



ZDRAVOTNICTVÍ

MEDICÍNA

mf
MLADÁ FRONTA

7-8/2016

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 1. 8. 2016



Ženy na svůj ideální lék zatím čekají. (více viz str. 40)

EDITORIAL / Z DOMOVA

Střídání stráží

Čas běží jako jelen. V prosinci to bude 12 let, kdy jsem zasedla do šéfredaktorského křesla týdeníku Zdravotnické noviny – dnes měsíčníku Zdravotnictví a medicína. Nadešla chvíle, kdy bych ráda trochu „ubrala páry“, proto mi dovoluňte představit vám svoji nástupkyni, novou šéfredaktorku Petru Klusákovou.

Petra je ostřílená redaktorka, která se ve zdravotnické problematice vyzná. Vlastně je v naší redakci služebně nejstarší, neboť v ní působila ještě v době, kdy v čele novin stál Tomáš Cíkr, na což si mnozí z vás jistě pamatují. Petra má všechny předpoklady pro to, aby bezpečně plula rozbouřenými vodami našeho zdravotnictví a prostřednictvím stránek našeho časopisu vám přinášela zajímavé informace. Časopis jí tedy světuji s lehkým srdcem a přeji hodně zdaru a výdrží.

Na postu ministra zdravotnictví dochází k střídání stráží mnohem častěji. Zdravotnické noviny jsem převzala v roce 2004, v té době tomuto resortu kralovala Milada Emmerová a ve funkci setrvala 1 rok. Na necelý rok ji vystřídal David Rath, pak nastoupil Tomáš Julínek, který vydržel 2,5 roku. Daniela Filipiová ministerstvo řídila přes 3 měsíce a Dana Jurásková něco přes rok. Rekord zatím drží Leoš Heger, který v ministerském křesle vydržel přesně 3 roky. Poté byl 7 měsíců ministrem Martin Holcát a koncem ledna 2014 se šéfem resortu stal Svatopluk Němeček. Ijemu přeji výdrží. Ráda bych poděkovala všem našim předplatitelům. Děkuji všem ředitelům nemocnic a jejich náměstkům, především

pro ošetrovatelskou péči, za dobrou spolupráci. Speciální dík patří bývalému i nynějšímu předsedovi České lékařské společnosti J. E. Purkyně, profesorům Jaroslavu Blahovi a Štěpánu Svačinovi a jejich sekretariátům za výraznou pomoc. Chci poděkovat také prezidentovi České lékařské komory

Milanu Kubkovi a jeho spolupracovníkům a prezidentovi České lékárnické komory Lubomíru Chudobovi i jeho předchůdci Stanislavu Havlíčkovi. Velký dík patří bývalému děkanovi 1. LF UK, dnes rektorovi Univerzity Karlovy, profesorovi Tomáši Zimovi, že si i přes obrovské vytížení najde čas zúčastnit se zasedání redakční rady Zdravotnictví a medicína. Za spolupráci děkuji děkanovi 1. LF UK prof. Aleksi

Šedovi i děkanům ostatních lékařských fakult, odborným společenstvem ČLS JEP, dále všem lékařům a sestřím, kteří se autorsky podílejí na tvorbě časopisu, a mnoha dalším zajímavým osobnostem, s nimiž jsem měla tu čest se za tu dobu potkat. Svému redakčnímu kolektivu děkuji za příjemnou spolupráci, díky níž jsem mohla práci povýšit na konička a každé ráno se do redakce těšit. Opravdu bych každému šéfovi přála, aby měl kolem sebe takovou partu nadaných, pracovitých, zodpovědných a empatických kolegů se smyslem pro humor. S časopisem se ale úplně neloučím. V redakci zůstávám a budu zabezpečovat některé rubriky, především ošetrovatelskou sekci.

S úctou,

Markéta Mikšová



Vážení a milí čtenáři,

poprvé vás zdravím jako nová šéfredaktorka časopisu Zdravotnictví a medicína. Řeknete si „zase změna“. Stav, který je v poslední době v systému zdravotnictví považován za neblahý. Z ministerstva zdravotnictví zaznívá, že není žádoucí provádět velké změny, a resort volá po legislativním tichu, protože je třeba především vytvořit prostor, v němž budou moci zdravotníci léčit. Každému, kdo zdravotnictví pozorněji sleduje, je jasné, že jde o proklamaci veskrze nemožnou. Změna je, děje se stále.

Ať už je efektivní nebo ničivá, ať vychází z politického zadání pod tlakem nebo z praxe, ať je motivována penězi nebo vědeckým poznáním (a penězi), ať je nahlas vytrubována jako potřebná nebo je účelově nenápadná, je pro nás novináře vždy impulsem, je naší pracovní mantrou. V časopise Zdravotnictví a medicína se snažíme pro vás tyto změny objektivně zaznamenat a napomáhat vám utvářet si na věc fundovaný názor.

