice s příměsí krve a hlenu, bolesti hlavy, svalů a kloubů, respirační příznaky, vzácněji se rozvíjí sepse nebo se objevují lokalizované formy zánětu. Rizikovými faktory jsou snížená acidita žaludku, imuno-deficit a věk – náchylnější k průjemovým onemocněním jsou malé děti a senioři. MUDr. Ambrožová dále seznámila s možnostmi diagnostiky průjmů, zahrnujícími kultivaci stolice, sérologické vyšetření a vyšetření na průkaz toxinů, parazitů či antigenů. V léčbě průjemových onemocnění je důležitá rehydratace, realimentace, dále se využívají nespecifické protiprůjmové prostředky a jen asi v 10 % je vhodné podat antibiotickou léčbu.

Divertikly – možný zdroj komplikací

V rámci diferenciální diagnostiky střevních patologií je třeba

myslet i na přítomnost divertiklů tenkého střeva, které bývají v dospělém věku většinou asymptomatické, avšak mohou způsobit komplikace. Informovala o tom MUDr. Jana Koželuhová z gastroenterologického a hepatologického oddělení I. interní kliniky LF UK a FN Plzeň.

Divertikl je slepé vychlípení z lumen dutého orgánu. Podle původu rozeznáváme divertikly vrozené a získané, podle lokalizace divertikly tenkého střeva a duodenální divertikly. Nejběžnější kongenitální malformací tenkého střeva je Meckelův divertikl. MUDr. Koželuhová upozornila, že může být příčinou komplikací ve smyslu ulcerací, krvácení, intususcepce s následnou střevní obstrukcí, perforace a velmi vzácně divertikulárních píštělí a vzniku tumorů. Tyto komplikace, zejména krvácení, jsou častější u dětí, ovšem není výjimkou, že se na Meckelův divertikl jako na příčinu krvácení do gastrointestinálního traktu u dospělých zapomíná. Diagnostika Meckelova divertiklu v klidovém stavu je obtížná, nejpřesněji jej lze prokázat izotopovým skenem s techniciem 99m pertechnátem, kde se udává až 90% senzitivita a 95% specifita. Léčba komplikací se řeší chirurgicky. Kromě Meckelova divertiklu mají v dospělé populaci klinický význam také divertikly parapapilární a další získané divertikly tenkého střeva. Na divertikly je třeba myslet při následujících potížích: krvácení z nejištěného zdroje, nejasné dyspeptické obtíže, nejasná elevace amylázy, bolesti břicha, střevní obstrukce, perforace, krvácení či zánět.

Neuroendokrinní nádory

Poslední příspěvek byl věnován neuroendokrinním nádorům (NEN) tenkého střeva. Informace o této problematice přinesl MUDr. Jiří Tomášek z Masarykova onkologického ústavu Brno.

Přednášející konstatoval, že přibližně 65 % nádorů tenkého střeva je maligních, nejčastější jsou adenokarcinomy a neuroendokrinní nádory, následují sarkomy a lymfomy. Rozdílné chování těchto malignit vyžaduje odlišné léčebné postupy. Symptomy bývají nespecifické (bolesti břicha, průjmy, slabost a váhový úbytek, střevní obstrukce) a doba od vzniku obtíží po diagnózu se pohybuje mezi 6–8 měsíci. NEN bývají často diagnostikovány při pátrání po zdroji metastáz. Vzhledem k jejich schopnosti uvolňovat látky hormonální povahy se však mohou manifestovat karcinoidovým syndromem (záchvaty flushe, průjmy, dušnost). K diagnostice a stagingu NEN tenkého střeva se využívá CT břicha a pánve, FDG PET, PET/CT a somatostatinná receptorová scintigrafie. MUDr. Tomášek dále představil terapeutické možnosti NEN, které zahrnují chirurgickou léčbu, ablační a embolizační metody a farmakoterapii. Vedle symptomatičké léčby se využívá léčba protinádorová, konkrétně analoga somatostatinu (octreotid, lanreotid), dále interferon alfa, chemoterapie, cílená léčba (everolimus, sunitinib) a terapie radioizotopy.

Závěr

Výzkum směřující k rozšíření vědomostí o funkcích tenkého střeva a lepšímu pochopení patogenetických mechanismů, stojících v pozadí jeho patologií, usnadňuje časnější diagnostiku a léčbu nemocí tenkého střeva a přináší kvalitnější život pacientům s těmito chorobami. Vedle pokročilých chirurgických metod se v gastroenterologii stále více uplatňuje cílená biologická léčba, která má již nezastupitelné místo jak v léčbě některých GIT nádorů, tak v terapii idiopatických střevních zánětů.



Sales Specialist Mgr. Zuzana Karnová (vlevo) a GM Senior Brand Manager Gastroenterology Mgr. Gabriela Mrázková (obě ze společnosti Abbvie) s MUDr. Karlem Lukášem

ODBORNÉ AKCE

Novinky v onkologii

Ve středu 20. dubna proběhlo další ze symposií Postgraduální akademie, pořádané divizí Medical Services vydavatelství Mladá fronta. Tentokrát s názvem „Novinky v onkologii 2016“.

Garantem odborného programu se stal MUDr. Tomáš Svoboda, Ph.D., z Onkologické a radioterapeutické kliniky LF UK a FN Plzeň.

MUDr. Josef Chovanec, Ph.D., z Masarykova onkologického ústavu v Brně účastníky seznámil s možnostmi systémové a chirurgické léčby ovariálního karcino-

mu, doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc. (Onkologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze) pak přítomným popsala možnosti, průběh a úspěšnost terapie karcinomu prsu spojeného s těhotenstvím. Přednostka Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc., vystoupila s přednáškou „Cílená léč-

ba nemalobuněčného karcinomu plic – nutná vyšetření před rozhodnutím o volbě preparátu“, MUDr. Michaela Zezulová (Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc) hovořila na téma profylaxe trombózy u onkologicky nemocných (více o tomto tématu níže). MUDr. Zuzana Bielčíková (Onkologická klinika 1. LF UK a VFN) přednesla téma



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

„Chemoterapie – nestárnoucí součástí léčby metastatického karcinomu prsu“, primářka Dermatovenereologické kliniky 1. LF UK a VFN MUDr. Ivana Krajsová, MBA, pak představila současné možnosti terapie melanomu. Primářka Mam-

ma centra Háje MUDr. Miroslava Skovajsová, Ph.D., zhodnotila úspěchy 15 let českého screeningu nádorů prsu. Přednáškový blok zakončil MUDr. Svoboda zhodnocením současného postavení české onkologie. (red)

Profylaxe a léčba TEN u onkologických pacientů

Shrnutí ze seminářů na téma „Profylaxe a léčba TEN u onkologicky nemocných pacientů“, které se konaly v rámci mezinárodní kampaně Women Thrombosis Cancer.

V Evropě ročně umírá 500 tisíc osob na tromboembolickou nemoc (TEN), což představuje asi 12 % z celkového počtu všech úmrtí. Jedná se přitom o onemocnění, kterému lze zabránit účinnou profylaxí. Podle epidemiologických studií dochází během jednoho roku k 148 případům žilní trombózy a k 95 případům plicní embolie na 100 000 obyvatel, přičemž z výše uvedených údajů připadá na TEN u hospitalizovaných pacientů 83 případů žilní trombózy a 67 případů plicní embolie. Proto odborníci v rámci celosvětové kampaně Women Thrombosis Cancer (WTC) upozorňují na vysoké nebezpečí TEN zejména u léčených onkologicky nemocných žen.

Women Thrombosis Cancer

Hluboká žilní trombóza (VTE) a její život ohrožující komplikace – plicní embolie – jsou u pacientů s nádorovým onemocněním velmi časté, několikanásobně častější než v obecné populaci. Proto je třeba hlubokou žilní trombózu včas lé-

čit a u rizikových nemocných se zaměřit na prevenci. Společnost ASPEN Pharma se rozhodla zapojit do mezinárodní kampaně Women Thrombosis Cancer a začátkem roku 2016 uspořádat v České republice pro lékaře sérii seminářů na téma profylaxe trombózy u onkologicky nemocných pacientů. Odbornou garancí poskytly Česká společnost pro trombózu a hemostázu ČLS JEP, Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP a Onkologická klinika 1. LF UK a VFN Praha. Cílem kampaně WTC je zvýšení povědomí o riziku VTE a tím zlepšení péče o onkologické pacienty. Léčba nádorových onemocnění velice pokročila, používají se přípravky cílené biologické léčby, které brání v progresi a rekurenci nádoru.

Riziko žilní trombózy v onkologii

Zhoubná onemocnění jsou provázena řadou komplikací a patří k nim i poruchy hemostázy. Nemocní mají buď sklon ke krvácení, nebo naopak k tvorbě žilní trom-

bózy a plicní embolie, kterým lze vhodnou profylaxí zabránit. Nádorové onemocnění samo výrazně zvyšuje riziko vzniku žilní trombózy u všech nemocných. Dokonce je známo, že některé typy nádorů jsou zatíženy vyšším rizikem trombózy. K rizikovým patří pacienti s nádory mozku, slinivky, žaludku, nádory v gynekologické oblasti a další. Riziko stoupá u nemocných, kteří jsou hospitalizováni, jsou v horším výkonostním stavu a jsou imobilní. Onkologičtí pacienti umírají nejčastěji za dvou příčin. Tou první je metastatický rozsev onemocnění, druhou nejčastější příčinou pak venózní tromboembolismus. Zde se však bohužel zdá, že přestože mu lze mnohdy správnou profylaxí či terapií již vzniklého projevu zabránit, riziko vzniku trombózy či plicní embolie je podceňováno. Onkologičtí pacienti tvoří více než 20 % ze všech pacientů s tromboembolickou nemocí, riziko žilního tromboembolismu je u nich až sedmkrát vyšší než u ostatní populace a dále se mění s věkem, typem maligní choroby a její pokročilostí. Riziko nadále zvyšuje onkologická terapie (např. chemoterapie může zvýšit riziko až 6,5násobně). Nesmí se ani opomenout možné genetické riziko, jen Leidenská mutace, tedy rezistence na aktivovaný protein C, jež pro homozygota představuje až osmdesátkrát větší riziko VTE, se v bílé populaci vyskytuje s cca 5% četností, což není tak malé číslo.

LMWH v profylaxi TEN

Použití nízkomolekulárních heparinů má v profylaxi žilního tromboembolismu své jednoznačné

místo, nicméně nízkomolekulární hepariny (LMWH) by oproti kumarinům měly být preferovány i při nutnosti dlouhodobé antikoagulační terapie, a to zejména u onkologických pacientů v aktivní léčbě. Důvodů pro to je hned několik. Warfarin patří mezi léky s největším procentem interakcí, jak farmakokinetických, tak i farmakodynamických. Ve fázi distribuce se až z 95–99% váže na albumin, účinná je pouze jeho volná frakce. A je to právě hladina albuminu, která u onkologických pacientů v léčbě kvůli nechutenství či nevolnosti může výrazně kolísat, což neumožňuje udržet stabilní hladinu INR a tedy optimální efekt pro pacienta. Naopak se výrazně zvyšuje riziko, že bude „podlěčen“, nebo naopak bude mít vyšší riziko krvácení.

V této farmakologické indikaci mají dostatek dat ve smyslu *evidence based medicine* zatím jen nízkomolekulární hepariny. Jsou indikovány u onkologicky nemocných, u kterých se v různých situacích během léčby zvyšují jejich dispozice k žilní trombóze (trombofilie), a tyto nemocné tak lze chránit. Z klinického hlediska je tato problematika velice obtížná, protože u onkologických nemocí může být také vyšší riziko krvácení, které nedovolí v některých případech profylaxi užít.

Při léčbě žilního tromboembolismu u onkologicky nemocných se vychází z výsledků studie CLOT a dalších, kde byla prokázána lepší účinnost a bezpečnost nízkomolekulárních heparinů proti warfarinu, a proto prvé tři měsíce nebo déle je doporučeno podávat v tera-

peutických dávkách subkutánně nízkomolekulární hepariny a teprve poté lze u konsolidovaných onkologických pacientů přejít na perorální léčbu warfarinem. V těchto studiích bylo jasně prokázáno, že léčba nízkomolekulárními hepariny v terapeutické dávce byla bezpečnější (bylo méně krvácení) než při terapii warfarinem. Také než procento rekurence trombózy bylo nižší.

