



ZDRAVOTNICTVÍ

MEDICÍNA



9/2016

vyšlo: 19. 9. 2016

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ



Odbornost versus politika

(více na straně 8)



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



Tucet evergreenů českého zdravotnictví

Když před čtrnácti lety vyšel sborník „Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra“, bylo z jeho názvu patrné, že jde o věčné a nevyčerpatelné téma.



Už tehdy jsme si z toho minimálního postupu vpřed dělali legraci. Vydrželo nám to dodnes a tehdejší klíčová slova znějí pořád stejně nadčasově. Z jednoho jediného důvodu – v českém zdravotnictví se toho sice událo hodně, ale z tehdy identifikovaných koncepčních otázek „k řešení“ se nevyřešilo nic. Jsou to evergreeny českého zdravotnictví, snad jen s tím rozdílem, že o nějakém „reformním dražvu“ dnes nemůže být ani řeči.

1. Jasně vymezení role státu, zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče

V této oblasti nadále panuje velkolepý zmatek; ministerstvo zdravotnictví v podstatě funguje jako ústřední orgán zdravotnické lobby ve vztahu k ministerstvu financí v boji o přísun peněz „do systému“.

2. Posílení odpovědnosti zdravotních pojišťoven jako nákupčích péče

O tom, že by snad zdravotní pojišťovny sehrály nějakou důstojnou roli, se již ani nehovoří, neboť převaha poskytovatelů nad zdravotními pojišťovnami je jednoznačná a má tendenci se zvyšovat.

3. Možnost volby zdravotně pojistných plánů

O tom, že by pojišťovny mohly nějak diferencovat svůj pojistný produkt a kromě základního plánu mohly nabízet i něco levnějšího (například díky gatekeepingu praktickým lékařem) a něco dražšího (například zahrnutím nadstandardu při hospitalizaci), se snad už ani nemluví.

4. Odstranění konfliktu zájmů ministerstva zdravotnictví jako zřizovatele fakultních nemocnic a regulátora

Viděl jste někdo gramotný návrh jak odstátnit univer-

zitní nemocnice a dát jim nějaký stabilní vícezdrojový finanční model?

5. Zavedení elektronického receptu a sdílení elektronických zdravotních záznamů

eHealth byl, je a bude hudbou budoucnosti. I osoby se základním vzděláním sice umějí v Česku používat *smartphone*, nicméně zanechávání elektronické stopy ve zdravotnictví je pořád stejně nežádoucí.

6. Optimalizace sítě ambulantních zařízení

Jak chcete optimalizovat, když nemáte ani výkonnostní metriku, ani samostatnou obchodní politiku pojišťoven?

7. Optimalizace sítě akutní lůžkové péče a zavedení úhrady na bázi DRG

Od nějakého transparentního úhradového mechanismu v nemocnicích jsme se spíše vzdálili – restartu DRG navzdory. Není-li úhradová transparence, těžko může být nějaká legitimní debata o optimalizaci. Navíc se periodicky opakuje snaha „zacementovat“ existující síť poskytovatelů vlastních státům či kraji prostřednictvím „neziskových nemocnic“, jejichž ztráty bude sanovat stát (i těch krajských).

8. Koordinace péče o chronicky nemocné

Nemáte-li třetí vrstvu přerozdělení zohledňující náklady na péči o chroniky a motivační nástroje pro lepší adherenci ze strany pacientů a poskytovatelů, co a jak byste koordinovali?

9. Regulace poptávky po zdravotní péči prostřednictvím poplatků

Byly zavedeny a zrušeny. A politické náklady na zavedení i těch nesporných (za lůžkoden, například) budou ještě více prohibitivní.

10. Motivace pojištěnce ke zdravému životnímu stylu, dodržování plánu léčby a využívání preventivních prohlídek; posílení role praktického lékaře

Motivace v této oblasti, ať již v podobě bonusů či negativní v podobě přírážek a sankcí, samozřejmě neexistují, a to se o nich psalo už za ministryně Součkové, blahé paměti. O koordinační roli praktických lékařů nehovoříme, bylo by to poněkud trapné (bez elektronického sdílení zdravotních záznamů a ekonomických nástrojů to ani nejde).

11. Definování standardu a nadstandardu

Po nesmělém začátku přišel brzy konec, další příklad politizování v podstatě dobře zvládnutelného problému.

12. Zavedení komerčního připojištění

Na co chcete zavést komerční pojištění, když nemáte definovaný nadstandard?

Místo vícezdrojového financování (rozumná míra spoluúčasti a komerční připojištění) a zlepšení ekonomické motivace k hospodárnému využívání zdrojů (úhradovými mechanismy, optimalizací sítě a snížením vysokých fixních nákladů, například) se celá reformní agenda scvrkla na zjednodušení vzdělávání a zvyšování mezd a platů. Dokud bude trvat současná konjunktura, půjde požadavky zdravotnictví saturovat relativně dobře.

Jenže ty evergreeny zároveň představují docela zásadní problémy, bez jejichž řešení nelze absorbovat moderní medicínu a zároveň udržet finanční stabilitu celého systému zdravotnictví. Poznáme to, až přijde příští periodické období sucha.

Miroslav Zámečník

(autor je komentátorem týdeníku Euro)

Zbytečná válka s praktiky

Spor kolem peněz pro praktické lékaře se možná v předvolební době rozhořel více, než musel.



V jeho základu leží racionální požadavek, který lze přijmout, korigovat nebo odmítnout, ale rozhodně není potřeba jej dehonestovat. Tím méně by jej měl dehonestovat ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. Přesto měl potřebu označit protest praktických lékařů za „stávkou milionářů“ a „absurdní postoj“, kvůli němuž si praktici „berou pacienty za rukojmí“. Co to do ministra, který byl dosud ochoten slíbit komukoli cokoli, vjelo? Předně je třeba říci, že požadavek praktiků má svou logiku. Němeček od svého nástupu nedělá nic jiného, než že hrne do zdravotnictví peníze po lopatách. A skoro všechny míří do nemocnic. Že se praktici (a ambulantní specialisté a všechny ostatní segmenty) dříve nebo později přihlásí o svůj díl, není nic divného či absurdního. Jestliže se kapitační platba osm let nehnula, kdo se může praktikům divit, že se u ministra, který vyhlásil ve zdravotnictví roky hojnosti, přihlásí?

To samozřejmě samo o sobě hned neznamená, že požadavek na zvýšení kapitace je zcela oprávněný. Praktici nedostávají stejné peníze jako před osmi lety. Podle dat VZP činila průměrná roční platba ordinací praktického lékaře od této pojistovny v roce 2010 asi 1,077 milionu korun. V roce 2015 to bylo 1,268 milionu. Pokud tedy data VZP nelžou a po-

kud ostatní pojišťovny zhruba drží krok s tou největší, příjem praktických lékařů za pět let stoupl o nějakých 18 %. Pokud by Němeček přišel s tímto argumentem, mohla to být součást diskuse. Namísto toho ministr vydal prohlášení, v němž zcela nesmyslně porovnával průměrný hrubý příjem lékaře v nemocnici bez přesčasů (38 tisíc korun) a průměrný příjem ordinace praktického lékaře (přes 200 tisíc). Samozřejmě zapomněl uvést, že nemocniční lékař obvykle nemusí ze svého platu zaplatit mzdu (a odvody) sestře, nájem, energie, nákup nových přístrojů a kompletního vybavení ordinace. Nemluvě o takových vymoženostech, jako je dovolená – ta skutečná, nikoli volno, během něhož uniká lékař-podnikateli zisk. Porovnávat plat zaměstnance a tržby zdravotnického zařízení lze snad v hloupých internetových a hospodských diskusích, ale ministr by se takových podpásových útoků rozhodně dopouštět neměl.

Populismus před volbami

Jistě by bylo možné hovořit o postavení a důležitosti primární péče. Ale to by Němečkovi moc do karet nehrálo, bývá zvykem, že vlády na postavení primární péče v systému zdravotnictví přísahají. Dalo by se mluvit o tom, že

prosté zvýšení kapitace není na dnešní dobu dost sofistikovaný nástroj financování. Že by možná bylo lepší zvyšovat (třeba výrazněji) platby těm lékařům, kteří splní určitá kritéria – například budou důsledně zvat své pacienty na preventivní prohlídky nebo vykážou jinou, předem určenou činnost. Podobné programy už dnes probíhají, a pokud by měl ministr zdravotnictví dojem, že by se jejich vliv na platby pro praktiky měl zvýšit, mohl to klidně říci.

Praktičtí lékaři jsou důležitým segmentem zdravotnictví. Není to nejvděčnější obor, nikdo se do něj moc nehrne a průměrný věk praktiků dosahuje zhruba 54 let, u pediatrii dokonce 58 let. Zasloužili by si solidní debatu o budoucnosti své branže, k níž jistě patří i debata o penězích a způsobu jejich rozdělování. Nezaslouží si slova o stávkách milionářů a populistické srovnávání hrušek s jablky. Ani vypjatá předvolební atmosféra by ministra zdravotnictví neměla přimět k tomu, aby se dopouštěl podobných výroků.

Martin Čaban

(autor je komentátorem deníku E15)



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 9/2016

Šéfredaktorka

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz

Redakce

Mgr. Markéta Mikšová (Sestra),
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line),
tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
PhDr. Jana Jílková (Ze společnosti, rozhovory),
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
MUDr. Andrea Skálková (Medicína a kongresové
zpravodajství)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Editorka a korektorka

Květa Havlová, DiS.

Stálí spolupracovníci redakce

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

Grafika a technické zpracování

Radek Koňářik, tel. 225 276 455, e-mail: konarik@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, CSc., MBA, FESC, FACC

doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.

prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.

MUDr. Jana Vojtišková

doc. 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 Svanda

Brand Manager:

Petra Trojanová

manažerka výroby a distribuce:

Lucie Bittnerová, e-mail: bittnerova@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: zdm@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:

A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732, 111 21 Praha 1
tel. 800 248 248, e-mail: mladafronta@predplatne.cz,
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:

Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum, Vídeňská 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.skSmluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí
všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele.
Předplatné se automaticky prodlužuje.Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah
inzerátů ani jiných materiálů komerčního povahy.

Tisk TRIANGL, a. s.

Číslo dáno do tisku 15. 9. 2016

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.
Tištný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2016
Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

Více bezpečí pro zdravotníky i pacienty

Co hrozí provozu českých nemocnic, pokud zažijí dlouhodobý výpadek elektřiny, tzv. blackout? Jaký mají čeští zdravotníci a pacienti ve stávajícím prostředí vliv na vlastní i vnější bezpečí? S ohledem na bezpečnost před prací českých zdravotníků smeká i generál v záloze Andor Šándor.

Zaměstnanci nemocnic, kteří se zde věnují bezpečí a kvalitě péče, to dobře znají – získání akreditace jejich domovských zařízení klade na zdravotníky vysoké nároky. Vyžaduje schopnost nahlédnout svou práci shora, dokázat ustoupit, nastavit účinnější komunikaci, převzít odpovědnost. Všechny, kteří maraton zavádění akreditačních standardů podstupují, v jejich snaze o potvrzení kvality a bezpečí zdravotních služeb každoročně podporuje odborná konference Spojené akreditační komise (SAK).

Ředitel SAK David Marx letos připomněl bezpečnostní rizika, která na pracovišti z hlediska interakce mezi zdravotníky navzájem a zdravotníky a pacienty vznikají. „Reagujeme na informace o narůstající agresivitě u obou skupin. I v ČR se objevuje relativně nový faktor, a to agrese mezi zdravotníky navzájem. Přitom světový guru kvality zdravotní péče Avedis Donabedian velmi jednoduše definoval kvalitu ve zdravotnictví jako lásku k práci, pacientům, ale hlavně přátelství mezi zdravotníky,“ uvedl ředitel Marx. Jak dodal, komise věnuje v tomto ohledu pozornost také otázkám zaměstnanosti ve zdravotnictví, zejména palčivé potřebě vyššího počtu sester. „Jeich nedostatek je limitujícím faktorem nejen kvality a bezpečí zdravotní péče, ale v mnoha případech i samé existence poskytovatele zdravotní péče vůbec,“ dodal ředitel Marx.

Co hrozí sestřám?

Prezidentka České asociace sester (ČAS) Martina Šochmanová k situaci sester uvedla, že vývoj medicíny si žádá mnohem kvalifikovanější zdravotnický personál, než tomu bylo v minulosti. „Dochází nejen k rozvoji medicíny, ale i legislativy a technologií a zdravotnický personál to vše musí pojmout. Změnilo se také myšlení pacientů, jsou vzdělanější a komunikace s nimi je z odborného hlediska náročnější, než tomu bylo dříve,“ vyslovila se prezidentka ČAS k argumentu, podle něž si na sebe sestry jen ušily bič, když se chtějí vysokoškolsky vzdělávat. „K systému naší, staré dobré čtyřleté zdravotní školy se nelze vrátit, protože tento typ škol už neexistuje. Tehdy šlo o prestižní studium, na které se hlásily žákyně s perfektním prospěchem ze základních škol, přijímací zkoušky byly totožné se zkouškami na gymnázia. Logicky i výchozí studenti byli jiní. Dnes je střední zdravotnická škola všeobecně vzdělávací a nemůže všeobecnou sestru adekvátně připravit,“ uvedla prezidentka Šochmanová a připomněla, že dnes se všeobecná sestra vzdělává tříletým studiem na vyšší odborné nebo vysoké škole: „Není pravda, že se sestry vzdělávají sedm let, jsou sem naprosto nesprávně připočítány čtyři roky všeobecného středoškolského vzdělání.“

Na psychiatrii a sama

Podle Martiny Šochmanové nedostatek sester rozhodně nesouvisí se systémem jejich vzdělávání. Skutečné příčiny vidí v demografickém vývoji – ze škol vycházejí nejslabší ročníky, je tedy méně absolventů a zájemců o toto

povolání, k čemuž přispívá i nízké finanční ohodnocení za těžkou, odpovědnou práci ve stresujícím pracovním prostředí. Pozitiva podle prezidentky ČAS nepřinesou ani novela o vzdělávání nelékařů, která ustavuje opět nový systém vzdělávání. Po střední škole s navazujícím jednoletým studiem na vyšší odborné škole absolvuje nová, tzv. praktická sestra. „Obávám se, že další typ sestry, vedle absolventek tříletých studijních programů na vyšších odborných a vysokých školách, vnese do umístění těchto sester jen další chaos. A navíc hrozí snížení kvality a bezpečí poskytované péče, což je víc než jasné,“ řekla Martina Šochmanová s tím, že snížení nároků na vzdělávání rozhodně do nemocnic absolventky nepřivede. Chybí motivace mladých sester, aby do náročné práce nastupovaly. Situaci komplikuje i fakt, že dnešní středoškolaři nechťejí v 18 letech nastupovat do práce, ale dál studovat.

Náročnou práci sester popsal také bezpečnostní poradce, generál v záloze Andor Šándor, který byl po násilném incidentu na psychiatrické klinice pražské nemocnice požádán, aby se posoudil bezpečnostní stav. „Když jsem zhodnotil systém zabezpečení oné kliniky, musel jsem vzdát hold všem sestřím, které jsou ochotny ve tři hodiny ráno od zástupců Policie ČR přijmout člověka, o němž vůbec netuší, čeho je schopen, vedou ho samy tři patra a nejsou před ním při přechodu mezi vstupem do budovy na oddělení nijak chráněny. Překvapuje mě, že zdravotníci jsou v takto bezpečnostně benevolentním prostředí ochotni pracovat,“ pozastavuje se generál Šándor.

Voda a elektřina

Andor Šándor, který se před dvěma lety organizačně podílel na cvičení Blackout v Praze, označil jako závažnou bezpečnostní hrozbu v nemocnici také výpadek elektřiny. „Při cvičení jsme nasimulovali, že Kárané a Želivka – dva zdroje pitné vody pro Prahu – zůstanou funkční. Přesto by při masivním výpadku elektřiny byla půlka Prahy, kde se musí voda tláčit do kopce, okamžitě bez vody. Nedokážeme vodu ve vodomezích podržet a nasměrovat ji do potřebných míst, jako třeba do nemocnic,“ uvedl generál v záloze, který se obává nedostatečné připravenosti státu na zásah v krizi pomocí Integrovaného záchranného systému.



Ilustrační foto: Shutterstock



Ilustrační foto: Shutterstock

„V Praze je každou chvíli asi 13 tisíc nemocných, tisíc z nich je napojeno na život podporující přístroje. Nikdo ale nemapuje, kde tito pacienti jsou. V případě rozsáhlého výpadku elektrické energie jsou tito lidé prvními oběťmi. I kdybychom věděli, kde jsou, nebo byli všichni v jednom pavilonu, tak 196 hasičů příslušného hasičského záchranného sboru není schopno pomoci tisícovce lidí, a to ani v případě, že by se kromě toho nic jiného nedělo,“ varoval generál Šándor a poukázal na fakt, že stát zrušil složky civilní obrany jako relikvium komunismu, aniž by je nahradil odpovídajícím počtem „záchrannářů“ pro krizové situace.

Na pár hodin

Domnělý blackout ale odhalil i jiná rizika. „V době organizování cvičení jsme měli porodnici, kde neměli náhradní zdroje u inkubátorů. To potom na spuštění kritické situace nepotřebujete žádný blackout. Stačí, aby někdo překopl kabel, a vypadne elektřina pouze v daném pavilonu... A to už vůbec nemluvíme o tom, že na převoz novorozěnat je v Praze vyčleněná jediná speciální sanitka nebo že operační sály nemocnic jsou v horních patrech. Jak tam dostanete pacienty, když nepojedou výtahy?“ položil řečnickou otázku Andor Šándor a dodal, že například ve Vídni musí nemocnice zajistit náhradní zdroje na 72 hodin. České nemocnice mají náhradní zdroje elektřiny koncipovány většinou na 24 hodin, ale i jen na 12 či 6 hodin.

„Jako účastník několika setkání krizových manažerů hlavního města Prahy si troufnu říct, že žádná z pražských nemocnic není dostatečně zabezpečená proti vnějším krizovým situacím a možná ani těm vnitřním. Každé zařízení se snaží udělat pro bezpečí maximum, ale finanční možnosti jsou v tomto pro všechny nemocnice omezené,“ uvedla Michaela Papežová z oddělení řízení kvality Fakultní nemocnice Královské Vinohrady s tím, že ministerstvo zdravotnictví by mělo bezpečnost v nemocnicích stanovit jako svou prioritu a uvolnit finanční prostředky, aby zdravotnická zařízení měla možnost se lépe zabezpečit.

David Marx v této souvislosti připomněl, že řada nemocnic provádí cvičení v součinnosti s hasiči, kde zejména v původních budovách bez výtahu trénují evakuace. Nemocnice by tyto informace měly využívat jako impuls k analýze možných rizik.

Jistota v laboratořích

Pozitivní přínos akreditace s ohledem na bezpečí pacienta vyzdvihuje také Český institut pro akreditaci

(ČIA), který jako jediný národní akreditační orgán České republiky notifikovaný Evropskou komisí zabezpečuje řadu typů akreditací, především však zdravotnickým laboratořím. Letos si ČIA připomíná 25. výročí od udělení první akreditace vůbec, první osvědčení o akreditaci pro zdravotnickou laboratoř bylo uděleno již před více než 10 lety. „Pacient má mnohem větší jistotu, že jeho vzorek bude správně vyšetřen a interpretován a výsledek bude včas k dispozici jeho ošetřujícímu lékaři. Význam laboratorních vyšetření je nepopíratelně zcela zásadní pro stanovení správné diagnózy a výběru další vhodné léčby,“ řekla garantka rozvoje akreditace pro zdravotnické laboratoře Milena Lochmanová.

Jak dále uvedla, aktuálně má akreditaci podle mezinárodní harmonizované normy ČSN EN ISO 15189:2013 více než 260 laboratoří všech typů. „Pro jednotnou kvalitu a úroveň služeb dosažené akreditací musí mít laboratoře dostatečný počet kompetentního a trvale se vzdělávajícího personálu, odpovídající přístrojové vybavení, vhodné prostory, vyšetřovací postupy, které zaručují validní výsledek, a spolehlivé zacházení s patientskými vzorky. Uvedená norma byla v nedávné době změněna tak, aby požadavky v ní uvedené odpovídaly aktuální situaci. Detailně se například zabývá řízením rizik ve vztahu k bezpečnosti pacienta a požadavky na zabezpečení dat v informačních systémech,“ shrnuje Milena Lochmanová z ČIA, která na odborných stanoviscích k požadavkům normy spolupracuje s Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně.

Světová kvalita

Na bezpečnost pacientů a zvyšování kvality poskytované péče se zaměřují také mezinárodní standardy Joint Commission International (JCI), která letos již počtvrté udělila světový certifikát kvality Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze (ÚHKT). „Mezinárodní akreditace zdravotnických zařízení podléhá velmi striktním pravidlům, standardy JCI se navíc s každým reakreditačním auditem zpřísňují. Ze zhruba 1200 kontrolovaných indikátorů se nám nicméně i tentokrát podařilo uspět v drtivé většině z nich. V ÚHKT se věnujeme jak specializované péči v celém spektru hematologie a transfuzního lékařství, tak špičkovému výzkumu a vzdělávání. Opakovaný úspěch při obhajobě akreditace JCI je tak mimo jiné oceněním kvalitní práce a součinnosti všech zaměstnanců ústavu,“ sdělil k akreditaci ÚHKT jeho ředitel prof. Petr Cetkovský.

Petra Klusáková



Obsah

• Tucet evergreenů českého zdravotnictví	3
• Zbytečná válka s praktiky	3
• Více bezpečí pro zdravotníky i pacienty	4
• Každý zaměstnanec je pro nás důležitý	6
• Personální změny	6
• Spory o očkování	8
• Očkování seniorů: Politika, nebo reálné argumenty?	8
• Krátce z (farma)byznysu	10

Speciál Reprodukční medicína

• Čtyři miliardy za české děti ze zkumavky	11
• Ohlédnutí za ESHRE 2016	12
• Průměrný věk rodiček dosáhl 30 let	12
• I po 40 letech mě snímek překvapí	14
• Mutace genu BRCA1 a její vliv na plodnost žen	15

• Nové knihy	16
--------------	----

Sestra

• Sestru nelze nikým nahradit	17
• Korekce projevů stárnutí pleti pomocí výplňových materiálů	19
• Úloha sestry a pohled sestry na problematiku starostlivosti o pacientov	21
• Účelně vedená dokumentace je nezbytná	22
• Ochrana před agresí	24
• Poslanci podpořili novelu zákona o vzdělávání sester	25
• Norská specifika ošetřovatelské a nutriční péče	26
• Divize Medical Services pomáhá dětem v nouzi	28
• Ze společnosti	30

Medicína

• Endogenní aktivita mozku a změna pohledu na neurální aktivitu	33
• Historie neurogeneze	34
• Aby se vize stala skutečností	36
• Hemofilie B – přehled problematiky	38
• Kolegové knihu rozebrali	42
• Novinky v kardiologii 2016 dotištěny	42
• Kvalita péče, lidskost a vstřícnost je v geriatрии klíčová	43
• Nová metoda pro léčbu VPMD	45
• Pacientům s hepatitidou C lze transplantovat ledviny	46
• Přetrvávající bolest při porodu zvyšuje náchylnost k rozvoji postnatální deprese	46
• Penilní implantace – třetí linie léčby erektilní dysfunkce	48
• Schizofrenie českého zdravotnictví	50
• Osvětová akce k diabetu potvrdila praktický dopad na zdraví	52
• Jihočeský R-Itareps míří do Silicon Valley	52
• Konzervativní léčba dysfunkce pánevního dna	53
• Lidé nakupují stále více léků mimo lékárny	53
• Podnebí a sebevražednost	54
• Zemřel profesor Karel Horký	55

• Personální inzerce	57
----------------------	----



Každý zaměstnanec je pro nás důležitý

„Naším záměrem je, aby každý zaměstnanec věděl, že nám na něm záleží a je pro nás důležitý,“ říká v rozhovoru předseda představenstva AGEL, a. s., **MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH.**

Skupina AGEL zaměstnává 11 tisíc lidí, jaký máte systém řízení lidských zdrojů?

Skupina AGEL aktuálně spojuje v ČR a na Slovensku 52 společností. Členy skupiny jsou společnosti různého zaměření – od lůžkových a ambulantních poskytovatelů zdravotní péče přes distribuční a obchodní společnosti až po společnosti zajišťující servis v nejrůznějších oblastech, například vývoj nemocničního informačního systému.

Systém řízení lidských zdrojů vychází z obvyklých principů a stojí na těchto základních pilířích:

1. Získávání zaměstnanců

V současné době se stejně jako ostatní společnosti setkáváme s nedostatkem kvalifikovaných pracovníků. Rozpracováváme množství programů, které jsou pro budoucí zaměstnance zajímavé, od náborového příspěvku až po podporu vědy a výzkumu, pořádáme odborné konference. Vzhledem k situaci na pracovním trhu je velmi důležitou oblastí práce se studenty, zásadní je pro nás rozšiřování spolupráce se školami všech stupňů. Nejčastěji samozřejmě s univerzitami a odbornými středními školami, nicméně podporujeme prezentaci zdravotnictví už i na základních školách. Studentům umožňujeme absolvovat odbornou praxi na našich pracovištích, vykonávat u nás letní brigády a navazovat tak kontakt přímo s našimi pracovišti.

2. Rozvoj zaměstnanců

Významně podporujeme odborný rozvoj našich lékařů a sester, nicméně jejich profese je náročná i z jiného úhlu pohledu. Jsou dennodenně vystavováni komunikací náročným situacím při jednání s některými pacienty

nebo například při sdělování fatálních diagnóz. Z toho důvodu zajišťujeme našim zdravotníkům i vzdělávání v měkkých dovednostech.

Významnou roli v řízení lidských zdrojů mají samozřejmě vedoucí pracovníci. Zaměřujeme se na podporu zaměstnanců v první linii řízení, rozvíjíme jejich manažerské dovednosti týkající se především vedení, motivace a hodnocení podřízených.

3. Stabilizace a udržení zaměstnanců

Tato oblast souvisí se spokojeností zaměstnanců, atmosférou na pracovišti, důležitou roli hrají odměňování a benefity. Odměňování zdravotníků je nyní celonárodně řešeným tématem a nevyhýbá se ani nám. Také se zaměřujeme na nefinanční část, důležitá je firemní kultura nesená v základních personálních procesech od nástupu zaměstnance do skupiny po celou dobu jeho působení zde. Naším záměrem je, aby každý zaměstnanec věděl, že nám na něm záleží a je pro nás důležitý.

Velmi pozitivní odezvu u zaměstnanců mají též společenské aktivity, pravidelně oceňujeme společnosti, oddělení a zaměstnance roku, mimořádný počin v oblasti medicíny a publikaci roku. Pořádáme ples pro zaměstnance, významně podporujeme sportovní akce zaměstnanců. Organizujeme letní a zimní tábory pro děti zaměstnanců, do nichž se každoročně zapojují cca 160 dětí. Pořádáme akce pro rodiny a děti zaměstnanců – dětské dny v jednotlivých společnostech. Naši zaměstnanci jsou pyšní i na sociální aktivity skupiny AGEL, kdy prostřednictvím NADACE AGEL podporujeme potřebné a vážně nemocné.



Foto: archiv Agel

I to jsou důvody, proč se letos AGEL zařadil mezi 5 nejlepších společností v rámci průzkumu TOP zaměstnavatelů 2016 v oblasti zdravotnictví a farmacie očima studentů vysokých škol.

Mladí lékaři v českém systému postgraduálního vzdělávání při honu na provedené výkony v logbooku často ani neznají své školitele. Jak AGEL investuje do postgraduálního vzdělávání, např. ve smyslu zmíněných vztahů mezi školiteli a postgraduálními studenty?

AGEL se zaměřuje na osobní rozvoj svých zaměstnanců, přičemž maximálně podporuje vzdělávání vedoucí ke specializované způsobilosti. Další synergii, kterou využíváme v rámci skupiny, je, že si napomáháme možnostmi absolvovat povinnou praxi (výcviky) na akreditovaných pracovištích skupiny AGEL. Příkladem této praxe může být Nemocnice Podlesí. Vedení zdejšího Kardiocentra systémem vzdělávání lékařů velmi intenzivně sleduje a primáři si jej metodicky vedou. Lékaři ve vlastním specializovaném výcviku si ve spolupráci se školitelem připraví vzdělávací plán včetně termínů a následně plán plní. Školitel nabízí a diskutuje se svým školencem o všem potřebném.

V systému postgraduálního vzdělávání skupina AGEL podporuje všechny lékaře, kteří mají o tuto podporu zájem. Ve skupině se nyní vzdělává více než 300 lékařů. Zároveň se skupina AGEL zapojuje do dotačního programu na rezidenční místa, který finančně podporuje specializační vzdělávání u lékařů

(klu)

Zuzana Kolbasová partnerem v Urbášek & Partners

Mgr. Zuzana Kolbasová, MBA, se letos stala partnerem Urbášek & Partners.

Po 12 letech ve vrcholovém managementu v mezinárodních společnostech EUROCLINICUM Group a VAMED MEDITERRA Group bude nyní v advokátní kanceláři Urbášek & Partners zodpovědná za obchodní administrativu a lidské zdroje. V právní praxi se zaměří na fúze a akvizice, pracovní či medicínské právo a právo obchodních společností. „Zuzana Kolbasová je zkušeným, obchodně smýšlejícím profesionálem orientovaným na čísla. Je více byznysmenem než prostým advokátem a HR odborníkem. Jsou jí vlastní principy finančního řízení i obecného managementu, má hluboké znalosti v oblasti zdravotnictví, jeho financování i v medicínském právu. Má analytický přístup k podnikání, je zkušeným vyjednavatelem a silným vůdcem,“ uvedl k jejímu nástupu do funkce Mgr. Vratislav Urbášek.

Mgr. Kolbasová působila v letech 2005–2010 v EUROCLINICUM Group, kde byla členem představenstva mateřské společnosti a vedla právní agendu včetně nových akvizic, fúzí, pracovního práva, zdravotnického práva, vedení občansko-právních sporů, práva k nemovitostem a práva obchodních smluv a zároveň byla odpovědná za kompletní vedení personální a mzdové agendy pro 1100 zaměstnanců holdingu. Mezi roky 2011 a 2016 působila ve VAMED MEDITERRA Group na pozici Vice-President HR&Law, kde vedla právní agendu včetně akvizic, fúzí, pracovního práva, zdravotního práva, soudní a sporové agendy, nemovitostního práva a práva obchodních společností. Mezi její kompetence patřila i agenda lidských zdrojů a mzdové agendy pro 2200 zaměstnanců skupiny.

(red)



Ředitelem FNHK je prof. Palička

Do funkce ředitele Fakultní nemocnice Hradec Králové (FNHK) byl uveden její dosavadní lékařský náměstek a proděkan místní lékařské fakulty prof. Vladimír Palička.

Ve vedení střídá Romana Prymulu, který byl odvolán ministrem zdravotnictví kvůli střetu zájmů (o odvolání jsme psali na stránkách zdravi.euro.cz).

„Fakultní nemocnice Hradec Králové je špičkové zdravotnické zařízení a pro toho, kdo ji vede, je to nejen velká odpovědnost, ale i velká čest,“ uvedl před svým jmenováním Vladimír Palička a dodal: „Vždy jsme patřili k vlajkovým loďím českého zdravotnictví a já udělám vše pro to, abychom v této ‚flotile‘ měli i v budoucnu velmi dobré postavení.“ Vladimíra Paličku jmenoval a do funkce uvedl náměstek ministra zdravotnictví pro ekonomiku a přímo řízené organizace Ing. Petr Landa.

Prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr.h.c., se narodil v roce 1946 v Prostějově.

Vystudoval všeobecné lékařství na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, po promoci pracoval v nemocnici v Bruntále na interním a chirurgickém oddělení a následně na oddělení klinické biochemie. Od roku 1984 působí ve FNHK a na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové. V roce 2001 byl jmenován profesorem vnitřního lékařství. V letech 2003–2010 byl děkanem LF UK v Hradci Králové, v současnosti je jejím proděkanem.

Vladimír Palička je členem mnoha vědeckých a oborových rad, redakčních rad časopisů i vědeckých společností v oborech biochemie a klinické osteologie. Je publikačně i vědecky významně aktivní. (red)





PORADNA

Všeobecné zdravotní
pojišťovny ČR

Všeobecná zdravotní pojišťovna má zájem o maximálně korektní vztahy se smluvními partnery. Rozhodla se proto čas od času přicházet s konkrétními radami pro praxi. Podrobnější informace najdete na www.vzp.cz.

Jak nechybovat při preskripci hrazených léčivých přípravků

VZP se při své kontrolní činnosti opakovaně setkává s případy, kdy lékař předepíše nebo vykáže léčivý přípravek k úhradě ze zdravotního pojištění sice v souladu s údaji v SPC, ale přitom v rozporu s indikačním omezením úhrady. Proto se nyní zaměříme na vysvětlení rozdílu mezi „možností použití léčivého přípravku“ při určitém onemocnění a „možností jeho úhrady“.

Souhrn údajů o přípravku (SPC)

Souhrnem údajů o přípravku se rozumí písemné shrnutí informací o léčivém přípravku, které je součástí rozhodnutí o registraci léčivého přípravku a obsahuje informace podstatné pro jeho správné používání. Je jedním z oficiálních dokumentů, které zveřejňuje Státní ústav pro kontrolu léčiv, a je určen odborným pracovníkům ve zdravotnictví, hlavně tedy lékařům.

SPC uvádí všechna onemocnění, u kterých lze léčivý přípravek při léčbě použít (terapeutické indikace).

Pokud se jedná o léčivý přípravek, který je hrazen ze zdravotního pojištění a nemá stanoveno jako podmínku úhrady indikační omezení, platí úhrada pro všechna zde uvedená onemocnění.

Pokud je u léčivého přípravku jako podmínka úhrady indikační omezení, léčivý přípravek je hrazen často jen u některých onemocnění uvedených v SPC. Použití léčivého přípravku ve všech ostatních terapeutických indikacích uvedených v SPC se tímto stává zdravotní službou nehrzenou ze zdravotního pojištění.

Výjimečně lze použít léčivý přípravek i způsobem, který není uveden v SPC (off label), a to pokud není léčivý přípravek distribuován nebo není v oběhu léčivý přípravek potřebných terapeutických vlastností. Podmínkou ovšem je, že je takový postup dostatečně odůvodněn vědeckými poznatky. V tomto případě však léčivý přípravek není standardně hrazen ze zdravotního pojištění.

Indikační omezení úhrady (symbol P)

Indikační omezení úhrady je jednou z mož-



MUDr. Emília Bartišková, ředitelka Odboru kontroly a revize zdravotní péče

ných podmínek úhrady, které stanovuje Státní ústav pro kontrolu léčiv u některých léčivých přípravků.

Je definováno takto: Pokud je to s ohledem na účinnost a bezpečnost přípravku nebo s ohledem na veřejný zájem účelné, Státní ústav pro kontrolu léčiv úhradu léčivého přípravku podmíní:

- přesně uvedenou indikací včetně zahájení a ukončení léčby, popřípadě blíže určenou klinickým stavem pacienta; pokud nelze zahájení a ukončení léčby přesně vymezit, stanoví se pravidelný interval přehodnocení účinnosti léčby,
- použitím pro vyjmenované skupiny paci-

entů, charakterizované konkrétním onemocněním nebo klinickým stavem nebo

- selháním, kontraindikací nebo nedostatečnou účinností předchozí linie terapie.

Léčivý přípravek s indikačním omezením je oprávněně předepsat k úhradě zdravotní pojišťovnou lékař smluvního zdravotnického zařízení pouze v souladu s indikačním omezením. Státní ústav pro kontrolu léčiv tyto léčivé přípravky označuje symbolem „P“.

Znamená to tedy, že některé léčivé přípravky jsou hrazeny ze zdravotního pojištění pouze u některých onemocnění uvedených v SPC, většinou ještě blíže specifikovaných.

Nejčastější chyby při preskripci/indikaci

- Lékař předepisuje lék v souladu s terapeutickou indikací dle SPC, ale LP má indikační omezení, které tuto diagnózu nezahrnuje (př. LP Erdomed pro pacienta s jinou diagnózou než CHOPN).
- Lékař indikuje lék na onemocnění, které je uvedeno v SPC i indikačním omezení, nicméně terapeutická indikace v indikačním omezení je konkrétněji specifikovaná a klinický stav pacienta tyto další podmínky nesplňuje (př. anti TNF preparáty v léčbě revmatoidní artritidy – úhrada je podmíněna přítomností velmi vysoké klinické aktivity).
- Lékař použije lék v off label indikaci, kdy terapeutická indikace není uvedena ani v SPC, ani v indikačním omezení (př. použití mykofenolátu po transplantaci plic).

Na závěr můžeme konstatovat, že indikační omezení úhrady znamená vymezení situací, kdy je léčivý přípravek hrazen ze zdravotního pojištění, zatímco SPC představuje obecnou možnost použití léčivého přípravku v hrazených i nehrzených terapeutických indikacích.



Spory o očkování

V těchto dnech je tomu právě rok, co novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zavedla úhradu očkování seniorů nad 65 let věku proti pneumokokovým infekcím podle schváleného očkovacího schématu.

V ČR se seniori nad 65 let očkují polysacharidovou vakcínou. Očkovací schéma však není v souladu s doporučením České vakcinologické společnosti (ČVS). V čele odborné společnosti stojí její předseda prof. Roman Prymula, kterého ministr zdravotnictví odvolal z funkce ředitele Fakultní nemocnice v Hradci Králové kvůli konfliktu zájmů souvisejícím s klinickými studiemi (více na webu zdravi.euro.cz). Podle něj mu politický vaz nezlomil vztah mezi jeho soukromou společností Biovomed a farmaceutickými společnostmi, ale mimo jiné tlak na úhradu jiné než polysacharidové vakcíny, již se nyní v ČR proti pneumokokům očkuje. Prof. Prymula v úvodníku aktuálního vydání časopisu *Vakcinologie (celý úvodník má redakce k dispozici)* píše: „To, že jsem naprosto nesouhlasil s postupem volby hlavního hygienika a potíráním odborných doporučení v oblasti očkování proti pneumokokům u seniorů, je notoricky známo. Jsem zcela přesvědčen, že očkování seniorů pneumokokovou konjugovanou vakcínou je naprosto správné a je v souladu s posledními doporučeními a jistě není ani 4krát dražší.“

Zlatý standard

Odborná společnost prosazuje očkování konjugovanou vakcínou již od roku 2013, kdy její doporučení přijala Národní imunizační komise (tu vede náměstek a hlavní hygienik ČR, tč. MUDr. Vladimír Valenta). V doporučení (v plném znění na: zdravi.euro.cz) je u skupiny 60–65 let uvedena možnost očkovat oběma typy vakcín (konjugovanou i polysacharidovou), u skupiny 65+ očkovat konjugovanou a následně polysacharidovou vakcínou. „Podle stávajícího stavu poznání je zlatým standardem v této věkové skupině

očkování pneumokokovou konjugovanou vakcínou. Diskuse se vede o tom, zda by při tomto základním očkování mělo ještě následně dojít k očkování vakcínou polysacharidovou, nebo nikoli. Aplikace konjugované vakcíny jako první je zřejmá. Očkování pouze polysacharidovou vakcínou má u této věkové skupiny velmi nízkou účinnost,“ napsali prof. Prymula a vědecký sekretář ČVS prof. Roman Chlíbek v otevřeném dopise řediteli Státního ústavu pro kontrolu léčiv Zdeňku Blahutovi v září 2015. S jejich odborným názorem ale úředníci ministerstva zdravotnictví nesouhlasí. „Farmakoekonomické analýzy provedené v Německu a ve Velké Británii jednoznačně preferují použití polysacharidové vakcíny. Rovněž zpětné hodnocení účinnosti a ceny polysacharidové vakcíny s delší historií vakcinace (Velká Británie, Německo) ukazuje, že účinnost v prevenci pneumokokových infekcí je dlouhodobě stabilní, a tato vakcína je považována za zlatý standard s nejpřijatelnějším poměrem nákladů a přínosů,“ uvádí mluvčí MZ Ladislav Šticha.

Nezaměnitelné?

Konjugovaná vakcína, která má u dětí do 2 let a seniorů nad 65 let oproti polysacharidové vyšší imunogenitu (schopnost navodit tvorbu protilátek), je dražší. Současný doplatek pro pacienta je cca 1000 korun. Polysacharidová vakcína, která je zase účinná na více pneumokokových sérotypů (23) oproti konjugované (13 sérotypů), stojí nyní 482 korun. A ministerstvo zdravotnictví i zdravotní pojišťovny připomínají (*jejich plná vyjádření čtěte na našem webu*), že dle zákona o veřejném zdravotním pojištění je hrazena varianta nejméně ekonomicky náročná. „Všeobecná zdravotní po-

jišťovna hradí nepovinné očkování proti pneumokokovým infekcím pro pojištěnce starší 65 let, včetně očkovací látky. Plně hrazená, tedy bez doplatku pro pojištěnce, je vakcína Pneumo 23. Pojištěnec, který si zvolí nákladnější očkovací látku, doplatí rozdíl v ceně mezi zvolenou variantou a výše uvedenou nejméně nákladnou variantou u svého lékaře,“ uvádí mluvčí VZP Oldřich Tichý. Podle vakcinologů ale látky variantní nejsou. „Vakcíny jsou v tomto slova smyslu naprosto nezaměnitelné (účinnost ve vztahu k délce ochrany a nutnosti přeočkování, mechanismus účinku na imunitní systém),“ uvádí lékaři v dopise SUKL.

Co je dražší

Očkování polysacharidovou vakcínou navíc vyžaduje přeočkování, a to vždy po 5 letech. Pokud tedy pojišťovna hradí 482 korun za polysacharidovou vakcínu u pacienta, který se dožije 80 let a bude očkován čtyřikrát, zaplatí 1928 korun. Konjugovaná vakcína přeočkování nevyžaduje. A nákladovost se v tu chvíli obrací ve prospěch konjugované vakcíny.

Proočkovanosť českých seniorů proti pneumokokové infekci je stále velmi nízká, pohybuje se kolem 3% a za poslední rok se navýšila o 1%, takže obava, že by výdaje na vysokou proočkovanosť zruinovaly české zdravotnictví, se zatím nenaplní. Právě zvýšení proočkovanosťi proti pneumokokům a snížení smrtnosťi (22%) bylo cílem poslanceckého návrhu, který před rokem posunul očkování seniorů do praxe. Jaké bude mít v této seniorské skupině dopady, zatím není jasné, přestože u těchto pacientů volají geriatři, praktičtí lékaři i imunologové po solidní studii. (klu)

Očkování seniorů: Politika, nebo reálné argumenty?

„Očkování proti pneumokokovým infekcím se bohužel stalo politikem a racionální argumentace byla poněkud opuštěna,“ píše ve svém komentáři prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.

Zcela respektuji právo politiků i pojišťoven na nezávislé a autonomní rozhodování. Odborníci budou mít vždy jen stanovisko doporučující. Nemám právo jakkoli zpochybňovat přijatá rozhodnutí, pokud jsou založena na důvodech politických či ekonomických. Jestliže se však rozhodnutí alibisticky schovává za poněkud realitě vzdálená odborná doporučení, profesní čest mi velí se důrazně ohradit.

Herd efekt

Základní výhradou proti doporučení očkovat seniory konjugovanou vakcínou je, že polysacharidová vakcína je zlatým standardem. Ano, to platilo po desítky let, dnes jsme ale již poněkud dále. Proč má tedy konjugovaná pneumokoková vakcína v nových doporučeních preferenci?