Změna nás živí (mimo jiné), takže se jako tištěné médium musíme vyrovnávat s pohyby na mediálním trhu. Jako součást medicínské divize Medical Services těžíme ze síly vydavatelství Mladá fronta, a. s., zároveň v rámci divize budeme do budoucna tvořit stále silnější zpravodajský most mezi odbornými konferencemi, semináři a sympozii, které pro naše čtenáře a další odborníky ve zdravotnictví Medical Services pořádá. Zmíním jen konferenci Zdravot-

nictví 2017, která si za poslední tři roky vybudovala postavení jedné z nejpřesvědčivějších akcí s širokým politickým, ekonomickým a medicínsky odborným záběrem.

Zároveň mediálně podporujeme naše knižní edice Aeskulap a Postgraduální medicíny a nadále vás chceme informovat o všech nově vydaných odborných publikacích. Chystanou novinkou budou pravidelné rozhovory s autory medicínských knih, možná i vy se v budoucnu stanete jedním z nich.

Od srpna vás také potěšíme novou podobou newsletteru – každodenního přehledu nejnovějších zpráv, jehož vzhled jsme i na váš požadavek vylepšili. A ti z vás, kteří jej neodebírají, se pro odběr novinek mohou zaregistrovat na www.zdravi.euro.cz vpravo dole na odkazu „Zaslání novinek“. I webové stránky ještě letos doznají řady uživatelsky příjemných změn, jednou ze zásadních a z našeho pohledu velmi atraktivní budou video rozhovory s předními osobnostmi ve zdravotnictví.

Velmi se na naše příští společné projekty těším. Ať už půjde o zpravodajské texty nebo rozhovory o vaší práci, o setkání či vaši aktivní účast na našich odborných a vzdělávacích akcích, o zpracování a propagaci vaší odborné publikace.

Pokud svůj čas věnujete našemu časopisu, bude mi ctí.

Vaše Petra Klusáková



Lékařských úvazků v ČR stále přibývá

Počty zdravotníků se oproti loňskému roku zatím dramaticky nepropadají, počet lékařů je stabilizovaný, a v některých regionech dokonce rostou počty lékařských úvazků. Negativním trendem je odchod sester z akutní do ambulantní sféry, uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček nad daty ÚZIS.

Mzdy i platy v českém zdravotnictví se zvyšují – nejvíce u lékařů, meziročně v průměru o 7–8 %. Tyto informace vyplývají z historicky prvního komplexního přehledu dat, která do Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) v elektronické podobě zaslala česká zdravotnická zařízení. „S daty o zdravotnickém personálu to dosud bylo jako se sněžným mužem. Všichni o nich mluvili, ale nikdo je nikdy neviděl. To se teď zásadně mění,“ uvedl v nadšence ministr Němeček. Statistické zjišťování na ÚZIS probíhá již dva roky plně elektronicky. V roce 2015 byl sběr poprvé zcela pod kontrolou ÚZIS, kte-

řý využíval vlastní software, čímž došlo k odbourání velkého množství zbytečných výkazů. Hlavní výhodou nového sběru výkazů je jednoduchost a tím i vysoká návratnost dat. Ze statistik vyplývá, že počty úvazků v českém zdravotnictví se zvyšují. Celkem u nás pracují zaměstnanci na 212 720 přepočtených úvazků, což je zhruba o 3 tisíce více než v roce 2014.

Platy a mzdy rostou

Lékařských úvazků v nemocnicích je přibližně o 400 více než v loňském roce, v ambulancích pak přibližně o 200. U sesterských úvazků nadále tr-



vá zásadní úbytek v lůžkových zařízeních, v loňském roce změnilo směnný provoz v akut-

ní péči za klidnější práci v ambulanci přes 650 sester. Mezi kraji však existují značné roz-

díly, a to jak v přechodu mezi typy zařízení, tak i v platech a mzdách. MZ nyní regionální čísla detailně studuje a připraví podrobné zprávy pro jednotlivé krajské úřady.

Odměny lékařů i sester a porodních asistentek rostou. Jak ale ministerstvo upozorňuje, stále se zvětšuje rozdíl v odměňování mezi nestátním a státním sektorem. „V roce 2015 činil průměrný plat lékaře ve státní organizaci 66 373 korun, v nestátním zařízení 58 828 korun. Sestry pak braly průměrně 30 866 korun ve státním a 25 434 korun v nestátním zařízení,“ vypočetl ředitel ÚZIS Ladislav Dušek, který dále uvedl, že jeho úřad ve spolupráci s Českou lékařskou komorou nyní provede také analýzu věkové struktury českých zdravotníků. (klu)

Uřvané protony

Protonová léčba se stala standardní součástí českého zdravotnictví. Bude ale poznamenána způsobem, jímž toho Protonové centrum dosáhlo.

„Dal jsem mu Kámasútru, aby mu bylo jasné, že i po osvětlení prostaty protonem mu vercajk bude fungovat,“ říká lékař v modré kšiltovce jakési ženě, zatímco Ruda Pivrnec spokojeně leží na lůžku ozařovacího přístroje a čte si. Tento výjev kreslíře Petra Urbana se loni objevil na pivních táčcích v mnoha českých hospodách a jednalo se o reklamu pražského Protonového centra.

