



# ZDRAVOTNICTVÍ

# MEDICÍNA



MLADÁ FRONTA

10/2016

vyšlo: 17. 10. 2016

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ



Záměr novely zákona o léčivech v ohrožení (str. 15)





# MEDICAL SERVICES



MLADÁ FRONTA

## Zajišťujeme kvalitní komplexní služby na míru:

- Vydáváme **zdravotnické tituly**
- Organizujeme **vzdělávací akce**
- Připravujeme **odborné knihy**
- Provozujeme odborné webové stránky **[zdravotnictviamedicina.cz](http://zdravotnictviamedicina.cz)**

**[www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)**



# Kam kráčíš, zdravotnictví?

*Samozřejmě, že zdravotnictví kráčí stále jenom kupředu. Tedy pokud mluvíme o rozvoji zdravotnických technologií, a to specificky v oblasti zdravotnických prostředků a léčiv.*

Tady je pokrok nepřehlédnutelný, magnetickou rezonanci už mají v každé Horní Dolní a biologická léčba je rok od roku dostupnější těm, kteří ji potřebují. Výrazně smutnější obraz nabízí pohled na zdravotnictví jako systém. Místo předvídatelného světa, ve kterém regulátor reguluje, pojišťovák pojišťuje, zdravotník léčí a občan jim všem za dobré služby přímo či nepřímo platí, máme systém plný konfliktů zájmů, kolektivní neodpovědnosti, markýrovaného řízení, deficitních a vědomě porušovaných pravidel, práva silnějšího, ročního horizontu úhradových vyhlášek a absence dlouhodobých investic do lidí, budov a zdravotních programů. Organizačně jsme uvázli v bezčasí mezi přidělovým socialistickým zdravotnictvím a regulovaným trhem, a tak už léta šlapeme vodu.

Klesající zájem o práci ve zdravotnictví je nejnávážnější hrozbou pro jeho další vývoj. Technologie se dají koupit, ale výchova dobrých lékařek, lékařů, sester a bratrů je během na dlouhou trať. Marasmus v organizaci zdravotnictví mnohým po léta vyhovoval, ale ta věčná nejistota se už začíná zájdat i jim. Pro stále více regulovaný zdravotnický průmysl začíná být problematické uspokojování pekuniárních požadavků těch, kteří ovlivňují tržní úspěch jejich produktů. Politikům, rozhodujícím o směřování finančních toků, nemohl uniknout příběh Davida Ratha a jistě nechtějí vklouznout do jeho trepek. Ře-

ditelky a ředitelé příspěvkových organizací by nepochybně dali přednost manažerským smlouvám před závislostí na přízrny vrchnosti. Nemocniční manažeři, kteří dlouhodobě udržují chod svých zařízení porušováním zákoníku práce, by také raději měli jinou alternativu. Investoři, kteří by své peníze rádi vložili do zdravotnictví, před jeho rizikovým a obtížně předvídatelným prostředím přešlapují. No a všem dělníkům na vinici zdravotnictví by odlehlo, kdyby mohli věřit ve funkčnost a spravedlnost systému a věnovat se plně svým pacientům.

## Sedm paradoxů zdravotnictví

Je nás hodně, kteří stojíme o změnu k lepšímu, ale ruce nám svazuje pocit marnosti každého snažení. Neúspěšných pokusů jsme si zažili habaděj a úspěšnost politikům přinášely spíše faktická nečinnost a populismus, než aktivní snaha prostředí měnit. Je celkem zřejmé, že odpovědné zdravotnictví není tím pravým volebním tahákem pro jakoukoli stranu a stejně tak sebelépe zpracované analýzy a koncepce zdravotnictví samy o sobě žádnou změnu nepřinesou. Nevidím jinou možnost, než toho dosáhnout cestou občanské společnosti, propojováním lidí podobných názorů a životních postojů, bez ohledu na jejich profesní nebo stranickou příslušnost. Tak to zkusme. Začneme veřejnou debatou o sedmi paradoxech čes-

kého zdravotnictví, za které pokládám tyto:

1. Občan má právo na bezplatnou zdravotní péči v rozsahu stanoveném zákonem, ale její rozsah není stanoven.
2. Zdravotnictví volá o pomoc, ale mezi státy EU máme nejvyšší soukromé výdaje.
3. Někde nám scházejí lékaři, ale v rámci EU jich máme nadprůměrně.
4. Máme konkurenční systém veřejného zdravotního pojištění, ale bez konkurence.
5. Všechna zdravotnická zařízení jsou si ze zákona rovna, ale některá jsou si rovnější.
6. Péče o chronicky nemocné ovlivňuje výsledky zdravotnictví a čerpá 80 % nákladů, ale nikdo ji neřídí.
7. Zdravotní a sociální péče má tvořit kontinuum, ale dělí je příkop.

Pokud se dobereme společné představy jak se s nimi popasovat, tak máme obsah kapitoly zdravotnictví v programovém prohlášení budoucí vlády v kapse. Pak jen zbývá vyvolat poptávku veřejnosti po moderním zdravotnictví, aby jí každá budoucí vláda musela vyjít vstříc. Maličkost.

MUDr. Pavel Vepřek

Iniciativa za moderní zdravotnictví



# Perný rok ministra Svatopluka Němečka

*Ministru zdravotnictví leží ve sněmovně zákony, které budou mít velký vliv na to, jaký zanechá dojem.*

Obvykle to bývá tak, že poslední rok před parlamentními volbami se vládní politici nezabývají ani tak vládnutím, jako spíše zbrojením do voleb. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček však bude v příštích měsících spíše onou výjimkou, která známé politologické pravidlo potvrdí. V poslanecké sněmovně mu leží hned tři důležité zákony. Ani jednu z norem ovšem zjevně nečeká hladká cesta do sbírky zákonů.

## Chaos v úpravě vzdělávání

Dvě z těchto důležitých úprav se týkají vzdělávání lékařů a sester. Novela zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, která upravuje i vzdělávání všeobecných sester, naráží u části odborné veřejnosti na odpor. Ale v jejím jádru se skrývá i další, hlubší problém, který se ukázal při projednávání ve sněmovním výboru pro zdravotnictví. Jeho členové se shodli, že nenutit sestry do plného studia vyšších odborných či vysokých škol je dobrý recept, jak zvýšit jejich počet a zájem o obor. To je samo o sobě diskutabilní, ale ještě horší je, že se členové výboru shodli, že středněškolské vzdělávání sester je na prachizerné úrovni. To však bohorovně přešli jako problém, který má řešit

ministerstvo školství, a zákon pustili do dalších fází legislativního procesu. A tak, zatímco zákon vesele míří do druhého čtení, náměstkyně ministra Lenka Teska Arnoštová teprve v půli září vydává prohlášení, že „je zapotřebí iniciovat setkání zástupců obou resortů“. Jak může takto chaoticky připravovaný zákon dopadnout, je ve hvězdách, na každý pád odpovědnost bude ležet na Němečkových bedrech.

## Nelehký život novel zákonů

Ani novela zákona o vzdělávání lékařů nemá ve veřejném prostoru lehký život. Tvrdí se proti ní postavilo sdružení Mladí lékaři. V jeho prohlášení stojí, že novela „neřeší žádný ze skutečně podstatných problémů specializační přípravy lékařů“ a „je pouze jakýmsi fíkovým listem, který zakrývá nezáměr vlády začít systematicky řešit propadající se kvalitu přípravy nové generace specialistů“. Němečka Mladí lékaři obviňují, že nemá vizi a pouze se snaží vyhovět všem a nikoho nenaštvát. Poměrně přesvědčivě argumentují, že problém vzdělávání neleží v počtu oborů či délce vzdělávání, ale hlavně ve špatně nastavených motivacích, které vedou velké nemocnice, aby mladé

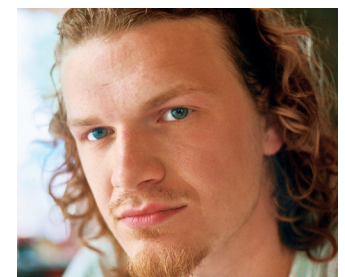
lékaře místo vzdělávání využívaly jako levnou pracovní sílu. Novela přesto míří do závěrečného čtení a Němeček na ni sází jako na lék proti odlivu lékařů do zahraničí.

Osud protikuřáckého zákona, který nakonec vládní hnutí ANO označilo za prokuřácký a navzdory koaliční dohodě jej shodilo ze stolu, je dostatečně znám. Nyní je ve sněmovně druhá verze, upravená podle požadavků ANO, ale i k ní už se scházejí pozměňovací návrhy, ač se koalice jasně dohodla, že žádné nebudou. Tentokrát už by tedy měla ale doopravdy projít. Jenže znáte to, to už jsme slyšeli mockrát. V protikuřáckém zákonu má Němeček investováno nejvíc svého politického kapitálu. Druhou sněmovní ostudu se stejným zákonem už by byl docela problém ustát.

Příčteme-li k tomu ještě novelu zákona o léčivech, která se snaží komplikovanými metodami bojovat s větrnými mlýny reexportů a stává se klasicou obětí divoké poslanecké kreativity, je patrné, že ministra zdravotnictví čeká do sněmovních voleb víc než perný rok.

Martin Čaban

(autor je komentátorem deníku E15)






**ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA**

číslo 10/2016

**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  
 MUDr. Andrea Skálová  
 (Medicína a kongresové zpravodajství),  
 tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

**Editorka a korektorka**

Mgr. Dita Váchová, e-mail: vachova@mf.cz

**Stálí spolupracovníci redakce**

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

**Crařka a technické zpracování**

Radek Koňářík, 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. Radkín Honzák, CSc.

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 Švanda

**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: zdn@mf.cz

**DISTRIBUCE TITULU**

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

**Objednávky do zahraničí:**

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

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

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

**Tisk TRIANGL, a. s.**

Číslo dáno do tisku 13. 10. 2016

 Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.  
 Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

 © MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2016  
 Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

# Praktici opět v boji proti preskripčním omezením

*Zástupci praktických lékařů vybojovali možnost vyjednávat o rozvolnění preskripčních omezení. Jednání mezi ministerstvem zdravotnictví, VZP a praktickými lékaři přislíbil náměstek ministra zdravotnictví Tom Philipp a zabránil tak stávce, kterou praktici chystali na konec září.*

Kvůli preskripčním omezením pendlují podle praktických lékařů mezi jejich ordinacemi a praxemi ambulantních specialistů denně tisíce chronických pacientů. Potřebují recept na lék, který jim nemůže vystavit jejich praktický lékař. Stát mu to totiž v řadě případů zcela nesmyslně zakazuje. Nejenže to není pro pacienty pohodlné, ale přispívá to k plýtvání veřejnými penězi za zbytečná duplicitní vyšetření a čas lékařů, domnívají se praktici.

Jak pro nás časopis nedávno popsal předseda Mladých lékařů Norbert Král, praxe à la Kocourkov se ukazuje např. při léčbě zánětu spojivek. „V běžné praxi ke mně přijde pacient se zánětem spojivek a já mu nemohu předepsat antibiotické kapky. Pacient odchází k oftalmologovi, kde si vystojí další frontu (o objednacím termínu nemluvě), aby dostal to, co jsem mohl okamžitě vyřešit v ordinaci,“ doplňuje předseda Král.

## Korupční prostředí

Preskripční omezení jsou popsána v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a rozhoduje o nich Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). Jak upozorňuje praktický lékař a místopředseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP Igor Karen, stanovení těchto omezení nemá žádná konkrétní kritéria, je zcela netransparentní, proti zájmům pacientů i efektivitě zdravotnického systému. „Zákon jen říká, že SÚKL stanoví preskripční omezení, je-li to ve „veřejném zájmu“. Nic víc. Je tady vytvářen neuvěřitelný korupční potenciál,“ varuje doktor Karen.

Řízení o tom, zda preskripční omezení bude či nebude stanoveno, se totiž účastní jen farmaceutické firmy a pojišťovny, ačkoli výsledek řízení reálně dopadá hlavně na poskytovatele a pacienty. Ti před SÚKL vystupovat nemohou, ze zákona nejsou účastníky řízení, nemohou proto například ani namítat, že ve veřejném zájmu by bylo preskripční omezení nestanovit. Rozhodování o úhradě a jejich podmínkách tedy probíhá systémem „o nás bez nás“.

„SÚKL by správně měl zkoumat u každého léku sám, z úřední povinnosti, zda jsou či nejsou dány důvody pro preskripční omezení. Ve skutečnosti to ale nečiní. Úředníci postupují podle toho, jak si to žadatel (farmaceutická firma) navrhne,“ upozorňuje Igor Karen a dodává: „Ve skutečnosti se tedy o tom, zda budou pacienti muset obíhat doktory a čekat hodiny v čekárnách, rozhoduje netransparentně kdesi mezi pojišťovnou, farmaceutickou firmou a přizvanými osobami z některých odborných společností.“

## SÚKL se brání

Jak pro Zdravotnictví a medicínu uvedla mluvčí Státního ústavu pro kontrolu léčiv Lucie Přinesdomová, při stanovení preskripčního omezení postupuje SÚKL podle ustanovení § 33 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, kde jsou uvedena kritéria pro tento postup. „Vyhláška upravuje, za jakých podmínek je možné preskripční a indikační omezení stanovit. Zákonné limity stanovení preskripčního a indi-



Ilustrační foto: Shutterstock





Ilustrační foto: Shutterstock

kačního omezení jsou tedy mnohem širší než pouze „ve veřejném zájmu“,“ řekla mluvčí.

„V rámci individuálního správního řízení (o stanovení nebo změně výše a podmínek úhrady) je SÚKL vázán návrhem žadatele. Toto není libovůle SÚKL, ale základní zásada správního řízení, kterou se řídí každý správní orgán, který vede řízení podle správního řádu. Pokud si žadatel (farmaceutická firma) v žádosti navrhne omezení podmínek úhrady, SÚKL není dle zákona oprávněn stanovit podmínky úhrady nad tento rámec,“ dodala mluvčí Přinesdomová.

#### Ústavu radí specialisté

Jak dodala, SÚKL také spolupracuje s odbornými společnostmi, které mají slovo při posuzování úhrad při hloubkových revizích léků. „Vyjádření odborných společností odráží potřeby klinické praxe a zkušenosti s léčbou v terénu. Komunikace s odbornými společnostmi má dlouhodobou tradici, a ač odborné společnosti nejsou podle správního řádu účastníky správního řízení, jsou stanoviska praktických lékařů a specialistů ve správních řízeních respektovaným důkazním materiálem. V mnohých případech právě na základě podnětu odborných společností dochází k přehodnocení stanovených podmínek úhrady v konkrétním správním řízení,“ tvrdí mluvčí SÚKL s tím, že pokud by Ústav nepostupoval podle výše uvedeného a rozhodoval by libovolně, vystavoval by se jednak postihům ze strany nadřízeného správního orgánu - ministerstva zdravotnictví, jednak možnosti přezkumu svých rozhodnutí v rámci správního soudnictví.

Stanovení podmínek úhrady, ať už v části preskripčního, nebo indikačního omezení, tedy nelze v žádném případě považovat za projev svévole regulačního orgánu nebo nepřezkoumatelnou preferenci zájmu jakéhokoli ze subjektů, ale za legitimní prostředek a postup, který směřuje k zajištění dostupné a kvalitní péče a k účelnému vynakládání prostředků zdravotního pojištění.

#### Ambulance nesouhlasí

Praktici přesto považují preskripční omezení za nástroj skrytého omezování nákladů na úkor pacientů, popřípadě za nástroj vymezení pravomocí a získání výhodnějšího tržního postavení pro poskytovatele

z vybraných medicínských odborností, kterým preskripční omezení svědčí a zbavuje je konkurence.

„Navrhujeme, aby preskripční omezení u vybraných léků byla zrušena, neboť jejich existence vede ke zhoršení dostupnosti péče pro pacienty a současně prodražuje systém generováním zbytečných návštěv specialistů. Nevzdáme se, a nebudeme-li úspěšní, obrátíme se na soud,“ prohlásil Igor Karen, který patří k dlouholetým bojovníkům proti tomuto opatření.

Ambulantní specialisté ale takto problém nevnímají. Podle předsedy Sdružení ambulantních specialistů (SAS) Zorjana Jojka je v ČR praktických lékařů málo, mnozí nestíhají (například prevenci) a jejich práce také není levnější než práce specialistů. „Přepočtem na výkonnost je praktický lékař naopak dražší než například internista. Také například diabetolog ví o diabetu, jeho komplikacích i účincích stanovených léků podstatně víc než praktický lékař, pro něhož je péče o diabetiky jen malou částí jeho práce. Tedy změny kompetencí by podle našeho názoru měly vycházet z respektu ke vzdělání a zkušenosti, neměly by vést k nežádoucímu snížení dostupnosti a kvality zdravotní péče pro pacienty a neměly by péči zbytečně prodražovat,“ sdělil naší redakci Zorjan Jojka a doplnil: „Na druhou stranu ctíme, že by se spolu s vývojem medicínských poznatků měly kontinuálně měnit i kompetence oborů, tedy i praktických lékařů, například v předepisování léků. Kvůli bezpečí pacientů by však všechny takové změny měly podléhat souhlasu příslušné odborné společnosti a také by měly být provázeny přesunem odpovědnosti za výsledky léčby.“

Ministerstvo zdravotnictví se pod hrozbou stávky praktiků na konci září uvolilo o preskripčních omezeních za účasti Všeobecné zdravotní pojišťovny jednat. „Se zdravotními pojišťovnami zahájíme revizi preskripčních omezení praktických lékařů,“ oznámil po skončení jednání se zástupci praktiků náměstek ministra Tom Philipp.

Jakou vůli k rozvolnění preskripce budou pojišťovny mít, lze zatím jen předvídat. Jak pro Zdravotnictví a medicínu uvedl mluvčí VZP Oldřich Tichý, jednání mezi největší pojišťovnou a ministerstvem zatím nezačala a VZP nechce dopředu uvést ani možné oblasti, kde by pro rozvolnění preskripce byla z její strany vůle, aby tak nenarušila průběh jednání.

Petra Klusáková



## Obsah

• Kam kráčíš, zdravotnictví?	3
• Perný rok ministra Svatopluka Němečka	3
• Praktici opět v boji proti preskripčním omezením	4
• Konference Zdravotnictví 2017	
– proč si ji letos znovu nenechám ujít	6
• Infekce napříč obory	7
• O nákup zdravotnických zařízení je obrovský zájem	8
• APO vede pacienty do systému	10
• Studie EPI3 prokázala přínos homeopatie v lékařské praxi	11
• Nové standardy pro prevenci infarktu myokardu	12
• Roztroušená skleróza – registr ReMuS přináší nová data	13
• Zachovat efekt léků na roztroušenou sklerózu	13
• Zvýší novela zákona o léčivech nedostupnost léků v ČR?	14
• Omezí novela zákona o léčivech dostupnost léků?	15
• Komentáře k novele zákona o léčivech	16

#### Sestra

• Edukace rodinného příslušníka pacienta s Alzheimerovou demencí	17
• Dobrý kolektiv je jako sladěný orchestr	20
• Dentoalveolární poranění	22
• Cesta k modernímu ošetřovatelsví	24
• Kvalita života žien s hormonální substituční terapií	26
• Chirurgický kouř a ochrana před ním	28
• Ze společenosti	31
• 25 let České lékařnické komory	32
• Kniha „Urgentní příjem“ vychází v doplněném vydání	33

#### Medicína

• Špičky epileptologie jednaly v Praze	35
• Neurogeneze a epilepsie	36
• Péče o nenarozeného pacienta	37
• Využití alirokumabu v klinické praxi	38
• Egis a kombinační léčba hypertenze	40
• Rakovina prsu? Život nekončí	42
• Role ustekinumabu v léčbě psoriatické artritidy	44
• IL-17 v rukou revmatologů a dermatologů	46
• Aktuální trendy v léčbě CHOPN	48
• Beriplex – nový koncentrát protrombinového komplexu	50
• 100 let od objevu heparinu	52
• Tajemství třetího rozměru	54
• Zemřel prof. Miloslav Kršiak	56

• Personální inzerce	58
• Jak a proč kombinovat antidiabetika	59





# Konference Zdravotnictví 2017

## – proč si ji letos znovu nenechám ujít

**MUDr. Svatopluk Němeček, MBA,**  
ministr zdravotnictví



„Ministrem zdravotnictví člověk může být řekněme čtyři roky, zatímco lékařem je od promoce do konce života. Proto chci využít příležitosti ovlivnit chod českého zdravotnictví podle svých nejlepších přesvědčení, dokud jej ovlivňovat mohu. Moje pozornost věnovaná našemu systému zdravotnictví ale přesahuje funkční období politika. Vždycky budu mít zájem na tom, aby české zdravotnictví fungovalo zdravě.“

**Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA,**  
prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR,  
prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR, President  
European Association for Directors and Providers of Long-Term  
Care Services for the Elderly (EDE)



„Konference Zdravotnictví 2017 již tradičně představuje změny českého zdravotnictví pro nadcházející období, ale je i jedinečnou platformou pro zpětné vazby směrem k Ministerstvu zdravotnictví, diskuse a setkání s kolegy, odborníky a klíčovými osobnostmi.“

**U2S**  
UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH  
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

**MEDICAL SERVICES**

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

## 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

Partneři akce:



Boehringer

HEIDENSTEIN  
SÍDLO: PRÁZE 1, ŽITNA 248  
www.hodoustrvboclinique.cz



Záštitu udělili:

Úřad vlády České republiky



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



**MUDr. Milan Kubek,**  
prezident České lékařské komory



„Naše zdravotnictví je v krizi. Dostupnost zdravotní péče pro pacienty je zajišťována pouze díky organizovanému porušování a obcházení zákoníku práce a dalších platných právních předpisů. ČLK byla nucena deklarovat, že za stávajících podmínek již nejsme schopni občanům garantovat bezpečnost zdravotních služeb. Jako prezident profesní lékařské samosprávy považuji za svoji morální povinnost upozorňovat na personální devastaci českého zdravotnictví nejen v rámci naší informační kampaně ‚Zdravotnictví volá o pomoc‘, ale při každé příležitosti, tedy i v rámci konference Zdravotnictví 2017.“

**MUDr. JUDr. Petr Honěk,**  
náměstek ředitele VZP ČR pro zdravotní péči



„Konference Zdravotnictví 2017 je již tradiční platformou pro komunikaci s předními odborníky ve zdravotnictví a z mého pohledu znamená také možnost představení postojů pojišťovny, jejich záměrů a vizí pro příští rok a následná období.“

**PharmDr. Lubomír Chudoba,**  
prezident České lékárnické komory



„Program konference Zdravotnictví 2017 je po odborné stránce připraven precizně a je účelně rozčleněn do několika tematických sekcí. Vedle toho bude konference výjimečná účastí předsedy vlády, ministra zdravotnictví a členů výboru pro zdravotnictví poslanců sněmovny. Osobně se tedy těším na podnětná sdělení a zajímavé diskuse, které pomohají v náhledu na zdravotnictví jako celek. Ucelené znalosti jsou pro mě velmi důležité i pro přípravu specifických, úzce zaměřených návrhů z oblasti lékařské péče.“





# Infekce napříč obory

Již desátý ročník tradičního vědecko-výzkumného sympozia společnosti AGEL hostil olomoucký NH Collection Olomouc Congress hotel.

Na odbornou konferenci, která byla v letošním roce zaměřená na problematiku infekcí, se sjelo více než 500 lékařů a sester z celé České i Slovenské republiky.

„S infekcemi se my zdravotníci setkáváme v praxi každodenně. Navíc spotřeba antibiotik neustále stoupá a roste rovněž rezistence na ně. Jedná se tedy o téma nemírně aktuální a zajímavé pro odborníky napříč obory

## Zaznělo na konferenci MUDr. Viktor Maňásek,

přímrář oddělení onkologie Nemocnice Nový Jičín:

„Moje přednáška byla na téma infekčních komplikací dlouhodobých žilních vstupů. V našem onkologickém centru tyto dlouhodobé žilní vstupy provádíme a infekční komplikace patří mezi nejčastější a nejzávažnější komplikace, kterých se obáváme. Rozebírat budu jak druhy infekcí, tak i možnosti jak minimalizovat rizika jejich vzniku, nebo také možnou prevenci, která je jednoznačně základem.“

medicíny,“ uvedl předseda organizačního výboru MUDr. Marian Branny, Ph.D., s tím, že sympozium je koncipováno multioborově a účastní se jej lékaři, sestry i zástupci dalších zdravotnických profesí nejrůznějších specializací.

„Domnívám se, že bakteriální infekce jsou nejzávažnějším problémem současné medicíny. Jedním z důvodů je fakt, že většina bakteriálních infekcí je endogenního charakteru, pochází tedy z naší vlastní mikroflóry. Tyto bakterie jsou tedy v nás a za určitých okolností vyvolávají infekce. Mnoho infekcí také vychází z diagnostického a terapeutického přístupu. Jsem přesvědčen, že řada komplikujících infekcí je daná za úspěšnost medicíny. Čím bude medicína agresivnější, tím bude bakteriálních infekcí přibývat,“ domnívá se děkan Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D., který na konferenci také přednášel.

Na sympozium do Olomouce si přijel poslechnout přednášky také neurolog Nemocnice Prostějov MUDr. Vojtěch Mrňka. „V mém oboru se setkáváme s mnoha pacienty s infekcemi, jedná se především o závažnější potíže, například infekce v mozku, mozkomíšním moku nebo záněty v oblasti páteře, které se léčí dost obtížně v řádech měsíců,“ uvedl MUDr. Vojtěch Mrňka.

## Zaznělo na konferenci prof. MUDr. Pavel Dungal, DrSc.,

přednosta Ortopedické kliniky Nemocnice Na Bulovce:

„Připravil jsem si přednášku o závažné diagnóze, kterou je zánět kyčelního kloubu u čerstvě narozených dětí. Takovýto zánět působí vážná poškození s následky na celý život a stěžejní je v tomto případě opravdu včasná a správná léčba v řádech hodin, což je v řadě nemocnic problém kvůli nutnosti anestezie. Tato diagnóza je v populaci stále častější. Postihuje těžce nedonošené děti s porodní váhou pod jeden kilogram, kterých je u nás stále více.“

Na sympoziu aktivně přednášely desítky zdravotníků, mezi nimi i špičky české medicíny, například ortoped prof. MUDr. Pavel Dungal, DrSc., kardiolog prof. MUDr. Michael Aschermann, DrSc., FEESC, nebo psychiatr prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

(red)

Inzerce M16100533

# U2S

UNIE ZAMĚSTNATELSKÝCH  
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

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

MEDICAL  
SERVICES 

# 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  
STĚPÁNSKÁ 52, PRAHA 1, 224 214 349  
www.hodinarstvi-bechyně.cz





# O nákup zdravotnických zařízení je obrovský zájem

Advokáti kanceláře Urbášek&Partners Mgr. Vratislav Urbášek a Mgr. Zuzana Kolbasová, MBA, hovoří o trendech při zastupování nemocnic i jednotlivých zdravotníků.

**Provázíte klienty velkými transakcemi, menšími kauzami i jednotlivými obchodními případy. Ve které z těchto rovin mluvíme o klientech ve zdravotnictví?**

**Vratislav Urbášek:** Segment zdravotnictví jsme začali rozvíjet menšími kauzami pro velké nemocnice. Díky kvalitě naší práce nás nemocnice začaly oslovovat i v dalších sférách. V současnosti jsme schopni zastupovat nemocnice ve všech oblastech – od vyjednávání s odborovými svazy přes standardní odběratelsko-dodavatelské smlouvy, pracovní právo až po spory s pacienty. Je to rovina, kterou rozvíjíme



Mgr. Vratislav Urbášek

a mocně jsme do ní investovali. Do budoucna by to měla být jedna ze tří nosných částí kanceláře.

**Zuzana Kolbasová:** Nezapomínejme na M&A (fúze a akvizice – pozn. red.) sekci, kde klienty soukromoprávních korporací doprovázíme při prodejích a nákupech nebo prodejích částí jejich podniků či při restrukturalizacích. V sekci pracovního práva klademe poměrně velký důraz na specifické agenturní zaměstnávání ve zdravotnictví. Soustředíme se také na pomoc s legislativně náročnou agendou zaměstnávání cizinců v ČR.

**Kdo jsou vaši klienti ve zdravotnictví? Ryze soukromé subjekty nebo zastupujete i státní, přímo řízené organizace? Souvisí jejich kauzy s povahou zřizovatele?**

**V. U.:** Problémy jsou při chodu zdravotnického zařízení tožné. To, co je odlišuje, je tlak na zisk – u soukromých zařízení jsou upřednostňovány transakce, které mají kladný koeficient. To je mimochodem důvod, proč jsme na přelomu letošního roku začali poskytovat také účetní a daňové poradenství. Klienti se nás dotazovali například na výsledný dopad restrukturalizace na audit, daně, účetnictví.

Druhá věc je, že státní subjekty nemají takovou míru akvizic. Soukromá zdravotnická zařízení zažívají v tomto ohledu obrovský boom. O nákup zdravotnických zařízení – od malých ambulancí až po obrovské nemocnice – je velký zájem. Tím také stoupá tlak na kvalitní právní podporu takové transakce.

**Pokud hovoříme o soukromých zdravotnických subjektech, nakolik je české legislativní prostředí nakládné podnikání ve zdravotnictví?**

**Z. K.:** Zdravotnictví v ČR má jeden velký problém a tím je jeho politizace. Je to prostředí, kde se dost těžko odhadují podmínky pro příští rok. Příkladem je úhradový mechanismus zdravotní péče prostřednictvím úhradové vyhlášky. Nicméně podnikání se v českém zdravotnictví daří, což ostatně dokazují naši klienti, kteří zde působí léta. Vstupují do něho však i nové subjekty, včetně velkých finančních skupin.



Mgr. Zuzana Kolbasová, MBA

Je ale pravdou, že zdravotnictví je nejvíce volatilním odvětvím, jímž se v advokacii zabýváme. Oproti běžným strukturám klasických oborů podnikání má zdravotnictví vždycky něco navíc. Na zdravotnická zařízení jsou kladeny legislativní požadavky nad rámec běžné agendy. Například u HR a řízení zaměstnanců jsou stanovena obecná pravidla, která ve zdravotnictví navíc upravuje vyhláška o minimálních personálních požadavcích. Právo reguluje zdravotnictví víc. Podobný příklad se týká obytní. Málokde existuje regulace, která by stanovovala, jaké klienty – myšleno pacienty – si máte pro své podnikání vybírat. Stejně tak regulace cen. U cen zdravotních služeb hrazených nad rámec veřejného zdravotního pojištění je uplatňována kontrola cenové přiměřenosti a cenotvorby. To se v jiných odvětvích nestává. Na zdravotnictví jsou kladeny větší legislativní požadavky než na jakýkoli jiný obor.

Je ovšem nutné dodat, že soukromá nemocnice se díky zaměření na zisk víc snaží zefektivnit všechny procesy. U jakékoli změny, která se týká vedení personálu, plánování směn nebo nákupu zdravotnického materiálu, se s námi současný management dopředu radí jak případným sporům předcházet. Tím také hledá cesty jak přeorganizovat dosavadní činnost tak, aby byla efektivnější. Z našeho pohledu nejde jen o zisk, ale neustálou snahu zlepšovat procesy.

**U státem/krajem řízených nemocnic důraz na ziskovost nevidíte?**

**V. U.:** Ale ano, takový tlak existuje i u těchto typů zařízení, ale ne v takové míře. Soukromému subjektu jde o přežití. Státní subjekt ví, že pokud by se dostal do ekonomicky nevýhodné situace, vždycky se najde řešení. Soukromé subjekty takovou možnost nemají. Tím pádem ale mají také větší schopnost přizpůsobit se, nabízejí služby pro pacienty nad rámec standardní zdravotní péče. To státní subjekty nedělají a také jinak pracují s lékaři a zdravotnickým personálem.

**Uvádí se, že řadu sporů mezi zdravotnickým zařízením a pacienty zaviní špatná komunikace.**

**Vnímáte to ve své praxi?**

**V. U.:** Raketově teď narůstají spory pacientů s nemocnicemi. To, co před čtyřmi lety začínalo jako jednotlivosti, dnes narůstá do desítek či stovek případů ročně a každý měsíc přibývají další. Souvisí to také se zrušením bodové vyhlášky, která stanovovala vyšší odškodného za poškození zdraví či úmrtí. Skutečně už přichází doba „malé Ameriky“, kdy řešíme kauzy s nároky v řádech milionů a nemocnice se s tím musejí vypořádat. Tím se zvyšuje tlak na personál. Vyšetřování těchto případů není nic příjemného, řeší je zdravotní pojišťovna, respektive pojišťovna, která nese pojištění nemocnice v případě negativních událostí.

Dopady těchto případů tak mají přímý vliv na cash flow nemocnice v podobě růstu ceny pojištění. Lékaři jsou pak pod drobnohledem, zda nedělají chyby, které by mohly takové kauzy generovat. O to jsou lékaři nervoziější a vyhledávají preventivní právní služby. Proto se na nás obrací nejen management nemocnic, ale i jednotliví lékaři.

**Je obecně známo, že tento trend se hodně dotýká odbornosti porodníků a gynekologů. Pozorujete jej také u jiných odborností?**

**Z. K.:** Problémy vidíme napříč všemi obory. Jakmile jde o zásah do lidského těla někým, kdo není stroj, chyba může nastat. Navíc sem vstupuje subjektivní vnímání pacienta/klienta.

**V. U.:** V gynekologicko-porodnické oblasti vzniká spousta sporů. Jak se zvyšuje povědomí o právech pacientů, vzniká někdy mylná představa, že pacient může po lékaři požadovat vše. Pak se opakovaně setkáváme s případy, kdy rodička automaticky požaduje sekci, má to napsané v porodním plánu a trvá na jeho dodržení. Porod je však proces, jehož vývoj nelze predikovat ani v případě, kdy během těhotenství nejsou žádné komplikace.

**U nelékařských zdravotníků se často hovoří o neadekvátně nastavených kompetencích – nastávají zde třetí plochy?**

**Z. K.:** S konkrétním sporem jsme se zatím nesetkali. Nicméně tento problém je tak velký, že v roce 2015 jsme se účastnili konference, kde jsme vysvětlovali právní aspekty nedostatečného rozdělení kompetencí. Je potřeba dívat se na věc ze dvou úhlů. Zaprvé člověk, který kompetence rozděluje na konkrétní oddělení nemocnice, musí vědět jak na to. Zadruhé se tím správným rozdělením zaměstnanci musejí řídit. Ze zákona kompetence zas tak špatně nastaveny nejsou, i zdravotnický asistent v něm své postavení stanoveno má, a když ho vykonává správně, ručí si za něj on sám. Není pravda, že by za něj nesla odpovědnost sestra, která řídí ošetřovatelskou péči. Její prací je management péče.





## 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](http://www.vzp.cz).

# Jak správně vykazovat vyžádanou péči

**V dnešní Poradně bychom chtěli všem poskytovatelům připomenout nezbytnost používání dokladu VZP-06/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření a upozornit na nejčastější chyby, s nimiž se v této oblasti setkáváme. Tento druh dokladu se užívá k vykazování zdravotních výkonů při vyžádané péči v ambulancích či za hospitalizace.**

V souladu s platnou Metodikou pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR (dostupná na [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)) je třeba k vyžádané zdravotní péči používat tiskopisy VZP-06 (Poukaz na vyšetření/ošetření). Tyto tiskopisy slouží jak k vyžádání zdravotní péče požadující ošetřujícím lékařem, tak současně k jejímu vyúčtování lékařem nebo jiným zdravotnickým pracovníkem, který požadovanou péči poskytl. Díl A je určen k vyžádání péče a slouží zároveň poskytovateli jako doklad o oprávněnosti vyúčtování vyžádané či předepsané péče. Odborný zdravotnický pracovník poskytující péči na základě vyžádání, návrhu nebo předepsání ošetřujícím lékařem je oprávněn vykázat VZP péči nejvýše v rozsahu požadavku ošetřujícího lékaře.

Dle zákona poskytovatel odpovídá za účelnost své indikace při odesílání pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením a na základě jejich výsledků upravuje diagnózu nebo léčebný postup. Pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb musí zároveň vést v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci o léčení pojištěnců. V ní zaznamenává provedené zdravotní výkony, vyžádané hrazené služby a uchovává v ní i doručené výsledky vyžádaných a provedených vyšetření a ošetření.

### Výkony péče vyžádané, navržené či předepsané

- konziliární vyšetření, ev. ošetření,
- komplementové vyšetření pojištěnce (např. funkční diagnostika, instrumentální vyšetření, vyšetření zobrazovací technikou, počítačově vyhodnocované metody apod.),
- konzultace odborníka,
- zdravotní pitva,
- laboratorní vyšetření materiálu,
- návštěva odborníka – tzn. vyžádané poskytnutí péče v domácím prostředí pojištěnce,
- fyzioterapeutická a ergoterapeutická péče,
- péče zdravotnického personálu v domácím prostředí pojištěnce (domácí péče).

Pro tuto péči jsou určeny doklady typu 06 (příp. řádek dokladu 01, 01s, 02, 02s s uvedením řádkové



*MUDr. Romana Švejdová,  
vedoucí oddělení kontrol a revizí akutní lůžkové péče*

odbornosti) a jejich speciální varianty (06k, 06ft, 06z, 06orp). Požadující má požadavek zaznamenat (stačí fotokopie) do zdravotnické dokumentace pro případnou kontrolu.

Pokud bylo poskytnuto vyžádané ošetření a) v průběhu hospitalizace pacienta, vykáže poskytovatel tuto péči poskytnutou bez ohledu na počet potřebných návštěv na dokladu VZP-06, resp. ve stejném smluvním zdravotnickém zařízení v řádku dokladu VZP-02 nebo 02s ošetřujícího (požadujícího) lékaře, b) u pacienta, který není hospitalizován, buď jednorázově, nebo s jednou následnou kontrolou, vykáže poskytovatel tuto péči na dokladu VZP-06, resp. ve stejném zdravotnickém zařízení v řádku dokladu VZP-01, 01s ošetřujícího (požadujícího) lékaře. Pokud však nestačí dvě návštěvy pacienta, bude tato péče považována za převzetí do péče a poskytovatel ji vykáže na vlastním dokladu VZP-01, 01s.

V případě převzetí do péče na základě „doporučení převzetí do péče“ vykazuje poskytovatel tuto péči na vlastním dokladu VZP-01, 01s při převzetí do

péče ambulantní nebo na vlastním dokladu VZP-02, 02s při převzetí do péče ústavní.

### Ambulantní péče ošetřujícího lékaře

Pro tento druh péče jsou určeny doklady: 01, 01s, 03, 03s, 05, 21, 22, 36, 37. Za tento druh péče se nepovažuje péče poskytnutá pojištěnci v období, kdy je hospitalizován. Taková péče je považována za péči vyžádanou při ústavní péči. Proto ji nelze vykazovat na dokladech 01 a 05, ale musí být vykázána buď na dokladu 06, nebo řádkem dokladu 02. Výjimkou je stomatologická péče poskytnutá pojištěnci při hospitalizaci v jiném oboru, než je stomatologie. Taková péče se vykazuje dokladem 01s.

Nejčastějšími chybami, s nimiž se setkáváme při kontrole, jsou:

- úplná ignorance tohoto druhu dokladů, kdy je veškerá vyžádaná péče vykazována na dokladech 01,
- nerespektování pravidla, že péče v době hospitalizace je vždy pokládána za péči vyžádanou,
- vágní a nekonkrétní specifikace požadavků předepisujícího lékaře, ať už se týká poukazů 06dp, 06orp a 06ft, tedy vyžádané péče home care, ošetřovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a péče fyzioterapeutů (např. nedostatečně vyplněné žádanky 06ft typu „St. p. zloženině kotníku, prosím o rehabilitaci“), nebo nedostatečně formulované žádosti o konziliární vyšetření (typu „Prosím o vyšetření pro dlouhodobý kašel, bolesti břicha, zvracení atd.“) bez jakékoliv další informace týkající se zdravotního stavu pacienta (např. že byl již přeléčen třemi antibiotiky nebo mu před týdnem byla nasazena léčba chemoterapeutikem a má za sebou základní rtg, laboratorní vyšetření),
- samostatným problémem je neznalost kódů diagnóz/onemocnění dle MKN 10, a to především v ambulantní sféře.

Tyto chyby a neúplné informace o zdravotním stavu pacienta vedou často k dublování zdravotní péče a nadměrné zátěži jak nemocných, tak ambulantí.



# APO vede pacienty do systému

Zástupci 32 patientských organizací se koncem srpna zúčastnili druhého ročníku Letní školy Asociace patientských organizací (APO). Akce má podporu odborných společností ČLS JEP, farmaceutických firem a také ministerstva zdravotnictví.