Konjugovaná vakcína má obecně (ve srovnání konjugovaná vs. polysacharidová – nejen pneumokoková) bez jakýchkoli pochyb lepší imunologický profil, stimuluje nejen B-, ale i T-buněčnou imunitu, ovlivňuje nosičství a vede k tzv. herd efektu (snížení výskytu onemoc-

nění i v kategoriích, kde se neočkuje). Tyto parametry polysacharidová vakcína buď nemá vůbec, nebo ve velmi omezeném měřítku. Polysacharidová vakcína je nadále doporučována k prevenci pneumokokových onemocnění do 65 let věku. Hlavním handicapem je nízká, až prakticky nulová účinnost proti nebakteriemiickým pneumokokovým pneumoniím v kategorii nad 65 let, které jsou mnohem čtenější než onemocnění invazivní, kde je účinnost obou vakcín srovnatelná.

NIK dala na lékaře

Odborné doporučení jsme jako Česká vakcinologická společnost (ČVS) schválili již v roce 2012 a 18. 2. 2013 jsem ho prezentoval na mezinárodní konferenci COVAC v Mnichově, následně toto doporučení schválila Národní imunizační komise (NIK). Vše daleko dříve, než se začal připravovat inkriminovaný zákon. Těžko někdo může zpochybnit autoritu dvou světově nejvýznamnějších institucí – WHO a CDC prostřednictvím jeho výboru ACIP. CDC jednoznačně doporučuje zahájení očkování kon-

jugovanou vakcínou a vzhledem k širšímu pokrytí rok poté aplikovat dávku polysacharidové vakcíny. V tomto smyslu zní i doporučení ČVS. Vzhledem k námitkám o nákladnosti byla ČVS ochotna přistoupit na kompromisní řešení, že se bude očkovat pouze konjugovanou vakcínou. Stávající varianta, tedy očkování pouze polysacharidovou vakcínou, příliš smysl nedává, jak ukazuje citace z doporučení WHO (*WHO position paper* z r. 2012): „Důkazy nepodporují použití pneumokokové polysacharidové vakcíny v rutinním podání u starší a vysoce rizikové populace v zemích s omezenými zdroji.“

Celoevropská doporučení ve stejném duchu na základě konsensu tří klíčových světových odborných společností vyšla před několika měsíci v časopise *Human Vaccines and Immunotherapy* na základě doporučení velké expertní skupiny, již mám tu čest být členem.

Registrace platí

Kuriózním je vlastní stanovisko VZP: „Zákon ukládá pojišťovně hradit ekonomicky nejméně nákladnou va-



riantu a správná rada pojišťovny nepřijala žádné rozhodnutí, že by postup měl být jiný ani že by vakcína Prevenar 13 měla být hrazena z Fondu prevence. Vakcína Pneumo 23 je podle Státního ústavu pro kontrolu léčiv pro očkování proti pneumokokovým infekcím plně vyhovující a VZP nehodlá toto stanovisko jakkoli zpochybňovat.“

VZP si vybrala stanovisko, které je jejímu rozhodnutí příznivé, ale bohužel nesprávné. SÚKL však jiné stanovisko dát nemůže. Polysacharidová vakcína je centrálně registrována a tato registrace platí. Vakcína nepochybně zachránila mnohé životy a pro jedince od 2 do 65 let je jistě vhodnou alternativou. U osob nad 65 let je ale situace poněkud odlišná, jelikož zde účinnost vakcíny dramaticky klesá a s odstupem 2, maximálně 5 let v podstatě vymizí. Z tohoto důvodu je v dané věkové kategorii obecně upřednostňováno použití konjugovaných vakcín před polysacharidovými.

V čí prospěch?

Pokud probíhaly srovnávací studie, byly z logiky věci postaveny na průkazu non-inferiority konjugované vakcíny proti polysacharidové. Argumentace, že nebyla prokázána superiorita, je založena pouze na faktu, že takto nebyla studie designována, avšak imunologické parametry u většiny srovnatelných sérotypů superiorní jsou. Z hlediska nákladovosti oponenti argumentují zejména dvěma farmakoekonomickými studiemi (Německo a Velká Británie), které však mají k dokonalosti daleko. Obě analýzy jsou sponzorovány výrobcem a je téměř pravidlem, že sponzorovaná farmakoekonomická studie vychází ve prospěch sponzora. Nelze říci, že by docházelo k manipulaci s daty, ale u těchto typů studií významně záleží na nastavení vstupních parametrů. U obou je

identický i hlavní autor Y. Jiang. Obě počítají se zásadním předpokladem – účinností polysacharidové vakcíny proti nebakteriemické pneumokokové pneumonii, přestože drtivá většina metaanalýz z randomizovaných studií tento účinek nepotvrdila. Tento výsledek je podložen pouze jednou studií (Maruyama, 2010), která byla provedena za specifických podmínek neodpovídajících normální populaci – „nursing homes“ v Japonsku.

Proočkovanosť

Dalším argumentem pro nízkou účinnost ve vyšším věku je situace v zemích, kde se polysacharidovou vakcínou intenzivněji očkovalo. Navzdory dlouhodobé vakcinaci polysacharidovou vakcínou u osob 65+ v UK (60+ v Německu) s relativně vysokou proočkovanosť (70 % UK, resp. 50 % Německo) nedošlo k nějakému zásadnímu poklesu invazivních pneumokokových onemocnění u dospělých (*effectiveness data*) a v podstatě až *herd* efekt používání konjugovaných vakcín u dětí vede k výraznému poklesu těchto onemocnění vyvolaných vakcinačními typy.

Není rovněž pravda, jak avizovalo MZ, že by polysacharidová vakcína měla 100% pokrytí. Podle dat NRLSZÚ o invazivních pneumokokových onemocněních v ČR v roce 2014 bylo pokrytí u kategorie 65+ u polysacharidové vakcíny 82,6% a u konjugované 50%. Pokrytí je třeba ale dát do kontextu s účinností vakcín, a to jednak na různé formy onemocnění (u invazivních onemocnění je u obou vakcín, nicméně u polysacharidové vakcíny s věkem klesá, u pneumonie jsou účinnostní data pro konjugovanou vakcínu, u polysacharidové vakcíny však dominantně není předpokládán efekt i z důvodu neúčinnosti na nosičství) a dále délky ochrany. V podobném duchu vyznívá i oponenty zmiňovaná meta-

analýza (Moberley 2013 – 25 studií, 127 tis. pacientů). Studie přímo hovoří o doporučení polysacharidové vakcíny k prevenci invazivních onemocnění, ale naopak neposkytuje dostatek důkazů o účinnosti v prevenci pneumonie bez rozdílu vyvolávající příčiny či obecné úmrtnosti.

Stav poznání

Krátký dovětek k ekonomice. Z logiky věci si nedovedu představit, že by konkurenční výrobce představil horší nebo srovnatelnou vakcínu a chtěl za ni trojnásobek ceny, takto jistě tržní mechanismy nefungují. Je třeba zdůraznit, že zatímco u konjugované vakcíny potřeba přeočkování stanovena nebyla, u polysacharidové je nutné opakovat dávku po 5 letech. To znamená, že u seniora aplikujeme 1. dávku ve věku 65 let, v 70 letech 2. a v 75 letech 3. dávku, v 80 letech 4. dávku atd. Již z toho je zřejmé, že ekonomická nevýhodnost ani zdaleka nemusí být taková, jak se deklaruje. Korektně je však třeba říci, že v budoucnu může být stanovena potřeba přeočkování i u konjugované vakcíny, ale zatím tomu tak není – a pokud, tak s významně delším intervalem než u polysacharidové vakcíny.

Závěrem je třeba říci, že jsme nikdy nepochybovali účinnost polysacharidové vakcíny u osob do 65 let věku. I v kategorii nad 65 let věku má svoji přidanou hodnotu, ovšem výrazně nižší než vakcína konjugovaná. Proto je vždy v této kategorii doporučována nejprve vakcína konjugovaná a až následně pro rozšíření spektra – být s nižší účinností – vakcína polysacharidová. Pokud však z ekonomických důvodů chceme zvolit pouze jednu, je to vakcína konjugovaná, a to je bohužel současný stav poznání, ať se někomu líbí nebo ne.

prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.

Inzerce M16100532

U2S

UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

Unie zaměstnavatelských svazů ČR
a Medical Services Mladé fronty a. s.
Vás zvou na konferenci

**MEDICAL
SERVICES** 
mf
MLADÉ FRONTY

Zdravotnictví 2017

1.-2. 11. 2016 hotel Grandior, Na Poříčí 42, Praha 1

Akce se koná pod záštitou
předsedy vlády ČR Mgr. Bohuslava Sobotky, ministra zdravotnictví ČR MUDr. Svatopluka Němečka, MBA,
České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a České asociace sester

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNER
ODBORNÉ SEKCE



PARTNER
KONFERENCE



VYSTAVOVATEL



HODINÁŘSTVÍ
ŠTĚPÁNSKÁ 57, PRAHA 1, 224 214 349
www.hodinarstvi-bechyne.cz



Krátce z (farma)byznysu

● **Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP)** uzavřela memorandum o spolupráci s **Univerzitou Karlovou (UK)**. Předmětem spolupráce je podpora vzdělávání, rozvoj a propagace nadějných výzkumných projektů. Interakce veřejné a soukromé sféry napomáhá rychlejšímu přenosu poznatků do praxe. „Na univerzitách vznikají skvělé nápady, na jejichž realizaci ale mnohdy nejsou prostředky. Díky partnerství s Univerzitou Karlovou můžeme tyto nápady uchopit a přenést je do praxe. Tento typ spolupráce je ověřeným receptem na rychlejší cestu k inovacím,“ komentoval podpis memoranda výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček. Důležitou součástí vzájemné dohody je i podpora vzdělávání v oblasti lékové politiky, farmakovigilance a klinického hodnocení.

● Izraelská farmaceutická firma **Teva Pharmaceutical Industries** oznámila dokončení akvizice generické divize společnosti **Allergan**. Získá tak 338 přípravků čekajících na schválení americkým Úřadem pro kontrolu léků a potravin (FDA) a 115 žádostí v pozici *first filer* (tedy s možností získat 180denní exkluzivitu na trhu). Celkově Teva v roce 2017 plánuje uvést na globální trh okolo 1500 generik.

● Americká farmaceutická společnost **Pfizer** koupí za zhruba 14 miliard dolarů výrobce onkologických léků **Medivation**. Transakce mu pomůže stát se největším producentem onkologických preparátů na světě. Správné rady obou firem již dohodu schválily, dokončena by měla být ve třetím nebo čtvrtém čtvrtletí tohoto

roku. Medivation vyrábí nejprodávanější lék na rakovinu prostaty Xtandi. Analytici očekávají, že do roku 2020 by roční příjmy z prodeje tohoto přípravku mohly dosáhnout 5,7 miliardy USD.

Čistý zisk Pfizeru se ve druhém čtvrtletí roku 2016 propadl o 23 % na 2 miliardy dolarů. Tržby se ale zvýšily o 11 % na 13,2 miliardy dolarů.

● Francouzská farmaceutická společnost **Sanofi** získala od Evropské komise svolení k plánovanému převzetí divize německého konkurenta **Boehringer Ingelheim** pro výrobu volně prodejných prostředků pro péči o zdraví. Komise uvedla, že její obavy z negativních důsledků transakce rozptýlil příslib prodeje některých aktivit v České republice, na Slovensku a v několika dalších zemích.

● Farmaceutická společnost **Pfizer** koupí od britské společnosti **AstraZeneca** její divizi malomolekulárních antibiotik. Pfizer za ni zaplatí více než 1,5 miliardy dolarů (550 milionů hned po dokončení transakce a dalších 175 milionů dolarů v lednu 2019, na dalších poplatcích a platbách pak Pfizer ještě vyplatí až 850 milionů USD). Prodej divize umožní britské společnosti lépe se zaměřit na vývoj nových léků v hlavních oblastech jejího podnikání, tedy na poli léčby onkologických, respiračních a kardiovaskulárních chorob. Pfizer uvedl, že transakce rozšíří jeho sestavu antibiotik, která nyní obsahuje více než 60 produktů.

● Biotechnologická společnost **Bioinova** specializující se na vývoj buněčných terapií představila nového investora, jímž se stala společnost **FINEP Innovation**. Obě firmy společně dlouhodobě spolupracují při investo-

vání do perspektivních českých projektů. **FINEP Innovation** získala v Bioinově 15% podíl.

Bioinova se zaměřuje na spolupráce s předními vědeckými pracovišti v republice, a to včetně ústavů Akademie věd ČR, vysokých škol či soukromých společností, jež se zabývají výzkumem v regenerativní medicíně. Největším podílníkem Bioinovy je český stát, zastoupený Ústavem experimentální medicíny AV ČR (35 %). Mezi další vlastníky patří SinBio (25 %), Hakel (15 %) a CTI (cca 6 %).

● Farmaceutická společnost **GSK** vykázala za druhé čtvrtletí letošního roku 11% nárůst tržeb a stejný nárůst tržeb vykázala také za celé první pololetí. Tržby společnosti se ve druhém kvartálu vyšplhaly na více než 6,5 miliardy liber a celkově za první pololetí dosahují výše 12,8 miliardy. Růst byl tažen především divizí Vaccines, která zaznamenala rovněž 11% nárůst tržeb, a dále divizí Consumer Healthcare se 7% růstem. Provozní zisk za druhý kvartál vzrostl o 36 % na 1,8 miliardy liber.

● Španělské oběti **thalidomidu**, kvůli jehož vedlejším účinkům se matkám v 50. a 60. letech minulého století rodily děti s vážnými vývojovými vadami, nedostanou žádné odškodné. Rozhodl o tom španělský ústavní soud. V některých jiných zemích se přitom oběti odškodnění dočkaly. „Španělská justice zbavila zodpovědnosti firmu, která zabila či zmrzčila 3000 Španělů,“ prohlásil v reakci na verdikt Rafael Basterrechea, viceprezident asociace Avite, která sdružuje oběti léku a která žalobu podala. Dodal, že se nyní zřejmě obrátí na soud ve Štrasburku. Španělsko lék s účinnou látkou thalidomid stáhlo z trhu v roce 1963.

(Zdroje: ČTK, AIFP, Bioinova, Teva)
(kha)

VZP spustila portál pro klienty, lékaře žádá o trpělivost

Od září spustila VZP nový portál pro svých bezmála šest milionů klientů. Web s názvem **Moje VZP** jim umožňuje on-line přístup k informacím souvisejícím s jejich pojištěním a také s čerpáním zdravotních služeb. Může se stát, že část klientů neporozumí napoprvé správně všem dostupným údajům a bude o jejich vysvětlení či upřesnění žádat lékaře. Pojišťovna proto prosí své smluvní partnery, aby měli s případnými četnějšími dotazy trpělivost. Zároveň slibuje, že udělá maximum pro to, aby podobných případů bylo co nejméně.

Díky novému portálu získají klienti přístup například k informacím o tom, jaké částky platí oni sami na zdravotní pojištění, případně zda za ně řádně platí jejich zaměstnavatel. Kromě toho si budou moci kontrolovat, jakou zdravotní péči za ně vykázali VZP k uhrazení jejich lékaři a zdravotnická zařízení. Kontrola bude možná vždy za aktuální rok a dále za období 4 předchozích let.

Jde o údaje, které měli i doposud všichni klienti možnost získat při návštěvě pojišťovny, případně poštou. Nicméně po jejich zpřístupnění on-line, kdy je každý bude moci získat za pár minut z pohodlí domova, očekává VZP nárůst zájmu. Portál **Moje VZP** bude samozřejmě obsahovat podrobné a srozumitelné vysvětlivky, co který údaj znamená. Nicméně ani poté nelze vyloučit, že své dotazy, které dříve vyřešili ihned po získání výpisu na pobočce VZP, budou teď lidé směřovat na lékaře.

VZP proto upozorňuje smluvní partnery na možnost zvýšeného zájmu pacientů o vysvětlení údajů z přehledu vykázané péče. Pojišťovna je

samozřejmě připravena zodpovídat veškeré dotazy klientů a rozhodně nechce tuto činnost přenášet na lékaře a další zdravotníky. Nicméně pokud se na ně budou lidé se žádostmi o vysvětlení obracet, VZP věří, že se dočkají vstřícného přístupu. Jak v zájmu pojišťovny, tak v zájmu zdravotnické veřejnosti bezpochyby je, aby si pacienti uvědomovali, že zdraví není zadarmo. Cílem portálu **Moje VZP** je přístup k těmto informacím klientům usnadnit.

V dalších etapách bude pojišťovna nový portál dále rozvíjet. Klientům umožní například získat přehled o nabízených benefitech či hlásit pojišťovně různé změny. Ukazuje se, že lidé mají o podobné aplikace zájem a rychle se učí je využívat. VZP předpokládá, že možné větší množství žádostí o vysvětlení informací, např. v přehledu péče, bude jen záležitostí krátce po startu portálu. Dlouhodobě by jeho fungování mělo být všeobecně přínosné a vést k větší informovanosti veřejnosti.



Čtyři miliardy za české děti ze zkumavky

Část lékařů, kteří se věnují léčbě neplodnosti prostřednictvím asistované reprodukce, volá po veřejných datech, jež by srovnala kvalitu, cenu a efektivitu poskytované péče v oboru.

Žebříček porovnání kvality a nákladů by mohl zamezit nadužívání léčebných reprodukčních cyklů. Zástupci privátních subjektů asistované reprodukce se obávají, že by hodnocení kvality zkruslovali starší pacienti, kteří potřebují nákladnější léčbu.

Z asistované reprodukce se podle kritiků stal v Česku výnosný byznys. Více žen totiž rodí až po třetím decenniu, kdy již potřebují léčbu. Za terapií neplodnosti přijíždějí také cizinky, láká je kvalita i přijatelná cena. Čtyři desítky center v ČR provedou za rok 30 tisíc léčebných cyklů. Část lékařské veřejnosti chce regulaci byznysu, jsou pro zavedení kritérií, která by hodnotila kvalitu a úspěšnost center.

Kolik platí pacienti

Problém s plodností má v ČR až pětina párů, před 25 lety to bylo jen 6–8 %. Důvodem je podle vedoucího lékaře Institutu reprodukční medicíny Unica Jana Štencle rostoucí věk prvoroďiček – v roce 1989 dosahoval 22,5 let, loni 28,2 let. Přibylo přitom žen, které rodí poprvé po dosažení 35 let věku. Právě stárnutí pacientek je hlavním důvodem toho, že rychle přibývá cyklů k získání vajíčka od dárkyně a k přijmu darovaného vajíčka.

Zdravotní pojišťovny hradí ženám léčbu neplodnosti do 39 let věku, pak si ji platí samy. V pražském Ústavu pro péči o matku a dítě, který patří státu, dá samoplátce z ČR a EU za cyklus 26 000 korun, pacientka ze zemí mimo EU pak 40 000 Kč. Zmrazení a skladování embrya stojí pacienty 4000, respektive 8000 Kč. Příjemkyně darovaného vajíčka a spermie zaplatí 82 500 a 115 000 korun. Dárci spermií dostávají 1000, dárkyně vajíček 20 000 korun. U soukromých klinik jsou ceny obdobné, celková částka pak závisí na počtu cyklů a na tom, jaké další metody a léky pro zvýšení úspěšnosti zařízení nabídne. „Za sedm léčebných cyklů jsem zaplatila kolem 100 tisíc korun. A to



Ilustrační foto: Shutterstock

jsem ještě měla věrnostní slevu,“ vypočetla při příležitosti červnového Národního dne neplodnosti jedna z pacientek.

Nejvíce center v Evropě

Oborem asistované reprodukce protečou ročně až 4 miliardy korun. A zisk by mohl ještě stoupnout, pokud kliniky ve zdravotnickém holdingu FutureLife, vlastněné fondem Hartenberg, který spravuje peníze ministra financí Andreje Babiše, prosadí zvýšení věku žen pro úhradu pojišťovnami na 43 let. Fond přiznává vlastnictví 40 % českých reprodukčních klinik i plán svůj byznys dále rozšiřovat.

Podle zástupce primáře Sanatoria Helios (do Babišovy sítě nepatří – pozn. red.) Petra Popova je otázka, zda jde ještě o medicínu. „Hustota center asistované reprodukce v přepočtu na obyvatele je v ČR největší v Evropě, ne-li na světě. Až čtyřmiliardová

částka je cílem akvizic společností orientovaných na byznys,“ řekl primář Petr Popov. Některé kliniky pod tlakem zisku podle něj směřují k tomu, že provádějí více cyklů, aby získaly víc peněz od pojišťoven a pacientů.

Podle vedoucího lékaře centra asistované reprodukce GEST Jana Šulce se ale cykly nikdy nedělají zbytečně. „I když má žena ve 40 letech šanci na otěhotnění mizivou, pokud si léčbu přeje, je jí poskytnuta,“ podotýká.

Srovnat kvalitu

Zdravotní pojišťovny hradí čtyři cykly. V některých případech pro léčbu stačí jediný cyklus, jindy je jich nutno provést více. Vysoký počet cyklů nemusí podle Petra Popova znamenat kvalitu, která závisí na vybavení kliniky a odbornosti týmu. Podle Jana Šulce nicméně kliniky s větším počtem cyklů mají větší zkušenosti a za navýšené příjmy mohou koupit nové vybavení, což další péči zlepšuje. Primář Popov ale připomněl, že s nárůstem počtu cyklů rostou náklady pojišťoven, a cíle lze podle něj dosáhnout při dodržení kvality i s menším počtem cyklů.

Centra posílají data do národního registru asistované reprodukce, který je neveřejný. Z tamních údajů se kliniky dozvědí průměr úspěšnosti, nemohou si ale porovnat kvalitu a náklady s ostatními centry. „Cesta je jednoduchá: zavést kritéria pro hodnocení kvality a úspěšnosti center, sestavit veřejně přístupný žebříček a orientovat pojišťovny k uzavírání smluv s nejkvalitnějšími a neúspěšnějšími centry,“ nabízí možné řešení Petr Popov. Podle Jana Šulce ale má tato myšlenka řadu úskalí: „Centra volí při léčbě nejprve levnější postupy, které části párů nepomohou. Snižuje to úspěšnost. Se starší klientelou je úspěšnost i toho nejkvalitnějšího centra nižší. Než mít tedy k dispozici pokřivený žebříček, je lepší nemít žádný.“

(klu, ČTK)

Počty léčebných cyklů evidovaných v registru

rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
IVF léčba neplodnosti (mimotělní oplodnění)	12 192	14 150	12 843	12 733	12 326	12 296	12 980
KET (přenos zmrazeného embrya)	4218	4793	4896	5025	4520	6224	7715
PDG (preimplantační genetická diagnostika)	530	590	478	503	608	754	1131
Darování vajíček	675	1555	1900	2361	3110	3696	4319
Přijetí darovaných vajíček	-	153	2246	2829	3735	4297	5199
Přijetí darovaných embryí	-	10	94	126	90	169	317
Zamražení vajíčka i embrya	-	26	231	194	152	426	548
Jiné	67	39	19	27	9	17	36
Celkem evidovaných cyklů	17 682	21 316	22 707	23 798	24 550	27 879	32 245
Z toho cyklů s cílem otěhotnět	16 940	19 696	20 557	21 216	21 279	23 740	27 342



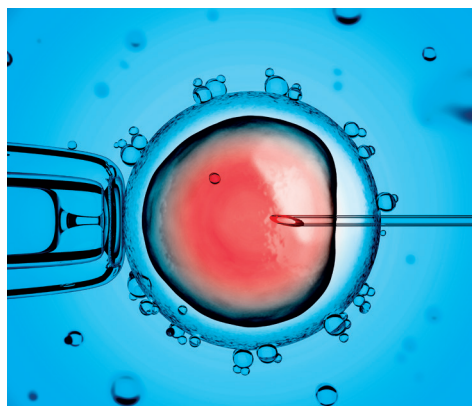
Ohlédnutí za ESHRE 2016

Konference ESHRE je každoročně pořádána na přelomu června a července v některé z evropských metropolí. V letošním roce se role pořadatele ujaly Helsinky. Setkání přineslo mnoho zajímavých podnětů z různých oblastí reprodukční medicíny jak pro vědeckou práci, tak i denní klinickou praxi.

Z mnoha oblastí mě snad nejvíce zaujalo mražení všech získaných embryí (*freeze all*) jako varianty standardního postupu. Ten je užíván jako jedna z možností prevence ovariálního hyperstimulačního syndromu. V současné době se ale stává i alternativou v souvislosti s posunem implantačního okna. K tomu v různé frekvenci dochází u ovariální stimulace v závislosti na použitém stimulačním protokolu a dávkování gonadotropinů. Mezi jiným se projevuje elevací sérového progesteronu v den indukce ovulace. Pokud jsou v takovém cyklu přenesena čerstvá embrya, *pregnancy rate* je signifikantně snížena.

Výběr ovariální stimulace má velký podíl na výsledku léčby. Není možné opomíjet faktory jako věk, ovariální rezerva, BMI či ovariální dysfunkce při přípravě individualizovaného stimulačního protokolu s optimálním dávkováním různých typů gonadotropinů i odlišnými způsoby hypofyzární suprese.

V této souvislosti je zajímavý nový stimulační preparát, který bude jako druhý na našem trhu obsahovat hCG místo LH, navíc placentární, což by mohlo být výhodné jak ze strany biologické dostupnosti a imunomodulačního působení, tak i jeho nižší spotřeby během stimulace. Nezbytnou podmínkou zavedení *freeze all* do klinické praxe je funkční systém vitrifikace s výbornými výsledky přežívání po rozmrazení. V kombinaci s relativně jednoduchými postupy přípravy endometria hor-



Ilustrační foto: Shutterstock

monální substitucí tak skutečně může mít širší uplatnění.

Klíčovou roli v úspěšnosti léčby hraje nejen počet a kvalita gamet, ale také zavedené postupy v embryologické laboratoři. Ze studií není zřejmý přínos postupu ICSI *for all* ani přínos asistovaného hatchingu. Slibné jsou první výsledky s využitím Ca-ionofořů k aktivaci oocytů či využití růstových faktorů v kulturačních médiích. Tyto postupy nepochybně vyžadují ověření na větších souborech v daných indikacích a hlavně důslednou randomizaci.

Není pochyb o efektivitě kontinuálního monitorování vývoje embryí, shoda panuje i v názoru na prodlouženou kultivaci až do stadia blastocysty, přenos jednoho embrya a vitrifikaci zbylých. Samozřejmě není možné tento přístup uplatnit u všech pacientek. To odpovídá i jednomu z trendů současné medicíny, který nabízí individuální přístup k pacientovi, tzv. personalizované medicíny.

V řadě prezentací byly diskutovány vlivy epigenetiky a důsledky, které může vyvolat alterované intraovariální prostředí nebo suboptimální kulturační podmínky *in vitro* na expresi genů a metylaci DNA. To má významný dopad nejen na postnatální vývoj tohoto jedince, ale i na jeho potomstvo.

Neméně zajímavé byly i sekce, které se věnovaly porovnání legislativního prostředí jednotlivých evropských zemí a s tím související reprodukční turistice. I v České republice se o tématech jako léčba *single women*, lesbických párů, anonymní a neanonymní dárčovství gamet stále častěji diskutuje mezi odbornou i laickou veřejností.

Účast na odborných konferencích je přínosná i společensky. Diskuse s kolegy z různých zemí umožňují navázat nová přátelství, která mohou vyústit v příští výzkumnou spolupráci. ESHRE 2017 se koná v krásném prostředí Ženevy, a tak účast na této konferenci může mít přínos nejen odborný.

prof. MUDr. Ivana Oborná, Ph.D.,

Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc

Průměrný věk rodiček dosáhl 30 let

Češky rodí první dítě o pět let později než v roce 1990. Průměrný věk rodiček loni dosáhl 30 let, po umělém oplodnění je ještě vyšší. To žádají ženy většinou mezi 33 a 38 lety.

Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP upozorňuje na výrazný pokles plodnosti žen po 35. roce věku. Také metody umělého oplodnění jsou podle odborníků úspěšnější u mladších žen. Společnost proto zvažuje návrh, aby zdravotní pojišťovny hradily mladším ženám umělé oplodnění v plné šíři. Motivovaly by je tím, aby vyhledaly pomoc včas.

„Zdravotní pojišťovny hradí do 39 let věku ženy čtyři cykly, při prvních dvou se přenesou po jednom embryu. Jsou ale metody a techniky, které hrazeny nejsou,“ upozorňuje přednostka Gynekologicko-porodnické kliniky LF MU a FN Brno prof. MUDr. Pavel Ventruba, DrSc., MBA. Diskuse se podle něj vede rovněž o úhradě vyššího počtu cyklů ze zdravotního pojištění. Tím by si umělé oplodnění mohlo dovolit více žen. Debatuje se rovněž o posunutí horní věkové hranice pro úhradu umělého oplodnění zdravotními pojišťovnami, a to až na 43 let.

Porodnictví stále na špičce

Navzdory posunu průměrné věkové hranice, kdy mají ženy první dítě, a skutečnosti, že přibývá

rodiček po 35. roce věku, nedochází ke zhoršování celkových výsledků porodních komplikací a zdraví dětí. Podle vedoucího perinatologického centra Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze Podolí MUDr. Petra Velebila je to s největší pravděpodobností dáno faktem, že systém péče o těhotné ženy je v Česku na tak vysoké úrovni, že se tento negativní demografický vliv daří eliminovat.

Mezi lety 1989 a 2013 výrazně přibýlo porodů u žen nad 35 let a ubylo rodiček ve věku 15–24 let. Ve srovnání s vybranými zeměmi Evropy ale není věková struktura rodiček v Česku nejhorší. Mnohem vyšší podíl v počtech porodů u žen nad 35 let je ve Španělsku, Švýcarsku, Velké Británii, Švédsku, Nizozemsku, Německu či Dánsku. Česká republika má podle MUDr. Velebila nejnižší úmrtnost plodů a novorozenců do prvního týdne života v Evropě – loni činila 4,7 %. Důvodem je především funkční síť specializovaných center, ve kterých se rodí přes 90 % dětí z rizikových těhotenství a nedonošených dětí, jež jsou kvůli nízké váze ohroženy úmrtím

nejvíce. Výsledek porodnictví ovlivňují také počty vícečetných porodů. V roce 2010 to v ČR bylo 2,13 % všech porodů. Při umělém oplodnění se proto v posledních letech přenáší stále častěji jen jedno embryo.

(ČTK, kha)



Ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce M161000606/M161000667

Představujeme publikaci

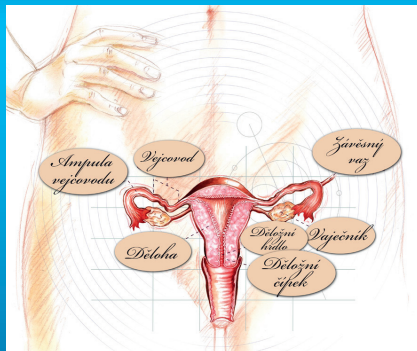
Gynekologická péče

Příručka pro ženy, které neměly čas
anebo se bojí svého lékaře zeptat (2. vydání)

Gynekologická péče

Příručka pro ženy, které neměly čas
anebo se bojí svého lékaře zeptat

Marta Nováčková, Kamila Nouzová



První návštěva u gynekologa • Gynekologická prevence •
Nejčastější gynekologické potíže a jejich příznaky • Zahájení
sexuálního života a možnosti zábrany nežádoucího otěhotnění
• Hormonální antikoncepce - mýty a pověry • Specializovaná
péče, miniinvazivní diagnostika a operativa • Otázky a odpovědi



2. vydání

Návštěva na gynekologii nepatří k těm oblíbeným, proto bývá často spojována se spoustou, většinou neopodstatněných, obav a stresů, jež ženy obvykle jedenkrát za rok (patří-li k těm uvědomělým konzumentkám gynekologické preventivní péče) prožívají. Příručka si dává za cíl především přispět k tomu, aby se co nejvíce žen a dívek přestalo zbytečně obávat gynekologické ordinace a aby se jim dostalo srozumitelného poučení, co mohou od gynekologické péče očekávat. Především pro dospívající ženy a dívky je určena kapitola První návštěva u gynekologa, mimo jiné popisující základní vyšetření a přípravu na něj i vybavení ordinace. Kapitola Gynekologická prevence se podrobně zabývá komplexním vyšetřením, které lékař u tzv. nerizikové ženy provádí 1x za 12 měsíců. V další části jsou popsány nejčastější gynekologické potíže (výtok, nepravidelné krvácení a bolesti v podbříšku) včetně jejich příznaků a možností léčby. Nejen mladým ženám je určena kapitola Zahájení sexuálního života a možnosti zábrany nežádoucího otěhotnění, na niž navazuje přehled dostupné hormonální antikoncepce včetně principu účinků jednotlivých typů. Vysvětleny jsou i často nepodložené obavy z jejího užívání. V závěru se čtenářka dozví mnoho užitečného o specializované péči, endoskopických a miniinvazivních diagnostických a operačních výkonech. Nechybějí ani odpovědi na nejčastější otázky, s nimiž se autorka ve své praxi setkává.

Autoři: Marta Nováčková, Kamila Nouzová

Doporučená cena 80 Kč

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

**MEDICAL
SERVICES**

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





14 – 17 NOVEMBER 2016
DÜSSELDORF GERMANY

www.medica-tradefair.com

Online
registration
is required

WORLD FORUM FOR MEDICINE

V listopadu každého roku se experti z celého světa scházejí na přední události zdravotnického oboru, na veletrhu MEDICA, který jako světové fórum medicíny prezentuje širokou nabídku přibližně 5000 vystavovatelů.

Využijte veletrh MEDICA a jeho speciální nabídky také pro Vaši oblast aktivit.

BE PART OF IT!



Informace pro návštěvníky,
prodej vstupenek, komplexní cestovní služby:

Veletrhy Brno, a. s. _ Výstaviště 1 _ 603 00 Brno
Tel.: +420 541 159 190 _ GSM: +420 602 594 810

mkozmar@bv.cz _ www.bv.cz/veletrhy-v-zahranici/cestovni-sluzby



SPECIÁL 

I po 40 letech mě snímek překvapí

Na seminář „Ultrazvuk a prenatální diagnostika“ zavítal do Brna jeden z největších expertů na ultrazvukovou diagnostiku a fetální medicínu prof. Philippe Jeanty z USA.

Seminář, jehož vedení se prof. Jeanty ujal, se konal 17. června na brněnském výstavišti. Garantován byl naší přední odborníci v dané problematice doc. MUDr. Ishraq Dhaifalah, Ph.D.

Co vás vedlo k tomu, že jste se zaměřil na fetální medicínu?

S ultrazvukem jsem začal pracovat v roce 1976 a byl jsem fascinován skutečností, že můžete vidět miminko, které ještě nemohou vidět ani jeho rodiče. Jsem radiolog a pomocí rentgenu uvidíte mnoho. Ale tehdy jsem viděl něco, co přede mnou nikdo nikdy neviděl – dítě, jehož narození rodiče teprve očekávali. Pro mě to bylo neskutečně zajímavé. Proto jsem se začal fetální medicínou zabývat.

Co myslíte, že je momentálně největším problémem v tomto oboru?

Problém je především ve vzdělávání. Mnoho lidí by rádo pracovalo s ultrazvukem, ale ono to není tak jednoduché. Takže mít řádné vzdělání je opravdu důležité.

Je tato situace stejná na celém světě?

Víceméně ano. Od Číny přes Spojené státy až po Rusko, všude je to stejné. Přístroje se totiž za uplynulá dvě desetiletí tak změnily, že můžete vidět detaily, které jste dříve vidět nemohli. Má přednáška na téma srdce plodu trvala před 20 lety asi 20 minut, teď je to 16 hodin. Z toho je jasné, o kolik se problematika rozšířila. A to vás na medicíně ani během praxe většinou nikdo neučí. Lékaři pracující s ultrazvukem tedy potřebují nejen vědět jak udělat základní vyšetření, ale potřebují se dozvědět, co je normální a co už ne. Velmi často nedokáží vidět nebo rozpoznat vše, co je možné na snímků skutečně pozorovat. Proto je vzdělávání tak důležité.

Jak vidíte budoucnost tohoto oboru, jaké nás čekají objevy?

Dvacet let lidé říkají, že se tady nic nezlepší, a dvacet let se tento obor neustále zlepšuje. V takovém případě je opravdu těžké předpovídat budoucnost. Já myslím, že přístroje budou stále automatictější, například už dnes některé z nich automaticky měří plod, což šetří lékaři čas. Přístroje budou také schopny automatické diagnózy, ale to je vzdálená budoucnost. Lékaři po celém světě musejí být stále efektivnější. Kdysi vyšetření trvalo hodinu, pak 45 minut, 30 minut a dnes je to 20 minut, a proto potřebujeme přístroje, které pracují velmi rychle.

Mohl byste nám říct něco o své internetové stránce thefetus.net? Jak z ní mohou lékaři těžit?

Tyto stránky jsou zdarma, bez registrace, žádné osobní údaje, hesla, nic. Chci totiž, aby vzdělávání bylo dostupné v co největší míře. Pokud si ponecháte své znalosti pro sebe, pak jsou zbytečné. Snažím se je ponechat dostupné, a pokud možno zadarmo. Za některé přednášky ale musím zaplatit, protože jsou velice nákladné. Internet všechno změnil. Žádný vydavatel, vše zdarma a navíc zde mohou lidé vkládat menší příspěvky, které by nebyly publikovány v časopisech a které jsou přesto zajímavé. Je to skvělý způsob jak komunikovat s lékaři.

Jaká je návštěvnost webu?

Až 6 tisíc lidí denně z celého světa, kromě střední Afriky. A každé 2 týdny je na něm popsán nějaký těžký případ. Zpočátku to byly moje případy, ale teď jsou odevšad.

Víte, je to trochu zahanbující. Po 40 letech praxe byste řekl, že znáte všechno, ale každé 2 až 3 týdny se objeví snímek, na kterém vidíte, co jste předtím neviděl. A to je samozřejmě výzva.

Martin Ježek

Mutace genu BRCA1 a její vliv na plodnost žen

Vědci objevili spojitost mezi mutací genu BRCA1 a nižší hladinou antimülleriánského hormonu, který je indikátorem ovariální rezervy u žen. Výsledky jejich studie byly publikovány v časopise *Human Reproduction*.

V rámci první studie tohoto druhu se mezinárodní skupina vědců zaměřila na vztah mezi mutací genu BRCA1 a BRCA2 a hladinou antimülleriánského hormonu (AMH). Z výsledků vyplynulo, že nositelky mutace BRCA1 měly v průměru o 25 % nižší hladinu AMH ve srovnání se ženami, jež mutaci genu BRCA1 neměly. U žen s mutací BRCA2 nebyl vztah k hladině AMH pozorován.

Neodkládat těhotenství

„Z toho vyplývá, že ženy okolo 35. roku věku, jež jsou nositelkami mutace genu BRCA1, mají příbližně stejnou ovariální rezervu jako ženy, jež touto mutací netrpí, ale které jsou o dva roky starší než nositelky,“ říká hlavní autorka studie prof. Kelly-Anne Phillipsová z melbournského

Onkologického centra Petera MacCalluma.

Jak ale profesorka Phillipsová upozorňuje, AMH je pouze jedním z indikátorů ženské fertility. „Schopnost počít a donosit dítě je ovlivněna řadou dalších faktorů, jako jsou například kvalita vajíček nebo zda má žena průchodné vejcovody, a ani jednu z těchto skutečností hladina AMH neukazuje. I ženy s nízkou hladinou tohoto hormonu mohou počít dítě, stejně tak jako ženy, jež mají normální hladinu AMH, mohou mít s počítáním problémy. Naše studie ale ukázala, že nositelky mutace BRCA1 by neměly otěhotnění odkládat na pozdější dobu, tedy okolo 40. roku věku, kdy se významně snižuje plodnost všech žen. Ideální je naopak počít dítě ještě před 30. rokem věku, kde rozdíl v ovariální rezervě mezi

nositelkami mutace BRCA1 a ženami bez této mutace nejsou klinicky signifikantní,“ doporučuje profesorka Phillipsová.

Nízká hladina AMH

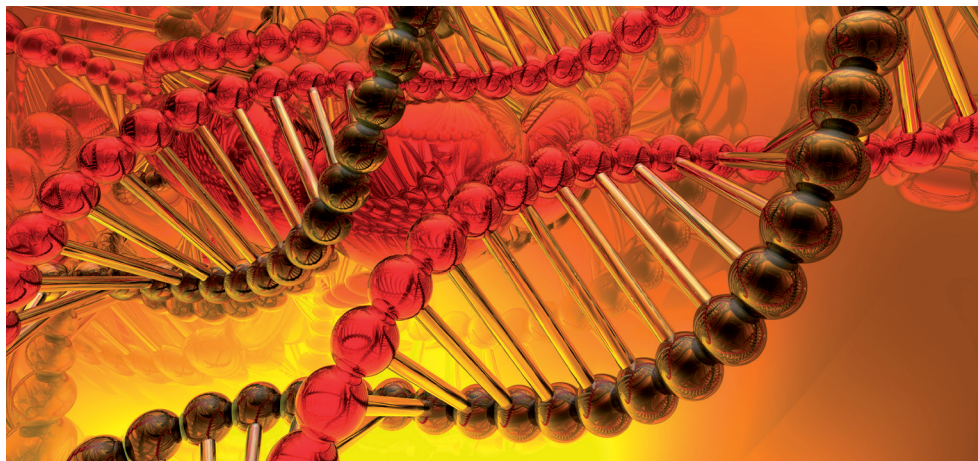
Ženy, jež jsou nositelkami mutací genu BRCA1 a BRCA2, mají vyšší riziko onemocnění rakovinou prsu, vaječníků či vejcovodů. Toto riziko stoupá s věkem a je obecně vyšší u žen s mutací BRCA1. Obě mutace se v populaci vyskytují poměrně vzácně – okolo 0,1 % u BRCA1 a 0,2 % u BRCA2 (u některých etnických skupin však mohou být častější). Rada žen, jež vědí o tom, že jsou nositelkami jedné z mutací, se rozhodne počít dítě v poměrně raném věku, nicméně dosud chyběl vědecky potvrzený vztah mezi mutacemi a plodností.

Studie profesorky Phillipsové, na níž kromě australských pracovali i skotští vědci, analyzovala hladinu AMH u 693 žen ve věku mezi 25 a 45 lety, u nichž se nevyskytlo žádné onkologické onemocnění – 172 účastnic bylo nositelkami mutace BRCA1 a u 216 se tato mutace vyskytovala v rodině (ony samy nositelkami nebyly), 147 žen mělo mutaci BRCA2 a 158 mělo tuto mutaci v rodinné anamnéze. Při hodnocení vzali autoři studie v úvahu rovněž věk účastnic, zda užívaly hormonální antikoncepci, jaký byl jejich *body mass index* či zda kouřily.

Kromě toho, že měly nositelky mutace BRCA1 v průměru o 25 % nižší hladinu AMH ve srovnání se ženami bez této mutace, patřily také k účastnicím s vůbec nejnižší hladinou tohoto hormonu (podobná souvislost nebyla u žen s mutací BRCA2 zaznamenána).

(Zdroj: ESHRE 2016)

(kha)



Ilustrační foto: Shutterstock

Mužská plodnost se nezhoršuje

Tvrzení, že mužská plodnost neustále klesá, je mýtem. Výzkum odborníků ze Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN ukázal, že i díky zdravějšímu životnímu stylu mužů a zlepšování životního prostředí se plodnost Čechů mírně zlepšuje.

Dřívější varování týkající se klesající plodnosti mužů se tak nenaplnila. Potvrdil to přednosta Sexuologického ústavu doc. MUDr. Michal Pohanka, Ph.D.

Bez standardu

Spodní norma Světové zdravotnické organizace (WHO) pro plodnost mužů je 15 milionů spermií v 1 mililitru ejakulátu, koncentrace spermií u českých mužů, kteří byli v rámci výzkumu v letošním roce vyšetřeni, činila 61 milionů. Průměrný věk vyšetřených mužů dosáhl 34,7 let. Výzkum v roce 1980 ukazoval průměrnou koncentraci spermií 40 milionů, v posledních 15 letech to bylo 15 milionů. Výsledky ale byly posuzovány podle rozdílných kritérií.

