



ZDRAVOTNICTVÍ

MEDICÍNA



6/2016

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 20. 6. 2016



SPECIÁL

Zdravotnické prostředky
Čočka,
která potřebuje úhradu

STRANA 7



Z MEDICÍNY

Kardiologie
Ohlédnutí
za XXIV. sjezdem ČKS

STRANA 32-34



SESTRA

Vzdělávání
Rozhovor
s hlavní sestrou ČR

STRANA 16



**Alena Tomášková:
Distributoři budou
ve lhůtě 15 dní předem
záměr reexportu léků
oznamovat SÚKL.**

Foto: archiv Androsa

Riziko pro farmaprůmysl je tu stále

Jakým rizikům čelí farmaceutické firmy v reálné praxi a jak je ovlivňují rozhodnutí státních autorit, každoročně řeší zástupci soukromého i veřejného sektoru na konferenci „Rizika v činnostech farmaceutické společnosti“. I letos došlo na reexporty, revizní činnost SÚKL, registrace léků, náklady v centrové péči a nově také na registr smluv.

„Za dobu konání naší konferen-
ce se ve funkci ministra zdravot-
nictví vystřídalo sedm osobnos-
tí. S každou přicházely změny
znamenající také riziko. Při je-
jich rozsahu a četnosti je zřejmé,
že zdravotnictví a tím i farma-
ceutický průmysl jsou v neustá-
lém riziku. Proto jsme nikdy ne-
museli název konference měnit
– a pojednácté společně identi-
fikujeme a hledíme optimální ře-
šení rizik farmaceutické společ-
nosti,“ uvedla na konferenci ře-
ditelka pořadatelské společnosti
Androsa Martina Grusová.

Konkrétní formu podpory moder-
ních trendů v práci farmaceutic-
kých reprezentantů představil
v úvodu konference ředitel farma-
ceutické divize Sprinx Systems Ji-
ří Stránský, jehož společnost svou
letošní dvacetiletou existenci
oslavila vstupem do strategické-
ho partnerství s výrobcem CLM
(closed loop marketing) aplikací, je-
jichž prostřednictvím mohou far-
maceutické společnosti sledovat
a využívat data a díky jejich ana-
lyze vytvářet vlastní strategie.

Lékové revize i nadále

Oblast legislativy léčivých pří-
pravků shrnula ředitelka odboru
farmacie ministerstva zdravot-

nictví Alena Tomášková. Jak
uvedla, zákon o léčivech je po pr-
vním čtení, proběhla také obecná
rozprava ve Výboru pro zdravot-
nictví PSP ČR, připravují se po-
změňovací návrhy zákona. Adap-
tace změn v přístupu ke klinic-
kým hodnocením, kvůli nimž byl
zákon o léčivech otevřen, proběh-
la podle ředitelky bez komplikací.
Dalším cílem je regulace akut-
ního nedostatku léčiv způsobené-
ho reexportem, kde MZ úzce spo-
lupracuje se Státním ústavem pro
kontrolu léčiv (SÚKL) na vzniku
seznamu léků, u nichž bude mo-
ci ministerstvo jejich vývoz zaká-
zat. Nová povinnost je stanovena
také pro distributory léčiv, kteří
budou mít nově lhůtu 15 dnů,
v níž oznámí SÚKL, že hodlají lék
z výše uvedeného seznamu vy-
vézt. Jak Alena Tomášková pozna-
menala, zákon o léčivech dozná
pravděpodobně úprav ještě kvůli
protipadělkové směrnici.

Ředitel SÚKL Zdeněk Blahuta
zhodnotil úspory, kterých ústav
dosáhl prostřednictvím zkráce-
ných a hloubkových revizí (3,1
miliardy za rok 2015), a podotkl,
že v systému má revizní činnost
SÚKL stále místo, protože s ohle-
dem na astronomické výše úspor
je zřejmé, že účastníci řízení (far-

maceutické společnosti) jsou při-
praveni těchto úspor dosahovat.
Ředitel Blahuta naznačil také bu-
doucí vývoj revizní činnosti
SÚKL: „Doporučujeme, aby se
hloubkové revize staly prostřed-
kem pro komplexní vyhodnoce-
ní terapie. Měly by více reflektovat
potřeby klinické praxe, zahr-
novat transparentní diskusní
platformu pro účastníky revizí
a odborných společností, případ-
ně i pacientů. Zkrácené revize by
především generovaly vlastní
úspory.“ Zdeněk Blahuta dále
uvedl, že pokud by se měla měnit
legislativa revizí, mělo by být zo-
hledněno, že délka správního ří-
zení (75 dní) u hloubkových revizí
neodpovídá realitě. SÚKL by
spíše než v časovém intervalu za-
čal hloubkovou revizí léku v pří-
padě otázky jeho indikované po-
třeby. Jak ředitel Blahuta zástup-
cům farmafirem sdělil, v posled-
ní době SÚKL zaznamenává ten-
dence vyvázat lék z referenční
skupiny za účelem vlastní ceno-
vé referenční pro stanovení výše
úhrady. Proto se nyní ústav
v hloubkových revizích v oblasti
preskripčních a indikačních
omezení na tyto změny úhrado-
vých podmínek zaměřil.

(pokračování na straně 2)

Z DOMOVA

Riziko pro farmaprůmysl je tu stále

(pokračování ze str. 1)

Dlouhá registrace

Svá rizika zvažují také žadatelé o registraci nových léků pro český trh, a to zejména s ohledem na překračování lhůt správních řízení ze strany SÚKL. Jak uvedl Tomáš Doležal z Institutu pro zdravotní ekonomiku a technology assessment (iHETA), cesty jak tyto lhůty zkrátit jsou podle něj dvě: „První je umožnit předběžná slyšení před zahájením řízení. Druhým řešením, které se již v evropských zemích také začíná objevovat, je možnost zahájení řízení u inovativních léků ještě v období, kdy nejsou známy evropské ceny léků.“

Stávající praxe, kterou firmy stále častěji využívají, je výjimečná úhrada prostřednictvím § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Výrobci nezádají o „běžnou“ úhradu a rovnou nový přípravek zařazují na § 16. Pojišťovny tento model znají a podrobně každou žádost důkladně kontrolují svými revizními lékaři. „Léky by neměly být v tomto režimu hrazeny v takovém rozsahu, jaký je v současné době. Řadu případů těchto výjimečných úhrad vidíme u přípravků, kde výrobci neúspěšně žádají o stanovení ceny a úhrady, eventuálně žádost nikdy nepodali, přestože by přípravky mohly být hrazené,“ popsala obcházení postupu hodnocení ze strany výrobců léků předšedkyně lékové komise Svazu zdravotních pojišťoven Kateřina Podrazilová.

Centra a biosimilars

Farmaceutické společnosti, které jsou držitelé registrace nákladných biologických léků, bude do budoucna ovlivňovat také postoj zdravotních pojišťoven vůči financování center. Jak připomněl advokát kanceláře KMVS Libor Štajer, v úhradové vyhlášce jsou stanovena referenční období, která ale u některých specializací nejsou dostatečně navýšena a růst reálného počtu pacientů je vyšší než centru přidělený rozpočet. Některá centra pak přečerpávají své rozpočty a z tohoto důvodu přijímají regulační opatření. Vypjatou ekonomickou situací center, jejichž rozpočty zatěžují zejména biologické léky, by mohl mírnit vstup biosimilars.

„Rozpočty center se zvláštní smlouvou se zdravotní pojišťovnou jsou jednou z mála kapitol zdravotnických služeb, kte-



Zleva Michal Hojný, Tomáš Doležal, Helena Skácelová, Kateřina Podrazilová a Petr Honěk | Foto: archiv Androsa

ré mají vysokou míru volatility. Neví se, jak nakonec situace dopadne. U rozpočtů nemocnic jsou úhradové mechanismy poměrně komplexní – sice komplikované, ale pokud se v produkci extrémně nevychýlí, lze rozpočet dobře odhadnout. Podobné je tomu u ambulantních specialistů i v komplementu. Centra jsou jiná – nelze úplně odhadnout, jaké léky vstoupí do systému veřejné úhrady a jak stav ovlivní. Vyhláška definovaná pro letošní rok počítá s redistribucí veškerých příjmů do výdajů za služby, více prostředků už nemáme. Všechna centra dostávají dokonce větší objem prostředků, než s jakými počítá vyhláška. Letošní rok byl ale nejkrizovější, do systému vstoupilo 26 nových monoklonálních protilátek,“ uvedl náměstek Všeobecné zdravotní pojišťovny Petr Honěk a dodal, že od roku 2017 očekává nástup některých biosimilars, která umožní snížení cen. Kateřina Podrazilová potvrdila, že biosimilars jsou z pohledu pojišťoven jedině vítána. Jak k financování center dodala, centra nevykazují zdravotním pojišťovně léky v tržních cenách. „Apelují na poskytovatele a další články v řetězci, aby skutečně vykazovali reálné nákupní ceny, protože o co více bude vykazováno na lécích, o to méně bude mít pojišťovna k dispozici pro případné navýšení prostředků pro jednotlivá centra,“ podotkla Kateřina Podrazilová.

Smlouvy v registru

Obchodní prostředí farmaceutickým společnostem od 1. července 2016 (resp. od 1. 7. 2017, kdy nabudou účinnosti sankční ustanovení zákona) výrazně pozmění

zákon o registru smluv. Vykazování obchodních smluv (příjem i výdej veřejných prostředků) se všemi zdravotnickými zařízeními, která spravuje stát, kraje nebo obce, přinese řadu změn, jež je zatím obtížné předvídat. Zatím je patrné, že smlouvy mezi uvedenými typy zdravotnických zařízení budou veřejné a zařazené do registru smluv, který spravuje ministerstvo vnitra. Jak vyplývat, jak zajistit správné výstupy a čitelnost dat, kolik osob na tuto činnost alokovat ale není dosud jasné.

„Subjekty budou muset personálně posílit, nejde jen o administrativu, ale například i právní posouzení, zda jde o typ smlouvy s obchodním tajemstvím. Konfliktní je také vnímání konkurenčních subjektů, které ze zákona nejsou povinny tyto smlouvy zveřejňovat. Jako nejproblematictější se nám jeví povinnost zveřejnit písemně uzavřenou smlouvu v registru a teprve poté moci dodávat cokoliv podle této smlouvy. Negativní je také výjimka z této povinnosti, kdy se písemně nemusí uzavírat pouze smlouvy, jejichž hodnota je nižší, než 50 tisíc korun – tedy cokoliv bude nad 50 tisíc, musí být uzavřeno písemnou formou a zveřejněno. Máme-li rámcové smlouvy bez přesného vymezení, kdy a co bude dodáno, ale dle objednávky objednatel, i tato objednávka nad 50 tisíc musí být uzavřena písemně,“ vymezil problematiku současného znění zákona o registru smluv náměstek ministra zdravotnictví pro legislativu a právo Radek Polícar, který vzpomněl vznik pozměňovacího návrhu zákona, jímž by bylo možné zavést do systému dvě základní změny. První z nich by

dovolila, aby se smlouva na nákup léků neuzavírala nutně písemně. Druhou změnou je, že by smlouvy nabývaly účinnosti bez ohledu na to, kdy budou zveřejněny v registru smluv. V žádném případě ale pozměňovací návrh iniciovaný poslancem Janem Chvojkom nenabádá k nezveřejňování smluv, zdůraznil náměstek Polícar.

Pokles klinických studií?

Registru smluv ovlivní zřejmě také počty klinických hodnocení v českém prostředí. „Jedny z klíčových smluv, které farmaceutické společnosti uzavírají s nemocnicemi, jsou o spolupráci v oblasti klinických hodnocení. Tam vnímám velká rizika. Již nyní můžeme například na Slovensku, kde obdoba našeho registru již funguje, pozorovat významný pokles klinických studií, který je způsoben právě tím, že velká část smluv mezi nemocnicemi a firmami se již objevila v registru,“ uvedl na konferenci k rizikům farmaceutických společností výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu Jakub Dvořáček. I v tomto ohledu se ale nabízejí možná řešení, například tím, že v registru bude zveřejněna celková částka a jednotlivé výdaje nebudou příliš parcelovány.

Jak doplnil vedoucí ústavní lékařský Institutu klinické a experimentální medicíny Michal Hojný, snaha registru o transparentnost se může i v prostředí klinických hodnocení minout účinkem, protože řada nemocnic nyní vyplácí lékaře za řešení klinických hodnocení formou dohod. „Ve smlouvách s takovými nemocnicemi nebude částka

směřující k odměnám klinického týmu vůbec zahrnuta. Může tak vzniknout situace, kdy smlouvy z více klinických pracovišť budou zásadně odlišné – v jedné smlouvě budou odměny pro tým započítány, ve druhé budou vedle hlavní smlouvy ještě dohody mezi zkoušejícím a zadavatelem hodnocení. Výsledek pak bude naprosto neporovnatelný,“ domnívá se Michal Hojný. Otázka řešení konkrétních problémů plynoucích ze zákona o registru smluv by ale podle generálního ředitele Omega Pharma Michala Krejsty měl být nadřazen vyšší požadavek. „Systém nese mimo jiné určitý objem peněz od různých dodavatelů pro pokrytí potřeb poskytovatelů péče, například z klinických studií, bonusů, přímých slev a podobně. Na tyto prostředky by měla vzniknout pomyslná státní objednávka, která by určila, zda takové prostředky mají plynout přímo poskytovatelům zdravotní péče nebo plátcům, tedy zdravotním pojišťovnám. Pro zvolené koncové příjemce pak lze nastavit objektivní, transparentní a ekonomicky vyrovnaný model přerozdělování těchto prostředků. Když ale tato pomyslná objednávka chybí, vytváříme formou zákona další regulaci, která bohužel ne zcela vyváženým způsobem zasahuje do konkurenčního prostředí a dotčené subjekty, které jsou soutěžiteli, rozděluje do dvou skupin. Někteří, vedeni zejména snahou o ochranu svého ‚obchodního know-how‘, se snaží v takové situaci najít cesty jak při zachování ekonomické stability pravidla transparentnosti obejít či naplnit z části,“ uvedl ředitel Krejsta.

Papinova lékařská komora

Prezident ČLK má problém, ale zdá se, že si jej zatím neuvědomuje. Možná by potřeboval radu od profiků z agentury.

Zatímco se Milan Kubek společně s agenturou Ewing PR po hlavě vrhl do „informační kampaně pro veřejnost“ s názvem „Zdravotnictví volá o pomoc“, začíná mu to poněkud bublat takřkajíc za zády, uvnitř samotné České lékařské komory. Koalice soukromých lékařů sdružující ambulantní specialisty, stomatology a praktické lékaře dává čím dál hlasitěji najevo nespokojenost s Kubkovým způsobem vedení kampaně i s jejími prioritami. Zaznívají i hlasy volající po přehodnocení povinného členství v komoře, případně po vzniku nových struktur, které by lépe odrážely různorodost lékařského stavu. Hned na počátku je třeba říct, že pokud by k něčemu takovému došlo, bude to pro Kubka obrovská prohra.

Soukromníci vs. zaměstnanci

Nechme pro jednu stranou věcnou podstatu Kubkových požadavků, jeho posedlost veřejnými penězi, odpor ke spolupráci či redukci lůžek a další prohršky proti racionálnímu ekonomickému uvažování. Jednoduše přiznejme, že Kubek udělal z komory velmi vlivného a viditelného hráče ve veřejném pro-



Martin Čaban

storu. A jistě by nerad vstoupil do dějin jako prezident, jemuž se komora rozpadla pod rukama. Přesto jeho vystupování působí, jako by si toto riziko vůbec neuvědomoval. Pnutí mezi lékaři-zaměstnanci a lékaři-soukromníky je staré jako komora sama. Nicméně za Kubka a jeho předchůdce a učitele Davida Ratha nabralo na síle. Jednoduše proto, že Rath i Kubek – v době nástupu do čela komory už zkušením odborovými harcovníky – opřeli svou moc v organizaci především o zaměstnaneckou polovinu komory, z logiky věci jednolitější, jednotnější v zájmech, snáze obsáhnutelnou a oslovitelnou. Zcela pragmatičticky vzato šlo o chytré rozhodnutí, které ale nebylo bez následků. Podnikatelská polovina profesní organizace s povinným členstvím se pochopitelně a často i zcela oprávněně cítila odsunutá na druhou kolej.

Ruku v ruce s odboráři

Na Kubkově straně leží silný argument v podobě třetího prezidentského mandátu v řadě získaného zcela demokratickou vnitřní cestou na řádných volebních sjezdech ČLK. Na to je třeba nezapomínat stejně jako na to, že jeho dnešní kritici v čele

s šéfem Sdružení ambulantních specialistů Zorjanem Jojkem se pokoušeli na sjezdech Kubkovi postavit, ale neuspěli. Ani síla mandátu by ale neměla být důvodem pro opomíjení zájmů poloviny členstva.

Kubkova zjevná fascinace nemocnicemi, platy a podmínkami tamních lékařů vede až k tomu, že jeho kampaň, než aby vzala výrazněji v potaz problémy a dojmy soukromníků, raději ruku v ruce s odboráři pálí i na zcela nesmyslné cíle. Na-

prsto nepochopitelný je například nevybíravý výpad proti systému akreditací nemocnic, který se prostřednictvím standardizačních procesů a postupů snaží snižovat rizika a zvyšovat kvalitu péče pro pacienty. Vytáhnout proti administrativní zátěži lékařů je jistě bohubilé. Ale právě to, že se prvním terčem staly akreditace a ne třeba zátěž drobných podnikatelů (včetně lékařů) tunami lejster, ukazuje, kam Kubka táhne srdce, přesněji řečeno chladná mocenská rozvaha.

Foto: Tomáš Herzog



Prezident komory by pnutí ve své organizaci neměl podceňovat. Ostatně profíci z Ewingu pro něj na požádání jistě budou mít i pár dobrých receptů a metod na vnitřní krizovou komunikaci. Je téměř jisté, že označování kolegů za kolaboranty a výzvy k „eliminaci“ jejich vlivu mezi ně patřit nebudou.

Autor je komentátorem deníku E15

Hlavní hygieničkou ČR bude Eva Gottvaldová

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček předložil vládě návrh na jmenování Evy Gottvaldové na služební místo hlavního hygienika ČR. Kabinet jmenování navržené kandidátky schválil.

Eva Gottvaldová ve funkci nahradí Vladimíra Valentu, který byl hlavním hygienikem od října 2012. Do výběrového řízení se přihlásily tři kandidátky. Pavlu Svrčinovou výběrová komise pro nesplnění podmínek vyřadila a nyní zastupkyň hlavního hygienika Jarmila Rážová svoji žádost stáhla.

Nová hlavní hygienička působí od roku 2007 na ministerstvu zdravotnictví v sekci ochrany a podpory veřejného zdraví. Od listopadu 2012 pracuje pro Stálé zastoupení ČR při EU v Bruselu, kde má na starosti veřejné zdraví a farmaceutické produkty. Ve Stálém zastoupení ČR při EU



Foto: MZ ČR

se podílela na projednávání směrnice Evropského parlamentu a Rady Evropy o sblížení právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy

a prodeje tabákových a souvisejících výrobků či rozhodnutí těchto orgánů o vážných přeshraničních zdravotních hrozbách. Pravidelně se účastní i specializovaných jednání Evropské komise, Rady EU v pracovní skupině pro potraviny a jednání Světové zdravotnické organizace zaměřených na výživu a pohybovou aktivitu. Vystudovala Lékařskou fakultu Masarykovy univerzity v Brně.

„Jedním z klíčových úkolů pro novou hlavní hygieničku bude další zlepšování prevence před nákazou HIV a AIDS, která se začíná v populaci rozšiřovat,“ uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. (kha)

Inzerce M161000418

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získáte **balíček produktů NIVEA v hodnotě 600 Kč**

Balíček obsahuje:

Gel na holení ORIGINAL 200 ml, 95 Kč
Balzám na holení ORIGINAL 100 ml, 190 Kč
Intenzivní hydratační krém ORIGINAL 50 ml, 180 Kč
Sprchový gel ORIGINAL CARE, 250 ml, 72 Kč
Balzám na rty pro muže ACTIVE CARE, 4,8 g, 63 Kč

Řada NIVEA Original

Komplexní řada hydratačních výrobků péče o pleť, které poskytují suché a napjaté pleti pocit uvolnění a účinné péče.

Neváhejte!

Tato nabídka platí jen do 31. 7. 2016.

Předplatné na rok pouze za 299 Kč.



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0616**. 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 0616**. 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 vydávatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze do doby jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svými písemnými oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a.s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s tímto dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávku dále sdělí předplatiteli souhlas se zafixováním všech jím 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, 2) zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je dobrovolně, 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

Z DOMOVA

Vzdělávání lékařů vyžaduje individuální odpovědnost

Tato věta zazněla na konferenci Aesculap Akademie, která v rámci skupiny B. Braun pořádá pro lékaře i sestry řadu vzdělávacích kurzů, jejichž předností je např. využití nákladného laparoskopického vybavení či celotělového simulátoru zaměřeného na intenzivní péči a podpora vzdělávání v rámci multioborových týmů.

Komplexní a týmové vzdělání vnímají jako hlavní trend nejen sami zdravotníci, ale i pověřené autority. „V oblasti celoživotního vzdělávání, které se v České lékařské komoře věnujeme nejvíc, můžeme trendy sledovat poměrně podrobně, protože k nám ročně směřuje asi 4500 žádostí o zařazení do vzdělávacích akcí lékařů. Jednoznačně největší zájem je o akce založené na interdisciplinární spolupráci – propojování znalostí medicínských oborů, využívání moderních technologií. Ale zájem je také o psychologické a etické aspekty medicínských oborů. Přestáváme vnímat medicínu jako sled odborných zásahů, ale spíše jako komplexní práci s pacientem, která se děje v týmu,“ uvedl vedoucí oddělení vzdělávání České lékařské komory (ČLK) Radek Ptáček.

Ředitel Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) Antonín Malina označil jako trend celoživotní vzdělávání jako takové. „Vzhledem k tomu, že se znásobuje množství informací, je celoživotní vzdělávání nezbytné. Lékař, farmaceut či sestra, kteří by se dál nevzdělávali, by zůstali opodál. V mezioborové spolupráci bych vyzdvihl týmy lékařů a lékařů, jejichž vzdělávání se nesprávně oddělilo. Pokud týmy dohromady pracují například v intenzivní medicíně, jde o situace, které se musejí naučit všichni. Trendem zůstávají také simulační technologie, po technické stránce se velmi posunuly také videokonference,“ vysvětlil ředitel Malina.

Chybí dobré vzory

Jak ale ředitel IPVZ Malina dále upozornil, podporu vyžaduje samotná role školitelů, kteří mají v současném vzdělávání často pouze formální roli. „Zijeme v době, kdy řada lékařů v tréninku neví, kdo je jejich školitel. Dříve, v klasické nemocnici, to byl primář, kdo měl nezaměnitelnou roli tutora a o mladém lékaři věděl všechno. Jeho atestace byla

jakýmsi přirozeným vyústěním výuky. To mi v současném vzdělávání zdravotníků chybí. Začíná zde scházet osobní individuální odpovědnost, což je ale celospolečenský problém, kdy se všichni schováváme za komise a poradní orgány. K nástrojům, které zvyšují individuální odpovědnost, by mohlo patřit například zvaní školitelů k atestacím nebo také ke komisím, které řeší stížnosti na nějaké sporné lékařské aktivity. Jen samotná přítomnost školitele při projednávání medicínského lapusu může jeho nadšení pro práci s absolventy zvýšit,“ uvedl Antonín Malina s tím, že je pro školení třeba vytipovat osobnosti z praxe, orientovat se na mladší zdravotníky a nelpět na osvědčených autoritách, které mohou mít od praxe částečný odstup.

Nedostatek kvalitních školitelů vnímá také Radek Ptáček z ČLK. „Univerzitních profesorů a docentů je v ČR omezený počet. Jednotlivé instituce si je mezi sebou ‚půjčují‘ a oni pak mnohdy identické téma přednášejí pro komoru, odbornou společnost i vysokou školu. V oblasti praktické výuky se musíme vedle multidisciplinární spolupráce soustředit i na institucionální spolupráci, kde bychom měli spojit síly a zbytečně nedublovat jednotlivé kurzy,“ říká Radek Ptáček, podle něhož je možným řešením zaměřit se na odborníky z praxe, kteří se často ani neodvážejí školit, protože dané téma přednáší uznávaný profesor. Prezidentka České asociace sester Martina Šochmanová vidí řešení ve vzniku kvalitních kurzů pro mentory a jejich vzdělávání i směrem k výuce absolventů.

Technologie v týmu

Jednatel společnosti B. Braun Medical Jiří Lukeš v úvodu konference uvedl, že téma trendů ve vzdělávání v současnosti zapadá do aktuální diskuse nad zněním zákona o vzdělávání lékařů a připomněl, že i takto vysoce odborné téma se stalo politikem. „Aesculap Akademie dlouhodobě prokazuje

svou flexibilitu a stále reaguje na aktuální potřeby a požadavky zdravotníků v oblasti vzdělávání. Ve spolupráci s lékaři reagujeme na cokoli, co ve standardním procesu vzdělávání chybí a vyplyne na povrch, a daří se nám připravovat potřebné vzdělávací programy,“ uvedl Jiří Lukeš s tím, že cílem společnosti je zjišťovat a naplňovat požadavky i nadále. Aesculap Akademie školí lékaře a sestry v ČR ve třech vzdělávacích centrech, vedle Prahy také v Hradci Králové a Olomouci. Pražské tréninkové centrum B. Braun Dialog je zaměřeno na nácvik intenzivní péče na celotělovém simulátoru, který se dokáže potit, krváčet, má hmatatelný tep, rozšiřují se mu žilky, umí kašlat, dýchat i nářikat a lze na něm trénovat například kanylační periferní žíly, zevní masáže srdce, použití defibrilátoru nebo zavedení tracheální kanyly. Jak pro naši redakci uvedl manažer Aesculap Akademie Martin Kalina, péči ve standardních, ale i v krizových situacích zde mohou bezpečně trénovat týmy lékařů spolu se sestrami a dalšími nelékařskými pracovníky, přičemž týmový model vidí školenci jako jeden z nejpřírodnějších aspektů kurzu. Lékaři i studenti mají také možnost školení v laparoskopických operačních technikách, je zde laminární box pro školení přípravy léčiv a dialyzační přístroje pro nácvik eliminačních metod. Ročně Aesculap Akademie v 250 kurzech proškolila téměř 10 tisíc lidí.

Už neměnit a doladit

„V našem oboru se nyní hodně diskutuje o podobě postgraduálního vzdělávání, kdy jsme opustili dvoustupňové vzdělávání a přešli jsme na systém evropské atestace. Jako člen akreditační komise vnímám události hodně blízka. Během posledních let jsme postupně vytvořili tři vzdělávací programy, každý s jiným logbookem a trochu odlišnou náplní. Proto jsme si nyní v akreditační komisi dali za úkol



Foto: B. Braun

pro příštích pět let nedělat zásadní změny, počkat, až se současný vzdělávací program usadí, a doladovat detaily,“ uvedl člen sekce gynekologické endoskopie České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP a přednosta Porodnicko-gynekologické kliniky LF UP a FN Olomouc Radovan Pilka.

V oblasti vzdělávání sester vidí jako zásadní problém zrušení specializace geriatrická sestra vědecká sekretářka České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP Božena Jurašková: „Udělám všechno pro to, aby byla její odbornost znovu nastolena, protože její činnost je podle mne nezastupitelná, zejména s ohledem na nárůst stárnoucí populace.“ Dodala také, že pro geriatricu je v oblasti vzdělávání důležité, aby byla atestace oboru umožněna co nejširšímu počtu lékařů a mohli ji získat co nejdříve po škole. Certifikovaný kurz je nezbytný i pro další lékařské odbornosti jako např. chirurgy, kteří často odcházejí do léčen dlouhodobě nemocných, pokud již nechťejí operovat. Od nekonceptního vzdělání v geriatrici se poté odvíjí také různě vysoká či nízká kvalita péče v těchto i dalších českých geriatrických zařízeních.

Chybí koncepce vzdělávání

Jak gerontoložka Jurašková doplnila, novela zákona o vzdělávání lékařů je tragická v tom, že další změnou během posledních let, která již tak složitý a demotivující systém ještě zkomplikuje. Obdobný pohled na systém vzdělávání má také Michael Stern ze sekce simulační medicíny při České společnosti anesteziologie, resuscita-

ce a intenzivní medicíny ČLS JEP. „Z mého pohledu systém vzdělávání neexistuje – nevidím jeho financování, jeho koncepci, nefunguje,“ uvedl.

Jak moc bude záležet na možnostech novely zákona o vzdělávání lékařů, ilustroval na vzdělávání v oblasti nefrologie Vladimír Vojanec z České nefrologické společnosti: „Po dvoustupňové atestaci, která byla dříve pro obor nastavena, došlo k revoluci a radikálním změnám základních a nástavbových oborů. Nyní je sice v plánu celý systém znovu měnit, ale alespoň bude naroubován na stávající atestaci, která je nyní dosažitelná minimálně po šesti letech. Uvidíme, jak to nakonec dopadne. Ideální by bylo, aby souběžně s interní mohla běžet i nefrologická praxe, aby nefrologická specializace mohla být například do dvou let. Pokud to umožněno nebude, doba k získání specializace se výrazně prodlouží.“ Jak nefrolog dodal, vedle odborného vzdělávání v dané specializaci je nutné soustředit se také na oblast technologickou, kde zažíváme velký rozvoj a lékaři by se měli posunout ve formálním zaškolení v obsluze jednotlivých přístrojů. „Zdravotnické technologie toho dokáží mnoho, ale lékař musí mít informace o tom, jak využívat všechny jejich možnosti. Pokud technologii a možnosti použití variabilních modulů dobře zná, pro pacienta to může znamenat lepší průběh ošetření i větší bezpečnost,“ uzavřel Vladimír Vojanec s tím, že nejde jen o kurz k vlastní odbornosti, ale potřebné jsou také kurzy právní problematiky, komunikace či vedení týmů pro dané pozice.

Odbory v Dobřanech zpochybňují spontánnost podpory bývalému řediteli

Podpora odvolanému řediteli Psychiatrické nemocnice v Dobřanech Vladislavu Žižkovi byla podle prohlášení předsedy místních odborů Milana Synka připravena managementem nemocnice a nebyla spontánní akcí zaměstnanců.

Zástupci odborů nemocnice v Dobřanech rozeslali médiím svou reakci na otevřený dopis zaměstnanců, jenž vyjadřoval podporu řediteli Žižkovi, který byl ministrem před rokem odvolán. Důvodem jeho odvolání byla možnost, že jeho zařízení mohlo pochybit v případě propuštění bývalého pacienta, který tři měsíce na to zavraždil mladou knihov-

nici v Horní Bříze. Zaměstnanci dopis poslali přímo ministru.

Výtky odborů

Pochybení ředitele Žižky se nakonec neprokázalo, přesto nemocnici stále vede dočasně jmenovaná ředitelka Jarmila Hráčková. Odborům se nelíbí, že otevřený dopis odešel z nemocnice bez vědomí odborové organizace. Po-

dle dopisu vyjadřovalo podporu bývalému řediteli 722 z 1202 zaměstnanců. Odbory ve svém prohlášení upozorňují, že podle jejich informací byl „způsob získávání podpisů pod otevřený dopis přinejmenším hrubě nestandardní“. Podle odborů navíc Psychiatrická nemocnice v Dobřanech jako zaměstnavatel porušila základní práva zaměstnanců,

když poskytla autorům otevřeného dopisu informace o tom, kdo z podepsaných je v odborech organizován.

Výběrové řízení vypísáno

Ministerstvo letos vypísalo výběrové řízení na nového ředitele a proběhlo první kolo. Bývalý ředitel Žižka se do konkurzu přihlásil. Ministerstvo zatím



Ilustrační foto: Shutterstock

neinformovalo o tom, kteří tři kandidáti postoupili do druhého kola. Odbory nyní vyzývají k co nejrychlejšímu řešení a jmenování nového ředitele, aby se vyostřená situace v nemocnici uklidnila. (iso)

Krátce z regionů

• Nymburská nemocnice za loňský rok vykazuje zisk

Nemocnice Nymburk má za rok 2015 kladný hospodářský výsledek, a to téměř jeden milion korun. „Podařilo se to i přes trvalý investiční rozvoj a navýšení mezd zaměstnanců, ke kterému nedošlo jen na jaře na doporučení vlády ČR, ale částečně i na podzim loňského roku. A s prvním dubnem letošního roku přišla pro personál další dobrá zpráva. Tarifní třídy opět mírně vzrostly, zhruba o 5 procent,“ uvádí nemocnice ve své tiskové zprávě. Nemocnice navíc loni investovala na 7 milionů korun, zejména do zdravotnických přístrojů. „Jejich nákup řešil především zvýšení parametrů diagnostiky a zajištění nejvyšší míry bezpečnosti na gynekologicko-porodnickém oddělení, zajištění provozu JIP po dislokaci na dvě pracoviště a zajištění akreditace oddělení patologie,“ uvedla jednatelka nemocnice Alena Havelková. Další investice odešly v rámci dokončování první etapy rekonstrukce pavilonu D. Údržba majetku stála nemocnici dalších 5 milionů korun.

• Karlovarský kraj bude přispívat na vzdělávání praktiků

Karlovarský kraj chce řešit nedostatek praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost poskytnutím měsíčního příspěvku akreditovaným zařízením, která budou vystudované lékaře dále vzdělávat. Příspěvek chce kraj začít poskytovat ještě letos. Měl by být 20 tisíc korun měsíčně, polovinu z této částky by měli obdržet sami lékaři. Podmínkou příspěvku bude ale závazek, že nejméně po dobu 2 let po ukončení specializovaného vzdělávání budou v kraji pracovat ve svém oboru aspoň 20 hodin týdně. Karlovarský kraj vyčlení na nový dotační program ze svého rozpočtu 700 tisíc korun. „Program podpory specializačního vzdělávání v oborech všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost schválila Rada Karlovarského kraje,“ uvádí kraj na svých webových stránkách.

• Nemocnice v Kolíně má nový stacionář

Na začátku června byl v kolínské nemocnici v rámci Středočeských dnů

zdraví slavnostně otevřen nový stacionář pro onkologické pacienty. Celkové náklady na stavební úpravy a pořízení vybavení se pohybovaly okolo 1,5 milionu korun. Současně bylo zřízeno také moderní oddělení přípravy cytostatik. „Nově zbudované pracoviště je organizační součástí lékárny a je umístěno v bezprostřední blízkosti oddělení klinické onkologie. Výstavba oddělení cytostatik stála asi 14 milionů korun. Obě akce hradila kolínská nemocnice ze svých prostředků. Nemocnice hospodaří velmi dobře, a tak si mohla tuto investici dovolit,“ uvedla nemocnice na svých webových stránkách.

„Cílem Středočeského kraje je neustále zlepšovat vybavení nejen kolínské, ale všech našich pěti oblastních nemocnic tak, abychom obstáli v konkurenci pražských klinik. Konkrétně v Kolíně chceme v příštích letech dokončit rekonstrukci pavilonu O. Tato investice by nás měla stát přibližně 300 milionů korun,“ doplnil hejtman Středočeského kraje Miloš Petera.

• Nemocnice v České Lípě nemá lékaře, v létě musí omezit neurologii

Českolipská nemocnici s poliklinikou uzavře na přelomu července a srpna na tři týdny oddělení neurologie včetně ambulance. Pacienti tak budou hledat pomoc lékařů v Liberci nebo Děčíně. Omezeny budou na dva týdny v létě i plánované ortopedické operace. Českolipská nemocnice se potýká s nedostatkem personálu na většině oddělení. Jako druhé největší zdravotnické zařízení v Libereckém kraji jich má sedmáct a na většině z nich chybí lékař. Pokrývat provoz se daří jen za cenu četných přesčasů. „Aktuálně nám chybí asi 12 lékařů, na úvazky je to roztroušeno po všech odděleních. Podařilo se získat lékaře na oddělení chirurgie, ARO a rentgenologické,“ uvedl lékařský ředitel Vladimír Trenčiansky. Nemocnice nově přichozím zaměstnancům nabízí náborový příspěvek, u lékařů 100 tisíc korun, sestřám 20 tisíc korun. V letošním roce mají platy v nemocnici údajně stoupnout v průměru o 10 %.

• Karlovarský kraj přispěje nemocnicím na provoz ztrátových oddělení

Kraj přispěje celkem na 12 oddělení

takzvaného závazku veřejné služby. Nemocnicím v Karlových Varech, Sokolově a Ostrově poskytne za letošní rok celkem 32,1 milionu korun. Záměr ještě musí schválit krajský zastupitel, kraj si pak důležitou, ale prodělečnou péči zaplatí sám.

„Z hlediska příjmů od zdravotních pojišťoven nepatří tato oddělení mezi lukrativní. Jsou ale nezbytně nutná pro pacienty, a proto si zaslouží pozornost Karlovarského kraje,“ řekl hejtman Martin Havel. Nejvyšší vyrovnávací platbu, 21,7 milionu korun, obdrží Karlovarská krajská nemocnice. Provozuje sedm nepostradatelných lůžkových oddělení.

Kraj navíc zahájil další stavební akce při obnově Nemocnice Sokolov v celkové hodnotě 45,5 milionu korun. Jde o kompletní rekonstrukci chirurgického oddělení s kapacitou 41 lůžek a opravu opěrné zdi pavilonu C. Investice neminou ani Karlovarskou krajskou nemocnici, kde se buduje na lůžkovém pavilonu C nástavba za 70 milionů korun. Zároveň se plánuje i kompletní dostavba Nemocnice Cheb. (iso, ČTK)

Inzerce M161000373



**OBLASTNÍ NEMOCNICE
PŘÍBRAM, a. s.**

SE SÍDLEM PŘÍBRAM I, GEN. R. TESAŘÍKA 80

VYHLAŠUJE VÝBĚROVÉ 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 DOMOVA

VZP iniciuje vznik pracovní skupiny pro biologickou léčbu

Ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Zdeněk Kabátek referoval správní radě pojišťovny, že za první kvartál letošního roku stouply předpokládané výdaje na biologickou léčbu o 800 milionů korun. V letošním roce VZP vydá 8,5 miliardy korun. Strmý nárůst nákladů by mělo řešit ministerstvo.

Jak upozornil člen správní rady VZP Rostislav Vyzula, v nejbližších letech se předpokládá vstup dalších 80 nových biologických léků na český trh. Náklady nezvyšují pouze nově uvedené léky, ale také rozšíření indikačních skupin, kde jsou léky nově nasazovány. Léčba je úspěšná a převádí některá onemocnění z akutních do chronických stadií, což ale znamená, že řada pa-

cientů tyto nákladné léky užívá měsíce i roky.

Jedním z řešení, které má VZP vzhledem k regulaci nákladů na biologickou léčbu ve své moci, je revizní činnost. „Pojišťovna zintenzivnila revizní činnost. Z 58 center pojišťovna loni revidovala 52 z nich, konkrétně u 1370 pacientů. Vedlo to k úspoře 80 milionů korun,“ uvedl prof. Vyzula a upřesnil, že šlo především o do-

držování správné indikace, správnou dokumentaci délky používání léků a dosaženou efektivitu léčby.

Dohoda pro celý resort

Jak ale Rostislav Vyzula zdůraznil, jde o celospolečenský problém, který VZP nevyřeší bez resortní spolupráce nad jasnou strategií. Hlavní úlohu by mělo hrát ministerstvo zdravotnictví, Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL),

Svaz zdravotních pojišťoven, politici i poskytovatelé.

Správní rada VZP proto uložila jejímu předsedovi Jiřímu Běhounkovi a řediteli VZP Zdeňku Kabátkovi, aby iniciovali vznik pracovní skupiny zmíněných subjektů. „Jsem připraven se na všechny obrátit oficiálním dopisem,“ uvedl předseda Běhounek a dodal, že pracovní skupina by měla pro biologické léky jasně

stanovit jednotné postupy podle *evidence based medicine* a *guidelines*, aby se zabránilo chybnému nasazování léčby.

„Pojišťovna nemůže ordinovat za lékaře, kteří ale neuvažují nad ekonomikou, protože léčí. Úkolem ministerstva zdravotnictví je skupinu ustavit a požádat odborné společnosti o stanovení indikací a rozsahu biologické léčby. SÚKL zase sehrává svou roli v přijetí dalších 80 léků na trh. Bez dohody všech se nelze pohnout dál,“ podotkl Jiří Běhounek. Skupina by podle něj měla pracovat v letech 2017–2020. Jak dodal Rostislav Vyzula, dohoda nad strategií by měla zahrnovat prvky *health technology assessment* (HTA), které obdobně jako u zdravotnických prostředků stanoví parametry hodnocení léků.

(klu)

Odvykání kouření s odbornou pomocí je mnohonásobně úspěšnější

Na úterý 31. května připadl letošní Světový den bez tabáku. Tradičně se zapojili i čeští lékárníci, kteří již čtvrtým rokem poskytují pacientům rozšířené odborné poradenství v odvykání kouření.

Absolvováním Garantovaného kurzu České lékárnické komory (ČLnK) získávají lékárníci od roku 2013 ve spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi hlubší a specializovanější poznatky, díky kterým mohou odvykajícím kuřákům jako nejdostupnější zdravotníci výrazně pomoci.

Odvykat sám je těžší

„Kuřák svým zlovykem škodí nejen svému zdraví, ale i zdraví lidí ve svém okolí,“ konstatuje pre-

zident ČLnK Lubomír Chudoba. Závislost na tabáku je u kuřáků v některých ohledech srovnatelná se závislostí na heroinu. Řada kuřáků si tuto skutečnost uvědomuje, přestat kouřit je však pro ně těžko řešitelným problémem. Úspěšnost kuřáků, kteří se snaží odvyknout sami, se pohybuje pouze okolo 3–5 %. Přítom úspěšnost odvykání kouření s odbornou pomocí se několiknásobně zvyšuje.

Česká lékárnická komora již od roku 2013 proškolila 167 svých

členů a toto poradenství poskytuje 140 lékáren v celé České republice. Proškolený lékárník vytvoří pacientovi během úvodní krátké konzultace individuální plán odvykání kouření, seznámí ho s dostupnou léčbou závislosti na tabáku a poradí mu jak správně volně prodejné nebo předepsané léky určené k odvykání kouření užívat. Při konzultaci s pacientem vytvoří také plán řešení krizových situací při neodolatelné chuti na cigaretu. Nedílnou součástí je podpo-

ra motivace pacienta s důrazem na konkrétní pozitivní dopady zanechání kouření na jeho zdraví. Na základě získaných informací odkáže lékárník pacienta v případě potřeby na lékaře nejbližšího specializovaného Centra pro závislé na tabáku.

Projekt s VZP

V letošním roce spolupracuje Česká lékárnická komora s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) na společném projektu Lékárník – odborný poradce. Ak-

tivně se do něj zapojilo 29 lékáren, v nichž jsou probíhající konzultace s odvykajícími pacienty podrobně dokumentovány. VZP svým klientům poskytuje příspěvek až do výše 2500 Kč z fondu prevence na léčivé přípravky, které kuřákům v boji proti jejich zlovyku pomohou, pokud vyhledají odbornou pomoc v kterékoli ze 140 lékáren, v níž je poskytováno na základě garantovaného kurzu ČLnK odborné poradenství v odvykání kouření. Za podobných podmínek přispívá svým klientům i Oborová zdravotní pojišťovna, a to až do výše 4000 Kč. Seznam všech lékáren, které konzultace odvykání kouření provádějí, lze najít nejen na webu ČLnK (www.lekarnici.cz), ale také v mobilní aplikaci Lékárný v ČR, která je pro všechny k dispozici zdarma ke stažení.

(red)

Ředitelé se obávají zhoršení kvality a dostupnosti péče

Obavu ze zhoršení kvality zdravotní péče má podle šetření Barometru českého zdravotnictví 67 % ředitelů nemocnic. Tři čtvrtiny z nich se také obávají zhoršení dostupnosti péče. Oproti předchozím letům tyto obavy stále rostou. Systém ale ředitelé považují za kvalitní.

Z osmého ročníku celostátního průzkumu „Barometr českého zdravotnictví z pohledu ředitelů nemocnic 2016“ plyne, že většina ředitelů pociťuje nedostatek lékařů, sester, pomocného zdravotnického personálu i administrativních pracovníků. „Perspektiva, otázka odměňování i rozsah přesčasů pracovníků v nemocnicích je mimořádně citlivé téma a ke zlepšení bohužel nedochází. Oblast si žádá systémové řešení na všech úrovních. Jedním z kroků může být novela zákona č. 95/2004 o vzdělávání lékařů a zejména pozměňovací návrh,

ktejž umožní větší flexibilitu, kompetence lékařů po absolvování kmene a cílenou podporu oborům ze strany státu,“ vysvětlil rektor Univerzity Karlovy prof. Tomáš Zima.

Jeho slova doplnil prezident Asociace studentů medicíny Pavol Vasko, který upozornil na „začarovaný kruh“, kde nedostatek personálu vede k množství přesčasů, které jsou pro provoz nemocnic nevyhnutelné, ale jsou často důsledkem odchodu personálu za lepšími podmínkami. Jde zejména o interní a chirurgická oddělení.

Komunikace

V rámci průzkumu Barometr, který připravily společnosti HealthCare Institute a Ipsos, byli osloveni ředitelé 155 nemocnic s akutními lůžky v ČR a celkově odpovědělo 77 z nich. Za největší rezervy systému ředitelé považují mzdy, elektronizaci zdravotnictví, komunikaci s pacienty a komunikaci personálu.

„Trvalým problémem je motivace zdravotníků. Vedle mzdy existuje i mnoho jiných motivačních nástrojů, které lze při řízení nemocnice využívat, ale zdaleka ne všude se tak

děje. Ať už jde o možnost pracovat s moderní zdravotnickou a IT technikou, korektní vztahy managementu se zdravotnickým personálem nebo o možnosti kariérního růstu, závislém na odbornosti a pracovním zdravotníka,“ sdělil ředitel likvidace pojistných událostí Satum Czech Tomáš Vícha.