APO Letní škola se uskutečnila ve spolupráci Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). Představitelé patientských organizací měli příležitost rozšířit své teoretické i praktické znalosti a rozvíjet dialog s odbornými lékařskými společnostmi. „Vzdělaný a spolupracující pacient je pro časnou diagnostiku a úspěšnou léčbu nemocí stejně důležitý jako kvalita léků nebo operačních postupů. To platí zejména v českém prostředí, kde se pacienti velmi často setkávají, například v médiích nebo i některých lékárnách, s informacemi o zcela nevědeckých a šarlatánských postupech. To je hlavní důvod, proč se AIFP a ČLS JEP trvale snaží o co největší spolupráci s patientskými organizacemi. APO Letní škola, stejně jako další aktivity AIFP, jsou pro tuto spolupráci velmi dobrou platformou,“ řekl ke vzdělávání pacientů předseda ČLS JEP prof. Štěpán Svačina.

Vztahy upraví zákon

Atraktivitu setkání zvýšila interaktivní diskuse se zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR. „Role patientských organizací v našem zdravotnickém systému je zcela nezastupitelná, jejich vliv na vzdělanost pacientů je zásadní. I to je jeden z důvodů, proč na ministerstvu zdravotnictví klademe velký důraz na komunikaci a spolupráci s patientskými organizacemi a organizujeme pro ně mimo jiné řadu vzdělávacích seminářů. Patientské organizace musejí být pro ministerstvo, nemocnice i samotné lékaře partnerem, se kterým právě na vzdělanosti pacientů mohou spolupracovat. I proto vítám aktivity Akademie patientských organizací v čele s APO Letní školou,“ uvedla náměstkyně Lenka Teska Arnoštová.

Náměstek pro legislativu Radek Polícar při té příležitosti oznámil, že ministerstvo se bude v dohledné budoucnosti věnovat legislativě, která upravuje vztahy mezi poskytovateli zdravotní péče a pacienty. „Dosaďovací pravidla jsou docela komplikovaná a téměř denně ře-



Ilustrační foto: Shutterstock

šíme sporné případy. Naším cílem do budoucna je, aby ani pacienti, ani zdravotníci nepotřebovali k pochopení a výkladu vzájemných vztahů právnícké kolegium. Výklad práv je potřeba zjednodušit,“ zdůraznil náměstek.

Diskuse nad diagnózami

Na APO Letní škole byla největší pozornost věnována diskusi mezi zástupci patientských organizací a odborných lékařských společností. Při kulatých stolech se řešilo celkem 11 diagnóz: diabetologické, revmatologické, gastroenterologické, onkologické, neurologické, psychiatrické, hematologické, dětské neurologické, multioborová a vzácná onemocnění, a dětská onemocnění.

„Po vydařeném prvním ročníku bylo logické navázat a zorganizovat letní školu i letos. Zájem o ni byl ještě vyšší než loni. Sešla se stovka účastníků. Jsem vděčný za úzkou spolupráci s patientskými organizacemi, odbornými společnostmi i za podporu, které se tomuto projektu dostává ze strany ministerstva zdravotnictví,“ ujistil výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček.

(red)

# S větším sebevědomím

Aktivním členem APO Letní školy je také členka patientské organizace VV PARENT PROJECT Ing. Jitka Reineltová. Jak říká, díky APO si její organizace troufá na větší projekty pro své klienty a cítí se také rovnocenným partnerem pro jednání s ministerstvem zdravotnictví.

**VV PARENT PROJECT je členem APO. Jaké změny to vaší organizaci přineslo?**

Členství v APO Letní škole přineslo naší organizaci větší sebevědomí. Oslovujeme odborníky a řešíme s nimi problematiku nemoci v rovině partnerství. Troufám si říct, že jsme ukázali své kvality.

**Účastnili jste se i loňského ročníku. Vidíte s ročním odstupem posun?**

Loňský ročník byl velice prospěšný a povedený, ale ten letošní ukázal, že se APO Letní škola vyvíjí k lepšímu a že se posouváme i my účastníci. Letos již probíhala diskuse také v menších skupinkách, které pak prezentovaly konkrétní výstupy.

**Co osobně považujete za největší přínos tohoto typu vzdělávání?**

Celou aktivitu APO, která naši organizaci posunula vpřed, vnímám velice pozitivně. Troufneme si na větší projekty pro své klienty a postupně zlepšujeme podmínky pro zajištění odpovídající péče a kvality života. APO Letní škola je takovou třešinkou na dortu, v jejímž rámci jsme navázali spolupráci s odborníky a se zástupci ministerstva zdravotnictví a ukázali jim, že jsme pro ně rovnocennými partnery. To vnímám jako velice užitečné. Bonusem je sblížení patientských organizací, a to jak vzájemným šířením povědomí o našich aktivitách, tak po stránce lidské.

(red)

## Náměstkyně ministra zdravotnictví Lenka Teska Arnoštová: Patientské organizace by měly zasáhnout do systému

„Zpočátku jsem cítila ze zástupců patientských organizací nedůvěru. Nyní už mám v tomto okruhu několik ‚známých tváří‘ a hodnotím pozitivně tento výsledek naší společné práce, kdy se komunikace s ministerstvem zdravotnictví zlepšila. Setkání s pacienty jsou pro mě obohacující a přinášejí mi nový pohled na problematiku viděnou ministerskou optikou. Nelze vše vyřešit hned, ale už víme, kudy pokračovat.“

Nyní na ministerstvu přicházíme s projektem, v němž chceme pro patientské organizace zajistit zájem, kde si najdou dostupné informace a mohou komunikovat navzájem. Půjde o kancelář s počítačem

a technickým zázemím. Tam bude možné pořádat fóra a další formy setkávání patientských organizací.

Dalším bodem projektu bude tvorba systému financování patientských organizací. Chybí mi, že za tvrdou práci v těchto organizacích nemají její aktéři odpovídající finanční ohodnocení a většinou ji dělají zadarmo. Proto budeme hledat odpovídající model financování, aby nevznikala každoroční nejistota, zda sdružení získají dotaci či jinou formu příspěvku. Dobrým příkladem je Německo, kde je financování patientských organizací zajištěno na základě zákona. Roli zde sehrává i patientský ombudsman – jeho status bychom také chtěli v rámci projektu zřídít

a tím přímo napojit patientské organizace na legislativní proces. Patientský ombudsman by byl součástí parlamentu a chtěli bychom, aby pacient měl možnost rozhodovat a měl tuto možnost stanovenou zákonem.

Rádi bychom rovněž navázali spolupráci s univerzitním prostředím. Protože stále nalézáme problematické body v komunikaci mezi pacienty a lékaři, měl by ve spolupráci s Karlovou univerzitou vzniknout volitelný předmět, který by se měl zabývat právě komunikací mezi pacientem a lékařem. Ministerstvo zdravotnictví také připravilo základní manuál práv pacientů,“ uvedla Lenka Teska Arnoštová.



# Studie EPI3 prokázala přínos homeopatie v lékařské praxi

Společnost Boiron představila výsledky průlomové farmakoepidemiologické studie o přínosu homeopatických léků. Studie potvrdila, že léčba homeopatickými léky je stejně přínosná jako léčba klasickými preparáty, ale s menší spotřebou léků, které mohou mít nežádoucí účinky.

Observační real-life studie EPI3 se účastnilo více než 8,5 tisíce pacientů a 825 praktických lékařů. Probíhala v letech 2006–2012 a sledovala pacienty se třemi skupinami one-

mocnění: muskuloskeletálními onemocněními (DMS), anxio-depresivními poruchami a poruchami spánku (SAD) a onemocněními horních cest dýchacích (IVAS).

Méně léků i nežádoucích účinků

Do studie byli zařazeni pacienti lékařů-homeopatů, dále lékařů, kteří kombinují homeopatickou a klasickou léčbu, a lékařů, kteří homeopatika předepisují zřídka nebo vůbec. Výsledky studie ukázaly následující: pacienti, kteří byli v péči homeopata, užívali v kohortě DMS 2x méně nesteroidních antiflogistik, v kohortě IVAS 2x méně antibiotik a v kohortě SAD 3x méně psychotropních látek než ti, kteří se léčili u lékaře s konvenční praxí. „I když se nejedná o randomizovanou, ale observační real-life studii, považují tuto studii za velmi zajímavou zejména díky jejímu rozsahu. EPI3 ukázala, že klinický vývoj stavu pacientů v péči lékařů, kteří předepisují homeopatické léky, je podobný tomu, jaký vykazují ostatní pacienti. Klíčové ovšem je, že ti, kteří dostávali homeopatika, užívali méně léků s potenciálními nežádoucími účinky,“ komentoval přínos studie klinický a výzkumný ředitel Královské londýnské nemocnice pro integrovanou medicínu prof. Peter Fisher.

Komplementární metoda

Výsledky studie pozitivně hodnotí i čeští homeopaté. „Studie EPI3 podpořila mé sedmnáctileté zkušenosti s homeopatií v klinické praxi,“ uvedla předsedkyně Homeopatické lékařské asociace MUDr. et MUDr. Ilona Ludvíková a dodala: „Je potřeba oslovit širokou lékařskou veřejnost, aby každý pacient měl právo se léčit s maximální efektivitou a minimálním rizikem nežádoucích účinků.“

Podle ní je dále třeba oslovit zdravotnické instituce v ČR, aby směřovaly k personalizované medicíně, jejíž součástí může být homeopatie. „Je třeba si uvědomit, že homeopatie a klasická léčba nejsou dvě rozdílné cesty. Homeopatická léčebná metoda je komplementární s konvenční medicínou,“ konstatovala stomatoložka, která s úspěchem využívá homeopatii ve své praxi.

Do rukou odborníků

Základem homeopatického přístupu je, že homeopat neléčí nemoc, ale nemocného na základě jeho individuálního prožívání nemoci. Pacienti se stejnou nemocí tak mohou dostávat odlišné homeopatické léky. Těch je aktuálně na českém trhu kolem dvou set. Lékaři homeopati zdůrazňují, že homeopatie jako léčebná metoda patří do rukou odborníků, kteří dokážou správně vyhodnotit benefity i limity této léčebné metody. U řady stavů se podle nich mohou homeopatické léky využívat jakožto léky první volby, a to zejména u dětí a starších pacientů, kde mohou díky své netoxicitě snížit riziko iatrogenního poškození.

Studie EPI3 je nejrozsáhlejší epidemiologická studie provedená ve Francii v oblasti všeobecného lékařství. Na její průběh dohlížela nezávislá vědecká komise pod vedením prof. Luciena Abenhaima, bývalého předsedy vládního výboru pro zdravotnictví; supervizi měla vědecká komise pod vedením prof. Bernarda Begauda z Univerzity Bordeaux-II. Výsledky studie byly zveřejněny v 11 odborných publikacích, např.: Grimaldi-Bensouda L, et al. Results of a nationwide representative survey within general practices. *BMJ Open*, 2011.1:e000215.

MUDr. Andrea Skálová

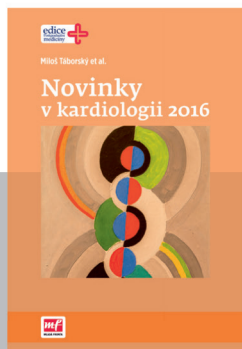


Ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce M161000421

## Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získáte jako dárek knihu **NOVINKY V KARDIOLOGII 2016 v hodnotě 605 Kč**



**Novinky v kardiologii 2016 (Miloš Táborský et al.)**

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 kardiovaskulárních onemocnění, a to nejen interpretaci doporučených postupů Evropské kardiologické společnosti, ale především zaměřením na ty oblasti kardiologie, které zasahují významně množstvím našich pacientů, jako je zejména srdeční selhání, hypertenze, dyslipidemie, fibrilace síní, chlopenní vady a řada dalších, klinicky orientovaných oblastí.

knihka.cz

**Neváhejte!**

**Tato nabídka platí jen do 13. 11. 2016.**

**Předplatné na rok pouze za 399 Kč.**



**Předplatte si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku [mladafronta@predplatne.cz](mailto:mladafronta@predplatne.cz), uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 1016**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



**Volejte zdarma 800 248 248**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 1016**. 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 zosobněny do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svými písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávku dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správem. Bere na vědomí, že má práva 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](http://www.mf.cz)





6. – 8. listopadu 2016, Clarion Hotel Olomouc

# XIV.

## ČESKÉ A SLOVENSKÉ SYMPOZIUM O ARYTMIIÍCH A KARDIOSTIMULACI

- **Registrujte se na**  
[www.cksonline.cz/14-arytmologicke-symposium](http://www.cksonline.cz/14-arytmologicke-symposium)
- **Ukončení registrací**  
28. října 2016



# Nové standarty pro prevenci infarktu

*Časopis European Journal of Preventive Cardiology uveřejnil nové evropské standarty pro prevenci opakovaného infarktu myokardu.*

Na tvorbě těchto standardů se podílela Evropská kardiologická společnost (ESC). „Kardiovaskulární onemocnění jsou světovým ‚zabijákem‘ číslo jedna, v Evropě jsou odpovědná za jedno z pěti úmrtí,“ říká prof. Massimo F. Piepoli. „U každého pátého člověka, který přežije infarkt myokardu, dojde v následujících pěti letech k další kardiovaskulární příhodě – a to i přesto, že se mu dostává odpovídající léčby,“ zdůrazňuje prof. Piepoli, podle něhož se nové standarty soustředí právě na tyto pacienty, u nichž je nutné snížit riziko opakovaných srdečních obtíží.

### Zásadní změna životního stylu

Dokument obsahuje přehled základních opatření, jež by měli pacienti přijmout v rámci prevence a o kterých by měli být informováni svými ošetřujícími lékaři. „Nejúčinnějším způsobem, jak se vyhnout opakovanému infarktu myokardu, je zdravý životní styl,“ říká prof. Joep Perk z ESC. „Ten by měl samozřejmě jít ruku v ruce s lékařskou péčí a adekvátní medikací.“ Standarty zdůrazňují především čtyři základní preventivní kroky, a to přestat kouřit, pravidelně se hýbat a být fyzicky aktivní, jíst zdravou stravu a řádně užívat předepsané léky, to vše v kombinaci s pravidelnou kontrolou hladiny cholesterolu či krevního tlaku (popřípadě dalších rizikových faktorů).

„Přestat kouřit je v prevenci opakovaného infarktu nejdůležitější položkou. Pokud se navíc přidá pohyb a dodržování správné výživy, je možné předejít až 80 procentům případů infarktu myokardu,“ říká prof. Perk.

### Motivace pacientů

Podle studie EUROASPIRE kouří po prodělaném infarktu myokardu 16 % pacientů, 38 % trpí obezitou a 60 % se nevěnuje žádné, popřípadě jen minimální fyzické aktivitě. Ačkoli evropské *guidelines* k prevenci kardiovaskulárních chorob zdůrazňují potřebu pravidelného sledování krevního tlaku a hladiny cholesterolu, ne u všech pacientů k němu skutečně dochází.

„Proděláním infarktu myokardu je velmi zásadní událostí, a přesto se zdá, že nemotivuje pacienty, aby změnili svůj životní styl k lepšímu a vyhnuli se tak další příhodě. Víme rovněž, že více než polovina lidí po infarktu přestane užívat předepsané léky. Pacienti věří, že zdravotní péče, které se jim dostává, se postará o všechno a oni už nemusejí dělat nic. Stojí proto před námi důležitá výzva – přesvědčit je, že prevence opakovaného infarktu je především jejich odpovědností. Můžeme tak zachránit mnoho lidských životů,“ zdůrazňuje profesor Piepoli.

### Prevence již v nemocnici

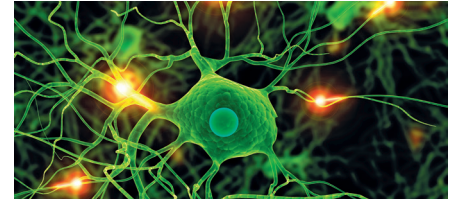
Prevence opakovaného infarktu myokardu by podle autorů nových standardů měla začít bezprostředně po první příhodě, tedy v době, kdy je pacient stále hospitalizován. Nemocný by měl být seznámen s možnostmi prevence a nutností užívat předepsané léky. „Lékaři poskytující akutní kardiologickou péči by měli u pacienta identifikovat rizikové faktory a životní návyky a měli by jej edukovat jak zlepšit životní styl. Pokud se s prevencí nezačne ihned, může pacient nabýt dojmu, že není tak důležitá jako léčba samotná. Máme vědecky podložené postupy jak druhému infarktu myokardu předejít, ale musíme umět přesvědčit pacienty, že to jsou oni, kdo hraje hlavní roli v jejich léčbě a prevenci další kardiovaskulární příhody,“ uzavírá Massimo F. Piepoli.

(Zdroj: *Medical News Today*)  
(kha)



# Roztroušená skleróza

## – registr ReMuS přináší nová data



Do registru osob s roztroušenou sklerózou ReMuS se za dobu jeho existence od května 2013 zapojilo 85 % pacientů, kteří užívají nejmodernější biologickou léčbu. Téměř dvě třetiny z nich pracují na plný či částečný úvazek.

Také první socioekonomické analýzy, které nechal zpracovat správce registru – Nadační fond Impuls, potvrzují, že podíl ekonomicky aktivních lidí mezi pacienty se téměř neliší od celorepublikového průměru.

Význam dat pro léčbu

Česká republika patří k zemím s vysokým výskytem roztroušené sklerózy (RS). V posledních letech je u nás diagnostikováno kolem 700 nových pacientů ročně, s nevyčíslenou chorobou jich dohromady bojuje odhadem 17 tisíc. Přibližně 10 tisíc z nich užívá nejmodernější léčbu, která dokáže oddálit invaliditu a udržet lidi s RS déle aktivní. „Ukázalo se, že 73 procent pacientů užívajících biologickou léčbu je práceschopných, což je téměř stejný podíl jako u celkové populace České republiky,“ vysvětluje Kateřina Bémová z Nadačního fondu Impuls.

Podle odborné garantky projektu doc. MUDr. Dany Horákové, Ph.D., z MS centra Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze tkví největší význam registru v tom, že již nyní přináší cenná data z reálné praxe. Ta se mají stát podkladem pro jednání o zpřístupnění moderní léčby všem pacientům, kteří ji potřebují. Neméně důležitou roli hrají data z registru pro medicínský výzkum, ale přinesou i poučení o tom, kdy je neefektivnější změnit léčebný režim či léčbu eskalovat.

Dvě třetiny pacientů jsou ženy

Po třech letech fungování registru je v něm sledováno 8353 pacientů čerpajících biologickou léčbu z celé České republiky, kteří se léčí v jednom ze 14 specializovaných center. Nejvíce pacientů s biologickou léčbou v registru je z Prahy a Středočeského kraje, dále z Moravskoslezského a Ús-

teckého kraje. Dvě třetiny tvoří ženy. Nemoc se objevuje v průměru ve 30,6 letech, věkový interval při jejím propuknutí však činí 3–67 let. V registru je aktuálně 33 pacientů mladších 18 let. Téměř 70 % pacientů je schopných práce, a to buď na plný, nebo částečný úvazek, zhruba 32 % pobírá invalidní důchod. Více než polovina (55,3 %) pacientů nepobírá žádné sociální dávky. Nejpočetnější skupinou z hlediska stupně postižení jsou lidé s EDSS mezi 1,5 a 2, tedy s mírnými potížemi, minimálně dotčenou výkonností a pouze nepatrnými odchylkami v neurologickém nálezu. Druhou početně největší skupinu pacientů (1483) tvoří ti, kteří se potýkají s výraznějším postižením, dotčením hybnosti a výkonnosti, ale mají zachovanou schopnost pracovat. Registr také ukázal počty porodů – v hodnoceném období od 1. ledna 2016 do 30. června 2016 porodilo celkem 51 pacientek s RS. (red)

# Zachovat efekt léků

## na roztroušenou sklerózu

O spolupráci národních vědeckých týmů, velkých farmaceutických výrobců a malých firem v programu IMI, hrazeném z prostředků Evropské komise a Evropské federace farmaceutických společností a asociací (EFPIA), hovoříme s vedoucí MS centra Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a vedoucí konsorcia Abirisk **prof. MUDr. Evou Havrdovou, CSc.**



prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc. Foto: archiv

**Jaké oblasti se konsorcium Abirisk věnuje a proč?**

Jde o spolupráci týmů, které se zabývají léčbou biologickými preparáty. Tedy léčbou parenterální, kdy je do organismu přiváděna bílkovinná molekula. To samozřejmě vede u některých pacientů k tvorbě protilátek proti těmto molekulám, a efekt léku je tak ztracen. Škodí to jednak pacientovi, jehož choroba není pod adekvátní kontrolou, jednak to ekonomicky vyčerpává zdravotnické systémy. U některých nemocí není snadné včas klinicky rozpoznat, že odpověď na lék není přítomna. Na projektu spolupracují gastroenterologové, revmatologové, hematologové a neurologové. Cílem je najít vhodné laboratorní biomarkery, které by včas odhalily nedostatečnou odpověď na lék, tedy tvorbu protilátek proti němu, aby mohl být pacient převeden na jinou, účinnou léčbu.

**Lze už shrnout dosavadní výsledky vaší činnosti?**

Projekt má za sebou již mnoho publikací s výsledky, které jednak sjednocují a zlepšují metodiku detekce těchto anti-drug antibodies (ADA), jednak mapují výskyt těchto protilátek, což je zajímavé, protože to není ve všech státech stejné, a navíc se pokoušejí vysvětlit tento jev. U některých nemocí se zdá, že jde o genetickou dispozici k tvorbě ADA, jindy že jde o vlastnost imunitního systému.

**Jak funguje spolupráce mezi národními týmy a jaký je úkol českého týmu?**

Spolupráce na tomto projektu je výborná, přítomnost mnoha týmů pro jednu chorobu umožňuje získat velké sety dat, a tedy i statisticky přesvědčivé výsledky. Samotná validace laboratorních metod se nedá dělat ani v běžném provozu, ani na jednom pracovišti. Úloha českého týmu je dvojí. Jednak poskytujeme vzorky krve pro mnohočetnou imunologickou fenotypizaci do laboratoře v Anglii, jednak sledujeme pacienty, kteří nově zahájili léčbu interferonem beta, a jejich tvorbu protilátek proti tomuto léku. Těchto pacientů je v ČR rutinně léčeno přes pět tisíc a nová validovaná metodika detekce protilátek proti interferonu beta ukazuje, že protilátky tvoří (a tedy efekt má nedostatečný) mnohem větší procento pacientů, než jsme si mysleli podle metodiky zavedené několik let. Je to důležité zjištění a doufám, že povede k tomu, že více a více nově diagnostikovaných pacientů bude moci zahájit terapii modernějšími léky, protože farmakoekonomicky se neefektivní léčba nevyplatí.

**Budou mít tedy výsledky výzkumu ekonomický dopad – uspoří se díky němu?**

Interferon beta je u nás zatím nejlevnější variantou léčby roztroušené sklerózy, ale toto soustředění se na zdánlivě ušetření prostředků je velmi krátkozraké, protože pacient,

jehož nemoc není pod kontrolou, přechází rychleji do invalidity a tím se jeho léčba a sociální náklady dále zvyšují. Český tým má v kohortě pacientů nově zahajujících léčbu největší počet zařazených, tedy dodává nejvíce vzorků krve pro analýzy, a je tak velkým přínosem pro projekt. Kvalita vzorků pro imunofenotypizaci je vysoká, do londýnské laboratoře přichází od nás nejvyšší počty živých buněk, což je zásluha laboratoře profesora Martáska na naší fakultě, se kterou léta spolupracujeme. Naše vzorky dokonce umožňují vyslovit některé odvážné hypotézy o vztahu některých povrchových molekul na lymfocytech a odpovědovosti na léčbu. Bylo by skvělé, kdyby to bylo možné časem přenést do naší praxe a odhalit tak non-respondenty na interferon beta včas.

**Vnímáte iniciativu IMI, kde část prostředků hradí Evropská komise a část farmaceutický průmysl, jako potřebnou/smysluplnou?**

Vnímám ji jako jedinou možnou pro budoucí financování výzkumu, protože výdaje na akademický výzkum se ve všech státech potýkají s velkými omezeními. Nedochází zde k žádným střetům zájmů, nikdo do naší práce nezasahuje, firmy se chovají jako servisní organizace, ale z výsledků budou samozřejmě profitovat i ony. Jako by se demonizace farmaceutického průmyslu mimo rámec ČR neodehrávala. Musím říci, že mě to příjemně překvapilo. (klu)



# Pozměňovací návrhy ohrožují dostupnost léků v ČR

## Pozměňovací návrh zvyšuje riziko reexportu, a tím i nedostatku léků v ČR

Pozměňovací návrh poslance Jiřího Běhounka nijak nezajišťuje doručení léků českým pacientům.

### 1. Návrh negarantuje dodávky lékárnám a pacientům v ČR

- Právo distributora na dodávku není podmíněno dodáním léčiv do lékárn
- Léky tak mohou být jednoduše vyvezeny za hranice



### 2. Návrh ohrožuje schopnost výrobce uspokojit potřeby trhu



- Výrobce nebude schopen pokrýt požadavky trhu, protože část léků bude muset být rezervovaná pro případné reexportéry
- Farmaceutická výroba probíhá v pevně stanovených cyklech, které nelze přizpůsobovat individuálním požadavkům distributorů

### 3. Návrh ohrožuje vymahatelnost novely

- Návrh nerespektuje pravidla tvorby legislativy v EU
- Kvůli nesouladu s pravidly EU může být celá novela nevymahatelná



### 4. Návrh znemožňuje plnění veřejných zakázek

- Distributor nemá garantováno dostatečné množství léků na plnění závazku z veřejných zakázek



## Další pokles cen zvýší riziko reexportu

Ceny léků v ČR jsou nejnižší v celé Evropě. Příliš nízké ceny jsou přitom hlavním důvodem reexportu. Návrh poslance Rostislava Vyzuly na další snížení maximálních cen tak zvyšuje riziko nedostupnosti léčivých přípravků.

### 1. Nízké ceny omezují dostupnost léků již dnes

- Již teď má 1/4 léků na českém trhu žádnou nebo pouze jednu alternativu
- Bezhlavý tlak na cenu zužuje možnosti výrobců dodávat nová generika a biosimilars
- Oddálení vstupu generik a biosimilars je promarněná příležitost úspor ve veřejných rozpočtech
- Čím nižší cena, tím vyšší reexport



### 2. Rizika neprojednaného návrhu

- Návrh je typický přílepek. Nesouvisí s předkládanou novelou a mění zcela jiný zákon
- Návrh byl předložen na poslední chvíli. Dotčené subjekty neměly žádnou možnost se k němu vyjádřit
- Návrh snižuje cenu u biosimilárních léků při vstupu na trh o dvojnásobek
- Návrh snižuje cenu u generik při vstupu na trh o jednu čtvrtinu
- Návrh podporuje reexport a zvyšuje riziko nedostupnosti léků v ČR



# Omezí novela zákona o léčivech dostupnost léků?

S ředitelem České asociace farmaceutických firem **Martinem Mátle** hovoříme o sporných návrzích k novele zákona o léčivech, jejich možných dopadech na lékový distribuční řetězec a zvyšování rizika reexportu a tím i na nedostatek léků pro české pacienty.

**Schvalování novely zákona o léčivech dostalo v poslední době nový rozměr. Mohl byste zrekapitulovat, k čemu nyní v poslanecké sněmovně dochází?**

V rámci druhého čtení novely bylo představeno 23 pozměňovacích návrhů, z nichž dva představují problém pro činnost našich členských společností. Jedním z nich je změna zákona o léčivech, která zavádí nové právo distributora požádat si o léky u výrobce a tomu odpovídající povinnost výrobce této žádosti vyhovět. Tato povinnost je zastropována tržním podílem distributora na trhu v ČR. Druhý pozměňovací návrh je legislativním přílepkiem k zákonu o veřejném zdravotním pojištění, jenž mění parametry – konkrétně procenta, o která se snižuje cena generik a biosimilars, pokud jako první vstupují na český trh.



Martin Mátle

Foto: archiv

**Měla asociace a ostatní dotčené subjekty dostatečný prostor se k návrhům vyjádřit?**

Prostor pro to nebyl žádný. Pozměňovací návrhy byly předloženy v rámci druhého čtení, v jejich případě neprobíhalo žádné připomínkové řízení, nebyly projednány legislativní radou vlády ani v rámci příslušného výboru poslanecké sněmovny. Jediný prostor, který tento způsob předkládání návrhů dává, byl zhruba týden mezi jejich představením a následným projednáním v garančním výboru. Jde o naprosto minimální prostor, pokud uvažujeme o tom, jak významně by současný systém lékové politiky zasáhl. Nedává možnost analýzy, právních rozkladů a v případě asociací, kde je zapojena řada subjektů podléhajících interním procesům, je takový postup schvalování velmi komplikovaný. Navíc ve druhém čtení už není žádný prostor pro jakoukoli opravu.

**Pokud se zaměříme na návrh, který dovolí distributorovi požadovat po výrobci objem léků odpovídající jeho tržnímu podílu, kde vidíte největší rizika tohoto přístupu?**

Pokud by byl návrh přijat, způsobí paradoxně opak toho, co je cílem původně předkládané novely, která má omezit reexporty léků a zajistit jejich dostupnost pro české pacienty. Tento návrh naopak řeší především

dostupnost léků pro distributory v ČR, aniž by současně zajistil, že tyto léky dodají do českých lékáren. Tím naopak může být zcela popřen celý původní a nosný záměr novely a ještě více může být podpořen na úkor českých pacientů reexport.

**Je v současném prostředí volného trhu taková zákonná intervence, která je obsažena v onom pozměňovacím návrhu, vůbec možná?**

Prolomení obecného principu smluvní volnosti je velmi zásadní a silný prostředek regulace prováděné státem. Jsme svědky toho, že zákonodárci přijetí takového opatření zvažují, takže možné to je, ale v tomto případě nebyl zvážen poměr zásahu do volné hospodářské soutěže a smluvní volnosti vůči dopadu takového zásahu a veřejnému zájmu.

**Je tento způsob vytváření zákonů v souladu s pravidly platnými v EU?**

Navrhovaná povinnost výrobců dodávat distributorovi stanovený objem léků (navíc evropsky zcela ojedinelá) zakládá potřebu oznámit toto legislativní opatření Evropské komisi a členským státům v rámci takzvané technické notifikace před EK. Protože jsou tyto návrhy předloženy v samém závěru legislativního procesu, takto předložený návrh výrazně ohrožuje dokončení notifikace a tím i vymahatelnost celé novely zákona o léčivech.

**Nahrává tedy tento návrh distributorům? Máte informace, že by ho tyto skupiny kvitovaly?**

Komunikujeme s řadou subjektů, které se v distribučním řetězci pohybují, a většina klíčových hráčů na trhu lékárenské distribuce má s tímto návrhem problém a nesouhlasí s ním. Překvapivě jsou proti i členské společnosti velkodistributorů, takže ti, kterým by měl jít návrh naproti, je v této podobě nechtějí. Je to logické, protože bezprecedentní zásah do smluvní volnosti a fungování hospodářské soutěže subjektům, které plní svoji tradiční roli, výrazným způsobem komplikuje fungování trhu, přináší nová administrativní pravidla a ohroží plnění jejich smluvních závazků, vzešlých z veřejných zakázek. Je to medvědí služba.

**Jak vlastně návrh upravuje metodiku zjistitelnosti podílu konkrétního léku na trhu, který může distributor po výrobci požadovat?**

To je jeden z dalších nedostatků tohoto návrhu. Určitými údaji o tržních podílech disponuje Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), který má ale v zákoně o léčivech přesně stanoveno, jaké údaje a jakým způsobem může zveřejňovat. Podíl distributora na trhu mezi nimi logicky není, protože se s takovým požadavkem dopředu nikdy nepočítalo. Celé to pak vzbuzuje obavu, zda je takový návrh vůbec vykonatelný. Zda jsou v něm uvedené nároky přezkoumatelné a lze je v praxi realizovat.

**Druhý návrh – na procentuální snížení maximální ceny u přípravku prvně vstupujícího na trh – je**

**předložen formou přílepku zákona o veřejném zdravotním pojištění. Forma přílepku byla již v minulosti označena za protiústavní...**

Tento způsob tvorby legislativy považujeme za nešťastný, protože neumožňuje jakoukoli veřejnou diskusi, analýzu dopadů, vyjádření dotčených subjektů ani možnost odhalení problémů, které takový návrh přináší. V konečném důsledku to má negativní vliv na kvalitu legislativy jako takové.

**Návrh reaguje na neudržitelné financování nákladné biologické léčby. To je přece oprávněný záměr. Proč s ním nesouhlasíte?**

Problém s náklady na biologickou léčbu je reálný a souhlasíme s tím, že je to výzva, která nutí správce veřejných rozpočtů hledat řešení. Ale tento návrh je podle našeho názoru zjednodušující, nekvalitní řešení a paradoxně oddaluje nástup biosimilars, která vstupují na trh. Přitom právě tyto přípravky by mohly financování biologické léčby stabilizovat a přinést snížení nákladů a veřejným rozpočtům ulehčit. Stávající produkty, které již na trhu jsou a generují náklady veřejných rozpočtů, tento návrh paradoxně nepostihne.

**Jak konkrétně budou upraveny ceny nově vstupujících léků?**

Současný zákon o veřejném zdravotním pojištění obsahuje mechanismus, jak snižovat maximální cenu generických léčivých přípravků, popřípadě biosimilars, v okamžiku, kdy přichází na trh první takový přípravek. V současnosti se cena snižuje o 32 procent vůči originálu a v případě biosimilars se snižuje o 15 procent vůči originálu. Pozměňovací návrh tyto parametry mění. V případě generik půjde o snížení o 40 a u biosimilars o 30 procent. Jako argument jsou uvedeny referenční státy, které snižují při příchodu léků cenu obdobně, jak je uvedeno v návrhu. To je ale zavádějící, protože výchozí ceny léků jsou v těchto zemích mnohem vyšší. A vyšší zůstanou i po stejném procentuálním snížení.

**Ovlivní takové snížení cen ochotu výrobců dodávat přípravky na český trh?**

Výsledkem extenzivní regulace bude oddálení vstupu léčivých přípravků na český trh. V případě přijetí pozměňovacího návrhu budou ceny léků v ČR ještě nižší, než jsou dnes. Přitom již teď jsou ceny léčivých přípravků nejnižší mezi členskými státy EU, a dokonce nižší než v některých balkánských zemích.

Další snížení maximálních cen by zásadním způsobem zhoršilo postavení výrobců a zkomplikovalo uvádění generických přípravků a biosimilars na český trh.

**Je mezi těmito dvěma poslaneckými návrhy nějaký vztah?**

Návrhy, pokud by byly přijaty oba, by způsobily pravý opak než původní návrh novely. Snížení cen léků zvýší jejich atraktivitu pro reexport a volné zpřístupnění léků distributorům ohrozí dostupnost léků v českých lékárnách. (klu)



# Rizika narušení smluvní volnosti jsou vysoká

Asociace velkodistributorů léčiv (AVEL) nesouhlasí s pozměňovacím návrhem pana poslance Běhounka.

Návrh upravuje vztah distributora a výrobce a pro distributora zavádí právo požádat držitele rozhodnutí o registraci (výrobce) o dodávku léků v rozsahu svého celkového tržního podílu, přičemž výrobci je navržena nová povinnost takové požadované léky a jejich množství dodat.

Bez záruk vůči pacientovi

Návrh bohužel neřeší rámec potřeby uspokojení trhu, poskytovatelů a především samotných pacientů. Řeší pouze roli a postavení distributora a zároveň omezuje obchodní smluvní volnost. Legislativní návrh zároveň významně ohrožuje schopnost plnit závazky z veřejných zakázek, což může mít za následek snížení počtu účastníků v soutěžích, a tím zvýšení ceny léků. Navíc výrobce, který by musel vedle vítěze veřejné zakázky dodávat i všem ostatním distributorům, nemůže být schopen požadavky takové veřejné zakázky pokrýt.

**Léky aktuálně chybějící ve veřejných lékárnách v důsledku reexportů**

Kategorie	Subkategorie	Přípravek (příklad)
léky na onemocnění srdce		Micardis
léky na respirační obtíže		Seretide
neurologická léčiva		Lyrica
léky na diabetes	antidiabetika	Forxiga, Jardiance
	inzuliny	Humalog, Humulin
antikoagulantia, antitrombotika	nízkomolekulární hepariny	Clexane, Fraxiparine
	inhibitory trombinu	Pradaxa
	inhibitory faktoru Xa	Xarelto

Ke kritikům pozměňovacích návrhů k novele zákona o léčivech se přidali i lékárníci. Asociace provozovatelů lékárenských sítí (APLS), která zastupuje lékárníky Dr. Max, Benu a Devětsil, upozorňuje, že předložené návrhy jdou proti smyslu novely. Vůbec totiž negarantují lepší dostupnost léků a omezení výpadků. Naopak podporují reexport a poškozují pacienta.

Léky na srdeční onemocnění, dýchací obtíže, nervové poruchy, diabetes i snížení srážlivosti krve – to všechno jsou kategorie preparátů, pro které si pacienti běžně chodí do lékáren a u kterých reexporty způsobují výpadky. Jejich dostatek či nedostatek zásadně ovlivňuje kvalitu života, přesto sehnat je někdy není snadné, jindy je to zcela nemožné. „Kdybychom chtěli sestavit seznam takových léků, byl by poměrně dlouhý,“ podotýká předseda představenstva APLS Ing. Daniel Horák a dodává: „Když naši lékárníci vidí na receptu názvy přípravků jako Micardis, Seretide, Lyrica, Clexane nebo Fraxiparine – a tím výčet zdaleka nekončí –, čelí často situaci, která je jim krajně nepřijemná. Nezřídká znamená, že musejí pacientovi říct: „Nemáme.““

Ve skutečně zoufalé situaci se v takové chvíli ocitá pacient. S trochou štěstí sežene potřebný preparát v jiné tuzemské lékárně, ale někdy ani to ne, protože lék určený českým pacientům užívají pacienti v zahraničí. Reexporty vedou k absurdním situacím, kdy léku, který v jedné zemi kriticky chybí, v jiné zemi prochází expirace, protože je tam v nadzásobě. Ale cenový rozdíl přes-

Návrh nestanovuje, že distributor si má léky od výrobce vyžádat na objednávku lékární. Chybí tedy záruka, že léčiva, která distributor od výrobce dostane, budou poté distribuována do českých lékáren a nebudou vyvážena mimo území České republiky. Paradoxně i zcela chybí stanovení četnosti objednávek distributora v rozsahu jeho celkového tržního podílu v kalendářním čtvrtletí předcházejícím poslednímu ukončenému kalendářnímu čtvrtletí. Je tak klidně možné, že si distributor svůj celkový tržní podíl vybere opakovaně.

V rozporu s evropským trhem

Návrh pak může způsobit i velmi absurdní situace. Lze z něj například vyvodit, že distributor požádá každý den výrobce o daný objem léků. Výrobce bude léky dodávat denně tak dlouho, dokud si nezruinuje sklad a nerozvrátí si logistiku. Ovšem představa, že by se takovou legislativou řídila mateřská centrála výrobce a kontinuálně mu dovážela další a další léky, je zcela iluzorní. Pokud by návrh vešel v platnost, není vyloučené, že by se



výrobci domáhali odvolání u Evropského soudu. Rozpor s judikátem evropského soudního dvora je v tomto případě obrovský. Judikát totiž dává výrobci možnost odmítnout dodávky léčivých přípravků v případě, že již uspokojil potřeby trhu. V ten moment, kdy budou uspokojeny požadavky spotřebitelů, nedává smysl, aby zásobovali jakéhokoli distributora.

Omezení obchodní smluvní volnosti – tedy nařízení povinnosti dodávat distributorům – může pro výrobce znamenat stažení z trhu, protože podle tržních podílů nebudou schopni trh zásobit. Museli by totiž držet enormně vysokou skladovou zásobu, což konkrétně pro cenovou hladinu léků v ČR, která je v EU jedna z úplně nejnižších, nebude pro výrobce vůbec možné a atraktivní.

Jsem přesvědčen, že na špatné zpracování legislativy v konečném důsledku doplatí hlavně pacienti. Předložení návrhu, který nikdo ze tří členských velkodistributorů AVEL, reprezentujících dohromady více než 80 % celkového trhu, nepodporuje, naopak na poslední chvíli vyvolává otázku, komu má vlastně prospět.