„Dramatický úbytek plodných mužů je mý-

tus. Dříve postrádala vyšetření spermogramu standard a srovnatelnost, proto výsledky mohly působit tak, že mužská plodnost klesá,“ vysvětlil doc. Pohanka.

„Naše klinické zkušenosti nesvědčí pro pokles koncentrace spermií v ejakulátu zdravých mladých mužů vyšetřovaných v souvislosti s neplodností. Ani náš výzkum hypotézu o mužské neplodnosti v postupu let nepotvrdil,“ doplnil sexuolog doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSC.

Muži jako první

K odlišnému hodnocení výsledků přispělo podle obou odborníků to, že dříve byli vyšetřováni muži z neplodných párů až poté, co se u ženy potvrdila neschopnost otěhotnět. Nyní jsou muži z neplod-

ných párů vyšetřováni jako první. To přivedlo do vyšetřovaných skupin víc mužů, kteří netrpí žádnou poruchou plodnosti. Tito muži jsou mnohem blíže obecné populaci a jejich výsledky dávají lepší přehled o skutečném stavu mužské plodnosti. Vyšetřit jako prvního muže je podle Michala Pohanky efektivnější, navíc je to snazší a výsledky jsou k dispozici ihned. Zdravotní pojišťovny test hradí.

V dlouhodobém výzkumu českých sexuologů bylo vyšetřeno 5 tisíc mužů, letošní šetření na tyto výsledky navázalo. Vyšetřeno bylo 200 mužů z Prahy a Středočeského kraje a tendence ke zlepšování plodnosti se potvrdila.

(kha, ČTK)



Nové knihy

Zuzana Humlová a kol.

Imunopatologické stavy v kazuistikách



Rozsah: 216 stran
Cena: 370 Kč
ISBN: 978-80-204-4124-9
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

Alergie, autoimunita a imunodeficiencie představují onemocnění, která se navzájem často prolínají. Proto je komplexně nazýváme imunopatologickými stavy. Porucha jedné složky imunitního systému může vést ke kaskádě dalších událostí. Důsledkem pak mohou být určité diagnostické i terapeutické rozpaky, které vedou ke ztížení časné diagnózy těchto onemocnění. Na příkladech jednotlivých pacientů jsou prezentována onemocnění řadící se mezi primární imunodeficienci, vaskulitidy, autoinflatorní onemocnění, lékové a potravinové alergie, autoimunitní polyglandulární syndromy, antifosfolipidový syndrom, neurologická a další onemocnění.

Zuzana Nevoralová,
Jarmila Rulcová, Nina Benáková
Obličejové dermatózy



Rozsah: 256 stran
Cena: 370 Kč
ISBN: 978-80-204-4107-2
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

Autorky monografie, která doposud na našem trhu chyběla, jsou zakladatelkami sekce Akné a obličejové dermatózy České dermatovenerologické společnosti a největšími odborníci v České republice. Společně předkládají čtenáři komplexní a recentní pohled na epidemiologii a patogenézi, klinický obraz, terapii, průběh a prognózu základních pěti obličejových dermatóz. Jedná se o akné, růžovku, demodikózu, periorální dermatitidu a seboroickou dermatitidu. V druhé části knihy je uvedena řada kazuistik zmíněných chorob – od lehkých po nejzávažnější formy. Text je doplněn bohatou obrazovou dokumentací, řadou schémat a tabulek.

Richard V. Goering, Hazel M. Dockrell,
Mark Zuckerman, Ivan M. Roitt,
Peter L. Chiodini

Mimsova lékařská mikrobiologie



Překlad 5. vydání
Rozsah: 568 stran
Cena: 1290 Kč
ISBN: 978-80-7387-928-0
Vydavatel: Triton

Překlad již 5. vydání učebnice z nakladatelství Elsevier-Saunders, z roku 2013. Text je zaměřen hlavně na klinické aspekty mikrobiologie a infekčních onemocnění. Obsahuje sice základní údaje o obecných vlastnostech mikroorganismů, hlavní část je však koncipována podle orgánů a systémů postižených infekčními onemocněními; nechybějí principy jejich diagnostiky a léčby.

Katarína Zrubáková, Štefan Krajčík a kolektiv

Farmakoterapie v geriatrii



Rozsah: 224 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-247-5229-7
Vydavatel: Grada

Podávání medikamentů je nejčastější i nejvíce problematický způsob léčby seniorů, interdisciplinární publikace proto nabízí kromě komplexního pohledu na farmakoterapii v této věkové kategorii i praktické návody k eliminaci souvisejících problémů, ať už se nacházejí na straně pacienta nebo zdravotníka.

Radim Břídčka, William Didden
Genetika v klinické praxi III.



Rozsah: 189 stran
Cena: 300 Kč
ISBN: 978-80-7492-226-8
Vydavatel: Galén

Lidský genom není dokonalý a pravděpodobně obsahuje vedle „vhodných“ informací i takové, které mohou neblaze ovlivnit zdraví. Publikace nabízí čtenáři současný pohled na možnosti diagnostiky v různých oblastech naší genetické výbavy.

Darja Jarošová, Kamila Majkusová,
Raadka Kozáková, Renáta Zeleníková

Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství



Rozsah: 144 stran
Cena: 249 Kč
ISBN: 978-80-247-5426-0
Vydavatel: Grada

„Klinické doporučené postupy“ (KDP) jsou dokumentem, který shrnuje nejlepší současné důkazy týkající se zdravotní péče a předkládá je tak, aby implementace důkazů do praxe byla jasná a jednoznačná. Publikace seznamuje se základní charakteristikou, procesem tvorby, adaptace a aplikace KDP, jakož i s popisem vývoje a implementace KDP „Prevence pádů hospitalizovaných pacientů“.

NANDA International

Ošetrovatelské diagnózy 2015–2017



Rozsah: 464 stran
Cena: 659 Kč
ISBN: 978-80-247-5412-3
Vydavatel: Grada

Nové české vydání oficiálního překladu Ošetrovatelských diagnóz NANDA International 2015–2017 s revizí, doplněním a vyřazením diagnóz pro toto období.

Jan Mach

Medicinské právo – co a jak Praktické rady pro lékaře a zdravotníky



Rozsah: 135 stran
Cena: 190 Kč
ISBN: 978-80-7492-218-3
Vydavatel: Galén

Jak řešit problémové situace, na co si dát pozor a čeho se vyvarovat v běžné lékařské praxi, při řízení zdravotnického zařízení nebo provozování soukromé lékařské praxe? Výklad či komentář k určitému problému vždy nabízí i řešení.

Sigmund Freud

Psychopatologie všedního života O zapominání, přehmatnutí, přehmatnutí, pověře a omylu

Rozsah: 256 stran
Cena: 299 Kč



ISBN: 978-80-262-1027-6
Vydavatel: Portál

Knihy z roku 1901 je založená na výzkumech chybných úkonů (zapomínání, přehmatnutí, chybné čtení, přepsání, přehmatnutí atd.). Ty lze podle Freuda racionálně vysvětlit jako produkt činnosti nevědomí, a vyloučit tak pouhou náhodu. Protože chybné úkony projevuje každý z nás, jsme podle autora všichni tak trochu neurotici. Kniha, která není tolik zatížena teorií a je spíše praktická než spekulativní, může sloužit jako vhodný úvod do Freudova učení.

Leoš Středa, Karel Hána

eHealth a telemedicína



Rozsah: 160 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-247-5764-3
Vydavatel: Grada

Elektronizace zdravotnictví postupuje pomalu, rozšířenější je využití telemedicíny. Ta se prolíná jednotlivými lékařskými a zdravotnickými specializacemi a zasahuje i do oblasti sociální péče a speciální pedagogiky. Jde především o dálkový přístup v oblasti terapie, elektronického vzdělávání a ukládání dat o pacientech, o konzilia na dálku a také o distanční monitoring pacientů. Tato vysokoškolská učebnice postihuje prvky zdravotnické informatiky, organizaci zdravotnictví včetně komerčních strategií zaměřených na zdraví, zdravotní servis a sdílení informací.

Novinky z vydavatelství Mladá fronta

Pavel Kohout

Kde je zakopán pes



Rozsah: 552 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-204-4089-1
Vydavatel: Mladá fronta

Téměř autentické vylíčení nej-dramatičtějšího úseku života spisovatele Pavla Kohouta, volně navazující na jeho předchozí dílo „Z deníku kontrarevolucionáře“. Tentokrát popisuje léta mezi intervencí Varšavského paktu v srpnu 1968 a 4. říjnem

1979, kdy byl autor spolu se svou ženou Jelenou násilně odsunut do Rakouska. Románový prvek spočívá v tom, že skutečný příběh skupiny zakázaných spisovatelů, jejich přátel i protivníků je vyprávěn drsnorstvému jezevčíku Edisonovi, který se stal bizarní obětí státního teroru. V současném vydání byla doplněna pravá jména osob a připomenuta řada fotografií pořízených autorem, který vydání znovu přečetl a jazykově upravil.

Dagmar Stryjová
Alois Hudec



Rozsah: 168 stran
Cena: 249 Kč
ISBN: 978-80-204-4070-9
Vydavatel: Mladá fronta

Co všechno Aloise Hudce ovlivnilo, přibližuje v roce 80. výročí jeho největšího triumfu knížka Dagmar Stryjové. Lze se v ní dočíst třeba o velkém vlivu nejstaršího bratra, o jeho přisnlosti, která formovala sebekázeň a disciplínu o 16 let mladšího Lojzy. Jsou v ní popsána nemalá zranění, jejichž následky s vypětím veškeré vůle překonával Alois Hudec před ziskem titulu mistra světa ve víceboji 1931 a při světovém šampionátu v Budapešti o 3 roky později. Můžete třeba také s překvapením zjistit, že za svůj titul mistra světa ve víceboji v Paříži zlatou medaili nikdy nedostal.

Lee Harper
Postav hlídka



Rozsah: 232 stran
Cena: 279 Kč
ISBN: 978-80-204-3994-9
Vydavatel: Mladá fronta

Nová kniha, která byla napsána již před vydáním fenomenální „Jako zabít ptáčka“ a odehrává se 20 let poté... Šestadvacetiletá Jana Luisa Finchová se vrací z New Yorku do Maycombu v Alabamě, aby navštívila svého otce. Doma zjišťuje, jak se její místo i blízcí lidé pod tlakem politických i rasových motivů změnili. Najednou se jí začínou vybavovat vzpomínky na dětství a to, čemu vždy věřila, se začíná drodit. Prožívá také vztah se svým vyvolaným, který vzhlíží k jejímu otci. Ovšem ona sama si přestává být jista, že je to stále ten neochvějný hrdina, jenž stojí vždy na straně práva a spravedlnosti, jak se jevil v mládí...



Sestru nelze nikým nahradit

Mgr. Marie Janoušková nepatří k přelétavým lidem. V Nemocnici Strakonice, a. s., pracuje od roku 1975 a prošla řadou oddělení. Hra osudu ji zavála až na pozici náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, kterou zastává již 28 let.

Jakou kvalifikaci musí mít náměstkyně pro ošetrovatelskou péči?

Původní znění zákona 96/2004 Sb. určovalo v § 92 pro výkon vedoucí funkce při vedení lékařských zdravotnických pracovníků odbornou a specializovanou způsobilost odpovídající příslušné vedoucí funkci a minimálně 5 let praxe. Tento paragraf byl v novele zákona vypuštěn, ale vzhledem k postavení náměstkyně pro ošetrovatelskou péči/hlavní sestry je jasné, že by měla mít přinejmenším stejné vzdělání jako lidé, které jsou ve vedení, a tyto požadavky obecně přetrvávají. I já jsem v minulosti absolvovala pomaturitní specializační studium v oboru „ošetrovatelská péče o dospělé“, dále získala vyšší specializaci v úseku práce „organizace a řízení ošetrovatelské péče“, v roce 2001 jsem na LF UK ukončila tehdy čtyřleté bakalářské studium a následně v Bratislavě absolvovala studium magisterské. To vše převážně na vlastní náklady. Moc se mi do toho nechtělo, v tu dobu již souběžně maturovaly a studovaly na VŠ moje děti. Brala jsem to ale jako svou povinnost – vedoucí pracovník práce musí být o krok napřed. Současně jsem chtěla jít příkladem a sestřím ukázat, že se dá studovat v každém věku. A ještě něco, co nesmím opomenout – měla jsem v celé rodině obrovské pochopení a pomoc, stejně jako po celou dobu mého působení v nemocnici, ať už se to týkalo směnného provozu nebo méj stávající pozice.

Zajímají se sestry ve vaší nemocnici o vzdělávání?

Zatím sestry vzdělávání potřebují k registraci, takže sbírají kredity. Většina našich sester má počet kreditů splněn ještě před prodloužením registrace. Ve zdravotnictví je a vždy bylo celoživotní vzdělávání povinností, ale nelékařští zdravotničtí pracovníci se vzdělávají i dobrovolně, z vlastního zájmu. Vyhledávají si některé semináře i v době,

kdy už kredity nepotřebují. Každý rok v květnu ke Dni ošetrovatelství pro ně pořádáme nemocnicí dotovanou konferenci, tak trochu i jako odměnu za jejich celoroční práci. Přednášky si zajišťujeme z vlastních řad ve spolupráci s lékaři, kteří jsou velmi ochotní, nikdy se nám nestalo, že by někdo z nich odmítl přednášet. V závěru konference se snažíme udělat „kulturní tečku“, zveme známé psychology či jiné odborníky, kteří o své práci umí mluvit nejen strohou odbornou mluvou, ale i odlehčeným tónem. Sestry jsou nadšené. Musím říci, že za ta léta máme vděčné posluchače nejen z naší nemocnice, ale třeba i ze sousedních okresů. Dále se sestry, stejně jako ostatní zdravotníci, účastní pravidelných nemocničních seminářů v oblasti hygieny, resuscitace, BOZP a PO. Musím zmínit i to, že řada pracovníků se vzdělává také v oblasti specializačního či vysokoškolského studia, (někteří) dokonce i ve svém volném čase a na vlastní náklady.

Když od vás sestry odcházejí, víte kam? Do ambulantního sektoru, nebo zcela mimo obor?

Odchody sester pro nás nejsou tak velkým problémem, vyskytují se asi stále ve stejné míře jako v minulosti. Čas od času některá sestra odejde do ambulantní sféry. Pro privátního lékaře není tak velký problém sáhnout do nemocnice pro již „vychovanou“ sestru. Nevím, zda si tyto sestry polepší platově, ale v každém případě mají klidnější život s volnými večery, víkendy a svátky. Ale hlavně se vůbec nedá srovnávat míra jejich odpovědnosti. V ambulanci je sestra převážně s lékařem a v podstatě cokoli, co dělá, s ním může konzultovat. Nechci tuto práci snižovat, ale klidnější život v ambulanci privátního lékaře rozhodně má. I přes velké množství pacientů v ní sestra nikdy nezažije



Foto: Markéta Míková

situaci, kdy během noční směny sleduje nemocného a čeká, jak se bude jeho stav vyvíjet – pro takové chvíle musí být dostatečně vzdělaná, zkušená i psychicky silná, aby uměla posoudit jednotlivé příznaky, aby zhodnotila zdravotní stav pacienta natolik, že rozpozná, zda je potřeba zavolat lékaře, nebo může zasáhnout sama.

Některé sestry občas odcházejí do oblasti sociální péče, to když už obtížně snášejí míru odpovědnosti, jiné i mimo obor, raději jdou třeba prodávat klobouky, jak říkáme. Řada sester odchází také do zahraničí, což se netýká těch z naší nemocnice, ale zvláště absolventek, které nám pak chybějí. České sestry mají v zahraničí velmi dobré jméno a je o ně velký zájem, letos dokonce i o zdravotnické asistenty. A to

je náš největší problém – nedostatek nových sester. Využíváme záchranáře, kterých stávající systém vzdělává víc, než mohou „záchranky“ zaměstnat, ale mají limitované pracovní zařazení pouze na ARO-JIP.

Jak se díváte na chystanou novelu zákona o nelékařských zdravotnických povoláních?

Novela je velkým otázníkem. Samozřejmě na jednu stranu by se dalo předpokládat, že v systému „4 + 1“ sestry rychleji nastoupí do praxe. Když si to spočítám, měl by být tento systém pro nemocnice lákavý – po absolvování čtyřleté zdravotnické školy vyjde zdravotnický asistent a po roce studia na vyšší odborné škole (VOŠ) je z něho všeobecná sestra, která může pracovat bez odborného dohledu. Na druhou stranu řada oddělení, zvláště v okresních nemocnicích, obsazuje noční směny jednou sestrou na stanici. Sestra musí umět nejen aplikovat injekce, infuze a podat ostatní léky, ale i posoudit zdravotní stav pacienta, k čemuž musí mít dostatečné znalosti. Neumím si představit, a asi si to neumí představit nikdo, jak takové situace budou sestry s jednoletou VOŠ zvládat.

Říká se, že střední zdravotnická škola mívala vyšší úroveň...

A to je další problém, že se toto vzdělání zdiskreditovalo. SZŠ byla škola výběrová. Lékaři na ní vyučovali ve větším rozsahu internu, chirurgii, gynekologii a všechny další odborné medicínské předměty. Dnes jsou jiné osnovy. Předpoklad pro zdravotnického asistenta/v budoucnu praktickou sestru je výkon práce pod odborným dohledem, čemuž odpovídá i současná náplň studia. Učí se zvláště ošetřovatelství a rozšířily se hodiny výuky všeobecných předmětů na úkor předmětů odborných. Pamatuji si, že když ze školy vyšly první ročníky zdravotnických asistentů, chodilo procesí absolventů od nemocnice k nemocnici s požadavkem na zaměstnání. To bylo snazší ve větších nemocnicích. Na menších odděleních, kde se slouží v mimopracovní době po jedné sestře, nemohl zdravotnický asistent nemající oprávnění k výkonu činnosti bez odborného dohledu plnohodnotně všeobecnou sestru nahradit a nemocnice si obvykle z ekonomických důvodů nemohla dovolit navýšení stavu pracovníků. Tím vlastně klesl zájem studentů o toto vzdělání, protože i rodiče zájemců o toto studium zjistili, že jejich děti jsou velmi těžko uplatnitelné ve vystudovaném oboru. Snížila se tedy i laťka požadavků pro přijímání k tomuto studiu. Kdo z absolventů měl ale schopnosti pro další studium, pokračoval na VOŠ nebo VŠ v bakalářském studiu. To bylo období, kdy se stále ještě uvažovalo o zrušení VOŠ. Ale protože mezitím začalo ubývat zdravotnického personálu, „vošky“ zůstaly a bakalářská studia též. Bohužel je pryč doba, kdy absolventi studia nastupovali vždy pouze do oblasti své odbornosti, a to nejen v ošetřovatelství. Tak se stává, že pro vystudované zdravotní asistentky či sestry se objeví jiné, lákavější nabídky pracovního uplatnění mimo vystudovaný obor.

Nedostatek pracovních sil nepanuje jen ve zdravotnictví, ale obecně ve všech odvětvích. Ve zdravotnictví to ale pociťujeme hůř, protože tady jde o zdraví, často i o život, a činnost sestry nelze nikým jiným nahradit. Mladí lidé dneska chtějí studovat, nechťejí v 18 letech nastupovat do praxe. A stejně je to i u absolventů SZŠ. Myslím, že již stávající zdravotničtí asistenti mají velkou šanci si VOŠ dodělat, a kdo z budoucích absolventů na to bude mít schopnosti, půjde i dál, a tak se může stát, že se studium ještě o jeden rok prodlouží. Prezidentka České asociace sester Martina Šochmanová nám na poradě říkala, že usiluje o to, aby se rozšířily počty přijímaných studentů na bakalářské studium ošetřovatelství. Schopných zájemců o bakalářské studium je podle ní zatím víc, než mohou VŠ přijmout. Nemyslím, že by se měly snižovat požadavky, aby všichni měli za každou cenu bakaláře, ale lidé, kteří k tomu mají studijní předpoklady, by měli mít možnost studo-

vat. Střední škola dnes stačí málokomu, je to prostě celosvětový trend ve všech oborech. A medicína jde mílovými kroky kupředu. Je tolik nových přístrojů a vyšetřovacích metod a sestra musí být schopná práci s nimi zvládnout. Musí rozumět pacientově nemoci, znát její projev, umět sledovat a posoudit varovné příznaky, které nejsou vždy standardní.

Myšíte, že mladí lidé mají dostatek motivace, aby chtěli jít pracovat do zdravotnictví?

Musím říci, že současná situace, kdy se stále mluví o tom, na co vlastně sestra potřebuje vysokou školu, mi připadá jako „hon na čarodějnice“. Dokonce jsem přesvědčená o tom, že tyto veřejné diskuse, bohužel i mezi zdravotníky, snižují postavení sestry v očích veřejnosti. Stačí sledovat některé seriály v televizi, kde sestru prezentují jako hloupou či potrhlou chudinku. Nechápu, proč nemůže někdo, třeba i na objednávku, vytvořit pořad, který by ukazoval reálnou práci sestry jako nezastupitelného partnera lékaře, aby si veřejnost udělala skutečnou představu o náročnosti této práce, ale i o obětavosti sestry a o pocitech a uspokojení z dobře odvedené práce. Proč se nepíše, jak je to hezké a velmi důležité povolání, které člověku přináší uspokojení?

Sestry by si samozřejmě zasloužily především lepší finanční ohodnocení. I v naší nemocnici jsme zažili „hubená léta“, kdy zdravotníci na úkor svých platů „dotovali“ provoz, ale sestry to tady vydržely a byly velmi loajální, protože chtěly nemocnici udržet. Sestry, které jdou do praxe a chtějí vykonávat své povolání, jsou už prostě takové. Kdyby se podařilo zvýšit povědomí a zlepšit pověst tohoto povolání, určitě by to mladé víc chytlo. Na zdravotnickou školu přece lidé nechodí jen tak. Rozhodnutí dát se na toto povolání někde musí vzniknout. Třeba na základě nejhrůznějších osobních zkušeností, na základě uznání práce sestry veřejností, na doporučení rodičů či známých... A jakou motivaci jsem měla já? Sedm let jsme doma pečovali o imobilní babičku po mozkové mrtvici, podílela se celá rodina, v mezích možností včetně mne. Kupodivu mě tato situace neodradila, ale vděk mnou milované babičky za každou provedenou posluhu mne již v šesti letech přivedl na myšlenku, že budu pracovat ve zdravotnictví. Nikdy jsem už o ničem jiném ani neuvažovala. Rodiče mě od tohoto rozhodnutí odrazovali, lákali mne na „ekonomku“, ale v kanceláři jsem si sama sebe neuměla představit. A podívejte, nakonec jsem, sice úplně jinou cestou, v kanceláři skončila a kolik let se už tady zabývám i administrativou, avšak jiného druhu.

V poslední době se hodně mluví o zdravotnické dokumentaci...

Vím, Česká lékařská komora vydala nedávno prohlášení „Stop zbytečné administrativě“, kde se mimo jiné říká: „Problematickou oblastí je sesterská dokumentace. (...) Ošetřovatelská dokumentace (OD) se jeví jako zcela nadbytečná administrativní zátěž.“ Já z toho mám ale pocit, že se sestrami chce vnútit názor, že jsou nespokojené kvůli množství dokumentace. Nespokojenost ovšem podle mne spíše plyne z toho, že je sester málo a že se na ně valí příliš práce. Jakmile na lůžkové stanici místo tří sester zbudou dvě nebo místo dvou jedna, nelze vykonat pouze část práce adekvátní počtu sester, ale zvýšeným pracovním úsilím je nutno provést vše, co pacient potřebuje. A z toho jsou sestry unavené a současně je stresuje strach ze zvýšené možnosti v tomto tempu udělat chybu. Nedostatek personálu se možná ještě prohloubí a nespokojenost z přepracování bude časem ještě horší.

Já si rozhodně nemyslím, že OD je zbytečná. Nevím, jak je vedena jinde, ale my s kolegyněmi z jižních Čech, které jsme součástí jednoho holdingu, úzce spolupracujeme a řadu dokumentů navzájem konzultujeme. Vymyslí-li někdo zjednodušení, poskytnete je ostatním. I konzultantka Spojené akreditační komise, která u nás na požádání uskutečnila konzultační audit, se podívala, jak máme dokumentaci stručnou, a přitom v ní nic nechybí. Přesto i naše OD obsahuje v prohlášení ČLK kritizované tabulky k zakřikování či doplnění údajů o pacientovi. A to právě pro usnadnění práce sestrami, aby opakované úkony nemusely slovně vypisovat a současně aby ani nově nastupující nic nezapomněly zhodnotit. Dokumentace slouží k ochraně nemocnice, ale i sestry. Platí, že co není v dokumentaci, jako by nebylo provedeno.

Dokumentace vás také chrání při případných stížnostech či při žalobách pacientů... Součástí některých konferencí jsou i právní kauzy, na nichž si uvědomíme, jaká rizika v současné době přináší nedostatky v dokumentaci. Právníci nás seznamují s kauzami, které se řeší v jiných nemocnicích, a to se člověk nestačí divit, jaké částky po nemocnici lidé požadují. Je například nutné si dát pozor na to, kdo podává pacientovi informovaný souhlas. Vždycky to má být lékař. Znáám případ, kdy jej pacientovi podala sestra. Sice naprosto správně, dokument vytvořili lékaři, ale přesto pacient nemocnici zažaloval a uspěl. Dokumentace je důležitá. Sestry musejí mít písemný důkaz o tom, že pacienta zkontrolovaly, vyšetřily, co zjistily, že provedly jednotlivé výkony, že zhodnotily rizika a potřeby pacienta a zavedly preventivní opatření. Dokumentování stavu pacienta a některých výkonů nepožadují jen akreditační komise, ale i zdravotní pojišťovny a současná legislativa. Dokumentování neunikneme, vyhláška o ošetřovatelské dokumentaci mluví velmi obecně a k naplnění toho, co požaduje, je potřeba dalších záznamů. Proto pokud MZ, které zřídilo pracovní skupinu ke snížení administrativní zátěže zdravotnických pracovníků, vytvoří jasný prováděcí předpis, který obsáhne jak požadavky pojišťoven, tak i údaje pro ochranu sestry a bezpečnosti pacienta, a případně vydá základní povinné formuláře, zastaví lidovou tvořivost a pochybnosti o potřebnosti té které dokumentace. Nikdo z nás nechce sestrami vnučovat práci, která by neměla v konečném důsledku žádný smysl. Taková práce nikoho netěší.

Markéta Míková



Korekce projevů stárnutí pleti pomocí výplňových materiálů

Stárnutí je v současné společnosti nežádoucím, avšak nevyhnutelným procesem. V dermatologii se nejčastěji setkáváme s přáním klientek o rejuvenaci pokožky či odstranění nežádoucích vrásek v obličeji.

Mezi nejžádanější patří korekce nosoretních vrásek, glabely či doplnění objemu oválu obličeje. Při úvodní konzultaci se samozřejmě hodnotí tvář v celkovém kontextu vzeření klienta. V případě korekce viditelných, trvalých vrásek či doplnění objemu tváře volíme výplňové materiály, tzv. implantáty.

Rozdělení implantátů

Dle charakteru odbourávání rozdělujeme výplňové materiály na biodegradabilní a nebiodegradabilní. Nebiodegradabilní preparáty přetrvávají ve tkáních dlouhodobě až trvale. To, co se dříve jevílo jako optimální, se optikou moderních výplní jeví jako zastaralé. Možné nežádoucí reakce a posuny v tkáních tyto přípravky odsunuly na samý okraj zájmu estetických dermatologů a jejich využití je dnes minimální. Řadíme sem například akrylátové hydrogely, polymethylmetakrylát (PMMA), alkylamidy či hydroxyapatit.

Biodegradabilní produkty zahrnují kolagen, kyselinu hyaluronovou, kyselinu hyaluronovou v kombinaci s dalšími látkami a kyselinu mléčnou. Současná estetická medicína jednoznačně favorizuje implantáty na bázi kyseliny hyaluronové.

Kyselina hyaluronová

Kyselina hyaluronová (HA) je tělu vlastní látka přirozeně se vyskytující v organismu a současně jedna z nejfrekventovanějších látek užívaných v estetické medicíně a dermatokosmetice. Poprvé byla izolována v roce 1934 Karlem Meyerem a jeho asistentem Johnem Palmerem z bovinního sklivce. Terapeuticky byla v medicíně zpočátku využí-

vána v očním lékařství a v ortopedii, kde se využívala její skvělá lubrikační schopnost u nemocných s osteoartritidou. Její unikátnost spočívá v imunologické kompatibilitě, neboť kyselina hyaluronová nemá žádnou tkáňovou ani druhovou specifitu, její chemická struktura je druhově identická.

Na poli estetické dermatologie spočívá její obliba v možnosti volby ze širokého portfolia produktů zahrnujícího množství různorodých indikací – od projasnění a hydratace pokožky až po tzv. tekutý *facelift*. Biokompatibilita HA zaručuje minimum nežádoucích účinků, před aplikací není třeba provádět alergologické testy, výsledek působí velmi přirozeně a je plně resorbovatelný. Kyselina hyaluronová je chemicky definována jako lineární glukosaminyglykanový biopolymer, který je složen z opakujících se částí disacharidů kyseliny D-glukuronové (GlcUA) a N-acetyl-D-glukosaminu (GlcNAC), které jsou spojeny do dlouhých řetězců vytvářejících vzájemně náhodně spletené spirály. Je součástí extracelulární *matrix* pojivové tkáně, nacházíme ji v synoviální tekutině, hyalinních chrupavkách, fasciích, v extracelulární *matrix* oka, v *dermis* i pupečníku, ale také v plicích, aortě, srdečních chlopních, prostatě, *corpora cavernosa* et *spongiosa* penisu a v mnoha jiných strukturách těla. Molekulová hmotnost HA se pohybuje mezi 4 a 5 miliony daltonů.

Kyselina hyaluronová je glykosaminoglykan (GAG) s extrémní schopností vázat vodu. Odhaduje se, že jeden gram HA může navázat až 6 litrů vody. Ačkoli je zastoupena v mnoha strukturách lidského těla, více než 50 % jejího celkového množství je obsaženo v kůži. Její množství každým rokem přirozeně klesá, což je provázáno

Inzerce M161000561

Dovolujeme si Vás pozvat na jubilejní

X. SYMPOZIUM AGEL INFEKCE

6.–7. 10. 2016

HOTEL NH COLLECTION OLOMOUC CONGRESS

SYMPOZIUM SE KONÁ POD ZÁŠTITOU

Ing. Tomáše Chreneka, Ph.D.
předsedy dozorčí rady AGEL a.s.

PREZIDENT SYMPOZIA

MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH
předseda představenstva AGEL a.s.

PŘEDSEDA ORGANIZAČNÍHO VÝBORU

MUDr. Marian Branny, Ph.D.
člen Lékařské rady AGEL a.s.

PŘEDSEDA VĚDECKÉ RADY

prof. MUDr. Pavel Dujl, DrSc.
Vědecká rada AGEL a.s.

Veškeré informace a možnost registrace
najdete na

<http://symposium.agel.cz>

dehydratací, vznikem vrásek a akcelerací působení volných radikálů. HA je považována za jednu z hlavních molekul extracelulární hmoty kůže. Jakkoli je její role v procesu stárnutí kůže známa, současné výzkumy potvrzují také účast této molekuly v procesech angiogeneze, nádorového bujení a imunitních regulací v kůži. Hlavní biologická funkce HA spočívá v hydrataci, lubrikačních schopnostech a objemové kapacitě. Syntéza HA stoupá během poškození tkáně a hojení ran. Velikost molekuly HA má zásadní význam pro její funkci.



Ilustrační foto: Shutterstock

Příčiny stárnutí kůže

Zajímavé je také rozmístění HA. Zatímco v *epidermis* se nachází povětšinou v extracelulární *matrix stratum spinosum* a *granulosum*, v bazální vrstvě dominuje její uložení intracelulární. Množství HA v *epidermis* je mnohonásobně nižší než její množství v *dermis*, kde je většina HA deponována v oblasti papilární *dermis*. Kyselina hyaluronová v *dermis* reguluje vodní hospodářství, osmotický tlak, funguje také jako určité „síto“ a podílí se na eliminaci některých molekul.

Jedním z projevů stárnutí kůže na histochemické úrovni je dramatický pokles HA v *epidermis* při přetrvávajícím množství HA v *dermis*. Proč tomu tak je, není známo. Víme však, že produkce HA v *epidermis* je závislá na syntéze dermální HA. Stárnutí kůže provází také progresivní redukce velikosti polymerů HA. Současně dochází k poklesu množství kolagenu. Spojením těchto fenoménů dochází k dehydrataci kůže, atrofii a ztrátě elasticity, tedy k faktorům charakterizujícím stárnoucí kůži.

Významným činitelem v procesu stárnutí kůže je UV záření. Odhaduje se, že v obličeji je původcem až 80 % těchto změn kůže. *Photoaging* v kůži vede ke zvýšenému vzniku abnormálních GAG, vzrůstajícímu množství chondroitinsulfátu a redukci množství HA. V dermálních fibroblastech pak následuje redukce HA. Snížená syntéza HA dermálními fibroblasty je zodpovědná za fragmentaci kolagenu, které aktivují alfa a beta integriny, jež ve výsledku vyústí ve sníženou expresi HAS-2. Kůže vystavená slunečnímu záření vykazuje signifikantně vyšší množství HA o nižší molekulární hmotnosti ve srovnání s kůží téhož jedince, která byla před UV zářením chráněna (Papakonstantinou, Roth, Karakiulakis, 2012). Vzrůstající množství degradované HA je asociováno se signifikantním poklesem exprese HAS-1 a naopak stoupající expresi HYAL-1, -2, -3. HA receptory CD44 a RHAMM byly podstatně méně vyjádřeny ve fotoexponované kůži oproti kůži, která nebyla UV záření vystavena. Působení UV záření a vliv faktorů extrinsického stárnutí tedy jednoznačně narušuje homeostázu HA. Pochopení metabolismu HA v rozdílných vrstvách kůže a jejich interakcí s ostatními komponenty kůže může být klíčem k vyřešení problematiky kožní hydratace.

Původ HA pro použití v estetické medicíně

Tradičním zdrojem kyseliny hyaluronové pro použití v estetické medicíně byly v minulosti kohoutí „hřebínky“, avšak tento živočišný zdroj je již našťastí překonán a v současnosti nahrazen HA vznikající bakteriální streptokokovou fermentací. Pro komerční využití se tak uplatňuje hlavně HA získávaná ze zdrojů *Streptococcus zooepidemicus*, avšak vzhledem k tomu, že streptokoky jsou patogenními kmeny, vzrůstá poptávka po HA získané z rekombinantního kmene *Bacillus subtilis*.

Parametry pro výběr vhodné HA

Pro výběr nejvhodnějšího výplňového materiálu pro danou lokalitu a klienta je důležité zvážit několik základních parametrů. Je důležité znát charakteristiku filleru HA, která je dána stupněm zesíťování, její koncentrací, velikostí částic gelu (tzv. partikulí) a elasticitou použitelného výplňového materiálu.

Farmaceutický trh dnes nabízí velké množství výplňových preparátů na bázi HA, a tak je tento výběr často nesnadný. Limitujícími faktory jsou bezesporu také cena produktu a zkušenosti aplikujícího lékaře. Mezi nejznámější komerční výplňové pre-

paráty na bázi HA patří Restylane, Perlane, Stylage, Surgiderm, Juvederm Ultra, Filorga X-HA3, Teosyal, Princess a mnohé další.

Zesíťování

Aby byla aplikace exogenní HA patřičně efektivní, bylo třeba zabránit jejímu rozpadu, tj. transportu z *dermis* do jater a degradaci na vodu a oxid uhličitý. Toho bylo dosaženo tzv. zesíťováním (stabilizací) HA (*cross-linked HA*). Při výrobě těchto výplňových gelů se v současné době používají 3 způsoby zesíťování řetězců HA. Preparáty Restylane, Perlane a Juvederm využívají k tomuto účelu 1,4-butanediol-diglycidyl-ether, jiné typy preparátů užívají k zesíťování biskarbidimid nebo divinyl sulfon. Každá z výše uvedených má určité výhody a všechny tři jsou pro toto použití schváleny americkým Úřadem pro kontrolu léků a potravin (FDA). Tyto látky se však použijí pouze pro proces zesíťování a dále musí být z finálního produktu odstraněny speciálními jisticími metodami, tak aby výplň tyto sloučeniny vzhledem k jejich tkáňové toxicitě již prakticky neobsahovala.

Každá komerční značka výplně má svůj mechanismus a stupeň zesíťování, proto je dobré mít srovnávací parametry. Stupeň zesíťování se udává v procentuálním množství. Se zvyšujícím se stupněm zesíťování stoupá viskozita a také životnost gelu, z čehož bychom mohli usuzovat, že čím vyšší hodnota, tím výhodnější preparát. Ve skutečnosti tomu tak ovšem není, neboť po překročení určité hodnoty zesíťování se produkty stávají hůře odbouratelné a mohou vyvolat nežádoucí reakci. Žádný z produktů schválených FDA pro použití v estetické medicíně však tuto hranici nepřekračuje, jedná se tedy pouze o experimentální data. Zesíťovaná kyselina v organismu přetrvává 9–18 měsíců a základem se tak stává velmi efektivním při výplni zejména hlubších vrásek, rýh, ale také při modelaci tváře, augmentaci lícnicích kostí či úpravě velikosti a tvaru rtů.

Nezesíťovaná (tzv. *non cross-linked*) HA je v estetické medicíně používána při provádění tzv. mezoterapie. Jedná se o aplikaci velmi malých množství látky do středních vrstev kůže – mezodermu – ve většině případů za účelem hydratace, projasnění, vypnutí pleti a zmírnění projevů stárnutí.

Koncentrace

Další důležitou hodnotou při výběru vhodného výplňového preparátu je koncentrace HA, nejedná se však o zásadní hodnotu, neboť koncentrace HA v mg/l zahrnuje hodnotu jak zesíťované, tak nezesíťované kyseliny, která je do produktů přidávána jako lubrikant. Hygroskopická povaha HA má za následek, že čím vyšší koncentrace, tím větší schopnost vázat vodu, což ve výsledku znamená výraznější otok tkáně při aplikaci výplně. U vysoce koncentrovaných preparátů je tedy třeba klienta upozornit na výraznější otok po zákroku, na druhou stranu tak snáze dosahujeme většího objemu a plnosti tkání.

Molekulová hmotnost HA

Je důležitým parametrem pro posouzení a výběr z širokého portfolia komerčních estetických produktů. Právě molekulová hmotnost určuje reologické vlastnosti HA a tím i pro jaký typ aplikace je daný gel HA vhodný. HA s vysokou molekulovou hmotností má velmi dobrou viskoelasticitu a hojně váže vodu. Čím vyšší je molekulární hmotnost produktu, tím pomalejší je jeho degradace v tkáni.

Elasticita výplňových gelů a velikost částic

Tuhost výplňového gelu je dána stupněm zesíťování jednotlivých řetězců a celkovou koncentrací HA. Čím více je produkt zesíťován, tím se stává tužším a hůře aplikovatelným. Výroba výplňových gelů nabízí surový gel v podobě gelových „plátů“ či „kostek“, které je třeba dále technologicky upravit do částecek průchozích injekční stříkačkou. Preparáty určené pro hlubokou aplikaci (supraperiostálně) jsou tvořeny největšími částicemi, zatímco přípravky pro povrchovou aplikaci obsahují podstatně menší partikule.

Indikace využití HA v estetické medicíně

- Vrásky – povrchové, střední i hluboké (nejčastěji nosoretní, glabella, periorální, svislé vrásky v oblasti od koutků úst, tzv. *Marionette lines*).
- Doplnění objemu tváře – lícnicí kosti, spodní oční víčka, „kruhy pod očima“, kontury obličeje, korekce brady či nosu, zvětšení a modelace rtů.
- Mezoterapie neboli hydratace a vypnutí pokožky sérií mnohočetných vpichů malého množství gelu HA.
- *Tightening* – vypnutí, které spočívá v ošetření v oblasti dekolty, krku, obličeje či dorsa rukou.

Kyselina hyaluronová v současnosti nejvíce naplňuje představu ideálního implantátu. Jedná se o látku poskytující při správné aplikaci velmi přirozený efekt s minimem nežádoucích a alergických reakcí, s optimální trvanlivostí, odbouratelnou a bezpečnou. To také dokládají statistické údaje, neboť se jedná o nejrozšířenější a nejoblíbenější látku v současné estetické medicíně. Její zcela jedinečné postavení je dáno druhovou i tkáňovou uniformitou a extrémní schopností vázat vodu. Vzhledem k tomu, jak se zvyšuje průměrný věk naší populace, předpokládá se, že její obliba bude i nadále stoupat.

MUDr. Kateřina Macháčková,
MEDICA Macháček, s. r. o., Uherské Hradiště



Úloha sestry a pohľad sestry na problematiku starostlivosti o pacientov

V dňoch 2.–3. 6. 2016 sa v Tatranskej Lomnici konala IX. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou, ktorú organizovala Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SKSPA), Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti SKSPA, Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek Vysoké Tatry.

Tohto významného odborného podujatia sa okrem slovenských sestier zúčastnili aj sestry z Českej republiky, Poľska, Ukrajiny a Srbska. Program konferencie tvorilo 34 prednášok rozdelených do piatich odborných blokov a 12 posterov.

Medzi pozvanými hosťami medzinárodnej konferencie boli prezidentka SK SaPA Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p. a., členka Prezídia a Rady SK SaPA Mgr. Zuzana Haladová, dipl. s., vedúca Regionálneho centra pre hodnotenie sústavného vzdelávania Prešovského samosprávneho kraja Mgr. Iveta Michalčová, právny zástupca SKSPA JUDr. Dušan Slávik, PhDr. Jana Hocková, PhD., v zastúpení predsedníčky Sekcie anestéziológie, resuscitace a intenzívnej péče a členka Prezídia České asociácie sestier, predseda Údruženja anestezičara Srbije Jovan Filipovič, predsedníčka Dolnošľaskieho Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki; Adjunkt Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu dr. Sylwia Krzemińska, predsedníčka Sekcie sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej medicíne, organizačnej zložky Slovenskej spoločnosti sestier a pôrodných asistentiek, organizačnej zložky Slovenskej lekárskej spoločnosti PhDr. Monika Matošová, prezident Regionálnej komory sestier a pôrodných asistentiek Vysoké Tatry PhDr. Lukáš Kober, PhD.

Odbornú garanciu nad podujatím prevzal vedecký výbor konferencie, ktorého predsedom bol PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s., a tvorili ho sestry zo všetkých piatich zúčastnených krajín.

Prvý odborný blok prednášok bol „venovaný sestrám“ – ich postaveniu, pracovným podmienkam, kompetenciám, legislatíve, etike. Odzneli prednášky: *Etický kódex zdravotníckeho pracovníka, postoj sestier k akcii „Hromaďné výpovede“ (SK), Taký „obyčajný“ deň sestry na OAIM (ARO) (SK), Analýza pracovnej záťaže anestéziologických sestier – vyhodnotenie únavy na základe japonského dotazníka (PL), Pracovná záťaž anestéziologických sestier – vplyv stresu na prácu (PL), Evidence based practice na pracoviskách anestéziológie a intenzívnej medicíny (SK), Faktory ovplyvňujúce prácu sestry na pracovisku anestéziológie a intenzívnej starostlivosti (SK). Bodku za prvým blokom dala prednáška právneho zástupcu SKSPA *Právne povedomie sestier v praxi (SK)*.*

Postavenie sestry v urgentnej situácii

V ďalších prednáškach bola prezentovaná úloha sestry a pohľad sestry na problematiku starostlivosti o pacientov vo viacerých klinických odboroch. Výstižný názov mali prednášky *Každá ruka dobrá a Nádej zomiera posledná (SK)*, ktoré prezentovali postavenie sestry v urgentnej situácii. Ošetrovateľskú starostlivosť o dieťa s intrakraniálnou hypertenziou následkom kraniocerebrálneho poranenia, monitoring ICP, peritoneálnu dialýzu u kardiochirurgického pacienta s multiorganovým zlyhaním, špecifická ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov po intervenčných a operačných zákrokoch na karotidách, kazuisťiku – poranenie hrudníka, geriatrický pacient a anestézia prezentovali slovenské sestry.