Správná profylaxe a terapie prostřednictvím LMWH může pomoci předejít projevům či komplikacím venózního tromboembolismu a přispět tak ke zlepšení celkového přežívání onkologicky nemocných. Česká společnost pro trombózu a hemostázu s Českou angiologickou společností ČLS JEP a Českou internistickou společností ČLS JEP vydala doporučené postupy a skórovací systémy (RAM), které upřesňují, jak hodnotit rizika vzniku žilní trombózy u jednotlivých diagnóz a jaká profylaktická opatření je potřeba provést. V současné době je úhrada prodloužené – až čtyřtýdenní – profylaxe trombózy s LMWH u onkologicky nemocných, kteří podstupují operaci pro tumor v dutině břišní. V jedné z rozšířených profylaxí v indikovaných případech i na jiné rizikové situace.

Onkologové a onkogynekologové, ale i praktičtí lékaři musejí mít na zřeteli, že u pacienta, který se léčí pro nádorové onemocnění, existuje vyšší riziko tromboembolie, a proto musejí cíleně po možné trombóze pátrat a využívat všechny dostupné možnosti její profylaxe a léčby.

Zdroj: prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc., 1. Interní klinika 1. LF UK a VFN Praha, MUDr. Michaela Zezulová, Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc; semináře „Profylaxe a léčba TEN u onkologicky nemocných pacientů“, leden až duben 2016

Profylaxe a léčba TEN u onkologicky nemocných pacientů

Odborní garanti:
prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc.
a prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.

WTC

Women · Thrombosis · Cancer

Pod záštitou odborných společností:
Česká společnost pro trombózu a hemostázu, Česká gynekologická společnost a Onkologická klinika VFN v Praze

Mezinárodní den sester se slaví již půl století

12. květen se stal Mezinárodním dnem sester jako připomínka výročí narození Florence Nightingalové (12. 5. 1820). Tato žena se díky svému silnému sociálnímu citění, píli a odhodlání stala nejvýznamnější sestrou v historii ošetrovatelství a zásadně ovlivnila zdravotní péči 19. a 20. století.

Florence Nightingalová se vzepřela společenským konvencím a stala se profesionální ošetrovatelkou. Úctu a respekt si získala během krymské války, kdy zorganizovala a vedla skupinu sester pečujících o raněné britské vojáky ve vojenské nemocnici. Díky tvrdé práci a novým způsobům péče o nemocné a raněné se jí podařilo snížit úmrtnost ze 40 % na 2 %. V roce 1860 založila v Anglii první ošetrovatelskou školu, napsala přes 200 knih, článků a více než 12 000 textů týkajících se principů profesionálního ošetrovatelství. Bojovala za práva pacientů, zasloužila se o zlepšení péče a podmínek v nemocnicích a významně přispěla ke zvýšení prestiže povolání zdravotní sestry.

Sestry v roce 2016

Sestry představují v léčbě pacientů nezastupitelný prvek. Jsou

přítomny při zrodu nového života, pomáhají zmírňovat utrpení pacientů, ale mnohdy je doprovázejí i při cestě poslední. Jsou zručné, obětavé, vzdělané a empatické. Při příležitosti oslav Mezinárodního dne sester vyhláší Mezinárodní rada sester každoročně klíčová témata v oblasti ošetrovatelství a upozorňuje na celosvětové problémy. V roce 2016 se diskuse povede nad tématem „Sestry: Hybná síla změn, zvyšování odolnosti zdravotnických systémů“.

„Materiály od Mezinárodní rady sester jsou rozepisovány profesními organizacím více než 160 členských států. Slouží všem sestřím a manažerkám v oboru ošetrovatelství. Ty se po celý rok v dané oblasti vzdělávají a nové poznatky uplatňují ve své praxi,“ říká prezidentka České asociace sester (ČAS) PhDr. Martina Šochmanová,

MBA. ČAS oslavila tento den slavnostním večerem v Divadle na Vinohradech. Součástí večera bylo udělení cen Florence Nightingalové ve čtyřech kategoriích: za celoživotní dílo, za rozvoj ošetrovatelství, za rozvoj České asociace sester a za rozvoj oboru. (red)

voří o ženách s pokročilým stadiem nemoci. Tento propastný rozdíl v komunikaci o různých stadiích rakoviny prsu se bohužel promítá i do celkového přístupu k pacientkám s metastatickou rakovinou prsu, u kterých se obecně předpokládá, že už nemají šanci na kvalitní život. Právě tento mýtus bychom chtěli vyvrátit. Zvolili jsme název kampaně „Nejsem na odpis“, který jasně odkazuje na to, že i tyto pacientky jsou ženami, manželkami, matkami a zaměstnankyněmi a chtějí být vnímány jako ostatní,“ říká ředitelka ONKO Unie Mgr. Petra Adámková. Z dotazníkového šetření vyplývá, že polovina ze 140 dotázaných by o své nemoci chtěla vědět více a polovina



ilustrace: foto: wikimedia.org

ONKO Unie odstartovala kampaň „Nejsem na odpis“

Nová edukativní kampaň má upozornit na to, že ženy s metastatickým karcinomem prsu mohou prožít kvalitní život. Kampaň vychází z informací, potřeb a přání pacientek, které ONKO Unie zjistila na základě orientačního dotazníkového šetření v únoru a březnu 2016.

I při včasné diagnóze karcinomu prsu se u 30 % pacientek, obvykle nečekaně a i po více než 15 letech, nemoc vrátí ve formě metastatické rakoviny prsu. Jde o nevléčitelné chronické onemocnění s průměrnou dobou přežití 3–5 let, avšak často pacientky žijí i 7 a více let. Na rozdíl od časného karcinomu prsu má metastatická forma rakoviny u široké veřejnosti stigma nemoci, u které pacientka jen „čeká na smrt“. Při vhodné léčbě může ale i žena s touto nemocí žít kvalitní život.

„S tematikou časného zachytu karcinomu prsu a pravidelného mamografického screeningu je veřejnost již dobře obeznámena. Málo se však ho-

voří o ženách s pokročilým stadiem nemoci. Tento propastný rozdíl v komunikaci o různých stadiích rakoviny prsu se bohužel promítá i do celkového přístupu k pacientkám s metastatickou rakovinou prsu, u kterých se obecně předpokládá, že už nemají šanci na kvalitní život. Právě tento mýtus bychom chtěli vyvrátit. Zvolili jsme název kampaně „Nejsem na odpis“, který jasně odkazuje na to, že i tyto pacientky jsou ženami, manželkami, matkami a zaměstnankyněmi a chtějí být vnímány jako ostatní,“ říká ředitelka ONKO Unie Mgr. Petra Adámková. Z dotazníkového šetření vyplývá, že polovina ze 140 dotázaných by o své nemoci chtěla vědět více a polovina

by také uvítala další možnosti léčby. 99 % respondentek uvedlo, že považují za důležité, aby měly pacientky informace o své nemoci. Za nejpřínosnější aktivity považují ženy fyzioterapii, relaxační cvičení a vzdělávací akce s informacemi o léčbě a léčebném režimu.

„Vítáme také zavádění nových protinádorových léků, neboť ty znamenají naději na prodloužení života. Z generalizovaného karcinomu prsu se tak stává chronické onemocnění podobné ve svém trvání cukrovce, cirhóze jater či revmatoidní artritidě,“ uvádí doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc., z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

(Zdroj: ONKO Unie)

(red)

Až 72 % Čechů nepozná padělaný lék

Každý měsíc hlásí Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) nový výskyt padělků léků a počet odhalených případů narůstá. Často se jedná o specializované přípravky na předpis, jako jsou antibiotika nebo cytostatika. Nelegální léky mohou obsahovat zdraví škodlivé látky a jejich užití může ohrozit zdraví.

Ukazuje se, že tři čtvrtiny Čechů by padělaný lék nepoznaly. Někteří si dokonce předpisové léky obstarávají přes internet, kde je riziko koupě nelegálního léčivého přípravku nejvyšší. Vyplývá to z aktuálního průzkumu* Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP). Nelegální léčiva a padělky jsou zrádné v tom, že se tváří jako originální. „Zkopírovat balení není pro padělatele problém. Falešný lék často odhalí až snaha o jeho dohledání podle čísla šarže nebo chemický rozbor, což běžný člověk pochopitelně nemůže udělat,“ uvádí výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček a dodává: „Právě kvůli ochraně pacientů vzniká systém ověřování léků. Krabičky budou od roku 2018 opatřeny speciálním 2D kódem, který lékárník načte a uvidí, zda je

lék pravý.“ Systém by mohli využívat i lidé, kteří si lék zakoupí na internetu. Takto zakoupené léky by pacienti při pochybách mohli donést do lékární a nechat ověřit jejich pravost. „V tuto chvíli zkoumáme připravenost zdravotního prostředí na zavedení systému a všechny možnosti, jak bychom jej mohli využívat, aby chom pacienty co nejvíce ochránili,“ informuje Jakub Dvořáček. Lékárníkům lidé důvěřují nejvíce. V případě podezření na neoriginální lék by se 70 % z nich obrátilo o radu právě na ně. Další možností, kam by se pacienti obrátili, je ošetrojící lékař.

*Průzkum pro AIFP provedla v období 28. 4.–3. 5. 2016 společnost IPS-SOS. Zúčastnilo se jej 518 respondentů. (akt)

VFN chce lepší podmínky pro duševně nemocné

Psychiatrická rehabilitace má kromě humánního aspektu i velký ekonomický význam tím, že zkracuje dobu hospitalizace, redukuje pracovní neschopnost a zabraňuje invalidizaci duševně nemocných. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze v této souvislosti realizuje od ledna 2015 projekt „Komplexní a integrační rehabilitační centrum VFN pro osoby s duševní poruchou“.

Projekt s rozpočtem 10 057 304 Kč je z 80 % podpořen grantem z Norska v rámci programu CZ1 „Iniciativy v oblasti veřejného zdraví“, 20 % rozpočtu spolufinancuje nemocnice z vlastních zdrojů. Cílem projektu je zlepšení současného stavu v oblasti poskytování psychiatrické péče. Uvedených cílů má být dosaženo prostřednictvím:

- úprav a vybavení stávajících prostor rehabilitace,
- vybudování terapeutické zahrady,
- zřízení bezpečného bezbariérového přístupu,
- rekonstrukce přístupové cesty k terapeutické zahradě,

- integračních aktivit probíhajících v chráněné dílně a v integračním centru,
- přizpůsobení a vybavení venkovních prostor pro psychoedukaci a integraci duševně nemocných,
- vzdělávání odborného personálu. „Realizací projektu dosáhneme implementace nového systému ucelené rehabilitace duševně nemocných pacientů. Propojením stávajících rehabilitačních součástí kliniky s nově vytvořenými vzniká komplexní centrum zajišťující rehabilitaci duševně nemocných na všech úrovních péče,“ uvádí přednostka Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Výročí největší Psychiatrické kliniky

Psychiatrická klinika 1. LF UK letos oslavuje 170. výročí svého provozu. V současnosti je největším zařízením svého druhu v ČR. Ročně je zde hospitalizováno 1500 pacientů a dalších 11 000 se léčí ambulantně. Klinika má několik unikátních pracovišť. Je to zejména Centrum pro léčbu poruch příjmu potravy, dále Denní stacionář pro děti a dorost a zcela nové rozsáhlé rehabilitační centrum. Jediné jsou rovněž nabízené metody biologické léčby, zejména magnetická stimulace mozku využívaná pro léčbu depresí či tinnitu.

(Zdroj: VFN)

(red)

ODBORNÉ AKCE

Jak přispět k adhezenci a perzistenci chronického pacienta

S chronicky nemocnými se praktičtí lékaři setkávají dnes a denně, proto byl na X. jarní interaktivní konferenci (JIK) Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL), která se konala koncem dubna v Praze, věnován prostor duši i srdci chronického pacienta z pohledu psychiatra a internistky.

Pohled do duše

Ředitel Národního ústavu duševního zdraví prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych., vysvětlil, jakým způsobem s chronickými pacienty pracovat a jakým způsobem zvyšovat jejich adhezenci k léčbě. „Jedním z témat, která sdílíme, je otázka jak přimět k adhezenci pacienta, který nemá náhled na svou nemoc, nechce se léčit, neuvědomuje si závažnost svého onemocnění. Část našich pacientů vůbec nepřipouští, že by byli nemocní, a přesto léčbu velice potřebují. V první linii se s nimi setkáváme všude. Jde zejména o ty, kteří trpí takzvanými tichými zabijáky, nemocemi, které nejsou vidět a z počátku je nepocítují a nebolí je. Příkladem je hypertenze nebo diabetes. Náš přístup k těmto pacientům musí být přisně individuální a musíme plně respektovat pacientův osobnostní typ

a osobnostní charakteristiky, které musíme nejprve poznat,“ uvedl prof. Höschl s tím, že již v 70. letech provedl v tomto ohledu rozdělení pacientů interního oddělení Nemocnice pod Petřínem.