PharmDr. Michal Krejsta, MBA,  
tajemník Asociace velkodistributorů léčiv (AVEL)

## Lékařny nechtějí říkat pacientům „nemáme“

to motivuje k vývozu. „Lékařna je místo, kde musí pacient nepříznivou zprávu vyslechnout, a kde dá proto občas průchod svým pochopitelným emocím,“ poznamenává Daniel Horák, „a o to víc nám vadí, že navrhované změny zákona lékařny jako subjekt naprosto ignorují, ale především jdou proti zájmům pacientů.“ Podle Horáka, který zároveň řídí i největší republikovou síť lékáren Dr. Max, musejí lékárníci čelit i obviněním, že se na reexportu sami podílejí. „To je nesmysl,“ komentuje to ředitel Horák. „Přinejmenším za svou síť opakovaně deklaruje nulovou toleranci k reexportům, žádná naše lékařna ani nežádala o distribuční oprávnění, které by vývoz umožnilo.“

Na Slovensku přímo do lékařny

Šéf APLS v této souvislosti poukazuje na právní úpravu omezující reexport léků, která je v těchto dnech pro-



jednávána na Slovensku a měla by začít platit od Nového roku. Podle ní by reexportovat jakýkoli přípravek hrazený z veřejného zdravotního pojištění směl jen výrobce a distributor by mohl dodávat pouze lékárnám. „Tam je patrný zájem na tom, aby se lék dostal až k pacientovi, kritizované dva pozměňovací návrhy pánů Běhounka a Vyzuly k novele českého zákona nic takového neobsahují – z nich má člověk spíše pocit, že si pacienti pro léky chodí k distributorovi, a ne do lékařny,“ poznamenává Horák.

Chybějící garance, že se lék dostane do lékáren, je z hlediska APLS naprosto zásadním důvodem k odmítnutí navrhovaných změn. Lékařenské sítě ale kritizují i další důsledky pozměňovacích návrhů: další snížení příjmů pro lékařny při rostoucích nárocích na kvalitu lékařské péče, nerovný přístup k léčivým přípravkům či zablokování vstupu nových přípravků na český trh.

(akt)



Ilustrační foto: Shutterstock

# Edukace rodinného příslušníka pacienta s Alzheimerovou demencí

*Demence je nejčastější a nejzávažnější duševní poruchou ve stáří. Alzheimerova demence tvoří asi 60 % všech diagnostikovaných demencí. Jedná se o chronické progredující onemocnění, které vzniká v důsledku atrofických a degenerativních změn neuronů v mozku.*

Etiologie onemocnění není zcela jasná. Příčiny mohou být genetické, zánětlivé, virové nebo environmentální. Mezi rizikové faktory patří věk, zevní vlivy (např. působení toxických látek), poškození mozku, traumata, poruchy imunity, srdeční arytmie, hypertenze, *diabetes mellitus* nebo působení pomalých virů (Snopková et al., 2007). Počet lidí žijících s demencí byl v roce 2010 celosvětově odhadován na 35,6 milionu. Tento počet by se měl do roku 2030 téměř zdvojnásobit a do roku 2050 více než ztrojnásobit. Počet nových případů je odhadován na 7,7 milionu, což představuje jeden nový případ na každé čtyři sekundy. Náklady spojené s onemocněním činily podle odhadů v roce 2010 celosvětově 604 miliard USD (ÚZIS ČR, 2012).

Vlivem onemocnění dochází ke zhoršení kognitivních funkcí, jako je paměť, úsudek, logika, abstrakce, plánování a realizace aktivit, ale i nekognitivních funkcí (poruchy nálady, chování a spánku). V konečné fázi dochází až k degradaci osobnosti a ztrátě soběstačnosti. Lužný tyto problémy shrnul ve schématu ABC – Activities, Behaviour, Cognition (Lužný, 2012).

## Kazuistika

Žena, 86 let, léčí se s hypertenzí 2. stupně. Žije v rodinném domku spolu s 60letou dcerou, která je ve starobním důchodu. Dcera pacientky přichází do ordinace praktického lékaře své matky, kde udává postupné zhoršování matčiny paměti v posledních dvou měsících, výraznější zapomínání, potíže s orientací místní i časovou, obtíže se spánkem a výkyvy v náladách, obviňování až zlostné projevy. Dcera péči o matku nezvládá. Psychiatr doporučil hospitalizaci na gerontopsychiatrickém oddělení ke zklidnění stavu a nastavení medikace. Na počátku hospitalizace je klientka dezorientovaná v čase a místě, výrazná je noční zmatenost, místy stavy neklidu. Hodnocení MMSE 21b ukazuje na lehkou kognitivní poruchu. Po nasazení terapie se stav pozvolna upravil. Dcera matku pravidelně navštěvovala a zajímala se o nemoc i terapii.

## Posouzení rodinného příslušníka – dcery

<b>Pohlaví</b>	žena
<b>Vzdělání, zaměstnání</b>	SEŠ, ekonomka, nyní ve starobním důchodu
<b>Rodinný stav</b>	vdova, 2 děti, s matkou žije rok
<b>Tělesný stav</b>	dobrý, léčí se pro vysoký krevní tlak, pravidelně navštěvuje praktického lékaře, užívá léky
<b>Orientace a stav vědomí</b>	orientace osobou, místem a časem neporušena, vědomí jasné
<b>Chápání myšlenek a otázek</b>	klidná, trpělivá, chápavá, má snahu dozvědět se nové informace a pomoci tak návratu matky do domácího prostředí
<b>Řeč a způsob vyjadřování</b>	verbální komunikaci navazuje spontánně, místy nejistá
<b>Pozornost</b>	udrží pozornost, soustředěná
<b>Smyslové vnímání</b>	nosí brýle – krátkozrakost, slyší dobře, poruchy čichu ani chuti nemá, hmat bez potíží
<b>Paměť</b>	neporušená, je schopna zapamatovat si nové věci a vybavit si je
<b>Emotivita</b>	emočně stabilní, optimistka
<b>Motorika</b>	v normě
<b>Volní jednání</b>	rozvážná, důsledná, zodpovědná
<b>Životní styl</b>	zájem o zdravý životní styl, životospřávu
<b>Zájmy, koníčky, aktivity</b>	vnoučata, dům, zahrádka, vaření, internet, křížovky
<b>Schopnost porozumět situaci</b>	situaci se snaží chápat a chce se zapojit do péče o matku
<b>Vztah k učení</b>	dobrý, má zájem dozvědět se něco nového, co pomůže návratu matky do domácího prostředí
<b>Faktory bránící edukaci</b>	částečné obavy, zda zvládne situaci doma





### Potřeba edukace

U klientčiny matky byla diagnostikována Alzheimerova choroba s pozdním začátkem. Klientka sdílí s nemocnou společnou domácnost. Se základními rysy onemocnění byla seznámena. Věděla, co onemocnění obnáší a v čem spočívá léčba. Nedostatky byly zjištěny v oblasti zajištění bezpečnosti nemocné a ve vzájemné komunikaci. Cílem edukace bylo předat klientce základní informace o zajištění bezpečnosti, o režimových a denních návycích, cvičení paměti a motoriky u nemocné. Klientka má obavy, jak situaci zvládne, protože si je vědoma náročnosti péče o matku. Chce se však naučit novým věcem, které jí ulehčí soužití v jedné domácnosti a zkvalitní život. Je ochotná spolupracovat a podílet se na edukačních setkáních. Úroveň motivace je dostatečně vysoká.

### Etapa plánování

#### Cíle:

- kognitivní – klientka zná režimová a bezpečnostní opatření, pohybové aktivity a činnosti na posílení paměti,
- afektivní – klientka si osvojí základní režimová i bezpečnostní opatření,
- behaviorální – klientka se seznámí s technikami k podpoře a udržení sebepečce, k podpoře jemné motoriky a paměti matky.

**Struktura edukace:** první a druhá edukační jednotka – 60 minut. První zahrnuje režimová a bezpečnostní opatření v léčbě nemocného s Alzheimerovou chorobou, životosprávu, základní pravidla při komunikaci. Druhá představuje praktickou ukázkou možného zaměstnávání nemocné, tréninku paměti a jemné motoriky. Duševní sebehygienu.

**Metody edukace:** přednáška, vysvětlování, rozhovor, praktická ukáзка a nácvik.

**Forma edukace:** individuální.

**Edukační pomůcky:** literatura, informační letáky, edukační brožury, tužka, notes, edukační pomůcky (motanice, pexeso, motorické lahvičky).

### Etapa realizace edukačního plánu

#### Motivační fáze (5 minut)

Úkolem je vzbudit zájem klientky o přijímání nových informací k úpravě životosprávy a bezpečnostních opatření a zjistit podmínky a možnosti pro dodržování těchto opatření a zásad.

#### Expoziční fáze (45 minut)

Edukovat klientku o správné životosprávě a problematice výživy pacientů s Alzheimerovou chorobou, neboť u nich hrozí riziko podvýživy. Je třeba dbát na pitný režim, příjem tekutin v množství 1,5–2 litry denně v závislosti na zdravotním stavu a počasí. Je nutné doplnit základní složky výživy, minerály a vitamíny a zvýšit příjem bílkovin, protože nedostatečná výživa vede k úbytku kosterní svaloviny. Jídlo je vhodné podávat pravidelně každé 2–3 hodiny.

#### Rady pro pečující:

- sestavujte jídelníček spolu,
- zapojte nemocného do přípravy jídla (podle možností),
- alespoň jedno jídlo denně konzumujte společně s nemocným,
- dbajte na to, aby jídlo mělo co nejvyšší výživnou hodnotu,
- upřednostňujte potraviny a jídla dobře konzumovatelná,
- dohlédněte, aby pacient jídlo řádně rozkousal a nehltal,
- dbajte na dostatek aktivního pohybu.

#### Fixační fáze (5 minut)

- zdůraznit nejdůležitější údaje o životosprávě,
- shrnout hlavní zásady bezpečnostních opatření,
- zopakovat hlavní zásady komunikace s nemocnou,
- průběžně sledovat zpětnou vazbu klientky spolu s cílenými otázkami.

### Hodnotící fáze (5 minut)

Znalosti klientky jsem zhodnotila metodou kladení otázek a krátkého testu, s jejichž pomocí jsem zjišťovala úroveň jejích vědomostí a znalostí. Klientka postupně hovořila o životosprávě, bezpečnostních opatřeních a komunikaci s nemocnou.

### Základní opatření při soužití s nemocným

Vytvořte si sešit a zapisujte do něj důležitá telefonní čísla, adresy (včetně své vlastní) a čísla tísňového volání. Vytvořte bezpečný domov, uklidte věci, které brání bezpečnému průchodu, kvůli riziku možného pádu. Plánujte návštěvy. Zabezpečte ovladače u všech spotřebičů, zásuvky s ostrými předměty, případně volte spotřebiče s automatickým vypínáním. Odstraňte zámky u dveří pokoje nemocného, popřípadě u toalety. Koupelnu s vanou, popřípadě bazén, zabezpečte. Peněženky, klíče, účty a další důležité dokumenty dejte mimo dosah nemocného, mějte uložené náhradní klíče. Zamykejte zápalky, léky a čisticí prostředky. Sepište si jména lidí a jejich vztah k nemocnému. Vytvořte mapu, na které bude zakreslen váš domov, okolí a vše, co je pro vás důležité. Označte skříně a zásuvky obrázky nebo popisky tak, aby bylo jasné, co v které je. Pořídte hodiny se zobrazením data a dejte je na viditelné místo. Dbejte na užívání léků, nespolehejte, že si je nemocný vezme sám. Léky uchovávejte na bezpečném místě, vhodné je připravit je do lékovky na celý den či týden. Můžete odškrtnávat dny v kalendáři, aby měl nemocný přehled o čase.

Je vhodné seznámit sousedy s onemocněním rodinného příslušníka (podle panujících vztahů) a požádat je, aby vás upozornili, pokud uvidí, že se nemocný pohybuje někde sám. Kupte pacientovi náramek, na který se dá umístit jméno a adresa. Dbejte na osobní hygienu, oblékání a vše, co přispívá k udržení lidské důstojnosti a sebeúcty jak nemocného, tak pečovatele. Pro nemocného může být obtížné vybrat si, co si má obléci, připravte mu proto oblečení sami. Pomáhejte mu při oblékání a při tom hovořte o tom, co právě oblékáte. Platí zásada – co nemocný zvládne sám, to ho nechte udělat samostatně, abyste podpořili jeho samostatnost. Sledujte a rozmyslete si, kdy ho necháte jednat samostatně a kdy naopak převzmete vedení. Pomozte pacientovi uvědomit si, co je schopen zvládnout sám a kdy už potřebuje pomoc.

Pokračujte v navykých činnostech, dokud je to možné, využijte rutinu dne, udělejte si harmonogram. Snažte se zachovat soukromí nemocného. Zapojte do péče ostatní příbuzné, hovořte s nimi o nemoci a potížích s ní spojených. Seznamte vnoučata s nemocí a vysvětlete jim, že babička či dědeček zapomínají a že se při zlostných projevech nezlobí na ně. Uvědomte si, že děti vidí, jak se chováte k nemocnému vy, a jste pro ně příkladem. Chovejte se vždy s láskou a respektem. Vzdělávejte se a získávejte nové informace. Zapišete si vzniklé problémy, zamýšlejte se nad reakcemi a co k nim vedlo, co můžete ovlivnit a co nikoli. Snažte se udržet si humor.

### Zásady komunikace s nemocným

Udělejte si na vše dost času a nenechte ostatní, aby vás nutili pospíchat. Mluvte spolu, vyprávějte, vyjadřujte své pocity, nebraňte se hovoru o nepříjemných věcech, pokud nemocný chce na toto téma hovořit. Buďte optimističtí, naslouchejte, uvědomte si, že je důležité porozumět a pochopit, buďte dobrý posluchač. Omezte hluk. Mluvte s nemocným tak, aby na vás viděl, dávejte pozor na výraz obličeje, zvláště pak, když jste rozčilení. Snažte se komunikovat vlídným a klidným tónem, s lehkostí, buďte trpěliví, nespěchejte, volte tón hlasu, který by se líbil vám. Způsob komunikace se doporučuje oznamovací. Neptejte se například: „Chceš se jít vykoupat?“, ale oznamte: „Koupel máš připravenou, tady je ručník.“ Místo: „Je čas oběda,“ raději řekněte: „Polévka je na stole.“

Vyhýbejte se diskusím o realitě, nehádejte se, raději odejděte, změňte téma. Nehodnotte, nekárejte, nekritizujte, uvědomte si, že nemocný se zpravidla zlobí na sebe, nikoli na vás. Mluvte zřetelně, používejte přesné výrazy, krátké jednoduché věty s jednou myšlenkou, dělejte delší pomlky, aby nemocný mohl informace vstřebat a uvědomit si je. Pokyny dávejte pomalu a postupně, nenaléhejte, sledujte reakce. Pokud nemocný začne být rozrušený, změňte činnost a převedte hovor na jiné téma. Snažte se pochopit chování pacienta – naučte se citlivě vést i nesmyslné hovory a nemocného chvalte.

Inzerce M161000565

# 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!**





Edukační jednotka č. 2

**Téma:** Praktická ukázka možného zaměstnávání nemocného – hlavní zásady, trénink paměti a jemné motoriky. Sebehygiena pečovatele.

**Cíle:**

- kognitivní – klientka má informace a vědomosti o cvičení na posílení jemné motoriky a k tréninku paměti. Ví, co je sebezpečí, jak pečovat o svoji duševní hygienu. Má dostatek informací o relaxačních cvičeních,
- afektivní – klientka má vědomosti a znalosti o pohybu, pohybových aktivitách, cvičeních na podporu jemné motoriky a o tréninku paměti. Aktivně se zajímá o informace ke zlepšení duševní hygieny pečovatele,
- behaviorální – klientka ovládá jednotlivé kroky k posílení jemné motoriky, k tréninku paměti a dokáže je uplatnit v každodenním životě.

**Motivační fáze (5 minut)**

- podpořit motivaci k přijímání nových informací týkajících se pohybové aktivity, motivačních her, tréninku paměti,
- vzbudit zájem o základy duševní hygieny pečovatele.

**Expoziční fáze (50 minut)**

Každá činnost by měla být dobrovolná, příjemná a uzpůsobená stavu nemocného, pohybová aktivita by měla být volena přiměřeně věku.

**Cvičení paměti**

Luštěte s nemocným křížovky, hrajte karetní hry, pexeso, puzzle, procvičujte paměť, prohlížejte si alba, fotografie, povídejte si s pacientem, nechte ho mluvit, zpívejte známé písničky, zkoušejte jednoduché jazykolamy, ptejte se (hra, kdy si navzájem kladete jednoduché otázky), vytvořte záchytné body (např. vyrobte cedulky s velkými názvy rostlin či věcí a rozmístěte je po domě, nemocný si tak lépe vybaví potřebné předměty), malujte, předčítejte knihy, časopisy a bavte se o tom, co čtete, využijte hudbu, kterou má nemocný rád, tancujte, poznávejte barvy.

**Cvičení motoriky, jednoduché hry**

Podporujte jemnou motoriku cvičením prstů, např. mícháním nebo hnětením těsta, tleskáním, tlačáním prstů proti sobě, kroužením zápěstím, třením dlaní o sebe. Další tipy: dáme do pytlíku známé předměty a zkoušíme je hmatem rozpoznat, mů-

žeme využít misky s hrachem, fazolí a čočkou, vložíme ruce do misky a vnímáme tvar, velikost, dále je možné využití motanice či motorických lahviček. Mějte na paměti, že se jedná o progredující onemocnění, a nestanovujte si nesplnitelné cíle, abyste nebyli zklamaní. Nezapomínejte na humor. Smích způsobuje pokles adrenalinu, zvyšuje imunitu, zrychluje činnost srdce a zlepšuje prokrvení organismu.

**Sebehygiena a duševní vyrovnanost pečovatele**

Péče je náročná, vysilující a pečovatel často ztrácí sílu a energii. Pečující osoba je svědkem důsledků postupného poškození mozku nemocného, objeví se pocity žalu, bezmocnosti a popření. Je dobré se vyhnout přehnaným očekáváním, uvědomit si náročnost a dlouhodobost péče a šetřit svoje rezervy. Pečujte o vlastní potřeby, zdraví tělesné i duševní, neboť tak prodloužíte dobu, po kterou budete moci pomáhat svému blízkému. Nemůžete se o někoho starat, pokud nebudete sami zdraví. Ventilujte svoje pocity, dělejte věci, které máte rádi, udělejte si na sebe čas, zapojte do péče i ostatní členy rodiny, známé, kamarády. Relaxujte, chodte mezi lidi, do kina, divadla, na koncerty, kosmetiku aj. Dělejte věci, které vás nabíjejí. Osvojte si zdravý životní styl, najděte si čas na relaxaci, naučte se říci si o pomoc, popřípadě využijte pomoc psychologa.

**Výsledky edukace pečující osoby**

Během edukace si klientka osvojila základní režimová a bezpečnostní opatření při onemocnění Alzheimerovou chorobou. Seznámila se se základními pravidly komunikace s takto nemocným, pochopila úskalí a rizika onemocnění. Klientka vyjádřila obavy z návratu matky do domácího prostředí. Znovu jsme probrali její situaci a zopakovali základní pravidla. Klientka je seznámena s vážností situace a má dostatek informací jak postupovat a jednat. Osobně se zúčastnila jednoduchých cvičení. Je si vědoma náročnosti péče a ví, že je nutné věnovat pozornost i sobě samé, z důvodů možného psychického a fyzického přetížení. Doporučili jsme jí pravidelné návštěvy psychologa a psychiatra a předali na ně kontakty. Klientka vyjádřila potěšení, že měla možnost se do edukace zapojit, což zhodnotila jako jasný přínos.

Marcela Grochalová,

Psychiatrická nemocnice Kroměříž, grochalovam@seznam.cz

Inzerce M161000552



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/

**21. října 2016**

/program pro laickou veřejnost/

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



# Dobrý kolektiv je jako sladěný orchestr

Práci ve zdravotnictví zasvětila hlavní sestra Nemocnice Hořovice **Blanka Červenková** celý dosavadní pracovní život – 41 let. A přitom ji k tomuto oboru přivedla náhoda či osud, jak s úsměvem říká.

## Co vás získalo pro práci ve zdravotnictví?

Vlastně to byl můj bratr a moje teta. Ve škole jsem se učila dobře, vzala jsem si však do hlavy, že chci být kadeřnicí. Kvůli kvótám, které se tenkrát pro jednotlivá povolání přidělovaly, jsem se ale na kadeřnici nedostala. Vystudovala jsem tedy dvouletou ekonomickou školu, a protože jsem se dobře učila, bratr mě přesvědčoval, ať ve studiu pokračuji. Teta mi zase vyprávěla, jak se kdysi musela jít učit kuchařkou, protože ji nezvali ke studiu na porodní asistentku. Vrtalo mi to hlavou, až jsem si řekla, že se na tento obor zkusím přihlásit. A vyšlo to. Tak jsem začala studovat na střední zdravotnické škole v Plzni obor porodní asistentka.

## Pamatujete si na své začátky?

Už během studia jsem o prázdninách chodila sem, do hořovické nemocnice, na dobrovolnou praxi. Značnou část prázdnin jsem se sestrami pracovala na porodním sále. Strašlivě mě ta práce chytla. Po maturitě jsem tady nastoupila na gynekologicko-porodnické oddělení k maminkám na šestinedělí. První týden jsem chodila na ranní se starší kolegyní. Po týdnu přišla vrchní sestra a řekla: „Hele, ty jsi docela šikovná, půjdeš do služeb.“ Postupně jsem pracovala na šestinedělí, gynekologii, na porodním sále...

## Nemocnice má dvě akreditace: ISO a SAK...

Když jsme se rozhodovali, jak nemocnici kvalitativně posunout vpřed, uvažovali jsme o akreditaci udělované Spojenou akreditační komisí (SAK), ale měli jsme obavy, že na ni nedosáhneme. Zkusili jsme tedy projít akreditací ISO, kterou uděluje Český institut pro akreditaci a je trochu jednodušší. Řekli jsme si, že když ji zvládneme, dopilujeme systém a zkusíme SAK. Všechno dopadlo dobře. ISO jsme obhájili již potřetí, akreditaci SAK budeme příští rok obhajovat poprvé, tedy po třech letech od jejího získání.

## Je známo, že máte velice přívětivou porodnici.

O naši porodnici je opravdu velký zájem. Hořovice mají sedm tisíc obyvatel a ročně tu porodí více než 1500 maminek. Bude-li se situace vyvíjet jako dosud, letos máme našlápnuto až na 1700 porodů. Jenom v srpnu u nás porodilo 162 žen, což je opravdu úspěch.

## Co tomu úspěchu předcházelo?

Po revoluci jsme zvažovali, co s naší provinční porodnicí se zhruba 400 porodů ročně uděláme, jak ji zlepšíme a zatraktivníme. Ještě před rokem 1989 jsme díky primářce novorozeneckého oddělení MUDr. Veškrnové jako jedni z prvních zavedli systém rooming-in. Bylo nám jasné, že porody a porodnické oddělení musíme pojmout jinak, než bylo tehdy běžné. Porodní asistentky projednaly všechny aspekty s lékaři, a tak jsme byli mezi prvními porodnicemi, kde byl dovolen doprovod tatínka u porodu. Ještě za ředitele MUDr. Jedličky jsme začali s rekonstrukcí porodních sálů, aby byly útulnější a maminky se cítily víc jako doma. Ze všeho nejdůležitější je ale přístup personálu, i když pochopitelně i prostředí hraje roli. Právě díky hezkému prostředí a příjemnému personálu ženy chtějí родit u nás. Každému nově nastupujícímu zaměstnanci říkáme, že chceme, aby se v porodnici rodičkám líbilo, aby byly spokojené. Kdo z personálu to nepochopí, tomu musíme dát jasně najevo, že nebude možné, aby tady pracoval. Jde nám o kvalitní péči. Majitel nemocnice Ing. Zavalianis do rozvoje oddělení šestinedělí a neonatologie také investoval značné finanční prostředky.

## Vaše porodnice má od roku 2014 status perinatologického centra...

Ano, dalo by se mluvit o dalším stupni na cestě ke zlepšení. Jedním z důvodů pro budování centra byly také časté otázky maminek předčasně narozených dětí, které jsme museli převážet na jiná pracoviště: Kde je moje miminko, proč nemůžu být s ním? Chápali jsme, že odloučení od dítěte není pro novopečenou matku ani miminko dobré. Uvažovali jsme jak to zařídit, aby tady nezralé děti mohly zůstat s maminkami. Jediná cesta byla přiblížit se s péčí o tyto novorozence k maminkám, abychom jim děti nemuseli odvážet. Cesta byla poměrně náročná a po nástupu primářky MUDr. Dokou-



Foto: Konstantinos Tsivos

pilové na neonatologii a ve spolupráci s gynekologicko-porodnickým oddělením v čele s primářem MUDr. Klánem se podařilo vybudovat perinatologické centrum. Dnes jsme schopni se o nezralé děti dobře postarat, takže u nás mohou родit ženy již od 32. týdne těhotenství.

## Před dvěma lety jste otevřeli oddělení pro děti vyžadující chronickou resuscitační a intenzivní péči.

Myslíme si, že jsme byli úplně první nemocnice v republice, která toto oddělení vybudovala. Děti vyžadující chronickou resuscitační a intenzivní péči je hodně a potřebují ji z různých důvodů. Běžně bývají tyto děti ošetřovány na dětských JIP. Naše oddělení pod vedením primáře MUDr. Blažka poskytuje dětem přívětivější prostředí. Může je, prakticky bez omezení, navštěvovat rodina, snažíme se, abychom jim aspoň trochu vylepšili život, když už se k nim osud zachoval tak macešsky. Plánujeme oddělení ještě rozšířit.

## Specializujete se také na operační řešení Crohnovy choroby.

Výskyt Crohnovy nemoci stoupá, bohužel často i u mladých lidí, kteří k nám mnohdy přicházejí ve vážném stavu, kdy předchází léčba dlouhodobě selhává. Snažíme se jim pomoci chirurgickou léčbou. Musím říct, že dobré výsledky máme především díky primářce MUDr. Šerclové.

## Čím ještě se může vaše nemocnice pochlubit?

V létě jsme začali stavět firemní školku, což jistě uvítají všichni zaměstnanci. Bude mít 28 míst a její režim pochopitelně přizpůsobíme časovým potřebám zaměstnanců. Právě vypisujeme výběrové řízení na učitele mateřské školy. Také jsme dostali grant na paliativní péči a budeme rozjíždět paliativní péči pro dospělé i děti. Odborným garantem je primářka dětského oddělení MUDr. Mojžíšová. Zatím se v tomto oboru budeme hodně vzdělávat a učit se všude tam, kde mají s paliativní péčí zkušenosti. Pro začátek bychom chtěli na interně zřídit pokoj, který by sloužil pro nemocného i rodinu, aby zde mohla trávit co nejvíce času.

## Pocítujete nedostatek sester?

Neznám nemocnici, která by mohla říct, že má všechna sesterská místa obsazena. Chodí k nám na praxi studentky střední zdravotnické školy v Berouně. Některé sem pak nastoupí. Snažíme se se sestrami hodně pracovat. Pokud to jde, vycházíme jim vstříc zkrácenými úvazky. Podporujeme jejich další vzdělávání úpravou služeb tak,





aby mohly dále chodit do školy. Majitel hodně investuje do vzdělávání všech zaměstnanců. Sestrám studujícím na vysoké škole platí každý druhý semestr.

#### Poskytujete personálu ještě nějaké další benefity?

Dáváme příspěvek na penzijní připojištění ve výši tří procent z hrubé mzdy zaměstnance. Čím více času člověk pro nemocnici odpracuje, třeba tím, že vezme službu za chybějící pracovníky, tím mu roste mzda, a tedy i výše příspěvku. Máme také smlouvu s penzionem ve Špindlerově Mlýně a na Šumavě, kde naši zaměstnanci mohou za poměrně slušnou cenu pobýt. Náš majitel letos už potřeby poslal 15 zaměstnanců z nemocnice – bez ohledu, zda jde o kuchaře, sanitáře či lékaře – na dovolenou do Řeka. Poprvé zájezd dostali dlouholetí dobří pracovníci. Dnes si pracoviště mohou sama anonymně formou ankety určit, kdo si poukaz zaslouží. Zájezd obsahuje poukaz i pro rodinného příslušníka, takže jde o moc pěkný benefit.

#### Projednává se novela zákona č. 96/2004 Sb. Jaký je váš názor na navrhovanou podobu vzdělávání sester? Vyřeší nedostatek sester?

Myslím, že nedostatek sester novela úplně nevyřeší, nicméně platí, že čím kvalifikovanější personál, tím lépe. Nejsem ale úplně přesvědčená o tom, že na všech pozicích musí být stejně kvalifikovaný personál. Za dobu své praxe pamatuji sestry, které se hlásily na čtyřletou zdravotnickou školu, ale stejně jako já měly jedničky či dvojky na vysvědčení. Dělal jsem přijímačky z češtiny, matematiky, biologie a ústní pohovor. Šlo o zásadní výběr, kterým neprošel každý. Dneska se na tu školu hlásí i děvčata a chlapci se čtyřkami.

#### Ozývají se hlasy, že SZŠ v dnešní podobě nemají potřebnou úroveň, že je moc všeobecných předmětů na úkor odborných...

Za doby mých studií nám všechny odborné předměty přednášeli lékaři, kteří nás také zkoušeli. Výjimkou byla porodní asistentka s dlouholetou praxí v nemocnici. Výuka

byla více zaměřená na praxi. Projde-li chystaná novela legislativním procesem, je otázkou, jaká náplň se tomuto vzdělávání dá – co se ve výuce na SZŠ změní, jaká náplň učiva pro sestry bude v jednotlivých ročnících, kdo tam bude učit, zda to budou lidé z praxe, kteří umějí problematiku vysvětlit a doložit na příkladech. Dodnes si pamatuji případy vztahující se k výuce, o nichž nám lékaři vyprávěli v hodinách, později se mi v praxi moc hodilo, že o nich vím. Nebyla to suchá teorie, ale i zajímavé kazuistiky z praxe, které si budu pamatovat do smrti. Nejen na tom ovšem závisí, jaké budou budoucí sestry. Nejde říct: tenkrát to bylo dobře a teď je to špatně. Ale je třeba připravit náplň učiva tak, aby sestry byly na praxi dobře připraveny.

#### Co administrativa?

V poslední době se snažíme všechny činnosti, které sestry zatěžují a u nichž je to možné, převést na jiné pracovníky. Na všech pracovištích jsme zřídili posty pro administrativní pracovníce, které připravují chorobopisy k archivaci, vyřizují s pojišťovnami různé doklady, objednávají zdravotnický materiál a sledují jeho zásoby, zajišťují pravidelné prohlídky přístrojů i jejich opravy. Tyto práce dříve dělaly vrchní a staniční sestry. My však chceme, aby ty nejkvalifikovanější sestry byly co nejvíce u pacientů a s personálem, abychom je zbytečně nezatežovali administrativou. Od příštího roku také plánujeme přenést proškolení personálu vždy na odborníka na danou problematiku. Jedná se například o proškolení v oblasti bezpečnosti práce, požární ochrany, informačních technologií, třídění odpadů a podobně, aby vrchní a staniční sestry měly čas školit personál v odborné problematice. Ze začátku byly některé vrchní sestry zásadně proti administrativním pracovníkům, ale teď jsou rády.

#### Co je na vaší práci nejkrásnější?

Mám vždycky radost, když do nemocnice přicházejí mladé sestry, které se podaří vychovat a stabilizovat, aby časem mohly nahradit ty starší. Nebo když otevřeme nové oddělení, jako byl OCHRIP, které nikdo neměl. Také je moc příjemné, když za mnou přijde lékař z ortopedie a říká: „Paní hlavní, tak si představte, naše děvčata fakt zabodovala, před chvílí se jim podařilo úspěšně resuscitovat, jsou moc šikovná.“ Takové drobnosti, které člověka potěší. Někdo třeba může nadávat na všechny ty certifikace, ale děvčata jasně vědí, co mají dělat, mají správně popsané pomůcky, vědí, kde jsou uloženy, každý ví, kam má sáhnout. A tohle všechno přispívá k tomu, že v nemocnici funguje jednotný řád.

Těší mě dynamika nemocnice. Ze zkušenosti vím, že pro dobrý kolektiv je důležité, aby tam byly zastoupeny všechny věkové kategorie. Každá věková skupina je něčím specifická a má co nabídnout. S příliš mladým kolektivem jsou problémy při zajištění provozu oddělení. Všichni mají malé děti... Jsou-li v něm i zralejší pracovníci, vytváří se rezerva, která v případě potřeby oddělení drží. A naopak, když přijdou novinky, třeba elektronická dokumentace, obvykle ty starší říkají: zase nějaké novoty. Ale ti mladí řeknou: „Nebojte se, to dáme,“ a prostě to zvládnou.

#### Máte nějakou metodu jak personál sladit?

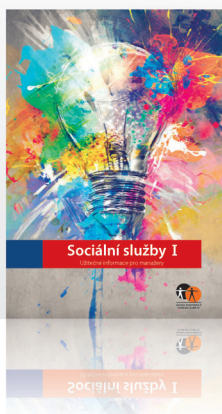
Trvalo nám několik let, než jsme mohli říct, že víc než 90 procent lidí je schopno tento systém pochopit a akceptovat. Máme institut stížností, kam pacienti mohou psát stížnosti i na chování personálu. Musím říct, a jsem tomu velmi ráda, že na sestry je stížností velmi málo. S lidmi se musí pracovat. Není nic jednoduššího, než nováčkoví po škole dát najevo, že nic neumí, že je hloupý a nešikovný, a odstříhnout ho od práce. Ale přijmout ho, něco ho naučit a udělat z něho dobrého pracanta, to je kus umění. Je třeba hledat a zvažovat, v čem je dobrý, a na to navázat a formovat ho. Vybrušovat ho jako diamant. Je třeba mu pomoci najít správné místo, třeba i na jiném pracovišti, aby mu práce sedla a bavila ho. Kolektiv je něco jako orchestr. Je-li dobře sladěný, odpovídají tomu i pracovní výsledky.

Markéta Mikšová



Ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce M151000863



APSS ČR vydala novou publikaci s názvem **Sociální služby I – Užitečné informace pro manažery, jež obsahuje nejen nejlepší texty vzniklé z publikační činnosti APSS ČR.**

**Kniha je členěna na 4 části, a to:**

- Právo
- Management
- Péče o klienta
- Úřad práce ČR

V knize se dočtete např. nejen o zavádění etiky do procesů managementu kvality sociálních služeb, ale i o dříve vysloveném přání v sociálních službách či o paliativní péči v podmínkách pobytového zařízení sociální péče.

Kniha Sociální služby I – Užitečné informace pro manažery je jedinečný soubor textů, který by neměl chybět v žádné knihovně dobrého manažera v sociálních službách.

**Objednávky:** <http://shop-apsscr.alvepi.com/> či na e-mailu [marketing@apsscr.cz](mailto:marketing@apsscr.cz).







# Dentoalveolární poranění

*Dentoalveolární poranění patří k nejčastějším úrazům. Jedná-li se o izolované zranění, léčba plně spadá do rukou praktického zubního lékaře, popřípadě může být úraz léčen ve spolupráci s maxilofaciálním chirurgem.*

I poměrně banální poranění v orofaciální oblasti může být při nesprávné diagnostice a léčbě příčinou závažných komplikací, které mohou pacienta ohrozit na životě. V lepším případě může vést ke zbytečné ztrátě zubu s pozdější finančně nákladnou a ne vždy plně vyhovující náhradou zubu.

Poranění orofaciální oblasti lze rozdělit podle různých kritérií. Velmi obecně můžeme podle lokalizace dělit úrazy na maxilofaciální, dentoalveolární a sdružené.

Maxilofaciální poranění jsou závažnější úrazy kostí obličeje a měkkých tkání, které jsou léčeny většinou při hospitalizaci pacienta maxilofaciálními chirurgy či ve spolupráci s dalšími odborníky. V dalším textu se budeme věnovat pouze dentoalveolárním poraněním, což jsou úrazy způsobené působením menších energií na zuby, jejich závažný aparát a přilehlou kost alveolárního výběžku. Tyto úrazy jsou nejčastěji samostatné nebo jsou součástí maxilofaciálních poranění. Léčba dentoalveolárních úrazů plně spadá do rukou praktického zubního lékaře, a pokud se jedná o izolované poranění, je léčba ambulantní.

## Epidemiologie

Úrazy orofaciální oblasti jsou jedněmi z nejčastějších úrazů. Hodnocení epidemiologických dat je obtížné z mnoha důvodů. Liší se počty ošetřených pacientů, data pocházejí z různých pracovišť, která pracují v rozdílných místních poměrech, liší se i rozdělení úrazů a v úvahu je nutné brát také odborné zaměření daného pracoviště. Obecně lze říci, že dlouhodobě je výrazně vyšší výskyt úrazů obličeje u mužů, což je mimo jiné dáno rozdílným životním stylem obou pohlaví. Muži tvoří v závislosti na studii kolem 80 % poraněných. U dospělých se setkáváme s úrazy obličeje nejčastěji mezi 20 a 30 lety života. Samostatnou kapitolu tvoří úrazy u dětí, kde se data velmi liší v závislosti na věku dítěte. Mezi dětmi dominují dentoalveolární poranění, a sice s maximem výskytu u batolat (dočasná dentice), kdy se dítě učí chodit, a v mladším školním věku (stálá dentice). Podle příčiny dominují úrazy způsobené jinou osobou, a to především při osobních potyčkách, druhou nejčastější příčinou jsou úrazy při dopravních nehodách. U dětí jsou to pak úrazy způsobené při neorganizovaných sportech a při hrách.

## Rozdělení

Dentoalveolární poranění dělíme podle konkrétní anatomické lokalizace na úrazy tvrdých zubních tkání, úrazy závažného aparátu zubu a úrazy alveolární kosti. Vždy je nutné myslet na to, že pokud zub utrpěl náraz, je postiženo i periodoncium. Většinou všechna tato poranění provází i poranění přilehlých měkkých tkání, tj. tržné rány dásní, sliznice alveolárního výběžku, tváří a rtů.

## Úrazy tvrdých zubních tkání

Zuby bývají poraněny při pádech na oblast úst nebo přímým nárazem cizího tělesa (míče spíše menší velikosti, hokejový kotouč, různé hole) či brachiálním násilím. K diagnostice úrazů zubů je kromě klinického vyšetření zapotřebí vždy i rentgenový snímek, sloužící zejména k vyloučení poranění kořene zubu.

Nejméně závažným poraněním zubu je *infra* skloviny zubu, která je patrná jen při velmi detailním pohledu či při prosvícení zubu (diafanoskopie) jako mléčné zbarvené linky ve sklovině. Tyto drobné defekty mohou být způsobeny také při náhlých změnách teploty okolí – typicky horká káva, studená zmrzlina. Klinicky může být takový zub citlivý na termické podněty či na skus. Léčba tohoto drobného poranění spočívá pouze v asi dvouhodinném šetrném postihu postiženého zubu. To především znamená nejíst stravu tuhé konzistence a vyvarovat se aktivit, které by mohly způsobit nový náraz do zubu.

Dalším typem poranění zubu jsou *fraktury korunky a/nebo kořene zubu*. U těchto poranění je vždy nutné odlišit, zda lomná linie postihuje i dřeň zubu, či prochází-li jen tvrdými zubními tkáněmi. Druhým důležitým faktorem pro osud zubu je lokalizace lomné linie vzhledem ke kosti alveolárního výběžku, tj. jak hluboko je zub ulomen. Obecně platí, že čím hlouběji v alveolu je korunka ulomena, tím obtížnější je potom léčba takového zubu. Samozřejmě je konkrétní úraz vždy posuzován individuálně, ale někdy nezbývá než zub extrahovat, nelze-li jeho fragment využít. Třetím důležitým faktorem pro léčbu zubu je jeho vývojové stadium, tj. v kolika letech došlo k úrazu. Vývoj zubu totiž není dokončen jeho prořezáním do dutiny ústní, ale kořen se vyvíjí ještě několik let poté. Cílem léčby zubů s nedokončeným vývojem je, aby byl vývoj kořene zubu dokončen a zub mohl nadále sloužit svému účelu. Pro zdárné dokončení vývoje kořene zubu musí být dřeň zubu zachována alespoň v jeho kořenové části.

Jakmile je vývoj kořene zubu dokončen, měl by být zub endodonticky ošetřen. To znamená odstranit dřeň z celého zubu a dutinu hermeticky zaplnit speciálním materiálem. Ošetření vždy končí esteticky a funkčně plně vyhovující dostavbou zubu z kompozitní pryskyřice nebo je korunka zubu nahrazena protetiky.