Nešlo o jediný marketingový exces supersofistikovaného zdravotnického zařízení, které začalo jako odvážná investice s korupčním stínem a málem skončilo jako jeden z největších bankrotů českého zdravotnictví. Plakáty, které protonovou léčbu agresivně prodávaly jako lék prakticky na jakýkoli nádor. Rozhlasové spo-



Martin Čaban

ty obviňující VZP, že odpírá lidem v Česku nejučinnější léčbu. Ostudné marketingové ždímání pětiletého Brita Ashyi Kinga a jeho zoufalých rodičů.

To všechno a mnoho dalšího se odehrávalo na pozadí úporné bitvy PTC o platnost nestandardní smlouvy o smlouvě budoucí, kterou v roce 2006 za VZP uzavřel s Protonovým centrem tehdejší nucený správce pojišťovny Antonín Pečenka. Ten pár dní po podpisu smlouvy do PTC nastoupil a několik let tam pracoval.

Fakticky před krachem

Dnes se otevírá šance, aby se situace kolem prosklené budovy na pražské Bulovce zklidnila. VZP uzavřela s PTC normální smlouvu a obě strany slíbily ukončit své

soudní spory. Protonovou léčbu budou indikovat komplexní onkologická centra, nikoli samo PTC, takže by měla být využívána účelně a ne v duchu zběsilých marketingových strategií. Současně se konečně jasně ukázalo, že kromě podnikatelské dravosti, která nezná etické meze, bylo za dryáčnickým marketingem také čiré zoufalství. Podle účetní závěrky vygenerovalo centrum v roce 2014 ztrátu přes půl miliardy korun. Vzhledem k tomu, že kumulovaná ztráta za celou existenci firmy činí necelých 600 milionů, lze předpokládat, že v roce 2014 se začala hlásit o své peníze rakouská banka Erste, která vzniku PTC pomohla půjčkou kolem čtyř miliard korun. Protonové centrum tedy bylo fakticky před krachem (a Erste před odpisem nějakých tří miliard). Za tak tragické situace a bez smlouvy s největší zdravotní pojišťovnou



Foto: archiv PTC

se dá pochopit snaha lákat bonitní klienty za každou, ale opravdu každou cenu. Pochopit ano, omluvit ne.

Potřeba štábní kultury

Je nepochybně žádoucí, aby do českého zdravotnictví pronikaly nové sofistikované technologie a po řádném prověření zaujímaly své místo v systému poskytování péče. Je ale také potřeba, aby tento proces měl nějakou štábní kulturu, jinak je v sázce důvěryhodnost. Metody i poskytovatelů. Právě tato podmínka v případě protonové terapie nebyla splněna. PTC se do systému bez nad-

sázky prořvalo (agresivní řev postupně vystřídal řev zoufalství), a i když se bude VZP dušovat, že standardně uzavřela standardní smlouvu, nikdy se nezbaví stínu podezření, že jí prostě nakonec přišlo hloupé nechat Protonové centrum zavřít a spadnout. A Protonovému centru bude zase těžké zapomenout, jak lhalo a mlžilo ve svých kampaních. Onkologičtí pacienti mu to jistě odpustí, pokud jim léčba pomůže, ale v systému českého zdravotnictví se za protony ještě pár let potáhne odpudivý odér.

Autor je komentátorem deníku E15

Inzerce M161000530

UZS
UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

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

MEDICAL SERVICES
mf
MLADÉ FRONTY

Zdravotnictví 2017

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

Akce se koná pod záštitou

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

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNER
ODBORNÉ SEKCE



PARTNER
KONFERENCE



VYSTAVOVATEL



HODINÁŘSTVÍ
STĚPÁNSKÁ 52, PRAHA 1, 224 214 349
www.hodinarstvi-bechyne.cz

Z DOMOVA

Kde vězí možnosti úspor ve zdravotnictví

Již posedmé se 9. a 10. června uskutečnila konference „Kvalita – Bezpečnost – Efektivita“ s podtitulem „Kde hledat úspory a přitom nesnížit kvalitu poskytované péče“. Zdravotnická zařízení se stále učí procesnímu řízení. Sociální sféru ovlivní nová úhrada péče. Obě oblasti péče volají po dlouhodobé a udržitelné koncepci.

Organizátorem konference byla společnost Hartmann-Rico. „Za jednu ze základních lidských hodnot považují zdraví a mám radost z práce pro společnost, jež podstatu své existence vidí v přinášení smysluplných řešení, která umožňují starat se o zdraví lépe a účinně jak z vašeho profesionálního pohledu, tak z pohledu laické veřejnosti,“ uvedl výkonný ředitel Hartmann-Rico Ing. Tomáš Groh.

Rizikové faktory

Vedle odborníků na problematiku právní odpovědnosti zdravotnických zařízení ve vztahu k poskytování zdravotní péče, roli krajů, nedostatku erudovaných odborníků či spory o úhrady zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb hovořil na konferenci také hlavní analytik týdeníku Euro Miroslav Zámečník. „České zdravotnictví je v mezinárodním srovnání vynikající v dostupnosti péče, excelentní medicínské úrovni některých oborů a ve srovnatelných parametrech podstatně levnější než například Velká Británie. Re-

zervy jsou ale v organizaci a koordinaci péče. V odhalování nemocí jsme jedni z nejlepších v Evropě, ale k léčení se pacient dostane klidně až po několika měsících,“ uvedl Miroslav Zámečník během své prezentace.