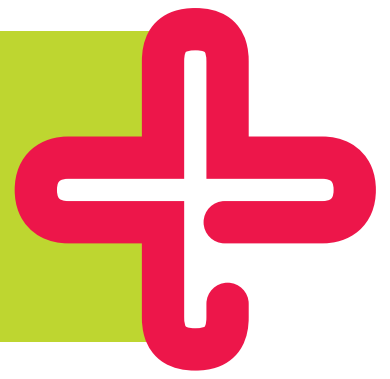
Efektivní hospodaření nemocnic

Zhruba pětina ředitelů nemocnic počítá s tím, že se dlouhodobé investice v letošním roce zvýší. Třetina počítá se zvýšením i v příštím roce. Zároveň

neustává trend nemocnic na jejich „převybavování“ přístrojovou technikou. „Děje se tak leckdy v režimu rovnice, čím více je proinvestováno do přístrojového vybavení, tím větší je pochvala od pacientů.“ Celá situace je navíc podpořena systémem dotací těchto nákupů. Management nemůže provést ani běžné investiční posouzení před nákupem, protože neprovedení nákupu se ve vnímání zřizovatelů jeví jako ztráta finančních dotáčních prostředků,“ uvedl k hospodárnosti nemocnic Jakub Kovář ze společnosti Nexia.

(klu)

SPECIÁL ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY



**ROZHOVOR
S PREZIDENTEM
CZECHMED
MIROSLAVEM PALÁTEM**

str. 9



**EKONOMICKÉ
DOPADY
INKONTINENCE**

str. 10

Čočka, která potřebuje úhradu

Odstranění kombinace katarakty a krátko- či dalekozrakosti je v ČR hrazena ze zdravotního pojištění. Pokud však pacienti chtějí spolu s kataraktou odoperovat i astigmatismus, musí kvůli nitrooční torické čočce zaplatit celou operaci sami. Oftalmologové navrhuji změnu. Resort zdravotnictví chce jednat.

Současná legislativa neumožňuje doplatky na řadu zdravotnických prostředků, třeba právě nitrooční čočky napravující astigmatismus. Odborníci z České společnosti refrakční a kataraktové chirurgie chtějí tento stav změnit a navrhnou, aby bylo možné pro pacienty s šedým zákallem, kteří současně trpí astigmatismem od dvou dioptrií výše, použít torickou čočku, která by byla hrazena z veřejného zdravotního pojištění. „V případě pacientů s astigmatismem si pacienti musejí celý operační zákrok a čočku hradit sami. Dle legislativy nelze platbu za zákrok dělit na hrazenou část, tedy odstranění šedého zákalu a odstranění krátko- či dalekozrakosti, a nehrazenou část, tedy odstranění astigmatismu, protože se používá takzvaná torická čočka,“ vysvětlil primář Oftalmologické kliniky 3. LF UK Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Pavel Studený.

MZ úhradu projedná

Současný stav je podle něj neologický, a proto zástupci České společnosti refrakční a kataraktové chirurgie navrhuji zařazení úhrady torických čoček ze zdravotního pojištění u pacientů s šedým zákallem a s astigmatismem vyšším než dvě dioptrie. „Dle tuzemských dat se jedná pouze o 6–8 % populace a pro tuto skupinu pacientů doporučujeme zavést úhradu, stejně jako je tomu od loňského roku na Slovensku. Toto opatření dokáže významně zlepšit kvalitu života pacientů. Výhodou torické čočky je, že pacient po operaci šedého zákalu a astigmatismu již nemusí nosit trvale brýle. Pacientovi se tím sníží výdaje za doživotní obnovu brýlí či kontaktních čoček, po-

jišťovny se jedním příspěvkem na torickou čočku zbaví celoživotních nákladů spojených s hrazením potřeb astigmatika,“ upozornil primář Studený. Jak pro naši redakci uvedl tiskový mluvčí ministerstva zdravotnictví Ladislav Šticha, MZ eviduje návrh odborné společnosti na zavedení tohoto výkonu do seznamu zdravotních výkonů a zmínil i možnost úhrady čočky od nového roku. „Návrh bude projednán tento měsíc v pracovní skupině. V případě, že na zavedení výkonu bude konsenzus, je možné zařazení již od 1. ledna 2017. Náklady z veřejného zdravotního pojištění ještě nejsou přesně vyčísleny, bude záležet na jednání a diskusi v pracovní komisi,“ řekl mluvčí Šticha. Jeho slova doplnila Dana Blahutová z tiskového oddělení Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP). „Pokud bude návrh projednán kladně a MZ rozhodne nový výkon uvést v seznamu zdravotních výkonů, zdravotní pojišťovny mohou tyto návrhy aplikovat do smluvní politiky a výkonu hradit,“ uvedla s tím, že VZP odhaduje nárůst současných financí na operace katarakty u pojištěnců VZP na cca 100 milionů korun.

Komplikace pro pacienty

Astigmatismus způsobuje přibližně u 10 % populace významné zhoršení zraku a výrazné subjektivní potíže. „Jednoduše řečeno, astigmatismus je nesteréomerné zakřivení rohovky, které způsobuje neostře, rozmazané a zkreslené vidění. Čtverec například vidí astigmatik jako obdélník nebo kosodélník. Stupeň astigmatismu se udává v dioptriích, stejně jako krátko- či dalekozrakost. Obvykle je vrozený, ale může vzniknout po úraze či neléčených očních zánětech

a různých očních onemocněních. V rámci operace šedého zákalu je potom implantace torické nitrooční čočky suverénně nejlepší metodou trvalého odstranění této vady,“ podotkl Martin Choleva z oční kliniky Lexum. „Pacienti s astigmatismem nejenže vidí rozostřené, ale mají omezené i periferní vidění a problémem může být i orientace v prostoru. Brýlemi totiž korigujeme zrak pouze v rozsahu jejich optické plochy. Astigmatismus

komplikuje ale život všeobecně, pacient je limitovaný při sportu i u běžné práce s počítačem nebo při sledování televize. Operační řešení astigmatismu a šedého zákalu prošlo skutečně obdivuhodným vývojem, nejnovější torickou čočku lze laicky nazvat 3 v 1, protože opravuje šedý zákal, krátko- nebo dalekozrakost i astigmatismus zároveň,“ doplnil přednosta Oční kliniky 1. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice ve Střešovicích Jiří Pašta.

Oftalmologové také upozornili, že rizikovým faktorem pro zrak je vedle věku nízká motivace k preventivním prohlídkám zraku. Jak uvedli, podle harmonogramu VZP není vyšetření zraku zařazeno mezi preventivní prohlídky pro žádnou věkovou kategorii. To může v situaci, kdy populace ČR stárne a hranice věku pro odchod do důchodu se neustále zvyšuje, přinášet značná rizika.

Petra Klusáková

Krátce k tématu se zástupcem přednosta Oftalmologické kliniky 3. LF UK a FNKV, primářem Pavlem Studeným

Jaký je předpokládaný ekonomický dopad požadavku na použití torických čoček u operace šedého zákalu v kombinaci s astigmatismem (nad 2 dioptrie) u 6–8 % české populace?

Přímé náklady pro plátce, tedy zdravotní pojišťovny, předpokládáme na 80 milionů korun ročně (rozdíl mezi speciální torickou a normální čočkou je přibližně 9700 korun). Na druhou stranu ale pacienti s torickou čočkou po operaci potřebují méně brýlí – kalkulovaná úspora u jednoho pacienta dosahuje 524 Kč za rok. Předpokládáme provedení maximálně 8700 operací ročně. Do nákladů nejsou započítány další případné úspory, a to jak ze strany zdravotní pojišťovny (předpokládá se menší úrazovost pacientů s korigovanou vadou), tak ze strany pacienta (doplatky na brýlová skla).

Kolik dnes pacient za operaci za použití torické čočky průměrně vydá?

Pacient má v současné době dvě možnosti. První je plná úhrada od zdravotní pojišťovny, ta však nepokrývá náklady na torickou nitrooční čočku a její doplatek není dle současného stavu legislativy možný.

Druhou možností je plná úhrada pacientem, kde se náklady na operaci a čočku pohybují v rozmezí 15 až 20 tisíc korun. Jedná se pak o smluvní cenu mezi poskytovatelem a pacientem.

V praxi na některých pracovištích probíhá ještě třetí varianta, kdy si pacient různou formou (sponzorský dar, platba za vyšetření...) hradí jen rozdíl mezi úhradou od zdravotní pojišťovny a cenou torické čočky. Tento způsob je ovšem právně sporný, vzhledem k tomu, že Ústavní soud zakázal praxi doplatků. V nemocnicích řízených ministerstvem je výslovně zakázan.

Znamená současný stav plné úhrady pokles provedených operací v poslední době?

Ne, počet operací je v posledních letech podobný. Pacient samozřejmě řeší primárně problém katarakty (šedého zákalu), který je mu odstraněn, nikoli problém astigmatismu. To, že by v případě astigmatismu mohl dostat pro něj vhodnější čočku, pacient často ani neví, respektive tuto informaci nedostane.

Na vzniku problému se částečně podílely i zdravotní pojišťovny, a to neustálým snižováním úhrady za operaci katarakty. V řadě zemí Evropy je úhrada „běžné“ katarakty ze zdravotního pojištění kalkulována tak, že umožňuje i použití speciálních, (například torických čoček dle stavu pacienta (Holandsko, UK, Španělsko, Itálie, Finsko, kde operace vyjde na 20–30 tisíc korun). V některých zemích je čočka hrazena pojišťovnou zvlášť (Německo, Slovensko). V ČR je úhrada za kataraktu v rozmezí 8–9 tisíc jednou z nejnižších v Evropě, cena čočky je navíc zahrnuta do této úhrady. (klu)

ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY

S českými nemocnicemi mohou obchodovat jen silné firmy

Obchodní ředitel pro ČR a SR společnosti Linet **Zdeněk Grimm** o nákupních trendech i platební morálce českých nemocnic a také o balancování mezi jednotlivými požadavky zákazníků a reálnou nabídkou zdravotnických prostředků.

Do kterých typů zařízení svá lůžka prodáváte?

Soustředíme se na pobytová zařízení, což zahrnuje všechna lůžková zdravotnická zařízení a zařízení sociální péče, tedy domovy pro seniory, hospice, domovy pro osoby se zdravotním postižením, Alzheimercentra a domovy se zvláštním režimem v ČR a SR. Zaměřujeme se na zákaznickou spokojenost, což je neustálý soubor mezi vůlí prodat naše lůžka a vůlí vyjít vstříc zákazníkovi, jehož potřeby musíme prosadit uvnitř firmy.

Komunikujete s vaší výrobou požadavky z praxe jednotlivých zařízení?

Ano, debatujeme o tom, co by zákazníci chtěli. Ale nejde jen o komunikaci mezi obchodem a výrobou. Máme vlastní vývojové centrum a klinické speciality. Prakticky neustále sbíráme a vyhodnocujeme požadavky a reakce našich zákazníků, sledujeme trendy v Evropě i v zámoří. Všechna tato data se promítají do vývoje nových lůžek a matrací. Na základě toho máme nastavené portfolio tak, aby uspokojilo potřeby co největšího počtu zákazníků, a všechny výrobky mají navíc různé variace.

Máme ale výrobu nastavenou na velké objemy – ročně vyrobíme 70 tisíc lůžek. Pokud chce české zařízení koupit sto postelí, je to pro nás sice velká zakázka, ale výrobu kvůli tomu přenastavit nemůžeme. Pokud neprodáme více než tisíc kusů, výrobu nelze příliš ohýbat. Pokud bychom vyráběli ve velmi malých a individualizovaných sériích, vznikl by problém se standardizací produktů a atesty.

Z jakého důvodu?

Když chceme nějaký prvek zahrnout do výroby, musí projít řadou mimořádně náročných zkoušek a zátěží. Pro elektrická zdravotnická lůžka jsou nastaveny velice přísné a jasně definované předpisy. Některé menší firmy si počkají na vyhlášení výběrového řízení a vyrobí lůžka na zakázku podle zadání. Nemí to samozřejmě pravidlo, každá spo-

lečnost má své základní portfolio, ale některé vyrábí narychlo řadu netestovaných variací. Velký problém pak u takových produktů vzniká také s ohledem na náhradní díly nebo dodržení podmínek servisu.

My jdeme cestou vysokého standardu, ze kterého nemůžeme a ani nechceme slevit. Nejenže naše portfolio splňuje přísné evropské i mezinárodní normy, ale často mají lůžka ještě vyšší bezpečnostní parametry. Stejně je to s kvalitou výroby, komponentů, materiálů. Pokud zařízení chce o 5 centimetrů užší postel, je to, když to mírně přeženu, jako chtít udělat z mercedesu velorex. V případě lůžek musíme čít třeba normy bezpečných mezer, a to nejen ve vztahu ke klientovi, ale i ošetřujícímu personálu – aby se sestra neskřípla nebo aby si pacient neporanil například loket.

Vyrábíte stejné postele pro celý svět, nebo zohledňujete požadavky různých fyziognomických typů pacientů?

Ano, různé trhy mají svá specifika. Například pro americký trh nevyrábíme jiné postele, ale často odtud přicházejí návrhy na změny, které poté implementujeme. Týká se to třeba lůžek bariatrické chirurgie. Pro dlouhé koridory v nemocnicích vzniklo motorizované lůžko s pohonem jednoho kolečka, kde jedním tlačítkem spustíte motor, kterým je lůžko poháněno. Sestře ubude zátěž těžkého stokilového lůžka se stokilovým pacientem.

Je český trh zdravotních lůžek naplněný, nebo jsou stále tisíce lůžek, která je třeba vyměnit?

Trh naplněný není. Zejména domovy pro seniory rostou jako houby po dešti, hlavně soukromá zařízení. Státních zařízení pro seniory tak dramaticky nepřibývá, ale jejich vybavení je někde ještě zastaralé. Stejně tak v nemocnicích. V ČR je okolo 65–70 tisíc lůžek, Linet ročně dodává přibližně 4 tisíce lůžek do nemocnic (a další 2 tisíce do domovů důchodců), přičemž životnost lůžka je 10–15 let. Hypoteticky za

10 let dostaneme do nemocnic 40 tisíc postelí a dalších 30 tisíc bude na výměnu čekat. Část trhu, samozřejmě saturuje konkurence. Věřím tomu, že tento koloběh poběží. Vedle postelí je ale třeba měnit také matrace, které jsou spotřebním materiálem. Ty by se měly měnit cirká každé 3 roky.

Existuje na výměnu matrací v nemocnicích nějaké obecné pravidlo?

Neexistuje. Záleží na nemocnici, zda na to najde prostředky. Ale svoji roli hrají specializace jednotlivých oddělení nemocnice. Tam, kde je člověk na posteli 8 hodin denně, to není takový problém. Pokud ale mluvíme o oddělení, kde pacient leží na lůžku 24 hodin, musí se zvažovat riziko vzniku proleženin. U našich výrobků je toto riziko odstupňováno, matrace mají různou tuhost, odolnost proti tlaku... Tohle vše ovlivňuje i jejich životnost.

Když pozorujete ochotu nemocnic lůžka a matrace měnit, jde o snahu zlepšit podmínky ležících pacientů, nebo mění vybavení ve chvíli, kdy je tzv. „na rozpadnutí“?

Mrzí mě, když si nemocnice kupuje skvělou postel a do ní koupí levnou matraci, která má malé antidekubitní vlastnosti. Za postel zaplatí i více než 30 tisíc korun a pak do ní koupí matraci za 2 tisíce. Velmi důležité jsou oba prvky, lůžko i matrace. Lůžko samozřejmě pomůže personálu, který s ním i s pacientem lépe manipuluje, ale klient leží především na matraci, která pro něj musí být pohodlná a bezpečná. Jedno bez druhého funguje špatně.

Je rozdíl, s jakou ochotou nakupují vybavení velké, přímo řízené fakultní nemocnice a menší, které spravuje kraj či obec?

Určitě rozhoduje jejich rozpočet. Každá nemocnice postupuje podle investičního plánu. Poslední dobou je tendence slučovat krajská zařízení a vypisovat velké tendry, kde díky velké zakázce

zřizovatelé očekávají větší slevy. Fakultní nemocnice s prostředky trochu bojují, ale také nakupují.

Jak bojujete s platební morálkou nemocnic? Kterých typů nemocnic se problémy týkají více?

Nemluvil bych o typech nemocnic, ale o rozdílném přístupu k průběhu celého obchodního případu ve zdravotnických zařízeních a zařízeních sociální péče. U státem zřízaných zařízení sociálních služeb v podstatě otázku platby faktur po splatnosti neřešíme. U nemocnic je to jiné, mají ze zákona stanoveno zaplatit do 30 dnů, a tak je to uvedeno i ve výběrovém řízení. Ale zvykem nemocnic je platit po splatnosti od několika týdnů až po několik měsíců. Je to velký problém, ale co s tím uděláte? Víte, že se to stane, a tak s tím už předem v nabídce počítáte. Peníze něco stojí. Pokud by nemocnice platily včas, měly by i lepší ceny.

Máte s těmito závazky po splatnosti problém?

Máme nastavená pravidla a postupy jak platby po splatnosti se zákazníkem řešit. Určitě nám tento „nákupní zlovyk“ ale nepomáhá. Dokážu si představit efektivnější využití času obchodníka než vymáhání závazků.

Zmínil jste, že zařízení sociální péče platí lépe. Vybírají si i jiné postele?

Ano i ne. V domovech pro seniory jsou lůžka v dřevěném dekoru, aby působila jako domácí vybavení, na druhou stranu si lůžko zachovává funkčnost zdravotnického prostředku – má velmi podobné funkce, jaké zná personál z nemocnic na zdravotnických lůžkách. Umí různé náklony včetně laterálního, nastavení do kardiackého křesla a spoustu dalšího. Jedním z pilířů financování seniorského zařízení je příspěvek na péči, proto je tam většina klientů s vysokou potřebou péče, tedy ležící. Zde by se rovněž při nákupu lůžek nemělo zapomínat na kvalitní matraci s vysokými antidekubitními účinky.



Foto: archiv Linet

Jak pasivní, tedy pěnové, tak aktivní, tedy vzduchové s kompresorem. Domovy důchodců nakupují, až když prostředky na lůžka mají. Když kupují vybavení s hodnotou nad 40 tisíc korun, mají schválenou investici, peníze mají na účtu, a teprve potom udělají byznys. Případně realizují drobné zakázky za ušetřené provozní peníze na konci roku. Nikdy ale neutrácejí peníze, které nemají, což některé nemocnice bohužel dělají.

Čekáte, že spolu se stárnutím populace se obchod se seniorskými zařízeními zvýší?

Ano. Dosud je oproti nemocnicím tento sektor v objemu menší, ale poroste. Spíše v soukromé sféře, kde už je ale ta platební morálka zase o něco horší než u státních zařízení. Některá soukromá zařízení nenakupují až ve chvíli, kdy mají prostředky na účtu, ale dříve – aby začala vydělávat. Těmto zákazníkům vycházíme vstříc formou splátkových kalendářů.

Také existuje řada poskytovatelů sociálních služeb, kteří poskytují sociální služby seniorům na válečcích. Jde o „hotely“ a „penziony“ se sociálními službami pod zástěrkou „hotelových služeb“. S těmito podnikateli příliš neobchodujeme, oni nás nepoptávají, protože chtějí mít levně vybavení a rychle inkasovat.

Poslední dobou zaznamenáváme změnu prostředí v sociálních službách. Začínají vznikat soukromá zařízení pro movitější seniory. Na český trh vstupují západní společnosti, které svá zařízení v ČR vybavují ve stejném standardu jako ve Francii nebo v Německu.

Motivací k nákupu nemá být cena, ale výsledek léčby

Prezident České asociace dodavatelů zdravotnických prostředků (CzechMed) **Miroslav Palát** hovoří o podpoře principů zdravotnictví založeného na hodnotě, kdy hlavním ukazatelem nemá být cena péče, ale její pozitivní efekt.

Čím se v současné době Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků zabývá?

Co se týká zdravotnických prostředků, tak i zdravotnictví jako celku, snažíme se podpořit diskusí zabývající se hodnotou poskytovaných zdravotnických služeb a výrobků. Jak se zdá, s tímto chápáním věci nejsme sami – *value-based healthcare* byla například tématem letošní mezinárodní konference ICHOM v Londýně. Dnes rozšířený způsob uvažování o zdravotnických výkonech a k nim potřebných materiálech se odehrává v rovině finanční – tedy za kolik nakoupíme tento objem služeb anebo materiálu. Což je z pohledu hospodáře zdánlivě správné, nicméně nám zde schází účel veškerého snažení, a tím je zlepšení zdravotního stavu pacienta. To se (chybně) rozumí jakoby samo sebou. Poměrně jednoduchá ekonomická poučka však říká, že to, co se měří, se děje, a to, co se platí, se děje opakovaně a spolehlivě.

Zjednodušeně řečeno, úhrada služeb, výkonů a materiálu se nemá odvíjet od toho, kolik jsme naplánovali výkonů či zřídili kapacit, ale od toho, co přináší měřitelný výsledek u kon-

krétního pacienta, případně velkých patientských skupin, které jsou stíženy rozšířenými a zejména chronickými nemocemi. Správné či nesprávné léčení právě těchto skupin představuje klíčový moment, od kterého se odvíjí i to, jak vysoké budou současné i budoucí výdaje ve zdravotnictví při stárnoucí populaci a expanzi chronických nemocí. Je to ale zatím úplně jiný pohled na zdravotnictví, než na jaký jsme zvyklí.

Státní ústav pro kontrolu léčiv před časem spustil registr zdravotnických prostředků. Je již plně funkční? V čem českému prostředí registr ZP prospěje?

Registr je funkční, mírnil bych přívlastek „plně“. Má svoje dětské nemoci, na kterých se postupně pracuje. Čím prospěje? Tím, že nahradí číselník VZP, kterému se také někdy říká „úhradový katalog“, který je z právního hlediska významně „na vodě“ a praxe zařazování výrobků do něj je opakovaně odbornou veřejností kritizována.

Zákon o zdravotnických prostředcích i jeho prováděcí před-

pisů již byly uvedeny v platnost. Zůstávají v problematice zdravotnických prostředků oblasti, které nefungují?

Nejsem si v tuto chvíli vědom nějakého zásadního zádrhelu.

V ČR se v poslední době objevují tendence regionálních nemocnic vypisovat na nákupy tendry s vidinou úspor při centrálních nákupech. Jak takový přístup ovlivňuje český trh se zdravotnickými prostředky?

Centrální nákupy u zdravotnických prostředků jsou asi tak

vhodným nástrojem racionálního nakupování jako zednické kladivo na opravu budíku. Pokud máte respektovat specifika různých pracovišť, potřeby jejich pacientů a složité souvislosti provozu, tak nekoupíte centrálně pomalu ani papír do tiskárny. Novela zákona o veřejných zakázkách, která je transpozicí směrnice Evropské unie o veřejných zakázkách z roku 2014, umožňuje přesnou specifikaci i různých souvislostí nakupovaného zboží a služeb. Zajímavý pohled do budoucna představoval workshop



Foto: archiv

organizovaný Americkou obchodní komorou a asociací CzechMed právě o aplikaci nového zákona o veřejných zakázkách. Výsledkem „cvičného nakupování“ bylo, že při využití flexibility zákona nakoupily různé pracovní týmy na workshopu určitě ne identicky, ale podobně. Lze také říct, že podobně dobře. (klu)

První český inkubátor putuje do Mongolska

Československá společnost TSE, která je jediným výrobcem novorozeneckých inkubátorů v České republice, darovala svůj přístroj do Mongolska. Zdravotnický prostředek zlepšil úroveň neonatologické péče v dětské nemocnici v Ulánbátaru.

Zařízení v hodnotě 150 tisíc korun odcestuje do Mongolska v srpnu. Předání je výsledkem dvouletého jednání mezi společností TSE, Česko-východoasijskou obchodní komorou a mongolskou vládou. Zdravotnictví v Mongolsku se od počátku 90. let dostává pozvolna na lepší úroveň. Přesto je zde zejména technické vybavení velmi zastaralé. Podle dětského fon-

du OSN UNICEF byla v roce 2015 v Mongolsku novorozenecká úmrtnost pětikrát vyšší než v ČR. Inkubátor bude umístěn v hlavním městě Ulánbátaru na neonatologickém oddělení dětské státní nemocnice Central Resort for Children, tamní lékaři očekávají výrazné zkvalitnění neonatologické péče o předčasně narozené děti a komplikované případy.

Inkubátor SI 610-1, který je čtvrtou, nejnovější generací českých novorozeneckých inkubátorů, začala společnost vyrábět v loňském roce. Jeho využití je široké – od standardní až po intenzivní péči. Kromě českých a evropských nemocnic pomáhají jihočeské inkubátory zachraňovat životy také v Latinské Americe, Africe, Rusku či na Blízkém východě. (red)

Inzerce M161000351



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

ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY

Ekonomické dopady inkontinence

Náklady na absorpční pomůcky v ČR šplhají na 2 miliardy korun ročně. Nikdo ale dosud nepočítal náklady na léčbu ani úsporu, jakou systém přináší kompenzovaní pacienti. Samovolným únikem moči trpí 6–8 % české populace, jde tedy celkem o přibližně milion osob.

Sociální versus ekonomické náklady

„Močová inkontinence je stresující a invalidizující stav zvyšující nemocnost ve společnosti. Nezávisle na věku je 15–30 procent žen ovlivněno močovou inkontinencí ve všech životních oblastech – osobní, pracovní, fyzické, sociální, psychické a v neposlední řadě také sexuální. Strádající ženy (kterých se problematika inkontinence moči týká častěji než mužů) se vzdávají mnohého ze svého běžného životního stylu a dochází tak ke zřejmému poškození jejich sociálních vazeb, partnerských a sexuálních vztahů, profesního zařazení a celkové spokojenosti,“ říká MUDr. Lukáš Horčíčka z Urogynekologické ambulance GONA, který je zároveň předsedou správní rady spolku Incoforum. Ten si klade za cíl především detabuizaci, odbornou mezioborovou spolupráci a edukaci odborníků i laické veřejnosti.

Drahá inkontinence

Přímé náklady inkontinence pro společnost začínají u diagnostiky inkontinentního pacienta (2000–5000 korun), největšími výdaji jsou náklady na absorpční pomůcky (vločky, kalhotky, podložky). Podle metodiky zdravotních pojišťoven je vydáno na poukaz 5400–20 400 Kč dle stupně inkontinence. U některých typů inkontinence lze užívat farmakoterapii, která vyjde na 3000–13 000 korun na rok léčby pacienta. Jednorázové operace TVT (beznapěťová poševní páska) a TOT (transobturační páska) jsou dnes s úhradou od zdravotní pojišťovny kalkulovány na 25 000 korun, nejlevnější variantou léčby pro zdravotní pojišťovny je rehabilitace, ta však závisí na vůli pacienta a u seniorů též na fyzických možnostech cvičky provádět.

„Umíme vypočítat přímé náklady – nákup vložek, kalhotek, podložek a případně mzdu ošetřovatelky, která o inkontinentního člověka pečuje. Co ale to ostatní – izolace ze společnosti, zaměst-

nání a rodiny? Není právě tohle tím nejdražším?“ ptá se Lukáš Horčíčka s tím, že celkové náklady na péči o inkontinentní osoby zatím nikdo nevyčíslil, což vnímá jako úkol pro lékaře, odborné společnosti i zájmové organizace. Jak MUDr. Horčíčka dále upozorňuje, už i zdánlivě banální problém, jakým je lehký únik moči, způsobuje nepřímé náklady navíc – pacientky se lékaři hned nesvěří, přestanou jezdit na výlety, chodit do společnosti, strání se rodiny, odmítají návštěvy, přestávají nosit nákupy, pracovat na zahradě, omezují sport i koníčky. Místo toho nakupují hygienické potřeby, častěji chodí v pracovní době na toaletu a jsou unavené, protože v noci několikrát vstanou k močení. K nepřímým nákladům lze řadit pracovní neschopnost, omezenou pracovní schopnost (kdy pacientka s hyperaktivním měchýřem nemůže za neustálého odbíhání na toaletu na některých postech vůbec pracovat). U inkontinentních pacientů v domovech důchodců nebo zařízeních ná-

sledné péče je daleko větší nárok na ošetrovatelskou péči. V otázce ekonomických dopadů zdůraznil MUDr. Horčíčka také následnou péči, kde náklady zatím nejsme schopni spočítat. „Léčba je nutná, nejen kvůli vysokým nákladům, ale i pro zamezení sociální odloučenosti těchto pacientů,“ zdůrazňuje urogynekolog.

Kolik stojí neléčený pacient?

Diagnostika inkontinence je u 60–80 % případů velmi jednoduchá a spočívá pouze v základním lékařském vyšetření: odběru anamnézy, fyzikálním, laboratorním a ultrazvukovým vyšetření, která je ve většině případů schopna zajistit praktický lékař. Pouze 20–40 % případů inkontinence si vyžádá specializované urologické vyšetření.

Jenže počet pacientů, jejichž stav by již léčbu vyžadoval, ale raději používají kompenzační pomůcky, tvoří podle MUDr. Horčíčky až 70 % inkontinentních pacientů. Podle některých studií trvá té-

měř 3 roky, než se pacient k inkontinenci přizná v ordinaci. Po tu dobu používá inkontinenční pomůcky bez úhrady pojišťovny. Odborníci jsou přesvědčeni, že pokud by léčbou obsáhli většinu těchto nepřiznaných pacientů, ušetřili by prostředky systému, který jen u výdajů na pomůcky vydá z veřejného zdravotního pojištění tolik jako například na radioonkologickou léčbu.

„Úhrady od pojišťoven se zlepšují. Stále ale zůstává vysoký podíl těch, kteří zůstanou na inkontinenčních pomůčkách. Bud proto, že se ani svému lékaři nepřiznají, nebo nejsou v péči urologa či gynekologa a agresivnější forma léčby jim nebyla nabídnuta,“ dodal přednosta Urologické kliniky 1. LF UK a VFN a prezident Incofora prof. Tomáš Hanuš. Připomněl také problematiku operací karcinomu prostaty, kdy po úspěšné operaci zhoubného nádoru zůstává část mužů inkontinentní. „Abychom situaci posunuli, potřebovali bychom aplikovat 4krát více umělých svěračů, což znamená náklady 250 tisíc na jednoho pacienta. V této oblasti pocítujeme nedostatek,“ uzavřel prof. Hanuš.

(klu)

Kompresní systémy **Lympha Press**

Přístroje a aplikátory Lympha Press jsou profesionální systémy pracující na principu kompresivní terapie a jsou určeny zejména pro zdravotnická zařízení a odborná rehabilitační pracoviště. Jsou určeny lékařům, profesionálům v oblasti zdravotnictví, fyzioterapeutům, lymfoterapeutům (Lympha Press Optimal a Lympha Press Mini).

Součástí nabídky jsou také kvalitní varianty přístrojů určené pacientům na domácí péči (Lympha Press PCD). Tyto systémy vyrábí přední světový výrobce zdravotnické techniky společnost Mego Afek, která se na presoterapii specializuje již téměř 50 let. Přístroje Lympha Press mají evropskou zdravotní certifikaci CE (číslo 0344) a jsou přihlášeny v ČR do Registru zdravotnických prostředků SÚKL pod číslem 00103632. Používají je přední světoví odborníci, například v Německu Dr. med. Franz-Josef Schingale na klinice Lympho-Opt nebo v ČR Institut klinické a experimentální medicíny a přední lymfologické pracoviště Centrum

preventivní medicíny MUDr. René Vlasáka. Přístroje Lympha Press dokáží velmi realisticky napodobit klasickou manuální lymfodrenáž i rekondiční masáž. Uplatňují se zejména v oborech lymfologie, angiologie, flebologie, dermatologie a léčebné rehabilitace. Unikátní je patentovaný program Pre-therapy, který pomáhá před samotnou terapií uvolňovat lymfatické uzliny v tříselech (nohavice) a v podpaží (bunda). Programové vybavení umožňuje provozovat přístroje v režimu GRADIENT (graduovaný snižující se tlak), kdy zvolený tlak v komorách návleku kontrolovaně klesá od periferie k centru, anebo WAVE (vlna), kdy přístroje plní la-

kem vždy pouze tři komory najednou a vlna opakovaně postupuje od distálních k proximálním částem končetin. Produktové řada Lympha Press nabízí přístroje několika kategorií rozdělených podle účelu a indikace, všechny mají nastavitelný tlak podle druhu terapie. K těmto přístrojům jsou variabilně použitelné čtyři- až čtyřicetikomorové návleky. Nejpopulárnějším aplikátorem jsou čtyřiadvacetikomorové kalhoty Lympha Pants na obě dolní končetiny a abdominální oblast se zaměřením na tříselné uzliny. Kalhoty jsou v jednom kuse, mají možnost nastavení tří velikostí a zapínání robustními zipy s možností rozšíření pomo-



ci rozšiřovacích pásů. Tím je docíleno, že lymfa je stimulována stále stejným tlakem bez poklesu v mezikomorovém prostoru a terapie probíhá bez jakéhokoli přerušování od nártů přes dolní končetiny, třísla až po břišní oblasti. Na stejném principu jako kalhoty je konstruována bunda Lympha Jacket určená na horní polovinu těla, tedy trup a paže. Bunda má také 24 překrývajících se komor a uvolňuje lymfatické uzliny v podpaží (axily). Pro nadstandardní velikosti postavy je určen tzv. lymfodrenážní pytel Lympha

Pod, který má 40 komor a výrobce uvádí, že je určen pro pacienty nad 130 kg. Další kompresní návleky bývají používány pro lokální terapie nebo podle jednotlivých indikací.

Veškeré informace o přístrojích a aplikátorech naleznete na webových stránkách: www.lympho-press.cz

Výhradním distributorem v České republice je firma Beauty Systems, s. r. o., která nabízí i možnost předvedení všech těchto přístrojů i na vašem pracovišti.

BYZNYS • POLITIKA

MILIARDÁŘI • LIGHT

BLOGY • TV

euro•**CZ**

Nejlepší adresa pro byznys

ZE SPOLEČNOSTI

Udělili jsme cenu za práci v oboru adiktologie

Redakce časopisu Zdravotnictví a medicína uděluje každoročně zvláštní ocenění studentovi/studentce za práci prezentovanou v rámci Studentské vědecké konference 1. LF UK. Letošní cenu získala Mgr. Eva Rubášová.

Oceněná postgraduální studentka prezentovala v rámci konference pilotní studii „Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice“. Jejím školitelem byl prof. PhDr. Michal Miovský Ph.D., z Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Mgr. Rubášová obdržela roční předplatné časopisu Zdravotnictví a medicína, odborné

publikace z vydavatelství Mladá fronta, a. s., a věcný dar.

V rámci letošní 17. studentské konference soutěžilo 60 studentů, a to v kategorii pregraduální i postgraduální, v sekci teoretické, klinické a nelékařské. Celkem bylo uděleno jedenáct ocenění a dvě mimořádné ceny. Vítězům blahopřejeme a všem zúčastněným přejeme mnoho úspěchů v dalším vědeckém úsilí.



Děkan 1. LF Aleksí Šedo a Andrea Skálová ze ZaM | Foto: 1. LF UK

Zemřel prof. MUDr. Karel Benda, DrSc.

24. května 2016 zemřel zakladatel a dlouholetý přednosta Radiologické kliniky FN Brno prof. MUDr. Karel Benda, DrSc., který byl rovněž emeritním profesorem Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Přes 30 let se věnoval problematice lymfologie a intervenční urologie, zřídil a vedl poradny pro lymfedém ve fakultních nemocnicích v Olomouci a Brně.

Prof. Benda byl renomovaným propagátorem moderních postupů v komplexní léčbě nemocných lymfedémem, autor řady odborných publikací u nás i v zahraničí a dlouholetým odborným garantem vzdělávacích kurzů lékařů a dalších zdravotníků v lymfologii, akreditovaným národním vzdělávacím centrem v Brně. Prof. Benda byl členem Evropské lymfologické společnosti a členem výboru České lymfologické společnosti ČLS JEP. Za přínos k moderní kon-



cepce komplexní péče o nemocné lymfedémem získal řadu ocenění. Profesor Benda byl průkopníkem intervenční radiologie a především v oblasti uroradiologie patří k zakladatelům nejen české, ale i evropské školy. V Československu zavedl do klinické praxe řadu technik v čele s perkutánní nefrostomií. Profesor Benda byl ale především skvělý učitel, kamarád a společník a všem nám bude moc chybět.

prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA

Návštěva „šikmého kostela“ i zábava s kapelou

Výměna zkušeností s prevencí i léčbou rakoviny v různých státech a především relaxace a odreagování od starostí byla v Karviné na programu pro onkologické pacientky.

9. června se tu setkala 90 žen s onkologickou diagnózou z Česka, Polska a Slovenska. „Společné akce s pacientky ze zahraničí přispívají k větší infor-

movanosti o způsobu léčby, sociálních aspektech, prevenci. Působí na lidi pozitivně a příjemně, a co je nejdůležitější, podporují dobrou psychickou

pohodu i relaxaci.“ popsala ředitelka pořadatelské obecně prospěšné společnosti ONKO pomoc Karviná Blažena Monczková. Dámy měly na programu mimo jiné prohlídku kostela sv. Petra z Alkantary známého jako „šikmý kostel“, který v důsledku dobývání uhlí poklesl o 37 metrů. Následovala exkurze v karvinském zámku, procházka lázeňským parkem a po společném obědě program připravený karvinskými talentovanými dětmi a volná zábava s kapelou. Všichni se bavili, program se líbil účastníkům bez rozdílu národností a generací. Akce mohla proběhnout díky finanční pomoci Nadace ČEZ, společnosti Gascontrol a města Karviná.



Foto: ONKO pomoc Karviná

Profesorka Nevšimalová laureátkou Ceny J. E. Purkyně

Cenu J. E. Purkyně pro rok 2016 obdržela dětská neuroložka prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc., z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice.

„Profesorka Nevšimalová je největší žijící osobností české spánkové medicíny a současně nejvýznamnější osobností české dětské neurologie.“ uvedl předseda ČLS JEP prof. Štěpán Svačina při předání ceny. (red)



Prof. Nevšimalová na slavnostním ceremoniálu ve společnosti svých synů | Foto: Vladimír Brada

Slavnostní křest „Akutní kardiologie“

Kniha „Akutní kardiologie“ autor- ského kolektivu pod vedením Jiřího Kettnera a Josefa Kautznera byla pokřtěna 15. května 2016 v rámci XXIV. výročního sjezdu České kar-

diologické společnosti v Brně. Kniha vyšla v edici Postgraduální medicíny a kmotry byli prof. MUDr. Vladimír Staněk, CSc., a prof. MUDr. Jiří Vojáček, DrSc. (red)



Zleva šéfredaktorka edice Postgraduální medicíny MUDr. Michaela Lizlerová, prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., prof. MUDr. Vladimír Staněk, CSc., a doc. MUDr. Jiří Kettner, CSc. | Foto: archiv

Pokřtěny „Novinky v kardiologii 2016“

Slavnostní křest nového knižního titulu edice Postgraduální medicíny „Novinky v kardiologii 2016“ autorů Miloše Táborského et al. proběhl 16.

května během XXIV. výročního sjezdu České kardiologické společnosti v Brně. Kmotrem byl prof. MUDr. Michael Aschermann, DrSc. (red)



Zleva prof. MUDr. Michael Aschermann, DrSc., ředitel Medical Services Karel Novotný a prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA | Foto: archiv

Život v kufříku

Zhruba 500 dětí ročně míří z porodnice do pěstounské péče či dětských center. Téměř vždy jsou informace spojené s jejich příchodem na svět zcela zapomenuty.

Právě toto chce napravit Nadační fond La Vida Loca svým celorepublikovým projektem Život v kufříku. „V kufříku budou mít děti řadu věcí, jako je například památníček s první fotografií, otisky ručiček a také osobním přáním do života od sestřiček,“ řekla Martina Wojtylová Opava z Nadačního fondu La Vida Loca.

V kufříku děti mají kromě památníku s fotografií a údaji o porodu také aktuální výtisk novin ze dne narození, fotografii porodnice a lékařského týmu, který jim pomohl na svět. „Nadační fond La Vida Loca spolupracuje také s domovy s pečovatelskou službou po celé České republice, jejichž výrobky jako pletené čepičky ne-

bo botičky jsou v kufříku také. Nechybí ani první hračka, kojenecká láhev a dudlík,“ říká Martina Wojtylová Opava. Koncem května se do projektu slavnostně zapojilo i novorozenecké oddělení Thomayerovy nemocnice. Záštitu nad ním převzal poslanec parlamentu ČR Martin Plíšek. (red)

Pozvánka do informačního stánku Incofora

Právě v těchto dnech, od 20. do 24. června, probíhá Světový týden inkontinence. Spolek Incoforum v tomto termínu připravil v jednom z pražských obchodních domů infostánek věnující se inkontinenci moči.

Infostánek zájemci najdou v přízemí Obchodního centra Nový Smíchov v Praze 5. Velmi úspěšná akce se tu koná již počtvrté. Iniciátoři nejen podávají odborné in-

formace o inkontinenci, ale také jednoduchými dotazníky mapují počet neléčených inkontinentních pacientů a trendy a zvyklosti při používání inkontinenčních

pomůcek. Na dotazy návštěvníků odpovídají sestry z urologických a urogynekologických pracovišť, v nichž také případně doporučí vyšetření. (red)

Zemřel přední český anatom Radomír Čihák

Ve věku 88 let zemřel 10. června jeden z nejvýznamnějších představitelů české anatomie a autor nejpoužívanější učebnice anatomie v zemi prof. MUDr. Radomír Čihák, DrSc. Vědec, lékař a pedagog celý život působil v Anatomickém ústavu 1. LF UK.

Zapojil se do výzkumu kosterních pozůstatků Karla IV. a ještě letos se zúčastnil oslav 700. výročí narození tohoto českého krále a římského císaře.

Rektor UK a bývalý děkan 1. lékařské fakulty prof. Tomáš Zima si profesora Čiháka pamatuje ještě jako student medicíny. „Zkoušel mě z anatomie tak, že zatřepal v sáčku se zápěstními kůstkami, jednu z nich vytáhl a já ji musel poznat,“ vzpomínal rektor, který později zažil profesora Čiháka na fakultě jako respektovaného pe-



dagoga a odborníka. „Velmi jsem si ho vážil pro jeho lidské vlastnosti i odborné znalosti ve srovnávací a vývojové anatomii,“ dodal profesor Zima. Radomír Čihák byl podle něj významnou osobností lékařské fakulty i celé univerzity. Prof. Čihák svými poznatky mimo jiné posunul možnosti operací svalů ruky a dalších orgánů a přispěl ke správnému chápání hybnosti páteře. Byl dlouholetým přednostou Anatomického ústavu, později se stal emeritním profesorem. (red, ČTK)

ZE SPOLEČNOSTI

„Potravinová alergie a intolerance“ pokřtěna

Křest monografie Martina Fuchse et al. „Potravinová alergie a intolerance“ se uskutečnil v rámci odborného zasedání Světový den astmatu 2016, které se konalo

5. května v Národním domě Na Vinohradech. Kniha vyšla v edici Postgraduální medicíny a kmotrem byl prof. MUDr. Václav Špičák, CSc. (red)



Zleva MUDr. Martin Fuchs a prof. MUDr. Václav Špičák, CSc. | Foto: archiv

„Dětská nefrologie“ získala prestižní ocenění



Cena České nefrologické společnosti za nejlepší nefrologickou monografii v roce 2015 byla udělena knize „Dětská nefrologie“ autorského kolektivu pod vedením Tomáše Seemanna a Jana Jandy. Nefrologická publikace, která se v tomto rozsahu v českém prostředí objevuje po více než čtvrt století, vyšla v edici Postgraduální medicíny. (red)

Křest „Klinické pankreatologie“

V rámci XVII. pankreatologického dne, konaného 3. června v Brně, proběhl slavnostní křest publikace „Klinická pankreatologie“

autorů MUDr. Jana Trna, Ph.D., a prof. MUDr. Zdeňka Kaly, CSc. Úlohy kmotra se ujal prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc. (red)



Zleva MUDr. Jan Trna, Ph.D., a prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc. | Foto: archiv



**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 • zájem 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



NOVÉ KNIHY

Jiří Kettner, Josef Kautzner et al. Akutní kardiologie



Rozsah:
560 stran
Cena: 820 Kč
ISBN: 978-80-
-204-3867-6
Vydavatel: Mladá
fronta,

edice Postgraduální medicíny

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 kardiiovaskulárních nemocí. Kniha přináší rychlou orientaci v diagnostice a léčbě nejčastějších kardiiovaskulárních 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 kardiiovaskulárním problémem, přehled nejpoužívanějších léků a přehled současných evropských doporučení pro jednotlivé nemoci.

Tomáš Hanuš, Petr Macek a kolektiv Urologie pro mediky

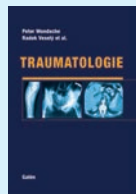


Rozsah:
306 stran
Cena: 360 Kč
ISBN: 978-80-
-246-3008-3
Vydavatel:
Karolinum

Učebnice je členěna do 24 kapitol, jejichž osnovu zpravidla tvoří epidemiologie, diagnostika a terapie jednotlivých nozologických jednotek. Obsahuje problematiku dětské urologie se zaměřením zejména na kongenitální vady urogenitální soustavy. Samostatné kapitoly jsou věnovány traumatům, zánětům, urolitiázě, inkontinenci moče, benigní hyperplazii prostaty. Dále se v textu probírají zhoubná nádorová onemocnění nadledvin, ledvin, močového měchýře, prostaty,

varlat a penisu, jsou zde kapitoly z andrologie a kapitoly popisující operační postupy včetně endoskopie, laparoskopie, extrakorporální litotrypse aj.