## Zlomeniny kořenů zubů

Zvláštní kapitolu mezi poraněními tvrdých zubních tkání tvoří *zlomeniny kořenů zubů*. Tyto zlomeniny se rozdělují podle orientace lomných linií vzhledem k dlouhé ose zubu na horizontální (kolmo k dlouhé ose zubu), šikmé a vertikální. Dále ještě podle polohy na kořeni zubu na koronární, střední a apikální. Jak již bylo uvedeno výše, k diagnostice těchto zlomenin je nutný periapikální rentgenový snímek, jelikož klinicky není možné zlomeninu kořene správně klasifikovat a léčit. Pokud se jedná o vertikální zlomeninu zubu, jedinou možnou léčbou je extrakce. U horizontálně orientovaných zlomenin opět záleží na tom, kde je zlomenina lokalizována, ale pokud lékař zhodnotí, že je možné zub zachovat, spočívá léčba ve zhotovení tzv. dlahy. To znamená, že zub je v lůžku zafixován k ostatním zubům v zubním oblouku pomocí drátu a kompozitního materiálu, a to na dobu 6–12 týdnů. Během této doby je nutné opakovaně postihnout zuby vyšetřovat, zda nedošlo k nekróze dřene.

## Úrazy periodontia

Poranění závažného aparátu zubu se dělí podle závažnosti a klinických příznaků na čtyři hlavní diagnózy. Mechanismus úrazů je v podstatě stejný jako při poranění tvrdých zubních tkání.

**1) Kontuze zubu.** Zhmoždění zubu je charakterizováno velkou citlivostí zubu na dokus a pocitem vystoupení zubu z lůžka. Objektivně je však zub bez viklavosti a jeho poloha v čelisti není nijak změněna. Léčba spočívá opět pouze v šetrném postihu postiženého zubu, ale periodické kontroly u zubního lékaře jsou nezbytné k vyloučení nekrózy dřene, ke které může dojít i po mnoha letech od úrazu. Obecně lze říci, že prognóza takto postižených zubů je dobrá, lepší u mladších jedinců, což platí i pro ostatní úrazy závažného aparátu zubu.

**2) Subluxace zubu.** Tento úraz je charakterizován již pohyblivostí zubu v zubním lůžku, ale zub nemá trvale změněnou polohu. Zde již musí být zub na dobu asi dvou týdnů fixován k okolním zubům výše popsanou dlahou.

**3) Luxace.** Při luxaci dochází k vychýlení zubu z řádného postavení v zubním oblouku v různém směru. Nejčastěji jsou zuby vychýleny směrem do úst či z úst, ale mohou být i téměř vytaženy z lůžka či jako hřebíky zaraženy do kosti alveolárního výběžku. Kam je zub dislokován, závisí na směru a síle působících sil a okolních anatomických poměrech. Takto uvolněný zub většinou pacientovi v ústech překáží a může být i zaklíněn. Léčba spočívá v repozici zubu do správného postavení a fixaci většinou již na dobu 2–4 týdnů. Během této doby je zpravidla nutné endodontické ošetření zubů. Nejhorší prognózu a zároveň komplikovanou léčbu mají tzv. intruzivní luxace, kdy jsou zuby luxovány směrem do lůžka.

**4) Avulze.** Avulze je nejzávažnějším poraněním periodontia, kdy dochází k úplnému vyrazení zubu z lůžka. Klinicky tedy nacházíme prázdné bolestivé lůžko zubu a stejný je i nálezy na periapikálním rentgenogramu. Léčbu je nutné rozdělit do dvou fází, kdy osud zubu nejvíce závisí na její první části – první pomoci.

*Základem první pomoci při avulzi zubu je především najít vyražený zub.* Zub může být v dutině ústní nebo kdekoli mimo ni. Jakmile je zub nalezen, je vhodné ho opláchnout pod vodou a vložit do transportního média, kterým je optimálně mléko, eventuálně slina pacienta. Je možné také zub vložit mezi ret a zuby do úst pacienta. Dále hraje významnou roli časový faktor. Zub by měl být co nejdříve vrácen zpět do lůžka, a to do 120 minut. Po této době se výrazně zvyšuje riziko komplikací po transplantaci zubu, zejména resorpci zubu.

Druhá fáze je prováděna zubním lékařem, který v lokální anestezii vloží zub zpět do lůžka a opět zafixuje dlahou asi na 2 týdny. V průběhu fixace by měl být zub endodonticky ošetřen. Pokud nebyl vyražený zub nalezen, je vždy nezbytné vyloučit pomocí zobrazovacích metod jeho aspiraci.

Poslední skupinou dentoalveolárních poranění jsou *zlomeniny kosti alveolárního výběžku*, jejichž léčba spočívá ve správné repozici a fixaci úlomků v anatomickém postavení. Součástí je i léčba frangovaných či avulzovaných zubů. Přesnější popis závisí na lokalizaci a je již mimo rámec tohoto sdělení.

MUDr. et MUDr. Jan Duška,  
Stomatologická klinika LF UK a FN Hradec Králové,  
hduska@seznam.cz

# ŠETRNÉ A ÚČINNÉ

## Kompletní sortiment utěrek pro zdravotnictví

**Známe výzvy, se kterými se každý den potýkáte, a proto jsme schopni vám nabídnout nejvhodnější produkty a řešení.**

Nové technologie do zdravotnictví pronikají pomalu, a proto vám přinášíme inovace v netkaných textiliích a lepší alternativu oproti současně používaným utěrkám.

Naše utěrky mohou být použity například jako hygienické podložky pod pacienty, pomohou při osobní hygieně pacientů a ušetří čas při čištění nemocničních ploch.

### Výhody použití

- snižují množství odpadu
- opakovaně použitelné
- umožňují rychlé čištění
- velmi savé a pevné i v mokřem stavu
- snižují finanční náklady
- odolávají většině rozpouštědel

Utěrky nabízíme v několika velikostech útržků a široké škále gramáží (48 g/m<sup>2</sup>, 58 g/m<sup>2</sup>, 76 g/m<sup>2</sup> a 82 g/m<sup>2</sup>). Díky tomu mohou být utěrky použité pro více účelů.

Produkty prodáváme ve třech typech balení: kartonové boxy, folie, role.



Produkt	Produktové číslo	Rozměr v cm	Obsah balení v kartonu
KIMTECH*Savé utěrky - bílá	7505	38 x 32	20 balení x 50 utěrek
KIMTECH*Savé utěrky - Z sklad / bílá	7506	48 x 38	16 balení x 50 utěrek
WYPALL* X50 Utěrky - POP - UP krabice / bílá	8355	31,7 x 23,1	10 balení x 176 utěrek
WYPALL* X60 Utěrky - velká role / bílá	6036	42 x 33,5	1 role = 750 ks
WYPALL* X70 Utěrky - velká role / bílá	8384	38 x 42	1 role = 500 ks
WYPALL* X70 Utěrky - velká role / modrá	8389	34 x 31,5	1 role = 870 ks

Pro vzorky a konzultace našich profesionálů zavolejte na **+420 266 214 111** nebo napište na **kcpmarketing@kcc.com**



# Cesta k modernímu ošetrovatelství

Již 18. ročník odborné konference s mezinárodní účastí *Cesta k modernímu ošetrovatelství* se konal ve Fakultní nemocnici Motol. Přinášíme výběr z bohatého programu.

## Problematika pádů

Příspěvek zástupkyně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Hradec Králové (FNHK) Mgr. Ivany Dvořáčkové, Ph.D., se zaměřil na problematiku pádů ve FNHK.

Jak autorka uvedla, ve FNHK se problematice sledování a kontinuálního zvyšování kvality péče věnují již řadu let. Nedílnou součástí procesu je stanovení vypovídajících indikátorů kvality. V oblasti ošetrovatelské péče patří mezi nejčastější sledování pádů a dekubitů.

„Naše nemocnice se již v roce 2002 zapojila do projektu sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v České republice. V roce 2004 jsme převzali jeho metodu a sledování rozšířili na jednotlivá klinická pracoviště,“ řekla přednášející a pokračovala: „Byl vydán předpis Prevence pádu u pacienta. Ohrožení pacienti měli riziko pádu podchyceno na barevném identifikačním náramku se záznamem v ošetrovatelské dokumentaci a byl vydán pomocný informační materiál k opakované edukaci a upozornění pro pacienty. Díky těmto opatřením se nám v letech 2007–2011 dařilo snižovat počty pádů a následných poranění pacientů. Zlepšili jsme také podmínky pro vykazování pádů přes webové rozhraní (rok 2012) a tím jsme docílili i větší compliance v hlášení pádů. Od roku 2011 jsme pády s těžkým poraněním začali hlásit do Národního systému hlášení nežádoucích událostí a od roku 2013 sledujeme všechny pády podle metodiky systému hlášení nežádoucích událostí (od roku 2015 zastřešuje ÚZIS ČR) a vyhodnocujeme je na lokální úrovni. Pády s těžkým poraněním pečlivě analyzujeme, šetření provádíme přímo na pracovišti, hovoříme s personálem i s pacienty a snažíme se najít taková opatření, abychom počty pádů minimalizovali, což se nám daří,“ dodala autorka přednášky a shrnula, že na základě kalkulací zvýšených nákladů u pacientů s pádem v roce 2012 zakoupili signalizační podložky pro pacienty, kteří nemohou dostatečně spolupracovat při dodržování bezpečnostních preventivních opatření. Testování podložek v praxi probíhalo na klinice radiologie a onkologie. Na základě dobrých zkušeností a poklesu počtu pádů byly v roce 2014 zakoupeny podložky také na interní gerontometabolickou kliniku, na neurologickou a v roce 2015 na kardiologickou kliniku.

## Edukace pacienta – základ prevence

Přednášející dále uvedla, že na ortopedické klinice pořádají edukační semináře pro pacienty před operačním výkonem. Důležité je také prostředí, v němž se pacient pohybuje. Pro zvýšení bezpečnosti vybavují WC a koupelny madly, upřednostňují bezbariérový přístup. Podle finančních možností dbají, aby pomůcky pro ošetrovatelskou péči splňovaly zásady bezpečné manipulace – brzděné noční stolky, lůžka či toaletní křesla. „Pořádáme semináře o ergonomii práce a rehabilitačním ošetrovatelství, sdílujeme si poznatky i mimo rámec naší nemocnice. Letos hodláme otestovat protiskluzné podložky u lůžka. Naše výsledky ukazují, že systémový přístup v prevenci pádů u hospitalizovaných pacientů se ve FNHK osvědčil. Proto jsme se zaměřili i na sledování pádů u dětských pacientů,“ zakončila autorka sdělení.

## Komunikace v péči o pacienty s demencí

„Komunikaci považujeme za nejzákladnější složku mezilidských vztahů. V poskytování ošetrovatelské péče pacientům s demencí je správně vedená komunikace prioritou. Efektivní komunikace sestry a pacienta s demencí by měla přispět k rozvoji jejich vzájemných vztahů a poskytovat pacientovi psychologickou a citovou podporu,“ uvedla Mgr. Lucie Kubová z Centra následné péče FN Motol. Vysvětlila, že komunikace s pacientem s demencí bývá velmi často ztížena komunikační bariérou, způsobenou změnou kognitivních funkcí a vnímání. Kontinuita a kvalita komunikace významně ovlivňují průběh onemocnění. „Demence zahrnuje kognitivní poruchy, poruchy chování i soběstačnosti. Lze ji definovat i jako syndrom, který se vyskytuje v důsledku poškození mozku neurodegenerativními, vaskulárními a toxickými změnami. Často jde o poruchy paměti nebo přítomnost poruchy některé z kognitivních funkcí, například afázie či apraxie,“ shrnula přednášející. Komunikaci rozčlenila na verbální a neverbální, obě složky se od sebe nedají odloučit. A vysvětlila, že během verbální komunikace je důležité, aby sestra zřetelně vyjadřovala otevřeně

a uzavřené otázky. Měla by mluvit přiměřeně hlasitě, pomalu, neodborně a jasně. Neverbální komunikaci často představují nevědomé a vůlí těžko ovlivnitelné projevy, které mnohdy zprostředkují pocity člověka s demencí lépe než slova.

## Zásady komunikace a nejčastější chyby

„Pro úspěšnost ošetrovatelského procesu v komunikaci s pacientem s demencí se od sestry vyžadují odborné znalosti, trpělivost, komunikační zručnost, empatie a umění naslouchat. Důležitým cílem odborného rozvoje a vzdělávání v rámci ošetrovatelské profese je trénink komunikačních dovedností. Je potřeba hledat alternativní způsoby vedení komunikace, zejména podle pacientových schopností. Zásadní je používat otevřený, přátelský a laskavý přístup, podpořit řeč vhodnými gesty a výrazy, používat krátké a jednoduché věty, kdy každá věta by měla zahrnovat pouze jeden krok, protože nemocný s demencí potřebuje více času, vytvořit správné podmínky, zejména omezit hluk, povzbuzovat, konkrétně chválit, používat slova, která nemocný zná a užívá, snažit se pojmenovat vše, co děláme my i nemocný, neklást zbytečné otázky, když víme, že nám na ně pacient není schopen odpovědět, a nepoužívat zdrobněliny,“ řekla Mgr. Kubová.

Za nejčastější chyby označila používání odborné terminologie, nesoulad mezi verbální a neverbální komunikací, neochotu, ignoraci, komunikaci bez zpětné vazby, užívání pokynů či příkazů, nenaslouchání a nerespektování faktu, že pacient je zpomalený.

## Etikoterapie pro pomáhající profese

„Etikoterapie se zabývá problematikou vycházející z vlivu negativních pocitů na duši. V České republice se stále ještě jedná o nepříliš známou oblast s malým počtem vědeckých prací zaměřených na danou problematiku,“ uvedla PhDr. Eva Švarcová, Ph.D., z katedry klinické a sociální farmacie Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové. Shrnuje nejdůležitější pocity, které mohou negativně ovlivnit naše zdraví. Jsou jimi závist, nenávid, pocit křivdy, zloba, lítost, strach, dlouhodobé trápení. Jak řekla, vědci se odpradáвна zabývají otázkami, jak je možné, že výsledky léčby lidí se stejnou diagnózou, téhož věku, podobné fyzické konstituce i sociálního statusu se liší. Zkoumali, jaké faktory mohou mít vliv na uzdravení člověka. Mezi poměrně velkým množstvím různých okolností se stále častěji do popředí dostává vliv pozitivního myšlení na vyléčení.

## Co je štěstí

„V současné době je již známo, že pokud o duši dostatečně nepečujeme, vznikají takzvané psychosomatické choroby. Neexistuje zdravá duše a nemocné tělo, ani naopak nemocná duše a zdravé tělo,“ řekla autorka sdělení a zamyslela se nad některými otázkami týkajícími se štěstí. „Vědecké pojetí definuje štěstí jako subjektivní pocit pohody. Pociť pohody posuzuje člověk sám, z vlastního úhlu pohledu, a hodnotí dvě základní oblasti:

- 1) spokojenost v práci a doma,
- 2) spokojenost se sebou a s ostatními.

Štěstí lze i více či méně objektivně zjišťovat. K účelu mapování subjektivního pocitu pohody čili štěstí byly vytvořeny např. standardizované dotazníky a šablony pro strukturované rozhovory. K dalším metodám patří pozorování respondentů, zaznamenávání jejich zážitků, pohled do minulosti se záznamem subjektivních pocitů atd. K neobjektivnějším metodám lze řadit především skenování mozku a měření hladiny kortizolu ve slinách. Na základě studie dvojčat je subjektivní pocit pohody (štěstí) daný dědičností. Podobně jako tendence k depresi se dědí také předpoklady ke štěstí.



Ilustrační foto: Shutterstock



Důležitou roli hrají také prostředí a výchova v rodině. Každý člověk dokáže prožívat extrémní pocity štěstí i neštěstí, ale obvykle se poměrně rychle vrací k původnímu nastavení,“ řekla a dodala, že subjektivní pocit pohody ovlivňují i regionální aspekty, jako jsou zejména bohatství, stabilita a demokratická povaha společnosti, dále sociální normy a zvyklosti dané společností, především zvyky v prožívání pozitivních pocitů, způsob vyjadřování pozitivních pocitů či vyhýbání se pocitům negativním.

Co dělat, aby byl člověk šťastný

Podle PhDr. Švarcové je především nutné nezaměřovat úspěch se štěstím; mít pocit kontroly nad svým životem; chovat se šťastně – usmívat se, dávat najevo optimismus, být vstřícný. Prožitkem štěstí také umocňuje práce a zájmové aktivity, při nichž jedinec využívá své dovednosti. K dobré náladě přispívá také pravidelný pohyb, zdravý spánek a zdravé jídlo. Pocit štěstí zvyšuje pomoc druhým, projevování vděčnosti, víra a naděje. Důležité je posilovat vztahy k blízkým, udržovat dobré vztahy v rodině a mezi přáteli, neporovnávat se s druhými a nelpět na minulosti. Je vhodné posilovat silné stránky a dobré vlastnosti dané osobností. „V současné době bohužel stále převládá zaměření odborníků více směrem ke zkoumání a mapování negativních pocitů. Například ze stovek odborných psychologických či psychiatrických knih je 99 o depresi a pouze jediná o štěstí,“ konstatovala autorka závěrem.

Dlouhá cesta k modernímu ošetřovatelství

V úvodu sdělení Mgr. Soni Hájkové z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol zaznělo, že je nezbytné, aby na akutní medicínu navazovala péče na lůžkách či odděleních dlouhodobé (chronické) resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP). Jedná se o pacienty, jejichž stav vzhledem k neschopnosti spontánně dýchat vyžaduje několikanásobně delší čas na rekonvalescenci. Jak autorka sdělení řekla dále, OCHRIP ve FN Motol vzniklo pod vedením docentky Drábkové v roce 1998, kdy byl vydán legislativní podklad vyhláškou MZ ČR. Projekt se osvědčil a zařadil se do systému péče o nemocné se složitým dlouhodobým klinickým průběhem. V roce 2015 se oddělení rozšířilo o lůžka dlouhodobé ošetrovatelské péče a název se změnil na pracoviště Následné intenzivní péče (NIP – 10 lůžek) a Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP – 20 lůžek). Oddělení NIP/DIOP slouží i jako výukové centrum pro studenty. Úkoly sestry zahrnují péči o tracheostomova-



Foto: archiv FN Motol

né pacienty v závažném stavu s nutností umělé plicní ventilace a o pacienty spontánně dýchající s nutností ponechání tracheostomické kanyly. Vybavení zahrnuje dýchací přístroje, resuscitační lůžka, lineární dávkovače, infuzní pumpy, monitory pro sledování základních životních funkcí, elektrické odsávačky, enterální pumpy. Strategie léčby spočívá v obnovení spontánního dýchání. Pro výživu se využívají všechny dostupné alternativy jejího příjmu s upřednostněním perorálního příjmu. Soběstačnost pacienta je podporována v rámci denních aktivit při toaletě, stravování, rehabilitaci, kdy jsou zajištěny odpovídající kompenzační pomůcky. Zásadní roli hraje edukace a zapojení rodinných příslušníků do celkového léčebného procesu.

Markéta Mikšová

Inzerce M161000625



## 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 geriatry
- 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](http://www.gepa.cz)

**Kontaktní osoba:** Truksasová Alena

**e-mail:** [t.alena@centrum.cz](mailto:t.alena@centrum.cz)

**telefon:** 777 129 141



# Kvalita života žien s hormonálnou substitučnou terapiou

*Klimaktérium predstavuje prirodzenú a neoddeliteľnú súčasť života ženy. Na klimaktérium nepozierame ako na chorobu, ale ako na fyziologický stav daný ontogenetickým vývojom.*



Ženy v období súvisiacom s menopauzou často trpia symptómami, ktoré ich priamo na zdraví, resp. na živote neohrozujú, ale môžu kvalitu ich života znižovať. Poskytovaná starostlivosť ženám v období menopauzy musí byť preto komplexná a zameraná aj na subjektívne vnímanie kvality života.

Problém hormonálnej substitučnej terapie sa nemôže považovať za jediný činiteľ zlepšenia kvality života v období klimaktéria. Ide o problém, ktorý je diskutovaný v odbornej verejnosti. Vyskytujú sa otázky prospechu a možného rizika užívania HRT (hormonálna terapia), ďalšou závažnou otázkou, na ktorej participuje aj ošetrovateľstvo, je otázka informovanosti žien o klimaktériu, o problémoch a rizikách, ktoré môže so sebou prinášať, o postojoch a názoroch konkrétnej ženy na HRT, o motivácii užívania HRT a o dlhodobosti liečby hormonálnou terapiou u žien s rizikom estrogén-metabolického syndrómu.

Pod menopauzou rozumieme posledné menštruačné krvácanie riadené vaječnými. Vek ženy v menopauze sa v priemere pohybuje okolo 50. roku života.

## Obdobia klimaktéria

- **Premenopauza** – obdobie charakterizované pravidelnou menštruáciou ešte pred začiatkom poklesu hladiny hormónov, trvajúce 12 mesiacov.
- **Perimenopauza** – obdobie pred posledným menštruačným krvácaním a obdobie po ňom, dochádza ku kolísaniu hladín hormónov.
- **Postmenopauza** – toto obdobie začína poslednou menštruáciou. Postmenopauza sa popisuje ako obdobie, ktoré nastáva 12 mesiacov po menopauze.



Ilustrační foto: 3x Shutterstock

## Klinické prejavy klimakterického syndrómu

### Akútne príznaky

Dostávajú sa veľmi individuálne. Môžu sa prejavovať niekoľko rokov pred aj po vlastnej menopauze a môžu po nej tiež mnoho rokov pretrvať.

Dnes je tento termín vyčlenený pre príznaky z oblasti psychiky a vaskulárneho aparátu. Patria tu návaly tepla, čo sú pocity náhle vzniknutého tepla, hlavne v oblasti hornej polovice tela. Možno namerať vyššiu teplotu kože prstov. Je to vysvetľované prechodnou poruchou cievej regulácie na periférii. Dĺžka trvania sa pohybuje okolo 0,5–5 minút s individuálne rôznou frekvenciou. V noci sú jednou z príčin porúch spánku. Sprievodným príznakom návalov je väčšinou i potenie. To môže mať rôzny charakter a objavovať sa v rôznych lokalizáciách na tele. Ďalšími príznakmi sú napríklad bolesti hlavy, závraty, búšenie srdca, zmeny srdcového rytmu, problémy so zažívaním, ako je nevoľnosť, vracanie či zápcha, ťažkosti sexuálneho charakteru. Nezanedbateľnú časť príznakov predstavujú psychické ťažkosti, ako sú depresívne náklady, úzkosti, nervozita, predráždenie, poruchy sústredenia atď. Pre hodnotenie závažnosti klimakterických problémov bol stanovený tzv. menopauzálny index, kde sa hodnotí 10 príznakov syndrómu: návaly tepla, návaly potu, podráždenosť, poruchy spánku, závraty, poruchy sústredenia, depresívne stavy, bolesti kĺbov, bolesti hlavy, búšenie srdca.

Klimakterický syndróm delíme na:

- ľahký – do 20 bodov,
- stredný – do 35 bodov,
- ťažký – viac ako 35 bodov.

### Subakútne príznaky

Subakútne ťažkosti sú zapríčinené nedostatkom tvorby estrogénu a prejavujú sa hlavne atrofiáciou alebo stenčením výstelky dutých orgánov pohlavnej sústavy ženy. Najčastejšie je to atrofia pošvy. Ďalším postihnutým orgánom je močová trubica a časť močového mechúra, tie sú totiž taktiež pod vplyvom estrogénov. Prejaví sa to problémami s močením, ako sú časté močenie, nočné močenie, pocit nutkania na moč, tzv. stresová inkontinencia, pomočovanie sa pri zvýšenom vnútrobrušnom tlaku, napr. pri smiechu, bolestivé vyprázdňovanie moču, opakované močové infekcie a pod. Môže dochádzať aj k postihnutiu ďalších slizníc. Napríklad v dutine ústnej sa to prejaví ako pálenie alebo suchosť v ústach, poruchy chuti, zápal ústnej dutiny. Ďalšími príznakmi môžu byť suchosť v nose, krku, v hrtane, oku. Pri postihnutí črevnej sliznice potom môže dochádzať až ku krvácaniu alebo poruchám prekrvenia čriev. Koža je tenšia, suchšia, nechty sa viac lámu, vlasy aj chlpy sú suché a rednú. Prsníky strácajú tuk aj tkanivo mliečnej žľazy, ktorá je nahradzovaná väzivom. Vyskytuje sa zväčšené riziko nádoru prsníka. Svaly panvového dna ochabujú, aj závesný aparát maternice redne, preto sa vyskytuje vyššie percento poklesu a výstupku maternice a poklesu stien vagíny.

### Chronické príznaky

#### Metabolický postmenopauzálny syndróm

Choroby srdca a ciev držia dnes prvenstvo v príčinách smrti ako mužov, tak i u žien. V mladšom veku prevyšuje výskyt ischemickej choroby srdca medzi mužmi, avšak po menopauze sa tento rozdiel znižuje. Bolo zistené, že rozvoj ischemických zmien pokrývajúca u žien za mužmi asi o 7–10 rokov. To je vysvetľované ochranným vplyvom estrogénov.

#### Postmenopauzálna osteoporóza – rednutie kostí

Riziko opäť významne narastá s vekom, nedostatkom vápnika v potrave, fajčením, nadmerným pitím kávy, alkoholu, nedostatkom pohybu alebo výskytom osteoporózy v rodine. Osteoporóza sa môže prejavovať až zlomeninou, ale tiež môže obťažovať napr. bolesťami chrbta, kĺbov, dlhých kostí.

Ženy pociťujú po menopauze aj výrazné zmeny v sexuálnej oblasti. Častým problémom býva dyspareúnia, čo sa prejavuje sťaženosťou a bolestivou súložou. Je to spôsobené atrofiou pošvy a výskyt sa zaznamenáva u 10–40 % žien po menopauze. Ďalej sa znižuje sekrécia pošvy, pH pošvy sa stáva viac alkalickým, čím je alterovaná vaginálna flóra a zvyšuje sa riziko infekcie. Vzhľadom na podobné zmeny na epitelu močového mechúra sú častejšie zápalové močových ciest a poruchy udržania moču v zmysle imperatívneho močenia z dráždivého mechúra alebo úniku moču na základe anatomických zmien znížením obsahu kolagénu v tkanivách.

### Hormonálna substitučná terapia

Hormonálna substitučná terapia (hormone replacement therapy, HRT) je skupina preparátov s pohlavnými hormónmi určená na podávanie v prípade nedostatku



estrogénov. Ak obsahuje len estrogény, je označovaná ako estrogénová substitučná terapia (estrogén replacement therapy, ERT). Pri dodržiavaní všetkých pravidiel terapie prevažuje prínos HRT pre kvalitu života pacientky nad jej rizikami. Široká paleta dostupných prípravkov HRT umožňuje dokonale prispôsobiť terapiu individuálnym potrebám každej ženy, ako žiadajú súčasné trendy klimakterickej medicíny.

#### Alternatívna liečba klimaktéria

Alternatívna terapia klimaktéria je netradičné liečenie, zahŕňajúce liečivé rastliny, výživové suplementy, akupunktúru, chiropraktickú a masážnu terapiu, homeopatiu a prijímanie určitých potravín, ktoré zabraňujú vzniku chorôb. Liečivé rastliny sa používajú pri liečbe klimaktéria, pretože sa predpokladá, že regulujú koncentrácie estrogénu v organizme a redukujú bežné klimakterické symptómy, ako napr. návaly. Existujú dva typy liečivých rastlín používaných v alternatívnej medicíne na zlepšenie príznakov klimaktéria – „estrogénové“ a „neestrogénové“ liečivé rastliny.

**Ďatelina lúčna** (*Trifolium pratense* L.) je jeden z najbohatších zdrojov rastlinných estrogénov – izoflavónov, ktoré vykazujú antidepresívny účinok, obmedzujú návaly tepla, potenie, poruchy spánku. Ďatelina lúčna chráni organizmus pred následkami exogénnych vplyvov.

**Dioskórea huňatá** (*Dioscorea villosa*) vykazuje výrazné antioxidačné schopnosti a znižuje riziko vzniku aterosklerózy a osteoporózy. Priaznivo ovplyvňuje hormonálnu rovnováhu a syntézu progesterónu. Znižuje množstvo triacylglycerolov v krvi, čím pozitívne ovplyvňuje proces myslenia, predovšetkým však pamäť a schopnosť koncentrácie.

**Angelika čínska** (*Angelica sinensis*) obsahuje kumarín, ktorý vykazuje antikoagulačné vlastnosti, upravuje nepravidelné krvácanie, znižuje riziko trombózy, posilňuje krvný obeh. Prispieva k hormonálnej rovnováhe a je vhodná na celkové posilnenie lymfatického systému. Používa sa v čínskej tradičnej medicíne už viac ako 2000 rokov, má vazodilatačné a antispazmové účinky.

#### Komplexný prístup

Menopauza je životnou zmenou, ktorá sa dotýka stále väčšej populácie našich žien, a je nutne problémom s ňou spojeným predchádzať preventívnymi opatreniami, edukáciou žien a komplexnou zdravotnou starostlivosťou. Komplexný prístup zdravotníckych profesionálov znamená, že sa nezaujíma len o somatické problémy žien v období ovplyvnenom menopauzou (napr. problémy metabolické, urogenitálne, sexuálne), ale aj o problémy psychosomatické, rodinné, sociálne.

Veľkým odporúčením je vytvoriť slovenskú štandardizovanú verziu špecifického dotazníka na hodnotenie kvality života žien po menopauze, pretože v slovenskej klinickej praxi sa doteraz žiadny diagnostický nástroj na hodnotenie kvality života v postmenopauze plošne nepoužíva.



Okrem lekárov môže v diagnostike kvality života žien zohrať dôležitú úlohu pôrodná asistentka. Môže sa zapojiť do procesu detekcie symptómov estrogénneho deficitu u žien po menopauze a na základe zistených ťažkostí cielene zamerať svoju edukačnú činnosť. Preto by bolo potrebné vypracovať rámcový edukačný plán pre klientky v období klimaktéria a po individualizácii pomáhať zlepšiť kvalitu života tejto skupiny žien.

Menopauza je obdobie, ktoré ženám prináša rôzne typy ťažkostí a jednotlivé ťažkosti majú rôznu intenzitu. Spôsob prežívania obdobia ovplyvneného menopauzou záleží na osobnostných charakteristikách ženy, na zdravotnom stave, na spektre prítomných symptómov, ale aj na sociálnych faktoroch, vrátane prístupu danej kultúry k menopauze ako takej.

Literatúra u autorky.

Mgr. Henrieta Novková, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav Dr. P. Blahu, Skalica, parmelia@azet.sk

Inzerce M161000673

# Preventívne a od prvých príznakov



- **léčba pro celou rodinu**
- **bez věkového omezení**
- **výhodné balení 30 dávek**



**BOIRON®**  
www.boiron.cz

Oscilloccinum, perorální granule. Volně prodejný homeopatický léčivý přípravek k vnitřnímu užití. SLOŽENÍ: Anas barbariae, hepatis et cordis extractum 200 K. Pomocné látky: sacharóza, monohydrát laktózy. DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB POUŽITÍ: preventivně užívat 1 dózu týdně, od prvních příznaků užití 1 dózu co možná nejdříve a následně užívat 1 dózu 3x denně po dobu 1–3 dnů. Celý obsah jedné dózy nechat rozpustit pod jazykem nebo v malém množství vody. DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI: BOIRON, 2 avenue de l'Ouest Lyonnais, 69510 Messimy, Francie. REGISTRAČNÍ ČÍSLO: 93/364/92-C. DATUM REVIZE TEXTU: 3. 9. 2015. Výdej přípravku bez lékařského předpisu. Přípravek není hrazen zdravotními pojišťovnami.



# Chirurgický kouř a ochrana před ním

Na 5. kongresu perioperačních sester s mezinárodní účastí v Plzni zazněla také přednáška školící sestry z Fakultní nemocnice Motol v Praze Mgr. Jany Wichsové, Ph.D., která se zabývala podstatou chirurgického kouře a ochranou před ním.

Problematika chirurgického kouře je u nás málo známá. Dopad jeho působení na zdraví personálu operačních sálů je však závažný.

## Co je chirurgický kouř

Chirurgický kouř vzniká při termální destrukci tkání elektrickým proudem či laserem. Může být v nejlepší případě obtěžující, v nejhorším případě karcinogenní. Bezpečný kouř neexistuje. Chirurgický kouř obsahuje až 80 toxických chemických látek. Je to například **kyanovodík**, používaný také jako chemická bojová látka, známé karcinogenní ředidlo **toluen**, další karcinogeny, jako jsou **benzen**, **formaldehyd**, **etylbenzen**, který se také používá při výrobě polystyrenu, a **oxid uhelnatý** (CO).

## Historie

V roce 1920 William T. Bovie a Harvey W. Cushing poprvé představili elektrochirurgickou jednotku, která mohla na operačním sále spolehlivě rezat a koagulovat tkáň. Tento elektrochirurgický přístroj se v chirurgii postupně zabydlel, učinil ji bezpečnější a rychlejší. Dnes snad ani neexistuje chirurgický obor, pro který by elektrochirurgická jednotka nebyla nezbytností. Při elektrokoagulaci ale vznikal kouř. Dlouho byl považován za nezbytného průvodce chirurgie a jeho dalším působením se nikdo nezabýval. Koneckonců i cigaretový kouř byl zpočátku pokládán za neškodný. V odborném tisku se pak v roce 1975 objevil článek, který označil částečky chirurgického kouře za dostatečně malé, aby mohly být vdechovány, a tudíž za zdraví nebezpečné.

Před dvaceti lety Asociace sálových sester (Association of Operating Room Nurses, AORN) v článku „Nebudme obětmi chirurgického kouře“ doporučuje odsávání a filtraci chirurgického kouře. Táž organizace začlenila v roce 2003 chirurgický kouř mezi zdravotní rizika pro pracovníky v perioperační péči (Standardy AORN). A není zdaleka jediná, která se tímto rizikem zabývá. Na škodlivost chirurgického kouře kromě AORN poukazují také Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci, Národní institut pro bezpečnost a ochranu zdraví při Centru pro kontrolu a prevenci nemocí a Mezinárodní federace perioperačních sester (International Federation of Perioperative Nurses, IFPN).



Ilustrační foto: Shutterstock



Ilustrační foto: archiv

Chirurgickým kouřem se zabývala řada odborníků a výsledky jejich výzkumů jsou více než zajímavé. Například v práci R. Hollmana a kolektivu se v roce 2004 objevuje informace, že v chirurgickém kouři je „obsah částic, které dráždí oči, sliznice, plíce a CNS, 12x vyšší, než je doporučený limit“. Znepokojující je zjištění výzkumného kolektivu D. S. Hilla, jenž přirovnává **dávku mutagenů, vdechovaných při jedné směně na operačním sále, k vykouření 27–30 cigaret**. Podobné srovnání využívá Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology: „Koagulace 1 gramu tkáně se rovná kouři z 6 cigaret.“

## Účinky a rizika

Chirurgický kouř způsobuje podráždění dýchacích cest a jejich zánětlivé změny, hypoxii, závratě, nauzeu, zvracení a kýchání. Představuje také riziko nádorů dýchacích cest, podráždění kůže a očí a rovněž vyvolává slzení. A nejde jen o již zmíněná rizika. Až 95 % chirurgického kouře tvoří voda, jež usnadňuje přenos bakterií a virů. Existují také důkazy o přenosu virů HIV a HPV chirurgickým kouřem.

## Možnosti ochrany

Používání osobních ochranných pracovních pomůcek, jako jsou ústenky či respirátory, nepředstavuje dostatečnou ochranu před chirurgickým kouřem. Běžné ústenky propustí částice menší než 5  $\mu\text{m}$ , respirátory 0,3–0,1  $\mu\text{m}$ , ale částice virů jsou menší než 0,1  $\mu\text{m}$ , takže před virovými infekcemi neochrání. Další možností ochrany je odsávání a filtrace chirurgického kouře. Ideální je odsávání pomocí odsávacích přístrojů. Ty ale často bývají z ekonomických důvodů nedostupné. Dostupnější metodou je možnost odsávání kouře pomocí centrálního odtahu, pokud je na operačním sále k dispozici. I v takovém případě je zapotřebí speciální koncovka, která se připojí k elektrokoagulačnímu nástroji. Ta ovšem také bývá nákladná.

## Skandinávská praxe

Skandinávské perioperační sestry prosadily standardní užívání odsávání chirurgického kouře. Jako příklad života nebezpečné situace využily onemocnění sálové sestry rakovinou hrtanu, jejíž příčinou mohlo být dlouhodobé působení škodlivého prostředí operačního sálu. „Během mé stáže na operačních sálech Karolinska University ve Stockholmu jsem neviděla provádět ani jediný operační výkon bez použití odsávačky chirurgického kouře,“ zdůraznila Jana Wichsová.

## Situace v České republice

Odsávání chirurgického kouře na operačních sálech je v České republice spíše raritou než zavedenou praxí. Kouř na sálech sice chirurgové trápí, ale protože není považován za pracovní riziko, ochrana před ním se neřeší. Vzdělání ani na 5. kongresu perioperačních sester v Plzni nebyl zahrnut do přednášky o rizicích práce na operačním sále a na dotaz z publika přednášející odpověděla, že se vlivem chirurgického kouře na pracovní prostředí nezabývá.

Chirurgové a instrumentářky na operačních sálech by se spokojili s odsáváním kouře alespoň při náročných výkonech, kde je elektrokoagulace hodně využívána. Bohužel rozhodnutí o zakoupení či nezakoupení odsávaček chirurgického kouře leží na vedoucích pracovnících, kteří jsou zodpovědní za rozpočet zdravotnického zařízení. Manažeři operačních sálů běžně nebývají přítomni u chirurgických výkonů, nejsou tedy těmi, kteří jsou nuceni denně dýchat chirurgický kouř. Možná by se chirurgické týmy měly inspirovat postupem anesteziologů, kteří polootevřený dýchací systém úspěšně nahradili polouzavřeným, který tolik neohrožuje personál operačního sálu, protože pracuje s odsáváním anestetických plynů.

(red)



29. BŘEZNA 2017  
PRAHA, HUDEBNÍ DIVADLO KARLÍN

# Sestra roku



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

17. ročník soutěže vyhlášené vydavatelským domem Mladá fronta a. s., divizí Medical Services a měsíčníkem Zdravotnictví a medicína

## Přihlaste svého kandidáta!

Dopřejte získat  
toto prestižní  
ocenění  
těm, kteří si  
jej opravdu  
zaslouží!

Titul Sestra roku je  
udělován ve dvou  
kategoriích:

- Sestra v přímé ošetrovatelské péči
- Sestra v managementu a vzdělávání

Redakce časopisu  
Zdravotnictví  
a medicína uděluje  
mimořádnou cenu:

- Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství

**Uzávěrka přihlášek 31. 12. 2016**

### Stručná pravidla soutěže

Soutěž je určena sestram, porodním asistentkám, sestram domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním. Kandidáty navrhuji jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti. Přístupná je i možnost přihlášení vlastní osoby do soutěže. Všechny přihlášky však musí splňovat podmínky a další náležitosti stanovené v pravidlech soutěže: [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)

#### PRŮBĚH SOUTĚŽE:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů:  
– e-mailem na adresu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz)  
– vložení na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)  
– v obálce označené heslem „Sestra roku 2016“ na adresu redakce

časopisu Zdravotnictví a medicína, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4. Akceptovány budou pouze přihlášky doručené nejpozději do 31. 12. 2016. Formulář přihlášky do soutěže „Sestra roku 2016“ najdete v titulu Zdravotnictví a medicína a na internetových stránkách [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz). Též si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz).

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzávkery soutěže, vybere první nezávislá odborná porota tři finalisty pro každou kategorii. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru v březnu 2017 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá nezávislá odborná porota, složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

#### PODMÍNKY ÚČASTI V SOUTĚŽI:

Soutěžící musí splňovat kritéria soutěže, kterými jsou například nadstandardnost přístupu při zvládnání náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke zkvalitňování vzdělávacího systému a podobně. Postup do druhého kola, tzn. finále soutěže, je možný pouze za osobní přítomnosti finalistů na vyhlášovacím galavečeru. Po oficiálním vyhlášení výsledků soutěže budou vítězům předána ocenění.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na: [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)

V případě dotazů pište na adresu: [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz)

Využijte také diskusní fórum: [www.facebook.com/FBSestra](http://www.facebook.com/FBSestra)

#### ZÁŠTITY

GENERÁLNÍ PARTNER



O krok dál  
pro zdraví



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



[www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)





# Sestra roku



## Přihláška do soutěže

Přihlašuji kandidáta do soutěže  
Sestra roku 2016 v kategorii:

Sestra v přímé ošetrovatelské péči

Sestra v managementu a vzdělávání

(vybranou kategorii označte křížkem)

### Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele .....