Atypická úhrada

Postavení poskytovatele sociální péče v systému veřejného zdravotního pojištění zhodnotila ředitelka odboru dohledu nad zdravotním pojištěním ministerstva zdravotnictví Helena Rögnerová. „Do smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou zde – zcela atypicky – nevstupuje poskytovatel zdravotních služeb. Péči v pobytových zařízeních sociálních služeb poskytují sestry odbornosti 913 (všeobecná sestra v sociálních službách), péče je hrazena výkonově dle Seznamu zdravotních výkonů a vykazuje se časový, materiálový a bonifikační výkon, přičemž ošetrovatelská péče je poskytována vždy po předchozí indikaci ošetroujícího lékaře,“ uvedla ředitelka Rögnerová s tím, že hodnota bodu trvale stoupá na současných 1,02

korun za bod v roce 2016. „Pro rok 2017 bylo předběžně dohodnuto dofinancování péče odbornosti 913 ve výši 250 milionů korun, a to formou navýšení režie, případně úpravy vybraných výkonů v seznamu,“ dodala ředitelka Rögnerová.

Sociální oblast čeká nový zákon

O přípravě tzv. změnového zákona – novely zákonů o sociálních službách, o zdravotních službách a o veřejném zdravotním pojištění – hovořil na konferenci prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb, Unie svazu zaměstnavatelů a Evropské asociace poskytovatelů dlouhodobé péče pro seniory Jiří Horecký. „Cílem zákona je jasné vymezení rolí ministerstva práce a sociálních věcí a ministerstva zdravotnictví v oblasti dlouhodobé péče. Stanovený termín pro předložení návrhu vládě je v září 2016, nabytí účinnosti se předpokládá v létě 2017,“ uvedl Jiří Horecký a dodal, že zákon stanovuje pro pojem sociálně-zdravotní péče jednotný výklad v předpisech upravujících

zdravotní služby a rozšiřuje péči v pobytových zařízeních sociálních služeb o sociálně-zdravotní péči na samostatném ošetrovatelském lůžku, které je provozováno v režimu lůžka dlouhodobé péče (dle zákona o zdravotních službách). Úhrada by měla probíhat formou paušálu za lůžko/den. Lůžka, která se do navrhovaného systému nepřeklopí, budou nadále pokračovat v rámci odbornosti 913. Stejně jako analytik Zámečník i prezident Horecký volá po udržitelné koncepci pro dlouhodobou péči.

Řízení operací na webu

Jedním z příkladů dobré krajské praxe je Kraj Vysočina. Tamní Strategii zdravotní péče představil na konferenci Michael Viereckel. Jednou ze základních premis kraje a potažmo i dokumentu je požadavek, aby zdravotnictví řešilo problémy občanů, ne jednotlivých nemocnic. Kraj chce dostupnou, kvalitní a ekonomicky stabilní péči v efektivní síti za současného rozvoje specializovaných pracovišť. Požadavky v dokumentu posuzuje dle současné-



Ilustraci foto: Shutterstock

ho stavu i s ohledem na budoucí demografický i medicínský vývoj. Vedle zachování akutní péče ve všech nemocnicích kraje, rozvoje jednodenní chirurgie i ambulancí je jednou ze zásad dobrého rozvoje nemocnic také optimalizace využití jejich operačních sálů.

Spolu s vyhodnocováním efektivity operačních výkonů tak lze lépe řídit část nákladů a výdajů nemocnic. „Mít efektivní operační provoz znamená sledovat jej a pravidelně jej také vyhodnocovat. Díky tomu je možné neustále provoz adaptovat na měnící se okolní podmínky, které ovlivňují efektivitu operačních zákroků,“ uvedl o aplikaci Operis, která slouží k řízení operačního provozu on-line ve webovém prostředí konzultant Hartmann Consulting Petr Doležal. Jak dodal, efektivní řízení operačního provozu znamená nejen snížení nákladů, zlepšení organizace práce a snížení počtu konfliktních situací, ale lepší se i tok materiálu a podpora jeho evidence a také predikce výnosů a nákladů na operace.

Petra Klusáková

Eva Gottvaldová bude řešit HIV a nemoci z klíšťat

Hlavní hygieničkou ČR, kterou pro její zásadní význam z hlediska ochrany veřejného zdraví jmenuje vláda, se k 15. 7. 2016 stala Mgr. Eva Gottvaldová.

Jak uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček při jejím uvedení do funkce, mezi úkoly, které nyní hlavní hygieničku čekají, bude patřit řešení nejrůznějších epidemiologických hrozeb a intenzivní boj s infekcí HIV.

Hrozba HIV

„Chtěla bych navázat na vše dobré, čeho bylo v uplynulých letech v rámci hygienické služby dosaženo. V úkolech dlouhodobějšího charakteru budu pokračovat tak, aby bylo dosaženo požadovaných cílů, například v podpoře zdraví nebo personální stabilizaci systému. Zároveň nás čekají nové výzvy, jakými jsou zejména naše připravenost na krizové situace v oblasti ohrožení veřejného zdraví, ale i reakce na nepř-



znivý epidemiologický vývoj v naší zemi, především u HIV/AIDS či onemocnění přenášených klíšťaty, kte-

rý si také vyžaduje naši pozornost,“ řekla nastupující hlavní hygienička ČR Eva Gottvaldová.