„První jsou takzvaní velcí popírači s dokonalou obranou (přenesení afektu jinam – více vadí větrák než fakt, že může zemřít) před náročnou životní situací. Velcí popírači se ohrožují nedodržováním režimu, protože jim nedochází vážnost situace. Na druhé straně stojí ‚malí popírači‘, kteří nemají dostatečně vyvinutou obranu, vše vztahují na sebe a mají rozvinutou masivní úzkost, jež je také ohrožuje. Z literatury ale vyplývá, že z hlediska mortality úzkost ohrožuje víc než nedodržování léčebného režimu. To je důvod proč ke každému volit jiný přístup,“ dodal prof. Höschl. Jak vysvětlil, malému popírači –

kostného typu je třeba pomoci najít obranné popření typu: „Nebojte se, nejste na tom tak špatně, to bude dobré.“ Velkého popírače je třeba strašit: „Jestli budete kouřit a pít alkohol, špatně to skončí.“ U stejné diagnózy, závažnosti a prostředí je ale dle typu pacientů potřeba použít naprosto odlišný přístup. Žádná univerzální rada jak zacházet s pacientem podle něj neexistuje.

Pohled od srdce

„Chronické asymptomatické choroby jsou zároveň rizikovými faktory pro ischemickou chorobu srdeční. Jistě to znáte z vlastní praxe – pokud u pacienta odhalíte některé z chronických onemocnění a nasadíte mu léčbu, nastane stav, který se pacientům nelíbí – objeví se příznaky, ať už jsou to vedlejší účinky antihypertenziv, nebo dokonce příznaky způsobené

snížením krevního tlaku nebo abstinenci příznaků pro zanechání kouření. V tu chvíli začíná fáze nepopulární edukace, rozdělená na motivaci (proč se léčit) a způsob jakým stav změnit. Teprve pak lze očekávat spolupráci a změnu pacientových návyků,“ uvedla na jarní konferenci prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., z Centra preventivní kardiologie II. interní kliniky LF UK a FN Plzeň.

Doklad fungování adhezence (počtu polknutých dávek) uvedla prof. Rosolová na studii 4500 nově diagnostikovaných hypertoniců. Po 5 letech, kdy se sledoval počet infarktů, cévních mozkových příhod a kardiiovaskulární mortality u těchto pacientů, se zjistilo, že ti, kteří vzali 80 % dávek léků, měli o polovinu nižší výskyt těchto příhod. U těch, kteří brali méně dávek, žádný efekt nebyl.

„Motivaci a edukaci musíme neustále opakovat, protože jak vyplynulo z jiné, holandské studie, už po dvou letech významně klesá také perzistence (výdrž) v léčbě,“ podtrhla internistka a připomněla také studii, kterou na velkém počtu rezistentních hypertoniců provedl doc. MUDr. Jiří Ceral, Ph.D., z oddělení preventivní kardiologie I. interní kardiologické kliniky LF UK a FN Hradec Králové. Šlo o pacienty léčené třemi a více antihypertenzivy včetně antidiuretik, jejichž tlak neklesl pod 140/90 mmHg. „Při vyšetření hladiny léků v plasmě docent Ceral zjistil, že třetina pacientů vůbec léky neuzívá, třetina užívá pouze některé a jenom třetina z nich je skutečně rezistentní,“ uvedla prof. Rosolová a připomněla, že vedle motivace je pro pacienta důležitá skladba kvalitních léčiv bez vedlejších účinků a s nízkým počtem dávek (max. 1x denně). Také zdůraznila, že pokud je hypertenze od počátku léčena dvěma přípravky, snižší se systolický i diastolický tlak 5x lépe než při použití pouze jednoho přípravku, protože ovlivní zároveň dva mechanismy snížení tlaku. Pokud se navíc účinné látky spojí do jedné tablety, je adhezence k léčbě lepší o 20 %.

Petra Klusáková

Praktici odmítají preskripční omezení, která prodražují péči

Praktičtí lékaři vyzvali v memorandu z X. jarní interaktivní konference (JIK) Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL) ministerstvo zdravotnictví a Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), aby tyto instituce praktikům zrušily preskripční omezení.

„Žádáme příslušné orgány, aby vstoupily v jednání se zástupci praktických lékařů s cílem zrušit nesmyslná omezení v terapii a diagnostice u primární péče v ČR tak, aby se léčebná péče svým rozsahem a kvalitou dostala na úroveň standardů vyspělých zemí v EU,“ uvádí memorandum z konference, již se na konci dubna zúčastnilo přes 1300 lékařů z celé republiky. „Nemůžeme řádně a kvalitně léčit pacienty jako kolegové v zahraničí – nemáme dostatečné pravomoci v předepisování léků, a tím se zhoršuje dostupnost péče pro pacienty. Česká republika je na prvním místě v EU v počtu preskripčních omezení u praktických lékařů. Voláme po tom, aby se léčebná péče svým rozsahem a kvalitou dostala na úroveň standardů vyspělých zemí v EU,“ říká místo předseda SVL MUDr. Igor Karen.

Moderní antidiabetika nepředepíší

„Čeští občané v průzkumech veřejného mínění vyjadřují v drtivé většině případů spokojenost s péčí svého praktika a časem, který jim věnuje po dobu návštěvy v ordinaci. Nicméně u ministerstva zdravotnictví, SÚKL a zdravotních pojišťoven stále nenacházíme adekvátní podporu,“ dodává Igor Karen. Jako příklad uvádí preskripční omezení na moderní antidiabetika, na která praktici „nedosáhnou“ a jsou nuceni předepisovat ta, kde je vyšší riziko nebezpečných hypoglykemií. Připomíná, že praktici mají k dispozici doporučené postupy pro léčbu diabetu 2. typu a algoritmy postupů jsou zde jasně vymezeny. „V současnosti 95 procent zahraničních ordinací praktických lékařů diabetiky léčí, může jim předepisovat všechny mo-

derní léky na léčbu diabetu, ale i láně, glukometr, proužky pro měření cukru v krvi a podobně. U nás se sice přibližně 120 tisíc pacientů s 2. typem diabetu léčí ve 2500 praxích všeobecných lékařů, jejichž pravomocí na předepisování moderních léků jsou však neúměrně osekány,“ doplnil MUDr. Karen s tím, že ačkoli lékaři na tuto situaci dotčené úřady opakovaně upozorňují, v oblasti péče o diabetiky se více než 5 let stále nic neděje.

„Prodražuje se tak zdravotní péče, což považuji za skandální a diskriminující i pro pacienty a za plýtvání časem i energií zdravotníků i penězi z veřejného zdravotního pojištění,“ zdůraznil Igor Karen. Obdobná situace je podle něj u některých plicních nemocí a kombinovaných bronchodilatačních léků s kortikoidy, u léků na mykózy, moderních protisrážlivých léků

i běžných léků například na záněty spojivek či ekzémy. „V celé západní Evropě mohou praktici předepisovat například léky na zánět spojivek, či různá kožní onemocnění, jen u nás to nejde,“ podotkl MUDr. Karen.

Mladí praktici se připojují

S memorandem souzní také sdružení Mladých praktiků. Stejně jako SVL vyzývají ministerstvo zdravotnictví a SÚKL, aby byla omezení v předepisování léků zrušena. „Jak máme nabyt důvěry našich pacientů a stát se jejich záchytným bodem, když je musíme posílat i s banálními problémy za specialisty? A jak si stojíme v očích těchto specialistů, když jim takto nechťeně krátime čas na vážnější případy?“ ptá se předseda Mladých praktiků MUDr. Norbert Král a uvádí příklad praxe u preskripce léků na ředění krve. Prak-

tičtí lékaři mohou například předepisovat běžný warfarin, kde je pacient omezen nutností častého monitorování koagulačních parametrů, dietou, rizikem krvácení a dalšími, zatímco na trhu jsou nová moderní antikoagulantia, kde nutnost kontrol a diet odpadá. Ta ovšem praktici předepisovat nemohou. Stejně tak například u očních kapek s obsahem antibiotik. „V běžné praxi ke mně přijde pacient se zánětem spojivek a já mu nemohu předepsat antibiologické kapky. Pacient odchází k oftalmologovi, kde si vystojí další frontu (o objednacím termínu nemluví), aby dostal to, co jsem mohl okamžitě vyřešit v ordinaci,“ doplňuje MUDr. Král. Mladí praktici proto apelují na změnu systému preskripce k větší efektivitě, která by nezatežovala ani pacienty, ani zdravotní systém. „Aby naše zdravotnictví jako celek mohlo efektivně fungovat, musí mít všeobecné praktické lékařství potřebné nástroje. Těžko bychom svěřili opravu střechy někomu, kdo sice perfektně ví jak na to, ale nemá ani žebřík,“ dodává Norbert Král. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček uvedl, že chce o preskripčních omezeních s praktiky jednat.

(klu)

Představujeme publikaci

Potravinová alergie a intolerance



Potravinová alergie je podmíněna nežádoucí, výhradně specifickou imunologickou odpovědí na potravinové antigeny. Na rozdíl od jiných alergií jí neustále přibývá, za což nese odpovědnost jak samotný genom, tak především prostředí včetně výživy i západního způsobu života, souhrnně epigenetické mechanismy. Chystaná kniha se zaměřuje rovněž na nejznámější potravinové intolerance, jejichž spouštěčem jsou naopak čistě neimunologické mechanismy.

Obecná část publikace věnuje pozornost epidemiologii, patofyziologii, alergenům, projevům, diagnostice včetně novinek v molekulární diagnostice, léčbě, prognóze a nakonec i legislativě. Druhá, speciální část představí jednotlivé potravinové skupiny, nechybí ani přehledy možných zkřížených reakcí. K hlubšímu pochopení typů potravinových alergií, jejich příznaků i specifických způsobů diagnostiky a léčby by měla zásadně přispět právě tato kniha.

Autoři: Martin Fuchs et al.

Doporučená cena 605 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

Moderní přístup k léčbě diabetu

V rámci 52. diabetologických dnů, které proběhly 14.–16. dubna 2016 v Luhačovicích, měli účastníci možnost vyslechnout si multioborovou diskusi na téma „Moderní přístup k léčbě diabetu v každodenní praxi“. Sympoziem zaměřené zejména na přínos empagliflozinu a nové fixní kombinace empagliflozinu s metforminem podpořila společnost Boehringer Ingelheim.

Diskuse se účastnili prof. George Grunberger, MD (Wayne State University School of Medicine, Detroit, Michigan, USA), doc. MUDr. Martin Prázný, CSc., Ph.D. (III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN, Praha), prim. MUDr. Jindřich Olšovský, Ph.D. (II. interní klinika LF MU a FNUSA, Brno), prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, Ph.D. (I. interní klinika LF UK a FN Plzeň), MUDr. Jiří Veselý (interní oddělení Broumov), doc. MUDr. Jan Václavík, Ph.D. (I. interní klinika – kardiologická LF UP a FN Olomouc), prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc. (III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha), prof. MUDr. Vladimír Tesař, DrSc. (Klinika nefrologie 1. LF UK a VFN). Sympoziem provázal prof. MUDr. Štěpán Svachna, DrSc., MBA (III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha).

Že diabetologie již není jednoduchým oborem, nastínil v úvodu docent Prázný. Cílem léčby diabetu není pouhé snižování glykemie, ale zejména snížení rizika rozvoje mikro- a makrovaskulárních komplikací diabetu. V této souvislosti přednášející představil pozitivní zkušenosti s empagliflozinem a výsledky studie EMPA-REG Outcome*. Ve studii a následně klinické praxi se ukázalo, že empagliflozin kromě snižování glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}) snižuje také krevní tlak a hmotnost léčených pacientů.