Kontaktní adresa ..... PSČ

E-mail ..... Telefon .....

### Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho) .....

Kontaktní adresa ..... PSČ

E-mail ..... Telefon .....

Obor, ve kterém soutěžící působí .....

Funkce .....

Pracoviště (název zařízení včetně oddělení) .....

Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace .....

Registrovaná sestra: ano  ne  Počet let ve zdravotnictví .....

Publikační činnost .....

Přednášková činnost .....

Jazykové znalosti .....

Zahraniční stáže .....

Podpis soutěžícího: ..... Podpis navrhovatele: ..... Datum: .....

### Základní informace o soutěži

Popis aktivit kandidáta odpovídajících kritériím soutěže musí být k přihlášce přiložen ve formě stručného písemného odůvodnění nominace.

Navrhovatel má povinnost informovat soutěžícího o jeho nominaci, přičemž soutěžící musí s nominací, údaji uvedenými na přihlášce i pravidly soutěže souhlasit.

Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamou spojenou

s ní a dalšími ročníky této akce, a s pořizováním takových záznamů souhlasí.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)

Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící 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 správcem a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační

společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Navrhovatel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. 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 správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Kde jste se o soutěži dozvěděli? .....

## Klienti OZP mohou „známkovat“ lékaře

Veřejné hodnocení služeb svých smluvních lékařů zavedla jako první pojišťovna v České republice Oborová zdravotní pojišťovna (OZP). Každý její klient může na internetu vidět, jakou kvalitu péče může od svého lékaře očekávat.

Oborová zdravotní pojišťovna umožňovala prostřednictvím svého on-line systému pro chytré mobily nebo na webu Vitakarty jednoduché hodnocení lékařů již dříve. Nově mohou klienti pojišťovny navštívené lékaře posuzovat v oblastech, které se netýkají samotného lékařského výkonu. Hodnotí se například prostředí čekárny a ordinace, organizace vyšetření, přístup lékaře a sestry a informace k dalšímu postupu léčby. „Hodnotit může pouze klient, který u posuzovaného lékaře skutečně byl, což poznáme z výkazu péče, který od lékaře dostaneme. Výsledky jsou proto důvěryhodnější,“ vysvětluje generální ředitel OZP Radovan Kouřil. Hodnocení je veřejně dostupné na adrese: atlasdoktoru.cz. Vidět ho tak mohou nejen pojištěnci OZP, ale celá veřejnost. Zapisovat však mohou jen klienti OZP, kteří jsou uživateli Vitakarty on-line. (eta)

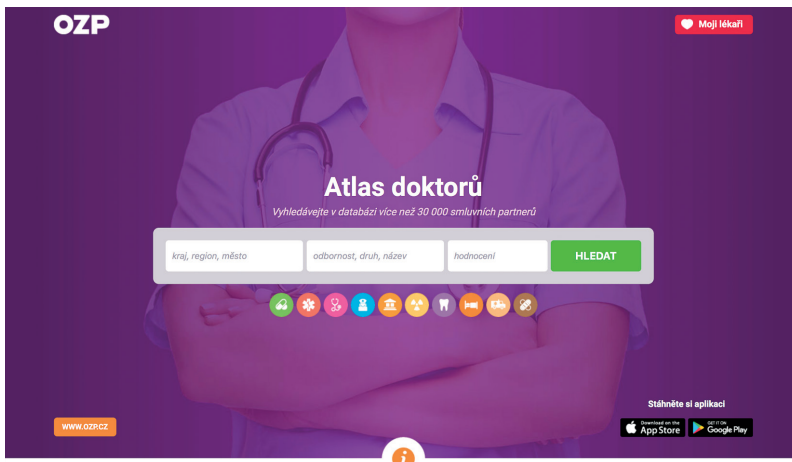


Foto: archiv OZP

## Slavnostní křest

Klinická psycholožka Laura Janáčková si udělala radost k životnímu jubileu. V literární kavárně pražského Knihkupectví Academia pokřtila svou novou knihu „Poznej muže beze slov“.

„Řekla jsem si, že bych měla zhodnotit svůj dosavadní život a vysvětlit, proč jsem tu knihu vlastně napsala,“ řekla autorka úvodem. „Jak víte, všichni píšou o sobě. V první knize jsem podala návod, jak být ženou-potvorou, což samozřejmě vypovídalo o mém životě. A moje první manželství skončilo. V další knize jsem opět psala o sobě. Radila jsem, jak být ta jedna jediná mužova milénka. Samozřejmě jsem tím řešila svého druhého manžela. Člověk dozraje a časem přijde na to, jak si správného manžela vybrat, protože muži mne zajímají i v tomto věku. Poznat muže beze slov bych už asi měla umět, zejména když můj muž skoro nemluví. Právě na něm jsem knihu doladila,“ prozradila Laura Janáčková a poděkovala Aleši Čumovi za trefné ilustrace. K samotnému křtu pak přistoupili zástupci vydavatele Grifart Jan a Lenka Kuchařovi. Kmotrem byl autorčin manžel, neboť jak uvedla, díky němu poznala, že i nenápadný člověk může udělat ženu šťastnou. „Myslím, že manžel sexuoložky a vztahové poradkyně má být někde schovaný, protože je tak vybrušený klenot, že ho nelze ukazovat na veřejnosti,“ podotkl kmotr. (eta)



Laura Janáčková

Foto: archiv

## Setkání dětí „ze zkumavky“

V pražském areálu Gutovka se uskutečnilo setkání dětí, které přišly na svět díky umělému oplodnění v klinickém centru ISCARE.

Letošního setkání dětí „ze zkumavky“ se zúčastnilo přes 500 pozvaných. Pozvány byly děti s datem narození v letech 1995 až 2016. „Pro kliniku je to velký úspěch. Pro nás, lékaře, je krásný pocit sledovat úplně první děti z umělého oplodnění a pozorovat jejich vývoj od embrya až k dospělému člověku,“ řekl primář IVF centra ISCARE MUDr. Jaroslav Hulvert.

V České republice se ročně narodí přes pět tisíc dětí „ze zkumavky“. Problémy s otěhotněním řeší pětina českých párů. Jak vysvětlil primář Hulvert, důvodem bývá kromě neplodnosti například nečekané onemocnění jednoho z partnerů nebo odkládání mateřství do pozdního věku. Odborníci stále častěji doporučují zamrazení zdravých pohlavních buněk, zejména u mladých lidí. Díky němu mají lidé jistotu, že i v případě nemoci, úrazu nebo pozdější neplodnosti budou moci mít vlastní děti. (eta)



Foto: archiv ISCARE

## Cesty ke zdraví

Mezinárodní centrum klinického výzkumu Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně (FNUSA-ICRC) vydalo publikaci „Cesta ke zdraví“. Hlavním tématem této novinky je životní styl a jeho vliv na vznik srdečně-cévních chorob.

Autoři v čele s MUDr. Šárkou Kunzovou z výzkumného týmu FNUSA-ICRC Kardiologie Brno 2030 v úvodu knihy čtenáře seznamují s problematikou a pomocí testu jej navedou k odhalení rizikových oblastí jeho životního stylu. Jednotlivé kapitoly se pak věnují správné výživě, důležitosti pitného režimu, pohybu, spánku, psychosociálním faktorům, konzumaci alkoholu, škodlivosti kouření a kontrole zdravotních parametrů. Vznik publikace podpořilo Ministerstvo zdravotnictví z dotačního programu „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“ pro rok 2016. Primárně je určena rodinným příslušníkům lidí, kteří jsou ve FNUSA hospitalizováni z důvodu srdečně-cévního onemocnění. Více informací a publikaci ke stažení najdete na: [www.fnusa-icrc.org](http://www.fnusa-icrc.org) (eta)

## Řekni to svou lavičkou...

V Městské nemocnici s poliklinikou Uherský Brod přišli s novým projektem – „Řekni to svou lavičkou...“ Cílem je zpříjemnit areál nemocnice a zároveň do projektu zapojit širokou veřejnost, především obce a firmy.

„Před časem jsme vyzvali obce, firmy i jednotlivce, aby nemocnici pořídili elektrickou polohovatelnou postel, kterou jsme opatřili jménem donátora. Teď přicházíme s podobným projektem – jen místo postelí mohou dárci zakoupit lavičky,“ řekl ředitel nemocnice MUDr. Petr Sládek. Projekt má již za sebou pilotní verzi, do níž se zapojily obce Bílovice a Stříbrnice a firma mmcité. Návštěvníci areálu uherskohradištské nemocnice tak mohou posedět na třech nových lavičkách od uvedené společnosti, opatřených kovovými štítky se jmény dárců. Pořízení jedné lavičky i se štítkem přijde zájemce na 9550 korun. Pro bližší informace se můžete obrátit na Pavlínu Suchou na tel.: 724 473 117 nebo e-mail [suchap@nemuh.cz](mailto:suchap@nemuh.cz). (eta)





## Česká lékárnická komora slaví 25 let

Slavnostní shromáždění lékárníků u příležitosti 25. výročí založení České lékárnické komory (ČLnK) se uskutečnilo v sobotu 24. září ve Velké aule pražského Karolina.

Setkání se konalo pod záštitou rektora Univerzity Karlovy (UK) prof. MUDr. Tomáše Zimy, DrSc., MBA, a děkana Farmaceutické fakulty UK doc. PharmDr. Tomáše Šimůnka, Ph.D.

Prezident ČLnK PharmDr. Lubomír Chudoba ve svém projevu připomněl, že ČLnK byla zřízena společným zákonem s komorou lékařů a stomatologů. Uvedl, že část politického spektra se tehdy netajila nesouhlasem s kompetencemi, které byly na komory přeneseny, a s institutem povinného členství. Naštěstí situace nevedla k zásadní legislativní změně, jak řekl. „Z tohoto stavu usuzuji, že většina zákonodárců výsostně postavení ze zákona zřízených komor uznává. Lékárníci mají jedinečnou možnost určovat směr své profese. Základním posláním naší samosprávy je garantovat rozvoj svobodného povolání lékárníka, zajistit jeho odbornost, nezávislost a dodržování etických principů při výkonu povolání, které je ale spíše, stejně jako u ostatních zdravotnických profesí, celoživotním posláním. Na udržení zmíněných principů musíme trvat i v dnešní hektické době, a to bez ohledu na všudypřítomná marketingová pozlátka, která často jen deformují důležitost a hodnotu lékárenské péče v očích laické populace. Kdo jiný než erudovaný zdravotník – lékař či lékárník – musí za všech okolností zůstat respektovanou osobností, která je vždy připravena pomoci bez obchodních či jiných postranních úmyslů,“ uvedl prezident ČLnK a závěrem dodal: „Jsem velmi rád, že Česká lékárnická komora se po celou dobu své existence drží vize svobodného a důvěryhodného výkonu profese. Že se nebojí dát veřejně najevo svůj názor a je připravena své myšlenky bránit i za cenu střetu se státní, popřípadě zákonodárnou mocí.“

Prorektor UK pro vědeckou činnost doc. RNDr. Jan Konvalinka, CSc., ve svém slově zdůraznil, že od roku 1969 je Farmaceutická fakulta UK pevnou, důležitou, významnou a hrdou součástí univerzity. A dodal, že UK přispívá českému zdravotnictví a nepřímo také lékárníkům a lékárnictví i tím, že vychovává lékaře, ale také prací chemiků, biochemiků a biologů na Přírodovědecké fakultě UK.

Slavnostní projev přednesl také viceprezident Evropského svazu lékárníků (PGEU) prof. Ilco Getov. Vyzdvihl úlohu PGEU, který hájí zájmy veřejných lékárníků při tvorbě evropské politiky, ovlivňuje evropskou lékárenskou legislativu a funguje jako otevřená platforma pro lékárníky z celé Evropy při sdílení informací a vizí pro budoucnost lékárnické profese. PGEU zastupuje lékárníky z 33 evropských států, včetně České republiky.

V rámci programu bylo 26 členů stavovské organizace oceněno Zlatým odznakem ČLnK za každodenní práci pro lékárnický stav a pěti významným osobnostem (jedné



Významní hosté na setkání ČLnK (zleva): Viceprezident ČLnK Mgr. Aleš Krebs, Ph.D., prezident ČLnK PharmDr. Lubomír Chudoba, viceprezident PGEU prof. Ilco Getov a člen představenstva ČLnK PharmDr. Martin Kopecký, Ph.D. Foto: archiv ČLnK

in memoriam) byla udělena medaile *Honori et Merito* za nezpochybnitelný přínos oboru. Slavnostní ráz shromáždění podtrhlo i hudební vystoupení Sedláčkova kvarteta. Po skončení programu si přítomní mohli prohlédnout univerzitní prostory a zavítat tak do Galerie rektorů a Vlasteneckého sálu a dále do Klubu rektora a univerzitního muzea v podzemních prostorách Karolina. Více informací a jména oceněných najdete na zdraví.euro.cz. (eta)

## Nemocnice Na Homolce partnerem Akademie věd ČR

*Memorandum o spolupráci Akademie věd ČR a Nemocnice Na Homolce v oblasti klinické medicíny podepsali předseda AV prof. Ing. Jiří Drahoš, DrSc., dr. h. c., a ředitel nemocnice Dr. Ing. Ivan Oliva.*

Cílem dohody je lepší přenesení výsledků biomedicínského výzkumu do zdravotní péče a podpora vzájemné spolupráce s důrazem na zlepšení zdraví populace a kvalitnější vzdělávání odborníků ve zdravotnictví. Obě strany se budou podílet na řešení společných výzkumných projektů a poskytovat si odbornou podporu při vědecko-výzkumné činnosti. Spolupráce vznikla díky Strategii AV21, jejíž součástí je program „Kvalitní život ve zdraví i nemoci“, který je mimo jiné zaměřen i na poruchy nervového systému. „Nemocnice Na Homolce funguje také jako vědecko-výzkumné pracoviště, které v rámci klinických studií testuje a prosazuje řadu nových léčebných metod testováním nových zdravotnických materiálů nebo při zavádění nových léčebných postupů, a to především v našich stěžejních programech – kardiovaskulárním a neurologicko-neurochirurgickém. Věřím, že díky partnerství s AV ČR se nám bude dařit naše klinické studie a nové léčebné postupy rychleji uvádět do praxe, a to nejen v České republice,“ uvedl ředitel Oliva.

„Jsem přesvědčen, že spolupráce vědeckých pracovišť Akademie věd s Nemocnicí Na Homolce velmi dobře zapadá do schématu našeho aplikovaného výzkumu v rámci programů Strategie AV21, kde nás zajímají především praktické výsledky,“ uvedl profesor Drahoš. (eta)

Inzerce M161000579

## Gratulace

Dne 15. 9. 2016 jsme se zúčastnily oslavy narozenin naší bývalé kolegyně a dlouholeté přítelkyně, sestry Svatavy Pinkasové. Oslavu uspořádali pracovníci Domu sociálních služeb, Na Neklance 15, Praha 5, kde Svatava už více než rok pobývá. Atmosféra oslavy byla neuvěřitelně příjemná, za což si zaslouží velký dík především personálu. Sváta celý svůj profesní život zasvětila práci sestry na oddělení popálenin. Byla to právě ona, kdo ošetřoval Jana Palacha, byla svědkem jeho příjmu i smrti.

Hodně zdraví a ještě mnoho šťastných let Ti, Svatavo, za bývalé spolupracovníky z oddělení popálenin nemocnice na Královských Vinohradech přejí Ema Mándlová, Eva Pokorná a Blanka Matějů.

**ezú** elektrotechnický  
zkušební  
ústav

**Jsme notifikovaná osoba pro zdravotnické prostředky a rozšiřujeme náš tým odborníků**

**LÉKAŘ**  
hodnotitel klinické dokumentace

Budete posuzovat klinickou dokumentaci zdravotnických prostředků, psát hodnotící zprávy a spolupracovat s externími lékaři.



**EXPERT**  
na zdravotnické prostředky

Budete posuzovat technickou dokumentaci zdravotnických prostředků, shodu zdravotnických prostředků s požadavky norem a legislativy a provádět audity u výrobců.

[www.pracevezu.cz](http://www.pracevezu.cz)



# Knihy Urgentní příjem vychází v doplněném vydání

Vloni vyšla v edici Postgraduální medicíny divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta kniha „Urgentní příjem“ MUDr. Martina Poláka. Po nebývalém úspěchu nyní publikace vychází v druhém, upraveném vydání.

**První vydání knihy bylo během několika měsíců rozebráno. Máte informace o tom, kdo publikaci čte, zda hlavně postgraduální studenti, kterým je primárně určena, nebo i lékaři jiných odborností?**

Podle mých informací publikaci kupují a čtou především mladí lékaři, kteří pracují na urgentních či centrálních příjmech, lékaři záchranné služby, sestry na jednotkách intenzivní péče, urgentních příjmech a u záchranné služby. Velkým překvapením pro mne ale bylo, že si knihu kupují a čtou i laici. Byl o ni mimořádný zájem také na Slovensku. Dokonce se o ni zajímal jeden mladý spisovatel, který chce psát knihu právě z prostředí emergency.

**Čím jste knihu doplnil? Vycházely požadavky z praxe kolegů nebo byly změny motivovány ryze autorsky?**

Jak jste sama řekla, první vydání bylo během několika měsíců rozebráno. Již v době vydání na základě odezvy od mých kolegů bylo jasné, že pokud by mělo přijít další vydání, bude nutné do knížky doplnit určitá hesla a další na základě nových poznatků a doporučení přepracovat.

Některá hesla jsem doplnil sám jako autor, například heslo o akutních stavech na palubě dopravních letadel. Je to specifická oblast, jež vyžaduje speciální řešení – ve své praxi jsem byl opakovaně žádán o stanovisko či radu pacientům, kteří se chystali letět do vzdálenějších destinací a přitom trpěli nějakým méně či více závaž-

ným onemocněním. Knížku jsem rovněž doplnil o některé algoritmy ve schématech. A nakonec jsem do ní dodal trochu úsměvné historie, jak se diagnostikovala a léčila některá závažná onemocnění v polovině minulého století.

**Popisujete nejčastější stavy (zejména interní povahy), s nimiž se může lékař na oddělení urgentního příjmu setkat. Pavilony urgentních příjmů rostou v poslední době rychlým tempem. Lze říci, že ty**

**nejčastější stavy řeší všechna pracoviště v ČR shodně?**

Ve své knize píše o stavech, s nimiž se setkáme nejčastěji. Rozhodně jsem si nekladl za cíl popsat všechny stavy, ani jsem záměrně nepopisoval definitivní způsob léčby a podrobnosti o diagnostice.

K tomu rozhodně urgentní příjmy či oddělení emergency nejsou určeny. Na druhou stranu, rychlá a efektivní diagnostika a včasné zahájení terapie právě na urgentním příjmu mají zásadní vliv na další osud pacienta. Proto by zásady řešení popsaných situací měly být shodné na všech pracovištích.

**Shodnou se lékaři například také na klasifikaci přijímaných urgentních pacientů, zásadách jejich medikace či transportů po nemocnici?**

Ideálně by to tak mělo být. Ale i my lékaři jsme jen lidé, a to lidé omylní. Můžeme mít na problémy různé názory, a to jak na zhodnocení problému, tak na jeho řešení. Moje kniha by v tom měla trochu pomoci, protože zahrnuje nejen diagnostiku a iniciální opatření, ale také kritéria pro přijetí na nemocniční lůžko nebo naopak kritéria pro propuštění do ambulancí péče. (klu)



Publikaci „Urgentní příjem“ slavnostně pokřtili (zleva): odpovědná redaktorka knihy Mgr. Jana Pertlíčková, šéfredaktorka edice Postgraduální medicíny MUDr. Michaela Lízlerová, autor knihy MUDr. Martin Polák, kmotr publikace prof. MUDr. Petr Neuzil, CSc., FESC, a MUDr. Tomáš Tyll, Ph. D. Foto: Jana Schrammová



Inzerce M161000734



Knihy z edice **Aeskulap** vydavatelství **Mladá fronta**

## „OPTICKÁ KOHERENČNÍ TOMOGRAFIE. KLINICKÝ ATLAS SÍTNICOVÝCH PATOLOGIÍ“

autorů *Pavel Němec, Veronika Löfflerová, Bohdan Kousal,*

### ZÍSKALA 3. MÍSTO

v kategorii **knížní publikace roku** v soutěži o vědecké práce za rok 2015, kterou vyhlašuje **Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně**.



Akce se koná pod záštitou

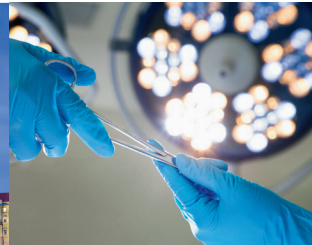
**předsedy vlády ČR Mgr. Bohuslava Sobotky,  
ministra zdravotnictví ČR MUDr. Svatopluka Němečka, MBA,  
České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a České asociace sester**

# UZS

UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH  
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

Unie zaměstnavatelských svazů ČR  
a Mladá fronta a. s.  
Vás zvou na konferenci

**MEDICAL  
SERVICES**   
mf  
MLADÁ FRONTA



# Zdravotnictví 2017

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

[www.uzs-konference.cz](http://www.uzs-konference.cz)

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNER  
ODBORNÉ SEKCE



PARTNER KONFERENCE



VYSTAVOVATEL



HODINÁŘSTVÍ  
ŠTĚPÁNSKÁ 57, PRAHA 1, 224 214 349  
[www.hodinarstvicehyne.cz](http://www.hodinarstvicehyne.cz)





Ilustrační foto: Shutterstock

# Špičky epileptologie jednaly v Praze

12. evropský epileptologický kongres se konal 11.–15. září v Praze. Hovoříme o něm s přednostou 1. neurologické kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně **prof. MUDr. Milanem Brázdilem, Ph.D., FCMA**.

Odborný program se zaměřil na nejnovější poznatky z epileptologického výzkumu – například na roli neurogenese u epilepsie, možnosti diagnostiky s využitím moderních zobrazovacích metod, antiepileptickou léčbu, využití mobilních aplikací v kontrole onemocnění, rozvoj epileptochirurgických metod, pediatrikou epileptologii a další významná témata.

## Můžete říci pár slov k highlights letošního kongresu?

Odborný pětidenní program se věnoval celé šíři našeho oboru. Hodně jsme hovořili o novém léku brivaracetamu, který byl nedávno schválen Evropskou lékovou agenturou k léčbě epilepsie a v příštím roce by měl být dostupný i v České republice. Pozornost byla věnována měnícímu se pohledu na epileptochirurgii, zejména na využití neurostimulačních metod. Uvedené metody mohou pomoci pacientům s farmakorezistentní epilepsií, kteří nemohou podstoupit klasický operační zákrok. Důvody, pro které nelze provést chirurgický zákrok – při němž je v mozku identifikováno a následně odstraněno epileptické ložisko –, jsou zejména obavy z možných komplikací, jako je ztráta hybnosti a jiná poškození mozku. Mezi další aktuální témata kongresu patřila autoimunitní příčina epilepsie. V současnosti máme k dispozici diagnostické nástroje umožňující odhalit pacienty s touto poruchou a máme také terapeutické postupy zabírající ve většině případů progresi autoimunitního onemocnění i souvisejících záchvatů. V centru zájmu epileptologů jsou dále moderní vyšet-

řovací technologie a mobilní aplikace umožňující například na podkladě změn srdeční frekvence detekovat nadcházející záchvat a odeslat zprávu blízkému člověku či příbuznému.

## Co podle vašich očekávání přinesou objevy týkající se neurogenese?

Vzhledem k tomu, že zmíněné objevy vycházejí teprve z animálních modelů a neuronálního mapování, nelze odhadnout, jaký dopad mohou mít na diagnostiku a léčbu epilepsie. V základním výzkumu je řada novinek, ale na jejich aplikaci v klinické praxi si budeme muset ještě počkat.

## Zmínil jste se o roli autoimunitního procesu v rozvoji epilepsie. Autoimunita se uplatňuje i v řadě dalších chorobných procesů. V čem jsou aktuální epileptologické poznatky nové? A mají pacienti s touto poruchou i další autoimunitní onemocnění nebo jiné typické komorbidity?

Zmíněná porucha se týká poměrně malé části pacientů s epilepsií. V minulosti jí tito pacienti patrně trpěli také, jen jsme to většinou nediodagnostikovali. Ukazuje se, že dostupné zobrazovací metody často neprokážou v mozku změny autoimunitního charakteru. Objevíme je mnohdy až při vyšetření mozkomíšního moku nebo průkazem specifických protilátek. Co se týče komorbidit, u těchto pacientů mnohdy zjišťujeme vedle epileptických záchvatů také poruchy chování a nálady.

## Jak pokročil vývoj v oblasti neurozobrazovacích metod? V čem jsou tyto metody v současnosti přínosnější?

Vývoj v této oblasti je opravdu překotný a stále se objevují nové postupy, zpracovávající především magneticko-rezonanční signál. Donedávna jsme měli k dispozici prostou strukturální magnetickou rezonanci, která s poměrně velkou citlivostí dokázala odhalit malý nádor či zánět. Dnes jsme ještě dál. S pomocí funkční magnetické rezonance a vyhodnocujících matematických postupů lze ze snímaných obrazů získat informace o změnách mozkových struktur, které by nebyly prostým okem viditelné. Umožňuje nám to diagnostikovat různé vývojové poruchy mozkové kůry, které mnohdy stojí v pozadí rozvoje epilepsie.

## Předpokládám, že výsledné nálezy vám pomáhají specifikovat typ epilepsie a volit optimální léčbu...

Ano. Pro nás je především důležité zjistit, kde se v mozku nachází tzv. epileptické ložisko, v němž začíná epileptický záchvat. Významné je to zejména u pacientů, u nichž nezabírá farmakologická léčba, a jsou proto kandidáty na operační zákrok.

## V této souvislosti se hovořilo také o epileptické remisi. Můžete přiblížit, v čem spočívá daný problém?

Remise v epilepsii znamená dosažení stavu, kdy onemocnění je kontrované, bez přítomnosti záchvatů. Ideálním stavem by bylo, kdyby epilepsie vymizela zcela, to se však podaří málokdy. Nadále tedy platí,





prof. MUDr. Milan Brázdil, Ph.D., FCMA

Foto: Martin Ježek

že epilepsie je onemocněním celoživotním. U necelé třetiny pacientů se bohužel záchvaty objevují i přesto, že tito lidé dodržují režimová opatření a správně užívají medikamentózní léčbu. V takových případech mluvíme o farmakorezistentní epilepsii.

#### Na kongresu se dále diskutovalo o prediktivních biomarkerech...

Biomarker, to je obecně v medicíně takové magické slovo. V epileptologii máme tři typy biomarkerů, které jsou intenzivně zkoumány. Prvním jsou již zmíněné zobrazovací metody. Určité nálezy získané z magnetické rezonance nám umožňují predikovat, že konkrétní pacient bude špatně odpovídat na běžnou léčbu a bude vhodný pro léčbu chirurgickou. Dalším typem biomarkerů jsou EEG signály snímané z povrchu hlavy nebo z hloubi mozku. Zde se v posledních letech hodně hovoří o vysokofrekvenčních oscilacích, které mohou být velmi dobrým biomarkérem pro zjištění takzvané zóny počátku záchvatu čili epileptického ložiska. Posledním typem biomarkerů jsou biomarkery biochemické. Konkrétní látky přítomné ve slinách, krvi nebo mozkomíšním moku nám mohou napovědět, o jaký typ epilepsie se jedná a jaká bude prognóza. Zde bych chtěl zmínit, že jedna z kongresových sekcí se věnovala roli mikro-RNA v patogenezi epilepsie. Tyto látky jsou v posledních letech intenzivně zkoumány, mimo jiné i na našem pracovišti.

#### Pozornost odborníků se zaměřila i na vztah epilepsie a mozkových příhod. V čem je tato souvislost nebezpečná?

Obecně platí, že jakékoli poškození mozku – kam patří například ischemická cévní mozková příhoda, krvácení do mozku, mozkový nádor, poranění mozku či zánět – může vést k tomu, že mozek reaguje epileptickým záchvatem. Jde o takzvanou symptomatickou epilepsii. Výzkum se v současnosti zaměřuje mimo jiné na to,

proč u části pacientů vzniká v důsledku prodělané cévní mozkové příhody epileptický záchvat, zatímco u jiných ne, a které faktory se zde uplatňují.

#### Epilepsie se týká nejen dospělých, ale i dětských pacientů. Management léčby těchto pacientů byl také na programu kongresu. V čem se liší přístup k dětským pacientům?

Dětská epileptologie je hodně odlišná. Odlišnost spočívá zejména v tom, že záchvaty vznikají ve vyvíjejícím se mozku. Epileptické projevy se pak liší od projevů u dospělých a také diagnostika je odlišná.

#### Kdybyste měl zhodnotit kvalitu života dnešního epileptika: v čem spočívá největší přínos epileptologie a kde jsou naopak rezervy?

Kvalita života pacienta s epilepsií se jednoznačně odvíjí od toho, zda jsou přítomné záchvaty a jakého jsou charakteru. Pokud se podaří dosáhnout remise,

pak je kvalita jeho života prakticky srovnatelná se zdravými jedinci. Jestliže záchvaty přetrvávají, kvalita života tím jednoznačně strádá. Tito pacienti trpí nejen záchvaty, ale často i komorbiditami, jako jsou poruchy paměti či poruchy nálady. Asi u poloviny pacientů s přetrvávajícími záchvaty se objevují také depresivní příznaky, přičemž deprese může ovlivňovat kvalitu života ještě negativněji než samotné záchvaty. Výhodou současné epileptologie je, že se nezastává u diagnostiky epilepsie a poskytnutí léků. Existuje již řada postupů, které mohou pacientovi ulevit v jeho trápení. Důležité je, aby tam, kde není epilepsie dostatečně kontrolována, byl pacient odeslán do specializovaného centra zaměřeného na diagnostiku a léčbu složitějších případů. Stejně tak je významné, aby se epileptolog zaměřil nejen na kontrolu záchvatů, ale také na ovlivnění případných psychiatrických a jiných komorbidit.

MUDr. Andrea Skálová

## Neurogeneze a epilepsie

*Jednou z oblastí, na kterou se aktuálně zaměřuje pozornost vědců ze základního výzkumu, je vztah mezi neurogenézí a epilepsií, respektive vznikem tzv. epileptických komorbidit. Informace o současných poznatcích nám poskytla doc. PharmDr. Hana Kubová, DrSc., z oddělení vývojové epileptologie Fyziologického ústavu Akademie věd ČR.*

„Problematika neurogeneze není novým tématem – schopnost dospělého mozku vytvářet nové neurony byla popsána již v šedesátých letech minulého století. S rozvojem nových metod molekulární biologie a morfologie došlo k obrovskému vzestupu zájmu o tuto problematiku a zároveň byly získány nové poznatky o významu postnatální neurogeneze v řadě fyziologických i patologických procesů. Velká pozornost je věnována roli postnatální neurogeneze ve vzniku některých neuropsychiatrických onemocnění. Řada prací základního výzkumu prokazuje souvislost mezi potlačením neurogeneze a poškozením paměti či sníženou neurogenézí a změnami chování v animálních modelech deprese. Koncem devadesátých let byla na modelech epilepsie, vyvolané u laboratorních zvířat, popsána možná souvislost mezi změnami neurogeneze a vznikem záchvatů. U laboratorních zvířat je jako epileptogenní inzult, tedy spouštěč procesu vedoucího ke vzniku epilepsie, nejčastěji používán *status epilepticus*, který akutně vede k výraznému nárůstu neurogeneze v hipokampu. Z důvodů výrazných změn prostředí však dochází ke špatné migraci těchto buněk a vzniku takzvaných ektopických umístěných neuronů, které se integrují do hipokampální neuronální sítě. Výsledky mnoha studií prokazují souvislost mezi těmito ektopickými neurony a tíží epilepsie,“ uvedla docentka Kubová. Otázce, zda podobný proces probíhá i v lidském mozku, bylo věnováno jedno z odborných kongresových sympozií.

v mozku. V budoucnu by tak mohl být objasněn například vztah mezi kognitivním poškozením a epilepsií. „Dlouhodobé animální studie ukazují, že po určité době trvání onemocnění epilepsií se snižuje počet nově vznikajících neuronů, popřípadě záchvaty negativně ovlivní jejich funkci,“ řekla docentka Kubová.

Neurogenézi již v současnosti pozitivně ovlivňují některá psychofarmaka. Například u modelů deprese byl potvrzen příznivý vliv antidepresiv na vznik nových neuronů a předpokládá se, že zvýšení neurogeneze může být jedním z možných mechanismů antidepresivního účinku těchto látek. V případě epilepsie se nabízí možnost snížení či potlačení vzniku ektopických neuronů jako jedné z nových cest k zabránění rozvoji tohoto onemocnění. Naopak prevence snížení neurogeneze v chronických stádiích onemocnění může přispět k předcházení vzniku kognitivních poruch či některých psychiatrických komorbidit epilepsie, protože odborníci předpokládají, že existuje společný patofyziologický základ pro rozvoj některých psychiatrických a neurologických onemocnění. „Předpokládáme, že u lidí se mohou v rozvoji některých forem epilepsie uplatňovat obdobné patofyziologické mechanismy jako u laboratorních zvířat. Oblast neurogeneze by pak byla jedním z potenciálních cílů pro vývoj nových léků v epileptologii. „Zatím jsme však teprve na začátku a od případného budoucího uplatnění uvedených poznatků v klinické praxi nás dělí desítky let,“ uzavřela Hana Kubová.

(asa)

Potenciál pro nové léky

Opakované epileptické záchvaty mohou mít souvislost s rozvojem neurodegenerativních procesů



Inzerce M161000583





# Péče o nenarozeného pacienta

Symposium na téma fetální medicína navázalo na sérii úspěšných vzdělávacích akcí Postgraduální akademie, které organizuje divize Medical Services Mladé fronty.

Akce se konala 5. září v kongresovém sále Žižkovské věže v Praze a jejími odbornými garanty byli přednosta Porodnicko-gynekologické kliniky LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D., a ředitel Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí (ÚPMD) doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc.

Fetální medicína se zabývá vyhodnocováním růstu a stavu plodu v děloze, diagnostikou a léčbou jeho nemocí a abnormalit. Představuje jeden z největších odborně-technologických milníků v péči o děti a matky. Výsledky, kterých dosahují centra fetální medicíny Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí a Porodnicko-gynekologické kliniky LF UP a FN Olomouc, řadí tato centra mezi přední pracoviště tohoto typu u nás a umožňují i mezinárodní spolupráci.

## Hemolytická nemoc plodu a novorozence

Doc. MUDr. Marek Lúbušký, Ph.D., z Porodnicko-gynekologické kliniky LF UP a FN Olomouc předsedal první sekci symposia. Přítomně uvedl do problematiky těhotenství s rizikem rozvoje hemolytické nemoci plodu a novorozence. Úvodem řekl, že v České republice se všem těhotným ženám do 14. týdne provádí screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek. Vysvětlil, že hemolytická nemoc plodu a novorozence (Haemolytic Disease of the Fetus and Newborn, HDFN) může být teoreticky způsobena jakoukoli antierytrocytárním protilátkou třídy IgG.



Doc. MUDr. Marek Lúbušký, Ph.D., přednášel o hemolytické nemoci plodu a novorozence

Foto: Jana Schrammová

ročně 500 žen). Plod je však ohrožen rozvojem hemolytické nemoci pouze v případě, kdy má na povrchu svých erytrocytů přítomen komplementární antigen. Jedná se cca o 60 % plodů (v ČR ročně 300 žen).

Naopak u 40 % plodů (200 plodů ročně) není komplementární antigen přítomen, a plod tedy není rozvojem HDFN ohrožen. Aloprotilátka anti-C je diagnostikována zhruba u 0,1 % žen (v ČR ročně 100 žen). Přibližně 56 % plodů nemá komplementární antigen, a tyto plody tedy nejsou ohroženy rozvojem HDFN. Aloprotilátka anti-c je diagnostikována rovněž asi u 0,1 % žen (v ČR ročně 100 žen)

Slova se poté ujaly autorovy kolegyně z téhož pracoviště. MUDr. Veronika Durdová navázala na docenta Lúbuškého a MUDr. Tereza Kratochvílová se věnovala klinickému významu neinvazivního stanovení RHD, RHCE a Kell genotypu plodu. MUDr. Petra Strašilová dále prezentovala téma infekce parvovirem B19 v těhotenství.

V druhé části symposia, jemuž předsedal doc. MUDr. Ladislav Krofta, CSc., z Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí, zazněla sdělení přednášejících z ÚPMD. Managementu restrikce růstu plodu ve světle nových poznatků se věnoval MUDr. Lubomír Hašík. S vývojovými vadami centrálního nervového systému a ultrazvukovou diagnostikou seznámil přítomné MUDr. Jiří Vojtěch a doc. MUDr. Ladislav Krofta, CSc., přednášel na téma Výsledky intrauterinních intervencí komplikací monochoriálních dvojčat a prezentoval výsledky ÚPMD od roku 2012.

(eta)



Doc. MUDr. Marek Lúbušký, Ph.D., šéfredaktorkou edice Postgraduální medicíny vydavatelství Mladá fronta MUDr. Michaelou Lízlerovou a doc. MUDr. Ladislavem Kroftou, CSc.

Foto: Jana Schrammová



Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína, Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání. Více informací o dalších akcích naleznete na stránkách: [www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

a u cca 44 % plodů není komplementární antigen přítomen. Klinicky významná aloprotilátka anti-E je diagnostikována nejčastěji, u cca 0,6 % žen (v ČR ročně 600 žen). Klinicky významná aloprotilátka anti-e je diagnostikována jen u cca 0,02 % žen (v ČR ročně 20 žen) a komplementární antigen je přítomen u cca 84 % plodů. Přítomnost komplementárního antigenu lze neinvazivně vyšetřit stanovením RHD genotypu plodu z volné fetální DNA, která cirkuluje v periferní krvi těhotné ženy.



MUDr. Lubomír Hašík

Foto: Jana Schrammová





# Využití alirokumabu v klinické praxi

Na sympoziu společnosti Sanofi, které se konalo 23. září v rámci XXIII. kongresu České internistické společnosti ČLS JEP v Brně, přednesli prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc., a prof. MUDr. Helena Vavřková, CSc., příspěvky k využití alirokumabu u pacienta s familiární hypercholesterolemií a u pacienta ve velmi vysokém kardiovaskulárním riziku.

Familiární hypercholesterolemie (FH) je geneticky podmíněné onemocnění, způsobené nejčastěji mutací genu pro LDL-receptor nebo genu pro apolipoprotein B. Laboratorně je charakterizováno velmi vysokým LDL-cholesterolem, bez léčby většinou mezi 6 a 10 mmol/l. „Z klinického hlediska dochází k rychlému rozvoji aterosklerózy, která se manifestuje nejčastěji jako předčasná ischemická choroba srdeční, někdy již ve věku kolem 40 let. V České republice je 20 až 40 tisíc pacientů s familiární hypercholesterolemií. Onemocnění je většinou asymptomatické, pacienti nemívají žádné potíže. Prvním příznakem tak bývá akutní koronární syndrom, někdy však i náhlá koronární smrt, bez jakéhokoliv předchozího varování,“ uvedl profesor Soška.

## Kardiovaskulární riziko pacienta s FH

„Pacient s FH, u kterého bylo toto onemocnění diagnostikováno ve věku do 40 let a který nemá žádné jiné rizikové faktory, spadá do kategorie vysokého rizika. Nemocný, u kterého byla FH diagnostikována a léčena až ve věku vyšším než 40 let, spadá do kategorie velmi vysokého rizika, tedy jako pacient v sekundární prevenci ICHS. Je to proto, že pacienti s FH jsou vystaveni velmi vysoké hladině LDL-cholesterolu již od narození. Cílové hodnoty LDL-cholesterolu: pacient ve vysokém riziku má cílový LDL-cholesterol nižší než 2,5 mmol/l, pacient ve velmi vysokém riziku nižší než 1,8 mmol/l,“ pokračoval odborník.

## Léčba

U těchto nemocných by se tedy podle prof. Vladimíra Sošky měl snížit LDL-cholesterol o 70 až 80 % výchozí hodnoty. „To je ovšem v běžné klinické praxi většinou nedosažitelný cíl. Snažíme se tedy alespoň o pokles o 50 procent vůči výchozí hodnotě. Pacienti by měli užívat maximální dávky těch nejúčinnějších statinů, popřípadě v kombinaci s ezetimibem. Toto snížení se nám daří za předpokladu, že pacient takovou léčbu toleruje. Je však skutečností, že až 15 procent nemocných maximální dávky statinů netoleruje, takže léčba není dostatečně účinná. Léčba statiny zásadně zlepšuje prognózu pacientů s familiární hypercholesterolemií,“ řekl prof. Vladimír Soška.