Incidence (nové případy) nákazy HIV se v ČR stále zvyšuje. „Je to hrozba, již se budeme muset intenzivněji zabývat. Křivka se každým rokem stává strmější. Dochází k nárůstu počtu infikovaných osob, byť má ČR ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi nízkou prevalenci a incidence. Vnímáme jako velký problém, že populace, která je HIV ohrožena, jako by se přestávala bát. S tím, že na trh přicházejí stále nové a účinnější léky, které prodlužují přežití, přestává být HIV oprávněným strachem, jakým byl před 15 lety,“ uvedl ministr zdravotnictví. Nárůst je dominantní v komunitě mužů, kteří mají sex s muži.

MERS, Ebola, Zika

Končící hlavní hygienik ČR Vladimír Valenta se nyní vrací na místo krajského hygienika Libereckého kraje. „Rád bych při této příležitosti velmi ocenil působení pana náměstka Valenty. Jeho úřad musel čelit řadě velkých výzev v podobě stavu ohrožení veřejného zdraví vyhlášeného Světovou zdravotnickou organizací, a už to bylo kvůli hrozbě viru Eboly, MERS nebo naposledy Ziky. Významně také přispěl k prosazení důležitých legislativních změn,“ uvedl na brífinku ministr Němeček.

„Za mého mandátu byla schválena novela zákona o ochraně veřejného zdraví, včetně udržení systému očkovaní. Za nejdůležitější v hygienické službě ovšem považují lidi, proto jsem velmi rád, že se nám podařilo

stabilizovat a revitalizovat systém hygienické služby a obhájit její kompetence a jednotu, například v oblasti potravinového práva. Po turbulentních letech 2006–2012 jsme zvrátili trend vývoje v personální situaci hygienické služby, proto přejí své nástupkyni, aby byla nadále úspěšná v získávání zdravotníků a lékařů do tohoto krásného oboru,“ sdělil ve své závěrečné řeči Vladimír Valenta.

Hygienická služba hospodář ročně s 1,4 miliardy korun, jde o 1 % z celkových peněz, které jdou na zdravotnictví. Je to téměř o půl miliardy korun méně, než před obdobím velkých škrtů. V nejbližších dvou až třech letech by měla hygienická služba získat pro efektivní fungování tyto peníze zpět. (klu)

Foto: MZ ČR



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.

Kódování diagnóz v klasifikačním systému DRG

V roce 2010 začala způsob financování lůžkové zdravotní péče významně ovlivňovat forma úhrady za hospitalizační případ. VZP proto v téže době zahájila systematickou revizi správnosti kódování hlavních a vedlejších diagnóz a kritických výkonů, které ovlivňují zařazení případů do správné diagnostické skupiny.

Zásady pro správné kódování

Zásadním podkladem pro kódování a jeho revizi je zdravotnická dokumentace. Poskytovatel lůžkové zdravotní péče v propouštěcí zprávě popisuje realizovanou zdravotní péči, vytváří diagnostický souhrn, který následně převádí do kódů MKN klasifikace. Všechny kódované stavy tedy musí být klinicky odůvodněné a musí mít vždy písemný podklad ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

Doporučujeme, aby tyto stavy byly uvedeny vždy v propouštěcí zprávě. Je nutné mít na zřeteli, že ne všechny diagnózy uvedené v diagnostickém souhrnu mohou být kódovány. Kódují se pouze ty stavy a okolnosti, které jsou relevantní pro konkrétní případ hospitalizace a splňují podmínky Metodiky kódování diagnóz pro využití v IR-DRG (Diagnosis Related Groups). Je třeba si uvědomit, že diagnózu nestanovuje kodér, ale ošetřující lékař. Úkolem kodéra je najít odpovídající kód dle MKN 10 a zajistit oprávněnost vykázaní dle platných metodik, nikoli stanovovat diagnózy.

Hlavní a vedlejší diagnózy

Jako hlavní diagnóza se kóduje stav, který byl diagnostikován po všech provedených vyšetřeních na konci případu jako primárně odpovědný za potřebu léčby v daném zařízení. Existuje-li více takových stavů, je třeba za hlavní vybrat ten, který byl nejvíce zodpovědný za čerpání prostředků (např. byl důvodem provedení operačního zákroku, nákladných diagnostických a intervenčních výkonů či předmětem nákladné léčby). Jako hlavní diagnózu nelze kódovat onemocnění a stavy, které nastaly až v průběhu hospitalizace.

Jako vedlejší diagnózy se kódují komorbidity a komplikace, které existují současně s hlavní diagnózou nebo se vyvíjejí až v průběhu hospitalizačního případu. Mají prokazatelný vliv na poskytování zdravotní péče a ovlivňují léčbu pacienta takovým způsobem, že je



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

potřebný alespoň jeden z uvedených faktorů (klinické vyšetření, terapeutický zásah nebo léčba včetně podání řádně zdokumentované chronické medikace, cílená diagnostika, zvýšená ošetrovatelská péče a/nebo monitorování).