Peter Wendsche, Radek Veselý a kolektiv Traumatologie



Rozsah:
344 stran
Cena: 1200 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-211-4
Vydavatel:
Galén

Do postgraduální učebnice úrazové chirurgie pro každodenní klinickou praxi i pro přípravu k atestacím v traumatologii a příbuzných oborech přispěli autoři z domácích pracovišť úrazové chirurgie. Pořadatelé ji navíc obohatili o vlastní zkušenosti z brněnské Úrazové nemocnice, která má dlouholetou tradici v léčbě izolovaných poranění skeletu i komplexních úrazů s dutinovými poraněními.

Petr Sucharda, Lukáš Zlatohlávek Základy klinické medicíny



Rozsah: 106 stran
Cena: 160 Kč
ISBN: 978-80-
-246-3091-5
Vydavatel:
Karolinum

Příručka kromě principů diagnostiky a léčby osvětluje také fungování zdravotnického systému a způsob jeho vyrovnávání se s požadavky moderní informační společnosti.

Miroslav Hirt a kolektiv Soudní lékařství, 1. díl



Rozsah:
272 stran
Cena: 599 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5680-6
Vydavatel:
Grada

První díl souhrnu aktuálních informací z oblasti medicínských forenzních věd obsahuje 18 kapitol, od historie soudního lékařství přes oborové právní předpisy a kapitoly o smrti (okolnosti, posmrtné změny, určování doby smrti, identifikace...) až po kapitoly věnované

různým typům poranění s následkem smrti.

Lidmila Hamplová a kolektiv Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena



Rozsah:
263 stran
Cena: 169 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-934-1
Vydavatel:
Triton

Učebnice pro bakalářské studium a všechny typy zdravotnických škol je doplněna obrazovou dokumentací a výkladem nejčastěji užívaných pojmů z oborové terminologie.

Lenka Špirudová Doprovázení v ošetrovatelství I



Rozsah:
144 stran
Cena: 269 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5710-0
Vydavatel:
Grada

Podstatu publikace tvoří klíčové dovednosti, metody a techniky, jejichž smyslem je zlepšení a efektivita doprovázení pacienta sestrou, podpora nemocného, rozvoj a ochrana jedince při poskytování aktivní ošetrovatelské péče.

Lenka Špirudová Doprovázení v ošetrovatelství II



Rozsah:
144 stran
Cena: 269 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5711-7
Vydavatel:
Grada

Řešení interpersonálních problémů sester, metadoprovázení (doprovázení sestry sestrou), mentoring klinické ošetrovatelské praxe, adaptační proces, profesní supervize, koučování a mediace přinášejí do ošetrovatelství další možnosti práce s personálem i klienty.

Miloš Velemínský ml. Medicínské a salutogenní přístupy



Rozsah:
160 stran
Cena: 229 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-952-5
Vydavatel:
Triton

Monografie přináší výsledky studie zaměřené na propojení medicínského a salutogenního přístupu v prenatální a postnatální péči o těhotné ženy a novorozence. Autoři posuzovali vaginální porody jako fyziologické a císařským řezem jako porody s intervencí; ženy s vaginálními porody měly statisticky významně nižší počet intervenčních zásahů. Při hodnocení medicínských a salutogenních přístupů k imigrantkám z Vietnamu, Ukrajiny a Mongolska bylo ve studii zjištěno, že perinatální úmrtnost u imigrantek v českých zemích je velmi nízká, několikrát nižší než v rodné zemi. Při řešení problémů v salutogenních přístupech je nutné brát na zřetel také tradice, které si ženy přinesly z domova.

Elisabeth Küblerová-Rossová O smrti a umírání



Rozsah:
320 stran
Cena: 449 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0911-9
Vydavatel:
Portál

Jde o jednu z nejslavnějších psychologických studií konce 20. století, již bylo odtabuizováno téma smrti. Autorka v ní poprvé představila svůj pětistupňový model vyrovnávání se smrtí (a později jakoukoli tragickou životní událostí), který zahrnuje popírání, zlost, smlouvání, depresi a akceptaci. Na příkladu rozhovorů autorka ukazuje, jak zážitek blízcí se smrti ovlivňuje pacienta, profesionály, kteří s ním pracují, i jeho rodinu, přičemž všem se snaží přinést naději, smíření a klid myslí.

Gabriela Vörösová, Andrea Solgajová, Alexandra Archalousová Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry

Rozsah: 208 stran
Cena: 289 Kč
ISBN: 978-80-247-5538-0
Vydavatel: Grada



S a m o s t a t n á činnost sestry zahrnuje diagnostiku ošetrovatelských problémů v oblasti potřeb pacienta a erudované používání ošetrovatelské terminologie a diagnostických pojmů.

Alena Plháková Učebnice obecné psychologie



Rozsah:
472 stran
Cena: 240 Kč
ISBN: 978-80-
-200-1499-3
Vydavatel:
Academia

Učebnice předkládá výklad pojmů, teorií a metod nejzákladnějšího psychologického oboru. Vedle tradičních témat obecné psychologie, tedy především poznávacích, motivačních a emocionálních procesů, publikace obsahuje poměrně rozsáhlé kapitoly o vědomí a imaginaci, které se v podobných anglicky psaných učebnicích zpravidla neobjevují.

Václav Smrčka, Vlasta Mádllová Válečný chirurg



Rozsah:
602 stran
Cena: 440 Kč
ISBN: 978-80-
-246-2220-0
Vydavatel:
Karolinum

Autoři seznamují s profesními začátky Františka Buriana, zakladatele poúrazové plastické chirurgie. František Burian prožil balkánské války v letech 1912–1913 jako dobrovolník v srbském Bělehradu a bulharské Sofii, kde léčil vojáky z válečných poranění. Po vstupu do první světové války působil v uherském Temešváru, kde vedl chirurgické oddělení ve vojenské nemocnici. Během obou válek byl kontaktu se svou rodinou prostřednictvím dopisů, proto významnou část textu tvoří korespondence s manželkou. Z dopisů se mimo osobních sdělení dozvídáme o konkrétních zraněních vojáků a léčebných postupech, ale také o morálních dilematech lékaře uprostřed války a vzniku nového lékařského oboru – rekonstrukční plastické chirurgie.

Sestra

www.sestra.cz

odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



16 / Rozhovor

Zdravotnické profese je třeba zatraktivnit



22 / Hospitalizovaný pacient

Změny v prožívání pacienta v průběhu odborného výkonu



26 / Bezpečnost práce

Ochrana zdraví při práci s lasery

Zdravotnické profese je třeba zatraktivnit

O nelékařských zdravotnických povoláních a o chystané legislativní úpravě hovoříme s ředitelkou odboru ošetrovatelství a nelékařských povolání MZ ČR a hlavní sestrou České republiky **Mgr. Alicí Strnadovou, MBA**.

Jedním z vašich úkolů ve funkci nové hlavní sestry bylo dotáhnout do úspěšného konce změny ve vzdělávání sester. Mohla byste nám říct, jaká je aktuální situace v této oblasti?

Před rokem, když jsem nastoupila na pozici hlavní sestry a ředitelky odboru ošetrovatelství a nelékařských povolání po své předchůdkyni, byl již připraven návrh nového zákona, který měl nahradit dosavadní zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon, který navrhoval změny v kvalifikačním a dalším celoživotním profesním vzdělávání a dále ve výkonu nelékařských zdravotnických pracovníků, se v květnu 2015 rozeslal do vnitřního připomínkového řízení, ke kterému ministerstvo obdrželo velké množství připomínek (přes tisíc). Vzhledem ke skutečnosti, že tyto změny nebyly všemi dotčenými subjekty vnímány pozitivně a nebylo dosaženo většinové shody, která by zajistila hladší průběh dalšího legislativního procesu a schvalování zákona, rozhodlo ministerstvo, vzhledem k akutní potřebě stabilizovat personální situaci ve zdravotnictví, provést prozatím dílčí nove-

lu zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, jejímž cílem je zkvalitnění stávajícího systému vzdělávání zdravotnických asistentů, všeobecných sester a dětských sester. Změna ve vzdělávání je dílčí změnou, která by alespoň v počátku napomohla k naplnění trhu práce absolventy tím, že se vzdělávání zkrátí a vymezí se jasně rozsah činností, které bude daný zdravotnický pracovník vykonávat samostatně. V současné době je návrh novely zákona, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., v legislativní radě vlády před schválením vládou.

Některá zdravotnická zařízení si stěžují na nedostatek sester. Jaké jsou podle vás příčiny? Příčin je samozřejmě mnoho a nelze je zestručnit. Je nutné zabývat se demografickými hledisky, finančními a pracovními podmínkami či přetížeností, neboť počty ošetrovatelského personálu ve službách klesají. Všeobecné sestry nemají k ruce pomocný zdravotnický personál, který by zajistil tu nejzákladnější ošetrovatelskou péči. Přesčasové hodiny, nedodržování zákoníku práce... Samozřejmě velkou roli hraje nedostatečné finanční ohodnocení zdravotnických

pracovníků. Vykonávat zdravotnické povolání je velice náročné a namáhavé. Znamená to náročné pracovní podmínky – nepřetržitý provoz s nerovnoměrně rozvrženou pracovní dobou, služby o víkendech a svátcích, daleko větší fyzickou, psychickou zátěž s větší odpovědností než u jiných profesí a další rizika, jako je například možnost infekce.

Jak bude ministerstvo zdravotnictví nedostatek sester řešit? Dá se očekávat, že budeme chybějící ošetrovatelský personál doplňovat ze zahraničí?

Je nutné zatraktivnit zdravotnické profese. Jak už jsem zmiňovala, vykonávat zdravotnické povolání je náročné, tak by alespoň finančně mělo být atraktivní. Ministerstvo zdravotnictví usiluje o vyšší platové ohodnocení zdravotnických pracovníků, které by nalákalo nové pracovníky a motivovalo ty stávající zůstat ve zdravotnictví nebo se do něj vrátit. Taktéž je nutné zkvalitnit stávající systém vzdělávání zdravotnických pracovníků. Návrh novely zákona o nelékařských zdravotnických povoláních je nyní posuzován legislativní radou vlády. Věřím, že bude ve vládě velmi rychle projednán a že se dostane do konce červ-



Foto: archiv

na do poslanecké sněmovny. Plánovaná změna vzdělávání, která má rychleji přivést zdravotnické pracovníky, absolventy do praxe, bude mít efekt, ale první uchazeči o studium se začnou vzdělávat od září 2017. Dalším možným řešením je cílený nábor všeobecných sester z ciziny a jejich příprava na výkon povolání všeobecná sestra v České republice.

Spolupracujete s ministerstvem školství na tom, aby se zvýšila úroveň výuky a absolventů středních zdravotnických škol? A jak zvýšit počet těchto absolventů?

Ano, s ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy jsem v úzkém kontaktu, především s kolegy z odboru středního a vyššího odborného vzdělávání. Ale zmínila bych, že jednáme i se zástupci Asociace středních a vyšších zdravotnických škol. Domnívám se, že spoluprací se všemi dotčenými subjekty, kterých se

bude změna týkat, můžeme dosáhnout očekávaných pozitivních změn. Také bych zmínila, že v rámci dalších legislativních a nelegislativních prací, které nás čekají v souvislosti s návrhem novely zákona č. 96/2004 Sb., aktuálně připravujeme metodický pokyn pro ředitele vyšších zdravotnických škol, pravidla pro přijímání žáků do vyšších ročníků, dále jsme domluveni a budeme upravovat rámcový vzdělávací program oboru praktická sestra tak, aby se zvýšila úroveň výuky a zlepšila se připravenost absolventů pro praxi. Ohledně zvýšení počtu absolventů, který by byl jistě žádoucí, musím odkázat na svoji předchozí odpověď ve věci nedostatku sester. Je třeba se zabývat příčinami, proč sestry odcházejí pracovat mimo obor, jaká je prestiž povolání sestry, společenským ohodnocením, pracovními a finančními podmínkami, abychom obor zatraktivnili i pro možné zájemce o studium.

Markéta Milkšová

Všechny sestry nemusejí mít vysokou školu

Je nutné, aby všechny kvalifikované všeobecné sestry měly vysokoškolské vzdělání? Já myslím, že všechny opravdu NE. Zatím mne nikdo nepřesvědčil o opaku a myslím, že ani nepřesvědčí.

Dnešní systém zná tři typy všeobecných sester. Sestry, které studovaly ve starém systému na středních zdravotnických školách, sestry, které z jakékoli střední školy, včetně zdravotnické, pokračují na VOŠ, a ty, jež pokračují po střední škole na VŠ. Všechny takto odborně způsobilé všeobecné sestry mají stejné kompetence a jsou stejně finančně ohodnoceny. Samotné sestry se pozastávají nad tím, proč tomu tak je. Proč vlast-

ně studují a v konečném důsledku nejsou profesně ani finančně rozlišené od ostatních? Odpověď je jednoduchá – všechny tři typy sester mají stejnou odbornou způsobilost (všeobecná sestra) a dle vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků jsou kompetentní vykonávat naprosto stejné činnosti.



Dana Krásová, Ústřední vojenská nemocnice Praha

Zřejmě by musela nastat opravdu revoluce ve vzdělávacím systému, aby se veškeré činnosti, od základní ošetrovatelské péče až po tu vysoce odbornou, přehodnotily, přerozdělily a pověřily se jimi jen ty sestry, které k nim získají odbornou způsobilost na různých stupních škol. Ovšem přerozdělení kompetencí

není z důvodu ošetrovatelského procesu tak jednoduché, jak si mnozí myslí. Sestra je za tento proces plně zodpovědná, a je tedy také zodpovědná za to, co se ve smyslu komplexní ošetrovatelské péče bude dál s pacientem dít. Chystaná novela zákona č. 96/2004 Sb. se však pouze snaží vyřešit nynější akutní nedostatek všeobecných sester dalšími možnostmi, kdy absolvent SZŠ, tedy zdravotnický asistent, později praktická sestra, bude mít mož-

nost za daných podmínek získat odbornou způsobilost všeobecné sestry ve zkrácené podobě na VOŠ. Zákon i normy EU toto umožňují. Nicméně revoluce to určitě nebude.

Realita nemocničního oddělení

Jediná skupina sester, která je pověřena vysoce specializovanou činností a je také dle svého specializačního vzdělání ohodnocena a rozlišena co do kompetencí,

jsou sestry-specialistky. Myslím, že toto specializační vzdělávání po nějaké době praxe u lůžka má opravdu smysl a je pro systém přínosem. Samozřejmě tu máme sestry ve vedoucích funkcích, sestry ve výzkumu a vzdělávání, pro které je jistě vysokoškolské vzdělání oprávněné a má smysl. Jinak je samozřejmě kvalitní vzdělání pro kvalitní sestru nutností. Jen bych kladla důraz na jiné priority, než na které se dnes klade.

Teoretická příprava je samozřejmě velice důležitá, ale z mého pohledu je možná ještě důležitější příprava praktická a neméně důležitý je adaptační proces u absolventů. Tam máme velké rezervy. Praxe je ve většině případů neřízená a studenti jsou hozeni do provozů naposas sestram-školicím, které jsou zaneprázdněny péčí o pacienty. Natož aby se ještě plnohodnotně mohly věnovat studentům. Ti jsou pak mnohdy rádi alespoň za razítko v indexu. Adaptační proces je zásadní proces, kdy se absolvent rozhoduje, zda v systému zůstane, nebo ne. Je-li hozen do vody bez záchraného kruhu sestry-školicelky, která se mu intenzivně pevně stanovenou dobu věnuje, většinou znechucen a vystresován naše pracoviště opouští dříve, než se s provozem stačí kvalitně a řádně seznámit.

Dnešní realita praxe je mnohdy až děsivá. Zdravotničtí asistenti suplují práci všeobecných sester, sestry bakalářky jsou přijímány na pozice zdravotnického asistenta (je to péče levnější), ale přitom vykonávají všechny sesterské činnosti. Sestrám bakalářkám je jejich vzdělání některými zaměstnavateli uznáno za podmínku, že je volné systemizované místo, takže se může stát, že na jednom pracovišti pracuje více bakalářek, ale příslušnou platovou třídu má jen jedna. I toto je jeden z důvodů, proč nechápu tlaky na povinné vysokoškolské

ské vzdělání, když na tolik vysoce vzdělaného personálu managementy nemívají peníze a často pro ně nemají ani praktické uplatnění. Nechápu to ani z toho důvodu, že náš systém prakticky neví, kolik a jak vzdělaného personálu v něm pracuje a kolik ho vlastně potřebuje.

Různé pohovky ke studiu

Chápu, že se vzdělávání sester na střední školu nevrátí, byť bylo kvalitní a efektivní. Bylo uznávané i ve světě a jeho absolventky byly velice úspěšné. Máme tu pokrok a jakési normy EU, které nám něco doporučují, něco příkazují. Ne vše je ale vhodné pro náš systém vzdělávání a ošetrovatelské péče. To, co vyhovuje sestram ve Velké Británii, nemusí vyhovovat nám.

Na můj vkus hodně opisujeme a málo přemýšlíme, co by vlastně vyhovovalo nám. Mám osobně pocit, že jsme pokazili něco funkčního a dobrého, co už bohužel nikdy nikdo nedá dohromady. Víím, trendem dnešní doby je mít vysokou školu, nejlépe titul před jménem i za ním. Ale je tato, mnohdy jediná, motivace proč vysokou školu studovat správná? Samozřejmě, pokud někdo vidí ve studiu smysl a přináší mu radost a uspokojení z nového poznání, je to v naprostém pořádku. Takovým lidem fandím a obdivuji je. Většina z nich studuje při zaměstnání, za své peníze a s rodinami. Bohužel se ale stává, že mnozí kolegové jsou k dalšímu studiu nezákonně tlačeni svými managementy, aniž tuší, že studují prakticky tutéž a již jednou získanou odbornou způsobilost všeobecné sestry.

Systém vzdělávání i ohodnocení

Některí kolegové mi vyčítají, že podporou zkrácení kvalifikačního studia pro všeobecné sestry se snižují i naše prestiž. Že nejsem

dostatečně hrdá na sebe a na své povolání. Já si ale hrdost představuji jinak. Například tak, že na sebe nenechám převést práci, která mi nepřísluší, že umím říct NE, když je to potřeba. Že si dokážu uhájit svá práva. Že se s kolegy respektujeme a vážíme si jeden druhého bez ohledu na to, jaké máme vzdělání. Kdyby se mě někdo zeptal, proč si myslím, že je dnes takový nedostatek sester, odpověděla bych, že jedním z důvodů je právě vzdělávání. Systém je příliš dlouhý a neefektivní, jak jsem se snažila vysvětlit výše.

Dalším problémem jsou samozřejmě peníze. Obrovské rozdíly mezi platy ve státním sektoru a mzdami v sektoru soukromém, kdy za stejnou práci mají kolegové v některých soukromých zařízeních až o několik tisíc na výpla-



Ilustrační foto: Shutterstock

tách méně. Tato čísla pak chybí v celkových průměrech – běžně medializovaných, ale tímto velice zkrácených. Platy i mzdy by měly odpovídat psychologické a fyzické zátěži zdravotníků i zodpo-

vědnosti, s jakou svou práci vykonávají. V neposlední řadě jsou to pracovní podmínky, které ale souvisí s výše uvedeným, a velice špatně nastavenou personální vyhláškou.

Ke vzdělávání sester

Na konferenci Aesculap Akademie, která se letos věnovala vzdělávání zdravotníků, hovořila také prezidentka České asociace sester a hlavní sestra Institutu klinické a experimentální medicíny PhDr. Martina Šochmanová, MBA.

Kde vidíte trendy a budoucnost vzdělávání u ošetrovatelství?

Trend ve vzdělávání vidím v propojování a školení multidisciplinárních týmů. Budoucnost vzdělávání je složitě predikovat ve chvíli, kdy se legislativní rada vlády ČR zabývá novelou zákona 96/2004, o nelékařských zdravotnických povoláních, který trendy vzdělávání jasně určuje. Ty ale bohužel nejsou v souladu s tím, co bychom si jako odborná společnost představovali, a ani s tím, co potřebuje praxe. Můžeme diskutovat o zkrácení studia pro všeobecné sestry, které je v novele uvedeno. Vadí mi, že se neustále zmiňuje, že kdysi byla čtyřletá střední zdravotnická škola dostatečná a proč se k tomuto trendu nevrátit. Zapomíná se říci, že zastánci tohoto postoje se nemají jak k tomuto trendu vrátit, protože takový typ školy už u nás neexistuje. Střední zdra-

votnická škola má dnes zcela jinou podobu než dříve. Zatím neznáme rámcový vzdělávací program, není ani zřejmé, co bude obsahem studia všeobecné sestry. Jasně je, že se bude studovat na vyšších odborných školách. Jaká bude náplň studia, jaký bude poměr teorie a praxe, není dosud specifikováno. Další změna v zákoně, která zasáhne všechny, bude zrušení kreditního systému.

Souvisí nedostatek sester s jejich vzděláváním?

V českém systému ošetrovatelství jsme zavedli vzdělávací systém a další fázi změny mělo být rozdělení kompetencí, což ale nenastalo. U jednotlivých kategorií nejsou udržovány kompetence, všichni dělají všechno. Musíme teď především saturovat nižší zdravotnický personál a multidisciplinární tým správně

rozdělit na ošetrovatelky, sanitáře, zdravotnické asistenty, nově praktické sestry. Současným stavem týmu je mnohdy zmaten nejen pacient, ale i mnozí zdravotníci.

Měli bychom nyní dopracovat současně nastavení a nezavádět do systému další novinky (které teď novela zákona zavade), ale zkulturnit a racionalizovat stávající ošetrovatelské týmy.

Kde je ve vzdělávání sester ještě prostor pro zlepšení?

Už na středních, vyšších odborných i vysokých školách. Zapomíná se na praktickou výuku a chybí nácvik dovedností z reálné praxe. Absolventi pak přicházejí do praxe nepřipraveni. Je navíc nutné kvalitně školit samotné mentory v konkrétních kurzech. Praktické dovednosti musejí být stávající sestry schopny absolventy naučit, což tak často není. (ldu)



VII. SJEZD ČESKÉ SPOLEČNOSTI KARDIOVASKULÁRNÍ CHIRURGIE

SEKCE PRO SEDMÝ ROČNÍK SJEZDU

- KARDIOCHIRURGICKÁ SEKCE • ANGIOCHIRURGICKÁ SEKCE
- SEKCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ NELEKAŘSKÝCH PROFESÍ
- POSTEROVÁ SEKCE

13. - 15. 11. 2016

CLARION CONGRESS HOTEL PRAGUE
FREYOVA 33, 190 00 PRAHA 9

Bližší informace ke kongresu naleznete na
www.kardiovaskularnikongres.cz
Registrace k aktivní účasti je možná do 30. 8. 2016!

ORGANIZÁTOR:

We Make Media, s. r. o., Orlická 2176/9, 130 00 Praha 3
Tel: +420 778 476 475 | E-mail: info@wemakemedia.cz

www.wemakemedia.cz
www.kardiovaskularnikongres.cz



Pracovní pozice sester v dlouhodobé péči a Biografie v procesu změn v dlouhodobé péči

12. května proběhla v olomouckém Hotelu NH Collection konference „Pracovní pozice sester v dlouhodobé péči a Biografie v procesu změn v dlouhodobé péči“. Přinášíme stručný přehled o tom, co na konferenci zaznělo.

Kompetence a prestiž povolání

S pracovní pozicí všeobecné sestry úzce souvisí problematika jejího vzdělávání a otázky jejich kompetencí. Právě ty byly jedním z témat příspěvku Zdeňky Mikšové (Ústav ošetřovatelství FZV UP v Olomouci). Obecně kromě vnitřní kompetence, zejména dané vzděláním a vědomostmi, dovednostmi, předpoklady a schopnostmi, vnitřní kvalitou jedince k výkonu určité činnosti, musí mít sestra pro výkon určitého povolání i další typ kompetence. Tím je kompetence vnější, tedy formální kompetence, které jsou ustanovené právní normou nebo zaměstnavatelem.

Všeobecná sestra je oprávněna vykonávat takové činnosti, k nimž má vnitřní i vnější kompetence a má právo odmítnout činnosti nad rámec svých kompetencí. Kompetence všeobecné sestry zahrnují 3 oblasti:

- profesionální, etická, právní;
 - management péče;
 - oblast profesionálního rozvoje.
- Jak Zdeňka Mikšová zdůraznila, kompetence sestry zároveň úzce

souvisí s prestiží její profese. Na prestiž sestry i celé její profese má negativní vliv, pokud jako kvalifikovaný pracovník musí vykonávat nekvalifikované činnosti.

Sestra v sociálních službách

Předsedkyně Profesního svazu zdravotnických pracovníků v sociálních službách a staniční sestra Domova pro seniory Bechyně Mgr. et Bc. Radka Maršíková seznámila účastníky konference s postojem Profesního svazu zdravotnických pracovníků k chystané novele zákona č. 96/2004. Je shodný s postojem ostatních profesních svazů – České asociace sester (ČAS) a Profesní a odborové unie zdravotnických pracovníků (POUZP). Snížení nároků na vzdělávání nepřivede do nemocnic a domovů pro seniory absolventky. Nadále chybí motivace mladých sester nastoupit hned po škole do tak náročné práce, malá je finanční motivace. Novela zákona poškodí kvalitu poskytované péče i uznávání odborné kvalifikace těchto nových sester v zahraničí.



Iniciativa sester – Neodcházíme, organizujeme se (ISNO) s prohlášením za sestry pracující v nemocnicích

Podle názoru ČAS a Profesního svazu zdravotnických pracovníků v sociálních službách je nezbytné vytvořit sestřám takové podmínky k výkonu povolání, které jim umožní uplatnit nové kompetence. Je nutné zohlednit náročnost výkonu při odměňování sestry a ostatních nelékařů, nastavit systém smysluplného celoživotního vzdělávání, promítnout činnosti sester do úhradové vyhlášky a nastavit minimální personální zabezpečení tak, aby byla poskytována kvalitní a bezpečná péče a nedocházelo k přetěžování sester.

Psychobiografický model péče

Specialistka na péči o klienty s demencí PhDr. Eva Procházková, PhD., se věnuje studiu psychobiografického modelu péče podle Erwina Böhma a jeho uvádění do praxe. Psychobiografický model péče představila jako koncept péče o klienty se symptomy demence, se změnami způsobu chování a se sníženou schopností orientace. Psychobiografická péče je nová cesta v geriatrickém a geronto-psychiatrickém ošetřovatelství. Svých úspěchů ve zmírnění symptomů demence a výrazného zlepšení kvality života geriatrických pacientů po-

stížených demencí dosahuje na základě ošetřovatelských intervencí orientovaných na zachování schopnosti a dovednosti seniora s využitím práce s biografií. V České republice PhDr. Procházková založila Institut Erwina Böhma (www.ebinbio.cz) a vytvořila podkladový materiál pro biografickou koncepci péče, na jejímž základě je možné uvádět psychobiografický model péče do české praxe. Na internetových stránkách institutu zájemci najdou nejen koncept, vysvětlění smyslu a uplatnění modelu, ale i širokou nabídku vzdělávacích projektů v rámci poskytované psychobiografické péče.

zřejmě opravdu povedlo změnit smýšlení a postoj zaměstnanců k péči o jejich klienty, protože vidí dobré výsledky. „V biografické koncepci péče už jsme vyškolili 50 pracovníků a zpracovali jsme pro naše klienty i prvních 50 biografických knih. To nejcennější ale je nadšení a chuť, se kterou se tady ta práce dělá,“ shrnula ředitelka domova pro seniory Lenka Olivová.

Jiný z velmi zajímavých příspěvků byl z Domova pro seniory Bechyně, kde je mentorem práce s psychobiografickým modelem Bc. Alena Bártíková. S aplikováním biografické koncepce péče mají v Bechyni zkušenosti již od

Jak začít se změnou – a jak v ní pokračovat?

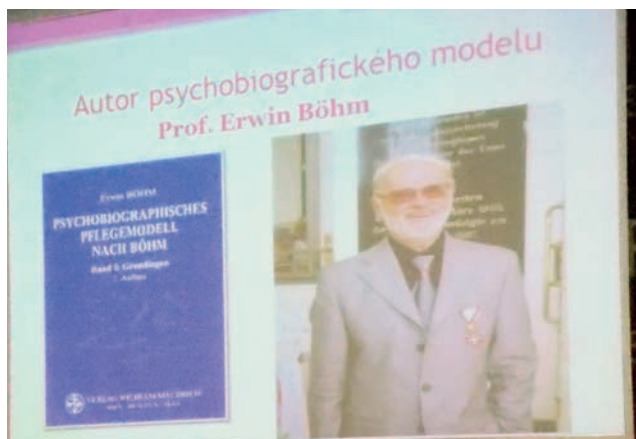
O tom, že prvky z psychobiografického modelu péče podle Erwina Böhma i u nás již léta nacházejí v práci s geriatrickými pacienty zcela praktické a úspěšné uplatnění, jasně svědčí i řada příspěvků, které pro tuto konferenci připravili pracovníci pobytových zařízení pro seniory. Velmi pozitivní zkušenosti s aplikací modelu mají v domovech pro seniory po celé republice. Například Mgr. Lenka Olivová z Domova pro seniory Tovačov řekla, že se jim v souvislosti s modelem



Mgr. et Bc. Radka Maršíková a PhDr. Eva Procházková, PhD.



Mgr. Lenka Olivová



Profesor Erwin Böhm

roku 2010. Koncepti se jim podařilo velmi úspěšně nastavit, ale po několika letech bylo najednou všechno jinak - domov se přestěhoval a vyměnila se část zaměstnanců. V nových podmínkách se ale nakonec program opět nejen perfektně rozjel, dokonce se i rozšířil o další aktivity, uvedla ve svém příspěvku ředitelka Mgr. Alena Sakařová.

Projekt Cesta životem

Mgr. Michaela Hronová pracuje v Domově Sue Ryder, o. p. s., Praha 4. Jde o sociální službu poskytující péči seniorům, kteří jsou v důsledku nemoci nebo vysokého věku odkázáni na pomoc druhých. Svůj příspěvek uvedla slovy: „Chceme více pochopit osobnost klienta s celou jeho minulostí, dokázat rozpoehybovat jeho duši, a tím pomoci i jeho tělu... V současné době jsme v Sue Ryder na cestě k práci s psychobiografickým modelem péče. Každý klient u nás má zpracova-

nou svoji biografii. Tomuto projektu říkáme Cesta životem. Jeho podstatou je snaha o zajištění a respektování takových podmínek a způsobu života, který byl v daném období života pro klienta „normální“.

Zajímavě pohovořila o inspekci kvality péče i Mgr. Eliška Gregorová z Domova pro seniory Velké Meziříčí. Závěrečným a obrazově bohatým příspěvkem byl náhled na inovační postupy v Domově pro zrakově postižené Palata z Prahy, v němž nás Kateřina Chlebová, DiS., a Mgr. Petra Holíčková pozvaly na svůj pracovní úsek, kde se snaží upravit prostředí a harmonogram dne podle biografie klientů.

V závěru konference byli všichni v sále odměněni růží za svou nelehkou práci, a to z rukou moderátorů celého dne PhDr. Procházkové a Ing. Radka Barana, ředitele Domova pro seniory Slunečnice Ostrava. (II)

Kam kráčíš, česká sestro?

Na konferenci „Pracovní pozice sester v dlouhodobé péči a Biografie v procesu změn v dlouhodobé péči“ zazněla také přednáška členky prezidia České asociace sester Mgr. Ilony Antoníčkové.

V úvodu svého sdělení se Mgr. Antoníčková zabývala nároky, jaké jsou na současnou sestru kladeny. Připomněla, že vývoj medicíny si žádá mnohem kvalifikovanější zdravotnický personál než v minulosti. Změnilo se také myšlení pacientů a narostla jejich zdravotní gramotnost. Na práci sestry jsou kladeny stále vyšší nároky. Přednášející se věnovala i nedostatku sester. „Současný nedostatek sester ve zdravotnických zařízeních nesouvisí se systémem jejich vzdělávání ve školách. Skutečné příčiny je třeba hledat v celkovém podfinancování zdravotnictví, nízkém finančním ohodnocení sester, těžké a zodpovědné práci a stresujícím pracovním prostředí,“ řekla autorka prezentace.

Novela zákona o „nelékařích“

Co se týče kvalifikace všeobecné sestry, Ilona Antoníčková vysvětlila, že plnohodnotná kvalifikace se nyní získává tříletým bakalářským studiem na vysoké škole nebo tříletým studiem na vyšší odborné škole zdravotnické. „Cílem novely zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, je zkrátit přípravu všeobecných sester. Novela nepřinese pacientům žádná pozitiva, naopak hrozí, že dojde ke snížení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče,“ uvedla autorka sdělení k návrhu novely zákona. Podle jejích slov se připravovaná úprava zákona nezabývá kompetencemi sester



Mgr. Ilona Antoníčková

a dalších odborných zdravotnických pracovníků. V nemocnicích chybějí méně kvalifikovaní pracovníci, kteří mají odlišné kompetence a vykonávají méně náročné ošetrovatelské úkony. Přednášející také shrnula postoj České asociace sester k novele: „Česká asociace sester má k návrhu změny zákona o „nelékařích“ připomínku. Snížení nároků na vzdělávání nepřivede do nemocnic absolventy. Chybí motivace mladých sester nastoupit hned po škole do tak náročné práce.“

Autorka přednášky se dále věnovala problematice absolventů středních zdravotnických škol. Jak řekla, současní absolventi těchto škol studují čtyři roky. Po maturitě získávají titul zdravotnický asistent. Plnou kvalifikaci nemají, mohou pracovat jen pod odborným dohledem. Připravovaná novela je tak podle ní

návratem do minulosti. Základem zdravotnické kvalifikace sester bude totiž opět studium na střední zdravotnické škole. Absolvent této školy bude mít titul praktická sestra. Jeden rok pomaturitního studia na VOŠ zdravotnické pak bude znamenat plnou kvalifikaci k výkonu povolání a titul všeobecná sestra. Na chystanou novelu zákona se pak Mgr. Antoníčková podívala i z hlediska kvality poskytované péče a bezpečí pacientů. Podle jejího názoru kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péči může poskytnout jen osobnostně zralá, odborně erudovaná a empatická sestra. „Novela zákona poškodí ve svých důsledcích kvalitu poskytované péče i uznávání odborné kvalifikace těchto nových sester v zahraničí.“

Jaká jsou východiska?

Závěrem se Ilona Antoníčková snažila hledat východiska ze stávající situace. Jedním z nich je vytvořit sestrám k výkonu povolání takové podmínky, které jim umožní uplatnit nové kompetence. Dále pak zohlednit náročnost výkonu při odměňování sester a ostatních nelékařských zdravotnických povolání. „Nastavit systém smysluplného celoživotního vzdělávání. Činnosti sester promítnout do úhradové vyhlášky a nastavit minimální personální zabezpečení tak, aby byla poskytována kvalitní a bezpečná péče a nedocházelo k přetěžování sester,“ vjmenovala přednášející na závěr svého vystoupení. (eta)

Inzerce M161000335

Ústav patologie FNO a LF OU
Oddělení patologie Městské nemocnice Ostrava a CGB Laboratoř a.s.
pořádají

23. sjezd českých a slovenských patologů

ODBORNÉ SEKCE:
Patologie gastrointestinálního traktu
Patologie uro-genitálního traktu
Neuropatologie
Patologie civilizačních chorob
Varia (vítaná jsou odborná sdělení o nových vědeckých poznatcích a technologiích)

22. sjezd České společnosti histologických laborantů

ODBORNÉ SEKCE:
Imunochemické metody
Varia

PADO

11.-12. 11. 2016
Clarion Congress
Hotel Ostrava

**Příjem abstrakt
do 30. 6. 2016**

Bližší informace na adrese
www.hanzo.cz/patologie

www.patologie.info

Psychická záťaž v práci operačnej sestry

Psychická záťaž je faktor práce a pracovného prostredia, zjednoteným javom pre všetky vplyvy, ktoré pôsobia na psychiku človeka. Je tiež faktorom pôsobiacim na organizmus a vyžadujúci psychickú aktivitu, psychické spracovanie a vyrovnávanie sa s požiadavkami a vplyvmi životného prostredia. Autori príspevku prezentujú výsledky prieskumu na psychickú záťaž operačných sestier.

Každý človek sa počas svojho osobného i pracovného života nepretržite stretáva so situáciami, ktoré svojimi požiadavkami preverujú jeho prispôsobivosť, kladú nároky na jeho psychickú zdatnosť. Činnosť každého z nás nie je len pasívnou adaptáciou, ale predstavuje proces, v ktorom sme nútení neraz riešiť neprímerané úlohy, problémové, frustrujúce a stresové situácie, vyvolávajúce psychickú záťaž.

Psychická záťaž je:

- faktor práce a pracovného prostredia,
- zjednoteným pojmom pre všetky vplyvy, ktoré pôsobia na psychiku človeka,
- súhrn všetkých hodnotiteľných vplyvov práce, pracovných podmienok a pracovného prostredia pôsobiacich na kognitívne, senzorycké a emocionálne procesy človeka, ktoré ho ovplyvňujú a vyvolávajú stavy zvýšeného psychického napätia a zataženia psychofyziologických funkcií,
- faktor pôsobiaci zatažujúco na organizmus a vyžadujúci psychickú aktivitu, psychické spracovanie a vyrovnávanie sa s požiadavkami a vplyvmi životného prostredia.

Psychickú pracovnú záťaž definuje v slovenskej legislatíve vyhláška MZ č. 542/2007. Podľa tejto vyhlášky rozlišujeme **3 formy psychickej záťaže**:

- 1. senzoryckú** - vyplýva z požiadaviek na činnosť periférnych zmyslových orgánov a im zodpovedajúcich štruktúr CNS,
- 2. mentálnu** - vyplýva z požiadaviek na spracovanie informácií kladúcich nároky na psychické funkcie a psychické procesy,
- 3. emocionálnu** - vyplýva z požiadaviek vyvolávajúcich afektívnu odozvu.

Stupne psychickej záťaže

Pri akýchkoľvek predpokladaných záťažových faktoroch bude veľkosť vyvolaného psychického stavu záťaže závisieť od toho, aký veľký je rozpor medzi požiadavkami z vonkajšieho prostredia a našou pripravenosťou sa s nimi vyrovnáť. Ako sa dokážeme so vzniknutou záťažou vyrovná-

nať, ako ju budeme riešiť, bude závisieť najmä od toho, aký tlak subjektívne pociťujeme a aký význam im pripisujeme. Naše subjektívne prežívanie záťaže môže nadobudnúť rôznu veľkosť. Jednotlivé stupne záťaže môžeme charakterizovať takto:

1. stupeň - bežná záťaž - nevzniká na základe nesúladu medzi tlakom vonkajšieho prostredia a našimi možnosťami vytvárať protiklad. Zvyčajne sú pri nich nároky nám známe, spočívajú z takých úloh, s ktorými sme sa už veľa krát stretli a dokázali sme ich aj úspešne riešiť.

2. stupeň - zvýšená záťaž - viaže sa na také pracovné situácie, v ktorých nevystačíme so zaužívanými spôsobmi riešenia a reagovania. Sú pre nás nové alebo veľmi zriedka vyskytujúce, a preto ak ich máme zvládnuť, vynakladáme zvýšené úsilie. Musíme zdôrazniť, že práve zvýšená záťaž je pre náš život nevyhnutná, pretože nás posúva vpred. Núti nás rozširovať si okruh poznatkov, skúseností, pracovať na sebe a umožňuje nám zrieť.

3. stupeň - hraničná záťaž - vzniká vtedy, keď sa objavuje výrazný nesúlad medzi našou pripravenosťou a nárokom vonkajšieho prostredia na nás. Riešiť takéto situácie môžeme len vynaložením mimoriadneho úsilia. Predpokladá ísť až na doraz, siahnuť až na dno svojich psychických rezerv. Pri tomto stupni záťaže dochádza u človeka k rôznym spôsobom správania, k výrazným fyziologickým zmenám. Avšak práve tento stupeň hraničných záťaží odhaľuje skutočnú kvalitu osobnosti človeka.

4. stupeň - extrémna záťaž - sa objavuje vtedy, keď medzi požiadavkami vonkajšieho prostredia a našimi možnosťami, potrebnými na ich zvládnutie, je obrovský rozpor. Nesúlad je taký veľký, že nie je v našich silách vyvinúť primeraný protiklad a aktívne vzdorovať. Pretrvávajúca extrémna záťaž vedie k narušeniu vzťahov so spoločenským prostredím.

Pri pretrvávaní určitého stupňa záťaže dlhý čas dochádza k postupňovaniu záťaže. Taktiež narastaním množstva záťažových situácií v krátkom časovom roz-

pätí môže nastať rýchly prechod jedného stupňa záťaže do druhého, vyššieho.

Dôsledky situácií psychickej záťaže

Aj keď konflikt, stres či deprivácia sa v určitých osobnostiach svojimi prejavmi odlišujú, celý proces obnovovania psychickej rovnováhy, pri všetkých druhoch psychickej záťaže sa vyznačuje všeobecne platnými zmenami psychickej činnosti.

Aktivita psychickej činnosti sa postupne mení v troch na seba nadväzujúcich fázach:

1. fáza - sa prejavuje mobilizáciou psychických síl,
2. fáza - spočíva v riešení záťažovej situácie,
3. fáza - predstavuje buď vyrovnávanie sa s psychickou záťažou a obnovením rovnováhy s prostredím, alebo zlyhanie v záťažovej situácii a podlahnutím záťažovým vplyvom.

Dĺžka trvania jednotlivých fáz podmieniť charakter zložiek záťažovej situácie, pričom ústrednou zložkou v každej situácii psychickej záťaže je osobnosť človeka. Od štruktúry a dynamiky osobnosti a psychických predpokladov človeka závisí ako bude prebiehať aktívny proces obnovovania rovnováhy medzi jednotlivcom a prostredím.

Hlavný cieľ prieskumu je prezentovať výsledky prieskumu zameranej na psychickú záťaž operačných sestier. Čiastkové ciele sú zamerané na zisťovanie príčin foriem psychickej záťaže u operačných sestier (senzorycká, mentálna, emocionálna) a zistiť a poukázať na dôsledky psychickej záťaže u operačných sestier.

Súbor respondentov a metodika prieskumu

Prieskum sme realizovali v NÜSCH, a. s., Bratislava, v roku 2012. Bol uskutočnený na vzorke 17 operačných sestier, inštrumentujúcich v odboroch: kardiochirurgia a cievná chirurgia. Respondentky boli požiadané o účasť v našom prieskume prostredníctvom vedúcej sestry operačných sál. Na získavanie údajov bola použitá metóda anonymného dotazníka, ktorý sme si sami

vytvorili. Obsahoval 15 otázok (otvorené, zatvorené položky). V dotazníku sme sledovali nasledujúce údaje: vek, vzdelanie a dĺžku praxe v inštrumentovaní na operačnej sále, príčiny senzoryckej, mentálnej a emocionálnej záťaže u operačných sestier. Zisťovali sme tiež aj to, čo sa môže dostaviť, ako dôsledok psychickej záťaže. Získané údaje boli zaznamenané do programu MS Excel, na štatistické spracovanie údajov sme použili program SPSS.

Analýza výsledkov

Operačné sestry zúčastňujúce sa prieskumu boli vo veku od 27 do 53 rokov, mali VŠ vzdelanie a špecializáciu v odbore. Dĺžka odbornej praxe v inštrumentovaní na operačnej sále bola nasledovná: 3 operačné sestry vykonáva dĺžku praxe do 10 rokov, 4 operačné sestry od 11 - 15 rokov, 5 operačných sestier od 16 - 20 rokov, 5 operačných sestier inštrumentuje na operačnej sále viac ako 21 rokov praxe.

Senzorycká záťaž: senzorycká záťaž pri práci operačných sestier tvorí náročnosť práce na zmyslové orgány, najmä zrak a sluch, nepriaznivé klimatické podmienky a ergonomickú pracovnú polohu. Operačné sestry pri zraku uvádzajú: nároky na adaptáciu zraku pri striedaní pohľadu, nároky na akomodáciu (pri dlhej fixácii pohľadu na blízke predmety), umelé osvetlenie.

Mentálna záťaž: operačné sestry uvádzajú tieto najčastejšie znaky tieto: práca pod časovým tlakom, práca vo vnútenom pracovnom tempe, krátky časový limit na realizáciu, vplyvy narušujúce sústredenie (hluk, vyrušovanie, časté vyzváňanie telefónu).

Emocionálna záťaž: operačné sestry uvádzajú tieto emočné znaky: prežívanie napätia a stresu, prítomnosť strachu a smútku, prežívanie bezmocnosti a beznádej, strata nadšenia, bezmocnosť pri riešení problémov, strata sebaovládania, strata záujmu niečo riešiť, hmotná zodpovednosť, pocit nedostatku uznania.

V súvislosti s dĺžkou praxe operačné sestry uvádzali prítomnosť bezmocnosti do 6-10 rokov (47%), 11-15 rokov (41%), 16-20 rokov (38%), 21 a viac rokov 42%. Stratu

sebaovládania uvádzajú sestry nasledovne: 6-10 rokov (41%), 11-15 rokov (39%), 16-20 rokov (30%), 21 a viac rokov (30%). Prežívanie napätia a stresu uviedlo z celkového počtu respondentov 70% operačných sestier, hmotnú zodpovednosť 90%, intenzitu práce a časový tlak 75% operačných sestier. Pracovné prostredie a práca je dôležitým aspektom každého z nás, veď najviac času prežívame v práci. Operačné sestry ako najčastejšie negatívne a rizikové faktory pracovného prostredia považujú tieto: väčší počet operačných výkonov (87%), zlé medziľudské vzťahy (73%), nevhodné stravovacie podmienky (80%), presúvanie činností lekára na sestru (60%), nevhodný režim prestávok (50%), pôsobenie rušivých vplyvov počas pracovnej činnosti (50%).