Ve svém sdělení dále uvedl kazuistiku pacientky s FH, která již prodělala srdeční infarkt a jejíž otec a dva bratři zemřeli na infarkt kolem 50. roku života. Její výchozí LDL-cholesterol byl 10,9 mmol/l. „Postupným titrováním statinů v kombinaci se sekvestanty žlučových kyselin, později v kombinaci s ezetimibem, se podařilo LDL-cholesterol snižovat, při kombinaci maximální dávky rosuvastatinu s ezetimibem až na 4 mmol/l. Na této hodnotě zůstával LDL-cholesterol až do roku 2015, kdy byla pacientka v rámci klinické studie zařazena do léčby inhibitory PCSK9 – alirokumabem (Praluent). Přidáním alirokumabu v dávce 75 mg s. c. jednou za dva týdny klesl LDL-cholesterol na 1,8 mmol/l, což byl zcela zásadní obrat v léčbě. Po zvýšení dávky na 150 mg s. c. 1x za 2 týdny jsme se dostali až na hodnotu 1,5 mmol/l. Obdobné výsledky byly dosaženy i v dalších klinických studiích s inhibitory PCSK9. Vyplyvá z nich, že až 80 procent pacientů s FH dosahuje cílové hodnoty LDL-cholesterolu, což doposud nebylo možné,“ zdůraznil internista.

Inhibitory PCSK9 podle Vladimíra Sošky snižují i další parametry krevních lipidů, např. lipoprotein(a), což je další krok ke snížení rizika pacientů s FH. „I z hlediska bezpečnosti je alirokumab velmi perspektivní preparát. Co se týče dopadů této léčby na mortalitu a morbiditu, jsou již k dispozici některé předběžné výsledky. Ukazuje se, že léčba alirokumabem zásadně snižuje i riziko kardiovaskulárních příhod, a to téměř o 50 procent. To odpovídá skutečnosti, že lék snižuje LDL-cholesterol až o 60 procent. Věřím, že tyto léky budou brzy k dispozici alespoň pro tuto skupinu extrémně rizikových pacientů,“ uzavřel profesor Soška.

## Pacient ve velmi vysokém KV riziku

Prof. MUDr. Helena Vavřková, CSc., z III. interní kliniky LF UP a Fakultní nemocnice Olomouc ve své přednášce „Pacient ve velmi vysokém kardiovaskulárním riziku“ uvedla, že i přes významný pokles kardiovaskulární (KV) mortality v naší republice v posledních více než 25 letech stále patříme mezi země s vysokým rizikem. „Jak vyplývá z metaanalýzy statinových studií, počet hlavních KV příhod i vaskulárních úmrtí, kterým je možné předejít, závisí na velikosti absolutního rizika a míře snížení LDL-C. Proto je pochopitelné, že nákladná léčba PCSK9 inhibitory bude omezena na pacienty ve velmi vysokém riziku, kteří nejsou schopni dosáhnout potřebného snížení LDL-C dosavadní hypolipidemickou léčbou,“ řekla Helena Vavřková.

2016 European Guidelines pro prevenci KV onemocnění v klinické praxi zařazují do kategorie velmi vysokého rizika osoby s dokumentovaným KVO. A to jak klinicky (AIM, AKS, koronární revaskularizace a jiné arteriální revaskularizační procedury, CMP nebo TIA, aneurysma aorty a ICHDK), tak pomocí zobrazovacích metod (signifikantní plát na koronární arteriografii nebo karotickém UZ).

„Do velmi vysokého rizika jsou řazeni i diabetici s poškozením cílových orgánů (například u proteinurie) nebo s hlavními rizikovými faktory, jako je kouření, výrazná hypercholesterolemie nebo hypertenze; osoby se závažným chronickým renálním onemocněním GF < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> a osoby s celkovým KV rizikem podle tabulek SCORE ≥ 10 procent,“ pokračovala profesorka Vavřková. Doporučené cílové hodnoty LDL-C podle nových doporučení jsou: LDL-C < 1,8 mmol/l nebo alespoň ≥ 50 % ↓ LDL-C při vstupní hodnotě LDL-C 1,8–3,5.

## Vysvětlení k doporučení

- U pacientů s velmi vysokým rizikem na statinu s LDL-C > 1,8 mmol/l: cílem je LDL-C nižší než 1,8 mmol/l.
- U pacientů s velmi vysokým rizikem, bez hypolipidemické léčby, s LDL-C 1,8–3,5 mmol/l: cílem je alespoň 50% snížení LDL-C.
- U pacientů s velmi vysokým rizikem, bez hypolipidemické léčby, s LDL-C vyšším než 3,5 mmol/l: cílem je LDL-C < 1,8.

Nové *guidelines* též umožňují zvážit u pacientů ve velmi vysokém riziku, tj. s vysokým LDL-C perzistujícím navzdory léčbě maximální tolerovanou dávkou statinu v kombinaci

s ezetimibem, nebo u pacientů s intolerancí statinu nasazení PCSK9 inhibitorů (Ib).

## Studie ODYSSEY

„Z rozsáhlého klinického programu studií fáze 3 ODYSSEY s PCSK9 inhibitory alirokumabem jsem vybrala dvě studie, které názorně ukazují, čeho je možné u pacientů s velmi vysokým rizikem dosáhnout,“ pokračovala profesorka Vavřková. Do studie ODYSSEY LONG TERM bylo zařazeno celkem 2341 pacientů s vysokým rizikem KV příhod s hodnotami LDL-C ≥ 1,8 mmol/l, kteří byli zároveň léčeni statiny v maximálně tolerované dávce, s případnou další hypolipidemickou léčbou. Pacienti byli v poměru 2:1 náhodně zařazeni do 2 větví – buď s aplikací alirokumabu v dávce 150 mg 1x za 2 týdny v podobě subkutánní injekce, nebo placebo po dobu 78 týdnů. Primárním sledovaným parametrem účinnosti byla procentuální změna vypočítané hodnoty LDL-C do 24. týdne. Ve 24. týdnu od vstupu do studie činil rozdíl v poklesu LDL-C mezi skupinami s alirokumabem a s placebem 62 procentních bodů. Tento účinek přetrvával po celou dobu 78 týdnů. Dosažená hodnota LDL-C ve 24. týdnu byla 1,3 mmol/l ve skupině s alirokumabem a 3,1 mmol/l ve skupině s placebem. Většina pacientů na alirokumabu přidaném ke vstupní statinové ± jiné HLL dosáhla cílové hodnoty LDL-C pod 1,8 mmol/l ve 24. týdnu (79 % pacientů na alirokumabu a jen 8 % na placebo).

Hlavní ověřené KV příhody byly nižší ve větví alirokumabové. Kaplanovy-Meierovy křivky do výskytu první hlavní KV příhody se začínaly odchylovat již ve 12. týdnu (podstatně dříve, než jsme byli zvyklí ve studiích statinových). Hlavní ověřené KV příhody byly nižší ve větví alirokumabové – HR 0,46. Vzhledem k malým počtům případů nebyly monohočetně adjustovány, a výsledky jsou proto pouze popisné. Výskyt jakýchkoli nežádoucích účinků byl obdobný v obou větvích, bez signifikantního rozdílu ve výskytu závažných nežádoucích účinků, nežádoucích účinků vedoucích k úmrtí a přerušení léčby.

Další studií reprezentující populaci ve velmi vysokém (s přítomným KVO) nebo vysokém riziku (bez přítomnosti KVO) s nedostatečně kontrolovanými hladinami LDL-C na maximální nebo maximálně tolerované léčbě statinem je studie ODYSSEY COMBO II, která porovnávala alirokumab s ezetimibem. Alirokumab signifikantně výrazně snížil LDL-C ve srovnání s ezetimibem, a to o 30 % (50,6 % vs. 20,7 %). Snížení LDL-C po alirokumabu přetrvávalo po dobu 52 týdnů.

Většina vysoce rizikových pacientů na alirokumabu přidaném ke statinové léčbě dosáhla cílové hodnoty LDL-C (77 % vs. 45 %). K dosažení cílového LDL-C ~ 80 % pts nepotřebovali zvýšení dávky alirokumabu na 150 mg ve 12. týdnu. Nežádoucí účinky byly obdobné mezi alirokumabovou a ezetimibovou větví.

„Zda PCSK9 inhibitory budou skutečně představovat převratný mezník v léčbě aterosklerózy a jejich klinických komplikací, ukážou až výsledky dlouhodobých morbiditně-mortalitních studií. Jejich výsledky jsou očekávány v roce 2017,“ uzavřela profesorka Vavřková.

(maj)



# Nový server pomáhá při výzkumu genetických chorob

*Lékařské genetiky se týká nový nekomerční webový portál PredictSNP, pomáhající vědcům určit, které změny v DNA jsou zodpovědné za vznik vzácných dědičných onemocnění. Portál, jehož využití je zdarma, vytvořil tým brněnských vědců.*

Hlavní autor projektu PredictSNP (single nucleotide polymorphism, tedy jednonukleotidový polymorfismus) **Ing. Jaroslav Bendl** z Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity Brno říká, že portál je určený hlavně pro vědce. „Zaměřuje se na skupinu vzácných genetických onemocnění, která jsou způsobena vždy jednou konkrétní odchylkou v DNA. Těchto nemocí známe okolo osmi tisíc a nehraje při nich prakticky žádnou roli životní styl nebo prostředí, ve kterém nemocný žije. Chorobami je postiženo až osm procent evropské populace. U jednoho procenta je onemocnění natolik vážné, že se jeho nositelé nemohou zapojit do běžného života,“ upozorňuje inženýr Bendl. Příkladem takové nemoci může být srpkovitá anemie, při které dochází ke změně tvaru červených krvinek, což v důsledku vede k jejich nadměrnému shlukování v tkáních. To vede k místním poruchám prokrvení až k chudokrevnosti. Škála nemocí způsobených jednobodovými mutacemi v genech je však velmi široká a o žádné skupině chorob nelze říct, že by početně výrazně převyšovala jinou. Poměrně známou nemocí je například cystická fibróza, která se v ČR každý rok projeví přibližně u 40 až 50 nově narozených dětí.

## Vyšší skóre

„U více než poloviny dědičných onemocnění dosud nevíme, jaké odchylky v DNA jsou za jejich výskyt zodpovědné. Bez této informace ale nestanovíme správnou diagnózu a prognózu choroby. Také možnosti léčby jsou velmi omezené. A právě k odhalení vazby mezi zkoumanou nemocí a odchylkami v DNA lze použít náš program,“ pokračuje Jaroslav Bendl. Vědci při hledání mutací způsobujících onemocnění sekvenují genomy lidí postižených zkoumanou chorobou. Snaží se najít takové mutace, které se u těchto nemocných vyskytují výrazně častěji než u lidí zdravých. „Při použití standardních analýz genomů mnohdy získají velkou skupinu podezřelých mutací, z nichž většina je však ve skutečnosti neškodná,“ říká Jaroslav Bendl. Experimentální ověření nebo podrobná analýza všech podezřelých mutací by však podle něj byla pracná a drahá. Portál PredictSNP umí těmto mutacím vypočítat „skóre škodlivosti“. Vědci si pak k další analýze obvykle vyberou pouze několik mutací s nejvyšším skóre.

## Spojme přednosti, potlačme nedostatky

V současné době na světě funguje podobných metod a portálů víc. Ukazuje se však, že deklarované výkonnostní parametry jsou často nadhodnocené a u mnoha z nich také chybí informace o odhadované spolehlivosti předpovědi. Uživatel tak nemá žádné vodítko pro odhad míry škodlivosti zkoumané mutace. „My jsme se rozhodli, kterou cestou jít, a nakonec jsme se rozhodli nevyvíjet úplně nový algoritmus, ale vhodně zkombinovat algoritmy existujících metod. U každé metody jsme chtěli využít její přednosti a potlačit nedostatky. Jednotlivé metody například fungují s rozdílnou úspěšností pro odlišné typy mutací a pro různé regiony geno-

mu. Protože známe skutečnou úspěšnost všech metod v daných regionech, můžeme pro každý z nich nastavit spolehlivost předpovědi jednotlivých metod individuálně. A takových ‚vychytávek‘ umíme víc. Díky tomu máme lepší výsledky, než jaké dokáže nabídnout kterýkoli z existujících nástrojů,“ zdůrazňuje Jaroslav Bendl. První verze nástroje, určená pro analýzu mutací pouze v genech, byla spuštěna v roce 2013 a dodnes byla použita dvěma tisíci uživateli z více než 40 zemí. Ti zde analyzovali přes 100 tisíc genových mutací. Druhá verze serveru, která byla spuštěna asi před půlrokem, umožňuje analyzovat i mutace mimo geny a za první tři měsíce již byla použita 350 uživateli. „Pokud se podíváme na studie, kde byl náš nástroj použit ke zkoumání nějaké choroby, vidíme, že k září 2016 jich je přes dvacet,“ dodává Jaroslav Bendl.



Ing. Jaroslav Bendl

Foto: Martin Ježek

## 50 mutací za vteřinu

Jaroslav Bendl zdůrazňuje, že pro pacienty server, který s kolegy vymyslel, skutečně není. „Pokud byste si totiž nechali osekvenovat celý genom, tak nad těmi 3,2 miliardami nukleotidů bude asi 4 až 5 milionů mutací odlišných od referenčního genomu. To je genom, u něhož by na každé pozici byl nukleotid, který se v populaci vyskytuje nejčastěji. Pokud byste sekvenovali pouze oblast genů tvořící asi 1,5 procenta genomu, tak těch mutací budou nižší stovky tisíc. Toto lze ‚automaticky‘ vložit pouze do naší druhé verze programu PredictSNP. V něm



Ilustrační foto: Shutterstock

máme předpočítané výsledky pro celý genom a zvládneme vyhledávat predikce rychlostí 50 mutací za vteřinu. Pokud bude jednotlivce chtít zjistit vazby svých mutací ke konkrétním vzácným dědičným chorobám, objeví je. Musí však být uloženy v některé z databází, s kterými je náš server propojený. Hlavním výstupem analýzy jsou výsledky automatického matematického rozboru. Ten vyjadřuje pravděpodobnost toho, nakolik je určitá mutace škodlivá. Nedokáže však tuto škodlivost spojit s konkrétní chorobou,“ říká inženýr Bendl.

## Pro jednotlivce cílená řešení

Pro pacienty jsou podle Jaroslava Bendla vhodná spíše cílená komerční řešení. „Například v Color Genomics to funguje tak, že si objednáte za úhradu soupravu, uložíte do ní sliny a pošlete ji zpět. Oni osekvenují několik genů, u nichž znají sady mutací, které jsou velmi časté u lidí majících určitou formu rakoviny. Následně vám dají zprávu, k jakým formám máte genetické predispozice, spolu se statistickým rozložením pravděpodobnosti onemocnění podle dosaženého věku. Budou to výsledky, které v praxi můžete nějak zužitkovat, ať již nastavením kratších period screeningových kontrol, nebo dokonce preventivním lékařským zákrokem. Myslím si ale, že by se na univerzitní půdě podobná koncová řešení pro zákazníky neměla vyvíjet. Něco jiného je spolupráce univerzity s firmou, kde univerzita řeší za úplatu myšlenkově náročné úlohy,“ zdůrazňuje brněnský vědec.

## U nádorů to nefunguje

Asi vás také napadne, zda by nebylo možné brněnský predikční program využít jako prevenci nádorových onemocnění. „Bohužel ne. Náš program to neumí. Za vznik a rozvoj rakoviny totiž jen zřídka mohou vrozené mutace, na které je právě program zaměřený. Ve většině případů rakovina vzniká problém při obnově buněk. Náhodná chyba replikačního mechanismu vnese do obnovené buňky nahodilou mutaci, která růst nádoru odstartuje. Lidské tělo má řadu mechanismů, kterými může tyto mutace při dělení buněk opravit. Správná funkce opravných mechanismů však záleží na celkovém zdraví organismu. Jde tedy o souhrn zdravotního stavu, životního stylu a životního prostředí, ve kterém se člověk pohybuje,“ vysvětluje Jaroslav Bendl.

## Práce tří institucí

Systém je výsledkem spolupráce tří institucí: Loschmidtových laboratoří, které jsou součástí Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity Brno, Mezinárodního centra klinického výzkumu Nemocnice u svaté Anny v Brně (ICRC) a Vysokého učení technického. Vědci z Loschmidtových laboratoří umožnili vzhled do lidské genomiky a navrhli schéma celého systému. Jejich kolegové z Fakulty informačních technologií Vysokého učení technického v Brně se pak podíleli na testování a kalibraci predikčního systému a realizaci webového portálu.

Martin Ježek





# EGIS a kombinační léčba hypertenze

V průběhu XXIII. kongresu České internistické společnosti ČLS JEP, který se konal v Brně ve dnech 21.–24. 9. 2016, představila své produkty společnost EGIS Praha.

V kardiovaskulární oblasti se zaměřuje především na léčbu hypertenze (Bigital, Egiramlon), dyslipidemií (Torvazin) a ischemické choroby dolních končetin (Noclaud).

## Léčba hypertenze

Hypertenze je považována za jeden z rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Snížení krevního tlaku zmenšuje riziko kardiovaskulárních komplikací a vede k redukci kardiovaskulární morbidity i mortality. Vedle režimových nefarmakologických opatření se v léčbě hypertenze uplatňují zejména antihypertenziva a jejich kombinace. Ukázalo se však, že při monoterapii bývá dosahováno cílových hodnot krevního tlaku jen u 30 % hypertoniků. Výhodnější je proto používat kombinační léčbu. Tuto léčbu lze nasadit ihned při hodnotách TK nad 160/100 mmHg nebo při cílové hodnotě kolem 130/80 mmHg. U většiny

hypertoniků lze dosáhnout efektivní kontroly krevního tlaku pouze kombinací alespoň dvou antihypertenziv. V klinické praxi se preferuje používání těch kombinací, jejichž účinnost byla ověřena ve velkých klinických studiích a vedla k redukci výskytu kardiovaskulárních příhod.

## Význam fixních kombinací

V souvislosti se současným podáváním více přípravků na snížení krevního tlaku nemocným s hypertenzí bylo prokázáno, že čím více léků pacienti užívají, tím nižší je jejich adherence k léčbě. Naopak při využití fixních kombinací antihypertenziv se adherence k léčbě zvyšuje přibližně o 25 %. Zahájení léčby fixní kombinací vede k rychlejšímu a výraznějšímu poklesu krevního tlaku než zahájení monoterapií. Také výskyt nežádoucích účinků léků je u kombinační léčby nižší. Výhodou jsou i nižší náklady na léčbu. V současnosti je k dispozici více fixních kombinací s různými dávkami stejných látek, což umožňuje titrovat léčbu podle individuální potřeby pacienta.

## Bigital = bisoprolol + amlodipin

Mezi léky, které se objevují v kombinační léčbě hypertenze, se řadí například amlodipin v kombinaci s bisoprololem. Amlodipin patří mezi kalciové blokátory a působí především na cévní stěnu, kde vyvolává vazodilataci a pokles periferní rezistence. Jeho efekt přitom není omezen na periferní arteriální řečiště, ale uplatňuje se též v koronární cirkulaci, což má za následek antianginózní účinek. Účinnost tohoto léku prokázalo několik studií (ASCOT, CAFE, ALLHAT a ACCOMPLISH). Bisoprolol je kardioselektivní betablokátor, u něhož byl prokázán efekt na snížení tepové frekvence. Klidová tepová frekvence se ukazuje být za jistých stavů nezávislým prediktorem kardiovaskulárních onemocnění nebo fatální příhody. Evropská doporučení pro léčbu hypertenze z roku 2013 proto uvádějí, že měření krevního tlaku by mělo být vždy spojeno i s měřením tepové frekvence.

Společnost Egis nedávno představila nový antihypertenzní přípravek Bigital, který je fixní kombinací bisoprololu a amlodipinu. Bigital představuje antihypertenzivum s dvojitým účinkem, u něhož bylo prokázáno efektivní snížení krevního tlaku a současně snížení tepové frekvence. Účinnost a bezpečnost této kombinace ověřovala studie Rana a kol., publikovaná v *The Ind Pract* 2008. Tato studie, do níž bylo zařazeno 800 pacientů s hypertenzí, prokázala po 4 týdnech užívání kombinace 5 mg bisoprololu a 5 mg amlodipinu v jedné tabletě významné snížení krevního tlaku (diastolický o 20 %, systolický o 37 %; viz graf 1) a významné snížení tepové frekvence (z průměrných 83 na 74 tepů/min; viz graf 2).

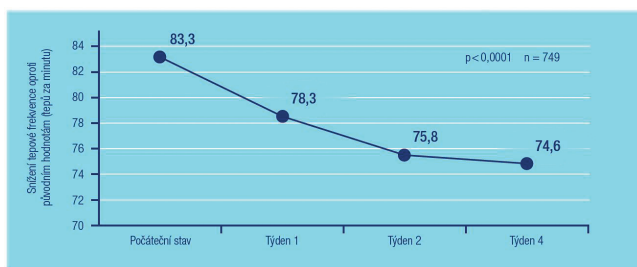


Společnost EGIS prezentovala své produkty na letošním internistickém kongresu  
Foto: archiv společnosti

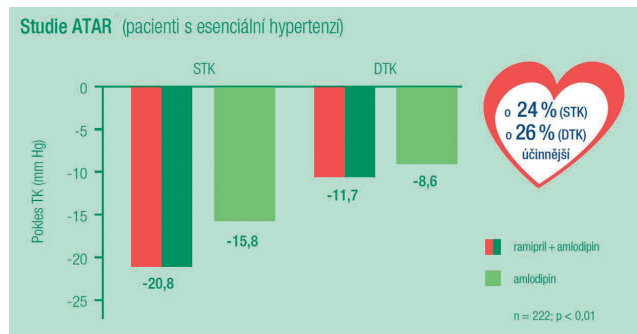


**82,5 % pacientů dosáhlo cíle studie (TK < 140/90 mmHg)**

**Graf 1** Snížení TK po čtyřdenním užívání fixní kombinace bisoprolol + amlodipin (Bigital)



**Graf 2** Snížení tepové frekvence po čtyřdenním užívání fixní kombinace bisoprolol + amlodipin (Bigital)



**Graf 3** Snížení krevního tlaku při užívání fixní kombinace ramipril + amlodipin (Egiramlon)

Cílových hodnot krevního tlaku (TK pod 140/90 mmHg) dosáhlo 82 % pacientů. Celých 90 % uvádělo výbornou toleranci přípravku. U fixní kombinace bisoprolol + amlodipin byla též prokázána lepší compliance oproti volné kombinaci antihypertenziv. Výhodou této kombinace je odlišný mechanismus účinku obou složek, který vede k posílení antihypertenzního účinku a tím snazšímu dosažení cílových hodnot krevního tlaku. Obě léčivé látky (bisoprolol i amlodipin) mají kromě hypertenzního také antianginózní účinek.

## Egiramlon = ramipril + amlodipin

Další účinnou kombinací antihypertenziv společnosti Egis představuje Egiramlon, což je fixní kombinace ramiprilu (ACE inhibitor) a amlodipinu (blokátor kalciových kanálů). Několik studií prokázalo, že tato fixní kombinace snižuje krevní tlak účinněji než monoterapie amlodipinem (studie ATAR; viz graf 3), je účinná v dosažení cílových hodnot krevního tlaku (studie RAMONA) a účinnější ve snížení kardiovaskulárních příhod než kombinace ACE-I a hydrochlorthiazidu (studie ACCOMPLISH). V další studii, zaměřené na compliance antihypertenzní léčby u starších pacientů (nad 65 let), byla prokázána o 23 % lepší compliance fixní kombinace oproti volné kombinaci léků. (red)

EGIS Praha, spol. s r. o., je dceřinou společností EGIS Pharmaceuticals PLC se sídlem v Budapešti. Firma vznikla v roce 1913, v současnosti působí ve více než 18 zemích světa, zejména ve střední a východní Evropě. Společnost se zaměřuje na 4 hlavní oblasti: kardiovaskulární léčba, léčba onemocnění CNS, onkologická léčba a biologická léčba.

# Databáze emocí bude pomáhat autistům

*Databázi fotek zachycujících šest základních emocí vytvářejí psychologové z Filozofické fakulty Masarykovy univerzity Brno. Autentické fotografie jsou základem pro novou hru, která by měla zkvalitnit život dětem a dospívajícím s poruchou autistického spektra.*

Pro vytvoření hry potřebují tvůrci tisíce obrázků, ze kterých vyberou ty s nejlépe rozlišitelnou emocí. S prosbou o pomoc se teď obrací na veřejnost prostřednictvím webových stránek [www.emoce.info](http://www.emoce.info), přes které mohou lidé do databáze své fotografie vkládat. Snímky, jež odborníci začlení do hry, umožní dětem osvojit si chování, které jim není přirozené vlastní.

„Lidé, u nichž se projevuje autistické vnímání světa, rozeznávají své emoce i emoce druhých lidí obtížněji. Pokud má dítě ve škole dvacet spolužáků, každý své pocity vyjadřuje jinak. Například dítě s Aspergerovým syndromem pak neví, co kdo jak myslí a jak se cítí. Díky naší hře si postupně vytvoří „osobní databázi“ toho, jak různé emoce vypadají, a bude tak lépe rozpoznávat to, co uvidí v reálném životě,“ vysvětlil PhDr. Pavel Humpolíček, Ph.D., vedoucí Psychologického ústavu Filozofické fakulty MU.

Připravovaná hra je součástí programu Newron, který psychologové spolu s informatiky Masarykovy univerzity vyvíjejí od roku 2012. Kromě Nadačního fondu Kometa ho podpořily i další subjekty – například Nadace ČEZ či Centrum pro transfer technologií MU. Novou hru i zbytek programu Newron si může vyzkoušet



ilustrační foto: Shutterstock

kdokoli. Jsou zdarma ke stažení na: [www.newron.cz](http://www.newron.cz) a [www.emoce.info](http://www.emoce.info) (Zdroj: MU Brno) (akt)

# Osvětový komiks pro ženy s karcinomem prsu

*Nezisková organizace ONKO Unie nedávno zahájila osvětovou kampaň „Nejsem na odpis“ na podporu a zlepšení kvality života žen s metastatickou rakovinou prsu. Aktuálně spouští nové webové stránky s ilustracemi od Jana Hofmana.*

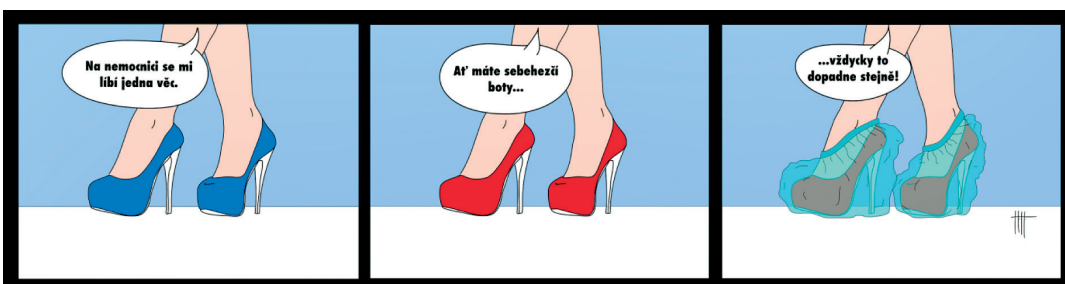
„Na webových stránkách jsou k dispozici informace nejen o nemoci samotné, ale také užitečné praktické rady pro pacientky a jejich blízké. Koncept webu je velmi nápaditý. Samotný text je prokládán ilustrovanými komiksy, které v odlehčené formě a s nadsázkou poukazují na každodenní problémy a situace ze života nemocných žen.“

Cílem kampaně „Nejsem na odpis“ je informovat veřejnost o metastatické fázi rakoviny prsu. Ta se vysky-

tuje až u 30 % pacientek po úspěšné léčbě rakoviny prsu a v současné době je nevléčitelná. Přesto je na metastatickou rakovinu prsu třeba pohlížet jako na jiné chronické onemocnění. Díky správné léčbě se daří udržet vysokou kvalitu života pacientek po dobu 3 až 7 let i déle.

Více informací na: [nejsemnaodpis.cz](http://nejsemnaodpis.cz); [onko-unie.cz](http://onko-unie.cz)

(akt)



# Únik moči netrápí jen ženy

*Inkontinence postihuje také třetinu mužů. Nejčastěji se s ní potýkají muži nad 65 let.*

Mušská inkontinence je opomíjeným problémem, v Česku jí však trpí 150 tisíc mužů. Podle poznatků lékařů z Urologické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze však pouze necelá třetina pacientů vyhledá pomoc do jednoho měsíce od počátku problémů, přitom stanovení diagnózy zatěžuje pacienta minimálně. Léčebných metod je řada, od užívání léků až po operaci.

## Urgentní a stresová inkontinence

Inkontinence je definována jako jakýkoli nechtěný únik moči. Člověk trpící urgentním typem často nestihne doběhnout na toaletu. Jedním z důvodů vzniku nemoci může být onemocnění nervové soustavy, například roztroušená skleróza nebo cévní mozková příhoda. Inkontinence může postihnout i pacienty s cukrovkou či onemocněním prostaty. Urologové v případě urgentního úniku moči obvykle nasadí pacientovi léky, které snižují přenos vjemů z močového měchýře do mozku. Pomocí léčby se zvětšuje kapacita měchýře a zároveň snižuje závažnost nucení na močení.



ilustrační foto: Shutterstock

Dalším typem je stresová inkontinence, která se vyskytuje například při kašli, kýchnutí nebo předklonu. Vzniká především po operacích souvisejících s onemocněním prostaty. Trpí jí přibližně jeden ze sta mužů, kteří podstoupili operaci prostaty kvůli nezhoubnému onemocnění. Bezprostředně po operaci zhoubných nádorů postihuje únik moči každého pátého operovaného muže. Jejich stav se obvykle postupně zlepšuje, nicméně 8–12 % mužů je nuceno rok po operaci vyhledat odbornou pomoc. Mužům se stresovou inkontinencí urologové doporučují cvičení pánevního dna.

## Každá třetí Češka

Mezinárodní studie ukazují, že během svého života se s touto nemocí setká až 16 % populace Evropy a Severní Ameriky. V Česku únikem moči trpí přes milion lidí, někdy v životě inkontinence postihne každou třetí ženu. Zdravotní pojišťovny dávají ročně na pomůcky, jako jsou pleny či podložky, až dvě miliardy korun. Podle dotazníkového šetření Incofora 44 % pacientů unikání moči značně omezuje a 57 % se s tímto zdravotním problémem nikomu nesvěřilo. Inkontinenční pomůcky používá 34 % dotázaných a 62 % uvedlo, že se nemohou dostat k informacím o této diagnóze.

(Zdroj: ČTK) (akt)



# Rakovina prsu?

## Život nekončí!

V roce 2013 bylo v České republice diagnostikováno přes 7 tisíc nových případů rakoviny prsu a v témže roce zemřelo 1845 žen s touto diagnózou. Karcinom prsu je celosvětový problém, proti kterému musejí společně bojovat pacienti, lékaři, farmaceutické společnosti i plátcí péče. Každý hraje důležitou roli a v tomto boji je nejdůležitějším faktorem čas.

Act early!

S cílem zvyšovat povědomí o významu včasné diagnózy a léčby byl měsíc říjen vyhlášen měsícem pozornosti ke karcinomu prsu. Mottem letošního října je „ACT EARLY to give time“, tedy čím dříve přijdeš, tím více času dostaneš a čím dříve se začneš léčit, tím déle budeš žít.

„Odhalení karcinomu prsu v časném stadiu znamená pro nemocné největší šanci na vyléčení. V případě pokročilých rakoviny prsu je pak hlavní snahou lékařů co nejvíce prodloužit pacientkám život, a to v co nejlepší možné kvalitě,“ vysvětluje předsedkyně České onkologické společnosti ČLS JEP doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA.

Díky lepší diagnostice a léčbě, která je dostupná v posledních letech, se z karcinomu prsu stává dobře léčitelné onemocnění. Léčba se uskutečňuje podle individuálního léčebného plánu, šitého pacientce na míru. Podle typu a pokročilosti onemocnění se kombinuje chirurgický přístup (radikální či šetrící) s radioterapií, chemoterapií, hormonální terapií a biologickou léčbou.

Většina pacientek s karcinomem prsu zachyceným v časném stadiu se úplně vyléčí. V případě pokročilých stadií se onemocnění u mnoha žen stává chronickým, nicméně jejich léčba probíhá podobně jako léčba jiných, neonkologických chronických onemocnění.

Komplexní onkologická centra

Odborníkem na posouzení stavu pacientky s onkologickým onemocněním je vždy onkolog. Ten by měl po konzultaci s chirurgem, popřípadě i s dalšími specialisty,

určit léčebný plán a seznámit s ním pacientku před zahájením samotné léčby. Zcela zásadní pro další průběh léčby je určení typu nádoru, stav jeho hormonálních a HER2 receptorů a takzvaný staging onemocnění. „Ženy s určitými typy karcinomu prsu a dále všechny mladé pacientky by se měly přímo obrátit na jedno z patnácti komplexních onkologických center, která mohou v léčbě používat biologickou terapii, jež zpravidla přináší lepší léčebné výsledky a dlouhodobě přežití,“ radí docentka Prausová. Každá pacientka má též právo vyžádat si druhý názor jiného

lékaře, ideálně v ambulanci komplexního onkologického centra. Aktualizovaný seznam komplexních onkologických center lze nalézt na [www.linkos.cz](http://www.linkos.cz).

Zítřka to můžete být vy!

Žít s onkologickým onemocněním není jednoduché, přináší to mnoho tělesných potíží, psychických útrap a změn v osobním i profesním životě. Je dobré, když má nemocný vedle sebe někoho, kdo mu v komplikované situaci pomůže, a když naváže důvěryplný vztah s ošet-

také chybí propojení zdravotní a sociální problematiky. Léčba v současné době dokáže většinu pacientek vrátit do běžného života. Kdo ale změní, kolik ušetří žena, která se vrátí do práce? Nebo máma, která se vrátí k dítěti a rodině? Budeme to měřit jako metry dálnice? To se do výhod terapie vůbec nezapočítává!“ Lidé si podle onkoložky neuvědomují, že zítřka to mohou být oni, kdo onemocní a bude potřebovat pomoc a pochopení. „Svým pacientům říkávám: ‚Rozdíl mezi námi dvěma je jen ten, že vy už to víte a já ještě ne,‘“ uzavírá Jana Prausová.



Doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA, (druhá zleva) zdůraznila, že karcinom prsu není jen nemocí těla, ale také duše Foto: Andrea Skálová

řujícím lékařem. Není ostudou vyhledat pomoc psychologa, psychiatra, odborníka na léčbu bolesti či sociálního pracovníka. Docentka Prausová upozorňuje, že onkologické onemocnění zasáhne nejen tělesný orgán, ale celého člověka, jeho rodinu a blízké. Svě o tom vědí pacientky, které si tímto onemocněním prošly nebo procházejí. Samotné vyslechnutí diagnózy zhoubného onemocnění je šok, po němž následuje množství otázek. Komunikace s lékařem a blízkými, laskavost a trpělivost jsou v tomto období velmi důležité. „Rakovina prsu není jen onemocněním těla, ale i duše! Dokonce si myslím, že duše zde hraje důležitější roli než tělo. Mrzí mě proto, že ve společnosti stále řešíme nějaké problémy, ale to nejzákladnější, co může člověk dát druhému – úsměv, hezký vztah, komunikace –, to zde mnohdy chybí,“ říká onkoložka. Zásahy zvenčí vůči nemocným, kteří jsou v tu chvíli velice zranitelní, bývají často velmi necitlivé. Týká se to například posudků pro přiznání invalidního důchodu. „Celý administrativní aparát je něco velmi neosobního a nepříjemného. Pro nemocnou ženu je hrůza tím procházet. Je to nedůstojné a pokořující. K otázce přiznání invalidity nelze přistupovat tak, že už se důchodů přiznalo moc, takže další nedáme!“ zlobí se docentka Prausová a dodává: „Stále

Sdílení osobních příběhů a pomoc

Významnou roli v podpoře pacientů s onkologickým onemocněním hrají pacientské organizace. Jednou z nich je Aliance žen s rakovinou prsu, o. p. s., která zaštiťuje projekt Bellis Young & Cancer ([www.youngandcancer.cz](http://www.youngandcancer.cz)). Ten se zaměřuje na mladé pacientky do 45 let, které procházejí nebo prošly léčbou spojenou s nádorovým onemocněním prsu. Právě u mladých žen bývá rakovina prsu agresivnější a obvykle vyžaduje radikální výkony, na rozdíl od žen po menopauze, kde zpravidla stačí využít méně razantnější metody léčby a ženy dlouhodobě přežívají. Hlavním cílem projektu je vzájemné propojení mladých pacientek s nádorovým onemocněním prsu, poskytnutí podpory a pomoci v průběhu léčby a po ní.

Příspěvek k odtabuizování tématu rakoviny prsu a podpořit pacientky v boji s tímto onemocněním chce i společnost Roche, největší biotechnologická společnost na světě zaměřující se na výzkum a vývoj inovativních léků, a sice projektem orientovaným na sdílení pacientských příběhů. Uvedený audiovizuální projekt, v němž osobní příběhy pacientek provází odborné komentáře lékařů, by měl být spuštěn v lednu příštího roku na vzdělávacím portálu [mojemedicina.cz](http://mojemedicina.cz). (red)





# Sexuální problémy má třetina mladých

Více než třetina dospívajících chlapců a 44 % dívek se potýká s problémy při pohlavním styku. Odbornou pomoc však vyhledá pouze 6 % teenagerů.

Podle výsledků britského Národního průzkumu sexuálních poměrů a životního stylu má až 34 % sexuálně aktivních dospívajících mužů ve věku 16–21 let a 44 % mladých žen nějaký problém v sexuálním životě. Pro 21 % dospívajících žen jsou to těžkosti s dosažením vyvrcholení. Mezi další obtíže patří u 10 % mladých žen neschopnost užít si sex, u 9 % pocit fyzické bolesti vycházející ze sexuálního styku, dále úzkost, obavy z průběhu sexu nebo nedostatek vzrušení. Pro 13 % mužských teenagerů je největším problémem příliš rychlé dosažení orgasmu, dále neschopnost vyvrcholit či udržet erekci, chybějící potěšení ze styku nebo strach.



## Malá důvěra v odborníky

Negativní vliv na milostný život teenagerů může mít také nevyzrálý věk, kdy začínají sexuálně žít. Co se týče Čechů, sexuální zkušenost má každý čtvrtý již ve věku 15 let. Mezi nejčastější obavy českých teenagerů patří strach z nechtěného těhotenství. Antikoncepci užívá ve věku 15–29 let 70 % dívek a žen, kondom však používá jen 14 % českých mladíků. Příčinou může být i snižující se strach dospívajících Čechů z AIDS a jiných pohlavně přenosných nemocí. Zajímavé je také to, že 36 % dívek a 26 % chlapců diskutuje své sexuální problémy s rodinou či přáteli nebo hledá řešení na internetu, zatímco pouze 6 % teenagerů se někdy svěřílo do péče psychologa, psychiatra či sexuologa. (Zdroj: Lesensky.cz) (akt)

# Češi chtějí zachovat zdravotní péči na současné úrovni

Pro pacienty je důležité udržet současný standard zdravotní péče, i kdyby to znamenalo investovat do zdravotnictví více peněz ze státního rozpočtu. Myslí si to 86 % z oslovených 1007 respondentů exkluzivního průzkumu.

Šetření realizovala agentura STEM/MARK pro Českou lékařskou komoru. Proběhlo v září 2016 na unikátním Panelu Dialog, který kombinuje osobní, telefonické a on-line dotazování.

Dvě třetiny Čechů tvrdí, že se jich dotýkají problémy ve zdravotnictví, 42 % se přímo setkalo s negativními důsledky nedostatku lékařského personálu v nemocnicích.