Pro správné zařazení případu v systému DRG je třeba věnovat pozornost i vykazovaným kritickým výkonům a DRG markerům. Podkladem je vyhláška MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, a aktuální Metodika užití DRG markerů. Tuto metodiku spolu s dalšími metodikami lze nalézt na internetu na stránkách MZ ČR.

Nejčastější chyby při kódování

Přesnost kódování v systému DRG je do značné míry závislá na kvalitě vedení zdravotnické dokumentace. Ta by měla být pro kodéra přehledná, logicky vedená a pokud možno jednoznačná. Bohužel se stále setkáváme se situacemi, kdy je dokumentace rozporná, nekoresponduje např. etapové epikrizy s epikrizami závěrečnými, příjmová vyšetření mají charakter uniformovaného předdefinovaného textu, který má jen málo společného se skutečným stavem pacienta. Velmi časté jsou vzájemné zásadní rozpory mezi dokumentací lékařskou a dokumentací ošetrovatelskou.

Z hlediska kódování hlavních diagnóz stále působí problémy překlady mezi odděleními v rámci nemocnice, kdy se jako hlavní stav kóduje diagnóza z hospitalizace na oddělení, které pacienta propouští. Tato komplikace však ve skutečnosti nastala v průběhu epizody hospitalizace, a nemůže být tedy hlavním stavem.

Chyby při kódování vedlejších diagnóz zahrnují kódování anamnestických údajů, kódování chronických onemocnění jako akutních, kódování náhodných, dále již neřešených nálezů, kódování chorob, které ale nenaplní obecná kritéria pro jejich diagnostiku. Stále se setkáváme s kódováním onemocnění či stavů u pacienta sice přítomných, ale neléčených nebo neléčených ve své vlastní rovině, a nesplňujících tak podmínky Metodiky kódování.

Z hlediska kritických výkonů doporučujeme věnovat pozornost správnosti kódů vykazovaných výkonů, zejména pak vykazování markerů umělé plicní ventilace, kde má případná chyba značný úhradový dopad.

V současné době je aktuální projekt DRG restart, který by měl vést k zásadní kultivaci stávajícího systému. Cílem revizí DRG je zajistit kvalitní datovou základnu pro tento projekt a také identifikovat systematické chyby a výkladové problémy.

ROZHOVOR

Nedostatek odborníků netrápí jen zdravotnictví

S prezidentem Unie zaměstnavatelských svazů (UZS), Asociace poskytovatelů dlouhodobé péče a Evropské asociace poskytovatelů dlouhodobé péče pro seniory (E.D.E.) Jiřím Horeckým o plné zaměstnanosti a odměňování českých i evropských zdravotníků.

Na loňské konferenci Zdravotnictví 2016 jste jako zásadní problém českého zdravotnictví zmínil nedostatek lékařů a sester. Nyní se blíží konference Zdravotnictví 2017. Jak hodnotíte problematiku téměř rok poté? Naplnila se například vaše naděje ohledně odborné diskuse nad vzděláváním těchto profesí?

Vedli jsme ohledně nedostatku lékařů a zejména sester několik jednání s ministrem zdravotnictví i předsedou vlády a řadu věcí se podařilo dohodnout. Jako důležitý signál vnímám navýšení platů zdravotnických pracovníků, respektive tarifních platů, o 10 procent v roce 2017 a následné zohlednění tohoto kroku v úhradové vyhlášce pro příští rok. Dále vítáme, a to přes výhrady některých našich členů, změny ve vzdělávání sester a umožnění samostatné práce zdravotnických asistentů bez odborného dohledu. V tomto směru jsme také připravili se všemi asociacemi nemocnic a Asociací zdravotnických škol návrh na změnu vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, a následně i Katalogu prací.

Zajímavé byly také údaje zveřejněné v červnu ministerstvem zdravotnictví, ze kterých mimo jiné vyplývá, že počet lékařů (tedy přepočtených úvazků) meziročně vzrostl, a zatímco u sester v nemocnicích má od roku 2010 klesající tendenci, v případě ambulanční péče došlo k meziročnímu navýšení o 200 pracovních míst. Neplatí tedy pouze argument, že sestry odcházejí jen mimo zdravotnictví či do zahraničí. Odcházejí i v rámci zdravotnictví do méně náročných pracovních pozic.

Také je ale nutné zmínit, že nedostatek odborného personálu netrápí pouze zdravotnictví. Česká republika se dostala na hranici plné zaměstnanosti. Uvážíme-li počet volných pracovních míst a takzvanou dobrovolnou nezaměstnanost, pak je za této situace pochopitelné, že chybí odborný personál nejen zdravotnický. Nedostatek kvalifikované pra-

covní síly trápí vesměs všechny segmenty veřejných služeb, ale i průmyslu a komerčních služeb.

Konference Zdravotnictví, kterou UZS pořádá ve spolupráci s divizí Medical Services Mladé fronty, bude letos již třetí v pořadí. V čem osobně vnímáte přínos této politicko-ekonomické a medicínské odborné akce?