Bezpečnost gliflozinů

Jak dále prezentoval prof. Škrha, empagliflozin, u něhož se prokázal efekt na snížení kardiovaskulárního (KV) rizika, má stejně jako ostatní glifloziny dobrý bezpečnostní profil. Ve srovnání s placebem byl během jeho užívání zaznamenán jen vyšší výskyt genitálních infekcí. V poslední době se pozornost diabetologů obrací také k otázce možného navození ketoacidózy. Ačkoli ta je u gliflozinů zatím raritní situací, podle prof. Škrhy je třeba být na ni připraven. „U lé-

ků této skupiny bývá ketoacidóza provázena nezdídkou i normální glykemií. Pacient se však cítí špatně, má nauzeu a může zvracet. Aby k tomuto stavu nedošlo, je třeba gliflozin správně indikovat a nesnižovat příliš dávku inzulínu. Dále je třeba pacienta poučit, aby v případě uvedených obtíží kontaktoval lékaře,“ doporučil prof. Škrha. Ke stavu ketoacidózy dochází zejména, jsou-li k diabetu přidružena další onemocnění, horečnaté stavy, stres, riziková je též vyšší konzumace alkoholu. Pacient by měl mít zajištěn dostatečný přísun tekutin a neměla by se příliš snižovat dávka sacharidů. „V případě ketoacidózy je nezbytné gliflozin vysadit a léčit stav inzulinem a tekutinami,“ upozornil prof. Škrha.

Benefity gliflozinů – pokud jsou respektovány jejich indikace a kontraindikace – rozhodně převažují nad jejich riziky, shodli se odborníci. Co se týče vaginálních mykóz, podle doc. Prázného není třeba ani u těchto pacientek lék vysazovat, stačí infekci přeléčit.

Jak zvolit správný lék?

V léčbě diabetu, podobně jako v dalších oborech, se uplatňuje princip individualizace. „Samozřejmě není jednoduché vybrat nejvhodnější léčbu pro konkrétního pacienta. V USA máme k dispozici přes 50 anti-diabetik rozdělených do 12 kategorií, přičemž tyto léky většinou nepředepisuje diabetolog, ale všeobecný lékař. Bylo tedy potřeba nalézt nástroj, který by lékařům pomohl s výběrem optimální léčby. K tomuto účelu jsme vytvořili tabulku profilů anti-diabetické léčby, kde jsou přehledně uvedeny benefity a rizika jednotlivých preparátů,“ vysvětlil prof. Grunberger a poukázal na to, že v tabulce jsou zohledněny i přínosy gliflozinů vyplývající ze studie EMPA-REG Outcome.

Odborníci také diskutovali nad otázkou optimální informovanosti pacienta a jeho rolí v preferenci léku. Zde je situace v USA a ČR odlišná. „Zatímco v České republice platí zákaz reklamy na

preskripční léky cílené na nezdravotnickou veřejnost – což může být spojeno s nedostatečnou informovaností o léčbě –, ve Spojených státech naopak mnozí pacienti po zhlédnutí reklamy žádají léky, které pro ně nejsou nevhodné. To může být někdy obtížné vysvětlit,“ uvedl prof. Grunberger a dodal, že „pacienti bohužel nemají kritický pohled ani znalosti z odborného tisku“.

Diabetes a KV riziko

Důvodem k podání anti-diabetické léčby, která má příznivý vliv na kardiovaskulární parametry, je skutečnost, že diabetici mají oproti běžné populaci vyšší kardiovaskulární riziko. Řada studií potvrzuje, že se jedná o dvojnásobné riziko v případě celkové mortality, které se však zvyšuje 4násobně, pokud tito lidé prodělali infarkt myokardu nebo cévní mozkovou příhodu, a až 7násobně, pokud prodělali obojí. U diabetiků bylo také prokázáno přetrvávání reziduálního rizika i přes léčbu statiny, stejně jako horší prognóza po infarktu myokardu.

„Bohužel infarkt myokardu může být první manifestací skryté probíhajícího diabetu. Mnoho pacientů s diabetem k nám přichází až poté, co prodělali kardiovaskulární příhodu. Z pohledu KV rizika patří mezi vysoce rizikové pacienty. Přitom jde o běžnou populaci, srovnatelnou s populací pacientů zařazených do studie EMPA-REG Outcome,“ upozornil doc. Václavík s tím, že by tito nemocní mohli profitovat z léčby empagliflozinem. Obdobně se vyjádřil MUDr. Veselý, který vyzdvihl, že „u vysoce rizikových pacientů není možné čekat, až dojde k srdečnímu selhání, ale je třeba co nejdříve podat terapii zlepšující kardiovaskulární parametry“. Podle prof. Grunbergera není potřeba kontroly všech KV rizikových faktorů novým principem a ví se, že přináší benefity v podobě delšího přežívání s minimem komplikací. „Je nemyšlitelné, aby kardiolog nepřihlížel k potřebě kompenzace diabetu a diabetolog se



ilustrační foto: Shutterstock

nezajímal o krevní tlak, cholesterol a podobně. Je nezbytné mít stále před sebou cíl, kterým je prodloužení kvalitního života pacienta,“ upozornil profesor Grunberger.

Výhody fixních kombinací

Na význam adherence v léčbě a možnosti jejího zlepšení poukázal profesor Rušavý: „Určitě je dobré léčit vše, ale je třeba také zajistit, aby pacient léky užíval. Pokud nechce brát veškerou doporučenou medikaci, je vhodné stanovit priority, aby užíval alespoň to nejdůležitější.“ Pro iniciační fázi léčby diabetu se v současné době doporučují tři možnosti: a) metformin + gliflozin, b) metformin + gliptin, c) metformin + inkretin (GLP-1 RA). Lékař by měl volit nejvhodnější kombinaci pro každého pacienta.

Adherenci zlepšují také fixní kombinace léků. Vzhledem k tomu, že se léčba diabetu často zahajuje dvojkombinací, odborníci kladně hodnotili novou fixní kombinaci empagliflozin + metformin (Synjardy). Tato kombinace je podle nich vhodná proto, že jde o bezpečný lék, u něhož není třeba se obávat hypoglykemických stavů. Současně diskutovali o otázce, pro které další pacienty by bylo benefitem užívat již v iniciační fázi léčby diabetu dvoj- či trojkombinaci. „Momentálně máme k dispozici data, která bude třeba včlenit do nových doporučení. Na základě toho zahájíme jednání s pojišťovny o úhradě nové fixní kombinace v dalších indikacích. Víme, že na začátku onemocnění je diabetes nejflexibilnější, a není tedy důvodem čekat na jeho zhoršení, jestliže máme účinný lék,“ vyjádřil prof. Škrha.

Co podat při poruše funkce ledvin

Dosavadní data naznačují, že u diabetiků s renální insuficiencí jsou glifloziny méně účinné. Z pohledu nefrologa se k výběru vhodného anti-diabetika vyjádřil profesor Tesař. „S progresí diabetu progreduje i chronické srdeční onemocnění a exponenciálně stoupá kardiovaskulární riziko. Současně klesá glomerulární filtrace. Pro diabetiky je také typická nestabilita renální funkce, která se zhoršuje vlivem různých faktorů. Donedávna jsme neměli žádné perorální anti-diabetikum, které by tuto situaci zlepšovalo, deriváty sulfonylurey glomerulární filtraci dokonce významně zhoršovaly. Důležité přitom je podávat těmto nemocným lék, jehož dávky není nutno při snížené funkci ledvin redukovat, eventuálně má potenciál jejich funkci zlepšovat. Takovým lékem je například linagliptin,“ vysvětlil prof. Tesař.

Důležité závěry, které vyplynuly z panelové diskuse, shrnul doc. Prázný: „Pokud máme možnost zabránit předčasnému úmrtí pacienta s diabetem, měli bychom to udělat. Pokud máme moderní léky, které toto dokáží, měly by být indikovány. A máme-li k dispozici nová významná data, měla by být co nejdříve včleněna do nových doporučení.“

*Empagliflozin, selektivní kompetitivní inhibitor transportéru SGLT2, patří mezi zástupce nové skupiny perorálních anti-diabetik. Ze závěrů studie EMPA-REG OUTCOME vyplynulo, že empagliflozin je jedinou hypoglykemizující látkou, která prokázala vliv na snížení rizika kardiovaskulárních chorob. Uvedená studie zahrnovala více než 7000 pacientů s DM2 a vysokým kardiovaskulárním rizikem ze 42 zemí světa.

Včasná léčba je podmínkou úspěchu

Jubilejní XXV. ročník mezinárodního kongresu „Vinohradské dny“ proběhl 21. dubna 2016 v Praze. Akci každoročně pořádá ORL klinika 3. LF UK a FNKV ve spolupráci s Českou společností otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP a Českou lékařskou komorou.

Moderátor akce doc. MUDr. Aleš Hahn, CSC., z Otorinolaryngologické kliniky FNKV připomněl historii těchto významných setkání a představil program, v jehož rámci byla přednášena témata, která jsou velmi aktuální v celém rozsahu tohoto zajímavého oboru.

Náhlá nedoslýchavost

Program kongresu zahájily dvě panelové diskuse. První se zabývala náhlou nedoslýchavostí. Jak uvedl docent Hahn, náhlá nitroušní nedoslýchavost je velmi častou příčinou návštěvy pacientů na ORL odděleních. Její vznik mohou ovlivňovat mj. i špatné životní návyky a prostředí a její četnost za poslední desetiletí prudce stoupá. Příčina vzniku náhlé nedoslýchavosti je ponejvíce plurifaktoriální. Je třeba při ní klást důraz na multidimenzionální přístup k léčbě zahrnující nejen farmakoterapii, ale i léčbu fyzikální či fyziatrickou. MUDr. Aleš Hrdlička z ORL ambulance Pardubice připomněl, že pro léčbu je nejdůležitější včasný příchod pacienta do ordinace. Asi v 15 % případů ztráta sluchu pokračuje i přes včasné zahájení léčby. Etiologie onemocnění je aktrauma, cévní problémy, poškození rovnováhy, infekční a další autoimunitní zánětlivé změny, ale i psychogenní hluchota po duševních otřesech. Nejčastější léčbu představuje tlumení zánětu kortikoidy. Ne nepodstatnými částmi léčby jsou habituační trénink, psychoterapie a režimová opatření. „Mám dobré zkušenosti s nižšími dávkami kortikoidů. Důležité je pacienta pro léčbu získat, najít si čas s ním všechno probrat. Před léčbou je nezbytné se pečlivě vyptat na všechna jeho onemocnění, protože by mohla zhoršit toleranci léčby,“ uvedl autor sdělení.

Terapie nedoslýchavosti

Prim. MUDr. Jitka Vydrová z Hlasového centra Praha uvedla definici náhlé nedoslýchavosti jako více než 30decibelové snížení sluchu v nejméně třech sousedících frekvencích vyskytujících se po dobu 72 hodin. Je-li etiologie známá, je známá i léčba. Při nejasné etiologii léčíme podle doporučených

schémat. „Na prvním místě se doporučují kortikosteroidy, 70 procent se upraví po nich, 30 procent po placebo. Aplikace vazodilatancií se v terapii moc neosvědčila. Schémata pro léčbu uvádějí podávat prednison v dávce 1 mg na kg váhy pacienta. My podáváme 60 mg bez ohledu na váhu. Zlepší-li se audiogram, pokračujeme v plné dávce. Některé studie uvádějí zkušenosti se současně podávaným valacyklovirem Valtrex.“ Závěrem přednášející konstatovala, že v poslední době byla preskripce Valtrexu pro ORL ambulantní specialisty zrušena. Mohou jej předepisovat pouze onkologové a imunologové. Podle jejího názoru je to chyba a odborná společnost by se proti tomu měla ohradit.

MUDr. Ivan Šejna, CSC., z ORL kliniky FNKV opět zdůraznil důležitost včasné léčby. „Je třeba apelovat na praktické lékaře, aby pacienty do ORL ordinace posílali včas. Zlepšení stavu přináší maximální dávky kortikoidů. Na rozdíl od některých ambulantních specialistů jsem zastáncem podání kortikoidů intravenózně. Časté neúspěchy spočívají v poddávkování medikace,“ řekl MUDr. Šejna. Zdůraznil, že při náhlé poruše sluchu by měl pacient podstoupit také magnetickou rezonanci k vyloučení tumoru. Idiopatickou příčinu poruchy sluchu označil za nesmysl. „Znamená to, že lékař není schopen příčinu odhalit,“ dodal přednášející.

Prevence whiplashe

Druhá panelová diskuse se zabývala problematikou dopravních úrazů a jejich následky v souvislosti s oblastí ORL. Vedoucí samostatného oddělení BESIP ministerstva dopravy Ing. Martin Farář se věnoval problematice bičového syndromu (*whiplash*). Za příčinu označil především nedodržení bezpečné vzdálenosti mezi vozy a drobnější nehody, kdy dochází k nárazu zezadu nebo sražení ze strany. Základem prevence je správné seřízení sedadla řidiče a nastavení opěrky hlavy. Nemí-li správně nastavená opěrka, tedy 5 cm nad hlavou, může dojít k usmrčení nebo se časem objeví potíže spojené s tzv. opěrkovým traumatem. Samozřejmostí zůstává připoutání.