## Strach z omezení zdravotní péče

Lidé citlivě vnímají změny zdravotní péče k horšímu. Viditelné je to třeba v reakcích na úpravu zákona,

kteřá prodloužila maximální dobu dojezdu rychlé záchranné služby z 15 na 20 minut. Negativně ji vnímá 68 % Čechů. Tři čtvrtiny respondentů si myslí, že mnoho lékařů a sester pracuje déle, než dovoluje zákoník práce. S tím se pojí strach, že neodpočítaný personál může udělat chybu a ohrozit zdraví pacienta. Takové obavy má 66 % respondentů. 28 % si všimlo, že se zhoršila dostupnost lékařské péče, například se prodloužilo čekání v ordinaci či na objednaný zákrok. Pětina lidí udává, že v jejich okolí ubylo ordinací nebo že za lékařem musejí cestovat dál než dříve.

## Jak řešit financování?

Polovina Čechů cítí obavy při sledování zpráv o českém zdravotnictví. Jen každý pátý respondent je přesvědčen, že stát vkládá do sektoru dostatek prostředků, 44 % si myslí, že by je měl navýšit. Lidé chtějí zabránit zavírání ordinací a nemocnic, požadují zkvalitnit péči o pacienty, nakoupit moderní přístroje či vybavení a zlepšit odměňování zdravotnického personálu. Více než třetina dotázaných by zavedla vyšší daň za tabák a alkohol, 29 % by bylo ochotno zvednout platby za státní pojištění, ovšem přímá účast ve formě poplatků za ošetření a hospitalizaci či doplatků za léky už se zamlouvá jen 17 % z těch, kteří o způsobech navýšení uvažují. 57 % lidí je pak přesvědčeno, že s penězi, které už v systému jsou, by se dalo lépe hospodařit. (Zdroj: ČLK) (akt)

# Mobilní aplikace poslouží k odvykání kouření

Speciální aplikaci pro mobilní telefony, která má sloužit jako pomocník pro odvykání kouření, testuje výzkumný tým Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Program, který vyvinuli vědci v Norsku, nyní výzkumníci přizpůsobují českým podmínkám a zkoumají v pilotní studii. „Aplikace je interaktivním průvodcem člověka, který se snaží zbavit závislosti na tabáku. Například mu klade otázky, zda si dnes zapálil cigaretu, nebo zda na ni měl chuť, ale překonal ji a jaké měl při tom pocity. K dispozici jsou i rady, jak se zachovat, když má kuřák nutkání si zapálit nebo mu někdo nabízí cigaretu. Aplikace rovněž radí při problémech s přibíráním na váze či s abstinenčními příznaky,“ vysvětluje vedoucí týmu Mgr. Adam Kulhánek. Podle něj je výhodou snadná dostupnost programu, na rozdíl od ambulantní léčby závislosti, kdy kuřák musí do ambulance fyzicky přijít. Kuřáci by se mohli dočkat běžného využívání aplikace do pěti let. (Zdroj: 1. LF UK) (red)



Ilustrační foto: 3x Shutterstock





# Role ustekinumabu v léčbě psoriatické artritidy

V rámci 60. výročního sjezdu českých a slovenských revmatologů, který se uskutečnil 29. září – 1. října 2016 v Brně, zazněla prezentace „Jak postupovat v léčbě PsA po selhání TNFi? Postavení ustekinumabu“. Tématu se ujal MUDr. Jiří Štolfa z Revmatologického ústavu Praha, přednášku podpořila společnost Janssen-Cilag.

Psoriatická artritida (PsA) je zánětlivé onemocnění kloubů, manifestované u některých nemocných s psoriázou. Inhibitory tumor nekrotizujícího faktoru alfa (TNFi) patří standardně do schématu léčby pacientů, u kterých selže léčba syntetickými chorobu modifikujícími léky (DMARDs). Biologické léky (např. TNFi) dokážou potlačit obtíže, nicméně 40–60 % pacientů při užívání prvního preparátu ukončí terapii kvůli nežádoucím účinkům nebo sníženému terapeutickému efektu po třech letech léčby.

Jak uvedl MUDr. Štolfa v úvodu, nastalou situaci lze v současnosti řešit třemi způsoby: a) přidáním syntetického, chorobu modifikujícího léku, b) změnou původního léku za jiný TNF-alfa inhibitor nebo c) indikovat lék s jiným mechanismem účinku.

## Přidání methotrexátu

„V prvním případě lze přidat ke stávající terapii methotrexát. Obecně se udává, že methotrexát přidání k biologické léčbě nezlepšuje léčebnou odpověď. Existují však data svědčící pro to, že může zlepšit projevy kožního syndromu. Platí to zejména v případě přidání k etanerceptu a adalimumabu. Tuto možnost bychom tedy určitě neměli vynechat,“ konstatoval přednášející.

Výsledky studie GO-REVEAL ukázaly, že léčba golimumabem v kombinaci s methotrexátem může zpomalit rentgenovou progresi. Statisticky je to však na hranici významnosti. Další data ukazují, že přidání methotrexátu k biologické léčbě může prodloužit setrvávání na léčbě. Zde se výsledný efekt liší podle toho, z jakého důvodu byla léčba ukončena. V jihošvédském registru bylo posuzováno setrvávání pacientů na léčbě – porovnávala se skupina pacientů léčených methotrexátem a inhibitorem TNF-alfa proti patientské skupině léčené pouze TNFi. Výsledný rozdíl se ukázal jako nevýznamný. Pokud se však porovnávaly skupiny pacientů na základě důvodu ukončení léčby, ukázalo se, že u pacientů, kteří ukončili léčbu pro nežádoucí účinky, vedlo přidání methotrexátu ke statisticky významně delšímu přežívání. Naopak u pacientů, kteří ukončili studii z důvodu neúčinnosti léčby, nemělo přidání methotrexátu žádný význam. Rozdíly v léčebném efektu se ukázaly i mezi jednotlivými TNFi. V případě etanerceptu nebyl zjištěn rozdíl mezi pacienty léčenými s přidáním

methotrexátem nebo bez přidaného methotrexátu, v případě infliximabu byl rozdíl statisticky vysoce významný ve prospěch pacientů s methotrexátem, u nemocných léčených adalimumabem byl tento rozdíl nepatrný.

Přidání methotrexátu k TNFi může tedy u pacientů s psoriatickou artritidou zlepšit léčebnou odpověď u kožního syndromu, nezlepší odpověď u kloubního postižení, může zpomalit rentgenovou progresi, pomůže setrvávání na léčbě u pacientů, kteří přerušili léčbu z důvodu nežádoucích účinků, a prodlužuje setrvávání na léčbě infliximabem.

## Změna biologického léku za jiný TNFi

Přibližně u 40–50 procent pacientů je třeba přistoupit ke změně jednoho biologika za jiné. Jak dále vysvětlil MUDr. Štolfa, efekt tohoto switchu sledovalo více studií, nejprůnosnější je patrně dánská studie Danbio. Tato studie sledovala odpověď na léčbu u pacientů, kteří zůstali na původní léčbě nebo změnil lék jednou či dvakrát. Výsledky ukázaly postupný pokles léčebné odpovědi, jenž kopíroval počet switchů – čím více switchů, tím horší odpověď.

## Výměna za lék s jiným mechanismem účinku

Důležitou roli v rozvoji psoriatické artritidy hraje nejen TNF- $\alpha$ , na který cílí většina biologických léčiv indikovaných v terapii psoriatické artritidy, ale i další složky imunitního systému. Patří sem například interleukiny 12 a 23 (IL-12/IL-23) a interleukin 17 (IL-17). Jejich inhibitory (ustekinumab, secukinumab...) tvoří novou skupinu léků na psoriázu a psoriatickou artritidu.

Třetí možností řešení neúčinnosti odpovědi na léčbu pomocí TNF-alfa inhibitorů je tedy výměna původního léku za přípravek s jiným mechanismem účinku. Největší zkušenosti jsou zatím s ustekinumabem. Bezpečnost a účinnost ustekinumabu byla prokázána ve studiích (PSUMMIT 1 a PSUMMIT 2) na souboru 927 pacientů s aktivní psoriatickou artritidou. Léčebná odpověď se ve studiích ukázala jako srovnatelná s TNFi.

Odpověď na léčbu ustekinumabem u pacientů v minulosti exponovaných TNFi je nižší ve 24. i 52. týdnu. Ve skupině pacientů exponovaných TNFi je ale v 52. týdnu významný rozdíl mezi těmi, kteří před zavedením na



Foto: archiv

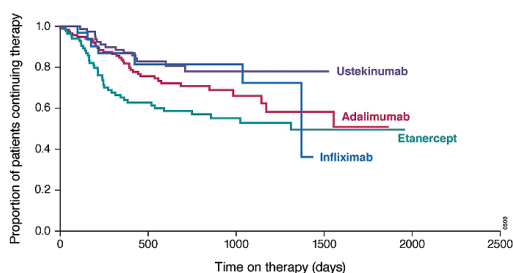
ustekinumab byli léčeni jen jedním TNFi (zde se odpověď blížila odpovědi neexponovaných („naivních“) ve 24. týdnu (51 % vs. 54,1 % ve 24. týdnu, resp. 66 % v 52. týdnu).

Odpověď na léčbu podle PROS (HAQ, QOL) zůstává statisticky významně ( $p < 0,05$ ) zachována v týdnu 24, bez ohledu na předchozí léčbu MTX či TNFi.

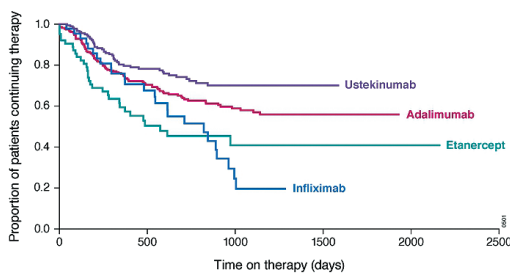
Ustekinumab má delší setrvávání na léčbě a nižší frekvenci přerušování léčby u pacientů léčených ustekinumabem v 1. linii (bez předchozí léčby TNFi) ve srovnání s etanerceptem, infliximabem či adalimumabem. Tento trend přetrvává i ve 2., resp. 3. linii (viz graf 1–3, studie PSOLAR, zdroj: Menter et al., EULAR 2015 #P0560).

V závěru přednášející shrnul prezentované informace: „Prvním chorobu modifikujícím lékem a prvním switchem bude zpravidla TNF inhibitor. Tento postup volíme s vědomím, že bude o něco nižší, ale stále dostatečná účinnost – zejména pokud léčebná odpověď byla nedostatečná pro nežádoucí účinky, nebo pokud zde není vyšší riziko infekcí. Preparát s jiným mechanismem účinku pak podáváme s vědomím, že bude opět nižší účinnost, a to v případě, že byla léčba prvním TNF inhibitorem ukončena pro primární neúčinnost, nebo pokud je zvýšené riziko infekcí. Ustekinumab by vzhledem ke své bezpečnosti mohl být indikován v první linii tam, kde není vhodné jiné biologikum,“ uzavřel MUDr. Štolfa.

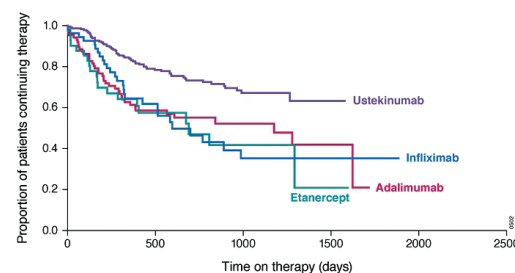
MUDr. Andrea Skálová



Graf 1 First Line Therapies (Psoriatic Arthritis Subset)



Graf 2 Second Line Therapies (Psoriatic Arthritis Subset)



Graf 3 Third Line Therapies (Psoriatic Arthritis Subset)



# Kvalita péče se zlepšuje, demence je však poddiagnostikovaná



Mgr. Martina Mátlová

*Problematika péče o lidi s demencí nabývá se stárnutím populace na významu. Alzheimerova choroba, její diagnostika, léčba a péče o pacienty s tímto nevyлéčitelným neurodegenerativním onemocněním je jednou z výzev, na které by se měla zaměřit pozornost zdravotnických týmů i sociálně-politických programů.*

Demence byla i hlavním tématem letošních Pražských gerontologických dnů, které se konaly 22.-23. září na Fakultě architektury ČVUT v Praze. Hovoříme o nich s ředitelkou České alzheimerovské společnosti, o. p. s., **Mgr. Martinou Mátlovou.**

**„Život s demencí - nové perspektivy“ byl podtitul letošní konference. Byly tedy příspěvky věnované především demenci?**

Problematice se podrobně věnujeme již třetím nebo čtvrtým rokem. S tím, že dříve jsme ji zařazovali do zvláštní sekce a nyní se zaměřujeme pouze na demenci a její jednotlivé aspekty. Mimo ty medicínské a sociální to letos nově byla i sekce věnovaná roli architektury a designu v péči o lidi s demencí.

**Co (více) můžeme udělat pro lidi s demencí? Kde jsou rezervy v péči?**

Důrazem na život, nikoli péči se chceme přiblížit evropskému pojetí, které zdůrazňuje, že má-li člověk demenci, jeho život nekončí. Základem však je, a vnímám to jako slabinu české zdravotní péče, že mnoho lidí s demencí nemá diagnózu. Odhadem jsou to až tři čtvrtiny lidí trpících kognitivní poruchou. Nově vzniklý registr zdravotních pojišťoven by nám měl v brzké době přinést konkrétní data. Bohužel řada rodinných příslušníků i odborníků vnímá jakýkoli kognitivní deficit u seniora jako nezbytnou součást jeho stárnutí, a nevěnuje mu proto patřičnou pozornost. Na druhé straně se nezřídka jako demence diagnostikuje kognitivní deficit, který může mít zcela jinou příčinu, a pacient není adekvátně léčen.

**Co lze udělat pro lepší osvětu? A nabízí vaše společnost poradenství pro pacienty a jejich pečující?**

Každoročně například probíhají v tuto dobu Dny paměti v Českém rozhlase, které se problematice demence věnují. Snažíme se tak širokou veřejnost upozornit, že pokud člověk zapomíná, měl by vyhledat odbornou pomoc. Pokud se mu to nedaří, například prostřednictvím praktického lékaře, může nás kontaktovat a my mu s pomocí speciálních testů sdělíme, zda jsou jeho potíže s pamětí objektivní a je třeba navštívit specialistu. To znamená neurologa, psychiatra či geriatra. Kontaktní místa jsou po celé republice, a vyšetření je tedy relativně dostupné.

**Zatím neznáme lék na Alzheimerovu chorobu. Pomáhá něco v oblasti prevence?**

V poslední době se objevují pozitivní zprávy, že preventivní opatření mají výsledky. V tomto smyslu se hovoří o trénování paměti, mentální aktivitě, ale také o potřebě udržování sociálních aktivit a v neposlední řadě o zdravém životním stylu.

**Poskytujete konkrétní informace o péči a ubytovacích zařízeních?**

Nabízíme odborné sociální poradenství formou hloubkových konzultací, kterých se účastní člověk s demencí, popřípadě i jeho pečující, a při nichž lze získat základní informace o demenci, péči, sociální pomoci. Zjišťujeme přítom, že poptávka po tomto poradenství je stále větší. Obracej se na nás i mnozí lékaři.

**Jak to vypadá v oblasti péče o pacienty s pokročilou demencí?**

Myslím, že se tato péče zlepšuje. Rozšiřuje se také nabídka zařízení, která se o tento typ pacientů starají. Na trh navíc vstupují různé komerční subjekty, takže



Ilustrační foto: Shutterstock

je k dispozici více lůžek. Důležité je, že se zlepšuje kvalita péče v ubytovacích zařízeních, jako jsou domovy se zvláštním režimem. V tomto ohledu se nám velice osvědčil certifikační systém Vážka. Seznam certifikovaných zařízení lze nalézt na stránkách České alzheimerovské společnosti.

**Předpokládám, že zmíněná zařízení komerčních subjektů jsou dostupná jen pro někoho. Hradí zdravotní pojišťovny alespoň částečné pobyty v těchto ubytovacích zařízeních?**

V tomto případě ne, protože se jedná o sociální služby. Tato péče je drahá, protože je náročná. A nemyslím si, že by byl dostatek míst, která jsou bezplatná a zároveň kvalitní. Bohužel si v tomto případě rodina musí pomoci sama. Pacientovi a jeho rodině je však možné poskytnout příspěvek na péči.

MUDr. Andrea Skálová

## V královédvorské nemocnici léčí hemoroidy novou metodou

*Novou ambulantní metodu ošetřování hemoroidů nabízí pacientům Městská nemocnice ve Dvoře Králové nad Labem.*

Chirurgické oddělení, jako první zdravotnické pracoviště v Královéhradeckém kraji, tu má od září k dispozici nový přístroj HAL-RAR Doppler II System Ultrasound Proctoscope, který umožňuje provedení bezbolestného zákroku v krátkodobé anestezii, v rámci tzv. jednodenní chirurgie. Druhý den po ošetření je pacient propuštěn do domácího ošetřování a v krátké době se vrací k běžnému, aktivnímu způsobu života. Ambulantní výkon je bezplatný, pacient hradí pouze ultrazvukovou sondu v ceně 5500 Kč.

„V České republice je v současnosti v provozu několik těchto přístrojů a výsledky jsou velmi povzbuzující, s úspěšností až 90 procent,“ říká primář chirurgického oddělení MUDr. Miloš Vaněk a dodává: „Garantem moderní, fyziologické a miniinvasivní metody HAL-RAR je v naší nemocnici doktor Oleg Chrolenko, který má mnoholeté zkušenosti s ošetřováním hemoroidálního onemocnění metodami konzervativními, semioperačními i operačními v celé jejich škále.“

Při ošetření novým přístrojem lékař pomocí Dopplerova efektu bezpečně vyhledá zásobující cévu pro příslušný hemoroidální uzel a tuto cévu následně podváže, v případě prolapsu uzlu pak vyhrzlý uzel reponuje zpět do análního kanálu.

Nový způsob ošetření lze použít k léčbě hemoroidů II. a III. stupně i některých hemoroidů IV. stupně.

(Zdroj: Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje)  
(akt)



# IL-17 v rukou revmatologů a dermatologů

Na 60. výročním sjezdu českých a slovenských revmatologů, který se konal od 29. září do 1. října na brněnském Výstavišti, byl jeden ze seminářů věnován interleukinu 17 (IL-17) jako novému milníku v léčbě spondylartritid. Akce se konala pod záštitou firmy Novartis Pharmaceuticals.

Vzhledem k mezioborové problematice, která je spojena s novými poznatky o roli IL-17 v patogenezi některých chronických autoimunitních onemocnění (jako je psoriáza, psoriatická artritida a ankylozující spondylartritida), si účastníci satelitního sympozia mohli vyslechnout příspěvky odborníků z oblasti revmatologie a dermatologie.

O významu inhibice interleukinu 17 v léčbě spondylartritid hovořil předseda České revmatologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc., z Revmatologického ústavu Praha. Novým doporučením EULAR pro léčbu psoriatické artritidy a současnosti a perspektivám léčby spondylartritidy se věnovali další dva odborníci z téhož ústavu – jeho ředitel prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., a prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D. Dermatologické problematiky se ujala prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc., přednostka Dermatovenerologické kliniky Nemocnice Na Bulovce v Praze, která se pokusila odpovědět na otázku, jak širší terapeutické možnosti mění ambice v léčbě psoriázy. Sympozium moderovali profesor Vencovský a profesor Šenolt.



## Role IL-17 a její inhibice

Interleukin 17 je přirozeně se vyskytující cytokin, který se účastní normální zánětlivé a imunitní odpovědi. IL-17 hraje klíčovou roli v patogenezi ložiskové psoriázy, psoriatické artritidy (PA) a ankylozující spondylartritidy (SpA) a jeho množství je zvýšeno v kožních lézích – v porovnání s pokožkou bez kožních lézí – u pacientů s ložiskovou psoriázou a v synoviální tekutině u pacientů s psoriatickou artritidou. Četnost výskytu IL-17 byla též významně vyšší v subchondrální kostní dřeni intervertebrálních kloubů u pacientů s ankylozující spondylartritidou.

Cílená biologická léčba výše uvedených onemocnění významně zlepšila kvalitu života nemocných. Léčebným standardem byla donedávna anti-TNF léčba, jejíž efekt je však často limitován ztrátou léčebné odpovědi. Při selhání účinku anti-TNF přípravku byl pak dosud alternativou obvykle další přípravek ze stejné skupiny.

Nové poznatky o regulaci imunitních dějů umožnily blíže pochopit roli IL-17 v patogenezi těchto onemocnění a posléze se tento cytokin stal novým léčebným cílem v terapii uvedených zánětlivých onemocnění. Pro léčbu psoriázy, psoriatické artritidy a ankylozující spondylartritidy byla pak v nedávné době schválena první monoklonální protilátka selektivně inhibující IL-17A (secukinumab) a dosavadní zkušenosti svědčí pro její dobrou účinnost i bezpečnost. Arzenál léčby uvedených onemocnění je tak rozšířen o nový lék s odlišným mechanismem účinku.

## Tlumení prozánětlivých dějů

Patogeneze ankylozující spondylartritidy je nejspíše souhrou vnějších, genetických a imunitních změn a stále ještě skrývá mnoho neobjasněného, jak uvedl profesor Vencovský. IL-17 však podle jeho slov nejspíše hraje zásadní roli v indukci zánětu u SpA. „Řada důkazů ukazuje na systém IL-23/IL-17 (a také IL-22), které jsou zodpovědné za patologické procesy u spondylartritidy – tedy za entezitidu, kostní destrukci, kostní proliferaci, lupénku a také synovitidu. Současně máme důkazy pro to, že inhibice tohoto cytokinu je účinná v tlumení prozánětlivých dějů a ve zvládnání těchto onemocnění,“ konstatoval profesor Vencovský.

## Význam IL-17 u psoriázy

O zkušenosti dermatologů s léčbou psoriázy pomocí inhibitorů IL-17 se ve svém sdělení podělila profesorka Hercogová. „Psoriáza může vypadat velmi rozmanitě. Od jednoho ložiska, které pacient málem nevnímá, až po obrovské postižení celého kožního povrchu, kde má klasická léčba omezený efekt. Před patnácti lety jsme si mysleli, že psoriáza je choroba z poruchy keratinizace. Nyní víme, že se zde významně uplat-



První monoklonální protilátka selektivně inhibující IL-17A (secukinumab) byla nedávno schválena mj. pro léčbu psoriázy

ňují imunitní děje a na psoriázu se díváme jako na systémové onemocnění. Revmatologové a dermatologové tedy budou při léčbě tohoto onemocnění stále častěji spolupracovat,“ uvedla Jana Hercogová.

V léčbě psoriázy se uplatňuje více léčebných modalit, v závislosti na rozsahu a tíži onemocnění. U řady pacientů přitom nestačí podávat lokální léčbu, ale je nezbytné léčit chorobu systémově a dlouhodobě. Hodnotit tíži onemocnění je v případě psoriázy poměrně obtížné. Biologická léčba však přinesla nový hodnotící systém PASI. „Když jsme se seznamovali s cílenou léčbou, studie byly postaveny na PASI 50, tedy 50procentním zlepšení. Další studie už byly zaměřeny na dosažení PASI 75 a dnes máme k dispozici léky, s kterými se blížíme až k 90procentnímu zlepšení,“ vyzdvihla význam nových biologických preparátů prof. Hercogová.

## Nové léčebné strategie u PsA

S problematikou psoriatické artritidy a novým doporučením pro její léčbu seznámil prof. Pavelka. Mezi základní principy současného léčebného přístupu patří potřeba multidisciplinární léčby a sdílené rozhodnutí mezi pacientem a revmatologem, přičemž je zvažována účinnost, bezpečnost a náklady. Revmatologové se primárně starají o muskuloskeletální manifestace pacientů s PsA, v přítomnosti klinicky významného postižení kůže by měl revmatolog spolupracovat s dermatologem. Primárním cílem léčby pacientů s PsA je maximalizovat kvalitu života a toho docílit pomocí kontroly symptomů, prevencí strukturálních progresů, normalizací funkce a sociální participací. Důležitou součástí těchto cílů je potlačení zánětu. Při péči o pacienty s PsA je dále nutné starat se o extraartikulární manifestace, metabolický syndrom, kardiovaskulární onemocnění a jiné komorbidity.

Jak dále uvedl prof. Pavelka, léčba by měla být zaměřena na dosažení cíle, kterým je remise nebo stav minimální aktivity nemoci. Tohoto je docíleno pravidelným monitorováním a vhodnou adjustací léčby. Doporučení EULAR se podrobněji zaměřuje na indikace jednotlivých skupin léčiv. Ve vztahu k využití nových inhibitorů IL-17 se zde mimo jiné konstatuje: „U pacientů s periferní artritidou a nedostatečnou odpovědí na alespoň jedno csDMARD by měla být zvážena léčba bDMARD, TNF inhibitory nebo cíleně zaměřená na IL-12/IL-23 nebo IL-17.“ (maj, asa)

Představujeme publikaci

# Akutní kardiologie



Přední odborníci z pražského IKEM předávají kolegům své mnohaleté zkušenosti v knize, která o této problematice a v tomto rozsahu na českém trhu dosud chyběla. Přehledná, klinicky zaměřená publikace má být praktickým návodem k diagnostice a léčbě akutních kardiovaskulárních nemocí.

Kniha přináší rychlou orientaci v diagnostice a léčbě nejčastějších kardiovaskulárních problémů již při prvním setkání s nemocným, ale poskytuje i informace o definitivním řešení těchto nemocí, včetně postupů u kriticky ohrožených nemocných. To vše na základě nejnovějších poznatků v duchu medicíny založené na důkazech a rozsáhlých zkušenostech autorů, kteří tyto problémy řeší denně. Obsahuje i návody k provedení nezbytných výkonů u nemocných s akutním kardiovaskulárním problémem, přehled nejpoužívanějších léků a přehled současných evropských doporučení pro jednotlivé nemoci.

**Autoři: Jiří Kettner, Josef Kautzner et al.**

**Doporučená cena 820 Kč**

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

**MEDICAL SERVICES**

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

**mf**  
MLADÁ FRONTA



# Aktuální trendy v léčbě CHOPN

*Budeme se i nadále setkávat s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN)? Pneumolog prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc., se domnívá, že určitě ano.*

„Lidé se dožívají vyššího věku a také z dalších faktorů se dá usuzovat, že chronická obstrukční plicní nemoc bude problémem ještě hodně dlouho,“ uvedl přednosta Pneumologické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Praze-Motole prof. MUDr. Miloslav Marel, CSc., ve svém sdělení „Léčba CHOPN – od monoterapie k fixní kombinaci“ na XXV. moravskoslezských dnech pneumologie, které se konaly v Brně na přelomu září a října.

## Epidemiologie, fenotypy

„Počty nemocných s CHOPN aktuálně rostou u nás i ve světě. Celosvětová prevalence se udává od 6 do 15 procent. CHOPN je ve střední pozornosti také kvůli zdravotním důsledkům a ekonomické zátěži. V posledních letech je například v USA třetí nejčastější příčinou úmrtí. Rád bych také upozornil na poddiagnostikování nemoci, což se týká až 85 procent nemocných s CHOPN nejčastěji mírné či střední intenzity,“ řekl profesor Marel. U nás bylo v roce 2013 na pneumologických odděleních dispenzarizováno téměř 270 tisíc nemocných s CHOPN, což znamená nárůst o 71 tisíc oproti roku 2008. Prevalence nemoci v České republice je odhadována na 7,7 %.

„Symptomy onemocnění z našich ordinací dobře známe, přesto bývá diagnostikováno pozdě. Nemyslím, že by šlo o chybu lékařů. Příznaky podceňují nemocní, kteří je považují za běžný projev stárnutí. Často se to týká pacientů kolem 50. roku věku,“ uvedl profesor Marel. Současné *guidelines* pro CHOPN zmiňují následující fenotypy: bronchitický, emfyzematický, fenotyp častých exacerbací, překryvu CHOPN s astmatem, s kachexií a s bronchiektáziemi.

## LABA/LAMA

Chronická obstrukční plicní nemoc se léčí inhalačním podáváním léků, s výjimkou definovaných indikací perorálních protizánětlivých léků. Užívání léčiv dvakrát denně je u indikovaných nemocných také možné. „V našich doporučených postupech se popisují léčebná opatře-

ní podle reálné praxe. Plán je rozdělen do čtyř stupňů. Jako první figuruje odstranění všech rizik, druhým stupněm je použití bronchodilatační léčby, na třetím stupni se terapie řídí fenotypy CHOPN, v posledním stupni léčíme těžké stavy respirační insuficience. Zapojují se zde další možnosti, například kyslíková léčba, invazivní či neinvazivní ventilační podpora nebo transplantace plic,“ pokračoval odborník. Od roku 2010 mají pneumologové k dispozici první protizánětlivý lék roflumilast (Daxas), o rok později mohli začít využívat 24 hodin účinný indakaterol (velmi dlouze účinné betamimetikum, U-LABA). V roce 2013 přišlo ultradlouze působící anticholinergikum (U-LAMA) glykopyrronium a v roce 2014 bylo na trh uvedeno anticholinergikum s 12hodinovou účinností (LAMA) akliadinium – Bretaris Genuair. „Studie na mnoha nemocných CHOPN u novinek prokázaly efektivitu v ovlivnění plicních funkcí, zmírnění symptomů dušnosti a zlepšení kvality života, s přijatelným výskytem nežádoucích efektů. Náhle jsme si tedy mohli lék pro nemocné vybrat, a to i v kombinacích,“ zdůraznil profesor Marel. Přibývaly ale také zprávy o tom, že kombinace léků obsahující inhalační steroidy mohou mít závažné nežádoucí účinky. „A k definitivní změně názoru na léčbu CHOPN přispěly i další možnosti farmakoterapie. Oblíbenými se staly nové duální kombinace bronchodilatačních léků LABA a LAMA.“

## Brimica Genuair

Od letošního dubna mohou pneumologové předepisovat novou duální kombinaci – přípravek Brimica Genuair. Aplikuje se pomocí mnohodávkového práškového inhalátoru Genuair. „Kombinace využívá synergického účinku rychle působícího osvědčeného formoterolu (LABA) a akliadinia bromidu (LAMA) a podává se dvakrát denně. Podle současných doporučení lze LAMA a LABA aplikovat buď samostatně, nebo v kombinaci symptomatickým nemocným s postbronchodilatační (post-BDT) hodnotou FEV1 60 až 80 procent n. h., striktně jsou pak tyto léky doporučovány u symptomatických nemocných s post-

-BDT FEV1 pod 60 procent n. h. LAMA nepřímo ovlivňují bronchokonstrikci blokadou účinku acetylcholinu, zatímco LABA přímo působí na beta2-adrenoreceptory. Vyvolávají tak svalovou relaxaci. Působí tedy jiným mechanismem, a jsou proto vhodnou léčbou u nemocných, kteří nemají svoji nemoc plně kontrolovanou při monoterapii. Ve studiích fáze III, Augment a Acliform, byly posouzeny účinnost a bezpečnost této nové duální kombinace,“ upozornil profesor Marel.

Výše uvedené studie podle něj potvrdily výhody spojení dvou již osvědčených bronchodilatačních léků. Tato kombinace má velmi rychlý nástup účinku i dostatečnou bronchodilatační schopnost, vedoucí ke zmírnění symptomů a zlepšení kvality života nemocných s CHOPN. Ve sdružené analýze studií Augment a Acliform byla prokázána i schopnost kombinace ACL/FOR (400/12 µg) snížit počet akutních exacerbací. Indikační šíře by podle nové klasifikace měla zahrnovat nemocné v kategorii B až D. Speciální podskupinou nemocných vhodných k této léčbě by pak mohli být pacienti, kteří preferují podávání dvakrát denně, udávají častější noční či ranní příznaky a ocení rychlý nástup účinku srovnatelný s užitím klasické záchranné medikace. „Vyplyvá z toho, že máme dostatek argumentů pro používání moderních duálních kombinací,“ uvedl prof. Miloslav Marel.

## Která kombinace je lepší?

Dosud nejsou k dispozici studie, jež by srovnávaly účinky různých duálních kombinací vzájemně mezi sebou. „Proto se němečtí vědci pokusili rozhodnout rozdíly v efektivitě dosud existujících duálních kombinací. Do meta-analýzy Bayesian Network Meta-Analysis zadali výsledky z 27 klinických studií s 30 371 nemocnými, ve kterých byly duální kombinace posuzovány podle ovlivnění through FEV1, kvality života hodnocené dle SGQR, dušnosti hodnocené podle transition dyspnoe indexu, podle výskytu středně těžkých a těžkých exacerbací, odstoupení ze studie a výskytu nežádoucích účinků. Vyhodnocení přineslo očekávaný výsledek: „Všechny dosud existující kombinace LABA/LAMA či U-LABA/U-LAMA jsou stejně efektivní a stejně bezpečné,“ zdůraznil profesor Marel.

## Kam směřuje léčba CHOPN

Podle profesora Marela je pro snížení výskytu CHOPN v první řadě nutné omezit či ukončit expozici rizikovým faktorům. Tedy zanechat kouření, snížit znečištění zevního prostředí a zařadit do každodenního režimu pravidelný pohyb. „Je rovněž jasné, že upřednostňovaným způsobem léčby je inhalační podávání léků, s výjimkou definovaných indikací perorálních protizánětlivých léků, jako jsou roflumilast či teofyliny. Novinkou je preference podávání léků s ultradlouhým působením, a to jak v monoterapii, tak v lékových kombinacích. Podávání léků dvakrát denně je u pacientů s nočními a ranními příznaky CHOPN preferované,“ shrnul prof. Marel. K zodpovězení otázky, které léky na CHOPN by měly mít přednost, se uskutečnilo mnoho studií, ne vždy však bylo jednoznačně určeno, která varianta je výhodnější. Jako příklad profesor Marel uvedl, že ačkoli indakaterol (U-LABA) prokázal, že dokáže zlepšit plicní funkce lépe než LABA (formoterol) nebo fixní kombinace SFC, nedokázal příznivě ovlivnit výskyt exacerbací ve srovnání s tiotropiem.

Martin Ježek



Představujeme publikaci

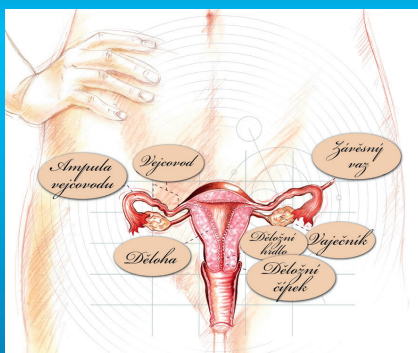
# Gynekologická péče

## 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







# Beriplex

## – nový koncentrát protrombinového komplexu

*Antikoagulační terapie se stala nezbytnou součástí primární i sekundární prevence u pacientů s venózním tromboembolismem, atriální fibrilací, po infarktu myokardu či cévní mozkové příhodě. Obávanou komplikací antikoagulační terapie je krvácení, proto je nezbytné mít k dispozici antidotum rušící antikoagulační účinky.*

V předchozích číslech měsíčníku Zdravotnictví a medicína jsme se zaměřovali na specifické antidotum rušící účinky dabigatran etexilátu. V tomto čísle vám představíme nový koncentrát protrombinového komplexu (PCC) – Beriplex.

### Léčba warfarinem a riziko krvácení

Tradičně užívaným antikoagulačním lékem je antagonist vitamínu K (VKA) – warfarin. Primární komplikací antikoagulační léčby je krvácení, které se vyskytuje přibližně u 15 % pacientů na warfarinu, u 3 % jde o krvácení závažného charakteru. Riziko krvácení se zvyšuje s věkem, délkou a intenzitou podávání antikoagulační terapie, v přítomnosti jaterního onemocnění, vliv má i gastrointestinální krvácení v anamnéze či abúzus alkoholu. Riziko krvácení u pacientů užívajících VKA lze stanovit pomocí standardizovaného indikátoru INR, přičemž exponenciálně narůstá u hodnot INR nad 5.

Rychlé zrušení antikoagulačního účinku je nezbytné u pacientů se závažným krvácením, v případě urgentních chirurgických zákroků a u pacientů s extrémně vysokým INR. U pacientů na warfarinu to lze provést: a) vysazením antikoagulačního léku, b) podáním vitamínu K, c) podáním krevní plazmy, d) podáním PCC. Ne všechny tyto postupy jsou stejně efektivní. Vysazení warfarinu je nejjednodušší, avšak k potřebnému snížení INR dojde až za několik dní. Po podání vitamínu K klesá INR na cílové hodnoty přibližně za 4–6 hodin. Podání plazmy je účinné a běžně užívané, avšak je spojeno s nežádoucími účinky. Naproti tomu podání PCC je účinné a bezpečné.

### Nový PCC se 4 faktory

Beriplex je neaktivovaný PCC s obsahem čtyř K-dependenčních koagulačních faktorů (II, VII, IX a X) a proteinů C a S, určený k rychlému nastolení hemostázy v případě závažného krvácení u pacientů užívajících VKA. Součástí přípravku je heparin a antitrombin III, které udržují koagulační faktory v neaktivované formě. Přípravek je získáván z očištěné lidské plazmy. Čistota a nezávadnost produktu je zajištěna přísně kontrolovaným výrobním procesem zahrnujícím multistupňové postupy pro odstranění a inaktivaci virů. Účinnost a bezpečnost přípravku byly ověřeny klinickými studiemi. U zdravých dobrovolníků, kteří obdrželi infuzi přípravku 50 IU/kg, došlo k rychlému vzestupu plazmatických koncentrací faktorů II, VII, IX a X, přičemž fáze plató bylo dosaženo během 5 minut po podání. Během stejné doby došlo též ke zvýšení koncentrace proteinů C a S.

### Klinické studie

Několik prospektivních studií (s celkem 60 pacienty) hodnotilo efekt Beriplexu v případech vyžadujících urgentní zrušení účinku VKA. V těchto studiích se ukázalo, že po podání infuze přípravku došlo u většiny pacientů k rychlému poklesu INR na 1,3 během 10–30 minut. Současně došlo ke zvýšení hladin K-dependenčních koagulačních faktorů. U pacientů se závažným krvácením došlo k úplnému vymizení krvácení do 6–8 hodin po podání přípravku.

Také retrospektivní studie, do nichž bylo zahrnuto celkem 185 pacientů, prokázaly, že Beriplex snižuje hod-

notu INR a nastoluje hemostázu, což pacientům umožňuje podstoupit urgentní chirurgický zákrok. Podání přípravku dále redukovalo potřebu podání alogenních krevních produktů, jako je plazma či erytrocyty.

### Prospektivní multicentrická studie fáze 3

Tato studie sledovala účinnost a bezpečnost přípravku u pacientů na VKA s INR > 2, jejichž stav vyžadoval urgentní chirurgický či diagnostický výkon nebo normalizaci INR po akutním krvácení. Studie se 43 pacienty proběhla v 8 zemích, pacienti dostali dávku přípravku dle předchozí hodnoty INR, primárním cílem byla hodnota INR < 1,3. Výsledky prokázaly, že po podání přípravku došlo do 30 minut u 40 pacientů (93 %) k poklesu INR pod požadovanou hodnotu 1,3 (u zbylých byla 1,4). Do 48 hodin byla u všech dosažena hodnota INR mezi 1,2 a 1,3. Hladiny koagulačních faktorů II, VII, IX a X a proteinů C a S dosáhly vrcholu do 30 minut a přetrvávaly minimálně 48 hodin. Beriplex se ukázal jako klinicky účinný u 98 % pacientů.

### Srovnávací studie: plazma vs. PCC

Fáze 3 prospektivní randomizované otevřené multicentrické studie srovnávala efekt podané plazmy a 4faktorového PCC u pacientů užívajících VKA: s akutním závažným krvácením (3a) a u pacientů podstupujících chirurgický zákrok (3b). Výsledky ukázaly, že:

- Beriplex je stejně účinný (non-inferiorní) jako plazma v případě akutního krvácení a účinnější v případě podání před chirurgickým zákrokem. Účinné hemostázy po podání 4faktorového PCC bylo dosaženo u 72 % pacientů ve studii 3a a u 90 % pacientů ve studii 3b.
- Beriplex byl účinnější než plazma díky rychlejšímu poklesu INR. K poklesu INR pod 1,3 během 30 minut po podání PCC došlo u 62,2 % pacientů (vs. 9,6 % po podání plazmy) ve studii 3a a u 55,2 % (vs. 9,9 % po podání plazmy) pacientů ve studii 3b.
- Podaný objem Beriplexu byl v obou podstudiiích 8x nižší (99 vs. 813 ml; 89 vs. 818 ml) než objem podané plazmy. (Menší objem tekutin při podání PCC oproti plazmě snižuje riziko objemového přetížení a jiných kardiovaskulárních komplikací.) Čas potřebný k aplikaci celkového množství infuze byl výrazně kratší u pacientů, kteří dostali PCC (17 vs. 148 min; 20 vs. 140 min). (Rychlost podání infuze má významný klinický dopad.)
- Vitamín K-dependenční koagulační faktory byly po podání infuze v obou podstudiiích doplněny rychleji v případě Beriplexu oproti plazmě.