Poľské sestry priniesli skúsenosti s posúdením bolesti u pacientov v bezvedomí, ventilovaných na jednotke intenzívnej starostlivosti. *Faktory ovplyvňujúce voľbu anestézie*



Predseda sekcie PhDr. Milan Laurinc, PhD, dipl. s., pri otvorení konferencie

pre prirodzený pôrod – pohľad z Poľska (PL). Špecifická anestéziologických postupov pri chirurgii pažeráka (SK a SRB). Špecifická anestéziologických postupov pri orofaciálnych rázštepoch (SRB). Špecifické liečebné postupy si vyžadujú aj primerajú ošetrovateľskú starostlivosť. O tom boli prednášky: CellTrans jednoducho, bezpečne a efektívne (SK), Mobilná izolačná komora – jej využitie v podmienkach intenzívnej starostlivosti (SK), Prevencia ventilátorových pneumónií na resuscitačnom oddelení (CZ, PL). Ultrazvuk – vyššia bezpečnosť pri zavádzaní CVK (SK).

Posterová sekcia bola venovaná témam ako nozokomiálne infekcie, sepsa, etika, syndróm vyhorenia, hypotermia, závažné pooperačné komplikácie, či téma, ako vidí sestry spoločnosť.

Výstupom z konferencie je monografia pod názvom *Postavenie sestry špecialistky v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť v 21. storočí. Image sestry nositeľky zmien (ISBN 978-80-89542-60-4)*, ktorá je dostupná aj v elektronickej knižnici na web stránke SKSPA.

Počas konferencie prebehli aj voľby do výboru Sekcie sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti SKSPA. Členovia výboru si zvolili za predsedu doterajšieho predsedu PhDr. Milana Laurinca, PhD, dipl. s., ktorý sa bude musieť spolu s výborom popasovať aj s problémami prezentovanými v úvodnej prednáške konferencie *Faktory ovplyvňujúce prácu sestry na pracovisku anestéziológie a intenzívnej starostlivosti (Laurinc,*

Inzerce M151000862

APSS ČR vydává

ODBOBNÝ ČTVRTLETNÍK LISTY SOCIÁLNÍ PRÁCE

Listy
sociální práce



Cílem časopisu je prostřednictvím odborných článků, rozhovorů, příkladů dobré praxe a dalších textů pomoci k identifikaci sociální práce, jejímu formování, rozvoji a zvyšování její prestiže, umožnit nahlédnout do všech oblastí, kde se sociální práce koná, vytvořit platformu pro výměnu zkušeností i názorů, poskytnout informační servis.

Časopis se orientuje na sociální práci:

- ve zdravotnictví;
- justici;
- školství;
- sociálně-právní ochraně dětí;
- veřejné správě;
- sociálních službách atd.

Listy sociální práce vycházejí 4x ročně (v březnu, červnu, září, prosinci) ve formátu A4 s barevnou obálkou. Cena jednoho čísla je 49,50 Kč (resp. 2 €).

Objednávejte na:
www.send.cz, 225 985 225, 777 333 370



Více informací získáte na www.listysp.cz

Gondárová-Vyhničková, Bratová), z ktorej vyberáme: „Celospoločenský, politický vývoj je tesne spätý aj s vývojom zdravotnej starostlivosti, ktorej súčasťou je i ošetrovateľská starostlivosť. Demografický vývoj ukazuje na starnutie populácie, čo so sebou nesie nárast ochorení a úrazov a následne zvýšené nároky na zdravotnú starostlivosť. Vývoju podlieha aj vzdelanie sestier. Vstupom do Európskej únie boli prijaté európske smernice aj čo sa týka práve vzdelávania sestier. Sestra sa stala samostatnou profesionálkou, ktorá spolupracuje s lekárom a ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi, ale i s rôznymi inštitúciami. Rozsah jej praxe vymedzuje vyhláška č. 364/2005 Ministerstva zdravotníctva, v ktorej je uvedené, ktoré činnosti sestra vykonáva samostatne, ktoré na základe ordinácie lekára a ktoré v spolupráci s lekárom. Ako profesionálka musí vo svojej práci vykonávanej metódou ošetrovateľského procesu uvedené činnosti, výkony zosúladiť. Prax ukazuje, že uvedená vyhláška je pre prax nevyhovujúca, doslova dostáva sestry do právnych lapsusov. Absentujú kompetencie sestier špecialistiek reflektujúce potreby praxe. Z toho dôvodu je potrebná nová právna úprava kompetencií sestier, kde by sa zohľadnili vedomosti a skúsenosti sestier, ich rozdielne vzdelanie, a ktoré by kopírovali trend krajín, v ktorých je vzdelanie sestier zužitkované pre pacientov a je ekonomickým prínosom nielen pre poskytovateľa, ale i krajinu. Druhý legislatívny dokument: Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore anesteziológia a intenzívna medicína je podľa nášho názoru, založeného na pozorovaní praxe, tiež nevyhovujúci. Nerieši mnohé zásadné aspekty, medzi nimi pozíciu sestry, nielen absenciou trvalej prítomnosti sestry pri lôžku pacienta, ale absentujú i kvalifikačné predpoklady pre výkon funkcie vedúcej sestry, absentuje hl. odborník MZ SR pre anesteziológiu a intenzívnu starostlivosť. Uvedené skutočnosti je potrebné riešiť aj v súlade s postavením ošetrovateľstva v odbore a v súlade s existujúcou vzdelanostnou úrovňou sestier. V Zákone NR SR č. 578/2004 Z. z. v paragrafe 49, ods. 2, písm. a) zákon umožňuje komore spolupracovať s príslušným orgánom štátnej správy pri výkone dozoru nad dodržiavaním podmienok na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení, minimálne personálne obsadenie pracovísk nevyvímajúc. Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore anesteziológia a intenzívna medicína z roku 2007 uvádza, že kontrolu kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti



Účastníci konferencie

v odbore AIM vykonáva hlavný odborník spolu s krajskými odborníkmi a stavovskými organizáciami. Ďalej vyvstáva potreba zosúladenia špecializačného študijného programu Anesteziológia a intenzívna starostlivosť. Potreba právnej ochrany a právneho poradenstva pre sestry – členky Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. A v neposlednom rade je dôležitá charakteristika sestry ako členky multidisciplinárneho tímu v 21. storočí, ktorej jednou z jej profesijných rol je sestra – nositeľka zmien.“

PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.,

Mgr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.,

Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti,
Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Účelne vedená dokumentácia je nezbytná

Námestkyne pro ošetrovateľskou péči čtyř nemocnic odpovídají na otázky týkající se významu ošetrovateľské dokumentace v současném systému poskytování zdravotní péče.

1. Ozývajú sa hlasy, že ošetrovateľská dokumentácia je nadbytočná. Je podľa vás možné s týmto názorom souhlasit?

2. Jak se sestry ve vašich nemocnicích vypořádávají s administrativou?

Zde jsou jejich odpovědi.

PhDr. Radka Pokojová, námestkyne ředitelky pro nelékařské zdravotnické profese Vojenské nemocnice Brno

1. Nemyslím si, že je možné skutečnosti týkající se ošetrovateľské péče nebo informácie, ktoré sestra zistí, nezaznamenávať. Niektoré časti ošetrovateľskej dokumentácie, napr. propouštěcí zprávy, záznamy péče o chronické rány a podobné, považujú za účelné. Nicméně je potřeba také říct, že některé jiné části (zejména plány péče vedené systémem: ošetrovateľské diagnózy – rizikové faktory – očekávané výsledky – intervence...) se hodí spíše pro školní výuku než pro praxi a nelze od nich očekávat, že přispějí ke kvalitě nebo rozsahu sestrami skutečně poskytnuté péče.

Dokumentace vedená o pacientovi by podle mého názoru měla být jedna, společná, ve všechi důležitých informacemi. Měla by být účelná, výstižná a srozumitelná pro všechny, což v rámci ošetrovateľských záznamů mnohdy není. Důkazem může být i to, že lékaři pravidelně sledují záznamy provedené napr. fyzioterapeutem nebo nutričním terapeutem, ale nenahlížíjí nebo nečtou ošetrovateľskou dokumentaci a raději se na potřebné informace zeptají. Nepovažujú za šťastné, jestliže tato diskuse o ošetrovateľské dokumentaci navazuje na pripravované změny ve vzdelávání sestier (nepotrebuje vzdelávanie sestier – zrušenie ošetrovateľskej dokumentácie – sestry nebudou odcházajú, pretože plány péče majú zabezpečiť kontinuitu a vést pracovníky s rôznou kvalifikáciou. Štruktúra a početní zastúpení jednotlivých kategórií pracovníkov však zúšťávajú mnoho let nezměněny, i proto sestry vnímajú jakoukoli administrativu (a nejen ji) jako zátěž.

2. Asi podobně jako v jiných nemocnicích. Na jedné straně se snažíme naplnit legislativní požadavky a na straně druhé snížit tuto zátěž na nezbytnou míru. Máme

převážně předdefinované šablony, kde sestry zaškrťávají pole a současně mají možnost doplnit další údaje. Takto fungují například plány péče či anamnéza. Je však třeba říct, že administrativní zátěž nezvyšuje jen ošetrovateľská dokumentace jako taková, ale i to, že se upřesňují požadavky na obsahové náležitosti záznamů a přibývá i jiná nezbytná dokumentace, jejímž vedením jsou sestry pověřovány (napr. záznamy o použití zdravotnických prostředků, bezpečnostní protokoly, různé dotazníky a hlášení).

Blanka Červenková, hlavní sestra Nemocnice Hořovice

1. Myslím, že prohlásit obecně ošetrovateľskou dokumentaci za nadbytočnou, není správné. Nemocnice Hořovice (NH) má certifikace SAK a ISO a právě při přípravě na ně jsme se snažili ošetrovateľskou dokumentaci zjednodušit.

Je pravda, že dnes sestry mají více zapisování než třeba před 20 lety. Už si ale ani nedovedeme představit, že by sestra volala lékaře, aby zhodnotil třeba bolest u pacienta. Důležité jsou záznamy sestry o tom, jak pacient na podanou léčbu bolesti reagoval, a na základě potřeby pacienta a podle hodnocení sestry lékař pak tuto léčbu upravuje. V dokumentaci musíme najít záznam o edukaci pacienta, práci fyzioterapeuta či nutriční sestry. Sestra na oddělení v ošetrovateľské dokumentaci krátce zhodnotí riziko pádu pacienta, které průběžně přehodnocuje podle stavu pacienta, popíše, jak odvádí drény, sondy, stomie, co udělala pro uspokojení potřeb pacienta apod. I před 20 lety byly záznamy o provedených nebo plánovaných ošetrovateľských činnostech, ale byly v „Hlášení sestry“, což byl doklad zcela mimo dokumentaci pacienta. Dnes všechny potřebné záznamy najdeme v dokumentaci pacienta. Pokud sestra pečuje o 10 pacientů na oddělení, pak musí provést záznam do 10 ošetrovateľských dokumentací, které jsou jako součást chorobopisu pacienta uloženy v archivu. Vyskytne-li se napr. stížnost na péči o pacienta nebo soudní spor, vždy je výhodou najít ve zdravotnické dokumentaci, tedy i ošetrovateľské, záznam sestry s reakcí na ordinace lékaře a ošetrovateľský proces.



Stop dekubitům!

Vyzkoušejte matrace LINET

Dekubity ohrožují pacienty v celém spektru nemocniční péče. Využijte v boji proti nim inovativní technologie, které nabízí široké portfolio aktivních matrací LINET. Různé typy systémů poskytují vhodné podmínky pro prevenci i terapii.

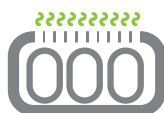
95%
dekubitů
lze předejít



nulový tlak

Nulový tlak

Matrace pracuje na alternujícím principu přefukování jednotlivých cel v cyklu 7,5 minut odpovídající reakci lidského těla na tlak.



MCM

Mikroklimatický efekt

Režim proudění vzduchu v kombinaci s vysoce paropropustným potahem optimalizuje vlhkost a teplotu mezi pokožkou pacienta a povrchem matrace.



hybridní

Hybridní systémy

Matrace nabízejí výhody aktivních a pasivních systémů. Aktivní vrstvu lze používat samostatně a nasadit při zvýšeném riziku vzniku dekubitů.



V současné době v NH připravujeme elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci, kterou do konce roku plánujeme vyzkoušet. V souvislosti s ní by nám moc pomohlo nevyžadovat elektronický podpis sestry.

2. V NH se již 2 roky snažíme část administrativní práce přenést na nezdravotnické pracovníky. Vrchních a staničních sester si velmi vážíme a jako nejkvalifikovanější sestry je raději vidíme blíže pacientům než při administrativní práci. Administrativní pracovníci se například starají o evidenci a kontrolu zdravotnických prostředků, zajišťují jejich opravy, připravují chorobopisy k archivaci a po jejich uvolnění primářem oddělení vyřizují požadavky na kopie z dokumentace. Přínášejí, rozdělují a odnášejí poštu příslušného pracoviště a přijímají další specifické práce na oddělení.

Mgr. Jana Pelikánová, hlavní sestra Nemocnice Valašské Meziříčí

1. Ano, administrativní je přebujelá, hlavně z toho důvodu, že dle zákona č. 372/2001 Sb. a vyhlášky č. 98/2012 Sb. musíme vést ošetrovatelský proces u všech hospitalizací a nesmíme rozlišovat zdravotnickou dokumentaci (ZD) dle předpokládané délky hospitalizace. Objevují se sice i zkrácené verze ošetrovatelské ZD, ale to není ono. Bylo by lepší stanovit, že celý ošetrovatelský proces, který má 5 fází, musí být veden například u pacientů s hospitalizací delší 5 dnů. To by určitě sestřím velice pomohlo. U krátkých hospitalizací by se sestra věnovala jen aktuálnímu problému, s nímž byl pacient k hospitalizaci přijat.

2. Pravidelně, zpravidla každé 3 roky, ošetrovatelskou ZD aktualizujeme, a pokud zjistíme, že některé diagnózy používáme jen ojediněle či vůbec ne, vyškrtáme je z formuláře a vytvoříme si ošetrovatelskou dokumentaci na míru. Poslední dva roky máme také elektronicky vedenou ošetrovatelskou anamnézu a stanovená rizika u pacienta. Tento systém pomáhá hlavně při překladech pacienta, kdy sestra, pokud nedošlo ke

změně, v PC zadá jen zkopírovat poslední anamnézu/rizika. Šetří nám to čas i peníze za papír. Podle mého názoru by sestry měly mít proplacen od zdravotních pojišťoven administrativní příjem a propuštění pacienta – kód při propuštění by zahrnoval vše, co dělá pouze sestra. Jsou to především tyto činnosti: zavedení pacienta do informačního systému, sepsání ošetrovatelské anamnézy, označení pacienta identifikačním páskem a stanovení rizik, sepsání osobních a cenných věcí, příprava žádanek na laboratorní a zobrazovací vyšetření, uložení pacienta na lůžko, přichystání periferního žilního katétru a vlastní náplach, objednání stravy, poučení o právech a také o chodu oddělení. Všechny tyto činnosti je vždy nutno provést u každého přijatého pacienta bez rozdílu diagnózy, s níž na oddělení přišel.

Mgr. Jana Nováková, MBA, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice v Motole

1. Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace. Je důležitá, ale musí být smysluplná. Sestry by měly zaznamenávat, kromě zápisů o plnění lékařských ordinací, také ošetrovatelské činnosti v rámci svých kompetencí. Dokumentace má význam pro kontinuitu péče a měla by být informačním zdrojem nejen pro sestry, ale i pro lékaře a další členy týmu. Je to nástroj, nikoli cíl ošetrovatelské péče. V praxi se ale mnohdy ukazuje, že neplní svůj účel. Na vzniklé situaci se podílí řada aspektů – neporozumění, nepřiměřené požadavky managementu, přístup sestry, odmítání lékařským personálem, formální záznamy, nicotné zápisy, nadbytek formulářů či separovaná ošetrovatelská dokumentace.

2. Ve Fakultní nemocnici v Motole se sestry s administrativou vyrovnávají odlišně, některé ji berou jako prostředek při poskytování péče, jiné ji považují za nepotřebnou a zbytečnou, další se na ni vymlouvají. (eta)

Ochrana před agresí

Počátkem srpna se v Ústřední vojenské nemocnici – vojenské fakultní nemocnici Praha (ÚVN) uskutečnilo v součinnosti s Policií ČR (PČR) metodické cvičení zaměřené na ochranu osob (zdravotníků i pacientů) před agresivním pacientem a ozbrojeným útočником.

„Zajištění bezpečnosti pacientů i personálu věnuje ÚVN dlouhodobě významnou pozornost. Návlek reakcí v krizových situacích považujeme za součást preventivních opatření přispívajících k minimalizaci následků mimořádných událostí. Modelové situace byly voleny na základě pravděpodobnosti reálné události. Toto metodické cvičení ochrany zdravotnického personálu a pacientů při jejich napadení agresivními pacienty a ozbrojenými osobami navíc prověřilo úroveň připravenosti naší bezpečnostní služby a součinnost s PČR,“ popsal náměstek ředitele ÚVN pro léčebnou a preventivní péči MUDr. Ivan Jeřábek. „Součinnosti složek PČR si vysoce ceníme, neboť nacvičované situace byly velmi reálné a přínosná byla i metodická podpora a předání bohatých zkušeností policie s řešením mimořádných událostí,“ zhodnotil náměstek Jeřábek.

„Podobně zaměřená cvičení považujeme za důležitou součást preventivních opatření zejména s ohledem na skutečnost, že útoků ze strany agresivních a psychicky narušených

jedinců přibývá. Spolupráce s ÚVN je v tomto ohledu vynikající. Scénáře jednotlivých modelových situací vycházejí z reálných zkušeností zdravotníků z České republiky i ze zahraničí. Díky tomu personál nemocnice přistupuje ke cvičení s plnou odpovědností,“ dodal náměstek ředitele pražské policie plukovník Zdeněk Bezouška.

Metodické cvičení probíhalo formou aktivního zapojení zaměstnanců ÚVN a bylo situováno do zinscenovaného běžného ambulanciálního provozu. Cvičící byli obsazeni do rolí zdravotníků či pacientů, role útočníka připadla figurantům z řad PČR. Cvičení se aktivně účastnilo více než šest desítek zaměstnanců ÚVN, především z pracovišť, kde nejčastěji dochází v běžné praxi k agresí (emergency, psychiatrické oddělení, informační služba). Aktivně byla zapojena také bezpečnostní služba ÚVN a Rescue tým Emergency.

V rámci cvičení zasahovala speciální pořádková jednotka, pohotovostní motorizovaná jednotka a služba cizinecké policie krajského ředitelství policie hl. m. Prahy. (jzi)



Poslanci podpořili novelu zákona o vzdělávání sester

Návrh novely zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, schválila vláda a podpořila poslanecká sněmovna.

„Jsme si vědomi potřeby získávání nového zdravotnického personálu a také udržení stávajících stavů. Cílem našeho návrhu je proto umožnit stabilizaci systému kvalifikačního vzdělávání při zachování jeho kvality tak, aby se absolventi mohli co nejdříve zapojit do praxe,“ uvedl v souvislosti s novelou zákona ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

Ministerstvo si od novely slibuje, že:

- rozšíří možnost získání odborné způsobilosti pro výkon povolání všeobecné sestry zkráceným studiem na vyšších odborných školách, a to pro zdravotnické pracovníky profesí zdravotnický asistent/praktická sestra, porodní asistentka a zdravotnický záchranář;
- umožní vykonávat povolání praktické sestry (dosud zdravotnický asistent) bez odborného dohledu, což usnadní začlenění absolventů tohoto oboru do pracovních multidisciplinárních týmů v praxi;
- rozšíří možnost získání odborné způsobilosti pro výkon povolání dětská sestra zkráceným studiem na vyšších odborných školách;
- stanoví u magisterského vzdělávání v oboru fyzioterapie status specializačního vzdělávání;
- odstraní podmínku specializované způsobilosti pro výkon povolání bez odborného dohledu u povolání radiologického asistenta, který získal způsobilost k výkonu tohoto povolání podle dřívějších právních předpisů (střední vzdělání ukončené maturitní zkouškou na SZŠ);
- odstraní podmínku 3 let pro výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu u skupiny zdravotnických pracovníků, kteří získali odbornou způso-

bilost k výkonu zdravotnického povolání studiem střední zdravotnické školy podle dřívějších právních předpisů – cílem je umožnit těmto zdravotnickým pracovníkům snazší návrat do povolání;

- zruší kreditní systém, který sloužil ke kontrole celoživotního vzdělávání, a registraci vázanou na tuto kontrolu, neboť systém se doposud ukázal jako neefektivní.

Institut odstranění tvrdosti zákona

„Do chvíle, než novela vstoupí v platnost, je nutné se vypořádat se stavem, kdy nesmyslné přísné nastavení zákona způsobuje odchody zkušeného zdravotnického personálu. Podle stávajícího znění zákona je totiž k výkonu řady ošetrovatelských povolání nutné vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání, ovšem řada z nich má vzdělání středoškolské. V českých nemocnicích přitom za posledních 5 let ubylo téměř 1300 ošetrovatelských profesionálů,“ píše se v tiskové zprávě MZ.

Ministr zdravotnictví se toto překlenovací období snaží řešit pomocí tzv. institutu odstranění tvrdosti zákona, kdy může schválit výjimku ze zákona a umožnit tak výkon nelékařského zdravotnického povolání i osobám, které tomuto požadavku nevyhovují. Od roku 2014 do 26. 8. 2016 obdržel ministr zdravotnictví 275 žádostí, 144 z nich vyhověl. „Většina žádostí přišla od lidí, kteří v oboru pracují již desítky let a ztráta zaměstnání by pro ně znamenala vážné existenční problémy. Kromě sociálního otřesu bychom také přišli o erudované zdravotnické pracovníky, kterých je stále nedostatek,“ prohlásil Svatopluk Němeček.

(Zdroj: MZ ČR)

(red)

Inzerce M161000553

Sekce gynekologické sexuologie ČGGS ČLS JEP | Sexuologická společnost ČLS JEP
Sdružení soukromých gynekologů ČR | Sdružení praktických lékařů ČR

IV. KONFERENCE SEKCE GYNEKOLOGICKÉ SEXUOLOGIE ČGGS ČLS JEP

ŽENSKÁ SEXUALITA VE ZDRAVÍ A NEMOCI

Kongresové centrum Floret, Průhonice | 22.10.2016

PROGRAM

08.00–11.00 Registrace

09.00–09.20 Michal Pohanka: Aktuality a perspektivy české sexuologie

Blok A

09.20–09.40 Peter Kolíba: Sexuální problematika v gynekologické ordinaci

09.40–10.20 Jaroslav Zvěřina: Naše sexuální „přirozenost“

10.20–11.00 Zlatko Pastor: Syndrom MRKHS – sexualita – první transplantace dělohy v ČR

11.00–11.15 Diskuze

11.15–11.30 Přestávka

Blok B

11.30–11.50 Libor Zámečník: Operace penisu – perspektivy

11.50–12.10 Marek Broul: Prodlužování penisu – mýty a realita

12.10–12.30 Pavel Turčan: Sexuální bolestivé poruchy u žen – v čem pořádek chybujeme?

12.30–12.50 Filip Rob: Sexuálně přenosné infekce a lidská sexualita

12.50–13.05 Diskuze

13.10–14.10 Oběd

Blok C

14.10–14.30 Radek Ptáček: ADHD a sexualita

14.30–14.50 Laura Janáčková: Nevěra

14.50–15.10 Vladimír Šupina: Pornografie a erotika, známe jejich hranice?

15.10–15.25 Diskuze

15.25–15.40 Přestávka

Blok D

15.40–16.00 Hana Višňová, J. Březinová, R. Hüttelová: Sexualita ve sterilním páru

16.00–16.20 Renata Hüttelová, H. Višňová, J. Březinová: Odložené mateřství – přání nebo realita?

16.20–16.40 Eva Šteflová: Otec u porodu – sexuologické konsekvence

16.40–17.00 Jiří Poněšický: Sexualita a uprchlická krize

17.00–17.15 Závěr konference

REGISTRUJTE SE NA www.ssg.cz/akce

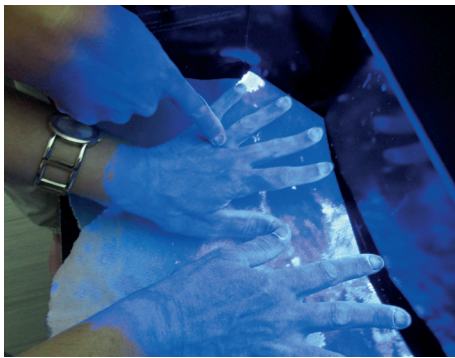


Norská specifika ošetrovatelské a nutriční péče

Devět žáků Střední zdravotnické školy Ruská v Praze 10, oborů zdravotnický asistent a ošetrovatel, se v červnu 2016 zúčastnilo sedmnáctidenní odborné stáže v norském přímořském městečku Forde. Odborný pobyt se uskutečnil za finanční podpory Evropské unie v rámci mezinárodního programu Erasmus+.

Na radnici ve Forde nás oficiálně uvítal náš projektový partner Hans Borge Lillehaug, který nás seznámil s programem odborného pobytu. Poté se stážisté seznámili se svými budoucími pracovišti, a to s domovy seniorů ve Forde a Sande. V kompetenci domova seniorů ve Forde je také zajišťování domácí péče, kam byla přiřazena také dvojice studentů, která se svojí mentorkou navštěvovala domácnosti klientů ve Forde a okolí. Na zmíněných pracovištích se žáci setkali s mentory a seznámili se s pravidly bezpečnosti práce. Samozřejmostí bylo ochranné oblečení, které domov seniorů poskytoval všem zaměstnancům každý den čisté. Mohli si vybrat z různých barev i velikostí.

Důraz na dezinfekci



Na ochranu před tímto onemocněním je kladen velký důraz, proto byli všichni žáci před odletem do Norska testováni na MRSA. Pracovat ve zdravotnickém zařízení v Norsku může pouze zaměstnanec, který je MRSA-negativní. Následoval praktický nácvik dezinfekce rukou a jejich kontrola pod speciální lampou, pod jejímiž paprsky místa neošetřená dezinfekčním prostředkem zůstala tmavá.

Následovala prohlídka oddělení urgentního příjmu se zaměřením na traumatologii. Specifikem je rozdělení jednotlivých urgentních příjmů podle oborů, jako například zmíněná traumatologie, gynekologie a porodnictví, srdečně cévní onemocnění atd. Podle druhu zranění nebo onemocnění transportuje záchranná služba pacienty do jednotlivých nemocničních zařízení v oblasti Sogne og Fjordane. Již při prvním kontaktu se záchrannou službou jsou pacienti rozděleni dle priorit do čtyř skupin. Pacienti v první skupině jsou ti, jejichž situace vyžaduje neodkladné řešení. Jsou označeni červeně. Pacienti v druhé skupině mají oranžové označení, což značí, že musejí být ošetřeni do 10 minut. Ve třetí skupině, která má žluté označení, musí být pacienti ošetřeni do 60 minut a u pacientů čtvrté skupiny nehrozí nebezpečí z prodlení. Ti jsou označeni zeleně.

Letecká záchranná služba

Velmi atraktivní byla návštěva záchranného střediska s leteckou záchrannou službou a sanitními vozy. V Norsku funguje podobný integrovaný záchranný systém (IZS) jako u nás, v němž je propojeno fungování záchranné služby (113), policie (112) a hasičů (110). Jednotné číslo pro tísňové volání je 113. Po krátké přednášce o IZS v Norsku následovala prohlídka dispečinku záchranné služby operující v oblasti Sogne og Fjordane. Pro velké vzdálenosti mezi jednotlivými místy je v Norsku výrazně větší pokrytí celé oblasti vrtulníky. Malý vrtulník je určen pro přepravu jednoho pacienta, velký pro čtyři. Všechny mají zařízení pro noční vidění. Posádka je složena z pilota ve vojenské službě, lékaře-anesteziologa a sestry a tvoří ji pouze muži. Vrtulníky zasahují zejména při dopravních nehodách, u úrazů na vodě a v horách. Součástí vybavení vrtulníku je kromě základních a speciálních lékařských přístrojů i horolezecká výbava. Viděli jsme přistání i odlet vrtulníku a prohlédli jsme si vybavení sanitního vozu.

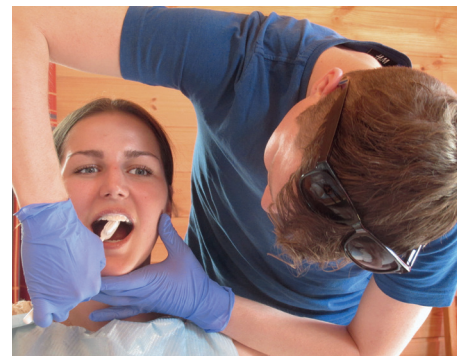
Pracovní den skončil seminářem o dentální hygieně s praktickými ukázkami. Žáci byli poučeni jak provádět správnou dentální hygienickou péči u pacientů s částečnou i úplnou imobilitou. Následovala speciální péče o dutinu ústní u pacientů



Foto: Šx archiv autorek

v terminálním stadiu a u lidí v bezvědomí. Novinkou pro nás byl speciální zubní zdvojený kartáček určený k péči o stoličky a zubní náhrady. Žáci měli pod vedením lektorky možnost si ve dvojicích na sobě vyzkoušet péči o dutinu ústní.

Laskavost je samozřejmostí



V následujících pracovních dnech probíhala odborná praxe v domovech seniorů pod odborným vedením norských mentorů. Pracovní doba pro žáky byla od 8 do 14 hodin. V průběhu odborné praxe žáci vykonávali ošetrovatelskou péči i u klientů domácí péče. Díky laskavému a vstřícnému přístupu mentorů i ostatních zaměstnanců byla postupně překonána jazyková bariéra. Na studenty udělal největší dojem osobní přístup ošetrovatelského personálu ke klientům. Nejvíce je překvapilo, jak často personál používá fyzický kontakt, jako je

pohlazení, objetí nebo podržení ruky. Úsměv je samozřejmostí. Velký důraz je zde kladen na dezinfekci rukou, a to při každém kontaktu s klientem a před i po odchodu z jeho pokoje. Překvapením pro žáky byla absence používání ochranných rukavic při provádění hygienické péče, která se pro nás nezvykle provádí na toaletě. Žáci ocenili množství pomůcek usnadňujících manipulaci s klientem, a to zejména elevátory, které jsou v každém pokoji domova seniorů i v domácí péči u klientů. Další překvapení vyvolaly stravovací návyky klientů. Kombinace sladkých palačinek s anglickou slaninou či rybí pudink je pro nás nezvyklá.

Žáci na příslušných odděleních prováděli základní ošetrovatelskou péči. Upravovali lůžko s pacientem i bez něj, prováděli hygienickou péči na lůžku i mimo něj. Dále pečovali o dutinu ústní, vlasy a kůži a pomáhali s jídelním či krmením klienta. Prováděli i speciální ošetrovatelskou péči v rámci svých kompetencí. Asistovali u převazů ran, prováděli odběry kapilární krve a aplikovali inzulin. Každý den po odborné praxi následovalo setkání stážistů s doprovázejícími učiteli. Při této příležitosti se vždy podělili s pedagogy i spolužáky o nové zkušenosti a postřehy z celého pracovního dne. Také konzultovali problematické oblasti a odbornou terminologii v anglickém jazyce.

Závěrem

Dvojici a jedné trojici žáků byla přidělena témata ke zpracování formou prezentace. Žáci zpracovali tato témata:

- prevence a péče o dekubity a opruzeniny v domově seniorů v Sande,
- pomůcky zajišťující bezpečnost klienta v domově seniorů a v domácí péči na lůžku i mimo něj,
- specifika podávání a úpravy stravy a kultura stolování v domově seniorů ve Forde,
- specifika hygienické péče u klientů s deficitem sebekvědy v domově seniorů a v domácí péči.

Poslední den pobytu žáci na závěrečném evaluačním semináři před našimi projektovými partnery, odborníky z praxe a doprovázejícími učiteli přednesli své prezentace v angličtině.

Stáž byla velkým přínosem. Účastníci díky ní poznali fungování systému zdravotní a domácí péče v Norsku a mohli srovnávat s poskytováním péče v České republice. Nezapomenutelnou zkušeností byl laskavý a empatický přístup zdravotníků jak ke klientům, tak i k nim samotným. Významným prvkem stáže bylo zkvalitnění jazykových znalostí studentů v běžné komunikaci i v ošetrovatelské angličtině. Nedílnou součástí projektu byla prezentace zpracovaných témat na předmetové komisi ošetrovatelství před odbornými vyučujícími a vedením naší školy. Po skončení stáže žáci obdrželi Europass Mobility, který stvrzuje jejich získané zkušenosti i celý odborný pobyt.

Mgr. Hana Šebková, odborná učitelka,

RNDr. Dagmar Kenkušová, projektová manažerka, SZŠ Ruská, Praha 10

Staňte se sestrou roku! Vyhrajte hodnotné ceny!

Mladá fronta a. s., divize Medical Services a měsíčník
Zdravotnictví a medicína vyhláší 17. ročník soutěže SESTRA ROKU

Slavnostní vyhlášení vítězů proběhne
29. března 2017 v Hudebním divadle Karlín v Praze



Pravidla soutěže naleznete na www.sestraroku.cz

Jak se přihlásit?

- vyplněním přihlášky na www.sestraroku.cz
- zasláním přihlášky e-mailem na adresu sestraroku@mf.cz
- zasláním přihlášky poštou na adresu redakce Zdravotnictví a medicína, Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4

ZÁŠTITY



Divize Medical Services pomáhá dětem v nouzi

Poslední červencový čtvrtek vyjela naše divize Medical Services Mladé fronty do Nemocnice Strakonice, aby až do pátku pomáhala s péčí o děti umístěné v Dětském centru Jihočeského kraje, o. p. s.



Divize Medical Services Mladé fronty je partnerem Dětského centra Jihočeského kraje. V rámci spolupráce jsme se proto vydali do Strakonice, abychom pomohli tím, že jsme se dva dny individuálně věnovali dětem. Zleva v horní řadě: Lukáš Ledvina, ředitel Medical Services Karel Novotný, Jan Pazderský, Markéta Míková, Jiří Suchánek, Jakub Tichý, Lubomír Mikulka, Vladimír Kratochvíl, Jana Pertlíčková, tisková mluvčí MF Pavlína Míčová, ředitel dětského centra Martin Karas. V dolní řadě: Květa Havlová, šéfredaktorka časopisu Zdravotnictví a medicína Petra Klusáková, Jindřiška Bláhová, obchodní ředitelka Medical Services Kristína Kupcová a Ester Šváchová.



V centru nejsou sourozenci rozděleni, ale mohou tu být spolu. Děti jsou zvyklé se o všechno dělit. Dokonce i o strejdu, který je ochotně nosil.



„Jé, podívejte se, sedm kočárů, co se to děje? Za co, prosím vás, demonstrujete? Tolik kočárků pohromadě jsem ještě nikdy neviděl! To je asi nějaký kočárkářský gang. Nebo že by den matek?“ komentovali s údivem kolemjdoucí procesí tet, které hromačně vezly spící miminka na procházku po Strakonících a okolí. Budily značnou pozornost.



Některé děti byly z běhání i nečekaných zážitků už unavené, tak přišli na řadu hodní strejdové, kteří je trpělivě nosili na ramenou „na koni“. To je prima mít strejdu jenom pro sebe!



Část divize se v pátek ráno vydala s dětmi na výlet vlakem do Blatné. Děti byly nadšené už jen z jízdy vlakem. V rozlehlé zámecké zahradě na ně čekali daňkové, kteří jsou na lidi zvyklí, a tak si je děti mohly i pohladit. Moc se jim tam líbilo, k čemuž přispělo jistě i hezké počasí. Ostatní kolegové se věnovali miminkům a dětem, které nemohly na výlet třeba kvůli viróze.



Starší děti nám na procházce předváděly, kolik mají energie. Pobíhaly, mluvily jedno přes druhé a samozřejmě chtěly tu zmrzlinu, tu ledovou tříšť nebo hranolky. Hlavně když je to jenom pro mě a když mám tetu jenom pro sebe, můžu se jí držet za ruku a pěkně si s ní povídat. Byly v sedmém nebi a večer usnuly, jako když je do vody hodí.



Prostředí dětského centra je opravdu krásné a přívětivé. Důležitější ale je, že lidé, kteří zde pracují, jsou ohromně milí, laskaví a trpěliví. Jsou pozitivně naladěni, nikdo děti nepeskuje, děti jsou vychované a poslouchají téměř na slovo. A tak jsme si užívali, že si v této neuvěřitelné atmosféře můžeme miminko pochovat, nakrmit, přebalit i vykoupat. Nádherný zážitek.



Zařízení poskytuje sociální rehabilitaci matkám nebo rodinným příslušníkům a další služby v rámci pomoci upevnění vztahu ohrožených rodin. Většina dětí se tu moc neohřeje, daří se je umisťovat do adopce či do pěstounské péče. Miminka tu bývají často také jen přechodně kvůli potížím v rodině. Po jejich vyřešení se děti vrátí ke své mamince a tatínkovi.



„Nemusíme si nic předstírat, představujeme vám opravdovou realitu. Každá ruka, která se u nás v centru věnuje dětem, je dobrá. Vaše pomoc je dobrovolná a upřímná. Dáváte dětem něhu a pocit bezpečí, prostě kus sebe. Jsme rádi, že jste nám přijeli pomoc a moc si toho vážíme. Jste tu kádkoli vítáni,“ rozloučil se s námi ředitel centra Mgr. Martin Karas.



Miminka většinu času prospala ve svých postýlkách nebo v našich náručích. Sestry z centra nám potvrdily, že i na těch nejmenších kojencích je vidět celkové zklidnění. Když se jim věnuje jedna osoba, která je chová, hladí a mazlí se s nimi, děti jsou spokojené a v klidu. Mazlení jsme si užili i my. Ačkolí jsme se báli, že při odjezdu ze Strakonice budeme smutní, i přes pár slz, že se loučíme, jsme odjížděli nadšení. Děti nám došly baterky.



ÚSLT po rekonstrukci

Ústav soudního lékařství a toxikologie (ÚSLT) 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) v Praze se dočkal kompletní rekonstrukce.

Po rekonstrukci ústav splňuje všechny požadavky na moderní výuku medicíny, provádění zdravotních i soudních pitev i toxikologických a dalších vyšetření. „Postupně byly ve třech etapách zmodernizovány pitevny, posluchárny, pracovní, laboratoře a prostory pro uložení zemřelých. Ústav nyní patří k nejmodernějším zařízením svého druhu v České republice,“ uvedl děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.

Pracoviště je součástí Hlavova ústavu, který byl postaven v letech 1913–1921 podle projektu architekta Aloise Špalka. Činnost Ústavu soudního lékařství byla zahájena 23. dubna 1921. Od té doby prošly prostory mnohými úpravami. Protože Hlavův ústav je památkově chráněným objektem, všechny stavební úpravy se prováděly ve spolupráci s památkáři.

Rekonstrukce ústavu stála zhruba 25 milionů korun. Z toho 20,5 milionu činila státní dotace, zbytek byl uhrazen z rozpočtu 1. LF UK a VFN v Praze. (red)



Foto: archiv ÚSLT

Hořovická nemocnice slavila výročí

Nemocnice Hořovice (NH Hospital, a. s.) počátkem léta oslavila 60 let od položení základního kamene.

Po 5 letech (9. července 1961) pak byla slavnostně otevřena jako první poválečné zdravotnické zařízení ve Středočeském kraji.

V rámci oslav vedení nemocnice pozvalo bývalé zaměstnance a pamětníky, starosty obcí a vedoucí podniků, které se podílely na stavbě, do nově vybudované nemocniční jídelny. Přítomní měli možnost zhlédnout autentické záběry televize ze slavnostního otevírání nemocnice v roce 1961. Zájemci si mohli nemocnici prohlédnout. Po úvodních oficialitách oslava probíhala ve formě hudebního festivalu nejen pro zaměstnance, ale i pro širokou veřejnost Hořovicka a Berounska. O hudební program se postaraly skupiny MIG 21, Bílá nemoc, Olympic Revival, Bigband Rokycany a Free Q. V posledních dvou zmíněných hrají zdravotníci hořovické nemocnice.

Akce měla i charitativní rozměr, majitel nemocnice Ing. Sotirios Zavalianis věnoval neziskové organizaci Zdravotní klaun, o. p. s., s níž nemocnice spolupracuje, finanční dar ve výši 10 000 Kč. (red)



Foto: archiv Nemocnice Hořovice

Vaše nejcennější foto

S originální aktivitou pro podporu prevence rakoviny prsu přišla zdravotnická skupina EUC. Série výstav devíti obrazů, umělecky pojatých snímků z mamografických screeningů, bude veřejně přístupná na různých místech ČR. Vernisáž výstavy Vaše nejcennější foto proběhla 23. srpna v Praze. „Za 20 let, co tuto práci dělám, se změnil jak přístup pacientek, které se už méně bojí chodit na mamografický screening, tak kvalita přístrojů. Ty jsou dnes mnohem šetrnější,“ uvedl primář radiologie ústecké Kliniky EUC Petr Váša (na snímku vpravo). (red)



Foto: archiv kliniky

Připomínka k článku

Není mi jasné, odkud se v článku „Bulovce je už pětáosmdesát“ (ZaM 7–8/2016) vzala informace, že Reinhard Heydrich byl operován týmem lékařů a sester z Berlína. Vůbec tomu tak nebylo, jde o nějakou mystifikaci.

Heydricha operoval prof. dr. Walter Dick, přednosta bulovecké chirurgie, a prof. Josef Hohlbaum, přednosta chirurgické kliniky Německé university v Praze (DKU in Prag). Ošetření se v různé míře zúčastnili 4 čeští lékaři: dr. Slanina (prvotní ošetření na ambulanci a účast na revizi), dr. Jarolímek (prvotní příjmové ošetření), dr. Honěk (anestezie) a dr. Středa (RTG).

Z Berlína teprve v odpoledních hodinách, tedy dávno po operaci, přiletěl válečný zločinec prof. Karl Gebhardt (popraven v Norimberku 1948), který vedl (a to dost nevhodně) pooperační péči. Dříve ani přiletět nemohl, doručení zprávy o útoku chvíli trvalo a let z Berlína zabral 2 hodiny.

O Heydrichově léčbě koluje v populárních pramenech řada fikcí. Na webu je spousta takových spekulací i vzpomínek zaručených „pamětníků“, kteří důležitě líčili, jak to vlastně bylo, a produkovali naprosté hoaxy. Jednomu se dokonce podařilo národu sdělit, co přesně dělal Heydrich 11. den po operaci za současného konstatování, že po 8 dnech zemřel.

MUDr. Milan Novák

Súdánští studenti v IKEM

První dva studenti lékařské fakulty v súdánském Chartúmu zahájili v rámci programu studijních pobytů pro africké studenty čtyřtýdenní stáž v pražském Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM), aby zde získali znalosti především v oblasti kardiologie.

Program studijních pobytů startuje pilotním projektem v IKEM, kam by měli přiletět vždy dvakrát ročně dva nejlepší studenti ročníku. Pobyt studentům umožnil Nadační fond Africké srdce, který vznikl přímou iniciativou lékařů IKEM – přednosta Kliniky kardiologie prof. MUDr. Josefa Kautznera, CSc., FESC, a předsedy pracovní skupiny Kardio 35 při České kardiologické společnosti (ČKS) MUDr. Michala Pazderníka z těžce kliniky. Fond získal i podporu předsedy ČKS prof. MUDr. Miloše Táborského, Ph.D., FESC, MBA, a kardiologa MUDr. Romana Gebauera z dětské kliniky Kardiocentra v německém Lipsku.