Foto: archiv

Miloš Velíšek a Hana Kovaříková z České podnikatelské pojišťovny hovořili o problematice odškodňování úrazů a o nutnosti správné diagnostiky whiplashe. Lékaři ORL kliniky FNKV pak demonstrovali typické nálezy vznikající při opěrkovém traumatu.

Včera, dnes a zítra na ORL klinice

Přednosta ORL kliniky FNKV MUDr. Martin Chovanec, Ph.D., se zabýval historií neurootologie na ORL klinice 3. LF UK a FNKV. Jak řekl, v současnosti klinika nabízí komplexní diagnostickou a terapeutickou péči pacientům s onemocněním vnitřního ucha, n. VIII a spánkové kosti. Z hlediska neurootologické chirurgie jsou na klinice prováděny všechny typy výkonů, mimo chirurgickou léčbu hluchoty. Nově se rozvíjí spolupráce s dalšími pracovišti v rámci FNKV, 3. LF UK i extramurálně s cílem obsáhnout všechny aspekty, které moderní neurootologie vyžaduje. Uvedl dále, že na klinice v hojném množství řeší revize po výkonech na jiných pracovištích.

„Pracujeme s diagnostickým přístrojem tetraxem, velmi si vážím dobré spolupráce s rehabilitační klinikou. U všech pacientů se schwannomem máme zachovaný lícni nerv,“ vyzdvihl MUDr. Chovanec. Připomněl, že profesori Vladimír Hlaváček a Vladimír Chládek patřili k prvním, kteří navštívili Otologic Medical Group v Los Angeles (dnešní House Ear Clinic). Lze předpokládat, že hlavním cílem jejich cesty bylo blíže se seznámit s technikami chirurgické léčby otosklerózy. V době je-

jich návštěv již byla na tamním pracovišti zahájena éra otologické a neurootologické mikrochirurgie. Nabyté zkušenosti se nejspíše staly podnětem pro první neurootologické chirurgické výkony u nás. „Neurootologie se rozvíjela i během dekád následujících. Současnou podobu zásadním způsobem ovlivnil docent Hahn, který přinesl nové zkušenosti z ORL kliniky ve Würzburgu a zasadil se o zavedení moderních diagnostických a terapeutických postupů,“ uzavřel přednosta ORL kliniky.

Oxygenoterapie? Ano!

MUDr. Chovanec vystoupil rovněž se sdělením „Translabirintální vestibulární neurotomie v řešení intractabilního vertiga“. Jak řekl, chirurgická léčba závratí je indikována jen u malého segmentu pacientů s onemocněním vnitřního ucha nebo n. VIII, a to v případech úporné symptomatologie, která není konzervativními terapeutickými postupy. Dále seznámil přítomné s kazuistickým sdělením případu chirurgicky řešeného neztišitelného vertiga.

Na téma „Poruchy sluchu u pacientů po poškození mozku“ hovořila doc. MUDr. Olga Dlouhá, CSC., z Foniatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha. Jak řekla, centrální nedoslýchavost vzniká v důsledku poškození na úrovni II.-IV. neuronu sluchové dráhy. Povahy poškození vždy závisí na lokalizaci a velikosti léze, nejčastěji je její příčinou trauma nebo tumor. Z diagnostiky zmínila důležitost provedení zvukové zkoušky, za základ určila behaviorální metody

kromě fyzioterapie a komplexu audiologických testů, jako například behaviorální audiometrie. V prognóze výsledků rehabilitace sluchu a řeči hraje významnou roli věk pacienta, etiopatogeneze a charakter poškození mozku. Vedoucí lékař ambulance přetlakové oxygenoterapie v Kladně MUDr. Štěpán Novotný se podělil o zkušenosti s touto léčbou. Jak řekl, postupem let dochází k nárůstu pacientů, v současné době tvoří 60 % klientely nemocní z ORL oblasti. Podle studií je léčba nedoslýchavosti v hyperbarické komoře účinná v kombinaci se silnou dávkou kortikoidů. U takto léčených pacientů dochází k významnému zlepšení už po prvních 10 sezeních.

Psychosomatika v ORL

Možnostmi homeopatické léčby alergických rinokonjunktivitid se zabývala praktická lékařka MUDr. Magdalena Záchová. Uvedla, že alergická rinokonjunktivitida je celkové onemocnění, které často bývá založeno na psychosomatickém podkladě, a popsala jednoduché protokoly léčby. Závěrem uvedla, že tuto léčbu lze předepisovat v ordinaci ambulantních specialistů ORL i PL.

O svých zkušenostech s psychosomatickými postupy v léčbě v ORL ordinaci za posledních 15 let se podělila MUDr. Zina Hánová, lékařka v oboru ORL a foniatrii, způsobilá v oboru psychosomatika. Psychosomatická práce je hodně interaktivní. Kdy podle ní myslet na to, že nemoc je psychosomatická? Má-li pacient nevysvětlitelné příznaky nebo se NIC nenašlo, dále tam, kdy v léčbě nevystačíme s běžnými ORL postupy nebo se problém opakuje, když se nemoc přelévá do více orgánových soustav.

„Příznaky jako bolest, tlak, knedlík v krku, pálení, poruchy nosní průchodnosti, různé sekrece a hlenění, tinnitus či poruchy stability často začínáme chápat až v souvislostech, kdy s pacientem začneme mluvit o jeho psychosociální situaci,“ podotkla MUDr. Hánová.

Vysvětlila různé úrovně psychosomatické práce v medicíně, pro niž je charakteristický důraz na anamnézu a zohlednění individuálního příběhu pacienta. V psychosomatické je podstatný odlišný pohled na nemoc a symptomy. Odstranění příznaků není hlavním cílem léčby. (eta)

AKTUALITY

Proč v ČR chybí moderní onkoplastická chirurgie prsu?

Ve dnech 21. a 22. dubna 2016 proběhla v Praze mezinárodní konference onkologie a onkoplastické chirurgie prsu. Jednalo se o první akci v ČR zaměřenou na mezioborovou diskusi mezi onkology, mamologickými chirurgy a plastickými chirurgy.

Předmětem jednání byly *screening* a terapie karcinomu prsu z pohledů onkologie a chirurgie, metody onkoplastické chirurgie prsu, zejména pak okamžitě rekonstrukce prsu po operačním odstranění nádoru. Součástí byly i diskusní panely kazuistik jednotlivých pacientek.

Konferenci předsedali zakladatel a vedoucí mezinárodního tréninkového programu onkoplastické chirurgie prsu prof. Jerome Pereira, FRCSEd, FRCS, z Velké Británie, MUDr. Ondřej Měšťák, Ph.D., z Kliniky plastické chirurgie Nemocnice Na Bulovce a přednostka Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.

Překážky péče

„Mezi hlavní překážky při poskytování okamžité i oddálené rekonstrukce prsu během léčby pa-

cientky s karcinomem prsu patří finanční limity a výrazné podhodnocení nejmodernějších postupů. Přitom by výsledky léčby ve střední Evropě mohly být na daleko vyšší úrovni, jak je tomu v ostatních vyspělých zemích. Bohužel jsou omezeny finančními prostředky a systémem paušálů. Z toho důvodu jsou čekací doby na onkoplastické zásahy extrémně dlouhé a velmi špatně dostupné, zvláště pak na vytížených pracovištích,“ uvedl MUDr. Měšťák.

Onkoplastická chirurgie je moderním směrem v chirurgické léčbě karcinomu prsu, je výsledkem kombinací poznatků z plastické chirurgie a onkochirurgie. Otvírá nové možnosti v rámci terapie nádoru, kdy ve výsledku odchází žena z nemocnice bez ztráty prsu či bez jeho deformity. I přes velký přínos nového oboru není tento způsob léčby

v současné době v České republice rozšířen. Právě mezinárodní diskuse v rámci Visegrádské čtyřky o financování a organizaci onkoplastické chirurgie prsu v jednotlivých zemích se stala hlavním bodem konference. Z jejích závěrů vyplynulo, že je nutné velmi úzce spolupracovat s patientskými organizacemi, jako je například Aliance žen s rakovinou prsu.

„Výsledky léčby karcinomu prsu je nezbytné sledovat v nejšířším slova smyslu,“ zdůraznil během konference prof. Pereira. „To znamená neomezovat se pouze na mortalitu a morbiditu, nýbrž mnohem více sledovat kvalitu života pacientek. A to nejen ve vztahu k všeobecnému stavu, ale i jako zpětnou vazbu pro každého jednotlivého lékaře o efektivitě prováděných zákroků,“ dodal MUDr. Měšťák.

Role sester v rozšíření péče

Komplexní péči o pacientky s nemocemi prsu od psychologické podpory přes velmi podrobné vysvětlení chirurgické léčby až po pooperační kontroly zajišťuje obor „*breast care nurse*“. V rámci konference ho představila Senior Breast Care Nurse Specialist Karen Floresová z James Paget Hospital ve Velké Británii.

„V České republice tento velmi prospěšný obor zatím bohužel chybí. Možnost uvedení podobného konceptu zdravotní péče do naší praxe bude vyžadovat úpravu vzdělávání a kompetencí sester ve prospěch rozšíření jejich působnosti,“ podotkl Ondřej Měšťák.

Závěrem programu se konaly praktické workshopy návčiku předoperačních nákrešů jednotlivých onkoplastických technik, které proběhly ve spolupráci se členkami skupiny Bellis Young and Cancer (součást Aliance žen s rakovinou prsu).

(Zdroj: Topart Media)

(red)

Evropská komise schválila albutrepenonacog alfa

Společnost CSL Behring oznámila, že Evropská komise schválila léčivý přípravek albutrepenonacog alfa (Idelvion) pro léčbu hemofilie typu B, podávaný ve 14denních intervalech.

Albutrepenonacog alfa je inovativní, dlouhodobě působící rekombinantní koagulační faktor IX fúzovaný s albuminem určený k léčbě a profylaxi krvácení u pacientů s hemofiilií typu B (vrozený deficit faktoru IX). Přípravek mohou používat všechny věkové skupiny (děti i dospělí). Schválení se týká léčebného režimu profylaxe a redukce krvácivých epizod, stejně jako prevence krvácení v průběhu chirurgických výkonů (perioperačním obdobím).

PROLONG-9FP

Schválení albutrepenonacogu alfa je podloženo výsledky klinického vývojového programu PROLONG-9FP, který zahrnuje fázi I-III otevřené, multicentrické studie ověřující bezpečnost a účinnost tohoto preparátu. V klinických studiích albutrepenonacog alfa u většiny pacientů udržel aktivitu faktoru IX vyšší než 5 % po dobu 14 dnů, což mělo za následek totální vymizení spontánního krvácení. Data ze studie byla publikována v časopise *Blood* vydávaném Americkou hematologickou společností.

Benefit pro pacienta

Hemofilie, u níž se hladina faktoru IX pohybuje nad 5 %, se podle Světové federace pro hemofilii považuje za lehký typ onemocnění. Tohoto cíle bylo ve studii dosaženo podáváním infuze ve 14denním i 7den-

ním intervalu. Přitom 94 % krvácení bylo kontrolováno jednou dávkou a 99 % dvěma dávkami. „Podávání přípravku ve 14denním intervalu přináší nemocným benefit v podobě déletrvajících prevence krvácení a současně redukuje potřebu častých aplikací léku. To je důležité pro pacienty, kteří chtějí být na profylaxi a současně žít aktivním životem,“ uvedla hlavní investigátorka PROLONG-9FP profesorka Elena Santagostinová z Lékařské fakulty kliniky a experimentální hematologie při Univerzitě v Milánu.

Albutrepenonacog alfa byl kromě Evropské unie schválen také v Kanadě a Spojených státech amerických, další žádosti o schválení posuzují regulační orgány v Austrálii, Švýcarsku a Japonsku. Přípravek je vzhledem ke skutečnosti, že je určen pro léčbu a profylaxi vzácného onemocnění, označen jako *orphan drug*.

CSL Behring je globálním lídrem v oblasti vývoje a výroby bioterapeutik. Zaměřuje se zejména na oblast léčby závažných a vzácných onemocnění, na vývoj nových léčebných postupů na bázi proteinů k léčbě poruch koagulace, primárních imunodeficiencí, vrozených plicních onemocnění, vrozeného angioedému a některých neurologických poruch, dále na vývoj očkovacích látek proti chřipce.