### Pacienti s onemocněním jater

Jaterní buňky se podílejí na syntéze většiny koagulačních a fibrinolytických faktorů. Pacienti s jaterním onemocněním proto často trpí poruchami hemostázy a v případě krvácení či urgentního chirurgického výkonu potřebují léčbu upravující tento defekt. Vzhledem k tomu, že u nich hrozí také tromboembolie, je třeba zvažovat benefit léčby pomocí PCC vůči riziku komplikací.

Účinnost a bezpečnost Beriplexu u pacientů s onemocněním jater sledovala prospektivní multicentrická

studie s 22 pacienty s těžkou jaterní poruchou a průměrnou hodnotou Quickova testu 38,5 %. Pacienti dostali buď jednu, nebo dvě infuze PCC (1500 IU a 2000 IU). Po první infuzi byla klinická účinnost hodnocena jako velmi dobrá u 17 pacientů (76 %) a uspokojivá u 24 %. U zbylých 5 pacientů, kteří dostali druhou infuzi, byla klinická účinnost hodnocena u 3 pacientů jako velmi dobrá a u 2 jako uspokojivá. Hodnoty Quickova testu se v průměru během 10 minut po podání PCC zvýšily na 70 %. Ve studii došlo po podání PCC k rychlé úpravě hemostázy, účinné kontrole akutního krvácení i prevenci krvácení během invazivního výkonu.

### Management krvácení u kriticky nemocných

V retrospektivní studii s 3865 pacienty podstupujícími kardiovaskulární chirurgický výkon autoři srovnávali potřebu perioperačního podání alogenních krevních derivátů před (2004) a po (2009) zavedení algoritmu koagulačního managementu. Srovnání ukázalo pokles ve využití těchto derivátů: jakákoli transfuze – 52,5 vs. 42 %, transfuze erytrocytů – 50 vs. 40 %, mražená plazma – 19 vs. 1 %, masivní transfuze – 2,5 vs. 1 %. Současně došlo k nárůstu podávání fibrinogenu (4 vs. 10 %) a PCC (4 vs. 9 %). Výskyt tromboembolických událostí klesl z 3 na 1,8 %.

### PCC u perioperačního krvácení

Retrospektivní studie sledovala efekt podání PCC u 38 pacientů se závažným perioperačním krvácením. Beriplex zde snížil hodnoty INR průměrně z 1,7 na 1,4, a to během přibližně 150 minut po podání. Krvácení ustalo u 36 %, resp. 96 % pacientů s chirurgickým, resp. difúzním krvácením. Jiná, prospektivní studie hodnotící efekt PCC u 144 pacientů s traumatickou koagulopatií porovnávala rozdíl účinku mezi podáním fibrinogenu + PCC oproti podání fibrinogenu + PCC + mražené plazmy. Výsledky ukázaly, že kombinace fibrinogen + PCC byla účinná v obnově koagulačních parametrů a spotřeba alogenních transfuzních krevních derivátů byla nižší u pacientů, kteří obdrželi fibrinogen + PCC oproti těm, kteří dostali ještě navíc plazmu (transfuze trombocytů: 0 vs. 1, transfuze erytrocytů: 2 vs. 9).

### Bezpečnost Beriplexu

Analýza bezpečnosti produktu, vycházející z výsledků randomizované kontrolované studie hodnotící bezpečnost podání PCC oproti plazmě (388 pacientů se závažným krvácením), ukázala, že výskyt nežádoucích účinků byl obdobný při podání PCC a krevní plazmy a bezpečnostní profil PCC u pacientů vyžadujících rychlé zrušení účinku VKA je stejně dobrý jako u plazmy. Současně se ukázalo, že objemové přetížení a kardiovaskulární příhody jsou častější u pacientů, kteří dostali plazmu, oproti těm, kteří obdrželi PCC (12,7 % vs. 4,7 %). Podání plazmy bylo spojeno s vyšším rizikem objemového přetížení. Dalším zjištěním bylo to, že riziko tromboembolických událostí je obdobné u PCC jako u plazmy. V případě podání plazmy však docházelo k tromboembolickým událostem dříve než po podání PCC.

MUDr. Andrea Skálová

Představujeme publikaci

# Kombinovaná antidiabetická terapie



Alena Adamíková et al.

Kombinovaná  
antidiabetická terapie  
s inzulinem při  
diabetes mellitus 2. typu



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 **knihy.cz** sleva 20%



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







# 100 let od objevu heparinu

*Heparin patří k nejstarším lékům, které se stále používají v klinické praxi. Od jeho objevu Williamem Henrym Howellem a Jayem McLeanem letos uplynulo 100 let.*

Za objevitele heparinu jsou považováni dva významní vědci a lékaři minulého století – William Henry Howell a Jay McLean. Na vývoji tohoto léku se však podílela i řada dalších významných osobností, včetně spoluobjevitele inzulinu Charlese Besta.

## Počátky výzkumu

V roce 1916 spolupracoval student druhého ročníku medicíny Jay McLean na výzkumech prováděných profesorem Williamem H. Howellem v laboratořích lékařské fakulty Johns Hopkins University (Baltimore, USA). Primárním zájmem prof. Howella bylo zkoumání látek, jež ovlivňují srážlivost krve. Vycházel z předpokladu, že mezi antitrombinem a tromboplastinem existuje rovnováha a že uvolnění látky nazvané cefalin z krevních destiček a leukocytů neutralizuje antitrombin, čímž dojde k aktivaci protrombinu. Jay McLean měl za úkol potvrdit, že je to cefalin, a nikoli jiné látky, jež vznikly během jeho přípravy, co způsobuje prokoagulační procesy.

Svou práci McLean dokončil v poměrně krátkém čase, a tak začal pracovat na vlastním výzkumu. Ze psích jater extrahoval fosfatidy, které vykazovaly schopnost ovlivňovat srážlivost krve (to následně Jay McLean potvrdil v rámci testů *in vitro* a u pokusných zvířat). Poté McLean odešel na Pensylvánskou univerzitu, kde se pod vedením Richarda Millse Pearceho věnoval dalšímu výzkumu cefalinů. V říjnu 1917 se vrátil na Univerzitu Johnse Hopkinse, ale na svůj předchozí výzkum již nenavázal. Důvodem bylo McLeanovo přesvědčení, že v dobách 1. světové války je prospěšnější pracovat na vývoji látek, jež krevní srážlivost zvyšují, nikoli snižují.

## První úspěchy

Výzkum antikoagulačních však nadále pokračoval v laboratořích Williama Howella. V roce 1918 se prof. Howellovi a jeho studentu L. Emmetovi Holtovi Jr. podařilo izolovat v tuku rozpustné antikoagulantium, které bylo pojmenováno heparin (název byl odvozen od řeckého slova hepar, jež znamená játra). V roce 1922 na výročním sjezdu Americké fyziologické společnosti prof. Howell představil protokol pro izolování heparinu a o 4 roky později, během 12. mezinárodního fyziologického kongresu, pak představil ve vodě rozpustný heparin.

Tento typ heparinu brzy poté začala vyrábět jedna z baltimorských farmaceutických společností, nicméně studie provedené na Mayo Clinic prokázaly, že heparin, který vzniká tehdy známým výrobním postupem, způsobuje u pacientů řadu vedlejších účinků (například silné bolesti hlavy, horečku, nauzeu). William Howell se obával, že tyto toxické účinky heparinu zastaví jeho další masivní rozšíření do klinické praxe. To se však neaplnilo a farmaceutická společnost i nadále vyráběla lék podle Howellova protokolu.

## Kanadská stopa

Profesor Howell se v roce 1931 rozhodl opustit svůj post na Johns Hopkins University a výzkumu heparinu už se dále neúčastnil. Ten ale probíhal současně na několika pracovištích a zaměřen byl především na purifikaci heparinu, zmírnění či odstranění jeho vedlejších účinků. Jedním z vědců, kteří se na tomto výzkumu podíleli, byl již zmíněný Kanadán Charles Best a jeho student

## Heparin v novém století

- 2000:** Byl vyvinut inhibitor faktoru Xa fondaparinux.
- 2002:** Fondaparinux získal první indikaci v ortopedické chirurgii.
- 2004:** Byly představeny přímé inhibitory trombinu.
- 2008:** Představeny orální inhibitory faktoru Xa. Skandál se závadnými látkami, jež obsahoval heparin, který do Spojených států amerických dodal čínský výrobce.
- 2010–2015:** Na trhu jsou k dispozici DTI a inhibitory faktoru Xa (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban).

(Zdroj: heparincentenary.com)

Arthur Charles. Kromě odstranění vedlejších účinků heparinu se tyto vědci pokoušeli dokázat účinky léku v prevenci vzniku krevních sraženin.

V roce 1933 publikoval Arthur Charles se svým kolegou Davidem Scottem sérii článků shrnujících dosavadní práci kanadských vědců. V prvním z nich uveřejnili

protokol pro izolaci heparinu z hovězích jater, v dalším se pak zaměřili na výsledky svého zkoumání dalších orgánů či tkání, z nichž by mohl být heparin extrahován. Zjistili, že kromě jater jej nejvíce obsahují svaly a také plicní tkáň. Naopak vyvrátili původní přesvědčení prof. Howella, že heparin je zodpovědný za viskozitu krve, a i když je v ní heparin obsažen v malém množství, jeho působení je o to větší. Třetí z článků byl pak zaměřen na purifikaci heparinu, i když jak

později Charles Best objasnil, nejednalo se o purifikaci jako takovou, ale spíše o odstranění látek, jež způsobovaly tehdejší toxicitu léku.



William Henry Howell



Jay McLean



Ilustrační foto: Shutterstock

## První studie

Kanadský tým na heparinu pracoval ve dvou skupinách – první z nich vedl Charles Best, druhou pak Gordon Murray. 16. dubna 1937 byla poprvé u člověka použita nová, čistší forma heparinu. Směs heparinu a fyziologického roztoku podaná v dvouhodinové infuzi u pacienta způsobila signifikantní prodloužení času srážlivosti krve. Navíc neměl tento typ heparinu žádné vedlejší účinky. Gordon Murray nedlouho nato v jedné ze svých přednášek uvedl, že i když je výzkum heparinu stále relativně v počátcích, jeho tým předpokládá možnost použití léku u embolektomie, splenektomie, plicního embolismu nebo u žilních stěpů.

V roce 1939 se k výzkumu heparinu vrátil Jay McLean, který o více než 20 let dříve izoloval antikoagulantní, v tuku rozpustné fosfatidy. McLean se zaměřil na klinický účinek léku u pacientů s endokarditidou (bohužel oba pacienti, u nichž vědec efekt heparinu zkoumal, chorobě podlehl). Mnohem slibnější byly výsledky studie z roku 1943, kdy McLean a jeho tým použil heparin k léčbě pacienta s gangrénou v dolní končetině. Díky léku se podařilo předejít úplné amputaci nohy. Vědci následně došli k závěru, že je možné heparin používat v terapii gangrény u zraněných vojáků.

První klinická studie heparinu byla provedena v roce 1960. Pacienti trpící plicní embolií byli randomizováni do dvou skupin – první z nich užívala heparin a warfarin, druhá pak nedostávala žádné antikoagulantium. U žádného z 16 účastníků v první skupině (tedy užívací heparin) nedošlo k úmrtí v důsledku plicní embolie a nebyly ani zaznamenány žádné případy nefatální recidivy. Ve skupině 19 pacientů bez antikoagulačního došlo k 5 úmrtím v důsledku embolie a 5 nefatálním recidivám.

## Komu patří objev?

Až do začátku 40. let minulého století se vědecká komunita přiklápěla k názoru, že jediným objevitelem heparinu byl prof. Howell. Jay McLean se však nehodlal smířit s tím, že jeho příspěvek k tomuto objevu by mělo zůstat nepovšimnuto.

Začal proto s kampaní, která mu měla zajistit spoluobjevitelství léku (do roku 1945, kdy zemřel prof. Howell, byl McLeanův „boj“ za uznání podílu na objevu heparinu velmi mírný – s ohledem na přátelství, které oba vědce pojilo). McLean rozeslal řadu dopisů kolegům (včetně Charlese Besta), v nichž tvrdil, že za objevem heparinu stojí on, nikoli Howell. Přes protesty a odmítavé postoje některých kolegů (například Louis Jacques z Saskatchewanské univerzity, který byl do výzkumu heparinu rovněž zapojen, označil McLeanův podíl na objevu léku za „součást amerického folkloru“ a „klíčovou postavou heparinu“ nazval Charlese Besta) se nakonec McLeanovi podařilo svůj postoj prosadit.

Po své smrti v roce 1959 byl v nekrologu označen za „objevitele heparinu“ (Howellův přínos nebyl zmíněn vůbec) a v roce 1963 byla na Johns Hopkins University odhalena pamětní deska připomínající „zásadní podíl Jaye McLeana na objevu heparinu v roce 1916 ve spolupráci s profesorem Williamem Henrym Howellem“.

Právě díky těmto dvěma vědcům zachraňuje heparin lidské životy dodnes.

(Zdroje: *British Journal of Haematology*, *International Journal of Cardiology*)  
(kha)

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 **knihy.cz** sleva 20%

**MEDICAL SERVICES**

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

**wtf**  
MLADÁ FRONTA



# Tajemství třetího rozměru

Moderní doba přináší obrovský rozvoj technologií. V medicíně nové technologie umožňují výrazné zvýšení kvality diagnostiky a léčby. Jedním z největších přínosů pro diagnostiku je CT (computed tomography) a její derivát CBCT (cone-beam CT).

Doprovodný program 19. ročníku mezinárodního kongresu Pražské dentální dny 2016, který proběhl v polovině září v pražském Obecním domě, byl zaměřen i na teoretické a praktické workshopy. Autor prezentace Třetí rozměr ve stomatologii – práce s 3D softwarem **MUDr. Roman Tichý** na vlastních kazuistikách ukázal možnosti využití moderních technologií v praxi.

## MSCT versus CBCT

CBCT rentgen je zobrazovací zařízení, jehož hlavní funkcí je zachycení volumetrických dat snímkané oblasti. To lékaři umožní plastičtější a detailnější prostorové vidění, které 2D sumační zobrazení nemůže nabídnout. Výpočetní tomografie vstoupila do klinické praxe v roce 1971. Průkopníky byli Godfrey N. Hounsfield a Allan McLeod Cormack. Podle Hounsfielda se jmenuje jednotka HU, kterou se měří hustota tkáně. Tradiční medicínské CT přístroje (MSCT, multi slice computed tomography), někdy nazývané spirální CT, využívají rentgenový paprsek ve tvaru vějíře (fan beam) a relativně úzký detektor či multidektor (MDCT). CBCT skenery využívají rentgenové záření ve tvaru kužele nebo pyramidy (cone-beam) a velkoplošné detektory. MSCT jednou rotací kolem pacienta udělá jeden řez, musí tedy kolem pacienta pro zachycení objemu rotovat mnohokrát. U CBCT systému stačí jedna rotace 180°, 360°, popřípadě 270°. Velikost objemu závisí na velikosti detektoru a vzdálenosti mezi rentgenkou a detektorem. Základní výhodou CBCT oproti MSCT je výrazně nižší dávka záření, a tedy větší bezpečnost pacienta. Dalšími výhodami

je jednoduchost nastavení, krátká doba expozice, cenová dostupnost, podstatně lepší rozlišení ve tvrdých tkáních, méně artefaktů a zobrazení více detailů. Nevýhodou oproti spirálnímu CT je neschopnost kvalitně zobrazit měkké tkáně. První CBCT systém pro dentální použití na světě (NewTom 9000) byl představen v Itálii v roce 1996. Současné CBCT systémy jsou určeny zejména pro čelistní chirurgii, implantologii, endodoncií a ortodoncií. Nové využití nacházejí také v ORL, v chirurgii hlavy a krku, v ortopedii a ve veterinární medicíně. Systémy se liší také velikostí detektoru FOV (field of view neboli velikost zobrazovacího pole). U cone-beam systémů se jedná o rozměr kužele, resp. válce vyzařovaných rentgenových paprsků, tedy průměr a výšku. Například pro zachycení celé čelisti dospělého pacienta je potřeba průměr FOV okolo 11 cm.

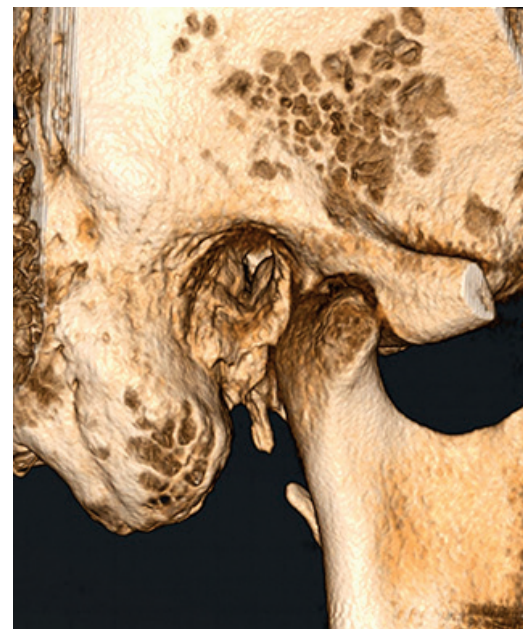
FOV nedefinuje rozměr senzoru pro CBCT vyšetření. Ten je ve většině případů o cca 30 % větší než parametr FOV. Hodnota FOV do značné míry určuje využitelný rozsah diagnostických možností přístroje. Např. u velikosti FOV 11x8 lze díky průměru 11 cm zachytit celou čelist (bez TMK) u dospělého muže a zůstává i malý prostor pro chybu v polohování pacienta, což urychlí práci. Výška objemu 8 cm je dostatečná na zachycení obou čelistí. Výška 5 cm je dostatečná pro jednu čelist (na výšku). FOV s průměrem 15 cm zachytí s potřebnou rezervou čelisti i s klouby. Základní kategorie přístrojů, které jsou dnes ve stomatologické praxi k dispozici, jsou 2D systémy (ortopantomogram neboli OPG), dále přístroje CBCT a nejdůležitější kategorií jsou hybridní (OPG a CBCT) zobrazovací systémy, které kombinují 2D a 3D zobrazování tak, aby pro základní vyšetření bylo možné pořizovat 2D snímky s minimální radiací zátěží a pro specifické potřeby, například v implantologii či ortodoncií, využít 3D funkce přístroje.

## Použití CBCT rentgenu

Značné nároky na zobrazovací technologie panují v zubním lékařství, kde se zobrazení pomocí CBCT rentgenu stává součástí běžné praxe. Obecným trendem je minimalizovat invazivitu zubních výkonů a eliminovat fyzickou a psychickou zátěž pacienta. Informace získané CBCT vyšetřením bývají naprosto klíčové pro úspěch a bezpečnost zubních výkonů.

V moderní stomatologické praxi se zhotovení 3D rentgenových snímků používá především v implantologii a při chirurgické extrakci zubů moudrosti nebo zubů neprořezaných do úst. Dále nachází uplatnění při endodontickém ošetření, protože CBCT umožní detailně zobrazit často velmi složité prostorové uspořádání kořenových kanálků – ukáže anatomii vnitřního prostoru zubu, počet a průběh jednotlivých kořenových kanálků, přítomnost resorpce či perforace. V parodontologii CBCT poskytuje cenné informace o rozsahu poškození kosti v okolí zubů, včetně přesné lokalizace postižení. Zhotovení 3D snímku je vhodné také při diagnostice cizích těles, nádorů, k odhalení onemocnění čelistního kloubu a využívá ho také forenzní stomatologie.

CBCT slouží pro upřesnění diagnózy u mnoha patologických stavů. V ortodoncií se využívá zejména



pro upřesnění umístění retinovaných zubů, odkrytí přítomnosti ankylozy či resorpce kořenů nebo pro upřesnění kvality a kvantity kosti u parodontologických pacientů. Významnou část pacientů tvoří jedinci s vrozenými obličejovými vadami – mezičelistními anomáliemi, obličejovými rozštěpy či hemifaciální mikrosemií. Vzhledem k relativně vysoké radiční dávce nelze CBCT používat u všech pacientů, obzvláště ne u dětí.

## Zpracování dat

Výstupem vyšetření CBCT rentgenem jsou volumetrická data, z nichž lze generovat tři druhy zobrazení – řezy (tomogramy), sumační snímky (zonogramy) a 3D rekonstrukce. Záleží pak na lékaři, jak výsledná data zpracuje. Základní stavební jednotkou volumetrických dat je voxel (ve 2D pixel), který definuje rozlišení snímku. Čím je voxel menší, tím tenčí řezy lze zobrazovat. Barva voxelu, což je odstín na škále šedé, prezentuje hustotu tkáně. Počet odstínů šedé, které je přístroj schopen zachytit, určuje tzv. bitová hloubka. Tento parametr hraje podstatnou roli u detailních snímků, kde je nezbytné sledovat malé oblasti s výraznějším zvětšením. Vyšší bitová hloubka obrazu dokáže znázornit mnohem větší počet odstínů šedé a zpřesnit tak zobrazení jemných malých struktur. Například 16bitová hloubka dokáže zobrazit 65 536 odstínů šedé. Pro reálné využití dynamického rozsahu senzoru je nutné používat kvalitní monitor, nejlépe s možností kalibrace.

Pro získání kvalitních dat je důležitý komfort pacienta při vyšetřování tak, aby byl při skenování ve stabilizované poloze. Přístroje umožňují snímání pacienta vleže, vstoje či vsedě. Dostatečná fixace pacienta v průběhu vyšetření CBCT přístrojem vede k výrazně lepším výsledkům.

Markéta Mikšová  
Foto: archiv MUDr. Tichého





### **NewTom GiANO**

Komplexní 2D/3D systém s plnohodnotnou modularitou. Vhodný systém pro multidisciplinární pracoviště s nejvyššími nároky na bezpečnost, kvalitu a spolehlivost.

### **NewTom GO 3D**

Nejnovější systém s technologií SafeBeam, multifokálním OPG a velkým FOV za nejlepší cenu na trhu. Nejkompaktnější přístroj ve své třídě nabízí špičkovou kvalitu a diagnostickou hodnotu.

### **NewTom 5G XL**

Jediné CBCT na trhu s polohou pacienta v leže. V kombinaci s ultramoderní technologií dosahuje nepřekonatelných výsledků v oblasti hlavy a krku a otevírá i možnosti vyšetření končetin.

### **NewTom VGi EVO**

Ultimativní CBCT systém s nejlepší obrazovou kvalitou na trhu, technologií SafeBeam, Sharp2D, cineX a velkým FOV určený pro špičková centra a kliniky.



Díky nejdelším zkušenostem ve vývoji a výrobě CBCT technologií si nyní můžete zvolit ten nejlepší systém i Vy. >>> [www.newtom.cz](http://www.newtom.cz)



Dodavatel špičkových zobrazovacích technologií pro ČR a SR



Platforma pro vzdělávání v oblasti zobrazovacích technologií



Koncept plně digitální ordinace



Systém komplexní podpory pro řízenou implantologii





# Zemřel prof. Miloslav Kršiak

S hlubokou bolestí v srdci jsme přijali smutnou zprávu, že dne 28. srpna 2016 zemřel vynikající český farmakolog, vědec a vysokoškolský učitel prof. MUDr. Miloslav Kršiak, DrSc., FCMA, emeritní přednosta Ústavu farmakologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.



Profesor Kršiak byl také několik let členem redakční rady Zdravotnických novin, nyní měsíčníku Zdravotnictví a medicína. Narodil se 7. května 1939 v Bratislavě. V letech 1956–1962 studoval Fakultu dětského lékařství Univerzity Karlovy v Praze. V roce 1966 obhájil titul kandidát lékařských věd ve Farmakologickém ústavu ČSAV. V roce 1982

získal titul doktor lékařských věd. V roce 1988 byl jmenován docentem a v roce 1993 profesorem pro obor farmakologie. Jeho odborný růst vynikajícím způsobem podpořil pobyt (Postdoctoral Fellow) na Department of Pharmacology, University College v Londýně v letech 1967–1969. Poté, od roku 1969 až do roku 1991, pracoval jako vědecký pracovník ve Farmakologickém ústavu ČSAV v Praze. V roce 1991

se stal přednostou Ústavu farmakologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Spoluautor patentů a organizátor vědy

Doménou vědecké činnosti profesora Kršiaka byla behaviorální farmakologie. Patří v tomto oboru k nejcitovanějším farmakologům. V posledních letech se významně věnoval studiu bolesti. Byl zakládajícím členem časopisu *Bolest* (v roce 1997) a prvním zástupcem šéfredaktora tohoto časopisu. Významně přispěl do dvou monografií *Bolest* (v letech 2006 a 2012). Jeho práce byly publikovány ve vysoce impaktovaných časopisech a hojně citovány. Vedle své vědecké a pedagogické činnosti se věnoval i výchově postgraduálních studentů.

Byl rovněž spoluautorem některých významných patentů a podílel se na přípravě léků, které se dosud používají. Účastnil se rovněž organizace vědy v České republice. V roce 2004 se stal zakládajícím členem České lékařské akademie (ČLA), od roku 2010 byl členem její rady a v letech 2010–2013 zastával funkci jejího místopředsedy. Byl dlouholetým členem výboru

České společnosti experimentální a klinické farmakologie a toxikologie ČLS JEP a několik let jejím předsedou; později byl čestným členem. Stejně tak byl čestným členem České neuropsychofarmakologické společnosti.

Byl členem významných mezinárodních společností a získal mnohá významná ocenění, mezi něž patří Medaile České lékařské společnosti J. E. Purkyně, Medaile Fakulty dětského lékařství UK, Medaile 3. LF UK a Medaile UK. Mimořádně významná byla jeho činnost ve dvou výzkumných záměrech 3. LF UK, v nichž strávil 13 let. V poslední době pracoval ve vědeckém projektu Prvok P34.

Kromě vynikající vědecké, pedagogické a další odborné činnosti byl Miloslav Kršiak především skvělý člověk, naprosto spolehlivý a vždy férový. Každému rád pomohl. Jeho ztráta je nenahraditelná, ale zanechal za sebou hlubokou stopu. Ti, kteří ho znali, na něj nikdy nezapomenou a jistě se budou řídit jeho příkladem.

prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., FCMA,  
prezident České lékařské akademie

Inzerce M161000618

a...

Česká  
alzheimerovská  
společnost

Vstupenky v prodeji  
na [www.smikof.cz](http://www.smikof.cz)

## Benefiční cyklus koncertů Smíchovské komorní filharmonie

Oslava výročí Karla IV.

Wolfgang Amadeus Mozart, Korunovační mše a další

Smíchovská komorní filharmonie

Dirigent / Josef Vondráček, Ženský pěvecký sbor Pedagogické  
fakulty Univerzity Karlovy, Sbormistr / Jana Veverková

Solisté

Ladislava Vondráčková / cembalo, Lucie Silkenová / soprán,  
Michaela Kapustová / alt, Václav Lemberk / tenor, Jan Morávek / bas

1. listopadu 2016 v 19:00 hodin / Velký sál, Slovanský dům

Na Příkopě 22, Praha 1



Výtěžek z koncertu bude věnován České alzheimerovské společnosti  
[www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz)



# Předplatte si týdeník Euro

na rok za 1690 Kč a **získejte zároveň elektronické předplatné – Euro do mobilu, počítače či tabletu ZDARMA.**



**elektronická verze ZDARMA**

**Předplatte si bezpečně e-mailem**

Zašlete e-mail na adresu:  
**mladafronta@predplatne.cz**  
a uveďte své jméno a doručovací adresu.  
Do předmětu napište kód EURO ZM16.

**Volejte zdarma 800 248 248**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a uveďte kód EURO ZM16.  
Předplatit si můžete také online na našich stránkách:  
**<http://www.mf.cz/produkty/euro/>**

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 nejpozději do 6 týdnů od uhrazení předplatného. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu 12 měsíců ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce 12 měsíců, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku dává předplatitel 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 tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. 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 kdykoliv 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 pochybnosti o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz).

Platnost akce do 31. 12. 2016

**euro°**





## Výběrové řízení

### odborný/-á asistent/-ka

Děkan Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovní pozice (na úvazek o,1):

- **odborný/-á asistent/-ka  
Kliniky pneumologie  
a ftizeologie LF UK  
a FN Plzeň**

#### Požadujeme:

Absolvovaný interní kmen podmínkou, specializace v oboru vítána, znalost anglického jazyka, předpoklady vědecké a pedagogické. K přihlášce je nutné přiložit: doklady o VŠ vzdělání, doklady o odborné kvalifikaci a délce praxe v oboru, profesní životopis, přehled publikační a přednáškové činnosti.

Přihlášky do výběrového řízení se přijímají 30 dnů od zveřejnění v hromadném sdělovacím prostředku a na úřední desce fakulty, a to na osobním a mzdovém oddělení děkanátu Lékařské fakulty v Plzni, Husova 3, 306 05 Plzeň.

Zároveň s podáním přihlášky v tištěné podobě zašlete naskenované podklady v elektronické podobě na adresu: spisovka@lfp.cuni.cz, do předmětu uveďte: VR OA Pneumologie.

Všechny dodané materiály musí být v českém jazyce.

M161000775

## Volná místa

### Lékař/lékařka

Nemocnice Tábor, a. s., přijme do pracovního poměru:

- **lékaře/lékařku  
pro chirurgické oddělení**
- **lékaře/lékařku  
pro radiologické oddělení**

#### Požadujeme:

Specializovaná způsobilost či zařazení v oboru vítáno.

Vhodné i pro absolventy VŠ.

#### Nabízíme:

Plný pracovní úvazek, pracovní poměr na dobu určitou s výhledem na trvalý pracovní poměr, výhodné mzdové ohodnocení, plně hrazená specializační příprava, v případě potřeby možnost ubytování na ubytovně Nemocnice Tábor.

Nástup ihned, popřípadě podle dohody.

Nemocnice Tábor, a. s., má akreditaci pro vzdělávání lékařů v oboru Chirurgie II. stupně a v oboru Radiologie a zobrazovací metody II. stupně.

#### Kontakt:

tel.: 381 605 100, 733 598 971  
e-mail: zdenek.valasek@nemta.cz  
tel.: 381 607 200, 777 169 916  
e-mail: gabor.gyure@nemta.cz

M161000753

### Lékař/lékařka

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p. o., přijme do pracovního poměru pro akreditované pracoviště oddělení zobrazovacích metod:

- **lékaře/-ku pro RDC**

#### Nabízíme:

Práci na moderně vybaveném pracovišti, výborné platové podmínky, možnost odborného růstu, dodatkovou dovolenou, možnost ubytování, firemní školku. Na pracovišti je CT64, 2x UZ s celou škálou vyšetření, intervence včetně PTA, MG diagnostika včetně screeningu. Ve výhledu MR.

Nástup možný ihned, popřípadě je možné udělení náborového příspěvku při nástupu.

#### Kontakt:

tel.: 554 690 144, 554 690 137

e-mail: pavlak.ivan@szzkrnov.cz,  
vasickova.marta@szzkrnov.cz  
www.szzkrnov.cz

M161000755

### Gynekolog / zástupce primáře

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p. o., přijme do pracovního poměru na funkční místo zástupce primáře gynekologicko-porodnického oddělení:

- **lékaře gynekologa  
se specializovanou  
způsobilostí**

#### Nabízíme:

Práci na moderně vybaveném pracovišti, nadstandardní platové podmínky, možnost odborného růstu, získání ubytování (ubytovna, byt), firemní školku.

Nástup možný ihned, popřípadě je možné udělení náborového příspěvku při nástupu.

#### Kontakt:

tel.: 554 690 144, 554 690 137  
e-mail: pavlak.ivan@szzkrnov.cz,  
vasickova.marta@szzkrnov.cz  
www.szzkrnov.cz

M161000756

### Lékař/lékařka

Odborný léčebný ústav Jevíčko přijme:

- **lékaře/-ku na oddělení  
pneumologie a léčby TBC**

#### Požadujeme:

Atestace výhodou, zájem o pneumologii podmínkou.

#### Nabízíme:

Nadstandardní platové podmínky (podle praxe 55–75 tis. Kč včetně tří služeb v měsíci), zaměstnanecké benefity, ubytování nebo byt, krásné prostředí.

Nástup dle dohody.

#### Kontakt:

tel.: 461 550 712, 777 142 209

e-mail: lenka.smekalova@seznam.cz  
www.olujevicko.cz

M161000770

### Lékař

Nemocnice Kadaň, s. r. o., hledá:

- **lékaře pro obory chirurgie,  
ortopedie, pediatrie a ARO**

#### Nabízíme:

Uplatnění i pro absolventy. Všechna pracoviště mají akreditaci pro další vzdělávání lékařů. Garantujeme a plně hradíme veškeré náklady dalšího vzdělávání bez nut-

nosti uzavřít jakoukoli dohodu o závazku. Dobré platové podmínky, smluvní mzda. Garantujeme vždy vyšší mzdu, než jsou tzv. tabulkové platy. Ubytování na ubytovně nemocnice zdarma, v kompletně vybavených pokojích. Možnost získání bytu. Zaměstnanec- ké výhody, příspěvek na důchodové připojištění, příspěvek na stravování, možnost zaměstnaneckých půjček. Náborový příspěvek až do výše 100 000 Kč.

#### Kontakt:

tel.: 474 944 239  
e-mail: masek@nemkadan.cz

M161000776



Nemocnice Na Bulovce přijme **sekundárního lékaře na Klinikou plastické chirurgie** s atestací z plastické chirurgie nebo minimálně se základním kmenem chirurgie s vážným zájmem o obor.

CV s motivačním dopisem zasílejte do 30. 11. 2016 na e-mail: [jana.matejovska@bulovka.cz](mailto:jana.matejovska@bulovka.cz)

Inzerce M161000751

Inzerce M161000750

**AquaKlim, s.r.o.** vyhláší výběrové řízení na pozici:

### Lékař/lékař

**léčebně-rehabilitačního úseku  
Sanatorií Klimkovice** (v blízkosti Ostravy)

#### Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
- specializovanou způsobilost v oborech **neurologie** nebo **RFM (FBLR)**,
- způsobilost dle zák. č. 95/2004,
- schopnost aktivního, samostatného jednání
- pracovitost, spolehlivost a odpovědnost
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost

#### Nabízíme:

- zájem velké a stabilní společnosti
- jednosměnný provoz
- příspěvek na penzijní připojištění
- možnost ubytování nebo přidělení služebního bytu v blízkosti místa výkonu práce
- mzdu 65 000 – 85 000 Kč
- další zaměstnanecké benefity
- podporu odborného růstu a dalšího vzdělávání
- možnost uplatňovat a rozvíjet vlastní nápady
- nástup možný ihned nebo podle dohody

Strukturované životopisy zasílejte na email: [kariera@sanklim.cz](mailto:kariera@sanklim.cz), telefon: 556 422 122.



Ilustrační foto: Shutterstock



AquaKlim, s.r.o.

vyhlašuje výběrové řízení na pozici:

SANATORIA KLIMKOVICE

**Primář/primárka**léčebně-rehabilitačního úseku Sanatorií Klimkovice  
(v blízkosti Ostravy) **pro práci na dětské léčebně****Požadujeme:**

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
- specializovanou způsobilost v oborech **neurologie** nebo **RFM (FBLR)**,
- odbornou způsobilost dle zák. č. 95/2004,
- velmi dobré organizační a řídicí schopnosti,
- komunikační schopnost,
- schopnost koordinace týmové práce, aktivního, samostatného jednání,
- vstřícné chování a vystupování, pracovitost, spolehlivost a odpovědnost.

**Nabízíme:**

- zázemí velké a stabilní společnosti,
- jednosměnný provoz,
- zaměstnanecké benefity (automobil, telefon, 5 týdnů dovolené,...),
- možnost ubytování nebo přidělení služebního bytu
- nadstandardní finanční ohodnocení,
- podporu odborného růstu a dalšího vzdělávání,
- možnost uplatňovat a rozvíjet vlastní nápady,
- nástup možný ihned nebo podle dohody.

Strukturované životopisy zasílejte:  
na email: [kariera@sanklim.cz](mailto:kariera@sanklim.cz), telefon: 556 422 122.

Inzerce M161000749

**Nemocnice  
Hustopeče, p. o.,**  
Brněnská 716/41,  
693 01 Hustopeče,**přijme:**

- lékaře pro interní oddělení
- lékaře pro interní všeobecnou ambulanci
- zástupce primáře interního oddělení

**Nabízíme:**

- dobrý pracovní kolektiv
- dobré platové podmínky
- možnost vzdělávání a osobního růstu
- interní oddělení disponuje akreditací pro další vzdělávání

Informace:  
tel. 519 407 350,  
e-mail:  
[pam@nemocnicehustopece.cz](mailto:pam@nemocnicehustopece.cz)

Inzerce M161000725

Inzerce M161000601

**ROZŠÍŘUJEME NÁŠ TÝM!**

- Všeobecná sestra - Odd. endoskopie
- Všeobecná sestra - Dialyzační oddělení
- Všeobecná sestra - JIP
- Všeobecná sestra - Lůžkové oddělení
- Všeobecná sestra - Operační sály
- Zdravotnický záchranář
- Zdravotnický asistent

[www.kariera.ikem.cz](http://www.kariera.ikem.cz)

**Personální inzerce  
do časopisu  
Zdravotnictví a medicína  
je přijímána e-mailem:  
[personalni.inzerce@mf.cz](mailto:personalni.inzerce@mf.cz)  
nebo telefonicky na tel.:**  
**225 276 380**

# Jak a proč kombinovat antidiabetika

*Další ze vzdělávacích symposií Postgraduální akademie divize Medical Services Mladé fronty se zaměřilo na kombinovanou léčbu diabetu mellitu.*

Seminář se konal 10. října v kongresových prostorách pražské Žižkovské televizní věže. Symposium podpořily společnosti Lilly, Novo Nordisk, Boehringer Ingelheim a Sanofi Diabetes.

Výhody kombinované léčby

Doporučení pro léčbu diabetu 2. typu (DM2) zdůrazňují dosažení individuálních cílových hodnot kompenzace efektivní a bezpečnou terapií. Včasná

kombinace antidiabetik včetně inzulínu podle možností a potřeby pacienta je často nezbytná. Při kombinované antidiabetické terapii se využívá komplementárního mechanismu účinku léků, které zasahují přímo do patofyziologie onemocnění. Výhodou včasné kombinované terapie je dřívější dosažení terapeutických cílů, možné snížení rizika vedlejších účinků vysokých dávek podávaných při monoterapii, komplementární účinek antidiabetik a potenciál snížení rizika onemocnění.

**Příspěvky odborníků**

Přednášející se zaměřili na důležité aspekty léčby DM2 s ohledem na kombinace jednotlivých antidiabetik. Cíle a strategie léčby DM2 představila MUDr. Alena Adamíková, Ph.D., z Diabetologického centra Krajské nemocnice Tomáše Bati, a. s., ve Zlíně. MUDr. Jindřich Olšovský, Ph.D., se dále věnoval kombinacím inzulínu a gliflozinů, MUDr. Eva Račická fixním kombinacím perorálních antidiabetik. Prof. MUDr. Martin Haluzík, Ph.D., z Kliniky diabetologie a Centra experimentální medicíny IKEM a Endokrinologického ústavu v Praze se zabýval kombinacemi inzulínu a inkretinů. O postavení intenzifikované inzulínové léčby v terapii DM2 hovořila MUDr. Marcela Szabó, na význam individualizace

MUDr. Alena Adamíková, Ph.D., představila cíle a strategie léčby diabetu mellitu 2. typu  
Foto: Jana Schrammová

Postgraduální akademie

Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína, Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání. Více informací o dalších akcích naleznete na stránkách: [www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

cílových hodnot při inzulínoterapii pak poukázal MUDr. Jan Škrha, jr.

**Křest nové knihy**

V rámci symposia byla pokřtěna další publikace z edice Postgraduální medicíny Mladé fronty „Kombinovaná antidiabetická terapie s inzulínem při diabetes mellitus 2. typu“.

Kniha vychází z praktických zkušeností diabetologů, kteří pracují jak v ambulancích, tak na nemocničních odděleních, jež řeší akutní i pozdní diabetické komplikace. (red)

Inzerce M161000757/M161000779



# Staňte se sestrou roku! Vyhrajte hodnotné ceny!

Mladá fronta a. s., divize Medical Services a měsíčník  
Zdravotnictví a medicína vyhlašují 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](http://www.sestraroku.cz)

## Jak se přihlásit?

- vyplněním přihlášky na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)
- zasláním přihlášky e-mailem na adresu [sestraroku@mf.cz](mailto: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