„Projekt je zaměřen na pomoc v potřebných oblastech, kde spolupracujeme s místními odborníky a pomáháme při léčbě vrozených srdečních vad u dětských pacientů,“ říká profesor Kautzner. „Proto chce Nadační fond Africké srdce zajistit účinnou podporu a dlouhodobě pomáhat dětem se srdečními problémy tam, kde není zdravotnictví na takovém stupni rozvoje jako v České republice,“ doplňuje MUDr. Pazderník. (red)



Studenti s MUDr. Michalem Pazderníkem

Foto: Archiv IKEM



Čeští lékaři obhájili světové zlato ve fotbale

Česká lékařská fotbalová reprezentace navázala na loňské vítězství v USA. Obhájit zlato dvakrát za sebou se českým lékařům podařilo jako prvním v historii lékařských fotbalových šampionátů.

Letošní již 22. ročník fotbalového mistrovství lékařů se konal v červenci v Barceloně. Zúčastnilo se ho 22 týmů z celého světa. Zápasy se odehrávaly v jednom z tréninkových center slavného klubu FC Barcelona. Součástí mistrovství bylo již tradičně odborné lékařské sympozium ve sportovní medicíně.

O titul se zasloužili brankáři Jan Vojáček a Radovan Žizka, obránci Jakub Šedivý, Josef Bolen, Daniel Malý, Luboš Nachtnebl, Miloš Barna, Josef Bartoš, Roman Čapek, Lukáš Trejtnar a Vladimír Teplan, záložníci Ladislav Šindelář, Jan Lukeš, Ondřej Kočí, Vasil Molnar, Ladislav Bernát, Jiří Kysučan, Martin Kolář, Milan Čermák, Lukáš Tittelbach, útočníci Pavel Mencl, Robert Jůzek, Tomáš Engel, Jan Bialek a Adam Nedvěd. Trenérem týmu je Vladimír Richter a manažerem reprezentace Martin Engel.

Českou lékařskou fotbalovou reprezentaci podporují Fotbalová asociace ČR, Česká lékařská komora, Lékařský odborový klub-Svaz českých lékařů a další partneři. Příští rok se bude mistrovství světa lékařů-fotbalistů konat v Rakousku, v roce 2018 v Praze. (red)



Foto: archiv ČLK

Nadace Agel pomáhá

V rámci Rodinného dne s Agelem proběhlo v areálu Nemocnice Louny předání šeku v hodnotě 60 000 Kč mamince chlapce trpícího svalovou dystrofií.

Darovanou částku rodina využije na pořízení speciálního Motomedu, který pomůže stabilizovat chlapcův zdravotní stav.

Lukášovi Kulhánkovi je devět let a Duchenneova svalová dystrofie mu byla diagnostikována před pouhým rokem. Do té doby se lékaři nemohli shodnout na příčině chlapcovy špatné chůze a častého padání, vše mylně přičítali kratší noze. Duchenneova svalová dystrofie má bohužel fatální prognózu, takže rodina chlapce nyní usiluje hlavně o zpomalení průběhu nemoci, k čemuž jim může pomoci právě speciální rehabilitační pomůcka, kterou si budou moci díky daru pořídit. „Pomáhá nám naše rodina, kolegyně, lidé v našem bydlišti, učitelé i vedení školy, kterou Lukášek navštěvuje, a teď nám pomáhá i Nadace Agel,“ říká maminka Dana Kulhánková, která pracuje jako sestra v Nemocnici Louny. „Nejvíce bychom samozřejmě ocenili, kdyby se našel lék na toto onemocnění, ale to je zatím nespílitelné. Synovi však velmi prospívá pohyb v bazénu, tak bychom byli rádi, kdyby se naskytla možnost nějakého plaveckého kroužku, protože bazén v našem bydlišti bude pravděpodobně uzavřen.“

Běžný den Kulhánkových se příliš neliší od jiných rodin. Sice musí denně se synem cvičit, navštěvují častěji lékaře a Lukášek je méně soběstačný, ale i přesto má rád tytéž věci jako jeho vrstevníci, což potvrzuje i Dana Kulhánková: „Nejraději má, když jsme celá rodina pohromadě a něco podnikáme, například společné výlety, nebo když hrajeme společenské hry.“ (red)



Lukášek se svou maminkou během Rodinného dne s Agelem
Foto: archiv Nadace Agel

Inzerce M161000624



Zveme vás na

22. gerontologický kongres v Hradci Králové

20.–21. října 2016, Hotel Černigov

Téma kongresu: Specifika péče o geriatrické pacienty u vybraných onemocnění (akutní i následná péče)

Akce je organizována ve spolupráci:

- Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP
- Sekce mladých geriatrů
- Za kvalitu péče v gerontologii – gerontologické partnerství, z. s.
- Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové – subkatedra geriatrie
- Fakultní nemocnice Hradec Králové – III. interní gerontometabolická klinika
- Česká asociace sester
- Domov U Biřičky Hradec Králové
- Sdružení lékáren Moje lékárna
- Aesculap Akademie B. Braun Medical s. r. o.

Přihlášky na www.gepa.cz

Kontaktní osoba: Truksasová Alena

e-mail: t.alena@centrum.cz

telefon: 777 129 141

Evropská cena za inovaci pro Lázně Luhačovice

Balneoprovoz nové generace nadchl odborníky

Lázně Luhačovice, a.s., získaly od Evropského svazu lázní jako vůbec první společnost v České republice prestižní certifikát za vítězství v soutěži *ESPA Innovation Awards 2016 za nejlepší evropskou inovaci v oblasti léčebného lázeňství. Stalo se tak v květnu ve francouzských lázních Vichy. Oceněn byl projekt nového balneoprovozu, ve kterém jsou poskytovány uhlíčitě koupele dětským pacientům.*

Cílem inovace bylo přivedení přírodního léčivého zdroje přímo do objektu dětské léčebny Miramonti a díky změně prostředí zajištění větší účinnosti těchto koupelí. Dalším výsledkem bylo zajištění možnosti pitné kúry minerální vody přímo v areálu dětských léčeben a používání minerální vody pro inhalace bez nutnosti ji přepravovat v nádobách.

Dětské léčebny v Luhačovicích

patří k největším v České republice. Léčí se zde děti již od 1,5 roku věku s doprovodem s respiračními onemocněními, obezitou, nemocemi zažívacího ústrojí, ale i kožními a onkologickými onemocněními.

Základní myšlenkou je, aby děti během koupele v uhlíčitě vodě zůstaly v klidu a tělo se mohlo pokrýt bublin-



kami oxidu uhlíčitého, který se vstřebává kůží a zlepšuje se tak její prokrvení. Koupel, která má příznivý vliv na srdeční a cévní systém a tím i na celý organismus, je tak mnohem efektivnější.

„Odborná komise ocenila náš inovativní přístup a pojetí, ale myslím si, že cena částečně patří i dětskému lázeňství v České republice jako celku. Medicině, která je pro děti často spojená s obavou a je až „nepřátelská“, jsme dali podobu, která strach odbourává. Chodby vypadají jako pobřeží s majákem, vany zase jako lodičky na modré podlaze, která připomíná moře. Dveře evokují vstup do kajuty a v průběhu léčby děti rozptylují válce s bublající vodou a s umělohmotnými rybičkami. K dispozici je i televize. Díky přívětivému prostředí a řadě zábavných podnětů se nám daří u malých pacientů dosáhnout lepší spolupráce a s tím i lepší účinnosti léčby,“ říká MUDr. Eduard Bláha, generální ředitel Lázní Luhačovice, a. s. a prezident Svazu léčebných lázní ČR.

Nový balneoprovoz s uhlíčitými koupelemi je vrcholem přeměn a modernizace dětských léčeben v Luhačovicích, což odpovídá dlouhodobému záměru zkvalitňovat lázeňskou péči. Poptávka po dětských léčebnách je celoročně velká. Alespoň část převisu po nich pomůže uspokojit na jaře zakoupený objekt dětských léčeben - vila Vlastimila.



„Dětské lázeňství považujeme za náš strategický obor a prioritu. Proto do jeho rozvoje postupně investujeme,“ shrnuje přístup k dětské léčbě E. Bláha.

Příležitost pro pediatry a lékaře

Nové zařízení není přínosem jen pro malé pacienty, ale také příležitostí pro začínající lékaře i odborníky, kteří by chtěli své dlouholeté zkušenosti uplatnit v dynamicky rostoucí společnosti. Akciová společnost Lázně Luhačovice, a.s., v současnosti rozšiřuje jak tým pediatrů, tak i tým lékařů pro dospělou klientelu. Jednosměnný provoz, služební byt a řada nadstandardních firemních benefitů jsou jen některé z výhod práce pro společnost, která je členem největší lázeňské skupiny v ČR.



LÁZNĚ
LUHAČOVICE

Lázně Luhačovice, a. s., přijmou

PEDIATRA A LÉKAŘE

Hledáme samostatně pracující lékaře s atestací v oborech:

pediatrie, RFM, pneumologie, interní lékařství, ortopedie

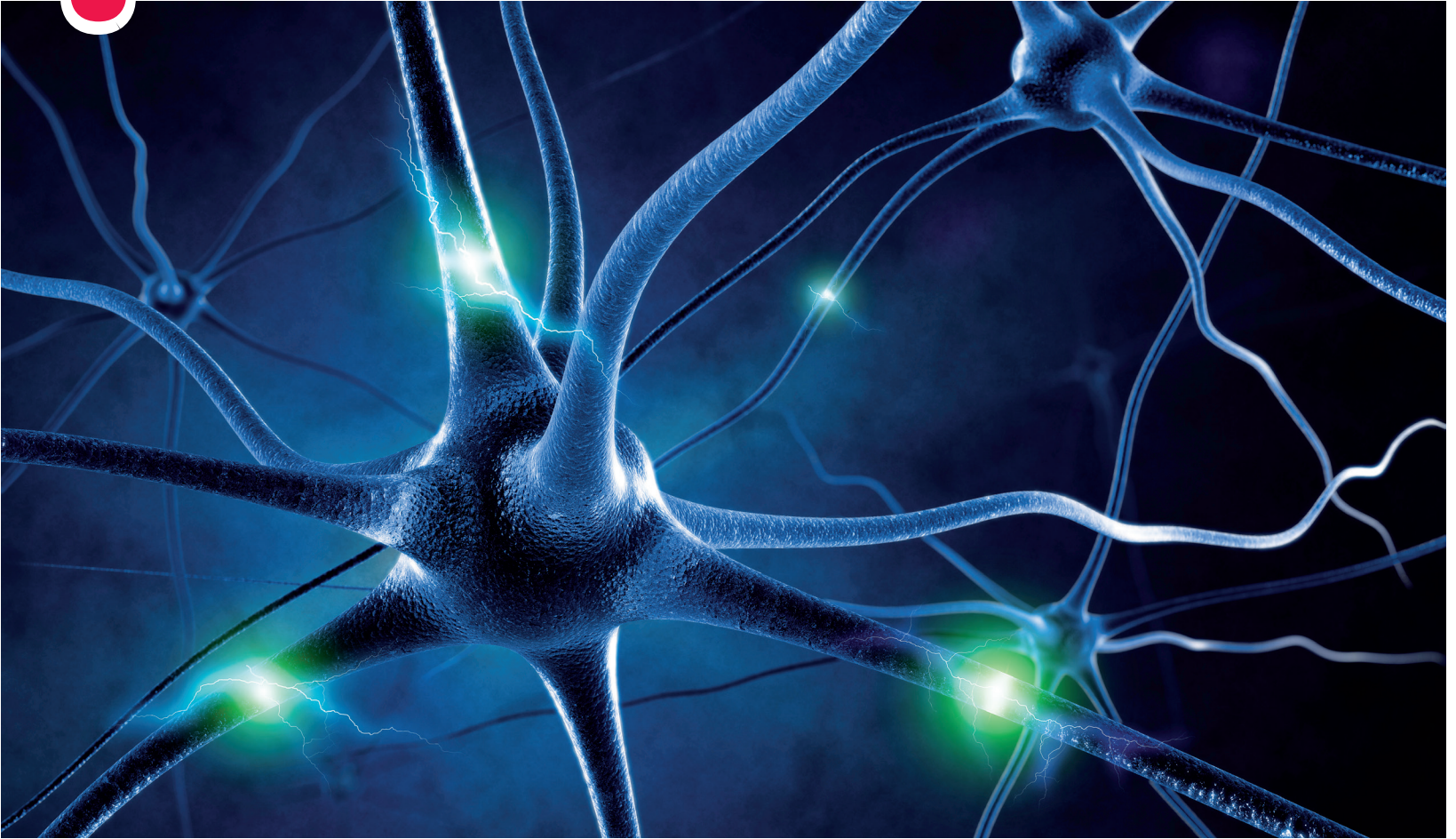
Nabízíme:

- celoroční práci na plný úvazek v jednosměnném provozu Po – Pá (víkendové směny 1x měsíčně)
- udržení si specializace a profesionality v týmu odborníků
- možnost přidělení služebního bytu
- 7,5 hod. pracovní dobu, 5 týdnů dovolené
- zaměstnanecké benefity (úhrada ročního členského příspěvku ČLK, příspěvek na penzijní připojištění apod.)

Bližší informace poskytnete: **Mgr. Vladimíra Juřeníková, tel.: 734 795 357,**

e-mail: jurenikova@lazneluhacovice.cz, www.lazneluhacovice.cz





Endogenní aktivita mozku a změna pohledu na neuronální aktivitu

Na přelomu 20. a 21. století se v neurovědě vyskytlo několik na sobě nezávislých objevů, které se staly prvními kroky k nalezení tzv. endogenní či klidové aktivity mozku.

Endogenní aktivitou označujeme spontánní způsob činnosti mozku, kterou zaznamenáváme, když je člověk ponechán sám sobě, přičemž po něm není vyžadováno, aby aktivně odpovídal na podněty přicházející z vnějšího prostředí. Klidové stavy mozku revolučním způsobem přehodnotily naše dosavadní chápání mozku a neurální aktivity, jelikož předchozí tradice neurovědy nahlížela na mozek jako na reaktivní orgán, jehož hlavním účelem je utváření adekvátních odpovědí na vnější prostředí. Toto přesvědčení se s příchodem endogenní aktivity začalo vytrácet. Výzkumy totiž prokázaly, že téměř 80 % z celkové energetické zásoby mozku je vynakládáno právě na podporu endogenní aktivity, kdežto reaktivním funkcím mozku je vyhrazeno pouze 1 % z celkového energetického rozpočtu. Za poslední dekádu se proto uchytilo přirovnání, že studium reaktivního chování mozku představovalo pouze nepatrnou špičku ledovce z celkové aktivity mozku, přičemž zbytek ledovce neurovědci opomenuli. Endogenní aktivita mozku je nyní velmi plodným směrem vědeckého bádání, jenž neustále přináší nové závěry o projevech psychických poruch, neurodegenerativních onemocněních mozku

a také o spontánních mentálních fenoménech, které tuto aktivitu doprovázejí.

Co ale vedlo neurovědce k tomu, aby přehlédli tuto zásadní klidovou aktivitu mozku? Odpovědí je cíl neurovědeckého bádání minulého století, k němuž se v historii neurovědy odkazuje jako k cerebrální lokalizaci.

Cerebrální lokalizace

Pod pojmem cerebrální lokalizace se jednoduše skrývá dlouhodobá touha neurovědců odhalit, jakou funkci mají konkrétní části mozku. Každý den prožíváme velice pestrý vnitřní život. Pomocí smyslů si mozek utváří přibližný obraz okolního prostředí, na které reagujeme pomocí širokého spektra motorických funkcí. Neustále se pohybujeme skrze vlastní myšlenky, vzpomínky, predikce, motivace, emoce a další vnitřní mentální stavy. Když si uvědomíme tuto pestrost našeho mentálního života, dříve či později se sama nabídnou otázka: Které konkrétní mozkové oblasti jsou zodpovědné za tyto typy mentálních fenoménů?

Tuto otázku lze vysledovat do historie neurovědy. Jednu z prvních metod k odhalení konkrétních mentál-

ních funkcí jednotlivých mozkových center představila tradice frenologie. Frenologové byli přesvědčeni, že lebka je vysoce tvarovatelná, přičemž její konkrétní výdutě měly odrážet velikost mozkového regionu. Na tomto základě bylo podle frenologie možné z lebečních výdutí „vyčíst“, k čemu má jedinec vlohy a talent či zda má například sklony k násilí. Frenologie společně se svou metodikou byla posléze kompletně zdiskreditována, jelikož byla založena na velmi diskutabilní komparativní kraniiální anatomii bez jakýchkoli empiricky doložených experimentů. To, co však frenologie zanechala, byl koncept lokalizace, který byl v dalších letech empirickými experimenty rozvíjen.

Základními pilíři empirické lokalizace se staly dva případy poruchy řeči, které způsobily léze levého mozkového laloku. V roce 1861 identifikoval francouzský chirurg, anatom a antropolog Paul Broca lézi situovanou kolem zadní části dolního frontálního gyru, kterou adekvátně spojil s neplynulou a zastavovanou řečí (jeho nejznámější pacient Leborgne plně rozuměl řeči ostatních, ale jedině, co dokázal vyslovit, bylo slovo „tan“). Tato mozková oblast je nyní obecně nazývána



Ilustrační foto: Shutterstock

Brocovým centrem a léze této části mozku jsou spojovány s motorickou afázií.

O několik let později německý lékař, psychiatr a neuropatolog Carl Wernicke pracoval s pacienty, kteří naopak nebyli schopni porozumět artikulovanému jazyku. Wernicke později objevil, že tito pacienti byli postiženi lézí v zadní části horního temporálního gyru. Wernickeova oblast se nyní spojuje s receptivní afázií, což je neschopnost dekodovat významy jednotlivých slov.

Tyto závěry sklidily obrovský úspěch a staly se impulsem k dalšímu lokalizačnímu studiu mozkových center. Ve většině případů se jednalo o invazivní experimenty na zvířatech, které spočívaly v záměrném poškození konkrétních částí mozku. U zvířat pak bylo pozorováno postoperační chování, které však mělo zásadní deficity. Když například zvíře postoperačně ztratilo funkci strachu, byla tato funkce přisouzena mozkové oblasti, která byla zvířeti během zákroku odňata.

S příchodem pozitronové emisní tomografie a posléze funkční magnetické rezonance byly invazivní experimenty na zvířatech nahrazeny neinvazivním pozorováním neuronální aktivity, avšak dlouhodobý cíl neurovědy v podobě cerebrální lokalizace zůstal stejný. Tradice tohoto typu výzkumu vytvořila implicitní přesvědčení zmíněné výše, že mozek je především reaktivní nástroj reagující na vnější

prostředí. Toto přesvědčení a „lovení“ jednotlivých funkcí neuronálních regionů odstavilo na druhou kolej jakoukoli ideu o klidových stavech mozku, které nyní představují extrémně zajímavé a plodné neurovědecké téma.

Síť defaultního modu

Za odhalením klidové aktivity mozku stálo pozorování pravidelně se opakujícího fenoménu, pro který neurovědci zprvu neměli jasné vysvětlení. Jednalo se o opakovanou deaktivaci konkrétní části temenního laloku, k níž docházelo ve chvílích, kdy skenovaný dobrovolník začal reagovat na stimuly a plnit kognitivní úkoly. Touto konkrétní částí mozku, kterou Gordon Schulman anekdoticky nazval mysteriózní temenní oblastí, je zadní cingulární kůra, v současné době považovaná za centrální a zřejmě nejdůležitější neuronální komponentu tzv. sítě defaultního modu (*default mode network*). Další oblasti, které patří do této sítě, jsou prefrontální části mozku a střední spánkové laloky. Aktivita této sítě je nejsilnější ve fázích behaviorálního klidu. Ve chvílích, kdy člověk začne reagovat na vnější prostředí, je tato síť zásadním způsobem utlumena.

Přirozeně se nabízí otázka, proč je tato síť pojmenována jako defaultní. Hlavním autorem tohoto názvu byl americký profesor radiologie Marcus Raichle. Ten před-

pokládal, že porozumění tak komplexnímu systému, jakým je mozek, vyžaduje detailní prozkoumání jeho defaultního či bazálního stavu. Aktivita sítě defaultního modu reprezentuje podle Raichla tento bazální stav – základní stavební kameny neuronální aktivity mozku, které jsou nutné pro jakékoli responzivní projevy mozku vůči vnějšímu prostředí. Nutné je také podotknout, že mozková aktivita představující responzivní odpovědi se od bazální aktivity neliší více než 5%. Síť defaultního modu je tedy energetický neuronální kolos rozprostírající se napříč jedněmi z nejdůležitějších oblastí mozku.

Od roku 2001 se tato síť těší obrovskému zájmu vědecké komunity a samotný Marcus Raichle připouští, že jeho objev způsobil mnohem větší zájem, než vůbec očekával. Síť defaultního modu dostaly do popředí i projevy této sítě u pacientů diagnostikovaných s psychickými a neurodegenerativními poruchami. Nemluvíme však pouze o několika poruchách (jako například deprese a schizofrenie), ale o mnoha dalších psychických onemocněních, z nichž všechna jsou doprovázena atypickou aktivitou této sítě. Někteří autoři dokonce předpokládají, že Alzheimerova choroba bude v příštích letech označena jako nemoc sítě defaultního modu. Výzkumy tohoto typu tak nejen přinášejí nové poznatky o poruchách mozku, ale také otevírají možnosti k mnohem rychlejší diagnóze konkrétních chorob, což je jeden z nejdůležitějších faktorů pro jejich léčbu.

Od druhé poloviny první dekády 21. století se začal studovat vztah mezi sítí defaultního modu a mentálními obsahy, které aktivitu této sítě doprovázejí. Každý člověk denně sklouzává ke svým vlastním mentálním stavům a podle některých v této vnitřní sféře myšlenek tráví až 40% času. Podle současných výzkumů je síť defaultního modu vysoce aktivní při sebereferečních myšlenkách, vzpomínání, predikování budoucnosti nebo jen prostém myšlenkovém bloumání. Teprve před několika lety bylo zjištěno, že aktivita sítě defaultního modu je také přímo úměrná jednotlivým úrovním vědomí, jako je kóma, vegetativní stav, minimální vědomí a samozřejmě přirozené vědomí, což může zásadním způsobem pomoci při diagnóze pacientů, kteří nejsou schopni behaviorálních projevů. Od představení této sítě bylo za pomoci klidového stavu identifikováno mnoho dalších sítí, což je jen důkazem toho, že neurovědecká komunita do značné míry opustila model hledání funkcí konkrétních lokálních stimulovaných částí mozku a nahradila ho hledáním a popisováním neuronálních sítí, které se nejlépe projevují v klidovém stavu.

Mgr. Marek Havlík, Ph.D.,
Národní ústav duševního zdraví, VP3

Historie neurogeneze

Mýty o mozku jsou v naší společnosti a kultuře hluboce zakořeněny. Alespoň s jedním se zcela určitě setkal každý z nás, a někteří je dokonce horlivě obhajují.

Mýty a centrální dogma neurovědy

Z těchto populárních – nicméně zcela nepravdivých – mýtů můžeme vyjmenovat namátkou několik:

- Člověk využívá pouze 10% své mozkové kapacity.
- Alkohol zabíjí mozkové buňky.
- Mužské mozky jsou biologicky lépe uzpůsobené k řešení vědeckých a matematických problémů, zatímco mozky ženské jsou lépe uzpůsobené k empatii.
- Klasická hudba pozitivně působí na rozvoj inteligence kojenců.
- Očkování způsobuje autismus.

Existuje však jeden mýtus o mozku, který i někteří odborníci stále považují za vědecký fakt. Tímto mýtem je, že v dospělém mozku nedochází k neurogenezi, tj. v mozku se nemůže zrodit ani jeden nový neuron, veškeré buňky centrální nervové soustavy jsou generovány výhradně v prenatální fázi života a posléze ještě po krátkou dobu ve fázi postnatální. Pro mnohé laiky, ale i některé odborníky je tak častým překvapením, že mozek vytváří své buňky neustále a po celý život.

Na rozdíl od výše uvedených populárních mýtů se za veřejnou propagaci tohoto mýtu nemusí nikdo zásadním způsobem stydět. Idea žádných nových neuronů byla jed-



Ilustrační foto: Shutterstock



nou ze základajících idejí neurovědění. Neurovědecká komunita byla o tomto faktu neochvějně přesvědčena více než 100 let a téměř 40 let trvalo vyvrácení této myšlenky, jelikož neurovědci stále tvrdošjně odmítali důkazy o existenci nových neuronů v mozcích dospělých zvířat. Není tak náhodou, že většina současných vědců k tomuto přesvědčení nyní odkazuje jako k centrálnímu dogmatu neurovědění. V současné době jsou nové vzniklé neurony studovány ve vztahu k paměti, učení, stresu, spánkové deprivaci, závislostem, schizofrenii, depresi, Alzheimerově chorobě a dalším. Tyto studie a jejich závěry by však nikdy nevznikly bez prvotního impulsu, který zadal Joseph Altman.

Historie nových neuronů

První závěry zpochybňující toto staré neurovědecké dogma byly předloženy neurovědecké komunitě v roce 1962. Série článků, jejichž hlavním autorem byl Joseph Altman, předložila důkazy o vzniku a existenci nových buněk v centrální nervové soustavě dospělých savců. K závěru, že v dospělém mozku může docházet k neurogenезi, přivedl Altmana objev několika označených neuronů při analýze koronárních řezů talamu, hippokampu a olfaktorického bulbu dospělých potkanů. Ve svých experimentech Altman využíval autoradiografického pozorování buněk, které byly označeny [3H]-thymidinem, jenž byl začleněn do DNA dělicích se buněk. Na základě takovýchto označení byl Joseph Altman schopen určit místo a čas „zrození“ nových buněk mozku. V dalších letech (především pak v období 1965–1969) se Altmanova vědecká kariéra přednostně orientovala na téma vzniku nových neuronů v mozcích dospělých savců. Ve většině svých experimentů využíval potkany, ale během roku 1967 rozšířil své závěry o existenci nových neuronů na mozek morčete a posléze kočky.

Dalším důležitým průkopníkem neurogenезe byl Michael Kaplan. V rozmezí let 1977 a 1984 představil několik svých závěrů, které dokumentovaly nejen existenci nových mozkových buněk, ale přímo vznik neuronů. Kaplan tak doložil, že se v mozku potkana opravdu objevují nové neurony, jelikož tyto buňky vykazovaly charakteristické rysy neuronu (dendrity a axony), jež jsou značně odlišné od rysů tzv. gliových buněk mozku, jako jsou astrocyty nebo oligodendrocyty. Během následujících let Michael Kaplan představil další studie dokazující vznik nových neuronů v mozcích potkana (např. ve vizuálním laloku a neokortexu), ovšem nejdůležitější studii, která ho do jisté míry stála kariéru, publikoval v roce 1983. V tomto roce Kaplan na základě svých výzkumů představil zrod nových buněk v mozku dospělých primátů.

Své důležité a neopomenutelné místo v historii neurogenезe mají také Steven Goldman a Fernando Nottebohm, kteří v roce 1983 publikovali studii, v níž doložili existenci nových neuronů u kanárků.

Neprolomení dogmatu

Ačkoliv bezesporu zajímavé a neopomíjené, výše uvedené studie dokumentující nové neurony nebyly schopny prolomit zásadní neurovědeckou doktrínu tvrdící, že se nové neurony v dospělých mozcích nerodí. Neurovědecká komunita stále zaujímal velmi skeptický postoj vůči myšlénkám a důkazům o existenci nových neuronů u dospělých savců. Vědecká komunita se však musela s doloženými novými neurony nějak vypořádat. Byla do jisté míry ochotna přijmout možnost existence nových neuronů, ale pouze u specifických obratlovců – ptáků, ryb a velmi omezeného počtu savců (jako např. u hlodavců). Naprosto však neuznávala možnost nových neuronů u většiny dospělých savců a už vůbec ne u dospělých primátů a člověka.

Každý důkaz nových neuronů byl tedy doplněn tzv. *ad hoc* hypotézou, která důkladně vyladila vědecké důkazy s obecným přesvědčením. U důkazů o nových neuronech u ptáků bylo jednoduše konstatováno, že to nejsou savci, tudíž v jejich případě může k proliferaci nových neuronů docházet. Obdobná hypotéza byla použita i v případě objevu nových neuronů u ryb. Nález u savců, jako jsou morčata a kočky, byl okomentován tak, že k neurogenезi může docházet u specifických malých, nižších a masožravých živočichů. Problém skýtali potkani, kteří vyžadovali o něco sofistikovanější argument. V jejich případě bylo řečeno, že potkani nikdy nepřestanou růst, tudíž se nikdy nestanou dospělými, a jak je známo, v počátcích postnatální fáze stále k neurogenезi dochází. U vyšších živočichů – například u primátů či člověka – však k neurogenезi nedochází.

Každý správný příběh potřebuje zápornou postavu. V historii neurogenезe je za tento záporný charakter považován Pasko Rakic, ve své době i dnes zřejmě jeden z největších specialistů na mozek primátů. Tento průkopník ve výzkumu vývoje mozku primátů předložil v roce 1985 dvě důležité studie, které znovu obnovily víru v dogma žádných nových neuronů. Zmíněné studie navazovaly na jeho práci z roku 1974, v níž Rakic původně tvrdil, že žádné nové neurony v mozcích primátů nemohou vzniknout. V roce 1985 tato zásadní autorita neurovědeckého výzkumu primátů potvrdila, že na žádném důležitém místě v mozku, které bylo v předchozích studiích spojeno se zrodem či pozorováním nových neuronů (hippokampus,

neokortex, olfaktorický bulbus, motorický a vizuální kortex), nebyly spatřeny žádné nové buňky, jež by svými rysy odpovídaly neuronům.

Po zveřejnění Rakicova článku opadl zájem o studium nových buněk v mozku a byl ustálen obecný závěr, že veškeré neurony u primátů (tedy také u člověka) jsou generovány pouze během prenatalní fáze života a v počátcích fáze postnatální.

Finální důkaz a pád dogmatu

Dnes už víme, že se Pasko Rakic mylil. V pozdějších letech byl sám nucen přehodnotit svá přesvědčení a přidat se k vlivě zastánců postnatální neurogenезe. Podle některých však ještě dlužil vysvětlení svých předchozích výsledků.

To, že dospělý mozek vytváří nové neurony, bylo uspokojivě dokázáno a vědeckou komunitou plně přijato až v roce 1998. Švédský tým situovaný okolo Petera S. Erikssona při pitvě objevil nové neurony v mozcích několika dospělých pacientů postižených rakovinou. Jedním z dílčích závěrů této studie bylo, že si lidský hippokampus uchovává schopnost během života generovat nové neurony. Erikssonův důkaz rozhodl veškeré dohady ohledně existence či neexistence nových neuronů v dospělém mozku a stal se oním „posledním“ hřebíčkem do rakve obecně přijímaného dogmatu.

Žádný nový mýtus

O tom, že pád tohoto dogmatu otevřel zcela nové a nyní velmi úspěšné neurovědecké téma lidské neurogenезe, není žádného sporu. Ovšem někdo by si na základě tohoto výkladu historie mohl mylně vyložit, že neurovědecká komunita se chovala značně iracionálně, když při prvních důkazech automaticky nepřijala existenci nových neuronů v mozcích dospělých. To je velmi nebezpečná myšlenka, která by mohla vytvořit další nepravdivý mýtus. Pokud filosofii neoddělitelně doprovází pochybování o jsoucnu, pak vědu neoddělitelně doprovází postoj racionálního skepticizmu, na jehož základě není možné automaticky přijmout, že veškeré dospělé mozky generují nové neurony, když nalezneme nové neurony v mozcích dospělých potkanů. Stanovit takovýto závěr by bylo značně naivní a pro svědomitou empirickou disciplínu zcela nemožné. Na historii neurogenезe tedy není vhodné nahlížet jako na historii vědeckého iracionalismu a obhajování dogmatické myšlenky, ale spíše je vhodné ji považovat za příklad tvrdošjného vědeckého skepticizmu.

Mgr. Marek Havlík, Ph.D.,
Národní ústav duševního zdraví, VP3

Inzerce M16100420

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získáte jako dárek

KNIHU VÝHOD v celkové hodnotě 499 Kč

Kniha výhod je plná slevových kupónů, celkový počet 862

• vouchery zdarma, vstupy zdarma, vstupy 1+1, snídaně, obědy a večeře 1+1, divadla 1+1, sport, adrenalin, zábava, relax, zábava pro děti, kurzy, studium v zahraničí, móda, kadeřnictví, salony, vizážistky, zdravý životní styl, parfumerie, veškeré služby, cestování...
cenové zvýhodnění až o 80 % • bez časového presu, platnost do konce roku 2016 • je nejen garancí ušetření peněz, ale také průvodcem a inspirací pro volný čas a zábavu • ušetříte statisíce korun při aktivním používání • více na www.knihavyhod.cz

Neváhejte!

Tato nabídka platí jen do 16. 10. 2016.

Předplattné na rok pouze za 399 Kč.



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafropa@predplatne.cz, uveďte své **jméno**, **doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0916**. 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 0916**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplattné. Předplattitel bere na vědomí, že předplattné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplattitel dále bere na vědomí, že předplattné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplattitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplattitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávku dále dává předplattitel souhlas se zařazením 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 tiskových prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplattitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má právo dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správce 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



Aby se vize stala skutečností

Tillotts Pharma AG slaví v letošním roce 30 let svého působení ve Švýcarsku. Slavnost u příležitosti tohoto výročí, příhodně nazvaná „Making visions happen“, se konala v Basileji.

Slavnostního zahájení se ujal generální ředitel Tillotts Pharma Thomas A. Tóth von Kiskér, který přivítal významné hosty z oblasti obchodu, politiky i kultury. Vrcholem akce, jíž se zúčastnilo na 120 hostů, pak byla vystoupení prof. Clauda Nicollier, prvního a doposud jediného švýcarského astronauta, a sira Ranulpha Fiennes, mezinárodně uznávaného cestovatele z Velké Británie. Oba přednášející mluvili o mimořádných dobrodružstvích a výzvách, se kterými se setkali, když se snažili, aby se jejich vize stala skutečností. Oba se shodli, že by svých úspěchů nedosáhli bez pomoci svých profesionálních týmů. Věřili ve své sny a následovali své cíle s velkým odhodláním, vytrvalostí a sebestmotivací, a to i v těžkých časech. Podobně jako společnost Tillotts, která prostřednictvím své



Foto: 4x archiv Tillotts



Profesor Claude Nicollier

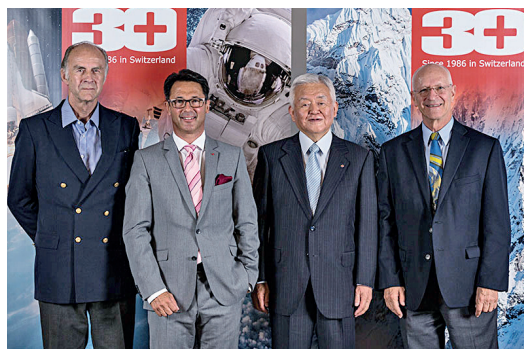
vize a zavádění vhodných strategií dosahuje vlastních podnikatelských záměrů v rámci tzv. Vize 2020 (viz článek níže). Jak připomněl Thomas A. Tóth von Kiskér: „Společnost bez vize je jako loď bez kormidla.“ „Pokud něco opravdu chcete, dosáhnete toho,“ doplnil prof. Claude Nollier.

Slavnostní program uzavřel Sachiaki Ibe, předseda představenstva a generální ředitel Tillotts Zeria Pharmaceutical Co., Ltd., Tokyo, mateřské společnosti Tillotts Pharma AG.

Tillotts se dále snaží posilovat svou silnou pozici v oblasti gastroenterologie. Vize společnosti je založena na podstatném rozšíření stávajícího produktového portfolia přidáním dalších inovativních speciálních výrobků do roku 2020. Tyto přípravky mají být získávány z vlastního vývoje a výzkumu nebo z licenčních a cílených akvizic.



Sir Ranulph Fiennes



Zleva sir Ranulph Fiennes, Thomas A. Tóth von Kiskér, Sachiaki Ibe a prof. Claude Nicollier

Historie, současnost a budoucnost společnosti Tillotts Pharma

Společnost Tillotts byla založena v Londýně ve Velké Británii v roce 1950 jako rodinná lékárna. V roce 1960 byla transformována na farmaceutickou společnost.

V letošním roce slaví Tillotts Pharma 30 let působení ve Švýcarsku - v roce 1986 firma přesídlila do Basileje, jednoho z největších světových hub-center pro odvětví přírodních věd, které bylo identifikováno jako nejlepší místo pro farmaceutické společnosti.

Když byl v lednu 2008 jmenován generálním ředitelem Thomas A. Tóth von Kiskér, byla Tillotts malou, ale již úspěšnou farmaceutickou společností s téměř stovkou zaměstnanců. Nově jmenovaný generální ředitel se rozhodl během dalších deseti let transformovat Tillotts v globální farmaceutickou společnost, která bude své výrobky prodávat v Evropě prostřednictvím poboček a mimo Evropu prostřednictvím speciálních marketingových partnerů. Aby snížila závislost na jediném produktu, musela společnost navíc rozšířit své portfolio o další inovativní léčivé přípravky pro trávicí soustavu.

Právě v této oblasti měla firma již velmi silné postavení. Širší portfolio mělo být postaveno z aktivit in-house výzkumu a vývoje a doplněno in-licencí, stejně jako selektivní fúzí a akvizicemi. Tato transformace byla nazvána „Vize 2020“.

Vize 2020

Aby byla „Vize 2020“ hmatatelná a srozumitelná pro všechny zaměstnance, byla rozdělena do plánu různých strategických aktivit. Uzavřením řady smluv, rozvíjením spolupráce a pomocí akvizic společnost tuto vizi krok za krokem úspěšně implementovala. Právě tento postup transformoval Tillotts do silného hráče v oblasti gastrointestinálního (GI) zdraví.

Příkladem, jak Tillotts úspěšně rozšiřuje své produktové portfolio, je přípravek Entocort, na který společnost v roce 2015 získala za více než 200 milionů dolarů globální práva (mimo území USA) od společnosti AstraZeneca. Léčivý přípravek Entocort je komplementární k vlajkovému produktu Tillotts Asacolu.

Od roku 2008 se Tillotts více než dvojnásobně rozrostl, a to nejen z hlediska velikosti (v současnosti zde pracuje přes 250 zaměstnanců), ale také z hlediska tržeb - v roce 2015 zaznamenala příjmy ve výši více než 127 milionů švýcarských franků. Společnost Tillotts také díky úspěšné transformaci navýšila meziroční zisk. Dnes prodává své léčivé přípravky ve více než 65 zemích světa - prostřednictvím dceřiných společností a specializova-

ných marketingových partnerů jsou distribuovány v České republice, Francii, Německu, Irsku, Španělsku, Švédsku (pokrývá severské země i Pobaltí) či ve Velké Británii.

Inovace pro léčbu GI chorob

Tillotts Pharma se specializuje na vývoj, licencování a marketing farmaceutických přípravků určených k terapii řady chorob trávicí soustavy. Snaží se podporovat lékaře při zlepšování gastrointestinálního zdraví pacientů. Prostřednictvím svých odborných zkušeností společnost zdravotníkům nabízí inovativní řešení léčby, která zlepšují komfort a kvalitu života jejich pacientů. Tillotts úspěšně prodává své vlastní produkty, jako je například Asacol a Entocort (stejně jako licencované produkty), prostřednictvím svých dceřiných společností v rámci Evropy a strategické sítě marketingových partnerů zaměřených na gastroenterologii po celém světě.

Tillotts Pharma AG je součástí Zeria Group. Představuje rychle rostoucí specializovanou farmaceutickou společnost. Sídlí ve švýcarském Rheinfeldenu (v kantonu Aargau), výrobní zařízení má v Ziefenu (v kantonu Basilej-venkov). (akt)

Představujeme publikaci

Urgentní příjem

Nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu



Druhé, doplněné vydání úspěšné knihy, která se věnuje nejčastějším stavům, se kterými se může lékař na oddělení urgentního příjmu setkat, především stavům interní povahy. Součástí publikace jsou seznamy léků pro urgentní použití, kapitoly o třídění pacientů, kteří přicházejí na oddělení urgentního příjmu, o dokumentaci na urgentních příjmech, zásadách transportu pacientů v rámci nemocnice a kapitola o péči o pacienty v terminálním stavu. Vzhledem ke skutečnosti, že nemocnice všech typů již oddělení centrálního příjmu v některé z variant zavádějí, je existence podobného manuálu nezbytná. První vydání bylo rychle rozebráno a druhé obsahuje řadu nových a přepracovaných kapitol, včetně vybraných diagnostických a terapeutických algoritmů na urgentním příjmu. Plánuje se i vydání v podobě e-knihy.

Autor: Martin Polák
Doporučená cena 520 Kč

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

MEDICAL SERVICES

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



Hemofilie B

- přehled problematiky

V léčbě hemofilie bylo za posledních 40 let, po které se této chorobě věnují, dosaženo významných úspěchů.

Od takřka naprosté terapeutické bezmocnosti, vedoucí u postižených pacientů k podstatnému zkrácení života a rozvoji handicapujícího těžkého postižení pohybového aparátu, přes terapii mraženou plasmou a kryoprecipitátem, která vedla k výraznému zlepšení prognózy onemocnění, až po současnost, kdy jsou k dispozici moderní koncentráty koagulačních faktorů, při postnatální diagnostice onemocnění molekulárně genetickými metodami, vypracované rehabilitační postupy, dostupné i složité ortopedicko-chirurgické výkony a další vymoženosti moderní medicíny. Tyto nové diagnostické a terapeutické možnosti natolik zlepšily prognózu onemocnění, že dnes můžeme pokládat hemofilii v naší zemi a ostatních vyspělých státech za plně kurabilní onemocnění. V poslední době se objevila řada textů věnovaných především hemofilii A, v tomto článku bych se chtěl zaměřit více na hemofilii B, která je sice méně častá, ale klinicky stejně významná.

Historie

První popis hemofilie se objevuje již v 5. století n. l. v Talmudu, kde rabi Judah povoluje neprovést obřezku u třetího syna ženy, jejíž první dva synové po ní vykrváceli. Moderní znalosti a výzkum tohoto onemocnění se ale datují až od 19. století. Označení „hemofilie“ pochází od Hopffa (1828). V roce 1937 izolovali Patek a Taylor z krevní plasmy látku globulinové povahy schopnou zkrátit čas srážení hemofilické krve. Tato látka byla později nazvána „antihemofilický globulin“ (AHG). Původně byla hemofilie popisována jako uniformní onemocnění, teprve Pavlovsky na konci 40. let minulého století uveřejnil hypotézu, že se jedná o více typů nemoci. Řada studií provedených v 50. letech potvrdila, že musí existovat nejméně dva typy hemofilie. První, klasický typ, za jehož příčinu bylo označeno chybění AHG (později koagulační faktor VIII - FVIII), byl pojmenován hemofilie A. V roce 1952 popsala Biggsová a spol. velkou rodinu s odlišným typem onemocnění, které nazvala Christmasovou chorobou. Později byl tento typ hemofilie označen jako hemofilie B a chybějící koagulační faktor identifikován jako koagulační faktor IX (FIX). V dalších letech byl výzkum zaměřen na objasnění genetické podstaty choroby, struktury a funkce VIII. a IX. koagulačního faktoru. Postupně bylo objeveno, že oba typy onemocnění se dědí stejným způsobem, avšak hemofilie A se v populaci vyskytuje mnohem častěji a tvoří 80 až 90 % všech případů, a dále že ve zhruba 40 % případů hemofilii v rodině nezjistíme. Rovněž bylo zjištěno, že tíže klinického průběhu záleží na zachovaném procentu VIII. nebo IX. koagulačního faktoru a můžeme ji rozdělit do tří stupňů - na **lehkou** (hladina FVIII/IX nad 5 %), **středně těžkou** (hladina FVIII/IX 1-5 %) a **těžkou** formu (hladina FVIII/IX pod 1 %).