(Zdroj: CSL Behring)

(asa)

Pacienti se schizofrenií nemusejí trávit život v léčebnách

Nová studie vědců z Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ) ukázala, že v Česku jsou stovky pacientů se schizofrenií hospitalizovány 10 i 20 let. Ve vyspělých zemích je trend přesně opačný.

Mezi lety 1998 a 2012 bylo u nás hospitalizováno 22 281 lidí se schizofrenií. Z toho 3601 déle než rok. Více než 600 lidí z tohoto počtu bylo hospitalizováno dokonce 10–20 let, což je naprosto alarmující číslo. Výsledky studie byly publikovány v prestižním časopise *Schizophrenia Research*.



Ilustrace foto. Shutterstock

Hospitalizace zvyšuje stigmatizaci

„V porovnání s ostatními vyspělými zeměmi jsou tato čísla drtivá. Například v Dánsku v roce 2006 bylo lůžkově hospitalizováno pouhých 9,8 procent všech pacientů se schizofrenií. Hospitalizace trvala v průměru necelých 25 dnů,“ upozorňuje jeden z autorů studie PhDr. Petr Winkler z Výzkumného programu sociální psychiatrie NÚDZ.

Neodůvodněně, excesivně dlouhé hospitalizace jsou v přímém rozporu s mezinárodní úmlouvou o právech lidí s disabilitou, kterou ČR dávno ratifikovala. „Pro terapeutický efekt takto enormně dlouhých pobytů

neexistuje žádná evidence (ba naopak), a pokud se nejedná o odůvodněnou ochranu společnosti nebo nemocného, dochází k porušování základních lidských práv nemocných, ale také ke stigmatizaci. Ta má za následek neochotu pacientů vyhledávat odbornou psychiatrickou pomoc a další negativní fenomény, které nepřímo souvisí například s tragédiemi ve Žďáru a Uherském Brodě,“ upozorňuje PhDr. Winkler.

Nedoceněný nástroj prevence relapsu

Situaci má zlepšit léta připravovaná reforma psychiatrické péče. Již dnes

přitom existují nástroje jak zabránit dlouhodobé hospitalizaci pacientů se schizofrenií. „Unikátní preventivní systém ITAREPS, fungující na principu zaslání SMS zpráv o zdravotním stavu, dokáže předpovědět relaps onemocnění, takže lékař může zvýšit přechodné dávky medikamentů a relapsu zabránit,“ popisuje MUDr. Filip Španiel, Ph.D., z NÚDZ.

ITAREPS v těchto dnech zvítězil v soutěži Laboratoře Nadace Vodafone. Již v minulosti získal Creative Mobile Award, Národní psychiatrickou cenu a v roce 2014 se stal finalistou celoevropské prestižní ceny European Health Award. V Evropě je jediným psychiatrickým telemedicínským programem, který byl zařazen do systému veřejného zdravotního pojištění. Bohužel, přestože dokáže zabránit relapsu až u 70 % pacientů, což znamená i obrovskou úsporu peněz na zdravotní péči, VZP odmítá program proplácet.

(Zdroj: NÚDZ)

(red)

Z českých vajíček se narodily tisíce Němců a Irů

MUDr. Petr Uher, Ph.D., je předním českým odborníkem na reprodukční medicínu. Před 30 lety byl v týmu MUDr. Pilky, který v Brně přivedl na svět první české dítě „ze zkumavky“. Po vedoucích pozicích na klinikách v Rakousku a Švýcarsku je dnes Petr Uher vedoucím lékařem institutu reprodukční medicíny a genetiky Karlsbad Fertility a zároveň vědeckým ředitelem IVF CUBE, jednoho z nejlepších pražských reprocenter. Obě tyto kliniky jsou součástí Evropské asociace pro léčbu neplodnosti.

Jaká je pozice České republiky ve světě reprodukční medicíny? Je pravda, že jsme v tomto oboru velmocí?

Pokud zohledníme velikost ČR nebo počet obyvatel, tak velmocí jsme. Těch důvodů, proč jsou naše kliniky vyhledávanou destinací pro západní turisty, je mnoho, v první řadě nám hodně nahrává liberální česká legislativa. Většina západních zemí se potýká s dramatickým nedostatkem dárců, protože mají v zákoně ustanovenou otevřenou identitu dárců oocytů, tedy vajíček a spermií. Praxe potvrdila, že naprostá většina dárců vnímá akt darování jako jednorázovou pomoc, případně přivýdělek, ale rozhodně si nepřeje žádný budoucí kontakt s dětmi narozenými z jeho genetického materiálu. V ČR máme dárců dostatek, pro-

tože jejich anonymita je ze zákona střežena.

Ze kterých zemí k vám na kliniku přichází nejvíce pacientů?

Z Německa, Irska, Anglie, USA. Například z vajíček českých dárek se jen po terapii u nás v IVF Cube narodilo již 500 malých Irů, protože irským pacientům vyhovuje český fenotyp. Mohli by například terapii absolvovat ve Španělsku, které disponuje také značným počtem kvalitních klinik, ale vizuálně jsme jim mnohem blíží. Populární a cenově dostupnou destinací je například Ukrajina, ale ta zase obecně není vyhlášena nějakou vstřícností, kvalitou péče a lékařů. To čeští lékaři a zdravotnický personál mají ve světě dobré renomé. Praha je navíc populární turistickou destinací, řada našich pacientů zde není poprvé, pamatují si dobrou leteckou dostupnost, krásné město a kvalitní, finančně dostupné služby. Všechny tyto aspekty dělají z ČR onu reprodukční velmoc, výsledkem čehož je i to, že náš ministr financí skoupil více než třetinu tuzemských reprocenter. Vidí v tomto odvětví jednoduše atraktivní obchodní příležitost. My se vůči tomuto vnímání reprodukční medicíny coby běžného byznysu snažíme pokud možno trochu vymezit.

Z jakého důvodu? Vždyť v tomto oboru léta úspěšně podnikáte. Vytváření velkého holdingu, zavádění inventarizace pacientů, jejich vedení pod čísly, nikoli pod jmény a další striktní manažerské procesy hodně napovídají o orientaci čistě na zisk. Jsme přesvědčeni, že medicína – a především tato její intim-

ní oblast – jednoduše není maso-zpracovatelský průmysl. A pokud použijeme tento příměr, tak české kliniky mají ve světě *image* malých, skvělých lahůdkářství na rohu se špičkovým servisem, která ovšem nyní ve světě začíná reprezentovat výkonný, ale neosobní masokombinát.

I vaše klinika je ovšem součástí evropské sítě reprodukčních center.

Ano, jsme součástí Evropské asociace pro léčbu neplodnosti, anglicky Fertility Group Europe. Spolupracujeme se špičkovými centry v Německu, Irsku, Rakousku a Itálii, ovšem tady jde především o spolupráci vědeckou a expertní, nikoli byznysovou. Organizujeme setkání lékařů, konference či například lokální kampaně na obecné zvý-

šení povědomí o neplodnosti mezi veřejností. Například červen je v ČR měsícem reprodukčního zdraví a 6. červen zase Národním dnem neplodnosti, takže v tento den nabízíme v IVF Cube i Karlsbad Fertility všem mužům i ženám test neplodnosti zcela zdarma.

I pro české pacientky a pacienty?

Především pro ně. To je jeden z obrovských benefitů *medical* turismu, přináší řadu dalších pozitivních synergických efektů. Jedním z nich je, že české pacientky dostávají výrazně kvalitnější servis, než by tomu bylo v případě, že by se tímto oborem zabývalo pouze státní zdravotnictví. Zjednodušeně: české pacientky, které stále představují velmi podstatnou část klientely, dnes získají pojišťovnou hrazenou péči místo ve fakultní nemocnici na privátní klinice, primárně vybudované pro zahraniční pacientky. Orientace na náročného klienta celému odvětví prospívá tím, že zvyšuje konkurenceschopnost tržního prostředí, vytváří nová pracovní místa a generuje značné tržby v souvisejících turistických službách. (akt)

Inzerce M161000101



FOLANDROL®

DOPLNĚK STRAVY PRO MUŽE

Folandrol - pro něj:

Patentované složení **myo-inositolu, kys. listové, antioxidantů, vitamínu E a selenu.**

Folandrol je doplněk stravy vhodný v případě zvýšené potřeby, nebo v případě nedostatku některé ze složek doplňku stravy v organismu.

Kyselina listová přispívá k normální syntéze amino-kyselin a normální funkci imunitního systému a podílí se na procesu dělení buněk.

Selen přispívá k normální spermatogenezi a funkci imunitního systému. Selen a vitamin E přispívají k ochraně buněk před oxidativním stresem.

www.folandrol.cz



Chlapecký úkol...
...přirozeně



www.exeltis.com

AKTUALITY

Kubánská naděje pro pacienty s rakovinou plic

CIMAVax-EGF a racotumomab jsou nové cesty v boji proti karcinomu plic. Dvě vakcíny vyvinuté kubánskými vědci (racotumomab v kooperaci s argentinskými odborníky) mají potenciál redukovat růst nádorových buněk u pacientů s pokročilou rakovinou plic.

Některé druhy rakoviny blokují imunitní systém člověka, což znamená, že přirozená obrana pacienta přestane v přítomnosti rakoviny efektivně fungovat, tvrdí kubánští vědci. Vakcíny CIMAVax-EGF a racotumomab mají potenciál pro opětovnou aktivaci imunitního systému pacienta.

Nadějná klinická studie

Centrum pro molekulární imunologii v kubánské Havaně (CIM) zaměřuje svou práci na výzkum a výrobu léků proti rakovině, jež je nejčastější příčinou úmrtí u Kubánců. Vakcína CIMAVax byla na karibském ostrově zkoumána po dobu 25 let. Výzkum z roku 2007 potvrdil, že CIMAVax je bezpečná a prokázala schopnost redukovat nádory. Byla zvláště účinná u pacientů mladších 60 let. Od roku 2011 CIM zpřístupnila zdarma první vakcínu proti karcinomu plic všem pacientům na ostrově, kteří mají toto onemocnění. Kubánci mají přístup k vakcíně prostřednictvím svých nemocnic, cizí státní příslušníci musejí nejprve vstoupit do systému zdravotní péče v této zemi a pak zaplatit přiměřenou částku, aby na léčbu dosáhli. Aplikovat vakcínu jsou oprávněni pouze kubánští lékaři.

Podle odborníků z karibské země se jedná o novodobou, ve světě jedinečnou léčbu, která

dosáhne zastavení postupu nemoci, aniž by to ovlivnilo kvalitu života pacientů. A především nevyvolává žádné vedlejší účinky, úroveň toxicity vakcíny je velmi nízká.

Obě léčiva jsou stále ve fázi klinických testů. V případě CIMAVax začalo testování v roce 1995. Podle Any Victorie de la Torre Santosové, vedoucí onkologie ve Fakultní nemocnici Celestina Hernández Robau ve městě Santa Clara, tato léčba v podstatě aktivuje imunitní systém pacienta tak, že samo tělo bojuje proti rakovinným buňkám.

Ekonomická blokáda

Je pravděpodobné, že by vakcína mohla být efektivní v léčbě či prevenci různých typů rakoviny včetně rakoviny plic, prsu, tlustého střeva, krku, prostaty nebo vaječníků. V současné době jsou vakcíny podávány po dokončení chemoterapie nebo radioterapie. Z dosavadních výsledků testování vyplývá, že některým pacientům mohou vakcíny prodloužit život o několik měsíců, zatímco jiným se podaří prodloužit přežití po celá léta, a to navzdory pokročilosti stadia rakoviny. Nádor se neodstraní, ale zastaví se jeho růst, což umožňuje pacientům žít déle a zejména s dobrou kvalitou života.

I když se očekává, že vakcína by mohla být uvedena na trh brzy, ekonomická blokáda, již stále

udržují USA, je vážnou překážkou pro pacienty z jiných zemí, pro něž by mohla být přínosem. Kubánští lékaři a vědci ale doufají, že vakcínu budou moci prodávat legálně i do jiných zemí světa. Navíc USA, Japonsko a některé evropské státy projevíly zájem o testování této vakcíny. Rakovina plic je čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí v USA, také proto je o CIMAVax v oblasti komercializace tak velký zájem.

Kuba disponuje v současné době 28 registrovanými produkty pro léčbu rakoviny v různých etapách výzkumu. Doktor Rolando Pérez Rodríguez z Centra molekulární imunologie je přesvědčen, že tato biofarmaka by měla mít v příštích letech stále větší vliv s cílem přeměnit pokročilou rakovinu v chronické onemocnění v dlouhodobém horizontu, s přijatelnou kvalitou života.