Operačné sestry za najzávažnejšie dôsledky výkonu svojej profesie a psychickej záťaže považujú tieto: zrakové ťažkosti (únava, tlak v očiach, pálenie očí, začervenané oči, bolesť krčnej chrbtice a chrbta, celková únava, srdcovo - cievné ťažkosti, gynekologické problémy. Ako ďalšie z dôvodov psychickej záťaže uvádzajú aj: pracovnú nespokojnosť, poruchy prispôsobenia, poruchy koncentrácie pozornosti, diskomfort, užívanie liekov.

Záver

Pracovné prostredie a práca sa na operačných sálach počas posledných niekoľkých rokov zmenila. Moderná technológia prináša so sebou nové druhy činností a zvýšená pracovná záťaž patrí medzi stresové faktory. V momente, keď naše nároky na seba samom prekročia mieru toho, čo dokážeme zvládnuť, zažívame stres. Mnohé z nás sú trvale vystavené veľkému množstvu vonkajších rušivých vplyvov. K tomu sa ešte pridáva skutočnosť, že sa učíme ovládať nové technológie viac menej za pochođu, v čo najkratšom čase. A všetky tieto vplyvy patria medzi stresory pre vznik psychickej záťaže. V pracovnej činnosti operačných sestier je stres viac - menej dennodennou záležitosťou a je na samotnej sestri, akými prostriedkami sa na očakávaný stres pripraví a ako ju zvládne.

Literatúra u autoriek

PhDr. Hilda Balková Ph.D.,
Mgr. Miroslava Hauptvogelová,
ÚOS, NÜSCH, a. s., Bratislava,
hilda.balkova@post.sk

Screening dysplazie kyčelního kloubu u novorozence

Dysplazie kyčelního kloubu je nejčastější vrozenou vývojovou vadou pohybového aparátu, která se vyskytuje až u 3–5 % novorozenců.

Vada zahrnuje rozsáhlou skupinu různých morfologických odchylek. V případě dysplazie kyčlí se může jednat o poruchu kyčelní jamky, stehenní kosti nebo celé kyčle. V rámci prevence rozvoje těchto následků se provádí ortopedický screening. V současné době se o diagnostice a terapii rozhoduje již v novorozeneckém věku. Novorozenecký screening kyčelního kloubu je neodmyslitelnou součástí péče o novorozence. Slouží k včasnému odhalení případných anomálií, aby mohla být léčba zahájena včas. Poruchy vývoje kyčelního kloubu se mohou projevit až s odstupem času, v době, kdy jejich poškození již může být nevratné.

Screeningová vyšetření novorozence k odhalení vrozených vývojových vad nebo nemocí jsou ze zákona povinná – upravuje je novela vyhlášky č. 17/77 z roku 1996. Podle ní mají být všechny děti narozené v ústavním zařízení vyšetřeny ortopedem v prvním týdnu po narození, a to klinicky a do třetího týdne života i sonograficky. Autorem doporučeného postupu je prof. MUDr. Pavel Dungal, DrSc.

Česká republika, jako jedna z prvních, zavedla ultrazvukový screening jako rutinu, která pomáhá odhalovat vývojové odchylky kyčelního kloubu. Screeningové vyšetření se v současné době skládá ze tří na sebe navazujících vyšetření, označovaných jako trojí síť. Provádí je ortoped a vyšetření jsou vždy klinická a sonografická. Všechny narozené děti jsou vyšetřeny v prv-

ním týdnu po narození – nejvýhodnější dobou je 3.–5. den života. Druhé vyšetření následuje koncem šestinedělí, zpravidla mezi 6.–9. týdnem života, třetí etapa je mezi 12.–16. týdnem věku, v případě diagnostických nejasností se pořizuje rentgenový snímek.

Klinické vyšetření

Před začátkem klinického vyšetření se hned po rozbalení dítěte sleduje poloha dolních končetin. Vyšetřované dítě se sleduje komplexně, mělo by být v dobré pohodě a relaxované. Během vyšetření ortoped sleduje svalový tonus, postavení dolních končetin, hybnost v kyčelních kloubech, asymetrie gluteálních a stehenních rýh, porovnání délky končetin (tzv. Bettmanovo znamení – při 90° flexi v kolenu a kyčlích je koleno na luxované straně níže), Ortolaniho manévry (u luxace hmatné přeskocení při abdukci), Barlowův (Palménův) test (v případě instability je pocíťováno vyskočení hlavičky z jamky, která se povolním tlaku a zvětšením abdukce opět vrátí do jamky) a vyšetření triády kyčel-koleno-kyčel podle Stanislavjeviče. Velmi důležitá je šetrná a opatrná manipulace s novorozencem a kojencem k zamezení iatrogenního poškození. Jednotlivé testy by se neměly zbytečně opakovat.

Ultrasonografické vyšetření

Ultrazvukové vyšetření provádí ortoped, který využívá tzv. *real-time scan*. Používá se lineár-



ilustrace foto: Shutterstock

ní sonda 7,5 MHz pro novorozence nebo 5 MHz pro kojence. Lze použít i sondu multifrekvenční, která se přikládá do oblasti velkého trochanteru. Vyšetření novorozence/kojence nijak nezatěžuje a děti je dobře tolerují. Dítě je polohováno na bok (podle zvyklostí pracoviště asistuje lékařka či dětská sestra, nebo matka dítěte) a ortoped provede vyšetření jednoho a posléze druhého kyčelního kloubu.

Hodnotí se vývoj acetabula, kvalita kostěného a chrupavčitého okraje stříšky. Měří se 2 úhly:

- úhel α – svírá základní linii (linie proložená laterálním okrajem kosti kyčelní) a linii kostní stříšky,
- úhel β – svírá základní linii a linii chrupavčité stříšky.

Nález se rozděluje do čtyř typů podle rakouského profesora Grafa (viz tab.). Grafova klasifikace popisuje centrality hlavičky, zralost kostních okrajů, sklon stříšky a respektuje věk dítěte.

Grafovu metodu lze použít do zhruba jednoho roku věku – důvodem je pokročilá osifikace struktur. Existují i jiné metody, preferující vyšetření instability kyčelních kloubů, například Clarke. Jednotlivé tkáně se zobrazují s různou echogenitou. Echogenní je periost, perichondrium, intermuskulární septa, ostatní vazivové struktury – distální úpon kloubního pouzdra, *labrum acetabulare* atd. Anechogenní je především hyalinní chrupavka – hlavička kosti stehenní, část chrupavčitého okraje stříšky, eventuálně volná tekutina; hypoechogenní je pak svalová tkáň. Absolutní echogenitu představuje kost, za ní je sonografický stín.

Rentgenové vyšetření

Rentgenologický snímek se pořizuje, pokud se jedná o patologický stav zjištěný klinickým a sonografickým vyšetřením. Snímek se pořizuje v neutrální poloze s nataženými dolními končetinami a hodnotí se vztah proximálního femuru a acetabula.

Nejpoužívanějším hodnotícím parametrem pro rtg snímek je acetabulární úhel (též AC úhel), který je tvořen spojnicí ypsilonovité chrupavky s okrajem acetabula. Měří se u dětí starších tří měsíců, norma je 25–30°. Tento úhel se s postupem věku zmenšuje. Dalším hodnotícím parametrem je Wibergův úhel

(též CE úhel). Jedná se o kolmici, která prochází středem hlavičky a spojuje okraj acetabula. Norma je 20°. Kolodiafyzární úhel (též CCD úhel) popisuje úhel mezi osou diafýzy femuru a osou krčku femuru, která prochází středem hlavičky. Kolodiafyzární úhel se během vývoje zmenšuje ze 150° na 130° v dospělosti.

Závěr

Vývojová dysplazie kyčlí patří mezi nejčastější poruchy pohybového systému dětí. Časná diagnóza dysplazie kyčelního kloubu výrazně zlepšuje výsledek léčby a snižuje riziko komplikací. Výskyt vývojové dysplazie je udáván v rozmezí 3–5 %, což zahrnuje všechny typy i stupně závažnosti. Tato čísla jsou potvrzována i pro oblast střední Evropy. Závažnější formy se vyskytují v případě subluxe u 0,5 % a kompletní luxace u 0,2 % narozených dětí.

Profesor Dungal uvádí, že v prvním roce života má dysplastická kyčel úspěšnou prognózu po dosažení repositione abdukčně flexní polohou. Tendence k normálnímu vývoji jsou největší po narození a s přibývajícím věkem klesají.

Literatura u autorky

Mgr. Andrea Lorenz, MSc,
gynekologicko-porodnické oddělení,
Krajská nemocnice Liberec,
andrea.lorenz@nemlib.cz

Klasifikace vývojové dysplazie kyčlí při sonografickém vyšetření podle Grafa

Typ	Acetabulum	Kostěný okraj stříšky	Chrupavčitý okraj stříšky	Úhel α	Úhel β
Ia	dobry vývoj	ostrý	úzký	nad 60°	pod 55°
Ib	dobry vývoj	tupý	krátký	nad 60°	nad 55°
IIa+	dostatečný	zaoblený	krátký	50–59°	
IIa-	nedostatečný	oblý	krátký	50–59°	
IIb	nedostatečný	oblý	krátký	50–59°	
IIc	nedostatečný	oblý	krátký	44–49°	pod 77°
IId	nedostatečný	oblý	vytlačený	44–49°	nad 77°
IIIa	špatný	plochý	vytlačený	pod 43°	
IIIb	špatný	plochý	vytlačený	pod 43°	
IV	špatný	plochý	roztlačený	pod 43°	

Změny v prožívání pacienta v průběhu odborného výkonu

Intenzivní rozvoj medicíny v posledním desetiletí přináší nové změny na všech úsecích zdravotní péče. Významné místo zde zaujímá i systém péče ošetřovatelské. Péče o nemocného v akutním stavu nebo před a po operačním výkonu vyžaduje vysokou odbornost zdravotníků a úzkou spolupráci celého zdravotnického týmu. Článek je orientován na vybrané psychické problémy, s nimiž se nemocný potýká v průběhu přípravy a během odborného operačního výkonu.

Současná velmi dynamická doba přináší nové trendy v oblasti medicíny, ale i ošetřovatelské péče. Medicína založená na důkazech, kvalita života v souvislosti s léčením, souhlas s léčbou maximálně informovaného pacienta či miniinvasivita zásadním způsobem mění nároky na způsob myšlení zdravotníků i jejich přístup k nemocným. Nedílnou součástí léčebného procesu se také stala snaha o maximálně možné zachování kvality života. Nemocní jsou podrobně informováni o svém zdravotním stavu i možnostech léčby úměrně svému vzdělání i psychologickému stavu a mají konečné slovo při její volbě. Cílem zdravotníků je snaha o co nejrychlejší návrat nemocného do běžného života nebo alespoň zlepšení jeho zdravotního stavu, aniž by byl vystaven větším útrapám. Průvodním jevem rychlého rozvoje medicíny a s ní souvisejícím ošetřovatelstvím jako vědy je obrovský nárůst informací. Jejich zpracování a následná realizace klade mimořádné nároky na všechny zdravotnické pracovníky při vlastním přenášení poznatků do klinické praxe. Proto je nutné, aby na všech úrovních medicínsko-ošetřovatelské činnosti pracovali odborníci připravení zvládat tyto náročné úkoly s vysokou profesionalitou a ohledem na nemocného člověka.

Období hospitalizace

Pobyt člověka v nemocnici sám o sobě představuje náročnou životní situaci, která bývá spojená se stresem z neznámého prostředí, z odloučení od rodiny a přátel, s očekáváním bolesti u diagnostických a terapeutických zákroků, se strachem a úzkostí při sdělování informací o výsledcích vyšetření či vyrovnávání se se špatnou prognózou nebo s nutností dodržovat léčebný re-

žim. Onemocnění zvyšuje nároky na adaptaci pacienta, jeho úsilí o motivaci. Nemocný se musí vyrovnat s vlastním zdravotním stavem a připravit se na všechna diagnostická a terapeutická vyšetření a výkony. Nemocný se tak stává obtěžující záležitostí. Z psychologického hlediska se jedná o mimořádně náročný emoční a vztahový problém. Způsob léčby a nezbytná hospitalizace znamenají pro pacienta výraznou změnu životních podmínek, která v mnoha případech přichází náhle a nečekaně. Zasahují člověka v oblasti tělesné, psychické i sociální, zpravidla bez přípravy, a vyřadí jej ze sociálních rolí, jež dosud vykonával. Mimořádně zatěžující jsou z psychologického hlediska všechna invazivní vyšetření a výkony vyvolávající v nemocném větší strach nebo úzkost. Bývají spojeny s nepřijemnými pocity a zpravidla znamenají zásah do integrity těla, eventuálně ovlivňují organismus po stránce fyzické a funkční.

V okamžiku realizace jakékoli formy radikálního zásahu do organismu při realizaci odborného výkonu dochází u nemocného k reakcím, které mohou ovlivnit celý průběh léčby. Chirurgický výkon spojený s rizikem vážných komplikací představuje zátěž pro každého člověka. V jednotlivých obdobích perioperační péče se u pacientů mohou vyskytovat tělesné, psychické a sociální problémy, které na léčebný proces působí. Proto je psychologická problematika pacientů velmi složitá a rozmanitá. Zdravotníci musejí počítat s řadou faktorů, jež zásadním způsobem ovlivňují průběh diagnosticko-terapeutického a ošetřovatelského procesu. Patří mezi ně například věk pacienta, jeho sociokulturní začlenění, rozsah odborných medicínských znalostí, intelektové

schopnosti, orientace v problematice léčebně-ošetřovatelské péče, ale i kvalita informovanosti o připravovaném zákroku. Operační výkon je téměř u všech pacientů spojen s pocity strachu a úzkosti. Nemocný člověk se dostává do neznámého prostředí, do situace, kterou svým jednáním nemůže ovlivnit. Je plně odkázán na péči zdravotníků a musí jim důvěřovat. Operační výkon je pro organismus stresem i z biologického hlediska, a pokud se připojí i velká zátěž psychogenního původu, může dojít k různým komplikacím. Odborná literatura uvádí a klinická praxe potvrzuje, že mezi společné problémové ukazatele pacientů před nebo po odborném operačním výkonu z oblasti psychické patří zejména strach, úzkost, nedostatek informací, bolest, obavy a nejistota, narušení osobnosti, závislost na okolí, méněcennost, deprese. Všechny tyto skutečnosti prožívá pacient individuálně a v konečném důsledku mají vliv na výsledek léčby.

Psychické problémy pacientů

• **Strach a úzkost** bývají z psychologického hlediska považovány za zásadní problém. Představa operace, výskyt komplikací, působení anestezie, úspěšnost operačního výkonu, obnovení funkce orgánu, očekávaná ztráta (radikální operace - amputace), někdy i obavy o život vyvolávají nepřiměřené reakce. Strach je emoce vznikající jako reakce na hrozící nebezpečí často doprovázená neurovegetativními projevy (zblednutí, chvění, zrychlené dýchání, zvýšený krevního tlaku). Úzkost je pak vnímána jako složitá kombinace emocí s projevy spojenými s bušením srdce, pocity nevolnosti, bolesti na hrudi apod. Zdravotníci zde musí volit individuální a vy-



Ilustrační foto: Shutterstock

soce profesionální přístup, který vede k uklidnění pacienta a následně ke spolupráci při zvládnutí nelehké situace. Významnou roli sehrává i pravidelné monitorování strachu se všemi jeho somatickými a psychickými projevy při bezprostředním kontaktu s nemocným.

• **Nedostatek informací** nebo neúplné informace vyvolávají negativní psychické reakce spojené s neklidem, nervozitou a strachem. Cílem psychologické péče poskytované formou konzultace, rozhovoru, předoperační vizity je podat pacientovi dostatečné množství informací ve snaze jej uklidnit a připravit na to, co bude následovat v období po operaci nebo odborném výkonu. Mimořádně důležitou roli ve vztahu pacient-zdravotník hraje rozhovor. Pomáhá k navázání vzájemného vztahu, vysvětlení dané situace, umožňuje navodit atmosféru důvěry, pomáhá při tlumení obav a strachu. Nezbytnou podmínkou rozhovoru s pacientem je projevená empatie a úcta, které jsou nutným předpokladem profesního chování zdravotníků. Důležité informace je potřebné vhodně načarovat, a pokud to situace dovolí, také aplikovat v dostatečném časovém předstihu.

• **Bolest** patří k důležitým oblastem vnímání. Jako multidimenzionální fenomén ležící na pomezí fyziologie a psychologie tvoří komplexní smyslový a emoční zážitek. Zážitek, jehož kvalita a intenzita jsou dány jedinečnou předchozí zkušeností individua s bolestí a způsobem, jakým se člověk naučil s bolestí vyrovnávat. Prožívání boles-

ti vyvolává nepřiměřené reakce a změny v chování, které jsou signálem pro profesionální pracovníky k využití dostupných prostředků k jejímu zvládnutí. Jako velmi vhodné a aktuální se jeví využití škál měření stupně bolesti pacienta s následným užitím lékařských forem tlášení bolesti a psychologické podpory s aplikací účinných technik pomoci.

• **Obavy a nejistoty** se vyskytují častěji v případech úrazů a náhlých akutních stavů. Pacienti velmi těžce prožívají obavy, které souvisí s prognózou a představami, jež si vyžadují změny životního stylu. I zde je důležité poskytování průběžných a pravdivých informací, vytváření emoční podpory a pomoc k začlenění rodiny do systému ošetřovatelské péče.

• **Narušení osobnosti** bývá vnímáno velmi citlivě, zvláště v prvních dnech po zákroku, kdy dochází k problémům, které ovlivňují uspokojování základních potřeb nemocného člověka. Narušení osobnosti bývá spojováno i s konkrétním vnímáním vlastního těla a intenzivně prožívanou informací týkající se somatických změn a funkčnosti orgánů. Hovoříme také o tzv. prožívání anticipačního smutku. Profesionální a empatický přístup zdravotníků je zde proto nezbytný. Významnou roli sehrává i mezioborová spolupráce s ostatními členy zdravotnického týmu.

• **Méněcennost** jako neadekvátní kritizování sebe sama často svědčí o nevyřešeném problému pacienta, který způsobuje snížení sebehodnocení. Takovýto problém může být příčinou uzavírání se pacienta před okolím a bývá také spojen s výkony ovlivňující

cími anatomickou strukturu nebo funkci orgánů. V některých případech vede až k suicidálním tendencím. Kvalitně realizovaná ošetrovatelská péče může pomoci nemocnému zvládat jeho nelehkou životní situaci a ze strany zdravotníků je v tomto případě považována za profesionální mistrovství.

• **Závislost na okolí** bývá citlivě vnímána především v oblasti uspokojování biologických potřeb v návaznosti na osobnost a věk nemocného. V chování se objevují odmítavé postoje ke spolupráci a pomoci, spojené s potlačováním bolesti, ale i bagatelizujícím postojem k dané situaci. Pacient si plně uvědomuje svou závislost na okolí, jeho chování je spojeno s prvky bezmoci. V některých okamžicích může dojít vzhledem k typu léčby až k narušení vztahů v rodině a následně vzniká situační krize. Právě zde je potřebná důsledná informovanost pacienta i rodinných příslušníků.

• **Deprese** jsou doprovodným jevem při sdělování informací, které zásadním způsobem ovlivňují budoucnost nemocného člověka. Jedná se například o výsledky histologického vyšetření, změny funkce orgánu apod. Změny, které pacient není schopen akceptovat, vedou až ke ztrátě sebeúcty. Nežádoucí psychickou odezvou pacienta bývá i prožívání stav bezmoci a beznaděje, který ovlivňuje další průběh léčby. I zde musí zdravotníci reagovat pohotově. Každý pobyt v nemocnici, obzvláště jedná-li se o zásah do integrity organismu, je spojován s obavami a strachem. Často zde dochází k subdeprivaci bio-psycho-sociálních potřeb nemocného a k následným problémům majícím vliv na průběh léčebného procesu. Proto je velmi důležité, aby zdravotnický personál, na který se nemocný obrací s důvěrou, zaujímal správný profesionální postoj podpořený psy-

choterapeutickým přístupem a komunikací.

Péče o pacienta v perioperačním období je velmi náročná a zároveň nemocnými málo oceňována s ohledem na jejich fyzický a psychický stav. Očekávaný operační či jiný odborný výkon bývá často spojen s negativními pocity, které se u velké většiny pacientů vytvářejí na základě předcházejících zkušeností nebo zprostředkovaných informací, že vzniklou situaci nemohou svým jednáním zásadně ovlivnit a že jsou tudíž plně odkázáni na péči zdravotníků a jsou nuceni jim důvěřovat. V současné klinické praxi je kladen důraz na kombinaci správně uplatňovaného psychologického přístupu k pacientovi a odborných vědomostí sestry spojených s aktivní realizací ošetrovatelského procesu. Touto kombinací se vytváří prostor pro zapojení zdravotníků do zvládnání pacientovy nelehké situace.

Klíčová role rozhovoru

Pro vytvoření kvalitního profesionálního vztahu k pacientovi je potřeba uplatňovat:

- pozitivní vztah,
- individuální přístup,
- úcty a nefalšovanost projevu,
- empatické chování.

V profesionálním chování zdravotnických pracovníků má významné místo schopnost navazovat a udržovat s pacientem slovní kontakt. Slova představují značnou část sociální komunikace, mají velkou cenu a informační hodnotu. Citlivé, uvážlivé využití slova může navodit pocit důvěry, klidu a mnohdy pomoci při těžkém rozhodování pacienta. Nevhodná, nesprávná a neuvážená slova se mohou odrazit nejen na psychickém stavu pacienta, ale také ovlivňovat bio-psycho-sociální jednotu organismu. Pacient žije ve stavu citové ambivalence, střetávají se v něm pocity naděje a důvěry s pocity strachu a nejistoty. Zájem, pochopení, po-

rozumění a podpora ze strany zdravotníků mu pomáhají ulehčit zvládnání pro něj nové náročné situace, překonávat krizové okamžiky života a negativní pocity. Podmínkou léčebné síly slova je vzájemná důvěra.

Důvěryhodnost ve vztahu pacient – zdravotník vzniká na základě spolehlivosti informací, které jsou pacientovi předkládány. I zde svou významnou roli zaujímá rozhovor, který je v klinické praxi vnímán jako základní metoda psychologického působení na pacienta. Vzniká jako odpověď na chování zdravotníků, při němž významnou roli hraje rozhovor. V klinické praxi je vnímán jako základní metoda psychologického působení na pacienta. Aby komunikace byla úspěšná, měla by sestra mít v obecné rovině osvojeny hlavní prvky komunikačních dovedností. Základem je vědět, co chce říci, vybrat vhodné místo, hovořit jasně a srozumitelně, zvolit přiměřené tempo řeči a tón hlasu, brát v úvahu pocity pacienta, sledovat a zaznamenávat reakce pacienta (strach, úzkost, hněv, zmatek), udržovat dle možností oční kontakt, kontrolovat své neverbální projevy a emoce, rozhodnout se, kdy a jak informace poskytnout, myslet na skutečnost, že informace jasná pro zdravotníka nemusí být jasná pro pacienta, umožnit pacientovi, aby se mohl v dostatečné míře vyjádřit a v neposlední řadě se přesvědčit, zda pacient informaci přijal a pochopil. Podmínkou úspěšného rozhovoru je i aktivní naslouchání, které společně s nedirektivním empatickým rozhovorem považujeme za jednu z nejvýznamnějších profesních dovedností sestry v oblasti psychologického přístupu k nemocnému.

Psychosociální přístup a komunikace

Důležité požadavky v oblasti komunikace a psychosociálního

přístupu k pacientům v perioperační ošetrovatelské péči ze strany zdravotníků:

- dostatek informací o aktuálním zdravotním stavu, prognóze onemocnění či následné rekonvalescenci (informace poskytovat v dostatečném časovém předstihu, včetně posouzení schopnosti pacienta tyto informace přijmout),
- pomoc s adaptací na nemocniční prostředí (kvalita spánku, léčebný režim, respektování individuálních zvláštností pacienta a intimity prostředí při realizaci odborné péče) a příprava pacienta po somatické i psychické stránce na invazivní vyšetření a další odborné výkony,
- udržování účinného terapeutického vztahu, pravidelné hodnocení psychického stavu a reakcí v pooperačním období (působení na sebevědomí pacienta),
- správná realizace efektivní komunikace s důrazem na složku verbální, neverbální, paralingvistickou,
- posilování adaptačních mechanismů na toleranci stresu a úzkosti,
- eliminace strachu a úzkosti pravidelným kontaktem a komunikací mezi sestrou a pacientem,
- podpora pacienta k vyjádření emocí a myšlenek, kdykoli to potřebuje, posilování jeho sebevědomí vhodným rozhovorem a produktivním chováním zdravotníků,
- posilování kladného sebevědomí nemocného a pomoc při překonávání pocitu méněcennosti (stomie, ablace, amputace),
- pomoc nemocnému k překonání negativních pocitů, naučit jej pečovat o změněné funkce orgánů (stomie, amputace), upevnovat v něm vědomí zdravého sebehodnocení a uchování důstojnosti i přes vzniklé zdravotní problémy,
- spolupráce s rodinou a blízkými nemocného při dodržování opat-

ření souvisejících s pooperačním obdobím a zdravotním stavem, objasnění správných technik relaxace, nutnosti odpočinku a možnosti aktivit, které odpovídají jeho schopnostem,

- zapojení rodiny pacienta do edukační činnosti v péči o tělesný vzhled a obnovení funkce orgánu (vhodný informativní a edukační rozhovor, tištěné materiály),
- zabezpečení případné konzultace s psychologem, psychotherapeutem, fyzioterapeutem, asistentem výživy, sociálním pracovníkem v souvislosti s následky odborného výkonu,
- projevení tolerance, úcty, porozumění (zejména v etapě emocionální lability),
- získání rodinných příslušníků pro spolupráci, projevení zájmu o řešení problémů pacienta, které jsou spojené s ošetrovatelskou péčí po odborném výkonu.

Závěr

Pro moderní medicínu je příznačný bio-psycho-sociální přístup, který se prolíná celým léčebným i ošetrovatelským procesem. Při poskytování komplexní individuální ošetrovatelské péče je pak nezbytný i holistický pohled na člověka. Také ošetrovatelská péče o pacienta po odborném výkonu má svá specifika a vychází z aktuálních potřeb každého jedince. Zdravotnickí pracovníci, kteří se věnují tomuto úseku medicíny, musejí být na svou profesi odborně i lidsky připraveni. Vhodný profesionální přístup, správná komunikace, empatie, edukace a v neposlední řadě i spolupráce s rodinou pacienta může pomoci zkvalitnit ošetrovatelský proces v daném oboru.

Literatura u autorů

Doc. PaedDr. et. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.,
Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta,
eva.zacharova@seznam.cz

Inzerce M161000459

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

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

gokuryr.cz | GO! Express & Logistics



ČAS
JE
VŠE
GO!
EXPRESS & LOGISTICS

Prevence a léčba dekubitů

Komplexní přístup a moderní technologie



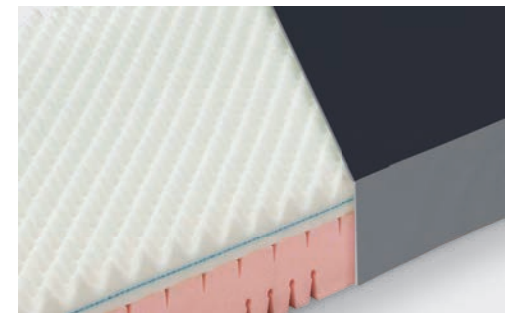
Aktivní matrace Virtuoso a Precioso pracují na systému 3 spojených cel. Střídání nulového tlaku v jedné ze tří sousedících cel probíhá v 7,5minutovém cyklu, protože tento interval simuluje běžnou tělesnou reakci na tlak. Novinkou je alternující matrace Air2Care vyvinutá pro variabilní využití v prostředí dlouhodobé péče.

Unikátní matrace Symbioso integrovaná do lůžka Multicare a Multicare LE využívá mikroklimatického efektu (MCM). V kombinaci s vysoce paropropustným potahem matrace poskytuje efektivní prevenci vzniku dekubitů díky přímé regulaci vlhkosti a teploty mezi pokožkou pacienta a povrchem matrace.



PREVENCI UMOŽNÍ DOBRÁ PASIVNÍ MATRACE

Úkolem pasivních matrací je co nejdokonalěji rozložení váhy pacienta. Pokud je váha optimálně rozložena, nedochází k velkému utlačování tkání, a to ani v oblastech s nejčastějším výskytem dekubitů (sakrum, paty, hroty lopatek). Základním předpokladem antidekubitních účinků je použití vysoce kvalitních měkkých pěn, dále prořezání jádra matrace a použití pružných potahů.



Nové portfolio pasivních matrací značky LINET nabízí unikátní technologická řešení, která eliminují nebo zmírňují následky negativních okolností vznikajících při dlouhodobém pobytu na lůžku. Inovativní je zejména matrace CliniCare 30 využívající unikátní technologii Clima™. Povrch matrace tvoří speciální materiál (PCM), který je schopen absorbovat přebytečné teplo, rozložit ho a vyzářit v nekontaktních zónách.

Úplnou novinkou je reaktivní matrace CliniCare 100 HF kombinující výhody pasivních a aktivních systémů. Pěnová vrstva zlepšuje rozložení tlaku a vzduchové cely ho dále optimalizují.

Péče o pacienty s dekubity je ošetrovatelskou činností s multidisciplinárním přesahem, která se dostává stále více do popředí. Dekubity a další chronické rány způsobují pacientům bolest i psychický stres, pro zdravotníky znamenají vysokou pracovní zátěž a často i pocity profesního selhání.

Součástí léčby a především prevence je maximální využití kvalitních antidekubitních matrací, a to jak aktivních pro léčbu, tak pasivních pro prevenci. Společnost LINET se na boji proti dekubitům a hlavně podpoře prevence významně podílí kvalitními výrobky, poskytováním vzdělávání a sdílením klinického know-how.



NEBEZPEČNÉ A ZBYTEČNÉ

Vznik dekubitů ovlivňuje velké množství faktorů. Už samotný původ slova dekubit (z latinského slova decumbere, což znamená lehnout si, položit se) odkazuje k hlavní příčině vzniku tohoto kožního defektu. Totiž imobilitě a faktu, že většina lidí, u nichž k rozvoji dekubitu dojde, jsou z nejrůznějších příčin upoutaní na lůžko.

V současné době podle zdrojů EPUAP, Evropského poradního panelu pro dekubity, postihují proleženiny 4 miliony Evropanů. Dekubity se vyskytují u 8 až 23% hospitalizovaných pacientů, konkrétní čísla se liší podle typu nemocnic či jednotlivých oddělení. Dekubity představují pro pa-

cienty nejen velice bolestivou a omezující komplikací, která brání v progresu léčby, ale také otevřenou bránu pro infekce, které mohou vést až k ohrožení života. Prodlužuje se hospitalizace a léčba dekubitů vyžaduje silnější personální nasazení i vícenásledky na finančně náročné léčebné prostředky. Prevence, která dokáže zabránit vzniku a rozvoji dekubitů, je ve většině případů několikanásobně levnější a jednodušší než následná léčba.



AKTIVNÍ MATRACE PRO PREVENCI I TERAPII

Aktivní matrace jsou vhodné jak při prevenci u vysoce rizikových pacientů, tak při léčbě dekubitů. Aktivní matrace pracující na alternujícím principu je uvnitř rozdělena do několika samostatných segmentů naplněných vzduchem. Léčebného a preventivního účinku dosahuje tím, že se jednotlivé segmenty střídavě vypouští a opětovně nafukují. Jednotlivé rizikové partie tak nejsou v pravidelných časových intervalech vystaveny žádnému tlaku a mohou se plně prokrvit, přičemž tělo pacienta však má po celou dobu potřebnou oporu.

Antidekubitní matrace LINET

Účinná pomoc při prevenci a léčbě dekubitů

Nebezpečné dekubity ohrožují zejména zcela nebo částečně imobilní pacienty. Společnost LINET nabízí ucelenou řadu aktivních antidekubitních matrací, které jsou přizpůsobené potřebám akutní i dlouhodobé péče. Aktivní matrace LINET jsou vysoce účinné při prevenci dekubitů a poskytují také terapeutický efekt při jejich léčbě.

95 %
dekubitů
lze předejít

VIRTUOSO®



24hodinová péče s nulovým tlakem

SYMBIOSO 200



Mikroklimatický efekt

CLINICARE 100 HF



Kombinace aktivní a pasivní matrace

Ochrana zdraví při práci s lasery v pracovním prostředí zdravotnických zařízení

Ve sdělení jsou shrnuty informace o vlastnostech laserového záření, biologických účincích, třídách laserů, o riziku ze záření laserů na pracovištích ve zdravotnických zařízeních a legislativní požadavky dle platných právních předpisů.

Laserové záření je uměle vytvořené neionizující záření, které má široké využití v mnoha oborech lidské činnosti. Laserové zdroje jsou vyvíjeny pro konkrétní účel tak, aby bylo co nejlépe využito specifických vlastností záření.

Pro laserové záření je typická rovnoběžnost paprsků, vysoká intenzita záření, koherence, monochromaticnost. Z hlediska technických parametrů se lasery liší vlnovou délkou záření (může se nacházet v oblasti infračerveného, viditelného, nebo ultrafialového záření), režimem provozu (spojitý, nebo pulzní), výkonovými parametry, průměrem vyzařovaného svazku a dalšími vlastnostmi.

Při cílené úmyslné aplikaci laserového záření na biologické tkáně dochází k absorbování záření ve tkáni a odezvě, která závisí na fyzikálních parametrech aplikovaného záření. Pomocí laserového paprsku jsou prováděny operace; laserové paprsky, které neporuší integritu kůže, jsou aplikovány pro své terapeutické nebo regenerační působení. Za určitých okolností existuje při aplikaci laserového záření možnost ohrožení zdraví osob, které jsou na pracovišti přítomny (zaměstnanci, kteří s laserem pracují, pacient).

Biologické účinky záření laserů

Laserové záření obecně působí na biologické tkáně mechanismem, který může zahrnovat působení tepla, fotochemických procesů a nelineárních účinků. Poškození tkáně je vázáno na fyzikální parametry zdroje záření, zejména vlnovou délku záření, dobu trvání impulsu záření, velikost obrazu, intenzitu ozařování a dávku ozařování. Příčinou všech typů poškození biologické tkáně je absorpce záření touto tkání. Probíhá na úrovni atomů nebo molekul a je to proces závislý na vlnové délce absorbovaného záření. Vlnová délka tedy určuje, kterou tkáň je určitý laser schopen poškodit.

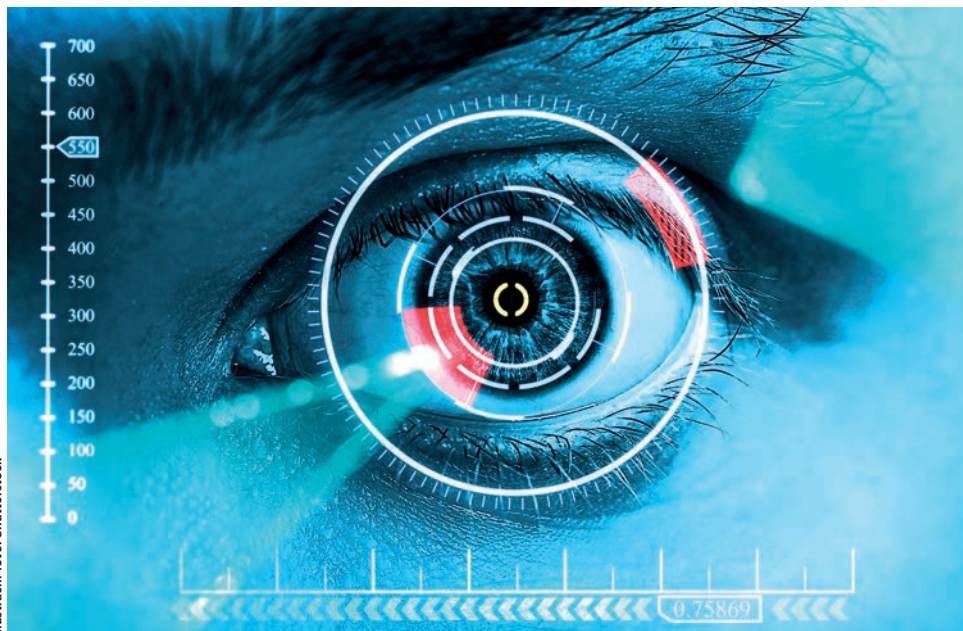
- **Teplé účinky** jsou spojovány s dobou trvání ozařování od 1 mi-

lisekundy do několika sekund. Molekuly po absorbování energie zrychlí kmitání, dojde ke zvýšení teploty ve tkáni. Buňky v této oblasti jsou spálené, poškození tkáně plyne především z rozložení proteinů. Tento typ poškození je běžnější u laserů pracujících v kontinuálním režimu nebo u laserů s dlouhými pulsy, vyskytuje se však i u laserů s krátkými pulsy. Působením vodivosti se tepelná vlna šíří a dochází ke zvětšení plochy poškození.

- **Fotochemické účinky** jsou vyvolány absorpcí dané energie záření, začnou probíhat chemické reakce. Tyto reakce jsou schopny vyvolat poškození již při nízkých úrovních ozařování. Pokožka, čočka oka a částečně i sítnice mohou vykazovat nevratné změny způsobené dlouhým ozařením nízkými úrovněmi UV záření a také viditelného světla s krátkou vlnovou délkou. K poškození dochází, pokud je doba ozařování nadměrná nebo se po dlouhou dobu opakují kratší ozařování.

- **Nelineární účinky** jsou vyvolány lasery s vysokými špičkovými výkony a krátkými pulsy. Cílová tkáň je ve velmi krátkém čase vystavena velice intenzivnímu ozařování, dochází v ní k rychlému nárůstu teploty, při které se kapalné složky buněk přemění v plyn. Při této změně skupenství dojde k explozi a prasknutí buňky. Může dojít k mechanickému poškození tkáně vzdálené od absorbovatelny vrstvy působením posunu tkání vůči sobě.

Lasery vyzařující UV a vzdálené infračervené záření jsou nebezpečné pro rohovku. Lasery vyzařující viditelné a blízké infračervené záření jsou nebezpečné pro sítnici; mezi rohovkou a sítnicí dochází ke zvýšení intenzity ozařování. Poranění nebo spálení sítnice se hojí jizvou, jejíž umístění určuje závažnost poškození. Může vést ke zhoršení vidění, ale i ke ztrátě zraku. Na pokožce se vlivem viditelného a infračerveného zá-



Ilustrace foto: Shutterstock

ření může objevit zčervenání, pučhy, pigmentace, zánícení a následně zjizvení pokožky.

Třídy laserů

Obecně je laserové záření nositelem rizika poškození oka a kůže. Míru rizika pro oko a kůži vyjadřují třídy laserů určené dle ČSN EN 60825-1:2007. Jedná se o třídy 1, 1M, 2, 2M, 3R, 3B a 4. Ve zdravotnictví se nejčastěji setkáváme s lasery třídy 3B a 4.

- Laserové zařízení **třídy 3B** představuje riziko poškození oka při pohledu do svazku včetně nahodilých krátkodobých ozařování a také při zásahu zrcadlově odraženým paprskem. Sledování difuzních odrazů je běžně bezpečné. Některé lasery třídy 3B mohou vytvářet malá poškození pokožky a představovat riziko zapálení hořlavých materiálů (v případech, kdy má svazek malý průměr nebo je zaostřen).
- Laserové zařízení **třídy 4** poškoďují oko při pohledu do svazku, při zásahu oka zrcadlově odraženým paprskem, při pozorování rozptýlených odrazů; při ozařování pokožky způsobuje popálení. Tyto lasery představují i nebezpečí vzniku požáru.

Lasery ve zdravotnictví

Ve zdravotnictví se převážná většina laserů třídy 4 využívá v různých medicínských oborech zejména k operacím (chirurgie, ORL, urologie, gynekologie, kožní, oční, plicní, zubní lékařství).

Lasery třídy 4 se rovněž využívají v estetické medicíně, např. k odstraňování vrásek, rozšířených žilek, chloupků aj.

Lasery třídy 3B mají výkon nižší než lasery třídy 4, záření laserů třídy 3B neporuší integritu kůže. Využívají se jejich účinky protizánětlivé, analgetické či biostimulační. Používají se například na rehabilitačních pracovištích, v ORL, v kožním, očním či zubním lékařství. Se způsobem aplikace laserového záření souvisí nevelká, ale existující možnost odrazu laserového paprsku od povrchů na pracovišti a ohrožení zdraví přítomných osob. Pro minimalizaci ohrožení zdraví je nezbytné plnit opatření, která se týkají laserových zařízení, pracovišť určených k aplikaci laserového záření, používání osobních ochranných pracovních prostředků. V očním lékařství se používají k léčebným aplikacím lasery, které chrání oči lékařem filtrem, jenž je součástí okuláru, přes který lékař sleduje ošetřované místo. Lékaři ani pacienti nepoužívají ochranné brýle, neboť jde o záměrnou léčebnou aplikaci, ale případná další osoba na pracovišti již má být ochrannými brýlemi vybavena.

Mezi základní opatření na ochranu zdraví patří: označení pracoviště určeného pro provozování laseru třídy 3B a třídy 4 bezpečnostními značkami tak, aby další osoby byly varovány před vstupem na pracoviště bez příslušných osobních ochranných pracovních prostředků; opatření

laseru výstražným štítkem s třídou laseru, výstražným textem v českém jazyce a symbolem laserového záření; opatření laseru signalizací chodu; zabezpečení laseru před zneužitím nepovolnou osobou; zamezení možnosti nekontrolovaného zrcadlového odrazu paprsku; používání osobních ochranných pracovních prostředků (ochranných brýlí poskytujících ochranu před vlnovou délkou záření shodnou s vlnovou délkou záření konkrétního laseru) osobami přítomnými při aplikaci. Ke každému laseru musí být připojena technická dokumentace.

Legislativa

Aktuální legislativa upravující opatření na ochranu zdraví při práci se zdroji neionizujícího záření včetně laserů je zastoupena zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále „zákon“). Jeho prováděcím předpisem je nařízení vlády č. 291/2015 Sb., o ochraně zdraví před neionizujícím zářením (toto nařízení nahradilo s účinností od 18. 11. 2015 nařízení vlády č. 1/2008 Sb., ve znění nařízení vlády č. 106/2010 Sb.); zapracovává příslušné předpisy Evropské unie – Směrnici Evropského parlamentu a Rady 2006/25/ES, o minimálních požadavcích na bezpečnost a ochranu zdraví před expozicí zaměstnanců rizikům spojeným s fyzikálními činiteli (optickým zářením z umě-

lych zdrojů), a Směrnici Evropského parlamentu a Rady 2013/35/EU, o minimálních požadavcích na bezpečnost a ochranu zdraví před expozicí zaměstnanců rizikům spojeným s fyzikálními činiteli (elektromagnetickými poli). Dalším souvisejícím právním předpisem je vyhláška č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli, ve znění pozdějších předpisů.

Platné znění zákona a nařízení vlády č. 291/2015 Sb. stanovují požadavky, které mají zajistit ochranu zdraví zaměstnanců a ostatních osob před neionizujícím zářením včetně laserů. Podle § 35 odst. 2) zákona **osoba, která používá, popř. provozuje stroj nebo zařazení, jež je zdrojem neionizujícího záření včetně laserů, je povinna:**

- činit taková technická a organizační opatření, aby expozice fyzických osob v rozsahu upraveném prováděcím právním předpisem nepřekročily nejvyšší přípustné hodnoty neionizujícího záření;
 - při zjišťování a hodnocení expozice fyzických osob a úrovně neionizujícího záření postupovat způsobem stanoveným prováděcím právním předpisem;
 - v případech stanovených prováděcím právním předpisem označit výstrahou místa (oblasti, pásma), ve kterých expozice osob neionizujícím zářením může překročit nejvyšší přípustné hodnoty;
- V § 36 zákona jsou pak stanoveny **povinnosti výrobce** a dovozce laseru – je povinen zajistit:
- zařazení laseru do třídy způsobem stanoveným prováděcím právním předpisem a označe-

- ní laseru štítkem s uvedením tohoto zařazení,
- opatření laserů zařazených do třídy 1M a vyšší výstražným textem a laserů třídy 3B a 4 signalizací chodu,
- uvedení údajů nezbytných pro ochranu zdraví stanovených prováděcím právním předpisem v technické dokumentaci připojené ke každému laseru.

Přípustné hodnoty záření

Nejvyšší přípustné hodnoty záření laserů pro oko a pro kůži jsou stanoveny v nařízení vlády č. 291/2015 Sb. Prakticky veškeré lasery třídy 3B a třídy 4 jsou zdrojem záření, které překračuje limitní hodnoty pro oko, záření laserů třídy 4 překračuje také limitní hodnoty pro kůži. Při hodnocení expozice fyzických osob laserovému záření se neprovádí rutinně měření jako u jiných faktorů pracovního prostředí, ale vychází se z technické dokumentace, která musí obsahovat všechny podstatné informace o laseru – zejména technické parametry a údaje nezbytné pro ochranu zdraví – a musí být připojena ke každému laseru.