Hemofilie je nejčastěji se vyskytující vrozenou koagulopatií, postihuje všechny etnické skupiny a setkáváme se s ní i u řady živočišných druhů. V Evropě a USA je incidence hemofilie A 1 : 5000 narozených chlapců. Incidence hemofilie B, která je podstatně vzácnější, je asi 10x nižší. Hemofilie B se vyskytuje nápadně často v některých uzavřených oblastech, kde docházelo k pří-

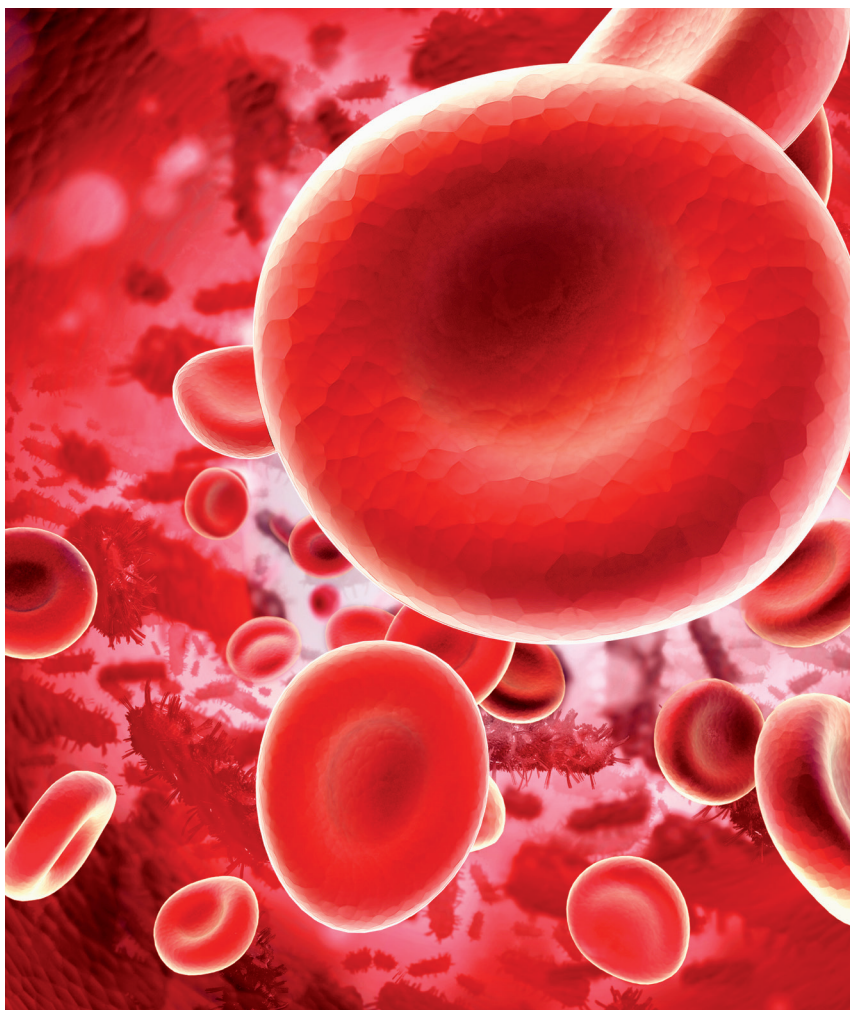
buzenským sňatkům (Ohio, Pensylvanie, Švýcarsko). Naopak velmi nízká incidence byla zjištěna v Japonsku. Střední délka života činila na začátku našeho století u těžkých hemofiliků 11 let, v 90. letech pak 55 let, s vyloučením obětí AIDS. K největšímu poklesu mortality došlo v letech 1960-1980 v souvislosti se zavedením účinných substitučních preparátů. Pokud vyloučíme oběti AIDS, je mortalita hemofiliků v současné době o málo vyšší než v běžné populaci a lze ji srovnat například s mortalitou kuřáků.

Koagulační faktor IX (FIX)

FIX je jednořetězcový glykoprotein a je syntetizován v játrech. Jeho molekulová hmotnost činí 56 000 a koncentrace v plasmě je 3-5 µg/ml. Gen FIX je lokalizován na dlouhém raménku chromozomu X, odkud je řízena jeho syntéza. V plasmě se FIX vyskytuje jako neaktivní zymogen. Enzymatická forma - FIXa (aktivovaný FIX) - vzniká rozštěpením dvou peptidových vazeb a vyloučením aktivačního peptidu (domény). FIX může být aktivován vnitřní cestou aktivovaným faktorem XI (FXIa) nebo zevní cestou aktivovaným faktorem VII (FVIIa) za přítomnosti tkáňového faktoru (TF). Spolu s aktivovaným faktorem VIII (FVIIIa) a fosfolipidy, za přítomnosti kalciových iontů, tvoří FIXa enzymový komplex (aktivační komplex) aktivující koagulační faktor X na aktivní formu (FXa).

Funkce koagulačního faktoru IX v normální hemostáze

Koagulační proces probíhá jako řetězec proteolytických reakcí, ve kterých jsou **proenzymy serinových proteáz** transformovány na **aktivní formy**. Tímto mechanismem vede počáteční malý stimul k vzniku velkého množství terminálního enzymu, **trombinu**, který následně mění fibrinogen na **fibrin**. Kromě této klíčové funkce hraje trombin důležitou roli také jako centrální regulační enzym kontrolující koagulační proces množstvím pozitivních a negativních zpětných vazeb. Koagulační faktor X, hrající v celém koagulačním řetězci klíčovou roli, je - jak již výše uvedeno - aktivován zevní cestou faktorem VIIa a vnitřní cestou **aktivačním komplexem**. Ten je složen z **aktivovaných faktorů IX (FIXa), VIII (FVIIIa), kalciových iontů a destičkových fosfolipidů**. V tomto komplexu je **FIXa aktivní serino-**



Ilustrační foto: Zx Shutterstock

vou proteázou, která ve spojení s **kofaktorem FVIIIa** a povrchem buněčné membrány katalyzuje aktivaci FX signifikantně rychleji než faktor IXa samotný.

Dědičnost hemofilie B

Je stejná jako u klasické hemofilie, tj. gonosomálně recesivní. Gen je sublokalizován na Xq 27.1 a byl poprvé klonován v roce 1982. Sestává z 34 kilobází obsahujících 8 exonů. Genové defekty u hemofilie B jsou dobře charakterizovány a bylo popsáno přes 300 bodových mutací. Asi 5 % mutací tvoří delece a inserce. S kompletní delecí genu bylo popsáno minimum pacientů a další s parciální delecí (15-40 kilobází). Pro detekci přenašeček platí stejné principy jako u klasické hemofilie. Přenašečky deficitu FIX mají v průměru 50% aktivitu FIX jako výsledek nahodilé (*random*) inaktivace jednoho chromozomu X. Hladina FIX však v jednotlivých případech kolísá v širokém rozmezí 10 až 150 %.

Přenašečství hemofilie

V rozhovoru s ženskými členy hemofilických rodin či matkami hemofiliků v době, kdy není ještě známo, zda jsou či nejsou přenašečkami, je třeba si uvědomit následující fakta.

1. Žena je jistou přenašečkou, jestliže:

- je biologickou dcerou hemofilika,
- je biologickou matkou více než jednoho syna s hemofilií,
- je biologickou matkou jednoho syna s hemofilií a jejím pokrevním příbuzným je další hemofilik.

2. Žena může, ale nemusí být přenašečkou, jestliže:

- je biologickou matkou jednoho syna s hemofilií,
- je sestrou hemofilika,
- je tetou, sestřenicí nebo neteří postiženého muže v rodině ze strany matky,



• je biologickou babičkou pacienta trpícího hemofilii.

V některých případech se nemusí, ani s využitím nejmodernější techniky, přenašečství prokázat, i když žena přenašečkou je. Je tomu tak například v případě tzv. mosaicismu v zárodečných buňkách, kdy dojde k mutaci pouze v některých oocytech ženy. Ostatní somatické buňky mutaci nenesou, není v nich tedy prokazatelná. Z historie známou přenašečkou hemofilie B byla anglická královna Viktorie, která přenesla onemocnění do několika evropských panovnických rodů, v nichž se narodilo celkem 11 hemofiliků B. Nejznámější z nich je jistě carevič Alexej, syn cara Mikuláše II. a carevny Alexandry.

Reprodukční otázky

V případě, že je žena diagnostikována jako přenašečka, záleží na ní a jejím partnerovi, zda se rozhodnou riskovat narození dítěte trpícího hemofilii. Přestože jsou k dispozici moderní metody prenatální diagnostiky a přerušení těhotenství je pro ženu spojeno jen s malým zdravotním rizikem, řada žen prenatální diagnostiku odmítá nebo se rozhoduje porodit chlapce s hemofilii. Vzhledem k tomu, že hemofilie je dnes plně kurabilní chorobou, je třeba její rozhodnutí respektovat.

Prenatální diagnostika

Metodou volby je dnes odběr choriových klků – provádí se v 10.–12. týdnu gravidity endoskopicky, fetální buňky jsou kultivovány a DNA z nich získaná je pak molekulárně geneticky vyšetřena. Ze získaných fetálních buněk lze rovněž provést chromozomální vyšetření, sestavení karyotypu a určit s jistotou pohlaví plodu.

Vzhledem k tomu, že se jedná o vyšetření invazivní, je tato metoda spojena s malým rizikem (do 1 %) pro matku i plod.

Klinické projevy hemofilie

Klasická hemofilie B i hemofilie A se projevují excesivním krvácením a nelze je od sebe podle klinických projevů odlišit.

Klinické projevy se liší podle tíže postižení. U těžkých hemofiliků s hladinou FIX pod 1 % se setkáváme se spontánními a opakovanými projevy krvácení a většinou i krvácením do kloubů a svalů již v útlém věku. Středně těžcí hemofilici s hladinou FIX 1–5 % nemají obvykle spontánní projevy krvácení, krvácejí však i při drobných traumatech plynoucích z běžné pohybové aktivity. Lehčí hemofilici s hladinou FIX nad 5 % mají při běžném životním režimu minimum krvácení, vzácně krvácejí do kloubů a s většími projevy krvácení se u nich setkáváme pouze při těžších úrazech nebo operačních výkonech. Dobře známá a prokázaná je určitá sezónnost krvácení – postižení chlapci nejvíce krvácejí na jaře a na podzim. Nepochybně je také negativní působení stresu, které se projevuje zvýšenou frekvencí krvácení v období školních zkoušek apod.

V **novorozeneckém věku** je krvácení poměrně vzácné, avšak u těžkých forem onemocnění se při porodu *per vias naturales* můžeme setkat s nápadně rozsáhlým porodním nádorem, subperiostálním krvácením, velkými podkožními hematomy a dalšími projevy posttraumatického krvácení. K nejtěžším projevům krvácení patří i novorozeneckém věku intrakraniální



krvácení, které může být fatální. Maximum krvácivých projevů se objevuje až s rozvojem pohybové aktivity dítěte, tj. kolem 1 roku věku. V tomto období se setkáváme především s podkožními a někdy i svalovými hematomy na exponovaných místech, především na hlavě, hýždích a končetinách. Projevy mohou být tak nápadné, že mohou budít podezření na syndrom týraného dítěte. V **batolecím období** jsou

častá také krvácení v dutině ústní, zejména po poranění jazyka a uzdičky horního rtu po pádech na obličej. S dalším rozvojem motoriky, zejména chůze a běhu, se začínají objevovat krvácení do kloubů. U **malých dětí (batolat a předškolních)** jsou častým místem postižení hlezenní klouby, u starších pak zejména kolenní a loketní klouby. Podobně se setkáváme i s krvácením do svalstva, většinou dolních končetin a hýždí. U **starších dětí a dospělých** přibývá krvácení do lokomočního aparátu v souvislosti s běžnou pohybovou aktivitou, sportovními a dopravními úrazy. Z vnitřních krvácení se u pacientů s hemofilii setkáváme nejčastěji s krvácením do urogenitálního traktu, méně často do GIT a naštěstí vzácně do CNS. Slizniční krvácení není pro hemofilii typické.

Nefrotický syndrom

Bývá popisován u hemofiliků B v souvislosti s imunotoleranční léčbou inhibitory a právě z tohoto důvodu se někteří z autorů od tohoto způsobu terapie odklánějí. Příčiny vzniku této komplikace nejsou zatím objasněny.

Inzerce M161000617

a...

Česká
alzheimerovská
společnost

Týden paměti

19. – 25. září 2016

Sbírková a informační kampaň
České alzheimerovské společnosti
na pomoc lidem postiženým
syndromem demence.

Nezapomeň
na...



Odešlete dárcovskou SMS ve tvaru:
DMS PROTIDEMENCI na telefonní
číslo 87 777. Cena DMS je 30 Kč.
www.darcovskasms.cz
Sbírkový účet ČALS 20250277/0100

Informace o akcích Týdne paměti
najdete na www.alzheimer.cz
či na našem Facebooku.

Hemokoagulační vyšetření

1) APTT (aktivovaný parciální tromboplastinový čas) je u hemofilie různou měrou prodloužen, pokud je hladina FIX nižší než 25–30 %. Menší pokles hladiny obou koagulačních faktorů tento test nezachytí.

2) Hladina FIX, resp. jeho koagulační aktivity (FIX:C), jednostupňovou metodou. Snížení hladiny faktorů pod 1 % svědčí pro těžkou, 1–5 % pro středně těžkou a nad 5 % pro lehkou hemofilii.

3) Antigen von Willebrandova faktoru (vWf:Ag), ristocetin kofaktor (vWf:Rco) jsou u hemofilie v normálních rozmezech. Vyšetření se využívá hlavně k diferenciální diagnóze von Willebrandovy nemoci, kde jsou obě tato vyšetření patologicky snížena.

Ostatní koagulační testy (s výjimkou prodloužení rekalcifikačního času a zkrácení testu konzumpce protrombinu) včetně krvácivosti jsou u hemofilie normální!

Substituční léčba

Hlavním léčebným prostředkem při terapii hemofilie jsou substituční preparáty, ať již vyrobené z krevní plasmy nebo rekombinantní technologií (genetické inženýrství). Koncentráty koagulačních faktorů VIII a IX znamenaly v léčbě hemofilie doslova revoluci a dramaticky změnilo životy pacientů. Pacienti díky nim přestali být závislí na zdravotnických zařízeních a díky domácí a profylaktické léčbě mohou vést prakticky normální život. U nekomplikovaných případů hemofilie B může být zajištěna hemostáza podáním adekvátního množství FIX obsaženého v substitučním přípravku. Při výpočtu dávky se vychází ze známého poznatku, že 1 IU (mezinárodní jednotka aktivity) FIX podaná na 1 kg tělesné hmotnosti zvýší hladinu FIX v plasmě pacienta o 0,8–1 %. K dosažení účinné hemostázy je třeba, aby hladina FIX dosáhla minimálně 20 % a v řadě klinických situací hladiny normální.

Substituční preparáty

Jak již bylo uvedeno výše, v současné době se k substituční léčbě hemofiliků používají v ekonomicky vyspělých zemích takřka výhradně koncentráty koagulačních faktorů. V České republice používáme plasmatické koncentráty FIX vysoké čistoty a k dispozici jsou již i první dva rekombinantní preparáty Rixubis (Baxalta) a Benefix (Pfizer). Faktor IX je ve srovnání s FVIII mnohem stabilnější a například v citrátové krvi při 4 °C se při skladování zachová 80 % jeho původní aktivity až po dobu 3 měsíců. Koncentráty FIX jsou v lyofilizované podobě dlouhodobě stabilní i při pokojové teplotě a rozpouštějí se v malém množství rozpouštědla. Vysoce čištěné koncentráty FIX vyráběné z plasmy jsou, díky výběru dárců a ošetření preparátů proti krví přenosným nákazám, bezpečné a dobře snášené, vrchol bezpečnosti pak představují preparáty rekombinantní.

Inhibitor koagulačního faktoru IX

Přítomnost inhibitoru (neutralizující protilátka proti FIX) dnes znamená pro pacienta trpícího hemofilii B nejzávažnější komplikaci. Inhibitor významně zvyšuje morbiditu i mortalitu nemocných, a to zejména pro obtíže spojené se substituční léčbou a zástavou krvácení. Na léčbu inhibitoru dodnes není jednotný názor a je nesmírně finančně nákladná, což dále ztěžuje situaci. Protilátky proti FVIII se objevují častěji než proti FIX a lze konstatovat, že jejich léčba je propracovanější a o něco méně obtížná. O inhibitoru FIX je k dispozici podstatně méně informací než o inhibitoru FVIII, což je dáno nižším počtem hemofiliků B a nižším výskytem inhibitoru (1,5–3,0 %) u těchto nemocných (u hemofilie A až 30 %). Genetická dispozice je, podobně jako u hemofilie A, dána především

mutacemi, a to především těmi, které vedou k nepřítomnosti antigenu FIX v plasmě. Jedná se zejména o velké genové delecce nebo *nonsense* mutace. Diagnóza se neliší od diagnózy inhibitoru hemofilie A, titer je udáván rovněž v BU (Bethesda jednotky). V terapii lze použít podobné postupy jako u hemofilie A, avšak s velkou opatrností pro vyšší tendenci hemofiliků B k trombotickým komplikacím. U pacientů s hemofilií B byly navíc popsány **anafylaktické reakce** po některých preparátech užívaných v léčbě inhibitoru a rovněž vznik **nefrotického syndromu**, jak uvádím výše.

Nové možnosti léčby hemofilie B

Zásadní nevýhodou všech dosud užívaných substitučních preparátů je jejich krátký poločas účinku. Poločas účinku FIX se pohybuje mezi 18 a 24 hodinami. Abychom při profylaktické léčbě udrželi hladinu FIX trvale nad 1 %, musíme koncentrát FIX podávat minimálně 2x týdně intravenózně. Netřeba jistě zdůrazňovat, co to znamená zvláště pro dětské pacienty. Značná pozornost je tedy věnována vývoji preparátů s **prodlouženou dobou účinku**.

Další sledovanou vlastností užívaných preparátů je jejich **imunogenicita** a schopnost vyvolat tvorbu inhibitoru (protilátky proti zevně dodávanému FIX). Snahou výrobců substitučních preparátů v současné době je proto vyvinout koncentráty s prodlouženou dobou účinku a nižší imunogenicitou. Samostatnou kapitolou je potom **genová léčba hemofilie**.

Koncentráty FIX s prodlouženou dobou účinku

Schopnost koncentrátů působit v hemostáze delší dobu vede k prodloužení intervalu mezi jednotlivými infuzemi při profylaktické léčbě a omezení počtu nutných i. v. injekcí. Několik takových preparátů je v současné době v klinickém zkoušení a první z nich již i v prodeji. Prodloužení účinku lze dosáhnout několika způsoby.

1) FC fúze. Fúze biologicky aktivního proteinu s FC doménou lidského IgG1 je spojena s ochranou proteinu před lysosomální degradací a prodloužením jeho biologického účinku. Takto ošetřená přirozená molekula FIX vykazuje až trojnásobné prodloužení doby účinku a prodloužení poločasu až na 82 hodin.

2) Fúze s albuminem. Albumin je protein přirozeně se vyskytující v krvi a jeho biologický poločas zde dosahuje více než 20 dnů. Je široce používán jako bílkovinný stabilizátor při výrobě řady léčiv. Rekombinantní FIX s navázaným rekombinantním albuminem (rIX-FP) dosahuje poločasu až 102 hodin což je 4,3x více než u běžných preparátů FIX. Preparát tohoto typu zkusíme na naší klinice u jednoho chlapce s těžkou hemofilií B a k účinné profylaktické léčbě stačí aplikace 1x 40 IU/kg za 7 dní. První rekombinantní preparát FIX tohoto typu je již v prodeji.

3) Pegylace. Pegylace znamená kovalentní připojení polyetylen glykolu (PEG) k proteinu, peptidu nebo malé lékové molekule. Pegylace prodloužuje biologický poločas bílkovin několika mechanismy.

4) Polysialyzace (PSA). Vazba koagulačního proteinu na kyselinu polysialovou vede k podobnému efektu jako pegylace a prodloužuje poločas účinku FIX.

5) Další možnosti: Inhibice TFPI (*tissue factor pathway inhibitor*). TFPI je inhibitor v plasmě, který moduluje koagulaci spuštěnou tkáňovým faktorem (TF). TFPI váže a inhibuje komplexy TF-FVII/FVIIa. Pokud je TFPI inhibován, zvyšuje se generace trombinu. K inhibitorům TFPI patří **aptamery** (jednovláknové nukleové kyseliny) a **fucoidany** (polysacharidy podobné heparinům bez antikoagulačních vlastností) extrahované z mořských řas. Aptamery lze podávat podkožně, fucoidany podkožně a dokonce i perorálně. Jedná se o nadějně látky, které by umožnily léčbu hemofilie bez nutnosti i. v. injekcí.

Koncentráty FIX se sníženou imunogenicitou

Vývoj substitučních preparátů se sníženou imunogenicitou je zaměřen na snížení počtu pacientů s inhibitory FIX.

V terapii pacientů s inhibitorem se v současnosti používají tzv. **bypassing preparáty**, které aktivují FX na FXa i bez přítomnosti FIX. V klinickém použití jsou v nezměněné podobě již řadu let preparáty **aktivovaného protrombinového komplexu** (aPCC - FEIBA) a **rekombinantní aktivovaný FVII** (NovoSeven). Ani v této oblasti se vývoj nezastavil a jsou vyvíjeny nové molekuly rFVIIa, které by měly mít lepší farmakologické vlastnosti, zvláště prodloužení účinku, který je u stávajícího rFVIIa velmi krátký. K prodloužení účinku a výraznější generaci trombinu vede vazba s **peglyvanými liposomy**, k rychlejšímu a déle trvajícím účinku vede analog rFVIIa, **vatreptacog alfa**. Zkoumány jsou také **varianty rFVIIa** vzniklé různými arteficiálními změnami aminokyseliny v řetězci rVIIa. V klinickém zkoušení je rovněž transgenní lidský rVIIa získávaný z mléka králiků, který by měl být méně imunogenní, dostupnější a levnější než současný preparát.

Genová léčba hemofilie

Odhalení struktury a klonování genu pro FIX na počátku 80. let minulého století umožnilo nejen výrobu rekombinantních substitučních preparátů, ale dalo i základní teoretický předpoklad pro tuto léčbu. Hemofilie se svou jednoduchou dědičností a snadným sledováním účinku léčby (hladina FVIII/FIX) je ideálním modelem pro genovou terapii. Po počátečním entusiasmu se ukázalo, že genová terapie má řadu úskalí a její zavedení nebude tak rychlé, jak se předpokládalo. Po celé řadě experimentálních prací na zvířatech byly již v roce 1999 zahájeny v USA (a později v dalších zemích) první klinické zkoušky na lidech. Jako schůdnější se ukázala genová léčba hemofilie B a v současné době lze shrnout, že dospělý nemocný s těžkou hemofilií B, který je HCV RNA-negativní a nemá protilátky proti AAV (adeno-associated virus), vektoru přenosu, může podstoupit intravenózní infuzi vektoru AAV s genem přirozeného FIX. Po infuzi lze očekávat nejméně 3letou sekreci FIX s dosažením hladiny kolem 5 %. Jedná se o výrazný úspěch, kdy se těžká hemofilie mění v lehkou a dramaticky se tak mění klinický průběh nemoci.

V běhu je několik klinických studií u hemofilie B, kde lze očekávat podobné výsledky. Genová terapie však postihuje pouze somatické buňky a může zlepšit zdravotní stav daného jedince. Protože ale nepostihuje **zárodečné buňky**, nezabrání přenosu defektního genu na pacientovy dcery, které se tak, stejně jako dosud, stanou přenašečkami. O skutečném **vyléčení hemofilie** budeme moci hovořit teprve tehdy, až bude k dispozici genová léčba postihující i zárodečné buňky.

Závěr

Jak je z uvedeného přehledu patrné, hemofilie B je dnes dobře léčitelným onemocněním a díky domácí a profylaktické léčbě choroby se již u mladých pacientů setkáváme jen velmi vzácně s dříve tak častým poškozením lokomočního aparátu. Pacienti s hemofilií dnes mohou žít plnohodnotný život a mají velkou šanci dožít se stejného věku jako ostatní populace. Výzkum se soustředí především na další zdokonalení současných substitučních preparátů a nalezení takových léků, které by nevyžadovaly intravenózní aplikaci. Ve hře bude jistě dostupnost nových preparátů, především z ekonomického hlediska.

Práce byla vytvořena s podporou VZ FNM č. MZO 00064203

MUDr. Vladimír Komsrka, CSc.,
Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol



**MEDICAL
SERVICES**



mf
MLADÁ FRONTA

Zajišťujeme kvalitní komplexní služby na míru:

- Vydáváme **zdravotnické tituly**
- Organizujeme **vzdělávací akce**
- Připravujeme **odborné knihy**
- Provozujeme odborné webové stránky **zdravnictviamedicina.cz**

www.medical-services.cz



Kolegové knihu rozebrali

Urogynekolog MUDr. Lukáš Horčíčka působí jako vedoucí lékař Urogynekologické ambulance GONA v Praze a předseda správní rady spolku Incoforum. Dlouhodobě se zabývá péčí o pacientky s dysfunkcí močového systému. V edici Postgraduální medicíny vydavatelství Mladá fronta vydal knihu „Inkontinence moči v každodenní praxi“ a chystá i její druhé vydání.

Vaše kniha je určena především lékařům první linie - praktickým lékařům, internistům, gynekologům, kteří se s inkontinentními pacienty setkávají v každodenní praxi. Máte rok po vydání knihy zpětnou vazbu právě od těchto čtenářů?

Zpětnou vazbu pociťuji - kolegové knihu rozebrali. Pokud se setkám s praktickými lékaři i gynekology, jsou spokojeni. Zřejmě si každý našel to své.

Co lékařům, kteří inkontinentní pacienty mají v péči, komplikuje diagnostiku a léčbu?

Nejvíce komplikujícím faktorem péče o inkontinentní pacienty je náročnost - jak časová, tak finanční. Pacient se potřebuje svěřit, k vyšetření lékař nutně musí mít víc času. Diagnostika je finančně náročná a léčba také - jak medikamentózní, tak operační. V neposlední řadě i absorpční prostředky, které pacientům zlepšují kvalitu života, stojí spoustu peněz...



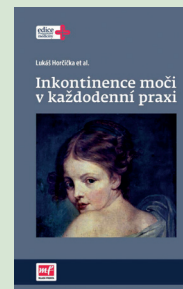
Jak lze léčbu o inkontinentní pacienty zracionalizovat a zefektivnit?

Efektivní léčba bude taková, která předchází efektivní diagnostikou. Kniha se snaží ukázat možnosti a způsoby diagnostiky tak, abychom pacientům pomohli co nejlépe.

Ve vydavatelství Mladá fronta připravujete druhé vydání knihy, budete zařazovat nějaké změny či doplnění?

Příprava druhého vydání je v plném proudu a pocho-pitelně vždy je třeba něco doplnit a něco upravit. Například doplním text o péči o pacientky s inkontinencí moči v těhotenství a po porodu.

(klu)



Novinky v kardiologii 2016 dotištěny

Publikace „Novinky v kardiologii 2016“ z pera autorského kolektivu pod vedením prof. MUDr. Miloše Táborského, CSc., FESC, MBA, která vyšla v nakladatelství Mladá fronta v edici Postgraduální medicíny, se pro velký zájem dočkala dotisku.

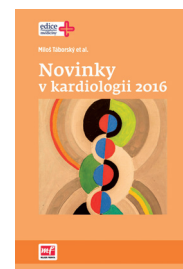
Zájemci si mohou knihu objednat prostřednictvím webu kniha.cz, slovenští čtenáři mohou využít internetové stránky medical-services.sk.

Publikace „Novinky v kardiologii 2016“ představuje ojedinělý soubor 36 originálních kapitol, které jsou zaměřeny na interpretaci výsledků vlastního výzkumu a publikovaných prací pro každodenní klinickou praxi kardiologů, internistů, praktických lékařů a všech, kteří se o obor

kardiologie zajímají. Cílem bylo prezentovat nové pohledy na diagnostiku a léčbu kardiiovaskulárních onemocnění, a to nejen interpretací doporučených postupů Evropské kardiologické společnosti, ale především zaměřením na ty oblasti kardiologie, které zasahují významné množství našich pacientů, jako je zejména srdeční selhání, hypertenze, dyslipidemie, fibrilace síní, chlopenní vady a řada dalších, klinicky orientovaných oblastí. Jednotná koncep-

ce kapitol, uvedená poselstvím pro klinickou praxi, umožní rychlou orientaci v problematice, text je přiměřeného rozsahu, rovněž tak množstvím literárních citací. Publikace aktuálních medicínských a technologických poznatků je živoucí organismus, jenž si zaslouží každoroční update a přináší tak kontinuální řadu nejnovějších informací v oboru.

(red)



Inzerce M16100666

Nakladatelství zdravotnické literatury Mladá fronta a. s. ve spolupráci se sekci Akné a obličejové dermatózy ČDS ČLS JEP a T.E.O. Consulting s.r.o.

Vás zvou na křest knihy

MUDr. Zuzana Nevalová, Ph.D., doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc., MUDr. Nina Benáková, Ph.D.

Obličejové dermatózy

Křest se uskuteční v rámci 10. konference Akné a obličejové dermatózy (Hotel Holiday Inn, Křížkovského 20, Brno)

4. listopadu 2016 ve 13.30 hodin v rámci odborného programu

Kmotry knihy budou prof. Dr. Dr. h.c. mult. Gerd Plewig, FRCP, a prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA





Kvalita péče, lidskost a vstřícnost je v geriatрии klíčová

Jedním z oborů, kterého by se výrazně dotkly změny ve specializačním vzdělávání navržené Ministerstvem zdravotnictví ČR v novele zákona č. 95/2004 Sb., je geriatrie. Jaké by to mělo důsledky pro obor a zejména pro geriatrické pacienty a jak si v současnosti geriatrie stojí, jsme probírali s předsedkyní České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP (ČGGS) a ředitelkou Gerontologického centra v Praze 8 **doc. MUDr. Ivou Holmerovou, Ph.D.**

V posledních měsících se vaše odborná společnost potýkala s návrhem MZ ČR na změny v postgraduální přípravě. Jak to nyní vypadá?

Velmi jsme se v ČGGS trápili myšlenkou, že by geriatrie přestala být základním specializačním oborem a zůstala jen nastavbou vnitřního lékařství. Tím by se tato specializace zúžila a možnost jejího získání oddálilo. V důsledku toho by se zneprístupnila mladým lékařům. Nedomníváme se, že geriatrie je pro absolventy lékařské fakulty trhákem, na druhé straně populace stárne a mnozí studenti přicházejí do praxe s vlastními zkušenostmi z rodiny i s určitými etickými postoji. Paradoxně se nám nyní hlásí více zájemců o obor než v minulosti. Uvedená ministerská aktivita zmobilizovala v naší odborné společnosti aktivitu mladých geriatrů, kteří se proti návrhu postavili z vlastní iniciativy. Potvrdilo se tak to, co již víme z dřívějších, že překážkou rozvoje geriatrie nejsou mladí lékaři, ale spíše zavedené akademické obory a jejich seniorní představitelé.

Možná ještě větším problémem než uvedená novela je prováděcí vyhláška k tomuto zákonu, alespoň ve verzi, kterou jsme měli jako zástupci odborné společnosti k dispozici. Kromě geriatrie v ní totiž nejsou uvedeny další nastavbové obory týkající se postakutní péče, jako je medicína dlouhodobé péče, paliativní medicína či gerontopsychiatrie. Ty byly dosud certifikovanými kurzy (tedy slovem nového návrhu nastavbovými obory). Pokud by byly v navrhovaném znění přijaty, vedlo by to k likvidaci všech specializovaných oborů zaměřených na problémy spojené se stárnutím populace a s chronickými nemocemi. To je zcela opačný trend než ve většině západoevropských a jiných rozvinutých zemí, kde se i ve zdravotní péči snaží reflektovat demografické změny, měnící se potřeby populace a pacientů.

Ze zkušenosti víme, že péči o geriatrické pacienty musí zajišťovat tým odborníků. Oddělení geriatrické péče nejsou nějaká nedefinovaná odkládiště pacientů, o které se může postarat kdekdo. Bohužel u části odborné

veřejnosti přetrvává zvláštní názor, že o staré lidi může pečovat jakýkoli starší lékař – neboť má vlastní zkušenost se stárnutím. To je ovšem jako říct, že onkologem může být každý onkologicky nemocný lékař nebo gynekologem každá žena, o pediatrii ani nemluvě.

Můžete připomenout, kdo je „geriatrický pacient“ a jak se liší od „běžného“ nemocného starého pacienta?

Na úvod bych chtěla říct, že my geriatři nemáme ambice se starat o všechny staré pacienty. Ne každý nemocný senior, tedy člověk nad 65 let, je totiž geriatrický pacient. Poukazujeme však na to, že zejména lidé nad 80 let mohou mít specifické problémy, jako je křehkost, demence a další geriatrické syndromy, jež vyžadují celostní geriatrický přístup. To souvisí nejen s potřebou kvalitnějšího poskytování zdravotní péče, ale i moudřejším využitím zdrojů. Zatímco „orgánová medicína“ se snaží podle svých *guidelines* nahustit do geriatrického pacienta veškeré moderní vymoženosti, které existují – přičemž

Inzerce M161000551



DTO CZ, s.r.o.

a hlavní partner
vás zvou na kongres

OSTRAVA!!!

XX. GERONTOLOGICKÉ DNY OSTRAVA

motto: Jak na nástrahy dlouhověkosti...

19. – 20. října 2016

/program pro odbornou veřejnost/ /program pro laickou veřejnost/

21. října 2016

v Domě kultury
města Ostravy



pod záštitou

Tomáše Macury, primátora statutárního města Ostravy
Svatopluka Němečka, ministra zdravotnictví ČR
Ministerstva práce a sociálních věcí ČR

Cena osobnostem pod záštitou

Miroslava Nováka, hejtmána Moravskoslezského kraje

KONGRES JE REALIZOVÁN S FINANČNÍ PODPOROU STATUTÁRNÍHO MĚSTA OSTRAVA



Foto: Leoš Chodura

geriatrický pacient z toho nemusí profitovat -, geriatric vychází z funkčního hodnocení stavu pacienta, zvažuje, co je pro něj přínosem, co si přeje, co zlepšuje celkovou kvalitu jeho života.

Jakou roli mají v geriatrickém přístupu k pacientovi sestry?

Samozřejmě obrovskou. Trochu mě mrzí, když se na webu MZ ČR objeví termín „sestřičky“. To považuju za pojem, který patří do minulosti a filmových příběhů a znehodnocuje jejich práci. Moderní ošetrovatelství udělalo velký krok, sestry získávají významnější kompetence v péči o pacienty. S tím souvisí i potřeba lepšího vzdělání sester. V sestřích vidím samostatné, vysoce kvalifikované odborníky. Jejich dostatečné vzdělání je podle mého názoru nesmírně důležité, mělo by ale více reflektovat potřeby praxe a prakticky zaměřeného výzkumu. Velmi mě také trápí, že současná výzva Agentury pro zdravotnický výzkum ČR výzkum v ošetrovatelství nepodporuje.

Na druhé straně si myslím, že v minulých letech vzdělání sester zabředlo do přílišného akademizování, teoretizování, vytváření prapodivných a nepraktických konstruktů či postojů, které jako by byly proti medicíně a nikoli pro spolupráci s ní. Tato spolupráce je přitom nesmírně důležitá. Také spolupráce mezi ČGGS a Českou asociací sester má své rezervy a jistě je zde prostor pro její zlepšení. Bohužel to, že musíme vynakládat síly na prosazení věcí, které léta fungují - jako je udržení geriatric coby základního oboru -, má za následek, že máme méně energie věnovat se odborným problémům.

Po několikaleté pauze jste byla opětovně zvolena předsedkyní ČGGS. Na jaké problémy či úkoly se hodláte zaměřit?

Těch problémů či úkolů, jak říkáte, je opravdu hodně. Myslím si, že mezi nejdůležitější patří otázky kvality péče o geriatrické pacienty a o pacienty se specifickou problematikou (například pacienty s demencí a podobně), a to jak v akutní péči geriatrické, tak negeriatrické. Otázka kvality je velmi důležitá. Geriatrická péče by měla být dostupná v nemocnicích i ambulancích, v rehabilitačních i dlouhodobé péči, jinými slovy prolínat všemi úseky zdravotní péče. Ukazuje se totiž, že geriatrická oddělení poskytují kvalitnější péči než oddělení negeriatrická poskytující geriatrické služby.

Čeká nás i spousta práce s jednotlivými odbornými společnostmi, například v oblasti tvorby doporučených postupů reflektujících péči o starší pacienty. Za důležité považuju rovněž práci v oblasti dlouhodobé péče. Už v roce 2011 byl navržen zákon o dlouhodobé péči, ale za-

tím zřejmě není dostatečná politická vůle posunout jej (či jiné legislativní normy) do funkční fáze. I když v poslední době probíhají intenzivnější jednání resortních pracovních skupin.

Jako velkou výzvu vidím také integrující roli gerontologie v prevenci a péči a spolupráci s ostatními odbornostmi. Jak jsem o tom hovořila již v úvodu, hodně sil nás bohužel stál „problém geriatric“ - paradoxně snaha o zachování toho dobrého, čeho ČGGS v minulosti dosáhla. Chtěla bych připomenout, že naše společnost není jen společností geriatrů, ale všech, kteří mají zájem o problematiku stárnutí, s ohledem na své profesní zaměření. Jako důležitou vidím spolupráci s gerontopsychiatrii, paliativní péčí, lékaři v dlouhodobé péči a samozřejmě s praxí a ostatními lékařskými i nelékařskými odbornostmi, dále pracovníky v sociálních službách a podobně. Na našich akcích se snažíme vytvářet pro tuto spolupráci platformu.

Můžete dát některé příklady dobré geriatrické praxe?

To je složité, samozřejmě mě napadá mnoho geriatrických zařízení, kde se poskytuje kvalitní péče, ale nejsem schopná vyjmenovat všechna a nerada bych se někoho dotkla. Brzy se nám snad podaří dokončit systém certifikace kvality, alespoň podle některých kritérií, a tím pádem budou k dispozici relevantní informace o kvalitě jednotlivých zařízení a nebude se jednat o subjektivní dojem, který bych tu teď prezentovala já.

Tradičně špatnou pověst mají léčebny dlouhodobé péče. Dá se jim nějak zlepšit reputace?

Punc nekvality, který se objevuje na některých odděleních následné péče a takzvaných LDN, je věc, která geriatrici velmi škodí. To, že mají špatnou pověst, mě mrzí, ale musíme si přiznat, že to asi nevzniklo jen tak. Problém je, že vůbec mohou zdravotnická zařízení poskytovat nekvalitní péči. V současnosti to vlastně systematicky nikdo nesleduje. Chceme proto iniciovat ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovkami systém kvality péče a stanovit jasná kritéria pro oddělení následné péče i pro další služby určené geriatrickým pacientům.

Chtěla bych zdůraznit, že následná péče musí být nejen odborná, ale také lidsky vstřícná a laskavá. Podobně to platí pro péči dlouhodobou ve zdravotnictví i domovy se zvláštním režimem, které spadají pod resort práce a sociálních věcí a kde žije spousta velmi nemocných starých lidí. Zdravotní péče zde není adekvátně zajištěná! Důvodem je nedostatečné financování této oblasti a dlouhodobě špatná spolupráce mezi oběma ministerstvy. A neměli bychom zapomenout na podhodnocené

financování domácí péče. Bohužel se ukazuje, že řešení uvedených problémů není politickou prioritou. Zatímco existuje velká ochota investovat do velkých nemocnic, včetně péče navazující na centrovou léčbu, ochota investovat do následné, dlouhodobé a primární péče, tedy do péče, která je nejbližší lidem, je mnohem menší.

Vypadá to, jako by v pozadí bylo skryté poselství, že starý člověk už není pro společnost přínosem, takže nemá smysl do něj investovat...

Ano. Patrně jde o projev ageismu, rozhodně ne o nedostatek finančních prostředků. Podívejte se na chování politiků - to není o šetření, je to o rozhazování! Navíc v oblasti geriatrické péče lze dosáhnout obrovských výsledků nikoli s pomocí horentních prostředků, ale jen moudrou reorganizační péčí. Tento segment nepotřebuje extrémně drahé přístroje. Potřebuje vyhovující prostředí, solidní vybavení a dostatek personálu. Funkční geriatrický systém dokáže peníze ušetřit. Jenže senioři jsou dobří plniči akutních služeb všemožných oborů. Na kom by se jinak realizovaly všechny ty výkony, na nichž stojí systém zdravotnictví? Komu by se dávaly ty kardiostimulátory, které leckterý člověk se závažným chronickým onemocněním, nekulí v terminálním stadiu, ani nechce a nemůže s nimi ani umřít? Kdo by užíval všechny ty léky, které vyrábějí farmaceutické firmy? Staří lidé jsou „vděčnými“ konzumenty mnoha léků a v geriatrici platí, že právě lékové interakce a polypragmatie patří k častým příčinám zdravotních problémů. Mnohdy se nám pacient zlepšil pouze po úpravě medikace, vysazení nikoli nezbytných léků.

Jak se obecně staví geriatrici k problému polypragmatie?

Otázka optimální farmakoterapie je jedním z hlavních témat našeho oboru. Jestliže bez rozmyslu léčíme geriatrického pacienta podle všech doporučených postupů, mnohdy ho tím zbytečně zatěžujeme. Vezměte si prevenci či léčbu osteoporózy, dyslipidemie, tromboembolismu... dotyčný užívá množství léků, aniž by mu něco skutečně bylo, natož když mu pak něco skutečně je. Senioři nejednou berou léky duplicitně, mají léky na vedlejší účinky předchozích léků, užívají dlouhodobě léčbu, kterou nepotřebují... Sama se někdy divím, co tyto pacienti vydrží. Velmi významná je v této oblasti spolupráce s klinickými farmaceuty. Rozhodně zde platí princip méně, ale kvalitněji.

Platí tato strídmost i pro diagnostiku?

Ano, naprosto. Geriatr zvažuje nejen terapii, ale i indikaci diagnostických vyšetření. Vždy by si měl položit otázku, k čemu konkrétní výkon nebo výsledek povede. Jak získaný výsledek ovlivní další rozhodování? Nemá smysl provádět vyšetření jen pro získání výsledků. Proč pacienta vyšetřovat, když víme, že si to nepřeje, že na eventuální operaci či výkon, který by byl z vyšetření indikován, nechce jít? Jako paradox mi připadá, že začínáme opět hovořit o eutanazii, ale přitom nedokážeme přijmout názor pacientů a jejich přání nebýt dále léčeni či vyšetřováni. Jako lékaři se snažíme o léčbu jednotlivých orgánů, i když víme, že nepřinese terminálně nemocnému pacientovi zlepšení kvality života. Alibisticky praktikujeme marnou léčbu. Geriatrici pacienti jsou zpravidla dostatečně léčeni a vyšetřováni, ale mnohdy není věnován dostatek pozornosti ošetrovatelské péči a rehabilitaci a efekt léčby se tak ztrácí. Proto považujeme za klíčovou práci v celém týmu. Jen tak můžeme nejlépe postřechnout a zvládnout komplexnost stavu geriatrického pacienta a dosáhnout dobrých výsledků.

V geriatrici se zdůrazňuje potřeba zachování co nejdéle soběstačnosti seniora a jeho pobytu v domácím prostředí. Proč je to důležité?

Spousta starých lidí je schopna žít dlouho doma. Jestliže se jejich potíže včas a správně zaléčí, poskytnete se jim balíček opatření podporujících jejich soběstačnost, případně



dostupné služby nebo technologie, pak jim umožníme zůstat v tomto známém, domácím prostředí a nebude nutno je odkládat do zařízení dlouhodobé péče.