Kubánci jsou úspěšní mimo jiné v léčbě vitiliga. Léčivo Melagenina Plus je vyvinuté z extraktu z lidské placenty. I turisté se mohou setkat při zařívacích potížích s aplikací léčiv domácí produkce, jež jsou velmi účinná. Kubánská medicína je na vyspělé úrovni a ve světě uznávána. Nedostatek zdravotnického vybavení v nemocnicích supluje lidský přístup s nepodceňováním psychického rozpoložení pacienta.

Ing. Lívía Kocnárová

IMI 2 vyzývá k hledání účinnější léčby

V rámci Innovative Medicines Initiative 2 (IMI 2), která nabízí financování pro vědecké projekty s cílem podpory vývoje nových léků a léčebných metod, je vypsána nová výzva.

Zaměří se na boj proti rezistentní bakterii *Clostridium difficile*, vývoj nové léčby revmatických onemocnění, evaluaci účinnosti vakcín proti chřipce nebo onemocnění jater. Sběr žádostí o granty bude probíhat do 26. července 2016.

„Evropská iniciativa IMI 2 nabízí financování výzkumu vědeckým týmům i z České republiky. Vybere se k rychlému hledání odpovědí na palčivé otázky současné medicíny. Příležitosti výzev IMI 2 v minulosti úspěšně využili například vědci z Mendelovy univerzity v Brně. Doufáme, že nová výzva osloví i další české vědecké týmy.“ říká výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu Jakub Dvořáček.

V pořadí již devátá výzva IMI 2 je zaměřena na 6 témat:

1. Boj proti *Clostridium difficile*.

Infekce touto bakterií je často důsledkem léčby antibiotiky, která vyvíjí prospěšnou střevní mikroflóru. Postihuje zejména starší pacienty s přidruženými onemocněními, kteří se kvůli rezistentnosti bakterie nakazí při pobytu v nemocnici nebo v doměch s pečovatelskou službou. IMI 2 nabízí financování pro projekty, které se zaměří na získání detailnějších poznatků o přenosu infekce, šíření povědomí o problému a sledování poznatků o léčbě a možné prevenci.

2. Vývoj terapií na revmatická onemocnění.

V rámci nové výzvy budou vědci zkoumat možnosti zvýšení efektivity léčby prostřednictvím kombinace stá-

vajících terapií, nových léků, buněčné terapie a imunoterapie. Cílem je dosáhnout zvratu ve vývoji onemocnění, případně úplného vyléčení.

3. Nalezení neinvazivních markerů jaterních onemocnění.

Diagnostikování nealkoholické steatohepatidie (NASH) a její odlišení od obvyklé jaterní steatózy probíhá v současné době za pomoci invazivního postupu, biopsie. IMI 2 motivuje k hledání neinvazivních biomarkerů, které umožní nemoc rozpoznat a identifikovat stadium pokročilosti.

4. Systém evaluace efektivity chřipkových vakcín.

Iniciativa vyzývá k vytvoření systému evaluace efektivity sezónních chřipkových vakcín, který umožní hodnocení stávajících očkovacích schémat a poukáže na případnou nutnost jejich úpravy.

5. Kvalita dat v preklinickém výzkumu a vývoji.

K vývoji nových léků jsou nezbytná přesná data z klinických studií. Cílem této části výzvy je vytvořit modely, které usnadní výzkum a zajistí generování spolehlivých dat.

6. Sdílení preklinických dat.

IMI 2 navrhuje vytvoření platformy pro bezpečné sdílení dat, které by v důsledku mělo přispět k rychlejšímu vývoji nových léků a k jejich větší bezpečnosti.

Více na: www.imi.europa.eu/content/stage-1-19

(Zdroj: AIFP)

(red)

Inzerce M161000346

Pro našeho klienta odkoupíme Vaši soukromou **ambulanci praktického lékaře pro dospělé**, v níž budete mít možnost, v případě Vašeho zájmu, nadále působit za nadstandardního finančního ohodnocení. Nejlépe Praha 5, 6, 13, 17 a západní okraj Prahy.

Kontakt:
marketa.foldesova@urbasekpartners.cz
☎ 604 772 570



SPĚCHÁ

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrové řízení

Primář interního oddělení

ROKYCANSKÁ NEMOCNICE, A. S., vyhlašuje výběrové řízení na pozici:

■ primář/primářka interního oddělení

Požadujeme: I. a II. atestaci v oboru interna nebo specializovanou způsobilost v oboru, funkční licenci v oboru, organizační a řídicí schopnosti, morální a občanskou bezúhonnost.

Další specializace a znalost související legislativy výhodou.

Nabízíme:

- plat dohodou,
- výhledově možnost přidělení služebního bytu,
- další zaměstnanecké benefity.

K přihlášce je nutné doložit:

- strukturovaný životopis,
- výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců,
- doklady o dosaženém vzdělání,
- čestné prohlášení o zdravotní způsobilosti,
- stručnou představu o výkonu funkce.

Písemné přihlášky se všemi náležitostmi zašlejte do 2. 6. 2016 na adresu: Rokycanská nemocnice, a. s., personální oddělení, Voldušská 750, 337 01 Rokycany

M161000345

Volná místa

Dermatolog

Hledáme dermatologa pro Kožní kliniku Achillea v Praze 8, která se specializuje na chronická kožní onemocnění.

Moderní pracoviště, příjemné pracovní prostředí, motivační odměňování a firemní benefity, lidsky fungující tým, dobrá dopravní dostupnost.

Máme akreditaci MZ pro specializační vzdělávání v ambulantní dermatovenerologii, proto nabízíme uplatnění i pro dermatologa před atestací (po dosažení základního kmene). Možnost zaškolení a dalšího vzdělávání v oboru estetické a korektivní dermatologie. Kontakt: www.achillea.cz, tel.: 603 222 123

M161000281

Sekundární lékař/-ka

FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE přijme:

■ sekundárního lékaře/-ku pro Centrum následné péče

Požadavky: at. z geriatry nebo ukončený interní kmen vítáme. Plný úvazek, nástup od 1. 7. 2016. Ubytování pro mimopražské. Písemné nabídky s CV zašlejte na adresu: prim. MUDr. Martina Nováková, CNP FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, nebo na e-mail: martina.novakova@fnmotol.cz

M161000359

Klinický psycholog

NEMOCNICE TÁBOR, A. S., přijme do pracovního poměru:

■ klinického psychologa/psycholožku pro oddělení psychiatrie

Požadujeme:

- atestaci v oboru klinická psychologie nebo splnění alespoň 2 let předatestační přípravy,
- akreditovaný psychoterapeutický výcvik,

Inzerce M161000338

NEMOCNICE PÍSEK, A. S.

přijme lékaře, absolventy fakult nebo specialisty pro oddělení:

INTERNÍ | HEMATOLOGICKO-TRANSFUZNÍ | CHIRURGICKÉ NEUROLOGICKÉ | RADIODIAGNOSTICKÉ

NABÍZÍME:

- zajímavé finanční ohodnocení
- práci na akreditovaném pracovišti
- moderní provoz 21. století
- specializovaná centra
- práci v ekonomicky stabilní společnosti
- možnost bezúplatného profesního růstu
- zaměstnanecké benefity
- zajištění ubytování

KONTAKT

NEMOCNICE PÍSEK, a. s., Karla Čapka 589
tel. 382 772 017, 382 772 020, e-mail: personalni@nemopisek.cz

Inzerce M161000384

- registrace u ministerstva zdravotnictví,
- zkušenost v práci s dětmi, adolescenty a rodinami výhodou.

medicíny a případně jiného jazyka výhodou.

Kontakt: info@gest.cz

M161000401

Nabízíme:

- práci v ambulanci pro děti a dorost,
- úvazek 0,6 s možností rozšíření,
- po zapracování možnost trvalého pracovního poměru,
- výhodné mzdové ohodnocení podle stupně vzdělání,

Nástup možný nejdříve od 1. 7. 2016.

V případě zájmu zašlete svůj životopis do 30. 5. 2016 na adresu: libor.macak@nemta.cz, TF kontakt: prim. MUDr. Libor Macák, tel.: 775 863 110

M161000342

Sestra

KLINIKA GEST IVF

hledá zdravotní sestru nebo porodní asistentku do gynekologické ambulance na částečný nebo plný úvazek. Nástup dohodou.

Kontakt: info@gest.cz

M161000402

REHABILITAČNÍ ÚSTAV BRANDÝS NAD ORLICÍ přijme LÉKAŘE / LÉKAŘKU A FYZIOTERAPEUTA

Nabízíme:

- nadstandardní platové ohodnocení
 - jednorázovou odměnu po zkušební době
 - 5 týdnů dovolené
 - příspěvek na stravování,
 - možnost pronájmu bytu
- Vhodné i pro absolventy.
Nástup možný ihned.

sekretariat@rehabilitacniustav.cz
tel.: +420 734 710 277

Inzerce M161000395



**NEMOCNICE
JABLONEC NAD NISOU, p. o.**

**Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o.,
přijme LÉKAŘE/LÉKAŘKU na oddělení PATOLOGIE,
praxe není podmínkou.**

Nabízíme: VÝZNAMNÉ (!) platové ohodnocení, významnou podporu specializačního vzdělávání v oboru Patologická anatomie (nemocnice zajišťuje bezplatné specializační vzdělávání), v případě závazku vůči současnému zaměstnavateli nemocnice automaticky převezme 100% závazku, práci na akreditovaném pracovišti, přátelské neformální pracovní prostředí, zaměstnanecké benefity (sick days, 5 000 Kč/rok na rekreaci, penzijní připojištění, 6 týdnů dovolené, zajištěné ubytování, ...).

Bližší informace podá **primář oddělení MUDr. Pavel Srna**, tel. č. 483 345 820 (821, 823), e-mail: srna@nemjbc.cz, případně kontaktujte personální oddělení, e-mail: pavel.kures@nemjbc.cz

Inzerce M161000338



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 5/2016

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: klusakova@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

Martin Čaban,
Irena Soukupová, Vladimíra Bošková,
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 Měšták
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 Vojtišková
PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Obchodní ředitelka

Kristína Kupcová
tel.: 225 276 355
e-mail: kupcova@mf.cz

Personální inzerce

tel. 225 276 380
e-mail: personalni.inzerce@mf.cz



MLADÁ FRONTA

Generální ředitel

Ing. David Hurta

Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, BA (Hons)

DTP

Miloslav Pařík (vedoucí),
Milan Kubička,
Petr Novák

Marketing a distribuce

ředitel marketingu a distribuce:
David Švanda

Brand Manager:

Petra Trojanová

manažerka výroby a distribuce:

Lucie Bitterrová
e-mail: bitterrova@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.,
oddělení innej 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 19. 5. 2016

Printek a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tiskový náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2016
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 2336-2987

PERSONÁLNÍ INZERCE

Představenstvo Krajské nemocnice T. Bati, a. s., Zlín, vypisuje výběrové řízení na obsazení funkcí

PŘEDNOSTA/PŘEDNOSTKA INTERNÍ KLINIKY

POŽADAVKY:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná a zdravotní způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění
 - nejméně 10 let praxe v oboru
- licence ČLK na výkon vedoucí funkce
- organizační, řídicí a komunikační schopnosti
 - orientace v ekonomice zdravotnictví
- aktivní znalost nejméně jednoho světového jazyka
 - znalost práce s PC

NABÍZÍME:

- možnost ubytování nebo příspěvku na ubytování pro zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Zlínský kraj
- individuálně sjednanou mzdu • závodní stravování
 - další zaměstnanecké benefity
 - podporu dalšího vzdělávání

Písemné přihlášky s životopisem, přehledem dosavadní praxe, kopiemi dokladů o dosažené kvalifikaci, licencí ČLK, výpisem z trestního rejstříku a lékařským posudkem ne starším 3 měsíců a prohlášením o souhlasu s použitím osobních údajů dle zákona č. 101/2000Sb. zasílejte do 3. 6. 2016 na:
Oddělení řízení lidských zdrojů, Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovy nábřeží 600, 762 75 Zlín.