Podle § 2 odst 1) nařízení vlády č. 291/2015 Sb. se toto nařízení nevztahuje na pacienty, kteří jsou při poskytování zdravotní služby exponováni neionizujícím zářením ve frekvenční oblasti od 0 Hz do $1,7 \times 10^{15}$ Hz. V dalších paragrafech, zejména § 6–§ 9, jsou pak specifikovány požadavky, které již jsou výše uvedeny (zajištění osobních ochranných pracovních prostředků, které zajistí snížení expozice pod nejvyšší přípustné hodnoty, vybavení laserů třídy 3B a třídy 4 signalizací chodu, zabezpečení těchto laserů proti uvedení do chodu nepovolanou osobou, označení prostorů určených pro jejich provozování bezpečnostními značkami pro laserové záření a zákazem

vstupu nepovolaných fyzických osob, obsah technické dokumentace, která musí být připojena ke každému laseru, opatření laserů třídy 2 a vyšší bezpečnostní značkou a výstražným textem v českém jazyce, rozsah informací poskytnutých zaměstnavatelem zaměstnanci). Podle vyhlášky č. 432/2003 Sb. není pro faktor neionizující záření definována kategorie druhá, ale pouze kategorie třetí (práce se zdroji neionizujícího záření, včetně laserů, jemuž jsou osoby exponovány a které přesahují nejvyšší přípustné hodnoty stanovené právním předpisem upravujícím ochranu zdraví před ne-

ionizujícím zářením, ochranu osob je však možné zajistit osobními ochrannými pracovními prostředky). To znamená, že do kategorie třetí náleží práce s lasery třídy 3B a třídy 4 (jedná se o rizikovou práci, na kterou se vztahují všechny další zákonné požadavky související s rizikovými pracemi). Novela zákona zrušila § 43, který stanovoval povinnost kategorizovat práci osoby, která podniká podle zvláštního právního předpisu a není zaměstnavatelem podle zvláštního právního předpisu. Povinnost kategorizace prací ve smyslu § 37 zákona se tak nyní vztahuje pouze na zaměstnavatele. Všechny osoby,

kteří používají, popř. provozují lasery, však musejí dodržovat zákonné požadavky na ochranu zdraví při práci s lasery. Další právní předpisy, které se obecně týkají povinností zaměstnavatelů, jsou zákon č. 262/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů (zákoník práce), zákon č. 309/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

Literatura u autorky

Magdalena Letovská,
Krajská hygienická stanice
Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě

Děti a maminky chrání „Dar života“

Kanadská sochařka českého původu Lea Vivotová, autorka známého sousoší „Dar života“ před budovou Gynekologicko-porodnické kliniky FN v Plzni, přijela navštívit místo, které se stalo jedním z domovů pro její dílo.

Energie a radost ze života působily v plzeňské fakultní nemocnici na každého, kdo se tu 7. června s Leou Vivotovou setkal. Paní Leu doprovázel její prvorozený syn Uriah, který se při svém narození v roce 1975 stal inspirací pro realizaci tohoto díla. Sochařka byla velmi překvapená komfortem a příjemným prostředím, ve kterém přicházejí v plzeňské fakultní nemocnici děti na svět: „Vyváženost barev, pohoda, maximální pohodlí a možnost soukromí při porodu i během následné hospitalizace, to je komfortní nabídka služeb, která není samozřejmostí na mnoha soukromých klinikách ve vyspělých zemích světa.“

Gift of life

Socha zrozená v nemocnici, sousoší „Dar života“, je umístěna před Gynekologicko-porodnickou klinikou LF UK a FN Plzeň a vzkazy spokojených rodičů, které jsou zapsané na společné lavičce, připomínají okamžiky narození jejich dětí. Lea Vi-



Foto: FN Plzeň

votová vzpomíná: „Socha se zrodila v nemocnici, kde jsem přivedla na svět svého syna. Při porodních komplikacích jsem slíbila, že pokud se dostanu domů se zdravým dítětem, zvětším sousoší, na kterém jsme pracovala, a daruji ho St. Joseph Health Center v Torontu, kde se Uri, můj „gift of life“ 6. června 1975 narodil.“ Odlitek sochy pak umělkyně vě-

novala i plzeňským dětem a jejich maminkám. „Jméno celé fakultní nemocnice, dětí a maminek, které sousoší ochraňuje, děkujeme paní Vivotové za to, že umožnila tak překrásnému dílu zdobit vstupní bránu, kterou přichází na svět většina dětí našeho regionu. Nesmírně si této dobročinnosti vážíme,“ uvedl ředitel FN Plzeň MUDr. Václav Šimánek, Ph.D. (red)

Inzerce M161000043



Diakonie
Ceskokobratrské církve evangelické

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR a Diakonie ČCE
společně vyhláší 4. ročník ocenění

**Národní cena
sociálních služeb**

Pečovatel/ka roku 2016



Chceme ocenit pracovníky sociálních služeb ve 3 kategoriích:

- **Pracovník v sociálních službách (pečovatel/ka)**
v pobytových službách
v ambulantních službách
v terénních službách
- **Sociální pracovník**
- **Manažer roku**

Nominování mohou být pracovníci ze všech druhů sociálních služeb (terénní, pobytové, ambulantní). Návrhy na jednotlivá ocenění mohou zasílat klienti, jejich rodiny a přátelé, spolupracovníci i vedení organizací.

Uzávěrka pro podání nominací je 30. září 2016, slavnostní vyhlášení proběhne 15. listopadu 2016 na Novoměstské radnici v Praze.

Příhlášky lze zasílat prostřednictvím online formuláře na webu www.pecovatelkaroku.cz, kde naleznete také veškeré informace k letošnímu ročníku.

Aktivizace pacienta domácí péče, který nedodrží doporučení

S non-compliantními pacienty, tedy pacienty nespolupracujícími či nedodržujícími léčebný režim, se setkáváme takřka denně. Jejich nespolupráce nám zdravotníkům vadí a samotným pacientům mnohdy zbytečně komplikuje a prodlužuje léčbu. Nabízím velmi jednoduché řešení jak pacienty přimět ke spolupráci. V praxi to skutečně funguje.

Všichni známe situace, kdy v nouzi nejvyšší, v případě, kdy selhává klasická medicína, se většina z nás upíná k alternativním metodám a nejrůznějším léčitelům. Dokonce i většina ateistů v těžkých chvílích (ač to neradi přiznávají) prosí o boží pomoc. Pokud se jim „vnější“ pomoci dostane (ať už z kterékoli strany) a potíže ustoupí, opět nastupuje neohroženě se tvářící ego, které nitro znovu zatlačí do pozadí. Takto se vlastně dostáváme k naučeným vzorcům chování jedince, které je v případě nehojení třeba změnit.

Vraťme se ale do okamžiku, kdy je člověku skutečně zle a prosí o pomoc. Většina lidí vyhledá lékaře. Ten provede potřebná (mnohdy i nepotřebná) vyšetření a nastaví léčbu, případně člověka odešle ke specialistovi. Pokud výsledky potvrdí určitou patologickou odchylku, dochází k jakémusi „uspokojení“ nad odhalenou příčinou. Člověk dostane léky a odchází domů s pocitem, že je lékař vážně „machr“ a že on za pár dní bude zase fit. Ale co když nebude? Co když ani žádná vyšetření nepotvrdí nic, co by mohlo být příčinou jeho potíží?

V takovém případě bývá člověk rozladěn a láteří nad neschopností lékařů, nad miliardami putujícími do zdravotnictví, které není schopno ani zjistit, co že člověku vlastně je. Zkrátka člověk hledá a obviňuje všechny v okolí, než aby hledal sice složitější, zato efektivnější cestu ke zvládnutí svých potíží, a tou je cesta do sebe sama. Málokdo je ochoten si přiznat, že on sám dělá pro své zdraví velmi málo a že je třeba ledacos změnit. Ani pochůzky k léčitelům nejsou správnou cestou. Nemocný člověk sice musí vyvinout určitou aktivitu při hledání léčitele a dohodnutí schůzky, ve své podstatě jde zase jen o pasivní chápání lidí hledajících pomoc. Chtějí se nechat léčit a nepřebírají žádnou zodpovědnost za své zdraví.



ilustrační foto: Shutterstock

Nelze jen racionalizovat

Už Sokrates vyzýval, abychom poznali sami sebe. Mnoho filosofů a psychoanalytiků odedávna hledalo odpověď na otázky týkající se lidské psychiky v souvislosti se zdravím. Všichni známe Freudovy teorie, ve kterých vycházel z názoru, že základní motivační silou psychiky je hledání potěšení. Velmi výstižné je srovnání teorie Freuda a praktik neurochirurgů 20. století, jak ho uvádí v knize „Cesta ke štěstí“ tibetský mnich Dalajlama. Říká, že zatímco Freud zkoumal lidskou touhu po potěšení, neurochirurgové se oprostili od všech filosofických úvah a se skalpely v ruce a elektrostimulací zkoumali hypotalamus a limbický systém, hledající místo, které při elektrické stimulaci produkuje potěšení.

Medicína se vůbec příliš přiklonila k materialismu tak, jak ho razil Descartes. Je až příliš zaměřená na nemoc, na její zkoumání a objektivizaci. Pacient jako by byl jen objektem zkoumání. Jak ale chcete materiálně dokázat to, co materiálně neexistuje? Intuice jsou potlačovány, klade se důraz na EBP (evidence based practice, praxe založenou na důkazech), jedna reforma za druhou se snaží nalézt schůdnou cestu. Z pacientů

děláme klienty, vymýšlíme nejrůznější pravidla, normy, které nás pak vedou jen k dalšímu chaosu, pseudomorálce a perfekcionismu. Pravidla mají sloužit, ne vládnout!

Kde hledat příčinu

Mám pocit, jako by se při běžném kontaktu s nemocným člověkem vytrácela jakási přirozenost, lidskost a především zdravý rozum. Dvacet let jsem se v ambulanci snažila pomáhat lidem objektivizovat příčiny jejich potíží a hledat způsob jejich řešení. Dvacet let jsem z pozice specialisty na hojení ran hledala odpovědi převážně v laboratorních výsledcích a propouštěcích zprávách pacientů. Poslední dva roky působím v domácí péči a můj pohled na ošetřování chronicky nemocných se podstatně změnil. Myslím, že ho změnilo především neuvěřitelné osudy starých a chronicky nemocných lidí za zdmi domů a bytů – stav mnohých domácností, mnohých vztahů, mnohých příběhů. Ale jak říká Baštecká: „Rozumět můžeme pacientovým prožitkům, ne osudu.“

Ve zdravotnickém zařízení, hledíce do lékařských zpráv nemocného, sice zjistíme výsledky vyšetření, ale nevíme nic o skladbě

a dostupnosti potravin v pacientově domácnosti. Vidíme zaškrtnuté políčko „vydána kompenzační pomůcka“, ale už nevíme, zda má pacient doma vůbec podmínky pro její využití. Pokud jsou všechna políčka správně zaškrtnutá, nabýváme mnohdy vydali vše, co jsme mohli, a že mu už nemáme co nabídnout, že před ním stojíme takřka s prázdnými rukama. Tento pohled se však v domácím prostředí mění. U většiny pacientů lze teprve doma zaznamenat skutečné příčiny nedostatečné compliance (nedostatečná hygiena, nedostupnost koupelny, zvířata v domácnosti, nevhodující uspořádání bytu, ruční prání a sušení obzavového materiálu z důvodu finanční úspory apod.). Najednou nevidíme jen problémy, ale otevře se nám cesta k jejich řešení.

Jak nalézt optimální řešení

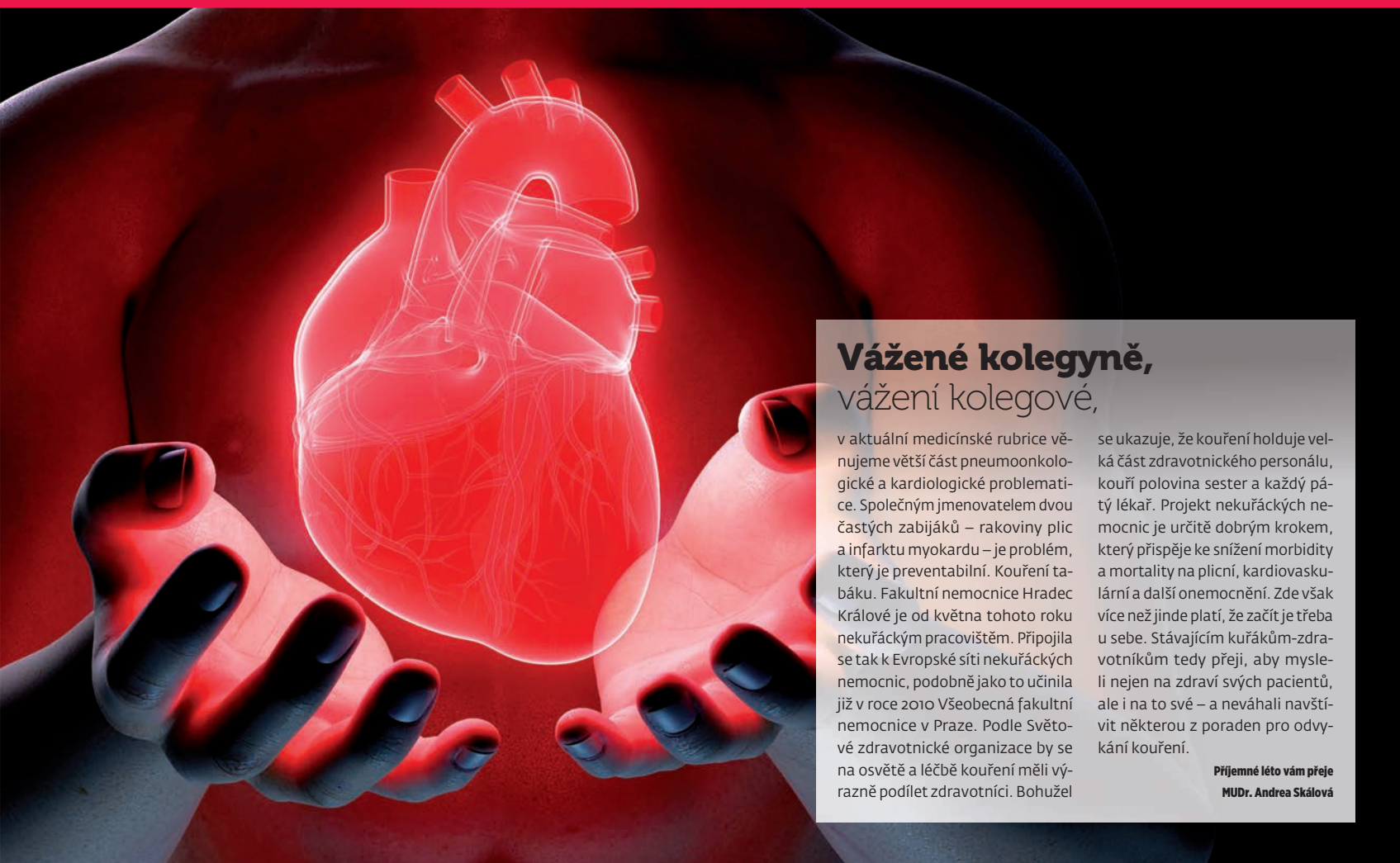
Úspěch léčby pak mimo jiné závisí na zkušenosti a komunikačních dovednostech sestry. Zjištěním pacientových priorit, zvyklostí a očekávání, získáním jeho důvěry a spolupráce může zkušená sestra významně ovlivnit pacientovu compliance. Nejdůležitějším

faktorem při jakémkoli kontaktu s člověkem byla, je a bude komunikace. Hovořit musíme s pacientem, ne na pacienta. Je potřeba jeho problémy prodiskutovat, ne se z nich vymluvit stylem „to bude dobré“. Zkusme se dovědět, co nemocní sami chtějí, a ne je poučovat, co musejí dělat jinak. Zaměřme se na to, co se v danou chvíli dá udělat, ne na to, co se udělat mohlo. Většina pacientů nevidí největší problém v samotném poškození, ale spíše v omezeních, která v důsledku poškození vznikají. Je velmi důležité vědět, co činí pacientovi největší potíže, proč se rozhodl reagovat tak, jak reaguje. Každý má právo na rozhodnutí a každé se zdá být v danou chvíli správné. Ale svá rozhodnutí můžeme změnit. Pokud se změna odehraje na základě nových zkušeností, pak je to v pořádku. Pokud pod tlakem okolí, je většinou krátkodobá a neefektivní. Jakmile člověk sám zažije léčení vlastními silami s citelným fyzickým zlepšením, nemůže mu tuto zkušenost už nikdo vzít. To, co zažijeme na vlastní kůži a co je případně možné doložit nálezy „předtím“ a „potom“, přesvědčí víc než tisíc slov.

Je tedy důležité, aby nemocný potřebnou změnu přijal sám dobrovolně a stala se tak součástí jeho denního života. Svobodným přijetím daných opatření dojde uvnitř pacienta k harmonii, která příznivě ovlivní další vývoj. Staří Tibeťané tvrdí, že si člověk svým vnitřním klidem vytvoří kolem sebe energetické pole, které přiměje okolí, aby se k němu chovalo přátelsky a v případě potřeby mu pomohlo. Mnohdy je totiž důvodem nespolupráce právě konflikt v okolí pacienta. Pak je nutné začít s posilováním sociální interakce, rozhovory s rodinnými příslušníky, to vše může v problémových situacích pomoci najít vlastní zdroje, sílu a odhodlání provést potřebnou změnu ve svém životě. Efektivním využitím sester domácí péče je taková pomoc možná.

Literatura u autorky

Mgr. Hana Vlhová,
Farní charita Praha 4 - Chodov,
hana.vlhova@seznam.cz



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v aktuální medicínské rubrice věnujeme větší část pneumoonkologické a kardiologické problematice. Společným jmenovatelem dvou častých zabijáků – rakoviny plic a infarktu myokardu – je problém, který je preventabilní. Kouření tabáku. Fakultní nemocnice Hradec Králové je od května tohoto roku nekuřáckým pracovištěm. Připojila se tak k Evropské síti nekuřáckých nemocnic, podobně jako to učinila již v roce 2010 Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Podle Světové zdravotnické organizace by se na osvětě a léčbě kouření měli výrazně podílet zdravotníci. Bohužel

se ukazuje, že kouření holduje velká část zdravotnického personálu, kouří polovina sester a každý pátý lékař. Projekt nekuřáckých nemocnic je určitě dobrým krokem, který přispěje ke snížení morbidity a mortality na plicní, kardiovaskulární a další onemocnění. Zde však více než jinde platí, že začít je třeba u sebe. Stávajícím kuřákům-zdravotníkům tedy přeji, aby mysleli nejen na zdraví svých pacientů, ale i na to své – a neváhali navštívit některou z poraden pro odvykání kouření.

Příjemné léto vám přeje
MUDr. Andrea Skálová

Pneumoonkologické sympozium

Sympozium Postgraduální akademie věnované pneumoonkologii proběhlo 25. května v pražském Kongresovém centru Vavruška. Garantem odborného programu byla přednostka Kliniky nemocí plicních a TBC LF MU a FN Brno prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.

Karcinom plic náleží mezi nejčastější zhoubné nádory v Evropě i ve světě. Obvykle bývá diagnostikován ve věku 35–85 let, nejvyšší incidence je v intervalu 55–80 let života. V roce 2013 byl v ČR nově diagnostikován zhoubný nádor plic u 6374 pacientů. V téměř roce v souvislosti se zhoubným nádorem plic u nás zemřelo 5287 pacientů, což bylo téměř 20 % všech úmrtí na zhoubný novotvar. Pokud jde o pětileté relativní přežití pacientů se zhoubným nádorem plic, je u nás 11,5% (pro srovnání – u tlustého střeva 52,5%, u melanomu 83,4%). Nejčastější příčinou vzniku karcinomu plic je kouření. Z hlediska praxe je jedním z významných dělení karcinomu plic

na skupinu nemalobuněčných karcinomů (cca 85 % všech plicních karcinomů) a skupinu karcinomů malobuněčných. Každá z těchto skupin má rozdílné biologické vlastnosti a vyžaduje rozdílný terapeutický přístup.

Rychle rostoucí plicní nádor

S problematikou malobuněčného karcinomu plic posluchače seznámil přednostka Kliniky pneumologie a ftizeologie LF UK a FN Plzeň prof. MUDr. Miloš Pešek, CSc. Malobuněčný karcinom plic (*small cell lung cancer, SCLC*) je diagnostikován u 15–20 % všech morfologicky ověřených typů karcinomů plic. Postihuje zejména kuřáky a zjišťován je převážně až v pokro-

čilých stadiích, s velmi agresivním chováním. Při diferenciální diagnostice je velmi důležité odlišení od malobuněčných variant karcinomu skvamózního a od malobuněčných nádorů jiné histogeneze. Při nejasné primární lokalizaci může být původ nádoru také v oblasti thymu, kolorekta, jícnu, případně může jít o jednu z variant karcinomů hlavy a krku. Geneticky je SCLC značně heterogenním onemocněním, genetická vyšetření prokázala až 22 190 somatických mutací. Zatím se nedaří rozlišit, které zastávají funkci řídící a mohly by sloužit jako terapeutické cíle. Jde o rychle rostoucí nádor s vysokou proliferativní aktivitou. Na rozdíl od řady jiných karcinomů se

k časnému zachycení případů příliš neosvědčily screeningové programy a neprokázaly ani benefit pro posun stadií a pro délku přežití v rámci screeningu diagnostikovaných nemocných. Prediktory prodlouženého specifického přežití jsou ženské pohlaví, asijská rasa, stadium III, věk pod 50 let, bydliště na venkově a použití klasických léčebných postupů, kterými jsou chirurgická léčba, chemoterapie a radioterapie. Naopak negativním prediktorem pro přežití je sarkopenie. Efekt onkologické léčby příliš neovlivňují komorbidity, které se u těchto pacientů běžně vyskytují (CHOPN, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus, žaludeční vředy). Benefit nemocným

se SCLC zřejmě přináší současná léčba statiny.

Kombinovaná chemoterapie

Základní léčebnou modalitou zůstává kombinovaná chemoterapie, která významně prodlužuje život nemocných se všemi stadii SCLC. Stále se nejvíce užívá kombinace etoposidu a cisplatiny, respektive karboplatiny. U některých případech SCLC lze v kombinaci s chemoterapií využít chirurgickou léčbu nebo léčbu zářením. Chirurgická léčba je vždy kontraindikována při přítomnosti vzdálených metastáz. U většiny případů limitovaného onemocnění SCLC se chemoterapie kombinuje s konkomitantně nebo sekvenčně aplikovanou radioterapií. SCLC je sice nemoc radiosenzitivní, ne však radiokurativní, pokud by se záření zvažovalo jako primární či definitivní léčebná metoda. ▶

ODBORNÉ AKCE



Profesorka Jana Skříčková | Foto: archiv

Přidání radioterapie k chemoterapii ale u limitovaných stadií přináší výrazný benefit pro přežití nemocných. Osvědčuje se profylaktické ozáření mozku, protože u SCLC bývá častým místem vzniku metastáz.

Pokud jde o vyhlídky léčebných možností této nemoci, v nejbližší budoucnosti pravděpodobně zůstanou hlavními léčebnými modalitami ty již běžně užívané, tedy chemoterapie v kombinaci s radioterapií, méně často s chirurgickou léčbou. Součástí léčby zřejmě zůstane i radioterapie zbytkové nemoci u extenzivní choroby a profylaktické ozáření mozku u všech stadií onemocnění po dosažení regrese u plicních i mimoplicních projevu přítomnosti nádorové choroby. Další využitelné možnosti budou přicházet v úvahu podle imunohistochemických či genetických podrobnějších charakteristik nádorových onemocnění. Nadějí je imunoterapie protilátkami proti PD-1 či PD-L1.

I přes značný pokrok ve výzkumu genetických změn a signálních drah v nádorových buňkách SCLC však zůstává tento nádor z hlediska využitelnosti nových možností onkologické léčby, zejména cílené léčby a imunoterapie, v kategorii nádorů zatím takto neovlivnitelných. „Nadějí na zlepšení přežití pacientů nepřináší screeningové programy, nová cytostatika, tyrozinkinázové inhibitory ani inhibitory angiogeneze. Slibnou možností z hlediska frekvence léčebných odpovědí může být inhibice kontrolních bodů imunitní odpovědi,“ shrnul současný stav profesor Pešek.

Úplné vyléčení NSCLC: jen chirurgicky

Příspěvek o nemalobuněčném karcinomu plic připravila a přednesla profesorka Skříčková. Nemalobuněčné bronchogenní karcinomy (*non small cell lung cancer*, NSCLC) v porovnání s předchozí skupinou rostou pomaleji a metastazují později, jsou však méně citlivé jak k radioterapii, tak

i protinádorové chemoterapii. K úplnému vyléčení vede pouze chirurgická léčba, chirurgický zákrok s kurativním záměrem se doporučuje u nádoru malého rozsahu s minimálním postižením uzlin, u klinického stadia I a II. U stadia IIIA se doporučuje napřed zmenšit rozsah nádoru chemoterapeuticky, případně i v kombinaci s radioterapií.

„V době stanovení diagnózy je většina těchto nádorů v pokročilém klinickém stadiu. Tehdy je podle zahraničních pramenů chirurgická léčba reálná u 10–17 procent nemocných. Pět let přežívá u klinického stadia I zhruba 60–70 procent operovaných, u stadia II 35–40 procent a u stadia IIIA je to 10–15 procent operovaných nemocných,“ uvedla profesorka Skříčková. Jak upozornila, i po radikální resekcii nádoru a postižených uzlin většinou do dvou let dojde k lokální či vzdálené recidivě. I přes pokroky, které byly v posledních 20 letech dosaženy v oblasti konvenční chemoterapie a radioterapie, je zatím stále špatná prognóza u pacientů, kteří mají neoperabilní lokoregionálně pokročilý nebo generalizované onemocnění. Medián přežití těchto nemocných obvykle nepřesahuje 9–10 měsíců od stanovení diagnózy.

Na rozdíl od malobuněčných forem byl NSCLC dlouho považován za léčitelný jen v operabilních případech, v 90. letech však byla do léčby úspěšně zařazena cytostatika III. generace. Na léčebné kombinace platinových derivátů s nimi nádor objektivně odpovídá na léčbu, což pro pacienta znamená zejména ústup potíží. Základem chemoterapie používané pro klinická stadia IIIB a IV jsou platinové deriváty, konkrétně cisplatinu nebo karboplatinu, a to v kombinaci s některým z cytostatik III. generace (paclitaxel, docetaxel, vinorelbin a gemcitabin). Nyní se cytostatika III. generace s platinou nasazují především u skvamózních karcinomů.

Radioterapie s kurativním záměrem se indikuje u nízkých klinických stadií v případech, že je z in-

terních důvodů kontraindikována radikální operace. Chemoterapie a radioterapie nyní patří do standardů léčby klinických stadií IIIA a IIIB. Stávající systémová léčba pokročilých stadií NSCLC se zaměřuje na prodloužení délky života, jeho kvalitu a snížení vedlejších příznaků nemoci. „Naší snahou je vždy vybrat pro nemocného s NSCLC lék, u něhož je prokázáno, že je účinný u nádoru, který nese určité morfologické anebo molekulární genetické znaky. Tento přístup se nejvíce uplatňuje u adenokarcinomů,“ vysvětlila pneumoložka. Od roku 2010 je využíván pemetrexed, což je antifolát. Podání pemetrexedu je indikováno v kombinaci s cisplatinou v 1. linii lokálně pokročilého nebo metastazujícího karcinomu plic (adenokarcinomu nebo velkobuněčného karcinomu).

Pokrokem jsou biologické léky

Jednoznačným pokrokem v léčbě NSCLC jsou biologická léčiva. V terapii pokročilého NSCLC jsou v České republice úspěšně využívány inhibitory tyrozinkinázy receptoru epidermálního růstového faktoru (EGFR) – erlotinib, gefitinib a afatinib. Jsou indikovány u nemocných s NSCLC, u kterých byla prokázána aktivační mutace genu EGFR. Erlotinib je dále indikován u nemocných v dobrém klinickém stavu s pokročilým NSCLC po selhání 1. nebo 2. linie chemoterapie. Preparáty z této skupiny se podávají perorálně. U nemocných, u kterých došlo v průběhu léčby k progresi a je u nich prokázána rezistentní mutace, je indikováno podání osimertinibu. Dalším z preparátů biologické léčby NSCLC je crizotinib, což je selektivní inhibitor anaplastické lymfomové kinázy (ALK) a jejích onkogenních variant. Indikován je u nemocných ALK pozitivních po selhání nejméně jedné linie léčby. Stejně jako u jiných biologik se i vůči crizotinibu vyvíjí rezistence. Účinný pak u této skupiny nemocných může být nový ALK inhibitor

ceritinib. Dalším biologikem užívaným v ČR k léčbě NSCLC je bevacizumab, který se v úvodu podává společně s chemoterapií. Nadějnými molekulami jsou nintedanib, necitumumab a ramucirumab.

„V době diagnostiky především zvažujeme, zda před sebou nemáme nemocného s NSCLC, jehož nádor lze operovat. Pokud operaci indikovat nelze, je třeba pomýšlet na kombinaci radioterapie s chemoterapií. Vždy musíme mít co nejpřesnější morfologickou diagnózu a zejména u adenokarcinomu doplníme genetické testování. Díky novým preparátům biologické léčby se v posledních letech objevují nové možnosti i u pokročilých NSCLC i pro léčbu dalších linií,“ shrnula na závěr profesorka Skříčková.

Imunoterapie – nový přístup k léčbě

O postavení imunoterapie v léčbě karcinomu plic hovořila MUDr. Leona Koubková (Pneumologická klinika 2. LF UK a FN Motol). Reálnou léčebnou možností nádorových onemocnění se imunoterapie stala na základě pochopení řady regulačních mechanismů, které ovlivňují aktivitu imunitního systému, a zaměřuje se právě na něj, nikoli na samotný nádor. „Povrchové antigeny na buňkách nádoru mohou být efektivním a specifickým léčebným cílem a strategie založená na protilátkách inhibujících kontrolní body imunitní reakce výrazně zlepšuje protinádorovou imunitní odpověď,“ přiblížila základní princip MUDr. Koubková. Monoklonální protilátky blokující CTLA-4 (cytotoxický T-lymfocytární antigen) a receptor PD-1 (protein programované buněčné smrti) a jeho ligand PD-L1, které jsou cíleny na tyto mechanismy, již prokázaly klinickou účinnost ve studiích. Nyní probíhá celá řada dalších studií u obou shora popsáných skupin karcinomů plic. V loňském roce schválil americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) anti PD1-protilátku nivolu-

ma ve 2. linii léčby skvamózního a non-skvamózního NSCLC a pembrolizumab ve 2. linii léčby u PD-L1 pozitivního NSCLC. Přes řadu dosud nezodpovězených otázek se imunoterapie stává další alternativou v léčbě bronchogenního karcinomu a u některých pacientů překonává standardní léčbu jak v efektivnosti, tak kvalitě života pacientů.

Nejčastější primární nádor pohrudnice

Přednosta Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc., přednášel o maligním mezoteliomu pleury. Jde o nádor pohrudnice s nejvyšší incidencí, který zároveň patří mezi nezhoubnější nádory vůbec s mediánem celkového přežití pod 13 měsíců. Doložena je jeho etiologická souvislost s profesionální i paraprofesionální expozicí azbestu. Dlouhá a odolná azbestová vlákna se spolu s vdechovaným vzduchem dostávají do plicních sklípků a odtud mohou putovat až k pleuře, pronikají do pleurálního prostoru, kde vyvolávají místní reakci, a ta může vést k onemocnění. Nádor vzniká až po dlouhé době od prvního kontaktu s azbestem, i pokud dotýčný s azbestem již řadu let nepracuje, (bývá to i 30–40 let od expozice). Práce s azbestem je již zakázána. Stávajícím nejvýznamnějším zdrojem expozice je azbestocementová střešní krytina, záruzdorné izolace v budovách, ale například i brzdové obložení, některá těsnění a izolace v dopravních prostředcích i vodovodech. Diagnostika se provádí především imunohistochemickým vyšetřením vzorku nádoru. Základní léčbou je nyní chemoterapie, kombinuje se cisplatinou a pemetrexedem. Chirurgická léčba spočívá v extrapleurální pneumonektomii nebo rozšířené pleurektomii. Ani kombinovaná léčba s adjuvantní nebo neadjuvantní chemoterapií ale tak dalece neprodlužují přežití nemocných. „Maligní mezoteliom pleury je jedním z dosud nevyřešených problémů současné medicíny. Přes zákaz práce s azbestem v civilizovaných zemích bude jeho výskyt nadále stoupat. Časná diagnostika zatím postrádá vhodný biomarker a nově zkoumané terapie zatím příliš nezaznamenaly zásadní posun v celkovém přežití nemocných. Přesto lze očekávat, že stále se rozrůstající imunogenetický výzkum je nadějí pro skutečně účinnou cílenou léčbu těchto nádorů,“ vyjádřil profesor Kolek naději na vznik terapie, která změní osud těchto nemocných.



Profesor Vítězslav Kolek | Foto: archiv

Snažíme se zlepšit kvalitu života lidí s inkontinencí

Samovolným únikem moči (močovou inkontinencí) trpí 6 až 8 % české populace, tedy přibližně milion osob. S cílem zlepšit kvalitu života těchto lidí a detabuizovat problematiku se odborníci na urologii a urogynekologii sdružili do spolku Incoforum.

Vsouvislosti s blížícím se Světovým týdnem kontinence se zástupci Incofora sešli v pražské restauraci Mlýnec, aby informovali mediální veřejnost o aktivitách sdružení a plánovaných akcích. Setkání proběhlo za spolupráce s divizí Medical Services Mladé fronty, a. s.

Tabuizované téma

Podle odborníků chybí dostatek informací o možnostech léčby. Tabu spojené s inkontinencí přitom často nedokážou prolomit ani mnozí lékaři, kteří svým pacientům neposkytnou adekvátní informace o léčbě, která je v ČR poskytována na světové úrovni. Jak uvedl prezident Incofora a přednosta Urologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc., z dotazníkového šetření, které proběhlo během loňského Světového týdne kontinence v Praze, vyplynulo, že 44 % dotazovaných unikání moči omezu-

je a 57 % inkontinentních osob se s tímto zdravotním problémem nikomu nesvěřilo. Používání inkontinentních pomůcek udávalo 34 %. „Močová inkontinence je stresující a invalidizující stav zvyšující nemocnost. Nezávisle na věku je 15-30 procent žen ovlivněno tímto problémem ve všech životních oblastech – pracovní, fyzické, sociální, psychologické a v neposlední řadě také sexuální,“ uvedl předseda správní rady Incofora MUDr. Lukáš Horčíčka z Urogynekologické ambulance GONA.

Příčiny inkontinence

U žen se inkontinence vyskytuje především v souvislosti s poruchou statiky pánevního dna, zejména po porodech, či u obězních pacientek, u degenerativních, nádorových či zánětlivých onemocnění urogenitálního traktu, po operacích a u vrozených morfologických či funkčních poruch. U mužů se únik moči objevuje především



Zleva prof. Tomáš Hanuš, MUDr. Lukáš Horčíčka, doc. Roman Zachoval a prof. Martin Bojar | Foto: archiv

v souvislosti s operacemi prostaty, dále při vrozených, degenerativních a zánětlivých onemocněních. „Rizikovým faktorem je především věk pacientů a s tím související degenerativní změny v oblasti dolních močových cest. Mezi nespécifické příčiny patří neurologická onemocnění (například roztroušená skleróza, parkinsonský syndrom, centrální mozkové příhody a míšní trauma), dále traumata a operace či ozáření v oblasti pánve,“ vysvětlil doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D., z urologického oddělení Thomayerovy nemocnice. U obou pohlaví bývá inkontinence způsobena také poruchou kognitivních funkcí, imobilizací a ztrátou obratnosti v seniu, stejně jako lékovou polypragmazií.

Snadná diagnostika, účinná léčba

Diagnostika inkontinence je u 60–80 % případů velmi jednoduchá a spočívá v základním lékařském

vyšetření (odběru anamnézy, fyzikálním, laboratorním a ultrazvukovým vyšetření), které je schopen zajistit praktický lékař. Pouze 20–40 % případů inkontinence si vyžádá specializované urologické vyšetření. V rámci léčby se uplatňují konzervativní i chirurgické přístupy, k dispozici jsou účinná farmaka, nezastupitelnou úlohu má i fyzioterapie zahrnující cvičení pánevních svalů. Významný je mezioborový přístup k pacientovi. „Mrzí nás, že někteří lékaři nespolupracují a neposílají pacienty s močovou inkontinencí ke specialistům, kteří dokáží problém úspěšně léčit. Je přáním nás všech, aby inkontinence nebyla brána jako přirozená součást věku, ale léčitelný symptom,“ zdůraznil prof. Hanuš.

Inkontinence u geriatrických pacientů

Inkontinence moči, ale také stolice, postihuje nejméně 30 % osob

O Incoforu

Incoforum vzniklo v roce 2002 jako mezioborové sdružení předních specialistů zabývajících se problematikou inkontinence moči. Cílem Incofora je zlepšení kvality života osob s inkontinencí, celoplošné šíření informací týkajících se inkontinence, vzdělávání středního zdravotnického personálu a edukace veřejnosti.

Spolek Incoforum nabízí:

- odpovědi na základní otázky o inkontinenci,
- pomoc při hledání odborné pomoci,
- informace o možných postupech léčby,
- rady k péči o inkontinentní pacienty,
- souhrn dostupných inkontinentních pomůcek,
- aktuální přehled pořádaných přednášek a akcí.

Více na: www.incoforum.cz

starších 80 let. Komplexní péči jim poskytují urologové, gynekologové, geriatři a další odborníci. Důležité místo mají inkontinentní pomůcky, jež mohou významně zlepšit kvalitu života. K operačnímu řešení se u jedinců v seniorském věku přistupuje až po vyčerpání možností konzervativní léčby.

„Inkontinenci nelze uniknout tabuizací problému. Inkontinence zhoršuje kvalitu života mnoha pacientům, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu nebo úraz mozku či míchy, a zejména početné skupině jedinců trpících neurodegenerativními chorobami. Péče o ně je komunikačně a psychologicky náročná, vyžaduje takt, empatii a pochopení,“ uzavřel prof. MUDr. Martin Bojar, CSC., z Neurologické kliniky FN Motol. (red)

Světový týden kontinence 20.–24. června

Společnost Incoforum připravuje v rámci letošního Světového týdne kontinence opět infostánek v přizemí Obchodního centra Nový Smíchov. Zájemci zde získají odborné informace o inkontinenci, odborníci pak informace o počtu neléčených inkontinentních pacientů a používání inkontinentních pomůcek. Na

stánku budou k dispozici sestry ze specializovaných pracovišť urologie a urogynekologie a poskytnou zájemcům informace o těchto pracovištích a možném vyšetření. V loňském roce navštívilo stánek 1500 osob, bylo poskytnuto 360 konzultací, přičemž polovina lidí měla problémy s únikem moči.

Sexuální život při zhoubném onemocnění

Ačkoli každý třetí člověk u nás onemocní zhoubným nádorem, prognóza nemocných se díky účinné léčbě zlepšuje. Cílem komplexní léčby je návrat do běžného života, ke kterému patří i sex.

Onkologické onemocnění vždy nějakým způsobem naruší partnerský sexuální život. Ve většině případů jsou však poruchy sexuálních funkcí nerozpoznány, a tedy neléčeny. Období diagnostiky nádorového onemocnění je náročným procesem, doprovázeným strachem a úzkostí. Velká část nemocných trpí snížením nebo ztrátou sexuální touhy také v období protinádorové

léčby. Nejčastěji pacienti přicházejí kvůli poruchám vzrušivosti (erektce u mužů, lubrikace u žen), orgasmu/ejakulace či problémům s plodností. Sexuální život negativně ovlivňuje i pokles sebedůvěry, únava, deprese, úzkost, zármutek, bolest a fyzické omezení.

Nejčastější poruchy

Odbornou sexuologickou pomocí vyhledají muži nejčastěji po

léčbě zhoubného nádoru prostaty, střev, konečníku či trpící hematologickým onemocněním. Ženy přicházejí po léčbě zhoubného nádoru prsu. „Typickým pacientem, který vyhledá pomoc sexuologa, je muž s rakovinou prostaty ve věku mezi 45 a 65 lety,“ vysvětluje doc. MUDr. Michal Pohanka, Ph.D., ze Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN v Praze. Nejčastější sexuální poruchou, jež zavede mu-

že do ordinace sexuologa, je erektilní dysfunkce. Tou trpí až 90 % pacientů po operačním odstranění prostaty. „V dnešní době disponujeme takovými možnostmi léčby, díky nimž jsme schopni pomoci téměř 100 procentům postižených mužů s jakoukoli příčinou poruchy erekce. V první linii doporučujeme tabletovou léčbu, ve druhé injekční léčbu, třetí linií představuje implantace penilní protězy,“ uvá-

dí MUDr. Taťána Šrámková, CSC., z téhož ústavu. Ženy po komplexní léčbě karcinomu prsu si nejčastěji stěžují na malý zájem o sex, na snížení touhy a z toho pramenící nižší frekvenci sexuálních styků, poruchu vzrušivosti a v polovině případů i na problém s dosažením orgasmu. Popisují, že se necítí sexuálně atraktivní. „Naším cílem je navrátit onkologicky nemocným schopnost realizace sexuální aktivity, obnovit jejich touhu a radost ze sexu,“ konstatuje MUDr. Šrámková. (Zdroj: 1. LF UK) (red)

ODBORNÉ AKCE

Srdeční selhání: kardiovaskulární epidemie 21. století

Tento rok byl Českou kardiologickou společností (ČKS) vyhlášen rokem srdečního selhání. Smyslem je obrátit pozornost laické i odborné veřejnosti k onemocnění, kterým jen u nás trpí až 200 tisíc pacientů.

Chronické srdeční selhání (CHSS) vzniká jako následek řady srdečních onemocnění. Výskyt v populaci vyspělých států Evropy se odhaduje na 2 %. Kvalifikovaný odhad pro Českou republiku je 200 tisíc pacientů, ale u dalších 100 tisíc není srdeční selhání rozpoznáno. Dalších 100 tisíc pacientů má poruchu srdeční funkce s rizikem rozvoje CHSS. Výskyt CHSS stoupá s věkem, ve stáří nad 80 let se odhaduje na 10–20 %. Do 8 let od stanovení diagnózy umírá 25 % pa-

cientů, v pokročilém stadiu zemře do 1 roku 50 % pacientů. Chronické srdeční selhání je problém nejen medicínský, ale i ekonomický – jeho léčba odčerpává 1–2 % zdravotnického rozpočtu států Evropské unie a Spojených států amerických. Prevence srdečního selhání spočívá v identifikaci pacientů s vysokým rizikem rozvoje tohoto onemocnění, včasné diagnostice srdečního selhání a komplexní terapii, která oddálí zhoršení srdečního selhání do jeho pokročilých stadií.

V České republice je garantem péče o pacienty s tímto onemocněním Česká asociace srdečního selhání (ČASS), která působí v rámci České kardiologické společnosti. ČASS letos pořádá nebo zajišťuje několik významných odborných akcí. Byl to například slavnostní blok na XXIV. výročním sjezdu ČKS (16. května) nebo Konference ČASS, která proběhne v prosinci. Srdeční selhání bylo i vedoucím tématem XXIV. výročního sjezdu ČKS.

(red)

ECMO

– šance v kritické situaci

Nezastupitelné místo v zajištění komplexní péče o celé spektrum pacientů se srdečním selháním patří i Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Zajišťuje nejen specializovanou ambulanci poskytující iniciální diferenciativní diagnostiku a dlouhodobě sledování, neinvazivní i invazivní diagnostiku a terapii za hospitalizace, ale i vysoce specializovanou péči u pacientů s kritickým srdečním selháním v rámci programu extrakorporální membránové oxygenace (ECMO). Pří-

strojová metoda na přechodnou dobu částečně či zcela nahradí srdeční a plicní funkce a umožní tak překlenutí kritického stavu k další diagnostice a léčbě. V rámci „ECMO programu VFN“ bylo od roku 2008 ošetřeno cca 200 pacientů všech věkových kategorií. Zapojení metody ECMO do klinické praxe je šancí pro nemocné se srdečními zástavami a těžkými stavy spojenými se selháním srdce a plic, kteří by bez dostupnosti metody pravděpodobně nepřežili.

Doporučení odborných společností nejsou dodržována

Na XXIV. výročním sjezdu České kardiologické společnosti, který se konal ve dnech 15.–18. května v Brně, prezentoval prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc., v rámci sympozia společnosti Astra Zeneca přednášku „Postavení ticagreloru v současných *guidelines* pro akutní koronární syndrom (AKS)“.

Inhibitory P2Y12

Z inhibitorů P2Y12 variabilita pacientovy odpovědi na clopidogrel (300–600 mg nasycovací a 75 mg na den udržovací dávka) zvyšuje u hyporesponderů riziko ischemických příhod a u hyperresponderů pak riziko krvácivých příhod. Prasugrel (60 mg nasycovací a 10 mg na den udržovací dávka) snižuje počet recidiv kar-

diovaskulárních příhod za cenu četnějších velkých krvácení. Snižuje také významně riziko trombozy stentu a je kontraindikován po předchozí CMP/TIA. Přínos podle profesora Widimského nebyl zjištěn u pacientů starších 75 let a s hmotností nižší než 60 kilogramů. Ticagrelor (180 mg nasycovací a 2x 90 miligramů za den udržovací dávka) je reverzibilní

s poločasem 6–12 hodin. Inhibuje zpětné vychytávání adenosinu, má rychlý a konzistentní nástup a rychlejší ústup účinku. Zvyšuje hladiny léků metabolizovaných přes CYP3A, například simvastatin, zatímco středně silné inhibitory CYP3A (například diltiazem) zvyšují koncentrace ticagreloru v plasmě a mohou zpomalit ústup účinku. „Ticagrelor snížil celkovou mortalitu na infarkt myokardu nebo cévní mozkovou příhodu, ale riziko krvácení se zvýšilo. Mezi nežádoucí účinky patří například dušnost,“ uvedl Petr Widimský.

Kdy začít podávat inhibitory P2Y12?