Zde je opět třeba vyzdvihnout roli sester a primární péče. Pro příklad, ve Skandinávii dobře fungují komunitní centra, v nichž působí sestra, ergoterapeut, fyzioterapeut, a tento tým spolu s různými poradci podporuje pacienty v co nejdelší soběstačnosti. Významný efekt to přináší také u pacientů s demencí. Ale ačkoli se tato praxe v jiných zemích osvědčila a je součástí různých akčních plánů, u nás je tak nějak opovrhovaná. To není ta Nemocnice na kraji města s rozsvíceným operačním sálem, laskavým primářem, arogantně vtipnými chirurgy a atraktivní nemocniční promiskuitou či vším, co si k tomu televizní divák dokáže představit...

Mají být komunitní a domácí služby hrazeny z veřejného zdravotního pojištění?

Částečně ano, ale lidé by se také měli učit vynakládat prostředky na svou péči. U nás je zvykem převádět majetek na další generaci. Babička si odepře byt nebo dům a jde do ústavu, protože vnuk potřebuje auto. Hovoří se o autonomii starých, ale i mladí lidé by se měli učit autonomii! A tak jako dnes už není zvykem, aby byly děti ušmudlané a praly se na ulici, nemělo by být moderní odkládat staré lidi do ústavů jen proto, že mladá rodina potřebuje někde bydlet. Staří lidé by se měli odnaučit falešné skromnosti, která říká: „Já to nepotřebuji.“ Protože starý člověk potřebuje také a většinou dokonce víc. Ovšem samozřejmě by také starší lidé měli být méně škarohlídy a více se zajímat o sebe a společnost. Ale o tom třeba přistě.

MUDr. Andrea Skálová

Nová metoda pro léčbu VPMD

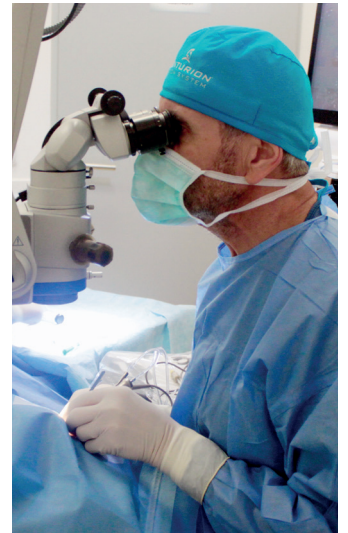
Unikátní implantaci Schariothovy makulární čočky provedli v Očním centru Praha. Šlo o první operaci svého druhu na soukromé klinice v ČR. Novinka představuje naději pro pacienty s věkem podmíněnou makulární degenerací (VPMD).

Věkem podmíněná makulární degenerace je nejčastější příčinou těžké ztráty zraku u starších lidí. Zejména její „vlhká“ forma postupuje velmi rychle a dokáže zničit zrak během několika týdnů či měsíců. Onemocnění patří k nejzávažnějším chorobám sítnice a v rozvinutých zemích je nejčastější příčinou praktické slepoty. Nedá se dosud léčit, pouze zpomalovat.

Dosavadní řešení VPMD spočívalo v rehabilitačních pomůckách pro slabozraké, jako jsou brýle, lupové brýle, lupy a jiné zvětšovací pomůcky či elektronická zařízení. Druhou možností je chirurgické řešení speciálními nitroočními čočkami, které však mají řadu nevýhod – redukce vidění na dálku, zmenšení zorného pole, problém s adaptací vidění nebo možnost implantace jen v kombinaci s operací šedého zákalu.

Schariothova makulární čočka představuje inovativní nitrooční čočku, jejíž výhodou je dostatečné zvětšení zachovávající zorné pole pacienta a neovlivněné vidění do dálky. Během relativně jednoduchého zákroku je pacientovi do lepšího oka implantována bifokální nitrooční čočka s centrální optikou. Operace Schariothovy makulární čočky v současnosti stojí 40 000 Kč, probíhají však jednání s pojišťovnami, které by měly zákrok v blízké budoucnosti proplácet.

(Zdroj: OCP)
(akt)



Doc. MUDr. Jiří Pašta, CSc., FEBO, při implantaci nové čočky

APOS BRNO

Bezdrátové signalizační systémy pacient-sestra

- snadná instalace bez stavebních zásahů
- nízké pořizovací a provozní náklady
- user-friendly



... z naší nabídky



Značení prádla a oděvů



Omyvatelné lůžkoviny



Bezpečnost a evakuace



Elastická prostěradla



Zdravotnické oděvy a textilie



Pratelné podložky pro inkontinentní

Pacientům s hepatitidou C lze transplantovat ledviny

Chronická hepatitida C je jedním z nejčastějších důvodů transplantace jater. Donedávna však byla jednou z příčin, které zhoršovaly výsledky této transplantace a znemožňovaly i transplantaci jakéhokoli jiného orgánu.

Imunosupresiva užívaná po transplantaci totiž hepatitidu C (HCV) znovu „probouzejí“ a ta může transplantovaná játra zničit. Díky nové léčbě chronické hepatitidy C pomocí přímo působících antivirotik se situace mění. V Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) se v posledním roce vyléčilo více než 20 pacientů se selháním ledvin, kteří byli závislí na léčbě umělou ledvinou. Ti se tak mohli stát kandidáty na transplantaci ledviny.

Nová naděje pro pacienty

Transplantace ledviny přináší pacientům s chronickým selháním ledvin kvalitnější a delší život ve srovnání s léčbou umělou ledvinou (dialyzovaní pacienti). Jinak tomu ale doteď bylo u pacientů, kteří trpěli chronickou infekcí virem hepatitidy C. Ti po transplantaci umírali předčasně na jaterní chorobu vyvolanou virovou infekcí. Rozdíl v délce života po transplantaci ledviny u pacientů bez infekce virem hepatitidy C a s infekcí byl natolik významný, že řada transplantacních center ukončila program transplantace ledviny pro pacienty s chronickou hepatitidou C. Počet nakažených pacientů při léčbě umělou ledvinou sice rapidně klesl, stále je ale výskyt infekce vyšší než v běžné populaci.

„Chronické virové hepatitidy B nebo C představovaly v minulosti pro pacienty před nebo po orgánové transplantaci závažnou komplikaci, která zkracovala jejich život. Zásadní změna v oblasti chronické hepatitidy B nastala přibližně před 10 lety se zavedením nových léčiv. Problém chronické hepatitidy C zůstal ještě dalších 10 let

nevyřešen. Jsem opravdu potěšen skutečností, že jsme v uplynulém roce díky nové léčbě hepatitidy C umožnili řadě pacientů s chronickým selháním ledvin stát se čekateli na léčbu transplantací ledviny,“ říká přednosta Kliniky hepatogastroenterologie IKEM prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.

Obavy z vedlejších účinků

V posledních 20 letech lékaři k léčbě chronické infekce virem hepatitidy C používali nespécifickou léčbu, která ničila virus posílením imunity pacienta. Léčba byla ale málo účinná, dlouhá a nepříjemná. Zavedení nových léčiv, které přímo blokují množení viru hepatitidy C, dalo naději na lepší a kvalitnější život s transplantovanou ledvinou i řadě pacientů s chronickým selháním ledvin a infekcí virem hepatitidy C.

„Léčbou chronické hepatitidy C u pacientů s chronickým selháním ledvin jsme se zabývali více než 20 let. Naše výsledky byly ve srovnání s jinými centry vynikající, podařilo se nám ale vyléčit jen přibližně polovinu pacientů. Někteří nemocní z obav z nežádoucích účinků léčbu vůbec nezahájili. Nejméně třetina pacientů pak léčbu musela předčasně ukončit pro její neúčinnost nebo nežádoucí účinky. Léčba trvala rok a pak jsme dalších 6 měsíců museli čekat na výsledek. Sdílel jsem radost s těmi vyléčenými, naopak oznamovat nepříznivý výsledek bylo vždy velmi nepříjemné. Roky jsem neúspěšně léčené pacienty přesvědčoval, že musejí žít s důvěrou v rychlý vývoj nových léčiv, která by jim

mohla pomoci,“ popisuje zástupce přednosta Kliniky hepatogastroenterologie IKEM MUDr. Jan Šperl, CSc.

Dobře snášená léčba

Odborníci z IKEM v posledním roce léčili novými léky HCV u více než 20 pacientů se selháním ledvin, kteří byli závislí na léčbě umělou ledvinou. „Až na jednoho se všichni vyléčili. I ten neúspěšně léčený má šanci. Na uvedení do praxe se totiž už nyní připravuje druhá generace přímo působících antivirotik k léčbě chronické hepatitidy C. Obrovským přínosem kromě vysoké účinnosti je i vynikající snášenlivost nových léčiv. Setkali jsme se pouze s drobnými a nezávažnými nežádoucími účinky, které nevedly k předčasnému ukončení léčby. Léčíme i pacienty, kteří již transplantaci ledviny podstoupili, přestože trpěli chronickou hepatitidou C. To v minulosti nebylo možné vůbec. Stará léčba u nich nebyla účinná a navíc vážně poškozovala transplantovanou ledvinu. Dnes je pro úspěšnou léčbu rozhodující správná volba léčebného režimu, jichž máme k dispozici hned několik. Při volbě se řídíme na prvním místě genotypem viru, kterým je pacient infikován, a tím, zda je ještě léčen umělou ledvinou, nebo již absolvoval transplantaci. Pro výběr režimu jsou důležité i další užívané léky, je třeba dbát, aby jejich kombinace s přípravky na hepatitidu C byla bezpečná,“ vysvětluje MUDr. Soňa Fraňková z Kliniky hepatogastroenterologie.

(Zdroj: IKEM)
(red)

Přetrvávající bolest při porodu zvyšuje náchylnost k rozvoji postnatální deprese

Nová studie prezentovaná na letošním Světovém anesteziologickém kongresu (WCA) v Hongkongu (28. 8.–2. 9. 2016) ukázala, že ženy, které trpěly během porodu a po porodu bolestí, jsou náchylnější k rozvoji postnatální deprese (PND).

Studii realizoval student třetího ročníku medicíny Lékařské fakulty Duke Nus v Singapuru ve spolupráci s kolegy z anesteziologického gynekologického oddělení a oddělení psychologické medicíny singapurské KK Women's and Children's Hospital.

Postnatální deprese se objevuje celosvětově u 10–15 % žen a je spojena s významnou morbiditou matky a špatným prospíváním novorozenců. Navíc má dlouhodobé

psychologické i sociální dopady. Uvedená studie sledovala vliv porodní a poporodní bolesti, psychologickou vulnerabilitu a odolnost vůči bolesti na rozvoj PND.

Do studie bylo zařazeno 200 zdravých prvorodiček, které v průběhu porodu obdržely epidurální anestezii. Psychologická vulnerabilita těchto žen byla posuzována pomocí škály pocítovaného stresu (PSS) a škály katastrofizování bolesti (PCS). Respondentky byly 6–8 týdnů po porodu telefonicky kontaktovány a požádány, aby se vyjádřily k míře porodní a poporodní bolestivosti a úzkosti. K vyhodnocení odpovědí byly použity dotazník na posouzení bolesti, Edinburská škála postnatální deprese (EPDS) a Spielbergerův dotazník pro měření úzkosti (STAI).

Z celkového počtu 138 žen zařazených do analýzy byla postnatální deprese 4 týdny po porodu prokázána u 5,8 %

Dále se ukázalo, že ženy, které prožívaly bolest během porodu nebo trpěly přetrvávající bolestí déle než 4 týdny po porodu, měly vyšší EPDS skóre ve srovnání s ženami, jež bolest neudávaly nebo u nich vymizela do 4 týdnů po porodu (rozdíl skóre o 2,44 a 4,07).

„Zjistili jsme, že čím větší stres a bolest rodička zažívá během porodu a v poporodním období, tím vyšší je skóre testů na postnatální depresi. Z toho můžeme odvodit, že pokud se zaměříme na snížení bolestivosti a hladiny úzkosti u rodiček, mohli bychom redukovat riziko rozvoje postnatální deprese,“ komentoval výsledky autor studie.

(Zdroj: Wei Du et. al. Effects of Persistent Childbirth Pain, Psychological and Pain Susceptibility on Postnatal Depression Scores. WCA 2016)
(asa)

Inzerce M161000582





Kouření a deprese

„Zapálit si“ nám někdy pomáhá obhájit si před sebou samými chvíličku na pauzu, pro někoho má možná i jakousi „společenskou“ úlohu, ale skutečnou pomoc od něj nečekejme. Informace, že kouření pomáhá ve stresu, při depresi nebo obecně zlepšuje psychický stav, nejsou opodstatněné. Je tomu právě naopak – kouření psychické problémy dlouhodobě prokazatelně zhoršuje.

Jen málo kuřáků se nikdy nepokusilo s kouřením skoncovat, ale přestat kouřit není snadné. Pokus bez pomoci má asi 4% úspěšnost (= rok abstinence), intenzivní léčba, tedy intervence a léky, může šanci na úspěch až zdesetinásobit. Paradoxní však je, že se kuřáci často obávají léků, jež pomáhají závislost překonat, ať už se jedná o volně prodejné formy náhradní léčby nikotinem nebo léky vázané na recept. „To, že nikotin vdechují z cigaretového kouře spolu s několika tisíci látek vesměs toxických, jim nevádí, cigareta totiž nemá příbalový leták, který by popisoval možné nežádoucí účinky. Kdyby ho měla, jeden výtisk by kuřák nejspíš ani neunesl,“ vysvětluje prof. MUDr. Eva Králíková, CSc., z Centra pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Jedná se o první Centrum pro závislé na tabáku v ČR, od začátku roku 2005 se zde léčilo již více než 5 tisíc kuřáků (tolik jich je nyní v databázi pracoviště), ročně k nim nyní přibývá dalších cca 500 nových pacientů. Zatím jako jediné adiktologické pracoviště v ČR je k dispozici pouze kuřákům plnou pracovní dobu.

V centru pacienta čeká nejprve asi hodinová vstupní návštěva, po které následuje asi dvouhodinová vstupní intervence. Ta spočívá v hledání nekuřáckých řešení typicky kuřáckých situací, podpoře motivace, vysvětlení principu závislosti na nikotinu i účinku léků, způsobů zvládnání abstinence příznaků, řešení stresu a posílení pozitivního vnímání nekuřáctví. Kontrolní návštěvy bývají asi třicetiminutové a sledují se při nich například váha, krevní tlak, puls a obsah oxidu uhelnatého ve výdechu. Sledování trvá asi rok.

Snížení míry deprese i úzkosti

Vědci ze 16 zemí realizovali v nedávné době studii s 8 tisíci kuřáky ve 140 centrech, z čehož 4 tisíce byly pacienti s psychiatrickou diagnózou. Jejich výsledky vyvrátily obavy

z léků proti závislosti na tabáku. Žádný ze tří přípravků, které byly v rámci výzkumu sledovány, totiž významně nezvyšoval nežádoucí účinky, a to ani u psychiatricky nemocné skupiny pacientů. Přestat kouřit přineslo pacientovi vždy jen benefit.

Zmírnění depresivních příznaků po zanechání kouření prokázalo ve světě již velké množství dalších studií i analýza dat téměř 4 tisíc pacientů Centra pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN. „V této rozsáhlé skupině našich pacientů došlo po úspěšném zanechání kouření ke statisticky významnému poklesu symptomů deprese. Zlepšení deprese bylo nejvýraznější právě u skupiny pacientů, kteří měli nejvíce příznaků deprese na počátku léčby,“ doplňuje MUDr. Lenka Štěpánková, Ph.D., z Centra pro závislé na tabáku.

Celková úspěšnost odvykání kouření hodnocená po roce od počátku léčby byla v celém souboru 38,9% (1468/3770). Nejvyšší úspěšnost léčby závislosti na tabáku byla dle očekávání v podskupině pacientů, u kterých před zahájením léčby nebyly zjištěny příznaky depresivní poruchy (41,6%), statisticky nevýznamně nižší byla úspěšnost u pacientů s mírnými depresivními příznaky (38,8%) a statisticky významně nižší byla úspěšnost léčby u skupiny pacientů se středně těžkou až těžkou depresivní poruchou (26,3%).

Statisticky významně zlepšení psychického stavu, měřeného jeden rok po zanechání kouření pomocí Beckovy sebesozuzovací stupnice deprese, bylo doloženo ve všech sledovaných podskupinách. Toto zjištění je zcela v souladu se závěrem rozsáhlé metaanalýzy G. Taylora z roku 2014, že zanechání kouření je spojeno se snížením míry úzkosti, deprese a stresu a vede ke zvýšení přítomnosti pozitivní emotivity a kvality života ve srovnání s těmi, kdo nadále kouří.



Ilustrační foto: Shutterstock

Psychiatrie jako poslední

„Kouření tabákových výrobků je hlavní odstranitelnou příčinou nemocnosti a předčasných úmrtí v současném světě, a proto věnujeme v posledních desetiletích metodám a dostupnosti léčby závislosti na tabáku stále více pozornosti,“ uvádí doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D., z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Mezi pacienty trpícími psychickým onemocněním bez ohledu na typ se vyskytuje vysoké procento kuřáků. Tito nemocní zároveň vykouří v průměru více cigaret než ostatní kuřáci, jsou závislejší na nikotinu a častěji i na dalších drogách. Problém závislosti na nikotinu mezi psychicky nemocnými je tedy všeobecně známou a klinicky nesmírně významnou záležitostí.

„Mezi našimi pacienty je zhruba třikrát víc kuřáků než v populaci, a tak nepřekvapuje, že nemocí způsobené kouřením jsou nejčastější příčinou jejich úmrtí. V průměru ztrácejí kolem dvou desítek let života oproti nekuřákům,“ dodává doc. Anders. Psychiatrická oddělení byla všude ve světě těmi posledními, kde se přestalo kouřit. Ve většině vyspělých zemí se už však ani na těchto odděleních kouřit nesmí. Například na slavné Mayo Clinic v USA byl vydán zákaz kouření v roce 1992. Naproti tomu v České republice se v uzavřených psychiatrických odděleních kouřit stále může.

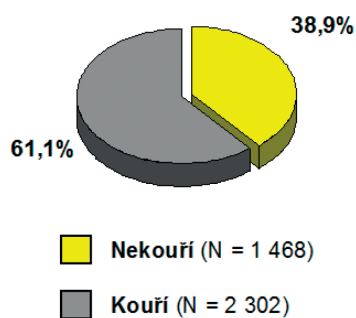
Rovněž mezi lékaři je považováno za samozřejmost, že jsou psychiatrická oddělení vybavena kuřárnami. Jedním z důvodů je i fakt, že čeští lékaři nemají možnost nabídnout svým pacientům-kuřákům náhradní léčbu nikotinem k potlačení abstinence příznaků, protože u nás není prozatím hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V současnosti Psychiatrická společnost ČLS JEP usilovně pracuje na tvorbě reformy psychiatrické léčby a problematika závislosti je jednou z oblastí, na kterou se chce zaměřit. „Věřím, že i naši psychiatři ve všech typech péče začnou závislosti svých pacientů na nikotinu věnovat pozornost,“ uzavírá doc. Anders.

(red)

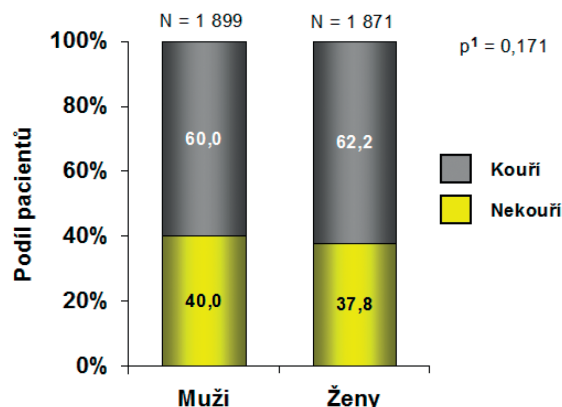
Jednoletá úspěšnost odvykání – pacientů s úplným záznamem

Stav při kontrolní návštěvě po roce

N = 3 770



Stav při kontrolní návštěvě po roce – dle pohlaví



Při kontrolní návštěvě po roce celkem 1 468 (38,9%) pacientů stále abstinovalo. Na hladině významnosti $\alpha=0,05$ nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v úspěšnosti mužů a žen (p -hodnota Fisherova exaktního testu $p = 0,171$).



Penilní implantace

– třetí linie léčby erektilní dysfunkce

„U nás je společensky přijatelné na sexuální život rezignovat i v docela nízkém věku. Kdybych měl porovnat jiné muže, zejména z jihu Evropy, tak pro ně je kvalitní erekce důležitá i ve vysokém věku,“ říká v rozhovoru náš přední androlog **MUDr. Lukáš Bittner, FEBU, FECSM**. Specializuje se především na léčbu mužské neplodnosti a poruch erekce.

Jaké jsou nejčastější sexuální dysfunkce u mužů, se kterými se setkáváte ve své andrologické praxi?

Nejčastěji pacienti přicházejí s poruchou erekce, ale zajímavé je, že dle některých výzkumů je častějším problémem předčasná ejakulace. Ale pacienti předčasnou ejakulaci řeší méně.

Změnila se v posledních letech nějak léčba těchto sexuálních dysfunkcí?

Vývoj jde stále kupředu. Máme druhou generaci inhibitorů fosfodiesterázy, tyto léky mají méně nežádoucích účinků, oproti předchozí generaci fungují rychleji a déle. Také máme specifický přípravek pro léčbu předčasně ejakulace. Obojí je posunem kupředu pro nás i naše pacienty.

Jak vysoká je úspěšnost léčby pomocí PDE-5 inhibitorů? A existují i nějaké další možnosti?

Celkově se úspěšnost léčby erektilní dysfunkce inhibitory pohybuje kolem 70 procent. Nejhůře na léčbu odpovídají pacienti po operacích v malé pánvi, zejména po radikálních prostatektomiích, a těžcí diabetici. Pro non-respondery máme sekundární formu léčby, což jsou intrakavernózní injekce s vazoaktivní látkou, zjednodušené injekce do penisu, a vakuové erektoxy. Obě dvě modalitty nejsou u pacientů příliš oblíbené vzhledem k tomu, že neumožňují spontánní sexuální život. Třetí linií léčby jsou penilní implantáty.

V čem konkrétně spočívá právě tato modalita, tedy implantace penilní protézy? Řeší kromě poruch erekce i jiné sexuální dysfunkce?

Penilní implantát nahradí funkci kavernózních těles přečerpávacím mechanismem. Rezervoár tekutiny je skrytý za stydkou kostí, pumpička je umístěna v šourku a v kavernózních tělesech jsou nafukovací cylindry. Pokud pacient chce vyvolat erekci, několikrát stiskne pumpičku v šourku, tekutina se přečerpá z rezervoáru do topořivých těles penisu a dostaví se velmi tvrdá a přirozeně vypadající erekce. Po ukončení sexuální aktivity pacient zmáčkne vypouštěcí ventil pumpičky a dojde k ochabnutí penisu.

Implantace penilní protézy neovlivňuje libido muže ani průběh orgasmu či jeho plodnost, ale implantace se dá použít jako řešení pro těžké případy Peyronieho choroby (zakřivení penisu), dlouho trávajícího priapismu (neustupující erekce) a může řešit i jinak neovlivnitelnou předčasnou ejakulaci.

Existují různé typy penilních implantátů. Jaké výhody a nevýhody jsou spojené s jednotlivými základními typy?

To, co jsem popsal výše, je princip trojdílného inflatibilního implantátu, což je zlatý standard v implantaci v západní Evropě a USA. Je jen velmi málo indikací pro použití jiných typů protéz. Například semirigidní pro-

tézu si můžete představit jako dva polotuhé pruty, které se zavedou do kavernózních těles, a penis je stále v neúplné erekci a je modelovatelný. Buď si jej pacient může ohnout do kalhot, nebo jej může vzpřímit k pohlavnímu styku. Ze semirigidního typu protézy mohou profitovat pacienti se sníženou zručností, například s těžkou artrózou v prstech ruky, kteří nejsou schopni ovládat jemný mechanismus pumpy.

Co je součástí předoperačního vyšetření a jak náročný je chirurgický výkon? Jsou běžné pooperační komplikace?

Důležitý je podrobný pohovor s pacientem před operací, pacient musí mít od výkonu reálná očekávání. Při dlouhotrvající erektilní dysfunkci dochází ke zkrácení a fibróze penisu. V těchto případech preferujeme několikaměsíční přípravu s vakuovým erektoxy, který penis prodlouží a zlepší jeho elasticitu. Výkon trvá necelé dvě hodiny a provádí se v celkové anestezii. Předoperační vyšetření požadujeme běžného rozsahu pro celkovou anestezii.

Komplikací, které se nejvíce obáváme, je infekce. Z tohoto důvodu u implantací používáme takzvanou *no touch* techniku, která snižuje počet infekčních komplikací na 0,48 procenta. Doposud jsme se naštěstí s žádnou infekcí u těchto pacientů nesetkali. Výrobce dává na mechanickou funkci implantátu doživotní záruku, což nás také těší.

Co pacienta čeká v období rehabilitace a jak dlouhou rehabilitaci má předpokládat? Za jak dlouho po operaci může zahájit sexuální život?

Čtyři týdny po operaci implantát aktivujeme a pacient začíná cvičit jeho ovládání, šest týdnů po výkonu je schopen pohlavního styku. Celá implantace probíhá z pěticentimetrového řezu mezi penisem a šourkem, kde jizva nebývá znatelná. Jedinou hmatnou součástí je pumpička mezi varlaty.

Je protéza na těle patrná vizuálně?

Vizuálně není šance implantát odhalit, někteří z našich pacientů o proběhlé operaci neřekli svým partnerkám a ty nic nepoznaly, jen si pochvalovaly zlepšení erekce. Myslím si, že i to je důkazem velmi dobrého výsledku této léčby.

Nejde však o léčbu hrazenou zdravotními pojišťovnami. S jakou cenou má pacient počítat?

V České republice tuto léčbu bohužel zdravotní pojišťovny nehradí, cena za kompletní implantaci trojdílné protézy v našem centru je 275 tisíc korun, což není vůbec málo, ale je to poloviční cena například ve srovnání s centry v Itálii. Implantace polotuhé protézy stojí 99 tisíc korun.

Která pracoviště v ČR už v současné době léčbu provádějí?



MUDr. Lukáš Bittner, FEBU, FECSM

promoval na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy a následně získal atestace z urologie a sexuologie. Pro mezinárodní evaluaci svých znalostí složil evropské zkoušky z urologie (FEBU) a sexuologie (FECSM). Odborně se věnuje andrologii, vědě, která se zabývá chorobami mužských pohlavních orgánů. Působí jako zástupce přednosty pro výuku na Urologické klinice 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a pracuje jako konzultant pro mužskou neplodnost v IVF centrech. Absolvoval i Louisvillský výcvik v mikrochirurgii a kurzy implantace penilních protéz AMS a Coloplast. Spolu s MUDr. Liborem Zámečnickem se zabývá implantací penilních protéz v pražském klinickém centru ISCARE.

Dle mých informací jsme v posledních několika letech v klinickém centru ISCARE jedini, kdo v České republice trojdílné protézy implantuje. Dříve se implantace prováděly ve Fakultní nemocnici Brno a polotuhé protézy byly implantovány ve Fakultní nemocnici Hradec Králové a ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze.

Jaké jsou vaše zkušenosti s implantací penilních protéz v klinickém centru ISCARE?

Naše zkušenosti jsou veskrze pozitivní, oceňuji zejména prostředí soukromého klinického centra, které má vyčleněné sály pro čistou chirurgii, kde pro naše pacienty hrozí nižší riziko infekce. Pokud už pacient za zákrok platí nemalé peníze, očekává vysoký standard v ubytování i péči, což klinické centrum ISCARE splňuje.

Jaké jsou dosavadní ohlasy ze strany pacientů, kterým už jste penilní protézu implantovali?

Ohlasy jsou až nad očekávání pozitivní. Například pacient v sedmdesáti letech zažívá již nejspíše několikátou mízu a dělá mu náramně dobře, jak jsou všechny ženy s jeho výkonem spokojené. Další pacient, kterému se dlouhodobý vztah rozpadl přičiněním poruchy erekce, si našel velmi mladou a krásnou přítelkyni. Je příjemné dostávat od pacientů takovou zpětnou vazbu.

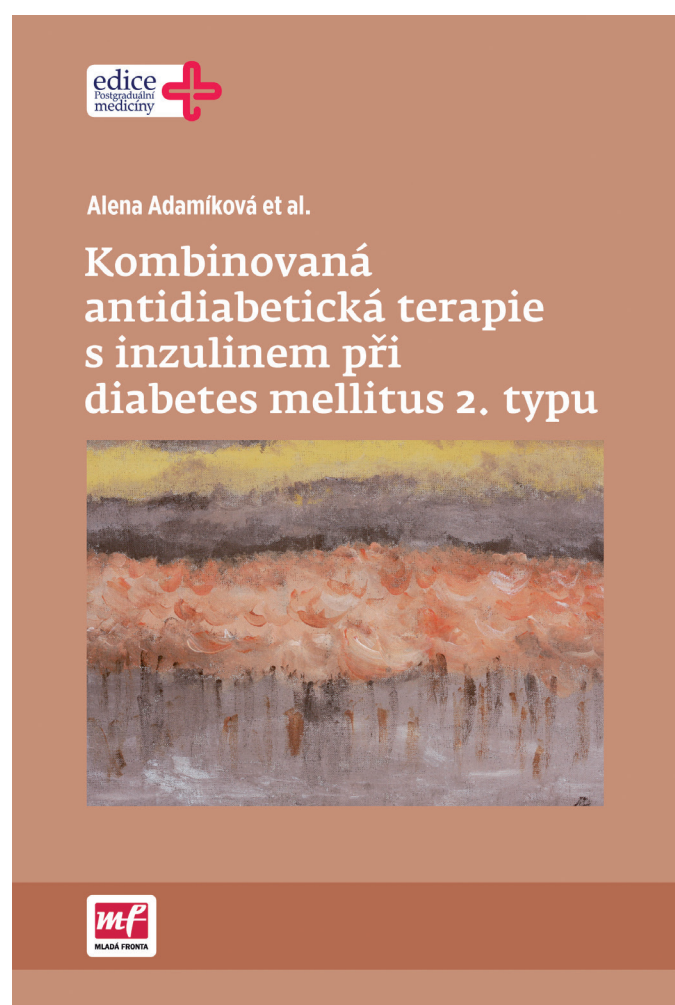
Penilní implantáty jsou v zahraničí už běžnou součástí léčby erektilní dysfunkce. Očekáváte, že se jí stanou i u nás?

Byl bych za to velmi rád. Myslím, že u nás tomu brání jednak nutnost úhrady výkonu pacientem a také to, že u nás je společensky přijatelné na sexuální život rezignovat i v docela nízkém věku. Kdybych měl porovnat jiné muže, zejména z jihu Evropy, tak pro ně je ve větším počtu případů kvalitní erekce důležitá i ve vysokém věku.

Jana Jílková

Představujeme publikaci

Kombinovaná antidiabetická terapie



Diabetes mellitus 2. typu je progresivní onemocnění charakterizované porušenou inzulinovou senzitivitou, redukcí inzulinové sekrece a postupným selháním funkce beta-buněk. Doporučení pro léčbu diabetu zdůrazňují dosažení individuálních cílových hodnot kompenzace efektivní a bezpečnou terapií, která může zlepšit perspektivy pacienta. Včasná kombinace antidiabetik včetně inzulinu podle možností a potřeby pacienta je často nezbytná. Při kombinované antidiabetické terapii se využívá komplementárního mechanismu účinku léků, které zasahují přímo do patofyziologie onemocnění. Chystaná publikace vychází z praktických zkušeností diabetologů, kteří pracují jak v ambulancích, tak i na nemocničních odděleních, která řeší akutní i pozdní diabetické komplikace. Do rychle se rozvíjející oblasti diabetologie přináší nové informace a poznatky. Je určena diabetologům, internistům či praktickým lékařům pečujícím o diabetiky.

Autoři: Alena Adamíková et al.
Doporučená cena 320 Kč

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

MEDICAL SERVICES

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

mf
MLADÁ FRONTA

Schizofrenie českého zdravotnictví

Hovoříme s praktickým lékařem pro dospělé v Benátkách nad Jizerou, místopředsedou Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP a odborným garantem pro diabetologii a hypertenzi za SVL **MUDr. Igorem Karenem**.

S jakými aktuálními problémy se jako praktický lékař (PL) potýkáte?

Medicině v primární péči se věnuji přes 25 let. Ale co se v tomto segmentu systému zdravotnictví dnes děje, je pomalu cesta před listopad 1989. Místo zlepšení komfortu pacientů i zdravotníků neustále bují administrativa. Státní instituce si vymýšlejí další a další formuláře, včetně hlášení očkovaní a použití vakcín do tzv. clearingových center, přitom tato data mají zdravotní pojišťovny (ZP). Totéž platí o formulářích na sociální dávky. Místo jednoho univerzálního jich u jednoho pacienta máme několik, sociální správa a úřady práce nejsou schopny je posoudit a sdělit pacientovi, na co má či nemá nárok.

A co preskripční omezení?

O preskripčních omezeních bylo napsáno mnoho. Zejména státní instituce včetně ZP podlely lobbistickým tlakům odborných společností. Právě ty prodražují systém péče a vzdalují ji pacientovi. Ptám se, proč nelze léčit v primární péči stejně jako v Rakousku, Německu, Skandinávii či Francii, kde je významně méně specialistů než v ČR? Jak je možné, že v jiných zemích EU je minimum preskripčních omezení a systém je transparentnější a jednodušší pro plátce i pacienty, kteří pak dostanou vše na jednom místě a bez dlouhého čekání?

Specialisté jsou PL využíváni až v druhém kroku poté, kdy rozhodnou, že na to se svým portfoliem lékových kompetencí, se svými znalostmi a dle tíže onemocnění pacienta nestačí. Ale všeobecní praktici jsou erudovaní lékaři, kterým je mnohdy podsouváno menší vzdělání než jaké mají specialisté. Je samozřejmé, že praktik nikdy nebude v konkrétním oboru na stejné úrovni jako specialista, nicméně na rozdíl od něho lépe zvládá diferenciální diagnostiku. Specialistů máme hodně. Jak je pak ale možné, že objednávací termíny u nich jsou běžně několik měsíců? Tak se ptám: co asi zbude z aktuálního stavu a diagnózy, kterou jsem jako PL stanovil, než se pacient dostane na řadu? Pojišťovnám, ministerstvu zdravotnictví ani krajům to jak vidno nevádí. Vadí to ale pacientům a nám, praktickým lékařům.

Pojišťovny by nás bonifikovaly za co neefektivnější péči, abychom pacienti tolik neposílali ke specialistům, ale samy (jsou účastníky řízení ohledně preskripčních omezení) tomu brání. Tomu říkám schizofrenie našeho zdravotnictví. Budeme bonifikovat PL za nízké náklady na léčbu a zdravé pacienty a na druhou stranu sekundární sektor ambulantních specialistů je odměněn za to, že našel na pacientovi nemoc. Dělá to na mne dojem, že úsudek některých úředníků je: „Nedáme praktikovi moc léčebných pravomocí, aby náhodou nezačal léčit. Mohlo by se stát, že by léčba šla normálně a racionálně i v primární péči.“ Dokud budou existovat tato nesmyslná preskripční omezení, budou pacienti putovat z ordinace do ordinace. Data od renomované agentury INRES říkají, že více než třetina pacientů si chodí ke specialistům pouze pro recept. Další data ukazují, že skoro 80 procent pacientů si přeje větší preskripční možnosti u svých PL, aby nemuseli do dalších ambulancí.

Máte přístup k nejnovějším léčivým přípravkům?

Existuje úsměvné tvrzení, že PL nemají s novými prepa-



Foto: archiv MUDr. Karena

ráty zkušenost, a proto by je neměli používat. Přípravky, které byly mnohdy vyvinuty zejména pro primární péči, by měly patřit pouze do rukou specialistů. Mám tři atestace a dlouhá léta jsem paralelně působil i jako specialista, nicméně tato demagogie a argumenty jsou opravdu směšné. Jak je možné, že tyto preparáty přicházející na evropský či americký trh mohou předepisovat všeobecní PL v celé EU (kromě Slovenska, tam je to ještě horší než v ČR)?

Je to jednoduché. Zdravotní pojišťovny (bohužel kromě našich) si spočítaly, že se jim i pacientovi vyplatí mít vše zaléčené na jednom místě. Jsem odborným garantem pro diabetes za primární péči. Co se odehrává posledních 5 let na půdě SÚKL a pojišťoven, je opravdu neskutečné. Vezměte si například výroky, že uvolnění preskripce by přineslo nárůst lékové preskripce o 2–4 miliardy. Toto tvrzení přinesli jak diabetologové, tak úředníci ZP, kterým úředníci SÚKL naslouchali, a tvrdím, že i naletěli. Když jsme spočítali, že by při stávajících pravidlech indikace, jež mají specialisté nařízená od pojišťoven a SÚKL, k nárůstu nedošlo, najednou se objevil jiný argument, a to kvalita péče. Když jsme smetli i ten, objevil se nesouhlas výboru diabetologické společnosti. A to byl trumf pro úředníky ZP i SÚKL, že jsme jako odborné společnosti v nesouladu. Nyní jsme dostali i souhlas výboru České diabetologické společnosti, ale opět je ticho od úředníků MZ ČR, pojišťoven i SÚKL.

Nejde jen o diabetologii, totéž by mohlo platit i o léčbě hypertenze, vysokého cholesterolu nebo v oční, kožní, plicní či ORL problematice. V minulosti jsme mohli předepisovat lék na artritidu či akutní dnový záchvat (piroxicam), nyní to může jen revmatolog a ortoped. Kapky do očí na sennou rýmu předepíše pouze oční lékař či alergolog (s termínem objednání v okrese Mladá Boleslav 6 měsíců). A tak bychom mohli pokračovat. Opakovaně jsme byli ujišťováni o rozvolnění preskripce. Doteď se však kromě velkých slov a prohlášení nic nestalo.

Nejsou tak pacienti v ordinaci praktického lékaře diskriminováni?

Pacienti v českém zdravotnictví jsou diskriminováni tím, že se stejnou diagnózou mají jinou medikamentózní péči

u PL a jinou v ambulancích specialistů. Klasický příklad je u diabetiků. Celá Evropa (kromě Slovenska) i svět léčí pacienty s diabetem v ordinacích všeobecných PL. V roce 2010 tuto možnost dalo MZ taktéž všeobecným PL, nicméně jim nebyla dána možnost kvalitně léčit novými preparáty, které přicházejí na trh a které kolegové PL ve svých ordinacích po celém světě běžně užívají. My můžeme pacienty s touto diagnózou léčit pouze dvěma skupinami preparátů (biguanidy a deriváty sulfonylurey). Deriváty sulfonylurey jsou prakticky celosvětově postupně opouštěny pro vyšší výskyt nežádoucích účinků a pro větší bezpečnost a účinnost nových perorálních antidiabetik.

Jste známý popularizátor prevence civilizačních onemocnění. Co jsou to tzv. civilizační choroby a proč jim tak říkáte?

Jedná se o největší „zabijáky“ dospělé populace ve vyspělých zemích a jsou to především arteriální hypertenze, dyslipidemie a zmiňovaný diabetes 2. typu. Všechny tyto nemoci jsou na vzestupu a samy či jejich komplikace způsobují více než 50procentní úmrtnost dospělé populace. Dnes mluvíme doslova o epidemii diabetu. V ČR je více než 860 tisíc pacientů s touto nemocí a dalších cca 200 tisíc lidí o ní neví.

K osvětě v oblasti včasného zachytu civilizačních onemocnění chtěl přispět také váš pilotní projekt, v jehož rámci jste od 1. do 21. srpna objížděl vybraná města Středočeského kraje speciálně upravenou dodávkou, pojmenovanou AUTO PREVENCE. Lidé se mohli nechat zdarma vyšetřit. Jak byste akci shrnul?

Mohu říci, že se opravdu povedla. Měla pozitivní ohlas u pacientů i u starostů obcí, kde jsme se zastavili. Vyšetřili jsme přes 1500 pacientů a zachytili jsme více než 20 pacientů s diabetem a cca 40 pacientů s hypertenzí. Ještě více lidí jsme zachytili s prediabetem, což plně odpovídá statistickým údajům o české populaci. Další analýzy ještě děláme. Pro velký ohlas plánujeme tuto akci i na příští rok a určitě ve větším rozsahu. Každý dospělý člověk by měl znát svůj krevní tlak, vyšší krevního cukru a cholesterolu.

V říjnových volbách kandidujete do Senátu. Čím chcete jako lékař přispět ke zlepšení zdravotnictví?

Mám to napsané ve svém volebním programu. Kandiduji v mělnickém regionu, s nímž jsem spojen přes 25 let. Já i moji pacienti si přejeme kvalitní a dostupné zdravotnictví a péči bez většího čekání. Rád bych, aby zdravotníci měli na své pacienty více času. Určitě bych se rád po svém zvolení do Senátu zasadil o narovnání parametrů v ČR zejména v primární péči, a to posílením kompetencí PL tak, aby pacient dostal vše na jednom místě. Jistě by bylo žádoucí zajistit více bezplatných preventivních prohlídek pro všechny, aby se závčas odhalily začínající civilizační choroby, které plíživě ničí zdraví pacientů a jejichž komplikace zvyšují náklady na zdravotní péči. Podpořím navýšení kapacity domovů pro seniory a hlavně rozvoj ambulantní pečovatelské služby s větším rozsahem v domácím prostředí. Pro mělnický region bych konkrétně rád vybojoval obnovení zrušeného dětského oddělení Nemocnice Mělník.

(eta)



Operace šedého zákalu nyní rychlejší a bezpečnější

Americká společnost Excel Lens ve spolupráci s českým lékařem vyvinula unikátní laser pro operaci šedého zákalu, který odstraňuje nevýhody femtosekundových laserů.

V České republice trpí šedým zákalem půl milionu lidí. Ve věku 75–85 let má šedý zákal 90 % lidí. Ročně je v ČR provedeno 100 tisíc zákroků k jeho odstranění. Odborníci stále přicházejí s novými technologiemi, které dělají zákrok bezpečnější a komfortnější. Na vývoji nového laseru se podílel i oční chirurg a přednosta sítě očních klinik Gemini MUDr. Pavel Stodůlka, Ph.D.

„Počet pacientů postižených šedým zákalem narůstá s tím, jak stárne populace. Nárůst zaznamenává také počet operací. V roce 1989 se jich v ČR provedlo 11 tisíc, v loňském roce počet operací překročil hranici 100 tisíc. S rostoucím počtem zákroků je nutné zdokonalovat operační metody. Při operaci šedého zákalu je nutné odstra-

nit z oka zakalenou čočku, která zhoršuje kvalitu vidění, a nahradit ji čočkou umělou. K tomu se ještě v nedávné době používal ultrazvuk. Od roku 2012 se šedý zákal v České republice operuje laserem,“ popsal MUDr. Stodůlka.

Velmoc oční chirurgie

Operace jsou díky laseru bezpečné a bezbolestné. Nejmodernějším způsobem provedení operace je zákrok s využitím femtosekundového laseru. Nevýhodou těchto laserů je vysoká pořizovací cena a drahý provoz. Lasery však procházejí neustálým vývojem. Kompaktní Capsulaser se používá na začátku operace šedého zákalu při přípravě k odstranění zkalené čočky. Tento nový laser

provádí uvedenou část operace nejrychleji na světě – za jednu sekundu. Kromě toho je mnohem menší a provozně levnější než femtosekundové lasery.

Nový laser byl představen na odborném kongresu v Kodani (kongres probíhal 10.–14. září). Součástí čtyřdenní akce bylo i vyhlášení nejlepších videí z operací. Za odborné video „New Laser Approach For Capsulotomy“ získal MUDr. Stodůlka ocenění od Evropské společnosti kataraktových a refrakčních chirurgů. „Oční chirurgie je jedním z nejrychleji se rozvíjejících oborů medicíny. A Česká republika patří k velmocím oční chirurgie,“ uzavřel Pavel Stodůlka.