Konference Zdravotnictví přinesla velké množství pozitivních zpětných vazeb a naplnila základní cíle, se kterými jsme se společně s Mladou frontou do celého projektu pustili, a sice představit změny ve zdravotnictví v nadcházejícím roce i dalších obdobích a v rámci odborného programu a diskuse otevřít a ministerstvu zdravotnictví poskytnout zpětnou vazbu o aktuálních problémech českého zdravotnictví. Důležitá je ale i sociální nebo spíše socializační složka každé konference, tedy potkat se s kolegy, neformálně diskutovat s odborníky. Právě tuto složku rozšiřujeme tím, že v letošním roce bude konference Zdravotnictví 2017 dvou denní. Myslím si, že nejen díky vysoké koncentraci všech klíčových osob v oblasti zdravotnictví (i letos opětovně přislíbené účasti předsedy vlády ČR) lze tuto konferenci označit atributem nejdůležitější konferencí roku v oblasti zdravotnictví.

Z aktuálních údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky vyplývá, že nůžky rozdílů mezi platy ve státních a mzdami v privátních zdravotnických zařízeních se pořád více rozevírají. Máte informace o tom, že ministerstvo zdravotnictví stále uvažuje o jednotných tabulkových platech pro obě skupiny zaměstnanců? Kde vidíte rizika takového záměru?

Rozdíly mezi platy a mzdami jsou i v jiných segmentech veřejných služeb, kde jsou veřejní a soukromí poskytovatelé těchto služeb, a platí to tak ve většině evropských zemí. Návrh na zavedení jednotného odměňování ve zdra-



Foto: archiv UZS

votnictví, to znamená odměňování podle platů i tam, kde je nyní aplikováno odměňování podle mezd, nebo jinými slovy plošné zavedení tarifních tabulek a platů, je návrh odborových svazů, se kterým my jako zaměstnavatelé zásadně nesouhlasíme. Ministerstvo zdravotnictví s tímto návrhem pracovalo pouze jako s možností či alternativou v akčním plánu pro rok 2017. Pomineme-li nesystemovost tohoto kroku, kdy se vyčlení pouze část zdravotnického segmentu, ve kterém se zavede platové odměňování, pak by to byl zejména zásah do řízení soukromých nemocnic, deformace trhu práce či částečný návrat k rozpočtovému přístupu. Česká republika se v 90. letech rozhodla, že umožní poskytování veřejných služeb i prostřednictvím soukromých subjektů tak, jak je to zcela běžné v západoev-

ropských zemích, a to také znamená volnost (ve smyslu stejných podmínek a pravidel jako v celém komerčním či průmyslovém sektoru) v podnikatelských a řídicích aktivitách a procesech – a mezi ně se oblast odměňování řadí. Ředitel nemocnice, respektive management nemocnic, je dostatečně kompetentní, aby se mohl správně rozhodnout jak využít disponibilní příjmy, kolik komu přidat a jak se dohodnout na výši platu – jako to funguje u většiny českých zaměstnavatelů. Nejsme přesvědčeni, že když se takto účelově a nesystemově přikáže přechod ze mzdového na platové odměňování, že to jakkoli zásadněji povede k personální stabilizaci v tomto sektoru.

Byl jste zvolen novým prezidentem Evropské asociace poskytovatelů dlouhodobé péče

pro seniory E.D.E. Když se jako člen účastníte jednání pracovní skupiny pro koncepční řešení problematiky následné a dlouhodobé péče nebo Mezi-resortní skupiny k řešení problematiky sociálně zdravotního pomezí při MPSV a MZ, máte pocit, že se v této oblasti ČR přibližuje alespoň rámci nějaké koncepce?

O koncepci bohužel nemůžeme hovořit. To, co je nyní předmětem úpravy či řešení dlouhodobé péče, je novela zákona o sociálních službách a několika podzákoných norem, které by vytvořily takzvaná lůžka dlouhodobé péče jak ve zdravotnickém, tak v sociálním sektoru, a sjednotily pravidla financování těchto lůžek, včetně nové paušální úhrady. Považuji to za krok správným směrem, byť důležité jsou parametry a podmínky úhrad a analýza dopadů, které zatím nemáme k dispozici, a stejně důležité je i politické rozhodnutí o navýšení zdrojů této změny.

Celková koncepce dlouhodobé péče – a tím i komplexnější řešení – by se měla zabývat nejen péčí bytovou, ale i ambulantní a terénní, měla by být provázána s budoucími riziky, ohroženími a očekávanými problémy, jako jsou demografické změny, úbytek a budoucí nedostatek pečujícího personálu, významné zvyšování počtu osob trpících demencí, finanční neudržitelnost těchto služeb a tím i zvyšování rozsahu, dostupnosti nebo finanční participace a podobně. My touto změnou řešíme pouze jeden dílčí problém bez návaznosti na celou řadu dalších souvisejících skutečností a aktuálních či budoucích problémů.

Spolupracujete na možnosti řešení financování sester v pobytových zařízeních?