Zatím se zdá sporné, zda má být u non-STE AKS zahájena před, nebo po selektivní koronografii. Vysazení antiagregační léčby zvyšuje podle profesora Widimského riziko recidivy příhod. „Před elektivní nekardiální operací by měl být ticagrelor a clopidogrel vysazen pět dnů, prasugrel pak sedm dnů. U pacientů s vysokým rizikem trombozy stentu by měla určit nejlepší strategii multidis-

ciplinární konzultace. U operace s extrémním rizikem krvácení, například při neurochirurgii, je vysazení vhodné na delší dobu, například 7 dnů u ticagreloru a 10 dnů u clopidogrelu nebo prasugrelu,“ řekl profesor Widimský. Trvání duální protidestičkové léčby po non-STE AKS je standardně 1 rok, a to bez ohledu na revaskularizační strategii a typ stentu. Je tedy indikována i u konzervativně léčených akutních koronárních syndromů. Při výrazně vyšším riziku krvácení než ischemie je možné protidestičkovou léčbu zkrátit na 3–6 měsíců. Naopak při výrazně vyšším riziku ischemie než krvácení je možno léčbu prodloužit.

Kdy podávat PPI a DAPT, přerušení a ukončení léčby P2Y12

Inhibitor protonové pumpy (PPI) v kombinaci s duální antiagregační léčbou (DAPT) se doporučuje pacientům s vyšším než průměrným rizikem krvácení do gastrointestinálního traktu (GIT), při anamnéze GIT vředu

nebo současně léčbě nesteroidními antirevmatiky či kortikoidy. Měly by být také přítomny alespoň dva z následujících rizikových faktorů: věk nad 65 let, dyspepsie, gastroezofageální reflux, infekce *Helicobacter pylori* a návyk na alkohol. Přerušení léčby P2Y12 inhibitory před non-emergentní nekardiální operací by u ticagreloru nebo clopidogrelu mělo být 5 dnů před operací. Prasugrel by se měl vysadit 7 dnů před operací. To vše jen v případech, kdy je to klinicky možné a nemocný nemá vysoké riziko ischemických příhod. Ukončení léčby P2Y12 inhibitory před non-emergentní nekardiální operací nebo při vzniku krvácivé operace by mělo nastat za 1 měsíc po implantaci koronárního stentu (BMS) a za 3 měsíce po implantaci moderních diethylstilbestrolů (DES).

Antiagregační léčba po PCI

6–8 % procent pacientů podstupujících perkutánní koronární intervenci (PCI) má podle profesora Widimského indikaci k dlouhodobé perorální antikoagulaci (fibrilace síní, mechanické chlopenní náhrady nebo žilní tromboembolická nemoc). Při akutním koronár-



Profesor Petr Widimský | Foto: Martin Ježek

ním syndromu by se měla znovu zhodnotit indikace orální antikoagulace (OAC) a podávat ji nadále pouze při přesvědčivé indikaci. Trojkombinace by se měla zavádět vždy na co nejkratší dobu v závislosti na klinické situaci i riziku tromboembolismu (CH₂DS₂ – Vasc score – a HAS-BLED score). Prasugrel a ticagrelor by neměly být součástí trojkombinační léčby, clopidogrel ano. Ochrana žaludku by měla být zajištěna inhibítorem protonové pumpy. Pečlivě monitorovat by se mělo dávkování a účinnost warfarinu, mezinárodní normalizovaný poměr z protrombinového času srážení krve 2–2,5 u pacientů léčených antagonisty vitamínu K (VKA), kromě pacientů s mechanickými chlopněmi náhradami v mitrální pozici. NOAC (nová perorální antikoagulantia): měla by se podávat nejnížší testovaná látka k prevencím cévních mozkových příhod.

„Duální terapie clopidogrelem a OAC může být zvažována jako alternativa trojkombinace u pacientů s vysokým rizikem krvácení. Při nejnižším koronárním riziku by se měla ukončit veškerá antiagregační léčba po jednom roce, pokračovat by se mělo jen v OAC. Při vysokém koronárním riziku by se měla zvážit dlouhodobá duální terapie OAC a 1 antiagregans, a to ASA nebo clopidogrel,“ pokračoval profesor Petr Widimský.

Krvácivé příhody při antiagregační léčbě

Agregaci destiček při léčbě kyselinou acetylsalicylovou lze obnovit po dvou až pěti transfuz-

ních jednotkách trombocytů. U prasugrelu a clopidogrelu mohou transfuze trombocytů obnovit funkci destiček za 4–6 hodin po posledním podání léku. U ticagreloru trvá obnova funkce trombocyty až 24 hodin i při podávání transfuzí trombocytů, ticagrelor inaktivuje transfundované trombocyty.

Nejdůležitější doporučení pro non-STE AKS

U diagnostiky a farmakoterapie se doporučuje rychlý protokol k vyloučení či potvrzení AKS s užitím 2x hs-Tn, dále echokardiografie (epidurální fibróza, diferenciální diagnostika), ticagrelor nebo prasugrel na 1 rok a clopidogrel pro pacienty užívající OAC. Prasugrel se má podávat až po koronografii, doporučují se též vysoké dávky statinů od začátku hospitalizace. Nejdůležitější doporučení u invazivního přístupu jsou selektivní koronografie do 120 minut od stanovení diagnózy při vysokém riziku, jako je selhání či šok, recidivující stenokardie či závažné arytmie. Dále to je selektivní koronografie do 24 hodin při středním riziku (dynamice Tn, změnách ST-T nebo GRACE větším než 140). Preferuje se radikální přístup. Při mikrovaskulární dekompresi je pak doporučována indikace přes Heart-team.

PCI centra nerespektují guidelines

Incidence prokázaných hospitalizovaných pacientů s akutním koronárním syndromem u nás je 2250 nemocných na 1 milion



Foto: Martin Ježek

obyvatel. Klasifikace AKS na základě pokračující ischemie myokardu (OMI) v době přijetí podle profesora Widimského lépe odliší nemocné s horší a lepší prognózou než tradiční klasifikace AKS. Úmrtnost nemocných s AKS a OMI je významně nižší, pokud jsou přijati přímo do kardiocentra. U nemocných s AKS a poklesem ST a/ nebo s akutním srdečním selháním je od doby od EKG do zahájení katetrizace nepřijatelně dlouhá. Podle *guidelines* by měla být srovnatelná s elevacemi ST. Časy od začátku potíží do EKG jsou naopak u nemocných s AKS a OMI přijatelně krátké bez ohledu na EKG prezentaci. „Antiagregační léčba doporučovaná pacientům při dimisi nerespektuje *guidelines*, tedy platná doporučení odborných společností,“ zdůraznil profesor Widimský. Mezi cíli přednášející zdůraznil popsání pacientů trpících AKS po

propuštění z center perkutánní koronární intervence (PCI), potřebu změny jejich životního stylu, dodržení předepsané léčby a zhodnocení bezpečnosti a účinnosti léčby. V současné době obsahuje registr 687 pacientů s AKS hospitalizovaných v PCI centrech za období červen 2013 až leden 2015 s dostupnou informací alespoň o vstupní návštěvě u kardiologa. Z vyhodnocení plyne, že diagnóza STEMI byla zaznamenána u 41,8 % pacientů, NSTEMI u 36,8 % a nestabilní *angina pectoris* u 21,4 % pacientů. Po propuštění byla nejčastěji nasazeným lékem ASA (96,9 %), pak clopidogrel (78,6 %), ale ticagrelor jen u 18,6 % a prasugrel pouze u 3,3 % nemocných. Změna medikace od propuštění z PCI centra do vstupní návštěvy byla zaznamenána u 9,9 % pacientů, do druhé návštěvy u 13,8 % a do třetí návštěvy u 28,9 % nemocných. Nejčastěj-

ším důvodem obměny medikace byla „změna dle *guidelines*“. Krvácení se v průběhu sledování dále vyskytlo ve 2,3 % případů a nejčastější změnou životního stylu nemocných po infarktu myokardu bylo zlepšení stravovacích návyků. Z dalších závěrů vyplývá, že lékaři v PCI centrech nerespektují platná *guidelines*, což je zřejmé z 47% podílu BMS, vysokého podílu clopidogrelu a malého podílu účinnějších P2Y₁₂ inhibitorů. Clopidogrel dostávalo během hospitalizace 65 % nemocných, při dimisi pak 77 % pacientů. „Nejprekvapivějším (a velmi smutným, protože ukazuje na neznalost faktů z *guidelines*) zjištěním však je, že 58 procent lékařů v dotazníku uvedlo, že považují clopidogrel za lepší či srovnatelně účinný lék ve srovnání s ticagrelorem nebo prasugrelem,“ uzavřel profesor Widimský. (maj)

Co by měli kardiologové vědět o novém antidotu k dabigatranu

V rámci XXIV. výročního sjezdu České kardiologické společnosti proběhlo sympozium společnosti Boehringer Ingelheim s názvem „Dabigatran se specifickým antidotem – další krok k bezpečnější antikoagulaci“.

Sympozium přineslo další důležité poznatky týkající se klinického významu nového antidota idarucizumabu (Praxbind) k perorálnímu antikoagulantu dabigatran etexilátu (Pradaxa), o němž jsme vás informovali již v předchozích číslech časopisu.

K problematice spojené s bezpečnější antikoagulační léčbou se vyjádřili MUDr. David Tuček

z oddělení urgentní medicíny FN Hradec Králové, prof. MUDr. Miroslav Penka, CSc., z Interní hematologické a onkologické kliniky LF MU a FN Brno, prof. MUDr. Jozef Kautzner, CSc., FESC, z Kliniky kardiologie Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze, prof. MUDr. Lubomír Elbl, CSc., z kardiologické ambulance Polikliniky Lesná, Brno a MUDr. Petr Janský z Kar-

diochirurgické kliniky 2. LF UK a FN Motol v Praze. Předsedajícím odborného bloku byl prof. MUDr. Petr Neužil, CSc., z Nemocnice Na Homolce v Praze.

Nové antidotum

Na sympoziu byly shrnuty základní informace o idarucizumabu – prvním schváleném specifickém antidotu k antikoagulačnímu léku ze skupiny no-

vých perorálních antikoagulantů (NOAC). Předsedající prof. Neužil zahájil sympozium odpovědí na otázku, proč antidotum potřebujeme. K tomu jednak uvedl, že neznalost specifických antidotů NOAC je od počátku uváděna jako jejich hlavní nevýhoda. Dále že přes prokázanou bezpečnost NOAC má stále obava z krvácení bez dostupného antidota větší vliv na předepisování než

jejich účinnost v prevenci CMP. Navíc jsou u starší populace (pacientů s fibrilací síní) časté pády s následkem zranění. Riziko pádu je u pacientů nad 65 let až 40%. U antikoagulovaných pacientů je proto potřeba mít k dispozici preparát rušící účinek této léčby pro případ urgentních zákroků. Z tohoto důvodu jsou vyvíjena antidota proti všem NOAC. K dispozici je zatím zmíněný idarucizumab, dostupnost dalšího lze očekávat nejdříve koncem roku 2017. Následně odborníci prezentovali dosavadní poznatky a zkušenosti

ODBORNÉ AKCE



Foto: Andrea Skálová

s idarucizumabem jak z klinických studií, tak z reálného podání. Připomeňme, že hlavním přínosem nového antidota je schopnost rychle a účinně neutralizovat antikoagulační účinek dabigatranu etexilátu. S dostupností idarucizumabu mohou mít odborníci předepisující antikoagulační terapii i méně obav z případného závažného krvácení u pacientů indikovaných k NOAC, což by mohlo vést k častější preskripci léku z této skupiny a tím k ochraně většího počtu pacientů před tromboembolickými příhodami, zejména ischemickými

cévními mozkovými příhodami, a jejich devastujícími následky.

Specifický účinek

MUDr. David Tuček shrnul závěry studie RE-VERSE AD, která hodnotila reverzi antikoagulačního účinku dabigatranu idarucizumabem. „Studie je významná tím, že zahrnuje pacienty s nekontrolovaným krvácením a nutností akutního zákroku včetně těžce nemocných pacientů. Soubor tedy odpovídá reálné praxi,“ uvedl MUDr. Tuček. Současně vyzdvihl, že idarucizumab má vlastnosti ideálního

antidota: působí specificky, okamžitě, předvídatelně, dostatečně dlouho, jednoduše se podává a nemá vedlejší účinky. Existence účinného a bezpečného antikoagulans spolu se specifickým antidotem podle něj umožňuje zavádět antikoagulační terapii i u pacientů s vyšším rizikem krvácení, neboť je zde možnost okamžitě normalizovat koagulaci v případě urgentního zákroku či nekontrolovatelného krvácení. Z pohledu hematologa se k problematice vyjádřil prof. Miroslav Penka. Účastníky sympozia seznámil s možnostmi řešení různých

stupňů závažnosti krvácení – jejich výhodami a riziky. Využití specifického antidota vidí především v případech život ohrožujícího krvácení. „Antikoagulační preparáty, jejichž efekt lze účinně zrušit, jsou nejvýhodnější. U dalších opatření, jako je použití koncentráту protrombinového komplexu (PCC), hrozí například hyperkoagulační stav. V případě idarucizumabu však v závažných situacích nejsme odkázáni na alternativní opatření jako u ostatních antikoagulancií,“ řekl prof. Penka.

Bezpečnější léčba fibrilace síní

Profesor Kautzner se zaměřil na praktické otázky spojené s indikací antidota. V úvodu uvedl, že dabigatran 150 mg a 110 mg prokázal v klinických studiích v porovnání s warfarinem dobrý bezpečnostní profil, který je potvrzován reálným užíváním. Na podkladě dat získaných ze zahraničních registrů se zamýšlel nad tím, jak velké je riziko krvácení u pacientů na antikoagulační léčbě v reálném životě ve srovnání s klinickými studiemi.

Dále přednášející podtrhl význam specifického antidota v souvislosti s katetrizační ablací – častým terapeutickým výkonem prováděným u fibrilace síní. Téměř všichni pacienti s fibrilací síní, která je hlavním rizikovým faktorem ischemické cévní mozkové příhody, jsou kandidáty pro antikoagulační léčbu. „Ačkoliv riziko komplikací při tomto výkonu – perforace srdce či srdeční tamponáda – je velmi nízké a představuje asi 0,2–2,5 procenta, před zavedením antidota bylo vzniklé krvácení u pacientů na antikoagulační léčbě obtížné zvládnout jen u některých,“ upozornil prof. Kautzner. Uvedl, že některá data ukazují, že nepřerušená léčba dabigatranem má podobně nízký výskyt komplikací jako nepřerušovaný warfarin. Odpověď nám dá studie RE-CIRCUIT srovnávající právě bezpečnost a účinnost nepřerušované léčby dabigatranem vs. warfarinem. Antidotum přináší možnost okamžitého řešení závažných krvácení při antikoagulační léčbě dabigatranem. Tímto prof. Kautzner své sdělení uzavřel.

Antidotum v kardiologické ambulanci

Co přináší nové antidotum do ordinace kardiologa, nastínil profesor Lubomír Elbl. „Při zvažování výběru vhodného antikoagulans

je třeba přihlížet k řadě faktorů, jako jsou kvalita života pacienta na antikoagulační terapii, spokojenost s léčbou, možnost eventuelní monitorace či obavy z této léčby, tedy zda máme možnost účinek okamžitě zrušit. K dabigatranu a monitoraci bych uvedl, že máme možnost použít běžný aPTT test. Lékař sám by pak měl mít na mysli věk pacienta, vhodné dávkování, sledovat compliance, komorbiditu a renální funkci pacienta,“ vysvětlil prof. Elbl. Na vývoji strategie antikoagulační léčby u nevalvulární fibrilace síní v letech 2008–2015 demonstroval, že ubývá pacientů bez terapie a léčených aspirinem/clopidogrelem, naopak přibývá pacientů léčených NOAC. Také on vidí významný přínos antidota pro život pacientů na antikoagulační terapii. „Reálný život bohužel provázají i nehody a potřeba urgentních zákroků. Týká se to mimo jiné mnoha seniorů s fibrilací síní, kteří žijí aktivním životem a potřebují bezpečnou antikoagulaci z pohledu možnosti rychlého zrušení jejího účinku“ řekl. Své vystoupení uzavřel tím, že data z reálné klinické praxe potvrzují bezpečnost a účinnost obou dávek přípravku dabigatran etexilát vs. warfarin z klinických studií, které jsou oproti warfarinu přínosem pro pacienta. Zavedení antidota k dabigatranu podle něj zvyšuje bezpečnost antikoagulační léčby a důvěru lékařů v tuto terapii. To umožní podat ji více pacientům a tím je ochránit před následky iCMP. Dabigatran etexilát je první NOAC se specifickým antidotem, což přináší jistotu lékaři i pacientovi. Na příkladu podání idarucizumabu v rámci klinické studie RE-VERSE AD potvrdil MUDr. Janský to, co již zaznělo, a sice že seniori jsou aktivní, mohou se zranit a je potřeba mít možnost rychle zrušit účinek antikoagulancia. 79letá seniorka utrpěla otevřenou frakturu tibie při jízdě na motorce – s následnou potřebou urgentní osteosyntézy. „Podání antidota vedlo k rychlé normalizaci hemostázy a umožnilo normální průběh operace.“ Idarucizumab je nyní v 78 nemocnicích v České republice od ledna 2016, za první 4 měsíce byl podán 15krát, nejčastěji z důvodu akutního výkonu či krvácení v důsledku pádu či traumatu. „Každé pracoviště, kde se provádějí urgentní výkony, by mělo být vybaveno idarucizumabem,“ doplnil v závěrečném shrnutí profesor Neužil.

Čeští kardiologové založili nový nadační fond

Jen v České republice se ročně narodí asi 500 dětí se srdeční vadou. Většinu z nich lze upravit operačním nebo katetrizačním výkonem. Jsou ovšem oblasti, kde je výskyt těchto vad mnohonásobně vyšší a účinná pomoc neexistuje. Z tohoto důvodu vznikl nadační fond Africké srdce, který chce pomáhat tam, kde není zdravotnictví na takovém stupni rozvoje jako u nás.

Nadační fond Africké srdce vznikl přímou iniciativou lékařů pražského Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) – přednosty Kliniky kardiologie prof. MUDr. Josefa Kautznera, CSc., FESC (na snímku), a lékařky kliniky a předsedy pracovní skupiny Kardio 35 při České kardiologické společnosti (ČKS) MUDr. Michala Pazderníka. Současně fond získal podporu předsedy ČKS prof. MUDr. Miloše Táborského, Ph.D., FESC, MBA, a kardiologa MUDr. Romana Gebauera z dětské kliniky Kardiocentra v německém Lipsku.

Cílem nadačního fondu Africké srdce je předávat znalosti v oblasti kardiologie, ve které čeští odborníci patří k absolutní světové špičce. Nadační fond bude



pomáhat vybraným dětským pacientům s vrozenými srdečními vadami, které by jinak nepřežily do dospělosti. „Současně chce-

me podporovat rozvoj vzdělanosti afrických studentů medicíny, pro které budeme v IKEM organizovat pravidelné vědecko-výzkumné stáže, tak aby mohli ve svých zemích v budoucnu účinněji pomoci,“ uvedl prof. Kautzner.

Nadační fond začíná působit v Súdánu a následně rozšíří svou činnost do dalších afrických zemí. „Ve spolupráci s nadací Asante Kenya, kterou vede Lejla Abbásová, vybíráme další lokality v odlehlých oblastech Keni. I tam chce nadace Africké srdce nabízet pomocnou ruku. V následujících měsících předpokládáme vytipování dalších oblastí,“ doplnil MUDr. Pazderník. Zdroj a více informací najdete na: africkesrdce.cz

(red)

PEČUJEME O VÁS




easyMed

ODBORNÉ AKCE

Malé doškolovací dny Levret

V rámci postgraduálního vzdělávání zaujaly již tradiční místo Malé doškolovací dny, které probíhají v rámci Doškolování lékařů v gynekologii a porodnictví LEVRET, s. r. o. Letošní jarní cyklus Malých doškolovacích dnů, které se konaly v osmi městech České republiky, završil 31. května seminář v pražském Hotelu Kampa – Stará zbrojnice. Hlavním partnerem akce byla společnost Heaton.

Na programu semináře byla jako vždy široká problematika pokrývající jak oblast gynekologickou, tak porodnickou. Přednášky zahrnovaly perinatologické téma (infekce v těhotenství), endokrinologické téma (současný pohled na hormonální antikoncepci), onkogynekologické téma (možnosti fertilitu šetřící léčby u pacientek se zhoubnými nádory reprodukčních orgánů), urogynekologické téma (řešení poporodních traum a poruch pánevního dna) a přednášku zaměřenou na význam genetického testování v gynekologické onkologii.

Trendy v hormonální antikoncepci

V příspěvku „Infekce v těhotenství“ upozornil doc. MUDr. Marian Kacerovský, Ph.D., z Po-



Foto: 3x archiv pořadatele

rodnické a gynekologické klinice LF UK a FN Hradec Králové na tři obávané virové nákazy. Jedná se o infekce způsobené herpes virem, parvovirem B19 a cytomegalovirem. Přednášející upozornil na rizika spojená s těmito náka-

zami v těhotenství, následky přenosu infekce na plod, možnosti diagnostiky a léčby uvedených infekcí.

Trendy v hormonální antikoncepci představil MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., z Gynekologic-

ko-porodnické ambulance Levret. Ve svém příspěvku přinesl pohled na kontracepci v jejich začátcích i v současnosti a věnoval se přínosům i rizikům jednotlivých preparátů. Jako jeden z trendů zmínil návrat od velmi nízkých dávek hormonů k nízkým, a sice z důvodu zmírnění nežádoucích účinků spojených s velmi nízkým dávkováním. MUDr. Čepický si posteskl, že v posledních letech klesá počet uživatelů hormonální kontracepce, zapomíná se na její příznivé „vedlejší“ účinky, naopak se přeceňují její potenciální rizika, jako je žilní tromboembolismus. Dochází také ke stagnaci vývoje nových preparátů, navíc mnozí gynekologové podle něj nejsou dostatečně erudovaní v jejím indikování.

Léčebné možnosti ve vztahu k fertilitě

V přednášce „Fertilitu šetřící léčba gynekologických nádorů“ představil prof. MUDr. David Cibula, CSc., z Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Genetické testování, jak uvedl, je důležité nejen z důvodu zjištění genetické zátěže a potenciálního zabránění vzniku nádoru, ale v posledních letech i pro rozhodování o léčbě. Objev mutací majících vztah ke konkrétním nádorům a rozvoj cílené biologické léčby umožnil prodloužit a zkvalitnit život mnoha pacientkám s gynekologickými nádory a vedl ke snížení mortality na tato onemocnění. V onkogynekologii jde zejména o rizikové geny BRCA1 a BRCA2, jejichž mutace způsobují dědičnou dispozici k nádorům prsu a vaječníků a 10–30x zvyšují riziko vzniku těchto karcinomů oproti běžné populaci. Ženy s uvedenými mutacemi je třeba pečlivě sledovat, eventuálně jim nabídnout preventivní odstranění vaječníků a vejcovodů nebo mléčné žlázy.

O pozdních následcích porodních poranění a možnostech jejich rekonstrukce hovořil doc. MUDr. Michal Otčenášek, CSc., z urogynekologické ambulance v Praze. Podrobněji se věnoval anatomii pánevního dna, důvodům porodních traum a symptomům souvisejícím s porodním poraněním a možnostem individuálních řešení vzniklých problémů.



MUDr. Pavel Čepický



Profesor David Cibula

hlas nebo nesouhlas s eventuálním radikálním výkonem. Zdůrazněna byla i potřeba odeslání žen na genetické vyšetření.

Mutace genu BRCA

Testování BRCA a péči o nositelky mutací v ČR se věnoval doc. MUDr. Michal Zikán, Ph.D., z Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Genetické testování, jak uvedl, je důležité nejen z důvodu zjištění genetické zátěže a potenciálního zabránění vzniku nádoru, ale v posledních letech i pro rozhodování o léčbě. Objev mutací majících vztah ke konkrétním nádorům a rozvoj cílené biologické léčby umožnil prodloužit a zkvalitnit život mnoha pacientkám s gynekologickými nádory a vedl ke snížení mortality na tato onemocnění. V onkogynekologii jde zejména o rizikové geny BRCA1 a BRCA2, jejichž mutace způsobují dědičnou dispozici k nádorům prsu a vaječníků a 10–30x zvyšují riziko vzniku těchto karcinomů oproti běžné populaci. Ženy s uvedenými mutacemi je třeba pečlivě sledovat, eventuálně jim nabídnout preventivní odstranění vaječníků a vejcovodů nebo mléčné žlázy.

O pozdních následcích porodních poranění a možnostech jejich rekonstrukce hovořil doc. MUDr. Michal Otčenášek, CSc., z urogynekologické ambulance v Praze. Podrobněji se věnoval anatomii pánevního dna, důvodům porodních traum a symptomům souvisejícím s porodním poraněním a možnostem individuálních řešení vzniklých problémů.

MUDr. Andrea Skálová

Postgraduální vzdělávání je naprosto klíčové

V souvislosti s aktuálním cyklem vzdělávání jsme na závěr semináře požádali garanta odborného programu prof. Davida Cibulu, aby nám řekl několik slov k této akci.

V čem vidíte hlavní přínos a specifikum Malých doškolovacích dnů? Každoročně mě překvapuje, jak pěkně tyto doškolovací dny fungují a drží si vysokou úroveň i při velké konkurenci vzdělávacích akcí. Začali jsme je organizovat před osmi lety s cílem přinést vzdělávání do jednotlivých regionů a zvýšit tak jeho dostupnost pro širší spektrum účastníků. Brzy se ukázalo, že na tyto semináře chodí lékaři rádi, a stala se z nich největší doškolovací akce v oboru gynekologie a porodnictví. Každý cyklus navštíví až 1000 gynekologů. Vybíráme vždy pestrá a aktuální témata, tak aby si v kurzu každý našel něco pro svoji klinickou praxi. Mezi účastníky jsou lékaři z nemocnic i z ambulance, mladí lékaři před atestací stejně jako lékaři, kteří mají za sebou praxi trvající několik desítek let. Také bych rád uvedl, že klíčový je pro Malé doškolovací dny výběr špičkových přednášejících pro každé téma a vysoká kvalita přednášek. Většina příspěvků je vždy nezávislá, nepodporovaná sponzory.

V přednáškách několikrát zaznělo, že bez aktuálních poznatků se v praxi dělají chyby. Můžete na-

stínit, kde je v oboru gynekologie a porodnictví nedostatek průběžného vzdělávání nejvíce „vidět“? Z vnějšího pohledu může člověk jednotlivé obory medicíny vnímat jako oblasti, kde se nic moc neděje. To však není pravda. V každém oboru a podoboru probíhá dynamický vývoj. Postgraduální vzdělávání je tedy naprosto klíčové. Vidím to i u sebe. Specializuji se na onkogynekologii, takže se účastním velkých onkogynekologických kongresů a to, co se děje v urogynekologii či v reprodukční medicíně, se dozvídám buď na těchto akcích, nebo na konferenci nemocničních gynekologů. Upozorňovat kolegy na novinky z jednotlivých podoborů gynekologie a porodnictví je hlavní náplní doškolovacích dnů.

Myslíte, že v současnosti dochází k rychlejšímu vývoji medicíny než v době, kdy jste začínal? Že ztratit přehled o aktuálních poznatcích se dá za kratší dobu, kdy se lékař nevdělává?

Velké a převratné objevy sice už v současnosti nepřicházejí tak často, nicméně třeba technologický pokrok je velmi rychlý. Vedle toho se provádí stále více kvalitních stu-

dií, které díky dostatečnému vzorku subjektů, kvalitnímu designu i provedení mění zavedené postupy. A zdaleka nejde jen o to, že přibývají nové léky. Závěry velkých studií často dokládají, že tradiční výkony či léčebné postupy nepomáhají. Tím se tyto postupy stávají *non lege artis*. Když jsem nastupoval na kliniku, největším oddělením bylo oddělení rizikového těhotenství, kde ležely ženy v prvním a druhém trimestru, dostávaly infuze, abychom podpořili růst plodu. Polovina těchto pacientek měla cerkláž. Dnes se tento výkon na děložním hrdle téměř neprovádí, preventivní hospitalizace nejsou a v některých velkých porodnicích oddělení rizikového těhotenství zcela chybí, protože se veškerá péče provádí ambulantně. Tyto změny nastaly postupně v důsledku nových publikací. Lékař, který rezignuje na postgraduální vzdělávání, si dnes nemůže udržet svoji erudici. Proto je tak důležité se kontinuálně vzdělávat, a já věřím, že Malé doškolovací dny za 8 let své existence, během kterých je navštívilo více než 12 tisíc gynekologů, k erudici lékařů v našem oboru významně přispěly.

(asa)

První transplantace dělohy v ČR

Speciální operační tým pod vedením Jiřího Froňka z IKEM a Romana Chmela z FN Motol provedl koncem dubna první transplantaci dělohy v České republice. Byla to teprve 11. transplantace dělohy od žijící dárkyně – v tomto případě matky příjemkyně – na světě.

Mladá žena, která se narodila bez dělohy, tak dostala šanci přivést na svět vlastní dítě. Touto transplantací tak odstartovala první klinická studie na světě, která zahrnuje transplantace dělohy od žijících i zemřelých dárek. Nový transplantáční program může pomoci ženám, které by jinak nemohly otěhotnět.

Technicky náročný výkon

Historicky první transplantace dělohy v Česku trvala 16 hodin. „Nejprve jsme provedli odběr dělohy od žijící dárkyně, poté následovalo promytí dělohy kon-

zervačním roztokem a úpravy před transplantací. Dále jsme realizovali samotnou transplantaci. Odběr dělohy je výkon technicky velmi náročný. Dělohu musíme odstranit velmi opatrně tak, abychom ji byli schopni úspěšně transplantovat. Během operace byli spolu s členy týmu IKEM a FN Motol také dva odborníci ze Švédska a dva kolegové z USA, kteří se na transplantaci dělohy teprve chystají,“ uvedl přednosta Kliniky transplantáční chirurgie IKEM doc. MUDr. Jiří Froněk, Ph.D., FRCS., který záměr vedl.

Transplantovanou ženu teď čeká období ambulantní léčby a přípravy na otěhotnění. „Budeme kontrolovat postup hojení, prokrvení dělohy a také podávat léky na potlačení imunity. Část léků postupně vysadíme tak, abychom mohli za 9–12 měsíců přistoupit k umělému oplodnění. Podmínkou transplantace dělohy je předchozí příprava ve smyslu odběru vlastních vajíček a jejich oplození manželovými spermii,“ vysvětlil zastupující přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky z LF UK a FN Motol MUDr. Roman Chmel, Ph.D., MHA.

Vhodné pacientky

Existují tři skupiny žen, kterým může transplantace dělohy pomoci k otěhotnění a porodu vlastního dítěte. Jsou to ženy, kterým chybí děloha, případně ji mají z pohledu otěhotnění nefunkční. „Po švédské studii, kde bylo transplantováno celkem 9 žen, se jedná o teprve druhou studii na světě. V plánu je celkem 20 transplantací dělohy – deset žen by mělo dostat dělohu od žijící dárkyně, deset od zemřelé. Po transplantaci dělohy by měly být schopné porodit jedno až dvě zdravé děti. Naši odborníci se na tento záměr usilovně připravova-

li téměř 4 roky. Jsem velmi rád, že hned první transplantace mezi matkou a dcerou proběhla bez komplikací,“ řekl ředitel IKEM MUDr. Aleš Herman, Ph.D.

Další ženy, které mají o transplantaci dělohy zájem a splňují přesně vymezená indikační kritéria, už nyní podstupují potřebná vyšetření. První transplantace dělohy v ČR je výsledkem kvalitní spolupráce dvou vysoce specializovaných center. „FN Motol se problematikou pacientek bez funkční dělohy zabývá dlouhodobě, zapojení se do programu transplantace dělohy je tak přirozeným vyústěním našich snah nabídnout pacientkám možnost porodit vlastní dítě,“ doplnil ředitel FN Motol JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA. (red)

Domácí dětská paliativní péče není dostupná

Pomoc umírajícím dětem a jejich rodinám v domácím prostředí u nás nabízejí pouze 3 instituce. Péče navíc není hrazena ze systému zdravotního pojištění. Situaci chce změnit nově vzniklá pracovní skupina.

Dětská paliativní péče je určena rodinám, jejichž dítěti bylo diagnostikováno život ohrožující nebo život limitující onemocnění. V případě České republiky se jedná o několik tisíc nevyléčitelně nemocných dětí ročně. Většina život limitujících onemocnění má jasnou prognózu – nedává naději na uzdravení, zato vyžaduje nesmírně náročnou péči. Nejčastěji se jedná o nenádorové diagnózy, tedy např. dědičné poruchy metabolismu, vrozená neurodegenerativní onemocnění, nervosvalová onemocnění, závažná postižení mozku vzniklá např. v období kolem porodu či po úrazu. Pacienti s onkologickou diagnózou tvoří zhruba 20 % dětí vyžadujících paliativní péči. V České republice je domácí paliativní péče pro většinu dětí dostupná pouze omezeně. Zlepšení situace u nás chce prosadit nově vzniklá Pracovní skupina dětské paliativní péče, která je součástí České společnosti pro paliativní medicínu ČLS JEP. „Cílem pracovní skupiny je vytvořit standardy pediatrické paliativní péče v ČR a zajistit i dlouhodobě udržovat její dostupnost v rámci celé republiky,“ říká předsedkyně pracovní skupiny MUDr. Mahulena Mojžíšová.

Kdo nabízí domácí péči

V současnosti zajišťují pediatrickou paliativní péči v domácím

prostředí v Praze Cesta domů, v Ostravě a části Moravskoslezského kraje mobilní hospic Ondrášek a v Jihomoravském kraji mobilní paliativní tým MUDr. Petra Lokaje při Klinice dětské onkologie LF MU a FN Brno. Podstatou domácí hospicové péče je trvalý pobyt dítěte doma v péči rodičů s možností pravidelných návštěv lékaře, sestry, sociálních pracovníků a psychologů, kteří jsou také 24 hodin denně dostupní pro telefonickou asistenci. Kromě odborné péče zajišťují tyto organizace také zapůjčení potřebných a finančně velmi nákladných zdravotnických pomůcek, jako jsou polohovací lůžka či koncentrátoři kyslíku. Specifickou formu podpory rodinám takto nemocných dětí nabízí i Nadační fond Klíček.

ZP péči nehradí

Paliativní péče pro děti v ČR bohužel patří mezi témata, která jsou na okraji zájmu odborné veřejnosti. Dokládá to i fakt, že vůbec první odborná konference na téma dětské paliativní péče u nás proběhla až v roce 2014. Aktuální problematika dětské paliativní péče v domácím prostředí souvisí nejen s její omezenou dostupností, ale i s potížemi spojenými s jejím financováním. Organizace, které domácí hospicovou péči poskytují, si mu-

sejí zajistit velkou část svých finančních zdrojů i prostřednictvím grantů, dotací a darů fyzických i právnických osob. Jedním z podporovatelů obecně prospěšné společnosti TŘI, která provozuje Hospic Dobrého

pastýře v Čerčanech, je společnost GSK. „Naším cílem je zvýšit povědomí o problematice dětské paliativní péče a vyjít vstříc rodinám, které pomoc v tak těžkých situacích potřebují,“ uvedla generální manažerka společ-

nosti GSK ČR PharmDr. Monika Horníková.

Více informací o pracovní skupině a paliativní péči naleznete na: www.paliativnimedicina.cz

(Zdroj: GSK)

(akt)

Sekvenování genetických informací pomáhá objasňovat příčiny onemocnění

V italském Bertinoru nedávno proběhl 5. kurz genetického sekvenování Next Generation Sequencing (NGS), moderního a stále a využívanějšího způsobu laboratorního genetického vyšetření.

Na bertinorském kurzu byly vysvětleny základní typy genetických vyšetření a předvedeny principy metody a technologie z biologického pohledu. Byly také vyzvednuty výhody NGS. „Těmi jsou rychlejší zjišťování genů konkrétních onemocnění a možnost vyšetření většího množství pacientů například na dědičné choroby nebo onkologická onemocnění,“ vysvětluje genetik MUDr. Marek Godava, Ph.D., z Centra fetální medicíny a genetiky v Olomouci. U velké části známých genů lékaři už vědí, jaké mohou v případě poruchy způsobit obtíže. U metabolických poruch se tak například dá upravit jídelníček pacienta.

Dalšími body programu bylo bioinformatické vyhodnocování, tedy jak získat data ze sekvenování a jak s nimi dále pracovat. „Každý

den jsme absolvovali workshopy, kde se data vyhodnocovala a z nich se zjišťovaly u pacientů poruchy, které by mohly vysvětlit zdravotní problémy nemocných. To je samozřejmě také důležité u budoucích rodičů, protože pokud se zjistí dva zdroje poruchy jednoho genu, pak velmi vzrůstá pravděpodobnost, že potomka čeká stejné postižení,“ říká Marek Godava.

Predikce mentální retardace

Němečtí vědci se v Bertinoru prezentovali s výsledky aplikace NGS u mentálně postižených pacientů a u nemocných s poruchami vývoje kostí a končetin, jejich holandská kolegyně pak zkušenosti se sekvenováním celé genetické informace. Kurzu se také zúčastnil profesor genetiky Joris Veltman, který vysvět-

loval využití NGS při zjišťování dědičné mentální retardace.

„Jeho záci a konečně i já jsem zastáncem exomového vyšetření. Při něm se zkoumá sestava známých genů, z nichž se může pro pacienta využít jen část, kterou lékař a pacient potřebují znát k vyléčení aktuálních potíží nemocného. Zbytek se může uložit a nevyužitá část použít při dalších problémech,“ popisuje MUDr. Godava. Na otázku proč nezjistit všechny informace z exomového vyšetření odpověděl také italský kurz. Mohla by se při něm například zjistit nezvratná fakta o propuknutí těžké nevyléčitelné choroby v nezjistitelném časovém horizontu. Ta by mohla pacienta přivést k rezignaci na léčbu, lékař by naopak mohl žít ve stresu, zda a kdy mu informací sdělí. (mal)

ODBORNÉ AKCE

Role fibrinogenu u život ohrožujícího krvácení

Fibrinogen je klíčovým faktorem v koagulaci, prediktivním faktorem závažnosti stavu u masivního krvácení a významným prostředkem v řešení život ohrožujícího krvácení. Jeho rolí v klinické praxi se zabývalo satelitní sympozium společnosti CSL Behring, s. r. o., „Haemocompletan P – jediný fibrinogen s indikací vrozené a získané hypofibrinogenemie“, které proběhlo v rámci X. kongresu České společnosti intenzivní medicíny 26. 5. v Brně.

Aktuální pohled na úlohu fibrinogenu u život ohrožujícího krvácení (ŽOK) přinesli MUDr. Jan Bláha, Ph.D., z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a VFN v Praze a prof. MUDr. Roman Gál, Ph.D., z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF MU a FN Brno. Předsedajícím sympozia byl prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM, z Kliniky anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny Fakulty zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně a Masarykovy krajské nemocnice v Ústí nad Labem.

ŽOK a fibrinogen

Stavy těžkého krvácení představují širokou a nehomogenní skupinu stavů, mezi něž nejčastěji patří masivní krvácení po traumatu či operaci, v souvislosti s porodem nebo krvácení v důsledku vrozené či získané poruchy trombocytů a koagulačních faktorů. Život ohrožující krvácení je závažný stav vyžadující spolupráci mnoha odborností, přičemž intervenci je třeba provést v co nejkratším možném ča-

se. Klíčovým faktorem u ŽOK je hladina fibrinogenu, kdy hodnoty pod 1 g/l mohou být příčinou masivního krvácení.

Fibrinogen má tedy prediktivní hodnotu a ukazuje na závažnost stavu. Při ŽOK je prvním faktorem, který dosahuje kriticky nízké hladiny, a hypofibrinogenemie je běžnou součástí komplexu koagulopatií spojených s ŽOK. *Guidelines* Evropské anesteziologické společnosti doporučují podat koncentrát fibrinogenu vždy, když je významné krvácení provázeno podezřením na jeho nízké hladiny. Podání se doporučuje při poklesu hladiny pod 1,2–2 g/l, přičemž je třeba mít na paměti, že hodnoty pod 1 g/l jsou spojeny s rizikem masivního krvácení.

Evidence není vše

MUDr. Bláha se ve svém příspěvku zamýšlel nad tím, kdy fibrinogen podávat a do jaké míry se striktně držet důkazů (evidence). Vycházel přitom z výsledků získaných z Cochranyv databáze, z nichž vyplynulo, že podávání fibrinogenu nemá opodstatnění. „Z uvedené analýzy konkrétně vyplynulo, že

efekt je stejný při podání i nepodání fibrinogenu, podání fibrinogenu pouze sníží potřebné množství transfuzních preparátů. Publikace těchto výsledků vedla k větší diskusi mezi autory evropských doporučení a autory studie, která vyústila v následné zmírnění původního tvrzení o nepotřebnosti podání fibrinogenu v Cochranově knihovně,“ uvedl MUDr. Bláha.

Jak dále vysvětlil, i pokud by šlo o pouhé snížení množství transfuzních preparátů, je to pro pacienta přínosem, neboť každá další transfuze je spojena s vyšším rizikem morbidit i mortality. Současně zdůraznil význam klinické zkušenosti a konstatoval, že přílišné zabývání se evidencí může být kontraproduktivní. V souvislosti s tím vyslovil znepokojující otázku: „Kolik pacientů musí zemřít při čekání na důkazy?“

Benefit je důležitější než cena

Přednášející dále uvedl, že Česká republika je šestou zemí, která začala fibrinogen v managementu život ohrožujícího krvácení používat. Porodnické pracovišti v Praze U Apolináře, kde MUDr. Bláha působí, je fibrinogenem vybaveno a fibrinogen je součástí transfuzního protokolu. Jeho užití má stoupající trend – v roce 2013 bylo na tomto pracovišti využito 6 g fibrinogenu, zatímco v roce 2015 to bylo již 64 g.

Překážkou v podávání fibrinogenu by podle MUDr. Bláhy neměla být vyšší cena koncentrátu. Při zvažování výběru mezi mraženou plasmou a fibrinogenem je třeba přihlížet k jeho přednostem, jako je možnost rychlého podání (8 minut oproti 35 minutám u plasmy) nebo vyšší bezpečnost (díky čistotě preparátu). Fibrinogen navíc nezvyšuje riziko trombózy. „Fibrinogen by měl být prv-



Ilustraci foto: Shutterstock

ním faktorem, po němž sáhneme v případě masivního krvácení,“ shrnul Jan Bláha.

Více fibrinogenu, méně plasmy

Také profesor Gál demonstroval na grafu spotřeby transfuzních preparátů na oddělení urgentního příjmu FN Brno, že mezi roky 2013 a 2015 klesá spotřeba mražené plasmy ve prospěch častějšího podávání fibrinogenu. Vedle přínosů fibrinogenu vyzdvihl i význam transfuzních protokolů, jimiž by měla být vybavena nejen velká traumacentra, ale i menší okresní pracoviště, například porodnická oddělení. Odborníci se shodli, že pokud je k dispozici transfuzní protokol, intervenci je možné realizovat v kratším čase, což je při závažném krvácení zcela zásadní.

V příspěvku zaměřeném na cílenou hemosubstituční terapii u traumat prof. Gál prezentoval několik kazuistik, na nichž

ukázal přínos podání fibrinogenu. Jednalo se o starší pacientku – motorkářku, která utrpěla vážný dopravní úraz, dále o 80letého muže se střelným poraněním a 27letého muže s krvácením duodenálního vředu.

Závěry

Na konci sympozia shrnul profesor Černý nejdůležitější poznatky, které zazněly na sympoziu. „Je evidentní, že používání fibrinogenu v časně fázi závažného krvácení má fyziologické opodstatnění a nic na tom nemění evidence. U lůžka nemocného je vždy třeba zohlednit tři věci – současný stav poznatků, klinickou zkušenost a znalost fyziologie a patofyziologie. Víme, že u pacienta s masivním krvácením nemůže být vysoká hladina fibrinogenu. A konečně, ekonomické faktory musejí být až na druhém místě,“ uzavřel prof. Černý.

MUDr. Andrea Skálová



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

AKTUALITY

Lidé se **přestali bát HIV**

Průzkum STEM/MARK odhalil, že více než třetina Čechů podvádí svého partnera. Více než polovina z nich formou jednorázového styku. Ale jen desetina chodí na testy HIV.

HIV napadá imunitní systém, především T-lymfocyty. Jejich výrazný pokles v krvi vede k rozvoji nemoci AIDS. Nákaza virem HIV je opět na vzestupu. Lidé se totiž přestali této nemoci bát a začali podceňovat bezpečný sex.

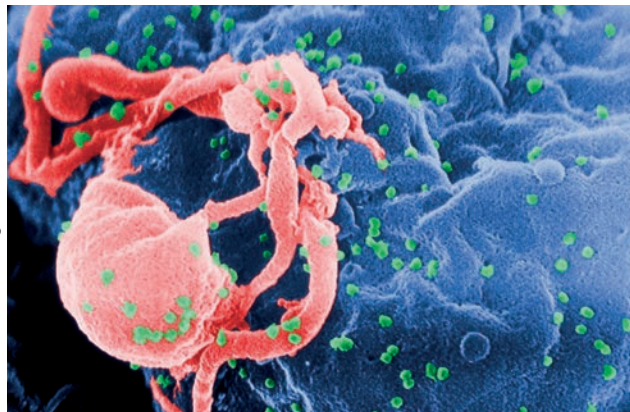
Alarmující čísla

„HIV infekce je virové onemocnění způsobené dvěma podtypy viru. V našich zeměpisných šířkách jde především o HIV typu 1. Celosvětově je nejčastější cestou vedoucí k přenosu HIV sexuální kontakt. Přenos může být parenterální cestou, která je našťastí v rozvinutém světě na ústupu, a dále z matky na novorozence. Jedna z největších záležitostí této nemoci je její velmi dlouhé bezpříznakové období, kdy je nakažená osoba celou dobu infekční a může nákazu přenést na další lidi. Zůstává dosud nevyčíslenou chorobou, ale v případě správné intervence je úspěšně léčitelná. Při léčbě je nutná dlouhodobá spolupráce pacienta s lékařem. Infekce nemůže být odhalena bez příslušného tes-

tování. Čím dříve je onemocnění diagnostikováno, tím lepší je prognóza jeho průběhu,“ konstatoval MUDr. David Jilich z AIDS centra Nemocnice Na Bulovce. Během letošního dubna proběhl průzkum agentury STEM/MARK, který byl realizován u příležitosti Mezinárodního dne památky obětí AIDS na reprezentativním vzorku populace České republiky. Zúčastnilo se jej 980 respondentů ve věku 18–59 let ze všech krajů. Cílem bylo odhalit sexuální zvyklosti Čechů a jejich postoj k riziku pohlavních chorob. Nevěru v průzkumu přiznalo 37 % respondentů, výsledky jsou srovnatelné pro obě pohlaví. U 56 % z nich se jednalo o jednorázovou záležitost, obvykle bez použití kondomu. Jenom 10 % nevěrných osob však po mimopartnerském sexu absolvuje vyšetření na HIV, přičemž se dá předpokládat, že i nadále praktikují sex se svým stálým partnerem.