Představenstvo Krajské nemocnice T. Bati, a. s., Zlín, vypisuje výběrové řízení na obsazení funkcí

PRIMÁŘ/PRIMÁŘKA KARDIOLOGICKÉHO ODDĚLENÍ

POŽADAVKY:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná a zdravotní způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění
 - nejméně 10 let praxe v oboru
- licence ČLK na výkon vedoucí funkce
- organizační, řídicí a komunikační schopnosti
 - orientace v ekonomice zdravotnictví
- aktivní znalost nejméně jednoho světového jazyka
 - znalost práce s PC

NABÍZÍME:

- možnost ubytování nebo příspěvku na ubytování pro zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Zlínský kraj
 - individuálně sjednanou mzdu
- závodní stravování • další zaměstnanecké benefity
 - podporu dalšího vzdělávání

Písemné přihlášky s životopisem, přehledem dosavadní praxe, kopiemi dokladů o dosažené kvalifikaci, licencí ČLK, výpisem z trestního rejstříku a lékařským posudkem ne starším 3 měsíců a prohlášením o souhlasu s použitím osobních údajů dle zákona č. 101/2000Sb. zasílejte do 3. 6. 2016 na:
Oddělení řízení lidských zdrojů, Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovy nábřeží 600, 762 75 Zlín.

Společnost **Royal Spa, a. s.**, hledá pro lázeňská zařízení v Mariánských Lázních, Ostrožské Nové Vsi, Luhačovicích a Velkých Losinách.



Lékaře/řku | Vedoucího lékaře/řku | Fyzioterapeuta/tku

NABÍZÍME:

- stabilní zázemí • motivující finanční ohodnocení • možnost seberealizace a odborného vzdělávání (pro lékaře podpora dosažení atestace RFM, možnost VPP) • slušné jednání • příjemné pracovní prostředí • možnost zajištění stravování a ubytování • nástup dle domluvy

POŽADUJEME:

- odpovídající vzdělání (u lékařů atestaci, u fyzioterapeutů osvědčení k výkonu povolání) • chuť a zájem pracovat v lázních • spolehlivost
- zodpovědný přístup k láním i klientům • dobré komunikační schopnosti
- trestní bezúhonnost a zdravotní způsobilost • znalost NJ nebo RJ vítána

Váš životopis s uvedením praxe a lokality, kde chcete pracovat, zašlete paní Křečkové na e-mail: hr@royalspa.cz, kontaktní tel. 727 870 642.

Inzerce M161000382

Více pozic

PRESTIŽNÍ SOUKROMÁ POLIKLINIKA NA NÁRODNÍ

hledá praktické lékaře pro dospělé a pro děti a dorost nebo internistu a gynekologa.

Nabízíme možnost pracovního úvazku či výkon vlastní praxe podle vašich časových možností a potřeb, profesionální administrativní zázemí, příjemné prostředí a týmovou spolupráci se špičkovými lékaři. Aktivní znalost angličtiny výhodou.

Inzerce M161000331

Kontakt: tel.: 222 075 120, nebo e-mail: poliklinika@narodni.cz
 M161000330

Internista

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ V PRAZE přijme:

■ lékaře/-ku internistu

Požadujeme atestaci v oboru inter. lékařství, zkušenost s diabetologií velmi vítána. Nabízíme zájemci stabilní společnost s tradicí, zaměstnanecké benefity, zajištění pronájmu bytu v Praze. Nástup možný ihned.

Kontakt: e-mail: personalni@upmd.eu, další info na tel.: 296 511 240, 800

M161000381

Více pozic

DĚTSKÁ PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE OPAŘANY přijme do pracovního poměru:

- dětského a dorostového psychiatra
- psychiatra
- lékaře po absolvování základního kmene v pediatrii nebo psychiatrii

Inzerce M161000332

■ absolventa se zájmem o dětskou a dorostovou psychiatrii

Plat absolventa po zapracování až 35.000 Kč. Nadstandardní zaměstnanecké benefity.

Informace: Ing. Nagyová, tel.: 724 379 233, e-mail: tatjana.nagyova@dpnoparany.cz

M151000355

Vedoucí skladu

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ V PRAZE přijme:

■ vedoucí/ho skladu MTZ

Požadujeme SŠ/VŠ vzděl., praxi na obd. pozici min. 2 roky, orientaci v obl. sklad. a logistických procesů, znalost zdravot. sortimentu zboží, znalost zák. o veř. zakázkách a praxe v obl. jejich zadávání, pokročilou znalost práce na PC (MS Office, znalost MS Navision výhodou), zkušenosti s nákupním systémem Tendermarket výhodou, říd. průkaz sk. B, zkušenosti s řízením a vedením kolektivu lidí.

Nabízíme zázemí stabil. spol. s tradicí, zam. benefity, zajištění pronájmu bytu v Praze. Nástup možný ihned.

Kontakt: e-mail: personalni@upmd.eu, další info na tel.: 296 511 240, 800

M161000379

Nástupce PLDD

Hledám nástupce do ambulance PLDD v Opavě.

Kontakt: tel.: 737 125 488

M161000405

Pro infekční oddělení Nemocnice Mělník, a. s.,

přijmeme

LÉKAŘE ABSOLVENTA NEBO LÉKAŘE S ATESTACÍ

Specializace v oboru či příprava na atestaci z infekčního lékařství výhodou.

Nabízíme

prací v soukromé společnosti s možností inovativního vedení oboru v nemocnici regionálního typu, dobré finanční podmínky, možnost dalšího vzdělávání, příspěvek na stravování.

Další informace poskytnete Markéta Spálenková, personalistka, tel. 315 639 106, e-mail: marketa.spalenkova@nemocnicemelnik.cz

Inzerce M161000363

MOJE AMBULANCE a.s.

PŘIJME PRAKTICKÉ LÉKAŘE!

Díky nárůstu klientů posílujeme pracovní týmy našich praktických lékařů po celé ČR.

POŽADAVKY:

ukončené vysokoškolské vzdělání (VPL), atestace výhodou (není podmínkou), výborné komunikační schopnosti, proklientský přístup.

NABÍZÍME:

status zaměstnance, akreditovaná pracoviště po celé ČR, vzdělávání v rámci celoživotního vzdělávání lékařů, 6-hodinová pracovní doba (2-směnný provoz), 5 týdnů dovolené, nadstandardní podmínky a benefity.

Pokud Vás naše nabídka zaujala, neváhejte nás kontaktovat. Zašlete nám svůj životopis na e-mail: sekretariat@mojeambulance.cz
www.mojeambulance.cz



Inzerce M161000411

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s. hledá VŠEOBECNÉ SESTRY A ZDRAVOTNICKÉ ASISTENTY

Nabízíme: adekvátní finanční ohodnocení s možností růstu na základě získané praxe • náborový příspěvek • příspěvek na bydlení po dobu 2 let při plném pracovním úvazku • podporu vzdělávání • firemní benefity (stravování, firemní jesle, příspěvek na penzijní připojištění, týden dovolené navíc, péče o tělo).

Absolventům zdravotnických škol oboru zdravotnický asistent dále nabízíme: pracovní poměr na dobu neurčitou • úhradu školného na VŠ nebo VOŠ při studiu kombinované formy studia • podporu ve zvyšování kvalifikace dle ZP, včetně uzavření kvalifikační dohody na 5 let • studijní stipendium při stanoveném prospěchu na státní vysoké škole

Kontakt: pam@hospital-bn.cz, tel.: 317 756 554



Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.
Máchova 400, 256 01 Benešov
www.nemocnicebenesov.cz

Inzerce M161000375



Zdravotnická záchraná služba
Jihomoravského kraje, p. o.,
Kamenice 798/1d, 625 00 Brno

přijme pro všechna svá výjezdová stanoviště
v rámci Jihomoravského kraje

LÉKAŘE

POŽADUJEME:

- VŠ vzdělání lékařské fakulty, specializaci v oboru urgentní medicína, anesteziologie a intenzivní medicína, chirurgie, vnitřní lékařství, všeobecné praktické lékařství, dětské lékařství, nebo ukončený základní kmen v jednom z výše uvedených oborů • zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost
- uživatelskou znalost práce s PC • znalost AJ nebo NJ výhodou

NABÍZÍME:

- výkon práce i na zkrácený úvazek • možnost přidělení služebního bytu při úvazku 1,0 • dobré pracovní podmínky • pracovní poměr na dobu neurčitou • platové zařazení dle vl. nař. 564/2006 Sb. + další příplatky.

**Všem zájemcům nabízíme možnost bezplatné stáže
ve výjezdové skupině RLP.**

Kontakt: Přihlášky s životopisem zašlete na adresu organizace
nebo e-mail: oravec.pavel@zzzsjmk.cz, tel.: 545 113 141

Inzerce M161000383

Psychiatrická nemocnice Brno, Húskova 2, 618 32 Brno,
vyhlašuje výběrové řízení na funkci:

VEDOUČÍHO BIOCHEMIKA OKBH laboratoře

Požadavky:

- Vysokoškolské vzdělání
- Atestace v oboru klinická biochemie
- Organizační a řídicí schopnosti
- Morální a občanská bezúhonnost

K přihlášce nutno doložit:

- Strukturovaný životopis
- Doklady o dosaženém vzdělání
- Osvědčení podle zákona č. 451/1991 Sb., v pl. znění
- Čestné prohlášení ve smyslu § 4 zákona č. 451/1991 Sb., v pl. znění
- Výpis z rejstříků trestů, ne starší 3 měsíců
- Osobní dotazník

Nástup od 1. 12. 2016

Písemné přihlášky se všemi náležitostmi zašlete na adresu:
Psychiatrická nemocnice Brno
Osobní oddělení
Húskova 2
618 32 BRNO

Inzerce M161000339



PERSONÁLNÍ INZERCE

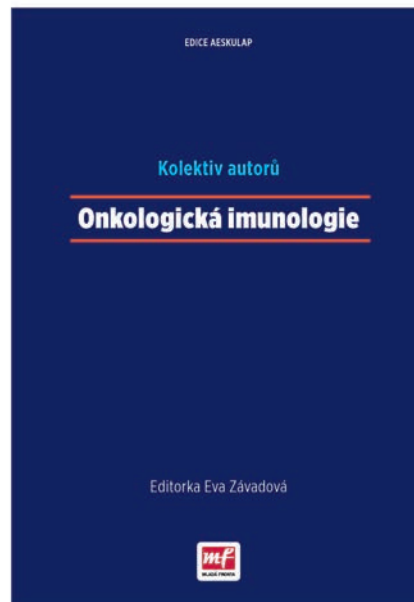
je přijímána na adrese:

Zdravotnictví a medicína
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4 – Modřany
tel.: 225 276 380
e-mail: personalni.inzerce@mf.cz

Inzerce M161000408

Představujeme publikaci

Onkologická imunologie



Monografie podává aktuální pohled na imunologické aspekty vybraných onkologických onemocnění jakožto žhavé téma posledních let. V úvodních kapitolách se autoři zabývají významem imunitní reakce v rámci protinádorové terapie, vývojem, farmakologickými aspekty protinádorové imunoterapie, adoptivní imunoterapii či hodnocením imunitní odpovědi u pacientů s nádorovým onemocněním. Samostatné kapitoly jsou pak věnovány preventivním vakcínám proti lidským papillomavirům, imunoterapii u maligního melanomu, urologických nádorů, kolorektálního karcinomu, karcinomu pankreatu, karcinomu prsu, karcinomu plic a u nádorů hlavy a krku. Zvláštní kapitola pojednává o specifických imunoterapiích v dětské onkologii, zajímavý je též pohled chirurga na imunoterapii v léčbě solidních nádorů. V závěru knihy autoři zdůrazňují význam spolupráce klinického imunologa s klinickým onkologem.

**Autor: Kolektiv autorů, editorka
MUDr. Eva Zavadová, CSc.**

Doporučená cena 490 Kč

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

MEDICAL
SERVICES

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



Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, www.medical-services.cz

Představujeme publikaci

Akutní kardiologie



Přední odborníci z pražského IKEM předávají kolegům své mnohaleté zkušenosti v knize, která o této problematice a v tomto rozsahu na českém trhu dosud chyběla. Přehledná, klinicky zaměřená publikace má být praktickým návodem k diagnostice a léčbě akutních kardiovaskulárních nemocí.

Kniha přináší rychlou orientaci v diagnostice a léčbě nejčastějších kardiovaskulárních problémů již při prvním setkání s nemocným, ale poskytuje i informace o definitivním řešení těchto nemocí, včetně postupů u kriticky ohrožených nemocných. To vše na základě nejnovějších poznatků v duchu medicíny založené na důkazech a rozsáhlých zkušenostech autorů, kteří tyto problémy řeší denně. Obsahuje i návody k provedení nezbytných výkonů u nemocných s akutním kardiovaskulárním problémem, přehled nejpoužívanějších léků a přehled současných evropských doporučení pro jednotlivé nemoci.

Autoři: Jiří Kettner, Josef Kautzner et al.

Doporučená cena 820 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