(Zdroj: Gemini)
(akt)

Dětských úrazů mírně ubývá

Počet úrazů dětí do 19 let je v České republice stále velmi vysoký. Nicméně díky preventivním opatřením a systémovému řešení analýzy dětských úrazů jejich celkový počet od roku 2007 setválně klesá.

Počet hospitalizovaných dětí kvůli úrazu také meziročně mírně klesá, pokles je to však minimální a pro pracoviště, jako je FN Brno, to znamená, že meziroční počet ošetřených úrazů trvale narůstá, neboť péče o dětské úrazy se pomalu přesouvá ze sektorových pracovišť na pracoviště specializovaná. Důvodem je zejména personální obsazení, kdy postupně chybí specialisté schopní se o dětské úrazy postarat, a také ekonomika, neboť léčba dětských úrazů vykazuje významný nepoměr ve smyslu nákladů/výnosy/rizika. Klinika dětské chirurgie v jamích a letních měsících roku 2016 provedla ve srovnání s loňským rokem o cca 1000–1500 více ambulantních vyšetření, hospitalizovala a operovala o více než 200 pacientů více. Celkem

tedy bylo v Dětské nemocnici mezi březnem a srpnem zaznamenáno 15 807 ambulantních vyšetření pro trauma a 1068 hospitalizovaných zraněných dětských pacientů.

Fakultní nemocnice Brno je již dlouhá léta vedoucím pracovištěm v ČR ve sběru dat o dětských úrazech, jejich analýze a vyhodnocování. Je zakladatelem a tvůrcem Národního registru úrazů a Národního registru dětských úrazů, který je cenným zdrojem dat pro organizaci prevence.

Podle evidence činnosti ambulantních zdravotnických zařízení v oboru chirurgie bylo v České republice roce 2007 ošetřeno celkem 631 828 úrazů dětí ve věku 0–18 let, zatímco v roce 2015 již pouze 530 358 ve stejné

věkové skupině. Trvale jsou nejčastější domácí a následně sportovní úrazy. Mezi život ohrožujícími a smrtelnými úrazy vedou úrazy v dopravě.

Na následky úrazu zemřelo v České republice v roce 2010 podle statistiky Českého statistického úřadu 168 dětí ve věku 0–18 let, v roce 2014 to bylo 112 dětí a v loňském roce 109 dětí. Počet usmrcených dětí se tedy daří redukovat, ale markantní pokles se pomalu zastavuje a je třeba hledat další cesty k tomu, aby pokles pokračoval. Ve srovnání s ostatními zeměmi západní Evropy máme stále standardizovanou úmrtnost vysokou.

(Zdroj: FN Brno)
(red)

S následky nežádoucích interakce léčiv se setkalo 58 % Čechů

Výskyt problémů způsobených nevhodnou kombinací léků je v České republice poměrně vysoký. Z nedávného průzkumu vyplynulo, že osobní zkušenost s nežádoucími interakcemi má nadpoloviční většina obyvatel.

Osobní zkušenost s lékovou interakcí má 20 % Čechů. Celkově se s tímto problémem u sebe nebo ve svém okolí setkalo 58 % respondentů. Možnost automatické kontroly interakcí lékařem považuje 95 % respondentů za potřebnou, z toho 67 % dokonce za nezbytnou.

Internet a zdravotní rizika

V současné době roste počet osob, které pro řešení svých zdravotních problémů využívají různé formy elektro-

nické komunikace se svým lékařem. Podle názoru 42 % respondentů však nejsou sdílené informace prostřednictvím běžných forem elektronické komunikace dostatečně chráněné. Mezi lidmi přesto převažuje důvěra v dostatečné zabezpečení těchto dat. V průzkumu ji přiznalo 62 % respondentek – u mužů to bylo o něco méně. Více než tři čtvrtiny české populace by uvítaly zřízení zabezpečeného účtu s lékařem, který má zajištěnou ochranu dat. Na internetu také existuje řada diskusních fór, kde

lidé řeší své problémy s léky a různými zdravotními komplikacemi, a to častokrát se zveřejněnou identitou. Pouze 40 % respondentů o svém zdraví na internetu nekomunikuje.

Průzkum provedla agentura STEM/MARK na 512 respondentech aktivních na internetu mezi 27. červnem a 4. červencem 2016.

(Zdroj: Svaz pacientů ČR)
(red)



Osvětová akce k diabetu potvrdila praktický dopad na zdraví

Z průzkumu, který realizovala studentka 1. LF UK Kristýna Kučerová, vyplynulo, že osvětová akce pořádaná v souvislosti se Světovým dnem diabetu měla pozitivní dopad na zdraví zúčastněných.

Ilustrační foto: Shutterstock



Článek s výsledky byl publikován v červnu v prestižním časopise *Diabetes Research and Clinical Practice*.

Osvětová akce proběhla v listopadu 2015 v šesti českých městech. Lidé si mohli nechat na stáncích změřit glykemii, krevní tlak, tělesný tuk i obvod pasu. Pokud údaje nebyly v normě, studenti jim doporučili návštěvu lékaře. Analýza se týkala dat od 526 lidí v průměrném věku 53 let.

Ze závěrů výzkumu vyplynulo, že 1 % testovaných trpělo pravděpodobně diabetem, aniž o tom věděli. Dále se ukázalo, že 44 % z již léčených diabetiků mělo vysokou glykemii, což znamená, že neměli správnou léčbu nebo nedodržovali režimová opatření. Měře-

ním dalších parametrů bylo zjištěno, že 38 % účastníků splňovalo kritéria pro metabolický syndrom, přičemž 42 % z nich o tom od lékaře nemělo informace.

„Je skvělé, že studentská aktivita, za níž stojí mnoho úsilí a ochota udělat něco navíc, je nejen obecně vzdělávací, ale představuje i preventivní akci, která může mít konkrétní pozitivní dopad na zdraví účastníků,“ uvedl děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.

(Zdroj: 1. LFUK)
(red)

Jihočeský R-Itareps míří do Silicon Valley

Nezisková organizace Fokus z Českých Budějovic, která v dubnu vyhrála se svým projektem R-Itareps třetí ročník akceleračního programu Laboratoř Nadace Vodafone, míří na mezinárodní konferenci Social Capital Markets do San Franciska.

Mobilní aplikace R-Itareps je určena lidem s psychózou (schizofrenií). Jejím cílem je umožnit dlouhodobě a kontinuálně sledovat vývoj zdravotního stavu u takto nemocného člověka a tím zamezit dlouhodobým opakovaným pobytům v psychiatrických léčebnách.

Investoři i cenné zkušenosti

Právě tato aplikace a pokrok, který v rámci akceleračního programu zaznamenala, byl porotou ohodnocen absolutním vítězstvím. Zástupci projektu tak kromě výhry ve výši 350 000 Kč, kterou plánují využít na další vývoj aplikace a propagaci tématu psychóz, získali také možnost zúčastnit se mezinárodní konference pro společensky prospěšné projekty Social Capital Markets konané od 13. do 16. září v San Francisku. Zde, přímo v Silicon Valley, představí svůj projekt po-

tenciálním investorům a zároveň získají cenné zkušenosti z mezinárodního prostředí společensky prospěšných firem.

Nadnárodní rozměr

„Spojení nápadu, šikovných lidí a komunikačních technologií dává základ pro to, aby projekty uspěly na trhu a pomáhaly lidem. Pro jejich úspěch je ale důležitý také nadnárodní rozměr a není lepšího místa z pohledu technologie než Silicon Valley,“ říká prozatímní viceprezident pro technologie z Vodafone ČR Jiří Švarc, který byl jedním z členů poroty. Spolu s R-Itareps pojedou do San Franciska také zástupci z 2. a 3. místa, konkrétně projekty Lepší místo a Naviterier Conversation.

(akt)



Ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce M151001017

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



Konzervativní léčba dysfunkce pánevního dna



Při poruchách kontinence stolice a moči, které představují multioborový problém, je konzervativní terapie uplatňována především u funkčních poruch způsobených dysfunkcí pánevního dna.

Specializovanou ambulancí pro léčbu dysfunkce pánevního dna má například rehabilitační oddělení Fakultní nemocnice Brno. „Rehabilitace, speciální cvičební jednotky a fyzioterapie tvoří nezastupitelnou součást a často jediný dostupný postup v prevenci i léčbě inkontinence moči a stolice. Neinvazivní fyzioterapeutické postupy jsou často opomíjeny i přesto, že pro pacienta mohou představovat maximální přínos při minimální zátěži,“ uvádí zástupkyně primáře rehabilitačního oddělení FN Brno MUDr. Miluše Jurášková.

Mezi pacienty, kteří přijíždějí z celé České republiky, převládají ženy nad muži v poměru 4 : 1. „Původně jsme na našem pracovišti prováděli rehabilitaci jen u pacientů trpících inkontinencí stolice, ale v současnosti se věnujeme i nemocným s obstipací nebo trvale vysokým svalovým napětím puborektální kličky. Tuto metodiku lze využít i v případě inkontinence moči a je indikována rovněž v rámci předoperační přípravy při výkonech v oblasti pánevního dna, svěračů a při pooperačním doléčení,“ dodává MUDr. Jurášková.

Odstranit příčinu

Rehabilitace je zahájena po potřebných vyšetřeních (např. anoskopii, rektoskopii, kolonoskopii, anorektální manometrii, EMG z análních svěračů, endosonografií análních svěračů nebo defekografií) a stanovení diagnózy. „Pokud je to možné, snažíme se především o odstranění příčiny (anální plastika, rekonstrukce svěračů, hemoroidektomie), nutná je úprava diety, medikace a rehabilitace. V celém procesu léčby je nezbytná spolupráce pacienta, který musí být dostatečně motivovaný k dodržování léčebného režimu, a proto musíme být schopni získat si jeho důvěru,“ vysvětluje Miluše Jurášková.

Rehabilitace se sestává z léčebné tělesné výchovy (LTV), fyzikální terapie, myofeedbacku, a je-li to indikováno, provede vyškolený terapeut ošetření svalů pánevního dna podle Mojžíšové. Pacienta je potřeba upozornit na to, že rehabilitace pánevního dna je dlouhodobý proces, a zlepšení tedy nemůže očekávat po několika málo absolvovaných procedurách.

Znovunabytá kontrola

Myofeedback a elektrostimulaci pánevního dna v Brně provádějí přístrojem Myo 420 a Myo 200. Řada pacientů s inkontinencí má potíže s funkcí svalů pánevního dna, hypertonus, nebo naopak hypotonii svalů pánevního dna a nejsou schopni běžným cvičením (Kegelovy cviky) stav svalů pánevního dna změnit, dokonce jej paradoxně zhoršují.

„Nejde jen o posílení svalů, ale také o návlek koordinovaného stahu a relaxace svalů pánevního dna, čehož bez zpětné vazby není možné docílit. Pacient získává kontrolu nad aktivními motorickými jednotkami, zviditelní se aktivita svalu, i když kontrakce není patrná. Svaly pánevního dna pacient nevidí, takže *myofeedback* informuje pacienta i fyzioterapeuta o tom, zda se potřebné svaly ve správnou chvíli stahují nebo relaxují. Dochází k lepšímu využití funkce příčně pruhovaných svalů a jejich rychlejšímu zotavení ve fázi relaxace,“ uzavírá rehabilitační lékařka.

(red)

Lidé nakupují stále více léků mimo lékárny

Prodej vyhrazených léčivých přípravků mimo lékárny je v České republice možný od roku 1998, ale až v poslední době se počet jejich prodejců začíná zvyšovat. Aktuálně jich je podle databáze Státního ústavu pro kontrolu léčiv zhruba 1970, zatímco lékáren je u nás 2410.

Uvedený trend přináší výhody v podobě dostupnosti základních léčivých přípravků bez předpisu a doplňků stravy v místech, kde lékárny chybí, a v časech, kdy jsou uzavřeny. Zejména jde o čerpací stanice pohonných hmot, které mají většinou otevřeno nepřetržitě. V minulosti proběhly diskuse o tom, zda lék podaný z rukou nefarmaceutického pracovníka ne-

představuje pro kupujícího riziko. Mimo lékárny lze však prodávat pouze vyhrazené léčivé přípravky, tj. omezený okruh léčiv vhodných pro samoléčbu. V ČR se jedná o 300 položek, většinu tvoří léčivé čaje.

Pro zajištění bezpečnosti spotřebitelů je klíčové, aby prodejci při skladování, nakládání a prodeji těchto léčiv dodržovali zásady dané vyhláškou č. 106/2008

Sb. Lidé, kteří se pak rozhodnou zakoupit si lék bez předpisu, by měli dodržovat několik základních pravidel: pečlivě číst příbalovou informaci, hlídat, zda neužívají dva léky se stejným složením, a v neposlední řadě vyhledat lékařskou pomoc, pokud léky nepomohou.

(akt)

Inzerce M16100563

VY A VAŠE KARIÉRA

**Investujeme do svých zaměstnanců,
do svých nemocnic a do špičkové techniky.**

JSME PŘIPRAVENI INVESTOVAT I DO VÁS!

**PŘIDEJTE SE K NÁM
A PRACUJTE PRO NEJLEPŠÍ!**





Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
vyhlašují



TÝDEN

SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR

3.–9. října 2016

Partneři Týdne sociálních služeb ČR

Armáda spásy | Asociace veřejně prospěšných organizací ČR, z.s.
Česká asociace streetwork, z.s. | Česká unie neslyšících
Diakonie Českobratrské církve evangelické | Charita Česká republika
Jihočeský kraj | Jihomoravský kraj | Karlovarský kraj | Kraj Vysočina
Královéhradecký kraj | Liberecký kraj | Moravskoslezský kraj
Olomoucký kraj | Plzeňský kraj | Středočeský kraj | Ústecký kraj
Zlínský kraj | Hlavní město Praha | Statutární město Ostrava
Statutární město Brno | Město Prachatice
Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, z. s.
Slezská diakonie | Unie zaměstnavatelských svazů ČR

Mediální partneři



sociální služby

Listy
sociální práce

Práce & sociální politika



FÓRUM
sociální politiky

REZIDENČNÍ PÉČE



florence



AMReview
AKTUALITY Z MEDICÍNY A SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE

www.tyden-socialnich-sluzeb.cz

MEDICÍNA



Podnebí a sebevraždnost

Mezi veřejností panuje názor, že sebevraždnost je úzce provázána s ekonomickou krizí a že v jejím důsledku sebevražd přibýlo. Realita je však složitější. Ukazuje to nová mezinárodní studie, která zkoumala vliv ekonomické situace a podnebí ve 29 státech.

Počet sebevražd přepočtený na počet obyvatel mezi jednotlivými zeměmi výrazně kolísá a již léta je předmětem diskusí otázka, které faktory jej ovlivňují. Nejčastěji se obracela pozornost k podnebí, ekonomické situaci v daných oblastech a poté samozřejmě k míře religiozity, stravovacím zvyklostem, míře nezaměstnanosti, spotřebě alkoholu a v posledních letech se do centra pozornosti dostává i vliv spotřeby antidepressiv.

„Každá ze zmíněných proměnných přitom vykazovala náznaky, že by mohla mít na tuto problematiku zásadní vliv. Vždy se ale nakonec ukázalo, že najdete výjimky, pro které teorie neplatí – například existence bohatých států s vysokou sebevraždností a naopak. Odborníci si tak kladli otázku, kde je v teorii chyba. Ukazuje se, že zřejmě v tom, že fenomén sebevraždnosti se v různých oblastech splétá z různých proměnných. Jeden trs proměnných tak nevysvětluje problém univerzálně pro celou zeměkouli,“ popisuje jeden ze spoluautorů studie, ředitel Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ) prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych.

První studii inicioval Řek Konstantinos N. Fountoulakis. Mapovala vztah ekonomické krize k sebevraždnosti v Evropě. Práce tehdy přišla se zajímavým nálezem, že zvýšená sebevraždnost v Evropě mírně předcházela samotnou krizí – intuitivně by se přitom zdálo, že tomu bude naopak. Poté, co studie vyšla, objevily se hlasy, které upozorňovaly na to, že studie zanedbává další důležité faktory, které mohou mít na sebevraždnost vliv.

„Toho si autoři studie byli samozřejmě vědomi, problém však byl získat srovnatelná data. Vhodnou proměnnou se ukázalo být podnebí – teplota, srážky a podobně. Zrodil se nápad započítat tuto proměnnou spolu s tou ekonomickou v rámci vícerozměrné statistiky – v tom je studie naprosto unikátní,“ přibližuje profesor Höschl.

Nová studie zkoumala data z 29 evropských zemí za období 2000–2012, která zachycovala sebevraždnost u mužů a žen (podle WHO), ekonomická data (podle Světové banky) a klimatické proměnné. Odvozené modely, zohledňující podnebí i ekonomickou situaci, vysvětlovaly 62,4 % sebevražd u mužů, ekonomické proměnné 26,9 % a klimatické 37,6 %. U žen pak oba faktory ovlivnily 41,7 % sebevražd, ekonomické 11,5 % a klimatické 28,1 %.

„Ukazuje se, že podnebí je silnějším faktorem než ekonomické vlivy. Napříč státy zasaženými krizí se táhne pásmo od jihu k severovýchodu coby pozitivní gradient sebevraždnosti – nejvyšší je v pobaltských republikách a v oblasti Ruska. Zjednodušeně řečeno tak platí, že pokud je ve společnosti větší nezaměstnanost a zároveň větší zima, bude sebevraždnost vyšší. Například v Řecku, které je krizí postiženo velmi výrazně, stoupla sebevraždnost jen málo oproti dalším oblastem. Kritici mohou namítnout, že to lze připsat náboženským vlivům, společnost je však dnes již poměrně dost sekularizovaná a není religióznější než třeba Slovensko, kde je však sebevraždnost mnohem vyšší,“ vysvětluje profesor Höschl.

Aktuální studie by tak mohla pokračovat dvěma směry. První z nich by znamenal obohatit analýzu o další proměnné, jako jsou spotřeba alkoholu, religiozita, rozvodovost a podobně. Druhý směr dále pracuje s vlivem klimatických podmínek. „Znamenalo by to zopakovat tuto studii například za deset let – globální oteplování by mělo dle naší hypotézy způsobit, že totéž místo v případě oteplení bude mít při dalším zkoumání nižší sebevraždnost,“ uzavírá Cyril Höschl.

(Zdroj: NÚDZ)
(red)



Zemřel profesor Karel Horký

Ve čtvrtek 11. srpna zemřel bývalý přednosta II. interní kliniky kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN v Praze a čestný předseda České internistické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Karel Horký, DrSc., FACP (Hon), FEFIM.

Profesor Horký se narodil 9. 5. 1933 v Brně, kde vystudoval Lékařskou fakultu Masarykovy univerzity. Po promoci v roce 1957 nastoupil jako sekundární lékař na interní oddělení nemocnice v Děčíně a v roce 1960, po atestaci z vnitřního lékařství, přešel na III. interní kliniku profesora Josefa Charváta v Praze, kde pracoval 30 let. Po obhájení kandidátské dizertační práce byl v roce 1988 habilitován. Po získání doktorátu věd byl v roce 1990 jmenován profesorem vnitřního lékařství. Po změnách v roce 1989 se profesor Horký stal přednostou II. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Svým velkým rozhledem široce vzdělaného internisty přispěl k modernizaci pracoviště, k posílení klinického a experimentálního výzkumu. Profesor Horký vybudoval na II. interní klinice laboratoř, která ve výzkumné oblasti začala používat metody molekulární biologie. Vedoucím této laboratoře zůstal i po odchodu z pozice přednosty kliniky. Na kliniku ale pravidelně docházel ještě v letošním roce.

Profesor Horký byl také velmi aktivní v pedagogické činnosti – přednášel našim studentům, zkoušel státní zkoušky z vnitřního lékařství, ve výuce postgraduální přednášel v Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze. Mnoho let byl předsedou

komise pro obhajoby kandidátských prací, členem komise pro práce doktorské. Pracoval také v oborové radě pro kardiologii IGA MZ ČR a GA ČR a v prezidiu ČLS JEP. V roce 1990 působil jako proděkan pro zahraniční styky 1. LF UK v Praze.

Vědeckou a výzkumnou činnost profesor Horký zaměřil především na oblast humorálních regulací krevního tlaku a patogeneze hypertenze. Jeho zahraniční pobyty na Clinical Research Institute of Montreal v Kanadě přispěly k řadě zajímavých objevů v oblasti systému renin, angiotensin, aldosteron, později i atrilálního natriuretického faktoru. Nové poznatky publikoval v prestižních odborných časopisech. Profesor Horký se stal mezinárodně uznávaným špičkovým odborníkem v oblasti výzkumu hypertenze. Publikoval více než 400 časopiseckých sdělení, z toho přes 100 v renomovaných zahraničních časopisech, je autorem více než 20 monografií a skript. Monografie profesora Horkého opakovaně získaly významná ocenění vydavatelství Avicenum i Univerzity Karlovy.

Byl i hlavním pořadatelem Lékařského repetitoria, velmi rozsáhlého díla, které naposledy vyšlo za redakce učitele prof. Horkého, akademika Josefa Charváta. Odborné kvality profesora Horkého

byly oceňovány i v zahraničí. Byl členem prestižní evropské společnosti pro klinický výzkum, členem International Society of Medicine, čestným členem American College of Physicians, Slovenské a Polské internistické společnosti, České a Slovenské endokrinologické společnosti. Hlavním polem jeho působnosti byla především Česká internistická společnost, které předsedal v letech 1991–2005. V letech 1994–1998 zastával i roli předsedy České společnosti pro hypertenzi. Díky své činnosti se stal čestným členem ČLS JEP, Slovenské lékařské společnosti JEP, České a Slovenské endokrinologické společnosti, České kardiologické společnosti, České společnosti pro hypertenzi, Slovenské internistické společnosti, American College of Physicians a European Federation of Internal Medicine. Za své působení byl oceněn řadou čestných uznání a cen.

Profesor Horký patří k nejvýznamnějším osobnostem české interní medicíny. Díky svému charismatu, odborné a nesmírné morální autoritě byl vysoce respektovaný na všech pracovištích a ve všech odborných společnostech, kde působil.

Michael Aschermann a spolupracovníci z II. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha

Inzerce M161000642



XXV. konference

Sekce gynekologické endoskopie
ČGPE ČLS JEP 2016
se zahraniční účastí

20. – 22. října | Olomouc
Clarion Congress Hotel Olomouc



www.laparoskop.cz/sge2016



autobible.cz

Předjedeme vaše představy!

novinky

testy

ojetiny

motocykly

fotogalerie



**Výběrová řízení****Primář/primářka**

Ředitelka Pardubické nemocnice vypisuje výběrové řízení na obsazení vedoucího místa:

• primář/-ka plicního oddělení**Kvalifikační požadavky:**

VŠ vzdělání lékařského směru, specializace v oboru pneumologie a ftizeologie, minimálně 10 let praxe v oboru, licence ČLK pro výkon funkce primáře, příp. splnění podmínek pro její vydání, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., řídicí a organizační schopnosti, schopnost koordinace a týmové práce, komunikační schopnosti.

Podrobné informace naleznete na adrese: www.nempk.cz/sites/default/files/nemocnice-pardubice/obsah/stranky/vyberova-rizeni-pardubicka-nemocnice/soubory/2016-pnplcnicprimar-kavr_1.pdf

M161000633

Vedoucí úseku farmacie

Ředitelka Pardubické nemocnice vypisuje výběrové řízení na obsazení vedoucího místa:

• vedoucí úseku farmacie**Kvalifikační požadavky:**

VŠ vzdělání v oblasti farmacie, specializace v oboru nemocniční lékárenství, minimálně 5 let praxe v oboru, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., řídicí a organizační schopnosti, schopnost koordinace a týmové práce, komunikační schopnosti.

Podrobné informace naleznete na adrese: www.nempk.cz/sites/default/files/nemocnice-pardubice/obsah/stranky/vyberova-rizeni-pardubicka-nemocnice/soubory/vrvedouciusekufarmacie.pdf

M161000334

Volná místa**Internista**

Ústav pro péči o matku a dítě přijme:

• lékaře/-ku internistu**Požadujeme:**

Atestaci v oboru interní lékařství, zkušenost či atestace v oboru diabetologie velmi vítána.

Nabízíme:

Zázemí stabilní spol. s tradicí, zaměstnanecké benefity, zajištění pronájmu bytu v Praze. Nástup možný ihned.

Kontakt:

e-mail: personalni@upmd.eu
tel.: 296 511 240, 800

M161000654

Anesteziolog

Ústav pro péči o matku a dítě přijme:

• lékaře/-ku anesteziologie**Požadujeme:**

Ukončený základní kmen, atestace v oboru anesteziologie vítána.

Nabízíme:

Zázemí stabilní spol. s tradicí, zaměstnanecké benefity, zajištění pronájmu bytu v Praze. Nástup možný ihned.

Kontakt:

e-mail: personalni@upmd.eu
tel.: 296 511 240, 800

M161000655

Biomedicínský technik

Ústav pro péči o matku a dítě přijme:

• biomedicínského technika/inženýra**Požadujeme:**

VŠ vzdělání, osvědčení dle vy-

hlášky 50/1978 Sb. § 6, osv. o odborné způsobilosti, zkušenosti metrologa výhodou, vhodné i pro absolventy.

Nabízíme:

Zázemí stabilní spol. s tradicí, zaměstnanecké benefity, zajištění pronájmu bytu v Praze.

Kontakt:

e-mail: personalni@upmd.eu
tel.: 296 511 240, 800

M161000656

Lékař/lékařka

Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, hledá:

• lékaře/lékařku**pro Pneumologickou kliniku
2. LF UK a FNM****Požadujeme:**

Minimálně interní kmen, atestaci z pneumologie a ftizeologie přednostně. Plný úvazek, nástup možný od 1. 10. 2016.

Písemné nabídky s CV zasílejte na e-mail:

miloslav.marel@fnmotol.cz

Nabízíme:

Možnost odborného růstu, ubytování pro mimopražské a další zaměstnanecké benefity.

Informace na tel.: 224 436 601

M161000637

**Nemocnice Vyškov, p. o.,
vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:****PRIMÁŘ CENTRA LÉČEBNÉ REHABILITACE****Požadujeme:**

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

Platové podmínky dle dohody, 14. plat. třída. Nástup po dohodě.

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 centra
léčebné rehabilitace“**

**Nemocnice Vyškov, p. o.,
vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:****PRIMÁŘ ODDĚLENÍ DLOUHODOBĚ
NEMOCNÝCH****Požadujeme:**

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

Platové podmínky dle dohody, 14. plat. třída. Nástup po dohodě.

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 oddělení
dlouhodobě nemocných“**



NEMOCNICE PODLEŠÍ a. s., hledá lékaře/lékařku na oddělení cévní a miniinvasivní chirurgie prestižního Komplexního kardiovaskulárního centra

Požadujeme:

- způsobilost podle zákona č.95/2004 Sb. • minimálně základní chirurgický kmen • spec. způsobilost v oboru cévní chirurgie vítána, není však podmínkou (vítán i mladý chirurg s chutí se rozvíjet zejména v oboru cévní chirurgie, ale nejen v něm) • aktivní znalost cizího jazyka
- flexibilitu, samostatnost, spolehlivost a odpovědnost • aktivní přístup k práci • vstřícné chování a vystupování

Nabízíme:

- smluvní mzdu • práci na plný úvazek • možnost dalšího osobního i odborného rozvoje na nejvyšší úrovni s podporou zaměstnavatele
- profesionální zázemí a stabilní zaměstnání
- seriózní, vstřícné a korektní interpersonální vztahy
- práci na prestižním, akreditovaném, specializovaném pracovišti

Platové podmínky:

individuální – smluvní (budou dohodnuty při osobním jednání)

Benefity:

zaměstnanecské benefity (příspěvek na stravování, příspěvek na životní přípojištění, úhrada vakcíny proti chřipce, 5 týdnů dovolené, odměny při životních a pracovních jubilejích, příspěvek na dětskou zimní nebo letní rekreaci v rámci holdingu, úhrada poplatku v ČLK a další)

Termín nástupu: na základě dohody

Kontakt:

Mgr. Simona Szusciková, e-mail: simona.szuscikova@npo.agel.cz, tel.: +420 558 304 103

Inzerce M161000605

Nemocnice Slaný přijme do pracovního poměru všeobecnou sestru, zdravotnického asistenta nebo zdravotnického záchranáře pro tato oddělení:

- chirurgické oddělení – aseptická část • chirurgické oddělení – operační sál • interní oddělení • ARO

Dále přijmeme: • radiologický asistent • fyzioterapeut

Požadujeme:

- zdravotní způsobilost a bezúhonnost • práci ve směnném provozu • minimální úvazek 0,5

Nabízíme:

- dobré platové podmínky • zaměstnanecské benefity (příspěvek na stravování, dovolenou, dojíždění, příspěvek na dětské tábory, slevy na léky zakoupené v nemocniční lékárně) • možnost ubytování
- placení dalšího vzdělávání (kurz, specializační vzdělání, příspěvek na vysokoškolské vzdělání) • Louny – doprava zajištěna (svoz)

Nástup možný ihned.

**Kontakt: Jiřina Sirová, hlavní sestra, tel.: 312 575 314,
nebo e-mail: sirova.jirina@seznam.cz**

Nemocnice Slaný přijme lékaře/- ku na pozici primář dětského a novorozeneckého oddělení

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v oboru pediatrie • zdravotní způsobilost a bezúhonnost • plný pracovní úvazek včetně služeb

Nabízíme:

- dobré platové podmínky • zaměstnanecské benefity (příspěvek na stravování, dovolenou, dojíždění, příspěvek na dětské tábory, slevy na léky zakoupené v nemocniční lékárně) • možnost ubytování nebo získání bytu • možnost seberealizace • placení dalšího vzdělávání

Nástup možný ihned

Kontakt: reditelstvi@nemocnice-slany.cz

Inzerce M161000622

Masarykova městská nemocnice v Jilemnici vyhlašuje výběrové řízení na pracovní pozici VRCHNÍ SESTRA INTERNÍHO ODDĚLENÍ

Nástup do funkce: 1. 1. 2017

Kvalifikační předpoklady:

- odborná způsobilost v oboru všeobecná sestra (zák. 96/2004 v platném znění) • VŠ, VOŠZ nebo SZŠ s PSS v oboru ošetrovatelská péče o dospělé • minimálně 5 let praxe • organizační a řídicí schopnosti • morální a občanská bezúhonnost • znalost práce na PC

K přihlášce nutno doložit:

- strukturovaný životopis • osobní dotazník • doklady o dosaženém vzdělání • motivační dopis • výpis z rejstříku trestů, ne starší 3 měsíců • souhlas s využitím poskytnutých osobních údajů pro účely výběrového řízení

Písemné přihlášky s požadovanými doklady zasílejte na personální oddělení do 3 týdnů po zveřejnění inzerátu (MMN v Jilemnici, personální oddělení, Metyšova 465, 514 01 Jilemnice)
e-mail: miluse.podzimkova@nemjil.cz

Inzerce M161000639

Domažlická nemocnice a.s.,
Kozínova 292, Domažlice

DO NEM

Domažlická nemocnice, a.s.

přijme:

**▪ Lékaře se specializací vnitřní lékařství
i absolventy na akreditované interní oddělení**

**▪ Lékaře se specializací radiologie
a zobrazovací metody**

**▪ Lékaře se specializací gynekologie
a porodnictví**

Požadujeme:

- odbornou a zdravotní způsobilost dle vyhl.č. 95/2004 Sb.
- trestní bezúhonnost

Nabízíme:

- HPP na dobu neurčitou, plný úvazek
- práci v lůžkovém i ambulantním provozu
- smluvní platy + osobní ohodnocení
- náborový příspěvek až do výše 200 tis. Kč
- možnost dalšího zvyšování kvalifikace
- zaměstnanecské výhody (příspěvek na penzijní připojištění, příspěvek na stravování, dovolená 25 dní/rok)
- práce v mladém kolektivu
- pomoc s hledáním bydlení

Termín nástupu dle dohody.

Přihlášky a další informace:

pí Blažková, os. odd., T: 379 710 261, E: marcela.blazkova@donem.cz

Inzerce M161000613



**Nemocnice Rudolfa a Stefanie
Benešov, a.s.**

HLEDÁME

VŠEOBECNÉ SESTRY A ZDRAVOTNICKÉ ASISTENTY

Nabízíme: adekvátní finanční ohodnocení s možností růstu na základě získané praxe • náborový příspěvek • příspěvek na bydlení po dobu 2 let při plném pracovním úvazku • možnost zajištění ubytování v místě pracoviště rovněž s příspěvkem na bydlení • podporu vzdělávání • firemní benefity (stravování, firemní jesle, příspěvek na penzijní připojištění, 5 dní dovolené navíc, 2 Sick Days, péče o tělo a další).

Absolventům zdravotnických škol oboru zdravotnický asistent dále nabízíme: pracovní poměr na dobu neurčitou • úhradu školného na VŠ nebo VOŠ při studiu kombinované formy studia • podporu ve zvyšování kvalifikace dle ZP, včetně uzavření kvalifikační dohody na 5 let • studijní stipendium při stanoveném prospěchu na státní VŠ

**Kontakt: pam@hospital-bn.cz, tel.: 317 756 554
Máchova 400, 256 01 Benešov www.hospital-bn.cz**

Inzerce M161000581

**Nuselská poliklinika,
Praha 4,**

shání pro pracoviště
na poliklinice
v ul. Táborská 325/57
LÉKAŘE ORTOPEDA,
který má vlastní
smlouvy se ZP.

Nabízíme prostory,
které budou nově
zrekonstruovány dle
přání uživatele.

Další požadavky
pro tuto praxi budou
projednány během
osobního setkání.

Na poliklinice jsou
pracoviště PL,
int. a odb. lékařů,
která jsou i zdrojem
pacientů pro ortop.
praxi.

Inzerce M161000511

HLEDÁM NÁSTUPCE

do dobře zavedené
ordinace PLDD
v okrese Děčín.

Vhodné i pro zájemce
o částečný úvazek.

**Telefon:
602 939 67**

Inzerce M161000600

**Personální inzerce
do časopisu**

**Zdravotnictví a medicína
je přijímána na e-mailu:
personalni.inzerce@mf.cz
nebo telefonicky na tel.:**

225 276 380



Společnost Dialcorp, s. r. o., přijme

všeobecnou sestru

pro dialyzační středisko v Rychnově nad Kněžnou

NABÍZÍME:

• zázemí stabilní firmy – víc než 20 let zkušeností v péči o nefrologicky nemocné • zajímavou práci na plný úvazek ve dvousměnném provozu ve zrekonstruovaném prostředí moderně vybaveného pracoviště • odborný růst a podporu dalšího vzdělávání • balíček zaměstnaneckých benefitů • 5 týdnů dovolené + 5 dnů osobního volna nad rámec dovolené • velmi dobré platové podmínky – včetně motivačních složek

POŽADUJEME:

• komunikativnost, ochotu a schopnost učit se, aktivní a zodpovědný přístup k práci • SŠ/VŠ vzdělání v oboru všeobecná sestra, dle zákona 96/2004 Sb. • PSS intenzivní péče – nefrologie s výhodou • užitavelskou znalost práce s PC • pečlivost a samostatnost

Kontakt: Eva Višková, telefon: 602 519 541
e-mail: eva.viskova@dialcorp.cz



Dialcorp s.r.o.

Inzerce M161000671

**hledá nové kolegy do svého kolektivu na pozice:**

• lékař na **Dětské oddělení** s atestací v oboru dětské lékařství nebo v pokročilé fázi tohoto vzdělávacího programu s vážným zájmem věnovat se dlouhodobě dětské gastroenterologii.

Kontakt:
prim. MUDr. Ivan Peychl, e-mail: ivan.peychl@bulovka.cz

• sekundární lékař na **Kliniku pneumologie a hrudní chirurgie** s pokročilým stupněm vzdělávacího programu s vážným zájmem věnovat se dlouhodobě pneumologii.

Kontakt:
prim. MUDr. Petr Opálka, CSc., MBA, e-mail: petr.opalka@bulovka.cz

Inzerce M161000609

**Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o., přijme
LÉKAŘE/LÉKAŘKU na oddělení GASTROENTEROLOGIE****Požadujeme:**

výrazný zájem o obor, absolvován interní/chirurgický kmen.

Nabízíme:

ŠPIČKOVÉ PRACOVIŠTĚ (nadstandardně personálně i technicky zajištěné, perfektní edukační přístup, zahraniční spolupráce), významnou podporu specializačního vzdělávání v oboru, v případě závazku vůči současnému zaměstnavateli nemocnice automaticky převezme 100% závazku, práci na akreditovaném pracovišti, přátelské neformální pracovní prostředí, zaměstnanecké benefity (3 sick days, 7 500,- Kč/rok na rekreaci, penzijní připojištění, 5 týdnů dovolené).

Bližší informace podá primář oddělení
MUDr. Vladimír Nosek, tel. č. 483 345 550 (540, 548),
e-mail: nosek@nemjbc.cz, případně kontaktujte
personální oddělení, e-mail: pavel.kures@nemjbc.cz

Inzerce M161000629



MLADÁ FRONTA

**SLEZSKÁ NEMOCNICE
V OPAVĚ, PŘÍSPĚVKOVÁ
ORGANIZACE
přijme****LÉKAŘE
na anesteziologicko-
resuscitační oddělení.**

Bližší informace:
www.nemocnice.opava.cz
(pracovní příležitosti)

Inzerce M161000628

**Pro nové luxusní pracoviště
následně péče VILA
Třebotov hledáme vhodné
VŠEOBECNÉ SESTRY
do směnného provozu.**

Nástupní mzda
30.000 Kč měsíčně.

V případě zájmu kontaktujte
primářku MUDr. Renátu Petrovou,
e-mail:
primar@nemocnice-trebotov.cz,
tel. 606 113 333

Inzerce M161000571

**ÚRAZOVÁ
NEMOCNICE V BRNĚ
přijme****LÉKAŘE-ANESTEZIOLOGY
SE SPECIALIZOVANOU
ZPŮSOBILOSTÍ V OBORU**

i absolventy, přednostně
na plný úvazek, jiná
forma dle dohody.

Nabízíme nadstandardní
finanční ohodnocení,
možnost dalšího
vzdělávání.
Nástup možný ihned.

Kontakt:
MUDr. Radim Kyzlink
náměstek ředitele pro LPP
e-mail:
r.kyzlink@unbr.cz
tel.: 545 538 636
mobil: 775 858 061

Inzerce M161000630

**Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s.
vypisuje výběrové řízení na pracovní pozici
VRCHNÍ SESTRA CENTRÁLNÍHO PŘÍJMU
VRCHNÍ SESTRA ODDĚLENÍ CHIRURGIE****Požadujeme:**

- způsobilost k výkonu zdravotnického povolání na území ČR v souladu se zákonem • č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních
- vzdělání: ÚSO, VOŠ, VŠ příslušného směru • osvědčení o způsobilosti nelékařského pracovníka bez odborného dohledu • specializovaná způsobilost v příslušném oboru • dobré komunikační, organizační a manažerské schopnosti • praxe ve vedoucí funkci výhodou • znalost práce na PC • 5 let praxe v oboru • občanská a morální bezúhonnost (čistý trestní rejstřík)

Co Vám nabízíme?

- stabilní zázemí společnosti, která získala nejvyšší stupeň uznávaného ocenění CZECH Stability Award • práce v moderním pracovním prostředí
- dobré platové podmínky • týden dovolené navíc • možnost zajištění ubytování • levné moderní stravování v závodní jídelně (výběr z 5 druhů jídel i dietních)

Náležitosti:

- přihláška k výběrovému řízení (název funkce, organizace, jméno a příjmení uchazeče, telefonní kontakt, datum a podpis). • součástí přihlášky: nástin koncepce řízení oddělení centrálního příjmu v oblasti ošetrovatelské péče a řízení nelékařských zdravotnických pracovníků
- strukturovaný profesní životopis, ve kterém uchazeč uvede přehled odborné praxe • kopie dokladů o dosaženém vzdělání (zaměstnanec nemocnice nemusí dokladat) • výpis z rejstříku trestů ne starším 3 měsíců (zaměstnanec nemocnice nemusí dokladat) • souhlas ke zpracování a uchování Vašich osobních údajů podle §12 a §21 zákona • č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Vaše osobní materiály považujeme za důvěrné a bude s nimi nakládáno v souladu se zmiňovaným zákonem a etickým kodexem společnosti.

Přihlášky zasílejte do 22. září 2016 poštou na adresu:

Mgr. Pavlína Šimmerová, Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s.,
Purkyňova 1849, Česká Lípa, PSČ 470 77

Obálku označte „Výběrové řízení VS CP – neotvírat“

Vyhlašovateli si vyhrazuje právo kdykoliv výběrové řízení zrušit a to i bez udání důvodu.

Inzerce M161000614

**Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s.
vypisuje výběrové řízení na pracovní pozici
PRIMÁŘ ODDĚLENÍ CHIRURGIE****Požadujeme:**

- odborná způsobilost v oboru dle Zákona 95/2004 Sb.
- specializovaná způsobilost v oboru • licence ČLK k výkonu funkce primáře či její doplnění do 1 roku • 10 let praxe v oboru • dobré komunikační, organizační a manažerské schopnosti • znalost práce na PC • občanská a morální bezúhonnost (čistý trestní rejstřík)

Co Vám nabízíme?

- stabilní zázemí společnosti, která získala nejvyšší stupeň uznávaného ocenění CZECH Stability Award • práce v moderním a akreditovaném pracovním prostředí • smluvní mzda • týden dovolené navíc • možnost zajištění ubytování • náborový příspěvek ve výši 100 000 Kč • bohatý zaměstnanecký program

Náležitosti:

- přihláška k výběrovému řízení (název funkce, organizace, jméno a příjmení uchazeče, telefonní kontakt, datum a podpis). • součástí přihlášky: koncepce a vize chodu a rozvoje chirurgického oddělení
- strukturovaný profesní životopis, ve kterém uchazeč uvede přehled odborné praxe • kopie dokladů o dosaženém vzdělání (zaměstnanec nemocnice nemusí dokladat) • výpis z rejstříku trestů ne starším 3 měsíců (zaměstnanec nemocnice nemusí dokladat) • souhlas ke zpracování a uchování Vašich osobních údajů podle §12 a §21 zákona • č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů. Vaše osobní materiály považujeme za důvěrné a bude s nimi nakládáno v souladu se zmiňovaným zákonem a etickým kodexem společnosti.

Přihlášky zasílejte do 20. října 2016 poštou na adresu:

Mgr. Pavlína Šimmerová, Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s.,
Purkyňova 1849, Česká Lípa, PSČ 470 77

Obálku označte „Výběrové řízení primář chirurgie – neotvírat“

Vyhlašovateli si vyhrazuje právo kdykoliv výběrové řízení zrušit a to i bez udání důvodu.

Inzerce M161000615

Akce se koná pod záštitou

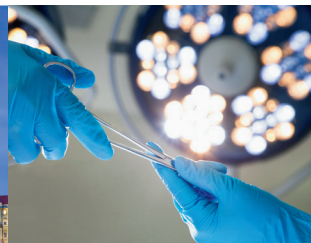
předsedy vlády ČR Mgr. Bohuslava Sobotky,
ministra zdravotnictví ČR MUDr. Svatopluka Němečka, MBA,
České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a České asociace sester

UZS

UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

Unie zaměstnavatelských svazů ČR
a Mladá fronta a. s.
Vás zvou na konferenci

**MEDICAL
SERVICES** 



Zdravotnictví 2017

1.-2. 11. 2016 hotel Grandior, Na Poříčí 42, Praha 1

www.uzs-konference.cz

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNER
ODBORNÉ SEKCE



PARTNER
KONFERENCE



VYSTAVOVATEL



HODINÁŘSTVÍ
ŠTĚPÁNSKÁ 57, PRAHA 1, 224 214 349
www.hodinarstvibechyne.cz