Nevěra s partnery stejného pohlaví

Mimopartnerský sex s osobou stejného pohlaví mělo 7 % žen



Ilustrace: foto: wikimedia.org

a 5 % mužů. Z hlediska možné nákazy HIV je údaj důležitý hlavně pro mužskou populaci. 5 % představuje přibližně 120 tisíc mužů, kteří byli své partnerce nevěrní s mužem. Právě homosexuální a bisexuální muži patří k nejčastěji infikovaným virem HIV, jehož záchyt letos opět rapidně roste – nejvíce od roku 1985.

„Jsou to velice alarmující čísla. Bisexuální chování u mužů může mít několik důvodů. U mladších lidí může být důvodem experimentování a hledání nových zážitků, někdy také nevyjasněná sexuální orientace. Mnozí muži, kteří praktikují opakované bisexuální chování, mohou být latentní homosexuálové, u nichž neproběhl *coming out* a je pro ně nepřijatelné se ke své homosexuální orientaci přiznat. Někteří z nich pak žijí v relativně

uspořádaném heterosexuálním svazku,“ uvedla doc. PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc., ze Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN Praha. Těmito pacienty se zabývá v rámci psychologické pomoci. „Je všeobecně známo, že v ČR se kumuluje hlavní zdroj nákazy hlavně mezi *gay* komunitou. Mužští bisexuálové spolu s homosexuály tvoří až 80 procent případů nakažených tímto virem,“ upozornil MUDr. Jilich. „Právě *gay* komunita, na kterou ale výzkum zaměřen nebyl, má povědomí o HIV infekci na vysoké úrovni a její ochota nechat se pravidelně testovat je velká, zatímco u heterosexuální populace tomu tak není,“ dodal David Jilich.

Kampaň na podporu testování

Na základě nečekaných výsled-

ků průzkumu se farmaceutická společnost GSK rozhodla spustit osvětovou kampaň, která bude na riziko nákazy HIV upozorňovat ve vybraných městech ČR. Cestující v městské hromadné dopravě v Praze, Brně, Ostravě, Plzni a v Karlových Varech se budou v následujícím měsíci setkávat s vizuály, kterým dominuje informace, že se HIV může týkat každého z nás. Cílem je vyvést lidi k tomu, aby se chodili testovat i v případě, že žijí v partnerském vztahu.

Průzkum také ukázal, že jen třetina lidí používá kondom k tomu, aby se ochránila před pohlavně přenosnými chorobami, přitom počet HIV-positivních roste rok od roku geometrickou řadou. Zatímco v roce 2015 přibylo v České republice každý měsíc průměrně 22 HIV-positivních osob, jen za letošní leden a únor to je dalších 65 zaznamenaných HIV-positivních. Celkově je dnes v České republice evidováno 2685 nakažených osob. Je ale nutné vzít v úvahu skutečnost, že jde o evidované pacienty. Odhaduje se, že počet skutečně nakažených virem HIV je trojnásobný. HIV dnes stále představuje jeden z nejalčivějších celosvětových problémů. Příznaky nákazy se mohou objevit s určitým zpožděním. Udává se, že za 3–9 týdnů po vstupu viru do organismu by protilátky u naprosté většiny nakažených již měly být vytvořeny (předpokládá se samozřejmě bez vystavení novému riziku). Testovat by se měl každý, kdo absolvoval rizikový pohlavní styk.

Více informací o testovacích místech najdete na:

www.hiv-aids.euweb.cz

(eta)

Roztroušená skleróza postihuje i děti

Porucha vidění a řeči, brnění, nejistá chůze, ztráta citlivosti rukou či nohou, únava a duševní nevyrovnanost – to mohou být příznaky první ataky roztroušené sklerózy (RS), která postihuje i děti. Lékaři odhadují, že v ČR nyní žije s RS 50 dětí.

„Na roztroušenou sklerózu se často v první chvíli nemyslí. Pediatři někdy obtížím přiřadí jinou diagnózu, například vývojové vady nebo je zamění za jiné neurologické onemocnění. Je třeba brát RS v potaz a poslat dítě na neurologii včas. Rychlá a správná diagnostika určuje prognózu RS u dětí a léčba je pak mnohem levnější v porovnání s pozdějšími náklady na léčbu komplikací,“ říká doc. MUDr. Radomír Taláb, CSc., z neurologické ambulance v Hradci Králové. U dětí lékaři rozlišují formu infantilní (do 11 let) a juvenilní (do 18 let). „U juvenilní, adolescentní formy RS přijde velmi často druhá ataka do 12 měsíců od první, proto je třeba rychle nasadit léčbu,“ doplňuje docent Taláb. RS ohrožuje více ženskou část populace, riziko one-

mocnění u dívek po šestém roce je 1,5–2x vyšší než u chlapců.

ReMuS a Impuls

Dětské pacienty s RS v Česku mapuje Registr pacientů s roztroušenou sklerózou (ReMuS), který díky Nadačnímu fondu Impuls funguje už 3 roky a shromažďuje nejnovější data o nemoci a její léčbě. Podle vedoucí MS centra Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Evy Havrdové, CSc., jsou výjimečné, agresivnější formy dětské RS částečně léčeny léky pro dospělé. „Pojišťovny léky většinou bez problémů hradí. Včasná vhodná léčba přitom zachrání 20–30 let aktivního života,“ vyčísliila profesořka Havrdová.

Více informací na: www.nfimpuls.cz

(red)

Nový způsob léčby hypertenze

Po světovém prvenství v léčbě hypertenze ultrazvukovým působením na karotické tělísko kardiologové z Nemocnice Na Homolce jako první v ČR zahájili klinický výzkum nové možnosti léčby hypertenze – za pomoci alkoholu. U pacientů, kteří nemají detekovatelné karotické tělísko, je to další možná cesta k jejich léčbě.

Tato nefarmakologická léčba je určena pacientům s extrémně vysokým krevním tlakem, kterým nepomáhají léky. Při zákroku se do okolí ledvinných tepen aplikuje dehydrovaný alkohol za účelem vymezení aktivity sympatických nervových vláken. Doposud používané katérové systémy k provedení tohoto zákroku (s výjimkou externě aplikované ultrazvukové energie) nebyly vždy technicky účinné a neprokázaly výjimečný efekt. Cílem zákroku v této oblasti je postihnout pokud možno všechny nervové pletně sympatického nervstva, které

probíhají kolem ledvinných tepen. Speciální katétr určený k aplikaci alkoholu má vysunovací mikrojehlíčky, pomocí nichž se přes cévní stěny ledvinné tepny aplikuje koncentrovaný 96% alkohol do oblasti, kde probíhají nervová vlákna. Jejich cíleným narušením se pak docílí následného snížení krevního tlaku. Zákrok provádí jen 20 pracovišť v Evropě a je certifikován značkou CE. Do projektu bude postupně zapojeno 120 nemocných, kterým bude aplikováno 0,6 ml dehydrovaného alkoholu. Pacienti jsou pečlivě vyšetřeni ultrazvukem renálních

tepen před výkonem a po zákroku (renální duplexní sonografie).

Primárním cílem studie je průkaz účinnosti, tedy:

- dojde ke snížení průměrného 24hodinového ambulantního systolického krevního tlaku po zákroku ve srovnání se vstupními hodnotami podle měření při kontrole po 6 měsících,
- dojde ke snížení počtu antihypertenziv a jejich dávek,
- kontrolní vyšetření CT nebo MR neprokáže poruchu průchodnosti ledvinných tepen.

(Zdroj: Nemocnice Na Homolce)

(red)

NÚDZ: Droga podobná extázi zabíjela

Droga užívaná jako náhrada extáze je nečekaně toxická. Dávka původně považovaná za bezpečnou zabíjela v 90 % případů, zjistili čeští vědci.

S překvapivým objevem přišli vědci z Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ). Zkoumali populární drogu MDAI (známou též jako *mindy* nebo *sparkle*), která je užívána jako obdoba tzv. extáze (MDMA). Objevili, že droga je nečekaně toxická a při určitém způsobu podání je v 90 % případů smrtelná.

Dávka neměla být smrtelná

Tým vedený MUDr. Tomášem Páleníčkem uskutečnil sérii pokusů na potkaním modelu s cílem objasnit, jak MDAI působí. „Zkoumáme účinky a dopady řady nových rekreačních drog. V sou-



Ilustrační foto: Shutterstock

časné době víme o drogách, jako je MDAI, velice málo. Naším cílem je zodpovědět otázky týkající se jejich vlivu na chování, mozek a celé tělo,“ popisuje MUDr. Páleníček. Testy zahrnovaly různé vysoké dávky drogy. Podkožně aplikovaná nejvyšší dávka (40 mg/kg) nebyla zamýšlena jako smrtelná. Přesto se ukázala být z 90 % smrtelnou, a to do hodiny od injekční aplikace. Výsledky dalších měření odhalily, že i dávka kolem 28 mg/kg podaná podkožně je smrtelná pro 50 % zvířat.

Toxicita byla pozorována u zvířat umístěných společně v jedné kleci. Díky této podmínce, která imituje prostředí tanečních par-

ties, došlo k výraznému vzestupu tělesné teploty a pocení zvířat (pro potkany zcela netypické) v důsledku tzv. serotoninového syndromu. U jedinců, kteří byli po aplikaci umístěni samostatně, nedošlo k tak výrazné změně teploty. U uhynulých zvířat byl jako příčina úmrtí určen otok mozku s multiorgánovým selháním v důsledku tzv. diseminované intravaskulární koagulopatie. Příznaky jsou důsledkem zmíněného serotoninového syndromu, který je nejobávanější smrtelnou komplikací spojenou s užitím drogy extáze a podobných. Již dávka 20 mg/kg vedla k závažným projevům toxicity na játrech a plicích.

I orální užití je nebezpečné

„Při orálním podání zvířata dávku 40 mg/kg bez problémů přežila. I přesto doporučujeme brát v potaz její potenciální nebezpečí. Užívání MDAI je v porovnání s MDMA mnohem riskantnější. Uživatelé sami popisují účinky MDAI jako nepříliš silné, což vede k nutkání vzít si drogy hodně nebo ji zkombinovat s jinou, přitom jsou již evidována úmrtí i po samotném MDAI. Varujeme tedy veřejnost před touto drogou. Injekční podání je pak zvláště nebezpečné. Navíc většina drog z internetového prodeje nebo pořízená na ulici velmi často obsahuje jiné látky, než za jaké jsou vydávány. Rekreační uživatelé by tedy měli počítat s možností, že si mohou MDAI a jiné nebezpečné látky vzít nevědomě,“ zdůrazňuje MUDr. Páleníček.

(Zdroj: NÚDZ)

(red)

Vyhlášen Světový den poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy patří mezi závažná psychiatrická onemocnění. Za rok 2014 bylo v České republice s touto diagnózou hospitalizováno 643 lidí, což je oproti předchozímu roku o 20 % více. K léčbě se pacienti dostanou často pozdě, a proto narůstá i úmrtnost. 2. červen 2016 byl proto vyhlášen prvním celosvětovým dnem poruch příjmu potravy.

Do kategorie poruch příjmu potravy jsou zahrnuty nemoci od anorexie a bulimie až po obezitu. Lékaři se při léčbě těchto poruch snaží bojovat na odborné úrovni, ale i s mýty vedoucími ke zjednodušování problému, který je ve skutečnosti velmi komplexní.

Fakta o poruchách příjmu potravy

Odborníci z celého světa se shodli na 10 pravdách o poruchách příjmu potravy:

- Mnoho lidí s poruchou příjmu potravy může vypadat dobře i přes extrémně vážné onemocnění.
- Rodiny za onemocnění nenesou vinu, mohou být nejlepším sporcem pacientů i zdravotníků.
- Diagnóza poruchy příjmu potravy je zdravotní krizí, která poškozuje osobní i rodinné vztahy a fungování.
- Poruchy příjmu potravy nejsou výsledkem volby, ale představují vážnou biologicky ovlivněnou nemoc.
- Poruchy příjmu potravy postihují v současnosti lidi všech

věků, etnicit, tělesných tvarů a váhy, sexuálních orientací a socioekonomických úrovní.

- U poruch příjmu potravy narůstá riziko sebevraždy i zdravotních komplikací.
- Geny a prostředí hrají důležitou roli v rozvoji poruch příjmu potravy.
- Geny samotné však neodhalí, kdo poruchou příjmu potravy onemocní.
- Úplné uzdravení je možné, včasné rozpoznání a intervence jsou velmi důležité.
- Nespokojenost s vlastním tělem souvisí často s nespokojeností se sebou, nízkým sebevědomím i porušeným vnímáním vlastního těla spojeným s prožívaným stresem a rizikem pro vznik poruchy příjmu potravy.

Postiženy jsou i děti

S poruchami příjmu potravy se léčí i dětské pacienty. U dětí probíhá složitěji diagnostika, protože obtížně vyjadřují emoce nebo nespokojenost s vlastním tělem. Vyšetření tak musí být založeno na posouzení celkového somatického vývoje včetně vývoje po-

hlavního. Dětské pacienty mívají k poruchám příjmu potravy často přidružená další psychiatrická onemocnění, jako je úzkost (29 %) nebo obsedantně kompulzivní porucha (35 %), a polovina dětí má tendence k sebepoškozování.

(Zdroj: VFN)

(red)



Ilustrační foto: Shutterstock

Mobilní hra podporuje výzkum demence

Uživatelé hry Sea Hero poskytli vědcům data odpovídající více než 1500 let klasického výzkumu. Hru si stáhlo od jejího spuštění již milion uživatelů.

Hra lékařům umožní získat celosvětově nejrozsáhlejší soubor anonymizovaných dat o lidské prostorové orientaci, jejíž zhoršení je jedním z průvodních jevů Alzheimerovy choroby, nejčastější příčiny demence. Díky tomu dokážou vědci tomuto procesu lépe porozumět a následně vytvořit nové, mnohem přesnější diagnostické testy na demenci a pokročit v její léčbě. „Sea Hero znamená pro vědce obrovský krok vpřed ve výzkumu demence. Data, která lidé jejím hraním dosud poskytl, bychom v laboratorních podmínkách sbírali více než 1500 let,“ říká

odborný garant projektu v České republice prof. MUDr. Jakub Hort, Ph.D., z Neurologické kliniky 2. LF UK a FN Motol. Mobilní hra Sea Hero, kterou 4. května 2016 spustil Deutsche Telekom a v České republice T-Mobile, zaznamenala milion stažení. Zpětná vazba od hráčů byla v drtivě většině pozitivní. Vývoj Sea Hero pro Deutsche Telekom probíhal pod taktovkou londýnské agentury Saatchi & Saatchi a nezávislého vývojářského studia Glitchers. Na projektu spolupracovaly přední britské univerzity University College London a Uni-

versity of East Anglia a britská nezisková organizace zaměřená na Alzheimerovu chorobu a demenci Alzheimer's Research UK. Výzkumný ústav University College London bude v následujících měsících provádět analýzu anonymizovaných dat nashromážděných hraním. Lokálním partnerem projektu v České republice je Alzheimer nadační fond. Hra je zdarma ke stažení na Google Play a Apple Store.

Více na: www.alzheimernf.cz, www.seahero.cz

(Zdroj: T-mobile)

(akt)

ODBORNÉ AKCE

Sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu 2016

Ve dnech 27.–28. května proběhlo Sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu 2016. Účastníci konference vyslechli 35 odborných přednášek v paralelních sekcích. Obohacujícím programem bylo i sympozium společnosti Berlin-Chemie Menarini ve formě pódiového vystoupení lékařů na téma mužských sexuálních dysfunkcí.

Česká společnost pro sexuální medicínu (ČSSM), člen European Society for Sexual Medicine, v rámci svých aktivit na domácí půdě i letos uspořádala sympatibulum v jarním rozkvetlém historickém městečku Český Krumlov. Stalo se tak ve spolupráci se Sexuologickou společností ČLS JEP a Okresním sdružením ČLK JEP Český Krumlov. Generálním partnerem kongresu byla firma Berlin-Chemie Menarini. V prostorách Městského divadla v Českém Krumlově zároveň proběhla valná hromada ČSSM, která v rámci generační výměny zvolila nového předsedu, jímž se stal MUDr. Ondřej Trojan, FECSM. Společnost povede spolu s radou ve složení prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., MUDr. Petra Vrzáčková, Ph.D., FECSM, Mgr. Kateřina Klapilová, Ph.D., a MUDr. Marek Broul, Ph.D., FECSM.

Jak jsme již zmínili, během sympatibula účastníci vyslechli několik desítek přednášek. Zde se pokusíme přiblížit alespoň několik příspěvků. Nejprve vybíráme z **andrologické sekce**:

Návrat erekce po radikální prostatektomii

O sexuálních dysfunkcích spojených s uroonkologickým onemocněním hovořil MUDr. Libor Zámečník, Ph.D., FEBU, FECSM. Nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů (incidence 133/100 000) je karcinom prostaty. Zlatým standardem v léčbě nádoru ohraničeného na žlázu je radikální prostatektomie, ale navzdory nejmodernějším technikám jejího provedení, a to včetně robotické operace, dojde u většiny mužů v souvislosti s operací nejen k poruše kontinence moči, ale i k erektilní dysfunkci. Na zachování, respektive obnovení, erektilní funkce po prostatektomii se podílí nejen zvolená chirurgická technika, ale i zkušenost operátora, zachování neurovaskulárních svazků, stav erektilní funkce před operací, výskyt komorbidit a v neposlední řadě forma adjuvantní terapie. Všechny studie zároveň potvrzují zásadní roli rehabilita-

ce penisu v návratu erekce po operačním výkonu, a to nezávisle na tom, zda šlo o otevřenou, laparoskopickou nebo robotickou operaci. Poškození struktur penisu takto radikálním zásahem je komplexní, větší nebo menší je ale míra tohoto poškození a vratnost funkčního stavu.

Orgány zbavené nervového zásobení nebo s přerušným cévním zásobením atrofují. „Co se netrénuje, to zakrní. V penisu je sice hladká svalovina, ale i tu je třeba nějakým způsobem „trénovat“,“ upozornil MUDr. Zámečník. Důležité je časně obnovení oxygenace tkání penisu medikamentózním navozením erekce do doby, než se obnoví poškozené nervové zásobení a nastoupí erekce spontánní, což trvá zpravidla 6–8 měsíců. Ale i v případech, kdy k obnově spontánní erekce nedojde, „rehabilitovaný“ penis umožní optimální reakci tkání a tím i nižší dávky medikace nutné k dosažení erekce. Časné podání inhibitorů PDE5 nebo intrakavernózních injekcí PGE1 prokazatelně urychluje nástup spontánní erekce, zlepšuje reaktivitu a snižuje dávku nutné medikamentózní podpory v dalším průběhu. Dále s MUDr. Lukášem Bittnerem, FEBU, FECSM, oba lékaři prezentovali výsledky studií na téma „erektilní dysfunkce a karcinom prostaty“ z pohledu suplementace testosteronem – zákaz podávání hormonální terapie testosteronem při karcinomu prostaty se již nejeví jako absolutní. V další části představili své výsledky prvních operací inflatabilních protéz penisu, konkrétně i na kazuistice pacienta po radikální prostatektomii, u něhož nebyla úspěšná ani jedna ze stávajících metod léčby erektilní dysfunkce. K implantaci penilní protézy lékaři přikročili ve III. linii léčby této sexuální poruchy.

Druhá generace na scéně

Nejen jako vysoce fundovaní sexuologové, ale i jako nadějní amatérští divadelníci se projevili doc. PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc., MUDr. Petra Vrzáčková,



Zleva Marek Broul, Laura Janáčková, Zlatko Pastor, Ondřej Trojan, Petra Vrzáčková a Libor Zámečník | Foto: archiv Berlin-Chemie Menarini

MUDr. Marek Broul, MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D., MUDr. Ondřej Trojan a MUDr. Libor Zámečník. Tuto neobvyklou příležitost dostali díky sympoziu firmy Berlin-Chemie Menarini, nazvaném Druhá generace na scéně. Sympoziem bylo věnováno léčbě mužských sexuálních dysfunkcí, především dysfunkcí erektilní.

„Režisér a moderátor“ Zlatko Pastor na pódiu krumlovského divadla s nonšalancí a humorem sobě vlastním vedl „herecký tým“ svých shora jmenovaných kolegů. „Herci“ (vyjma Ondřeje Trojana, který představoval zkušeného sexuologa i na scéně) hráli prolínající se dvojrole. V první z nich představovali manželské páry, které přišly k lékařům s problémy v sexuálním životě. Vtipně, neurážlivě a velmi věrně zpodobnili základní typy pacientů v sexuologické ordinaci. Ve druhé „roli“ byli fakticky sami za sebe, tedy odborníky, kteří scény glosovali a snažili se pro nešťastné partnery najít uspokojivé řešení situace. A tak se na scéně ocitla, brilantně představena, i ona „druhá generace“, totiž avanařil, druhá generace inhibitorů PDE5 představující individualizovanou léčbu erektilní dysfunkce podle preferencí a reálných očekávání pacientů i jejich partnerek.

Proč ženy chtějí otce u porodu?

Proporčně byla na sympatibulu zastoupena i **feminologie**, i z této sekce tedy zmíníme alespoň jeden z příspěvků.

Odpověď na otázku, zda si vzít otce dítěte k porodu, tedy není a nemůže být paušální.

Sexuální dysfunkce u psychiatricky nemocných

Nepochybně z hlediska **andrologie** i **feminologie** je velmi živá otázka souvislostí sexuálních dysfunkcí a psychiatrických dysfunkcí.

Pokud jde konkrétně o psychotické poruchy, uvádí se výskyt sexuálních dysfunkcí častěji u mužů než u žen. Psychotičtí muži také mají podstatně méně často fungující partnerský vztah než ženy se stejnou diagnózou. Kolem 40 % psychoticky nemocných mužů a žen nemá žádný partnerský vztah. „U psychotických poruch se vyskytují různé sexuální dysfunkce, některé z nich v souvislosti s antipsychotickou a antidepresivní medikací,“ řekl ve svém příspěvku doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

Jak přednášející dále připomněl, psychiatři (ale nejen oni) se ve svých ordinacích často setkávají s neurotickými pacienty a pacientkami. Sexuální život pacientů trpících sociální fobií ovlivňuje jak redukce partnerských vztahů, tak i redukce sexuální apetence a vzrušivosti. Jak někteří psychiatři uvádějí u anxiózní poruchy, generalizovaná úzkostná porucha narušuje sexualitu méně než porucha obsedantně kompulzivní. Anxiolytika nepředstavují pro sexuální dysfunkce specifický faktor, ale mohou snižovat apetenci obecně sedativním účinkem.

K rozvoji sexuálních dysfunkcí nepochybně přispívají některá antidepresiva. Při medikaci tricyklických antidepresiv (amitriptylin, clomipramin) se u téměř třetiny pacientů projevuje porucha erekce, pokles apetence a anorgasmie. Ještě větší výskyt těchto poruch (25–75 %) je za podávání SSRI (například citalopram, escitalopram, paroxetin) a u SNRI (duloxetin, venlafaxin). U posledně uvedených léků se výskyt sexuálních poruch pohybuje v rozmezí 58–70 %.

„Psychiatrická onemocnění jsou často doprovázena sexuálními dysfunkcemi. Jejich rozvoji bohužel mnohdy nepomáhá léčba psychofarmaky, zejména antidepresivy a antipsychotiky, ale farmakogenní sexuální dysfunkce našťastí dovedeme účinně zlepšovat. Lékaři by měli u psychiatrických pacientů a pacientek soustavnou pozornost věnovat i jejich sexuálním problémům,“ uzavřel svoji přednášku docent Zvěřina.

Jana Jilková

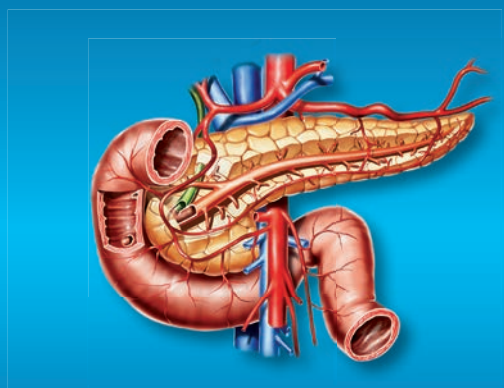
Představujeme publikaci

Klinická pankreatologie

EDICE AESKULAP

Jan Trna, Zdeněk Kala a kol.

Klinická pankreatologie



V našem písemnictví po delší době ojedinělá monografie si dává za cíl poskytnout v ucelené a přehledné formě současné znalosti z oboru pankreatologie.

Na úvod publikace autoři předkládají základní data anatomická, histomorfologická a popis fyziologie žlázy včetně regulačních mechanismů pankreatických funkcí. Následující část knihy věnovaná akutní pankreatitidě je napsána s využitím všech posledních literárních údajů stran etiopatogeneze nemoci, diagnostiky, nové revidované Atlantské klasifikace a léčby.

V kapitolách na téma chronické pankreatitidy jsou popsány základy patofyziologie nemoci, její klasifikace, diagnostika a diferenciální diagnostika a předloženy možné terapeutické přístupy.

V poslední části monografie se autoři zabývají tematikou onkologickou – vedle základů chirurgické léčby nádorů pankreatu a možností využití endoskopických metod u nemocí pankreatu předkládají i podrobnou diferenciální diagnostiku solidních a cystických lézí pankreatu. Pro větší názornost je text bohatě doplněn dokumentací nálezů za použití zobrazovacích metod, řadou názorných grafů, schémat, tabulek a množstvím recentních citací.

Autoři: Jan Trna, Zdeněk Kala a kolektiv
Doporučená cena 550 Kč

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

**MEDICAL
SERVICES**

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



ODBORNÉ AKCE

Zlomeniny distálního humeru

Traumatolog as. MUDr. Josef Kraus z 1. chirurgické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze se kromě všeobecné traumatologie specializuje i na chirurgii ruky. Na XXIII. pražských chirurgických dnech prezentoval problematiku dlahové osteosyntézy u fraktur distálního konce humeru.

Pro časopis Zdravotnictví a medicína přidal i několik obecnějších informací.

Sportovci či ženy po menopauze

Zlomeniny pažní kosti patří u dospělých k poměrně k častým poraněním. Zlomenina distálního konce humeru tvoří 2 % všech zlomenin a jde o 30 % veškerých zlomenin postihujících loket. Zatímco zlomeniny proximální části humeru, tedy hlavičky a tzv. chirurgického krčku, jsou typické zlomeniny ve stáří, u mladších se s ohledem na typ traumatu setkáváme častěji se zlomeninami v distálnějších etážích pažní kosti.

„Do 40. roku věku ve výskytu zlomenin distálního humeru převažují muži. Nejčastěji jde o pády (často v opilosti), sportovní úrazy nebo autohavárie. Po 40. roce věku se poměr obrací a postupně výrazně převažují ženy po menopauze. Nejde však o zcela typickou osteoporotickou frakturu. Zajímavé je i to, že kvůli nejrůznějším sportovním aktivitám, jejichž provozování se díky lepšimu zdravotnímu stavu populace posouvá do vyšších věkových kategorií, se směrem nahoru posouvá incidence těchto úrazů i u mužů,“ přiblížil výskyt poranění MUDr. Kraus.

Indikace dlahové osteosyntézy

Zlomeninu humeru nepřehlédnete, obecně se projevuje výraznou bolestivostí, otokem, defigurací paže, krepitací úlomků, případně poraněním periferních nervů. Příčinou úrazů dolní části pažní kosti bývá nejčastěji pád na ohnutý loket, přímý náraz nebo nepřímé násilí v podélné ose kosti, třeba i při zápolení v takzvané páce. Pro rozdělení zlomenin v distální oblasti humeru se používá nejčastěji AO klasifikace (*Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen*). Podle tohoto dělení může jít o extraartikulární, částečně intraartikulární nebo intraartikulární, tzv. komplexní zlomeniny. Intraartikulární (tedy do kloubu zasahující) zlomeniny jsou většinou obtížněji řešitelné než extraartikulární. Nedislokované nebo minimálně dislokované zlomeniny se zpravidla řeší konzervativně – po repozici (je-li nutná) se při-



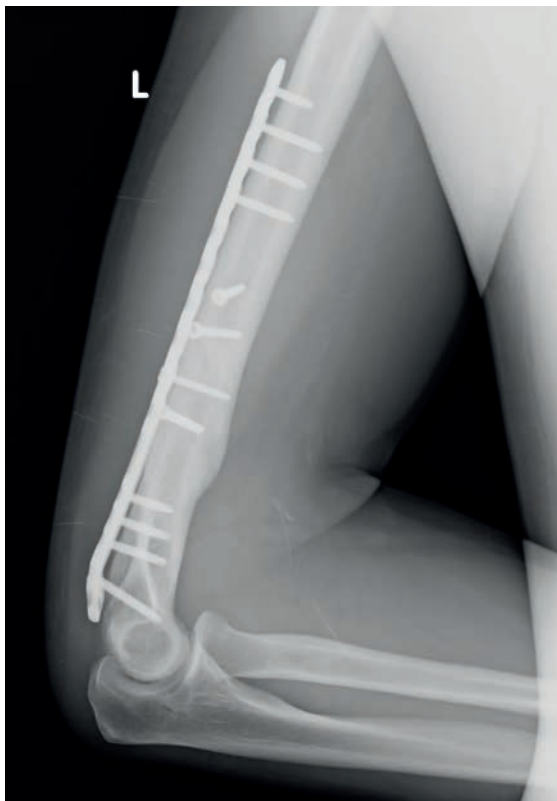
RTG extraartikulární zlomeniny, ke které došlo při zápolení v páce. Na snímku vpravo je již zhojená zlomenina po 3 měsících.

loží sádrový obvaz na paži a předloktí na zhruba 4–6 týdnů. Vždy tu ale hrozí nebezpečí redislokace a dalším problémem je i to, že loketní kloub je u dospělých při dlouhodobé imobilizaci náchylný ke ztuhnutí.

I to je jedním z důvodů, proč jsou zlomeniny v oblasti lokte u dospělých většinou indikovány k operačnímu řešení – stabilní osteosyntéze. Přednáška a následná demonstrace na umělé kosti se týkala problematiky řešení zlomenin distálního humeru pomocí dlahové osteosyntézy.

Správný pacient pro správnou operaci

Pro dobrý výsledek léčby je zásadní správně posoudit, zda jde o vysoko, nebo nízkooenergetickou zlomeninu, zvážit stav kosti, měkkých tkání, celkový stav pacienta, *timing* operace a další faktory. Klíčovou úlohu při klasifikaci a posouzení typu zlomeniny má vždy CT zobrazení, které nám poskytne 3D obraz úlomků. Nutné je velmi rozvážně předoperačně plánovat, zvážit přístup, kterým se bude osteosyntéza provádět, po-



myslet na riziko lokality dané průběhem nervů (*n. radialis, n. ulnaris*). Jen zdánlivě samozřejmou podmínkou dobrého výsledku je „*patient selection*“, u pacienta nespolečujícího nebo ve velmi špatném celkovém stavu (byť mladého) by výsledek otevřené repozice a dlahové osteosyntézy dopadl nedobře (hrozí rozpad rány, infekce, popřípadě nezhojení kosti). U pacientů, kteří z různých důvodů nejsou k tomuto zákroku indikováni, je třeba zvolit alternativní přístup, ovšem s vědomím, že konečný výsledek nebude optimální.

Nutné je zajistit si vhodné instrumentarium umožňující vybrat implantát v dostatečné délkové variabilitě. Pokud jde o operační polohu, preferována je supináčnická poloha (na břiše), která umožňuje lepší manipulaci s rentgenem pod paží a lepší cílení šroubů.

Základní kroky operace

V první řadě je nutno rozlišit, zda půjde o osteosyntézu interartikulární, nebo extraartikulární zlomeniny. Je-li zlomenina extraartikulární, je ideální

provést repozici a pak syntézu několika tahovými šrouby a extraartikulární dlahu přiložit jako tzv. neutralizační dlahu. Pokud jde o interartikulární zlomeninu, provádí se repozice pomocí speciálních repozicičních kleští a úlomky se před naložením dlah retinují Kirschnerovými dráty. Jako první se většinou nakládá dlahu dorzolaterální a následně i dlahu mediální.

„V absolutní zkratce – za velkého otevřeného přístupu se snažíme o porovnání úlomků kosti do naprosto exaktního postavení a pak je zafixujeme jednou nebo dvěma dlahami,“ přiblížil pro ZaM postup technicky velmi náročného operace traumatolog.

Materiál implantátu

V posledních 20 letech je trendem použít pro každou anatomickou lokalitu už předtvarovanou dlahu, která kopíruje tvar kosti. Většina výrobců preferuje titan, jehož modul pružnosti je bližší modulu pružnosti kosti, ale implantáty jsou i nadále vyráběny z klasické chirurgické oceli. Zde je podle MUDr. Krause

nutno vyvrátit jeden z mýtů o nevhodnosti ocelových implantátů ve vztahu k magnetické rezonanci – veškeré moderní ocelové implantáty jsou vyrobeny z nemagnetického kovu a nepředstavují překážku pro provedení nukleární magnetické rezonance (NMR). V současné době je trend implantát po zhojení zlomeniny spíše neodstraňovat, pokud pacientovi nepůsobí obtíže (může dráždit nerv nebo některý ze šroubů zasahuje do kloubu, případně nebyl zvolen vhodný typ implantátu). Pokud má pacient i po zhojení zlomeniny obtíže, je třeba především zjistit jejich příčinu (CT, EMC). „Jestliže je důvodně podezření, že za obtíže je zodpovědný implantát, je třeba nejdříve odstranit všechny šrouby a pak šetrně odstranit i implantát, opět s vědomím ‚rizika lokality‘,“ popisuje traumatolog v praxi spíše výjimečnou situaci.

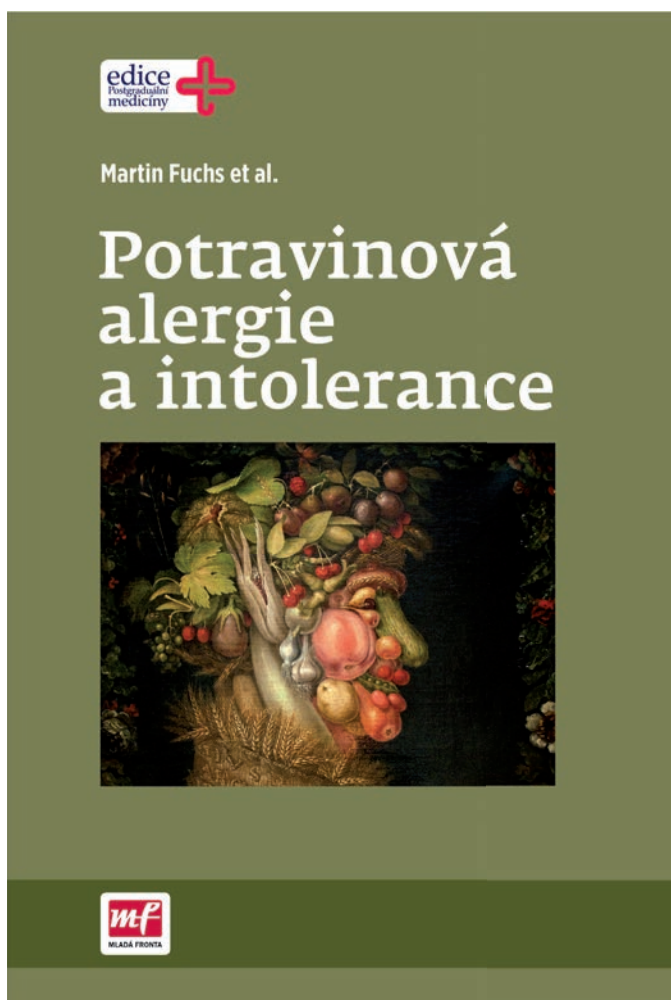
Osteoporotické zlomeniny začínají zápěstím

Jak MUDr. Kraus uvedl, za mnoho zlomenin u starší části populace je zodpovědná osteoporóza, a to v kombinaci s častějšími pády. Tento „tichý zloděj kosti“ způsobuje řídnutí a oslabování struktury kosti, ke zlomenině pak dochází i při nevelkém násilí. Jako tzv. *red flag* se označuje zlomenina distálního radia, postihující až 17 % lidí starších 60 let. Velmi časté jsou již zmíněvané zlomeniny hlavičky pažní kosti. Po nich následují kompresní zlomeniny obratlů (nejčastěji se sesedají v bederní části páteře) a zlomeniny proximálního femuru.

Fraktury samozřejmě často postihují i lidi v nízkých věkových kategoriích. „Tam jde často o vysokoenergetické úrazy, jako jsou pády z výšky nebo autonehody. Dále pak o pracovní nebo sportovní úrazy. Při běžných sportovních aktivitách jsou časté zlomeniny kotníků, opět zlomeniny distálního radia, holenní, pažní a klíční kosti... Spektrum úrazů se úzce váže ke konkrétnímu druhu sportu a četnost třeba i ke konkrétnímu místu, kde jej lidé provozují. Kritickým místem je například tady v Praze modřanská cyklostezka,“ upozornil závěrem traumatolog na místo, které díky hustému provozu cyklistů a bruslařů na in-linech úrazy přitahuje.

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

Přínosy homeopatické léčby u seniorů

Zamyšlení nad podzimem života bylo tématem Jarního semináře Homeopatické lékařské asociace, který proběhl 26.–28. května v Táboře. Tradiční třídní seminář se letos zaměřil na aktuální problematiku seniorského věku. Přednášky se věnovaly komplexní léčbě závažných patologií a možnostem uplatnění homeopatie v průběhu podzimu života.

Homeopatická léčba je součástí komplexního přístupu k pacientovi. Zejména seniorský věk je obdobím, kde tento komplexní přístup pomáhá jedinci uchovávat potřebnou soběstačnost, funkční a mentální schopnosti, zmírňovat symptomy onemocnění či provázet v terminálních fázích života. Nedílnou součástí přístupu k chronickému pacientovi-seniorovi je zdravá životospráva, zahrnující vhodnou stravu, optimální pohybovou aktivitu, dostatek sociálních kontaktů i duševních podnětů. Přednášky odborníků z řad lékařů, farmaceutů, klinických psychologů a rehabilitačních pracovníků se zaměřovaly na širší spektrum léčebné péče a prevence ve stáří s možností využití komplementárního homeopatického přístupu. V rámci odborného programu zazněly příspěvky Strategie homeopatické léčby seniorů (MUDr. Kateřina Formánková), Senioři, pohyb a homeopatie (PhDr. Radana Poděbradská, Ph.D.), Zdravá strava pro seniory (PharmDr. Margit Slimáková), Psychosomatika (MUDr. Eliška Bartlová), Homeopatie v lékařské praxi (Mgr. Šárka Chlebanová), Využití homeopatie v onkologii (PharmDr. Renata Semeráková) a další.

Břemena i zákraky seniorského věku

Jak ve svém příspěvku uvedla MUDr. Formánková, v současné době se období stáří prodlužuje, výjimkou nejsou pacienti dožívající se věku 90–100 let. Na druhé straně se chronická a degenerativní onemocnění posunují do relativně nižšího věku. Mnozí senioři žijí dlouhá léta s chronickými

potížemi, které mají za následek zhoršenou kvalitu života a snížení až ztrátu soběstačnosti. Polymorbidita seniorů bývá nezdědka spojena s polypragmazií, přičemž stoupá riziko nežádoucích účinků léků, preskribovaných často různými specialisty, a jejich interakcemi. To posléze vede k dalšímu zhoršení zdravotního stavu a rozvoji dalších komorbidit. Někteří pacienti již na začátku důchodového věku mohou trpět řadou patologií, které se časem mohou stát život ohrožujícími.

Přednášející v úvodu prezentovala kazuistiku 72leté pacientky, která se dostavila se závažnou poruchou spánku. Pacientka několik týdnů prakticky nespala. V průběhu anamnézy bylo zjištěno, že problém je psychosomatického charakteru, dále se ukázalo, že seniorka užívá následující kombinaci léků: Anopyrin, Concor, Nitro-Mack, Lipanthyl, Cinarizin, Surgam, Jumex, Kalicor, Hypnogen, Chlorprothixen. Poté, co byla nasazena homeopatická léčba a postupně vysazený některé z uvedených léků, došlo k rychlé úpravě spánku a během 3 měsíců se stav pacientky znormalizoval. Na další kazuistice MUDr. Formánková demonstrovala, že „zázraky se dějí i v seniorském věku“. Pacientka ve věku 89 let po pádu – zprvu bez patologického nálezu na skeletu, později se prokázala fraktura pánevní kosti – hospitalizovaná na chirurgii, později byla jako zcela imobilní a inkontinentní převezena do LDN. Po rehydrataci, korekci analgetické léčby a nasazení homeopatické terapie došlo ke zlepšení psychického stavu, následně začala cvičit, byla propuštěna do domácí péče, začala chodit s oporou, později bez

opory, je kontinentní, chodí i sama ven.

Strategie léčebného přístupu

Homeopatie je šetrná metoda nacházející své místo zejména u chronických onemocnění, ale také u „citlivějších“ pacientů, jako jsou děti, těhotné ženy či nemocní senioři. Homeopatická léčba často umožní stabilizovat zdravotní stav chronicky nemocného tak, že nevzniká potřeba nasazovat další léky, a dokonce je možno v mnoha případech některé užívané léky vysadit. „Homeopatická léčba dokáže zlepšit i příznaky trvající 20 let a déle,“ uvedla MUDr. Formánková a dodala, že „pacienta je však třeba před zahájením homeopatické léčby upozornit, že léčba bude dlouhodobá a zlepšení potíží přichází postupně“.

Pacienti k homeopatovi často přicházejí s mnoha rozličnými obtížemi, někdy mají nereálná očekávání, jindy se dožadují řešení banálního zdravotního problému, a přitom podceňují závažnější potíže. V přístupu k nemocnému seniorovi je proto třeba neopomínout důkladné vyšetření a odběr anamnézy – pacient by měl přinést zprávy ze všech odborných ambulancí včetně seznamu léků, které užívá. Užívanou léčbu je třeba vyhodnotit a v řadě případů upravit. Ubírat (nadbytečné či duplicitní) léky je nutné postupně a opatrně, zejména v případě psychofarmak. U pacientů se závažným až život ohrožujícím stavem se musí častěji provádět kontroly. Pacienta je třeba doprovázet během terminálního stadia, eventuálně podávat léky i všem zúčastněným.

Mobilita pro komunikaci

„Pravidelná pohybová aktivita ve stáří zvyšuje kvalitu života, prodlužuje soběstačnost a nezávislost jedince,“ připomenula ve své přednášce fyzioterapeutka Radana Poděbradská. V seniorském věku jsou z pohledu rehabilitace zásadní hypomobilita, imobilita a instabilita s pády. Dalším závažným geriatrickým problémem je pak sarkopenie.

„Pohybová aktivita ovlivňuje život ve stáří. Je třeba si přitom uvědomit, že mobilita je důležitá i pro komunikaci – umožňuje seniorovi dostat se do sociálního prostředí, které jej stimuluje. Komunikace je důležitější než sebeobsluha!“ upozornila fyzioterapeutka. Pohybovou aktivitu je podle ní třeba stimulovat. Jako nejvhodnější se v seniorském věku ukazuje kombinace vytrvalostního a silového tréninku. Vedle toho je třeba podporovat u seniorů důstojnost, sebeúctu, autonomii a seberealizaci. „Důležité je zlepšit pacienta hlavně psychicky. Aby měl chuť žít. Homeopatie v tomto může být nápomocná,“ uzavřela MUDr. Poděbradská, která rehabilitační péči úspěšně kombinuje nejen s homeopatií, ale také s tradiční čínskou medicínou.

Jak učinit léčbu bezpečnější

Jak již bylo uvedeno výše, stáří je v naší civilizaci spojeno s polymorbiditou a polypragmazií. Ve věku nad 70 let trpí 90 % seniorů jednou či více chronickými nemocemi. V seniorském věku se navíc mění farmakodynamika a farmakokinetika léčiv, hrozí více nežádoucích interakcí. Odhadem 20 % starých lidí umírá na následky nežádoucích účinků léčby.

O roli lékárníka-homeopata v edukaci pacienta o správném užívání léků informovala Mgr. Chlebanová. Přínos homeopatie v péči o seniory vidí v možnosti aplikovat homeopatiku nejen u akutních méně závažných problémů, ale také u závažnějších chronických potíží, jako jsou bolest kloubů, osteoporóza, chronická zácpa, neuropatie, varixy, onemocnění jater a ledvin, péče o imobilní pacienty nebo cévní insuficience. Významnou doménou homeopatie je podle ní



Illustrace foto: Shutterstock

také řešení emočních, psychických a psychosomatických potíží seniorského věku, které souvisí s odchodem partnera, ztrátou životních jistot či změnou životní situace. „V rámci mých možností a kompetencí je každý homeopatický lék, kterým mohu u starého člověka nahradit lék alopatický, obrovská výzva,“ uvedla Šárka Chlebanová.

Zaměřit se na pozitivní aspekty stáří

Na riziko rozvoje depresivní poruchy, která má ve stáří specifický charakter, obrátila pozornost MUDr. Bartlová. Deprese u seniorů bývá charakterizována úbytkem nejrůznějších (nejen kognitivních) schopností a nedostatkem zájmu a angažovanosti podílet se na okolním dění. Staří lidé si obvykle nepřipouštějí, že by mohli trpět depresí, stěžují si však na množství tělesných obtíží, které pokládají za příčinu nepohody. „Ve stáří dochází ke stírání psychosexuálních rozdílů, staří se uchylují k introverzi, trpí pocití izolace, osamění a klesá tolerance k náročnějším životním situacím,“ popsala přednášející.

Připomenula však, že jsou zde i pozitivní stránky stáří, které je třeba posilovat. Je to moudrost a vděčnost, realistické sebepečení, radost a spokojenost, pocit smysluplnosti, spiritualita. „Díky homeopatii se mnoho z těchto pozitivních stránek daří rozvíjet, takže starý člověk nemusí končit jako tělesně a duševně postižený. Staří lidé navíc dobře odpovídají na léčbu. Homeopatická léčba zlepšuje mnoho symptomů a pacienti senioři jsou často z tohoto efektu příjemně překvapeni,“ konstatovala MUDr. Bartlová. Věnovat se psychosomatickým aspektům stárnutí a řešit změny, které s sebou přináší, je podle Elišky Bartlové velkou výzvou pro lékaře a homeopaty.

Více informací pro případné zájemce o vzdělávání v homeopatii naleznete na: hla-homeopatie.cz

MUDr. Andrea Skálavá

Homeopatie v geriatрии – tipy a doporučení

V geriatrické medicíně lze využít širokou škálu terénních i symptomatických homeopatických léků. Zde přinášíme několik tipů, které zazněly na semináři:

- Nejčastěji používám léky *Baryta carbonica* a *Natrum muriaticum*, které zlepšují starého pacienta psychicky. Při přetrvávající úzkosti mám dobrou zkušenost

s lékem *Aconitum* v ředění 30 nebo 200 CH. Při Parkinsonově nemoci pomáhá *Apis mellifica*. Léky *Arsenicum iodatum* a *Arnica montana* fungují jako „spořiče energie“ (PhDr. Radana Poděbradská, Ph.D.).

- *Cactus grandiflorum* pomáhá při úzkosti a strachu ze smrti u starých pacientů, kteří jsou naštvaní na ce-

lý svět a nespoupráci s lékaři. *Conium maculatum* podejte tam, kde zemřel celoživotní partner (MUDr. Eliška Bartlová).

- V terminálním stadiu, zejména pár hodin života v období soporu, urychluje odchod několik dávek vysoce ředěného *Arsenicum album*, každé 2–3 minuty (MUDr. Kateřina Formánková).

Změnit pohled na duševně nemocné

Budoucí zdravotnický personál trpí předsudky vůči psychicky nemocným. Ukázal to projekt Mindset vědců z Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ), který se snaží měnit jejich postoje.

Agresivní, introvertní, zmatení. A také vystrašení, výbušní nebo nepředvídatelní. Tyto vlastnosti si studenti středních zdravotnických škol spojují s lidmi s duševním onemocněním. Téměř 34 % respondentů by pak vztahovalo fyzické symptomy, na něž by si duševně nemocný stěžoval, automaticky k jeho duševnímu onemocnění. Na toto stereotypní vnímání upozorňují vědci z NÚDZ.

„Při počátečním mapování postojů se ukázalo, že čtvrtina studentů vnímá lidi s duševní nemocí jako agresivní. 42 procent považuje lidi

s duševním onemocněním za spíše nebezpečné. Zároveň by 45 procent dotázaných nikdy nepřiznalo svým přátelům jakékoli vlastní duševní onemocnění a 60 procent by to nepřiznalo kolegům. Budoucí profesionální zdravotníci také nechtějí pracovat v oblasti duševního zdraví – pouze 15 procent zvažuje práci v psychiatrické léčebně,“ říká autorka studie Mgr. et Mgr. Miroslava Janoušková.

Až fatální zanedbání péče

Většina lidí s duševním onemocněním je kvůli svému zdra-

votnímu stavu stigmatizována a má zkušenost s diskriminací. To však může mít závažné dopady.

Pokud například praktický lékař ví, že jeho pacient má diagnostikovanou duševní nemoc, může jeho stav vnímat odlišně a zanedbat péči o něj. V krajním případě může takové zanedbání skončit i smrtí.

„Ve společnosti převládá stereotyp o agresivitě duševně nemocných. Tito lidé jsou přítom v dr-

titivě většině obětí trestných činů, nikoli jejich pachatelů,“ sděluje PhDr. Petr Winkler, spoluautor studie.

Studie probíhala na 21 středních zdravotnických školách, do výzkumu se zapojilo přes 500 studentů, 93 % tvořily ženy. Projekt Mindset si klade za cíl se škodlivými stereotypy bojovat. Vědci pro studii připravili osvětové materiály, jež zahrnovaly i setkání s člověkem s duševním onemocněním.

Intervence fungují

Destigmatizační snahy přinesly své ovoce: o 21 % více účastníků po skončení studie souhlasilo s tím, že lidé s duševním onemocněním jsou méně nebezpeční, než si většina lidí myslí. O 20 % více studentů si také myslelo, že lidé s duševním onemocněním mají stejné právo na zaměstnání jako kdokoli jiný. Největší změna nastala u studentů, kteří absolvovali seminář, kde bylo možné si vyslechnout příběh člověka, jenž měl osobní zkušenost života se schizofrenií a popovídat si s psychiatrem.

Více na: mujmindset.cz

(Zdroj: NÚDZ)

(red)

Nová data potvrzují efekt idarucizumabu

Předběžná data z fáze III studie RE-VERSE AD ukázala, že jedna 5g dávka idarucizumabu (Praxbind) dokáže okamžitě zvrátit účinek dabigatranu etexilátu u všech hodnocených pacientů.

Studie RE-VERSE AD hodnotila reálné situace, se kterými se lékaři mohou setkat při urgentních zákrocích. Pacienti byli rozděleni do dvou skupin. Skupina A: lidé s nekontrolovaným nebo život ohrožujícím krvácením (n = 66), skupina B: pacienti vyžadující urgentní nebo invazivní zákrok (n = 57). Všem pacientům byla podána dávka idarucizumabu, u všech bylo zřejmé zvrácení účinku dabigatranu (n = 100). Mezi hodnocenými pacienty ve skupině A byl medián času zastavení krvácení 9,8 hodiny. Ve skupině

B byl průměrný čas do operace 1,7 hodiny po podání idarucizumabu. Normální hemostáza během operace byla hlášena u 92 % pacientů (48/52). Trombotické komplikace se vyskytly u 5 pacientů v rozmezí 2 až 24 dnů po podání idarucizumabu. Žádný z těchto pacientů neužíval v době komplikací antitrombotickou léčbu. Bylo zaznamenáno 26 úmrtí, které zřejmě souvisely s původní příčinou urgentního příjmu a/nebo s komorbiditami.

(Zdroj: Boehringer Ingelheim)

(akt)

Studie INPULSIS mění diagnostická kritéria u IPF

Nová analýza studií INPULSIS prokázala podobnou progresi onemocnění u pacientů s idiopatickou plicní fibrózou (IPF) diagnostikovaných za pomoci širších diagnostických kritérií ve srovnání se současnými doporučeními.

Ve studiích se ukázalo, že nintedanib (OFEV) zpomaluje progresi onemocnění v obou diagnostických podskupinách; to potvrzuje účinnost přípravku u pacientů se širokou škálou typů IPF. Analýza má dopad na kritéria používaná k diagnostice IPF v klinické praxi i na plán budoucích klinických hodnocení.

Stanovit diagnózu IPF – devastujícího a smrtelného onemocnění – není jednoduché. Využívá se CT s vysokým rozlišením (HRCT), která detekuje přítomnost fibrózy a intersticiální pneumonie (UIP) v plicích. Za jednoznačnou známku IPF je považována přítomnost tzv. voštinové přestavby. Pro pa-

cienty, u kterých není IPF potvrzena podle doporučení, včetně pacientů, kteří nespĺňují požadavky na chirurgickou plicní biopsii, zůstává klinický průběh a účinnost léčby IPF velkou neznámou. Je proto důležité zjistit, jak se onemocnění chová v různých diagnostických podskupinách.

Do studií byli zařazeni pacienti (n = 1061) za použití klasických postupů pro stanovení diagnózy IPF a pacienti s IPF, kteří neabsolvovali plicní biopsii a neměli voštinovou přestavbu, ale měli obraz možné UIP a trakční bronchiektázie. Trakční bronchiektázie je považována za jeden z nejrelevantnějších projevů IPF. Analýza studie doka-

zuje podobnou progresi onemocnění a léčebný účinek v podskupině pacientů, kteří ne zcela splňují diagnostická kritéria, a v podskupině, která současná kritéria splňuje. To ovlivňuje úvahu o použití modifikovaných kritérií, která zahrnují přítomnost možné UIP a trakčních bronchiektázií (při absenci jednoznačné voštinové přestavby na snímku HRCT a chirurgické plicní biopsie), v klinické praxi i budoucích studiích.

(Zdroj: Boehringer Ingelheim)

(akt)



Inzerce M161000460



- účinný na suchý i vlhký kašel
- šetrný sirup rostlinného původu
- bez lékových interakcí
- 200 ml balení

BOIRON®
www.stodal.cz

STODAL, sirup. Složení: 100g sirupu obsahuje: Drosera tinktura 0,95g, Pulsatilla 6 CH 0,95g, Rumex crispus 6 CH 0,95g, Bryonia 3 CH 0,95g, Ipecacuanha 3 CH 0,95g, Euspongia officinalis 3 CH 0,95g, Sticta pulmonaria 3 CH 0,95g, Kali stibii tartaras 6 CH 0,95g, Myocardium 6 CH 0,95g, Dactylopius coccus 3 CH 0,95g, Balsami tolutani sirupus 19,00g, Polygalae sirupus 19,00g. Pomocné látky: ethanol 96% V/V (součást tinktury), sacharóza (součást sirupů), karamel, kyselina benzoová, prostý sirup. Indikace: Tradiční rostlinný léčivý přípravek používaný na všechny typy kašle. Dávkování a způsob podání: Perorální podání. Děti od 2 let do 4 let: 1 čajová lžička (2,5ml) 3-5x denně. Děti od 5 do 11 let: 1 čajová lžička (5ml) 3-5x denně. Dospělí a mladiství od 12 let: 1 polévková lžice (15ml) 3-5x denně. Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Zánět žaludku (gastritis), žaludeční vředy. Upozornění: Tento léčivý přípravek obsahuje 1,74% V/V ethanolu (alkohol). Tento léčivý přípravek obsahuje sacharózu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharózo-izomaltázové deficienci by tento přípravek neměli užívat. Nutno zohlednit v případě diety s nízkým obsahem cukru nebo u diabetiků. 1 čajová lžička (2,5ml) obsahuje 0,0345g ethanolu a 1,875g sacharózy. 1 čajová lžička (5ml) obsahuje 0,069g ethanolu a 3,75g sacharózy. 1 polévková lžice (15ml) obsahuje 0,206g ethanolu a 11,25g sacharózy. Množství alkoholu v této dávce odpovídá 2,18ml vína nebo 5,22ml piva. Užití tohoto přípravku je škodlivé pro alkoholiky. Obsah ethanolu je nutno vzít v úvahu u těhotných a kojících žen, děti a vysoce rizikových skupin, jako jsou pacienti s jaterním onemocněním, mozkovým onemocněním, poraněním mozku nebo epilepsií. Interakce: Nejsou známy. Z důvodu nedostatku specifických údajů je použití přípravku v těhotenství a při kojení nedoporučuje. Nežádoucí účinky: U citlivých osob se mohou objevit zažívací obtíže. Žádný případ předávkování nebyl dosud zaznamenán. Farmakoterapeutická skupina: Fytofarmakum. Držitel rozhodnutí o registraci: BOIRON S.A., 20 rue de la Liberation, Sainte-Foy-les-Lyon, Francie. Registrační číslo: 94/700/92-C. Datum revize textu: 19. 9. 2013. Použití tohoto tradičního rostlinného léčivého přípravku je založeno výlučně na zkušenosti z dlouhodobého použití. Přípravek je k dostání v lékárnách bez lékařského předpisu. Není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

AKTUALITY

EndoBarrier jako nový terapeutický přístup u obézních diabetiků 2. typu

V posledních letech jsme svědky celosvětového exponenciálního nárůstu prevalence obezity. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje obezitu jako stav nadměrného nahromadění tělesného tuku, který přímo ohrožuje zdraví pacienta a je spojen se závažnými komorbiditami.

Podle výsledků průzkumu *National Health and Nutrition Examination Survey* byla ze všech států USA hlášena alarmující prevalence obezity nad 20 % a v současnosti trpí 68,3 % americké populace buď nadváhou, nebo přímo obezitou. Morbidní obezita je v USA každoročně příčinou 300 tisíc úmrtí a zavádění nových termínů jako „superobezita“ či „super-superobezita“ pouze potvrzuje závažnost situace. Chronická onemocnění, u nichž je základní příčinou právě obezita, způsobila v první dekádě tohoto století v západním světě více než 60 % z celkové mortality. Nejzávažnější z chronických chorob spojených s obezitou je diabetes mellitus. Do roku 2025 bude na světě 333 milionů diabetiků, což je o 50 milionů více než nyní. V České republice bude v roce 2025 více než 1 milion diabetiků (o 250 tisíc více než nyní).

Léčba obezity je komplexní problém zahrnující širokou škálu metod – od úpravy stylu života a diety přes farmakoterapii až po léčbu chirurgickou a endoskopickou. Nejčastějším sledovaným parametrem účinku léčby

je procentuální snížení nadměrné hmotnosti (*percentage excess weight loss, %EWL*). „Nadměrná hmotnost“ je rozdíl mezi pacientovou hmotností a průměrnou hmotností standardního jedince s hodnotou BMI (*body mass index*) 25 kg/m². Parametr %EWL vyjadřuje pokles hmotnosti dosažené po bariatrické intervenci a vypočítané jako procento z nadměrné hmotnosti před intervencí. Zlatým standardem a prakticky jedinou metodou s prokázanou dlouhodobou účinností u pacientů s vyššími stupni obezity je stále chirurgická léčba, která vede k poklesu hmotnosti – EWL od 20 % až do 50 %.

Bariatrické zákroky

Bariatrická chirurgie zajišťuje nejen pokles hmotnosti, ale i zlepšení parametrů metabolického syndromu, zejména glukózovou homeostázu. Nejužívanější z těchto metod – gastrický bypass a biliopankreatická diverze – svým mohutným anti-diabetickým efektem projevujícím se již v řádu dní po výkonu podporují teorii proximální účinku vynechání proximální části tenkého střeva z průchodu po-

travy (*intestinal deviation, re-routing*) na metabolismus glukózy, ale také například na steatózu jater, a to nezávisle na účinku ve smyslu snižování hmotnosti. Dle jednotlivých studií pacienti po roce od bariatrické operace typu gastrického bypassu dosahují poklesu HbA_{1c} o 19–25 mmol/l a EWL až 38 %. Zdá se, že principem léčby diabetu v rámci metabolického syndromu je tzv. „teorie zadního střeva“, kdy rychlý průchod energeticky bohaté tráveniny do distálních částí tenkého střeva stimuluje produkci tzv. inkretinů (*glukagon like peptid 1-GLP 1, YY peptid*). Jedná se o hormony produkované enterocyty ilea, které mají hypoglykemizující účinky, zvyšují senzitivitu tkání na inzulin a snižují sekreci hyperglykemizujících hormonů, jako je například glukóza-dependentní inzulinotropní peptid (GIP). Na pozitivních účincích se jistě může podílet i vynechání proximální části tenkého střeva z kontaktu s potravou, ke kterému po gastrickém bypassu dochází.

Pacienti indikovaní k bariatricko-metabolickým výkonům jsou často nemocní s řadou komorbidit, a tedy s vysokým anesteziologickým rizikem. Chirurgické výkony typu výše jmenovaných „re-routing“ operací jsou po technické stránce poměrně komplikované a pooperační morbidita a mortalita nejsou zanedbatelné. Bariatrická chirurgie proto nabízí další typy bariatrických výkonů, které jsou pro pacienta méně zatěžující, jako například plikace žaludku, bandáž žaludku či implantace stimulatorů kontraperistaltiky. Tyto výkony ovšem na rozdíl od gastrického bypassu či bilio-pankreatické diverze prakticky neovlivňují metabolické parametry nad rámec snížení hmotnosti.

EndoBarrier

Aternativou chirurgické bariatrie mohou být podobně jako v jiných oblastech metody endoskopické, jejichž potenciální výhodou je reverzibilita, menší



EndoBarrier (duodenal-jejunal bypass liner, EB)

perioperační zátěž a tím i morbidita a mortalita a nižší náklady. Většina endoskopických výkonů typu intragastrických balonů či endoskopických plikací žaludku ovšem nespĺňuje kritéria bariatricko-metabolických metod. První a zatím jedinou standardně užívanou metodou typu endoskopické bariatricko-metabolické operace je gastrointestinální vložka – EndoBarrier (EB, endoskopický duodeno-jejunální bypass, *duodenal-jejunal bypass liner* – GI Dynamics Inc., Lexington, MA, USA). Jedná se o zařízení na principu plastického rukávce přemostujícího duodenum a část jejunu a tím utvářejícího duodeno-jejunální bypass. Jediný efekt této metody na snížení hmotnosti a úpravu glukózové homeostázy je do značné míry srovnatelný s chirurgickým gastrickým bypassem. Dochází mimo jiné také ke stimulaci produkce tzv. inkretinů (*glukagon like peptid 1-GLP 1*).

Stimulace sekrece inkretinů je však jen jedním z principů funkce EB, neméně důležitým efektem je mechanické zpomalení evakuace žaludku, redukce vlivu trávicích enzymů na tráveninu a stimulace produkce hormonů sytosti. EB se skládá z poly-flouro-uretanového rukávce dlouhého 60 cm, který je připevněný na nitinolové kotvě. Kotva má tvar krátkého samoexpandibilního metalického stentu opatřeného po obvodu krátkými trny, kterými se po otevření zachytí v bulbu duodena. Součástí systému EB je zaváděcí katétr s několika ovládacími táhly a kapsle, která slouží jako transportní modul komprimované kotvy a složeného rukávce (*viz obr.*). Implantace

EB začíná zavedením vodícího drátu do jejunu, po drátu je pod RTC kontrolou zaveden EB systém do pyloru a dále do bulbu duodena, kde pod RTC a endoskopickou kontrolou dojde k vysunutí rukávce a otevření kotvy z transportní kapsle. Implantace i explantace EB vyžaduje rentgenový sál a asistenci anesteziologa.

Studie v IKEM

V současné době probíhá v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) studie s cílovým počtem 100 pacientů léčených EB, jejímž cílem je posoudit bezpečnost a klinickou účinnost EB. Průběžné výsledky prokazují velmi dobrou účinnost EB, jak v redukci hmotnosti, tak ve zlepšení kompenzace diabetu, a to při minimálním výskytu nežádoucích účinků. Ukazuje se, že EB je v podmínkách komplexně vybaveného endoskopického centra technicky dobře zvládnutelnou metodou. Dosáhli jsme průměrného poklesu hmotnosti o 24 kg, EWL 32 % a poklesu HbA_{1c} o 21 mmol/l. Pokud jde o snížení hmotnosti, pokles o 24 kg překonává všechny nechirurgické metody léčby obezity. Z pohledu účinnosti lze i na základě našich předběžných výsledků konstatovat, že EB představuje léčebnou metodu, která je srovnatelná s chirurgickými bariatricko-metabolickými výkony. Tato skutečnost by se měla do budoucna promítnout u vybraných nemocných i do úhrady zdravotními pojišťovami.

MUDr. Marek Beneš,
prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.,
Klinika hepatogastroenterologie,
IKEM, Praha



Ilustrační foto: Shutterstock

Na počest profesora Karla Lewita

V sobotu 23. dubna se v Centru komplexní péče Dobřichovice (CKP) uskutečnila mezinárodní konference k nedožitým 100. narozeninám zakladatele moderní funkční diagnostiky prof. MUDr. Karla Lewita, DrSc.

Pozvání na konferenci přijaly také předsedkyně Společnosti pro myoskeletální medicínu MUDr. Jana Jandová a viceprezidentka Unie fyzioterapeutů ČR Šárka Smejkalová. Konference se zúčastnilo 75 účastníků z 9 zemí (ČR, Slovensko, Francie, Polsko, Rakousko, Itálie, Švýcarsko, Rusko, Řecko), kteří zavzpomínali na osobnost profesora Lewita z profesního i osobního hlediska. Konference byla vedena v českém a anglickém jazyce.

Ředitelka Centra komplexní péče Dobřichovice Mgr. Jana Týkalová v úvodu účastníkům vysvětlila, proč se konference pořádá právě v CKP v Dobřichovicích. Profesor Lewit zde prožil velkou část svého života a v letech 2008–2012 zde ordinoval a vyučoval. Na podzim roku 2014, krátce po smrti prof. Lewita, spontánně vznikla myšlenka uspořádat toto setkání k jeho nedožitým 100. narozeninám. K aktivní účasti byli vyzváni jeho nejbližší kolegové a žáci, kteří byli osloveni dle soukromého adresáře, který pro tyto účely poskytl rodina prof. Lewita. Konferenci uvedli majitelka CKP MUDr. Dana Jenšovská a starosta Města Dobřichovice Ing. Petr Hampl. Starosta účastníky pozval na podvečerní akci, uspořádanou městem Dobřichovice. Dcery profesora Lewita Anita Bentley-Lewit a Jana Lewitová Vovsová odhalily uprostřed lávky přes řeku Berounku, po níž profesor denně chodil do ordinace, na jeho počest plaketu s jeho jménem.

14 různých zpracování ve funkčním propojení

Intenzivní program byl rozdělen na 4 přednáškové bloky, v nichž vystoupili MUDr. Viera Agnerová (SR), Mgr. Šárka Hanušová, Ph.D. (ČR), doc. MUDr. Alena Kobesová, Ph.D. (ČR), Mgr. Marek Král (ČR, Švýcarsko), Mgr. Magdaléna Lepšíková (ČR), Bc. Clara-Maria Helena Lewitová (ČR, Rakousko), Petra Nováková, DiS. (ČR), Christine Oberrauch, P.T. (Itálie), dr. Giancarlo Russo (Itálie), Dr.med. Andrzej Sadowski (Polsko), dr. Dominique Silvestre (Francie), prof. dr. Ludmila Vasiljeva (Rusko), Mgr. Michaela Veverková (ČR) a Mgr. Jana Lewitová Vovsová (ČR).

Zazněly přednášky na nejrůznější témata vztahující se k funkční diagnostice. Odborné i vzpomínkové, o excelentních klinických dovednostech profesora Lewita i o jeho lidských vlastnostech. Doc. Kobesová a MUDr. Agnerová zavzpomínaly, jak s profesorem Lewitem natočily výukové videa manuální medicíny. Vývoj v této oblasti naznačila Mgr. Hanušová z Centra fyzioterapie, která předvedla ukázkou videa z chystaného nového zpracování. Mgr. Lepšíková prezentovala poslední studii, jejímž spoluautorem je profesor Lewit. Studie byla publikována v odborném časopise *International Musculoskeletal Medicine* až v roce 2015, tedy rok po smrti prof. Lewita. V několika příspěvcích došlo i na praktické ukázky (dr. Sadowski, prof. Va-

siljeva, dr. Silvestre a Mgr. Lewitová Vovsová).

Mimo původně plánovaný program vystoupil dr. Spiros Michalakis (Řecko) z Dr. Karel Lewit International Institute, který představil institut i odbornou spolupráci s profesorem Lewitem. Netradičním příspěvkem byla báseň od Craiga Liebersona, D.C. (USA) „Dearest Teacher“, kterou přečetla Anita Bentley-Lewit. Nově vzniklý Nadační fond Karla Lewita představila předsedkyně jeho správní rady Petra Nováková, DiS. Bližší informace o nadačním fondu najdete na: www.karellewit.cz. Na též odkaze se můžete podívat na dokumentární film „Vyhátnout, vomakat, pochopit“ z roku 2010 (režisérka Květa Přibylková), který byl na konferenci promítán. V dokumentu profesor Lewit vysvětluje svůj způsob uvažování v diagnostice a léčbě. Mimo jiné je v něm detailně zachycena práce jeho rukou při palpaci, které nemálo přednášejících v průběhu dne vyzdvihovalo jako dokonalý vyšetřovací nástroj. Petra Nováková také věnovala vzpomínku žákyni prof. Lewita a kolegyni mnohých přítomných českých i zahraničních terapeutů, Mgr. Věře Verchozinové, která loni na podzim nečekaně zemřela.

Žáci svého učitele

O tom, že přednášející byli opravdovými žáky svého profesora, svědčí následující odstavec s připomenutím citací, které prof. Lewit při práci užíval. Docentka Kobesová zdůraznila podstatu Le-



Starosta Dobřichovic Ing. Petr Hampl a majitelka Centra komplexní péče MUDr. Dana Jenšovská | Foto: CKP Dobřichovice

witovy léčby: „Vyšetřit – ošetřit – znovu vyšetřit.“ Mgr. Veverková navázala: „Je důležité, aby si pacient prožil vylepšení.“ Mgr. Hanušová vzpomněla, že profesor Lewit říkával pacientům: „A teď si to ochutnejte. Jak to chutná teď...?“ Od Christine Oberrauch zaznělo: „Poslouchej pozorně, pozoruj očima, vnímej rukama a používej schopnost zpětné vazby ve prospěch pacienta.“ Zmínila rovněž další Lewitovu radu: „Funkční myšlení je důležitější než znalosti pouhých faktů“. Clara Lewitová poznamenala: „Pozorování všemi smysly je důležité, abychom našli, co jest, a to i tehdy, když se nám to nehodí.“ Mgr. Král připomenul, že „specializace terapeuta nám brání vidět celek – je nutná adekvátní komunikace s pacientem a lékařem, dbát na propojenost systému“. Propojenost připomněl také dr. Russo s tím, že prof. Lewit celý čas věnoval pacientovi a prohlédl všechny části těla, které jsou propojeny. Dr. Michalakis upozornil, že „profesor Lewit pořád o něčem přemýšlel“. A Clara Lewitová vyslovila přání: „Pokračujte, zkou-

mejte, hledejte. Funkční myšlení je na začátku.“

Hledat vlastní terapeutické cesty

I když se všichni přítomní zcela neshodli například v otázce *trigger* pointu a vedli o jeho definici delší diskusi, v názoru na osobnost prof. Lewita byli všichni zajedno. O tom, že se jednalo o osobnost vskutku nezapomenutelnou, zaznělo v příspěvcích přítomných účastníků kongresu, ale i kolegů ze zámorí, kteří vzpomněli na svého učitele prostřednictvím zasláných videoprezentací – Craig Liebenson, Maria Perri, D.C., a dr. Robert Lardner (USA) a dr. Marc White (Kanada). Konference ukázala, že celostní přístup v diagnostice a terapii funkčních poruch je stále živý a může mít velice rozmanité pojetí. Důležité bylo si uvědomit, že neexistuje žádná „metoda podle Lewita“, ale že prof. Lewit nás učil a svým přístupem inspiroval ke způsobu uvažování o práci, a nyní je již na nás, abychom hledali vlastní terapeutické cesty.

Mgr. Hana Sladká



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 6/2016

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, Farmabyznis, 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

Editorka

Květa Havlová, DiS.

Korektorky

Květa Havlová, DiS.
PhDr. Jana Jilková

Stálí spolupracovníci redakce

Martin Čaban,
Irena Soukupová,
Vladimíra Bošková,
Martin Ježek,
Marcela Svěráková

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455,
e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
MUDr. Václava Bártů
doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D. prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc., FCMA
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
MUDr. Ondřej Měšťák
Mgr. Jana Nováková, MBA
MUDr. Hana Roháčová
prof. MUDr. Miloš Táborský, MBA, FESC, FACC, CSc.
doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková
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 Bitternerová
e-mail: bitternerova@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

Předplatně pro Českou republiku využívají:
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,
111 21 Praha 1
tel. 800 248 248,
e-mail: mladafn@predplatne.cz,
www.mf.cz
Objednávky do zahraničí:

Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,

Videňská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165,
e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

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

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

Tisk TRIANGLE, a. s.

Číslo číslo do tisku 16. 6. 2016

Přetisk 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

Výběrové řízení

Dermatolog Více pozic

**NEMOCNICE
HUSTOPEČE, P. O.,**
vyhlašuje výběrové řízení
na pozici:

- primář/primářka interního oddělení
- zástupce primáře/primářky interního oddělení

Požadavky: specializovaná způsobilost v oboru, osvědčení ČLK k výkonu funkce primáře, řídicí a komunikační schopnosti.

Písemnou přihlášku doplněnou profesním životopisem s přehledem odborné praxe, ověřenými doklady o vzdělání, včetně osvědčení ČLK, výpisem z rejstříku trestů ne starším 3 měsíců, dokladem o zdravotní způsobilosti a souhlasem s nakládáním s osobními údaji pro účely výběrového řízení zasílejte do 31. 7. 2016 na sekretariát Nemocnice Hustopeče, p. o., Brněnská 716/41, 693 01 Hustopeče, s označením obálky „Výběrové řízení“.

M161000468

Volná místa

Všeobecná sestra

**PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
PETROHRAD, P. O.,**
přijme do pracovního poměru:

- všeobecnou sestru v Centru duševního zdraví Chomutov

- všeobecnou sestru bez odborného dohledu
- všeobecnou sestru se specializací v psychiatrii

Odměňování: NV č. 564/2006 Sb. v pl. znění, zákoník práce, zařazení do 9.-11. platové třídy dle praxe a vzdělání, zvláštní příplatky.

Vzdělání: úplné střední odborné s maturitou, výhoda pomaturitní specializace v oboru psychiatrie, aktivní podpora dalšího vzdělávání a studia (studium při povolání)

Nástup: 1. 9. 2016, nebo dle dohody

Pracovní doba: 40 hodin týdně, místo výkonu práce Chomutov

Praxe: není podmínkou, vhodně i pro absolventy

Další požadavky: odborná a zdravotní způsobilost, trestní bezúhonnost dle zákona 96/2004 Sb. v pl. znění. Zájem o práci s klienty, partnerský a individuální přístup k lidem, tvorba programu pro podporu a aktivizaci klientů, příprava a realizace volnočasových aktivit, kreativita a samostatnost, schopnost práce v týmu, ochota k dalšímu vzdělávání, řídicí průkaz sk. B

Nabízíme: spoluúčast na penzijním připojištění, příspěvek na stravu, odměny při výročí z FKSP, využití sportovního zázemí v organizaci

Žádosti zašlete na adresu: Psychiatrická léčebna Petrohrad, p. o., 439 85 Petrohrad č. 1,

Kontakt: Bc. Hana Jamborová, personalista,
tel.: 415 236 121,
e-mail: hana.jamborova@plpetrohrad.cz

M161000442

Lékař psychiatrie

**PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
PETROHRAD, P. O.,**

přijme do pracovního poměru:

- lékaře psychiatrie nebo absolventa na plný nebo zkrácený pracovní úvazek, který má zájem o psychiatrii

Odměňování: dle zákona č. 262/2006 Sb. a NV č. 564/2006 Sb. v platném znění, osobní hodnocení, odměny

Vzdělání: odborná a zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Nástup: možný ihned, nebo dle dohody. Pracovní smlouva na dobu neurčitou.

Pracovní doba: 40 hodin týdně, místo výkonu práce Petrohrad nebo Chomutov

Praxe: není podmínkou, vhodně i pro absolventy

Další požadavky: odborná a zdravotní způsobilost, trestní bezúhonnost dle zákona 95/2004 Sb. v pl. znění. Zájem o práci s pacienty, partnerský a individuální přístup k lidem, kreativita a samostatnost, schopnost práce v týmu, ochota k dalšímu vzdělávání.

Nabízíme: spoluúčast na penzijním připojištění, příspěvek na stravu, odměny při výročí z FKSP, k dispozici služební auto a vybavení IT, další vzdělávání na náklady organizace, příjemné pracovní prostředí, šest týdnů dovolené, možnost přechodného ubytování, zájem pro sport – fitcentrum, víceúčelové hřiště, venkovní bazén, cykloturistika, příroda (<https://youtu.be/x-TgMW8mwXc>)

Žádosti zašlete na adresu: Psychiatrická léčebna Petrohrad, p. o., 439 85 Petrohrad č. 1,

Kontakt: Bc. Hana Jamborová, personalista,
tel.: 415 236 121,
e-mail: hana.jamborova@plpetrohrad.cz

M161000444

VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ



Ředitel Nemocnice s poliklinikou Karviná – Ráj, příspěvková organizace, vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovní pozice

PRIMÁŘ/-KA INTERNÍHO ODDĚLENÍ PRACOVNÍSTĚ KARVINÁ

POŽADAVKY:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru (odborná způsobilost podle § 4 zákona č. 338/2008 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta)
- specializovaná způsobilost v oboru
- licence ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře a primáře ve zdravotnickém zařízení
- minimálně 5 let praxe
- velmi dobré organizační a komunikační schopnosti
- bezúhonnost a zdravotní způsobilost.

Přihláška musí obsahovat název funkce a zařízení, v němž má být funkce vykonávána, datum a vlastnoruční podpis.

K PŘIHLÁŠCE MUSÍ BÝT DOLOŽENY TYTO DOKLADY:

- strukturovaný profesní životopis
- kopie dokladů o nejvyšším dosaženém vzdělání a licence ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře a primáře ve zdravotnickém zařízení
- výpis z evidence Rejstříku trestů ne starší 3 měsíců
- souhlas se zpracováním osobních údajů
- návrh vlastní koncepce řízení a rozvoje pracoviště (max. 3 str. A4)

Přihlášku a výše uvedené doklady doručte do 30. 6. 2016 do 13.00 hod. na adresu: Nemocnice s poliklinikou Karviná – Ráj, příspěvková organizace, Vydmuchovej 399/5, Ráj, 734 01 Karviná, oddělení lidských zdrojů, obálku označte „NEOTVÍRAT – Výběrové řízení primář/-ka interního oddělení.“

Inzerce M161000438

Nemocnice Vyškov, p. o., vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:

PRIMÁŘ INTERNÍHO ODDĚLENÍ

POŽADUJEME:

- lékaře s atestací v oboru a praxí min. 8 let
- odbornou způsobilost k výkonu zdrav. povolání lékaře v ČR
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost dle zákona č.95/2004 Sb.
- licenci pro výkon lékaře
- znalost práce na PC

NABÍZÍME:

- platové podmínky dohodou, 14. platová třída
- nástup dle dohody.

Informace u náměstka pro zdravotní péči,
e-mail: pojezna@nemvy.cz, tel. +420 517 315 104.

Přihláška k výběrovému řízení musí obsahovat:

- životopis s přehledem dosavadní praxe
- kopii dokladů o dosaženém vzdělání
- výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců
- osobní dotazník
- osvědčení dle z. č. 451/1991 Sb.
- čestné prohlášení dle ustanovení § 4 odst. 3 citovaného zákona

Písemné přihlášky s doklady dle požadavků zasílejte nejpozději do 3 týdnů od uveřejnění na adresu: Nemocnice Vyškov, p. o., Purkyňova 36, 682 01 Vyškov, personálně právní odbor, s označením „VŘ primář interny“.

Inzerce M161000437

Psychiatrická nemocnice Brno, Húskova 2, 618 32 Brno,
příspěvková organizace, vyhlašuje výběrové řízení na pozici

PRIMÁŘ/PRIMÁŘKA DIAGNOSTICKO-TERAPEUTICKÉHO ODDĚLENÍ

Kvalifikační předpoklady:

- atestace II. stupně z psychiatrie nebo specializovaná způsobilost dle § 44 zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění
- minimálně 10 let praxe v daném oboru
- 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 rejstříku trestů, ne starší 3 měsíců
- osobní dotazník

Písemné přihlášky se všemi náležitostmi zasílejte do 30. 6. 2016 na adresu: Psychiatrická nemocnice Brno, osobní oddělení, Húskova 2, 618 32 BRNO

Inzerce M161000445

Lékař ARO

NEMOCNICE TÁBOR, A. S.,
přijme do pracovního poměru:

■ **lékaře pro oddělení ARO**

Požadujeme:

- specializovaná způsobilost v oboru anesteziologie a resuscitace v oboru anesteziologie a resuscitace, uvítáme zařazení v přípravě v oboru anesteziologie a resuscitace, vhodné i pro absolventy VŠ.

Nabízíme:

- práci ve stabilní společnosti,
- nástup ihned nebo podle dohody,
- plný pracovní úvazek,
- po zapracování trvalý pracovní poměr,
- výhodné mzdové ohodnocení v souladu s vnitřními předpisy dle dosažené praxe a kvalifikace,
- možnost absolvování specializačního vzdělání bez smluvního závazku,
- možnost dalšího odborného růstu, jsme držitelé akreditace pro další vzdělávání,
- 5 týdnů dovolené + 1 týden navíc,
- pracovní doba, včetně ÚPS v souladu se zákoníkem práce,
- cenově výhodné stravování ve vlastní jídelně.

Oddělení ARO má udělení akreditaci I. stupně pro vzdělávání lékařů v oboru anesteziologie a resuscitace.

Bližší informace podá: MUDr. Radovan Prchlík, primář oddělení,
tel.: 381 605 000, 777 634 634;
e-mail: radovan.prchlík@nemta.cz.

M161000429

Lékaři

**KRAJSKÁ NEMOCNICE
T. BATI, A. S., ZLÍN,**
přijme:

■ **dva lékaře/lékařky
pro oddělení nukleární
medicíny**

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- způsobilost k výkonu povolání podle zákona 95/2004 Sb.,
- zařazení do special. vzdělávání či končený základní radiologický kmen,
- schopnost týmové práce,
- možnost plného i zkráceného úvazku,
- zdravotní způsobilost, bezúhonnost.

Nabízíme:

- podporu dalšího vzdělávání a rozvoje,
- práci v moderním akreditovaném pracovišti,
- možnost ubytování nebo příspěvku na ubytování pro zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Zlínský kraj,
- závodní stravování,
- řádnou dovolenou v délce 6 týdnů,
- mzdu individuálně sjednanou,
- nástup ihned, příp. dle dohody.

Kontakt: MUDr. J. Bernátek, primář oddělení nukleární medicíny,
e-mail: bernatek@bnzlin.cz,
tel.: 577 552 233

M161000414

Více pozic

**NEMOCNICE HUSTOPEČE, P. O.,
BRNĚNSKÁ 716/41, 693 01
HUSTOPEČE,**

přijme lékaře/lékařky se specializovanou způsobilostí v oboru vnitřní lékařství, FBLR, radiologie a zobrazovací metody.

Nabízíme výhodné platové podmínky, stravování, možnost ubytování v areálu nemocnice, nástup možný ihned.

Informace na tel.: 519 407 350,
e-mail: pam@nemocnicehustopece.cz

M161000468

Lékař

**PŘIJMEME LÉKAŘE
DO DOMÁCIHO HOSPICE
V TŘEBÍČI NA DPP/DPČ.**

Příjemný kolektiv, moderní vybavení (např. nový přenosný ultrazvuk s konvexní i lineární sondou), motivující finanční ohodnocení. Perspektiva funkčního místa.

Kontakt: Mgr. Eva Vráblová,
tel.: 734 435 207,
e-mail: eva.vrablova@trebic.charita.cz

M161000453

Lékař-patolog

**NEMOCNICE HAVLÍČKŮV
BROD, P. O.,**

přijme ihned do pracovního poměru lékaře-patologa nebo lékaře se zájmem o obor patologie.

Nabízíme odpovídající platové ohodnocení, náborový příspěvek, byt a další zaměstnanecké benefity.

Zájemci o tuto pozici se mohou hlásit na adrese: Nemocnice Havlíčkův Brod, Husova 2624, 58222 Havlíčkův Brod, personální odd.,
nebo na e-mail: jana.egartova@onhb.cz,
tel.: +420 569 472 122

M161000481

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, lidský fungující tým, dobrá dopravní dostupnost.

Máme akreditaci MZ pro specializační vzdělávání v ambulanci 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

M161000282

PERSONÁLNÍ INZERCE

Kraj Vysočina

Kraj Vysočina ve spolupráci se Spojenou akreditační komisí, o. p. s., Johnson & Johnson, s. r. o., Project HOPE – Česká republika, o. p. s. a Českou asociací sester, o. s. vyhlašují 9. ročník celostátní soutěže

„Bezpečná nemocnice“

Zastřešující téma soutěže: „Zvyšování kvality a bezpečí na základě poznatků z praxe“

Celostátní soutěž s názvem „Bezpečná nemocnice“ je určena pro zdravotnická zařízení akutní, následně i dlouhodobé péče, která mají sídlo na území naší republiky. Vyhlašeno soutěže bude uveřejněno ve Zdravotnických novinách, na webových stránkách Kraje Vysočina a na webových stránkách všech spolupracujících subjektů. Do soutěže jsou přijímány jak projekty již realizované, tak i projektové záměry.

Termín pro podávání projektů: 1. 6. 2016 – 31. 10. 2016

Adresa pro podávání projektů: Krajský úřad Kraje Vysočina, odbor zdravotnictví,
Žitkova 57, Jihlava 587 33

Kontaktní osoba: Bc. David Talpa

Označení projektů: Zalepená obálka s označením: „NEOTVÍRAT – soutěž Bezpečná nemocnice“

Povinné údaje:

1. Název projektu
2. Název předkladatele
3. Sídlo a adresa předkladatele
4. Kontaktní osoba (Jméno a příjmení, telefon, mail)
5. IČ předkladatele
6. Abstrakt (stručný výtah projektu)

Očekávaný rozsah: 10 stran

Kritéria pro hodnocení projektu:

1. Kvalita projektu zaměřeného na oblast bezpečí zdravotní péče
 - zaměření projektu na dané téma: Zvyšování kvality a bezpečí na základě poznatků z praxe
 - přínos pro zvyšování kvality a bezpečí
 - finanční efektivita vztážená k míře přínosu pro zvýšení kvality a bezpečí
2. Projekt obsahuje:
 - analýzu stávajícího stavu
 - zdůvodnění intervence řešené projektem
 - popis řešení
 - vyhodnocení účinnosti řešení (hodnoceno věcně zdůvodnění i písemná prezentace projektu)
3. Využitelnost projektu v jiných zařízeních

Projekt bude zaslán v písemném vyhotovení a dále v elektronické verzi na adresu: talpa.d@kr-vysocina.cz.

Projekty budou předloženy hodnotící komisi, která určí jejich pořadí na základě bodového ohodnocení jednotlivých kritérií.

Vítězné projekty budou odměněny cenou hejtmana Kraje Vysočina.

Společnost Johnson & Johnson, s. r. o., ocení projekty s nejvyšším hodnocením poroty na prvních šesti místech mimořádnou finanční cenou, a to ve výši **60 tis. Kč** pro umístěného **na 1. místě, 30 tis. Kč** pro umístěného **na 2. místě, 25 tis. Kč** pro umístěného **na 3. místě, 15 tis. Kč** pro umístěného **na 4. místě a 10 tis. Kč** pro umístěného **na 5. a 6. místě.** Finanční cena je určena na odborné vzdělávání vítězných projektových týmů.

Vítězné projekty budou prezentovány na 10. ročníku celostátní konferenci „Dny bezpečí“ v lednu 2017.



Inzerce M161000392

Lékař psychiatr

**PSYCHIATRICKÁ
NEMOCNICE MARIANNY
ORANŽSKÉ V BÍLÉ VODĚ**

přijme do pracovního poměru lékaře s atestací v oboru psychiatrie, lékaře jiného oboru, lékaře bez atestace, absolventa lékařské fakulty.

Plat dle délky praxe 30 000 až 50 000 Kč s možností dalšího finančního růstu.

Nabízíme pomoc při hledání ubytování. Pracovně-právní vztah navážeme i na kratší časové období.

Písemné nabídky zasílejte na e-mail: micakova@ou.cz;
tel.: 588 517 505.

M161000472

LÉKAŘ/LÉKAŘKA

**Léčebna dlouhodobě
nemocných Masarykovo
sanatorium Dobříš hledá**

**LÉKAŘE NA LŮŽKA
NÁSLEDNÉ PÉČE**

Podmínkou je
atestace I. stupně.

Nabízíme mimořádné
individuální mzdové
podmínky a pravidelné
měsíční odměny
v celkové minimální výši
13. a 14. platu.

Kontakt:

jn.mlezivova@seznam.cz
tel. 318 541 253

Inzerce M161000417

**Společnost Mediclinic, a. s.,
hledá do svých ambulancí
LÉKAŘE**

Nabízíme **nadstandardní
mzdové podmínky,
předatestační i celoživotní
vzdělávání a další
zaměstnanecké benefity.**

**Praktické lékaře
pro lokality:**

- Praha 9
- Slaný
- Bystřice p. Hostýnem
- Moravská Třebová

**Praktické lékaře pro děti
a dorost pro lokality:**

- Praha – Kbely
- Studenec v Podkrkonoší
- Meziměstí
- Loděnice
- Teplice
- České Budějovice
- Pelhřimov
- Brno

**Zaujala Vás některá lokalita?
Volejte na
tel. 733 679 578,
nebo pište na e-mail:
kariera@mediclinic.cz**

Inzerce M161000447

Inzerce M161000455 / M161000474



Ples sester

JEDINÝ OFICIÁLNÍ PLES ČESKÉ ASOCIACE SESTER

3. BŘEZNA 2017
PALÁC ŽOFÍN

(Slovanský ostrov 226, 110 00 Praha)

VSTUPNÉ 620 Kč / VSTUPENKY OBJEDNÁVEJTE NA E-MAILU TICHY@MF.CZ