Ano, a věnujeme se tomuto tématu posledních deset let s velkou intenzitou. Jsem rád, že došlo k dohodě obou ministerstev (MZ a MPSV) o jednorázovém navýšení úhrad v ambulantní odbornosti 913, tedy ošetřovatelské péče v pobytových sociálních službách a na sociálních lůžkách v nemocnicích, o 250 milionů Kč, což představuje zoprotcentní meziroční nárůst. Komunikovali jsme a komunikujeme také aktivně s ministerstvem zdravotnictví o tom, které parametry či výkony by se měly pro příští období změnit, tedy které jsou z minulosti nejvíce pokrouceny a neodpovídají realitě.

připravila Petra Klusáková

Krátce z regionů

• **Novým ředitelem nemocnic v Havířově a Karvině je Josef Grochol** Ředitelem Nemocnic s poliklinikou Karviná – Ráj a Nemocnic s poliklinikou Havířov se stal Josef Grochol, který dosud vedl Městskou nemocnici Ostrava. Radní rozhodli o jeho jmenování od začátku července. Ve funkci vystřídal Petra Kovaříka, který rezignoval z osobních důvodů. Podle výběrové komise má Josef Grochol zkušenosti z vedoucích manažerských pozic i s řízením nemocnice. „Jeho koncept vize směřování a rozvoje krajských nemocnic nejlépe odpovídá potřebám kraje a krajského zdravotnictví,“ uvedl náměstek hejtmána Moravskoslezského kraje Jiří Martinek. Podle něj je velkou Grocholovou předností nejen ekonomické vzdělání, ale také umění práce s lidmi.

• **Královéhradecké nemocnice budou mít jednotný informační systém** Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje bude mít systém, který propojí krajské nemocnice a umožní jim vzájemné sdílení dat. Kraj chce na tuto investici získat dotaci z Integrovaného regionálního operačního programu. Náklady jsou odhadovány na 100 milionů korun. Žádost o dotaci už schválila krajská rada. „Moderní nemocniční informační systém je potřebný, aby naše krajské nemocnice zlepšily a ještě více zefektivnily svoje fungování. Připravujeme se na něj už delší dobu, pořízení je velmi nákladné a v tomto programovacím období se naskytla možnost žádat na tento typ projektu o evropskou dotaci, čehož chceme využít,“ uvedl hejtmán Královéhradeckého kraje Lubomír Franc.

V současné době jsou v jednotlivých nemocnicích vzájemně nekompatibilní informační systémy. Kraj se bude na investici podílet 10 % z ceny.

• **Frýdecko-místecká nemocnice má nové zabezpečení pro sestry** Nemocnice ve Frýdku-Místku od července chrání sestry na nočních službách pomocí bezpečnostních tlačítek. Bezdrátovým tlačítkem, které má personál zavěšený na stejnokroji, může sestra v nouzové situaci přivolat pomoc. Tísňový systém „Sestra v nouzi“ je nainstalován na všech lůžkových odděleních hlavního bloku i vedlejších budov. Systém bezdrátově přenáší signál, který putuje do přijímače na každém oddělení. Ústředna pak pošle zprávu na mobilní telefon bezpečnostní agentury. Na noční

službě disponuje tímto tlačítkem 38 zdravotníků. Stejný systém funguje i v Nemocnici Trinec, která jej začala používat v prosinci loňského roku.

• **Pardubický kraj chystá miliardové investice do centrálních příjmů** Pardubický kraj připravuje výstavbu centrálních příjmů ve svých dvou největších nemocnicích v Pardubicích a v Ústí nad Orlicí. Krajští radní schválili zadání výběrového řízení na zpracování projektové dokumentace na stavbu v Orlickoústecké nemocnici, u krajské nemocnice v Pardubicích bude nejdříve zpracována finální studie a na podzim bude následovat tender na projektanta, uvedl náměstek hejtmána Roman Línek. Náklady na oba příjmy se odhadují na 1,5 miliardy korun. „Výstavbu bychom zřejmě

financovali z úvěru a zčásti z vlastních zdrojů. Evropské fondy na tento účel zatím není možné využít, ale i to se může změnit,“ uvedl Roman Línek. V Pardubicích bude nová budova centrálního příjmu bezbariérově propojena s objekty současné chirurgie a radiodiagnostiky. Bude mít 12 operačních sálů, heliport, oddělení ARO a JIP pro chirurgické obory, neurochirurgii a ortopedii. „V Ústí nad Orlicí vznikne nový čtyřpodlažní objekt v severovýchodní části areálu s přímou návazností na stávající provoz operačních sálů. Kromě centrálního příjmu bude zahrnovat i oddělení ARO a JIP a lůžka. Heliport na střeše budovy by měl být výtahem napojen na příjem pacientů v nejbližší stavu,“ uvádí kraj na svých webových stránkách. (iso)

Léky z českých lékáren pomáhají na Lomboku

Lékárny Benu se rozhodly podpořit projekt lékařské pomoci na indonéském ostrově Lombok formou dodávek léků organizaci Dorra, která tamním obyvatelům poskytuje potřebnou lékařskou péči – v pralesi, kde je řada míst dostupná pouze na skútru.

„Stejně jako naši lékárníci mají v genech zakódovanou potřebu pomáhat pacientům, tak i společnost Benu jako taková chce být prospěšná. Projekt lékařské pomoci nás velice oslovil svým charakterem. Můžeme si být totiž jisti, že léky, které poskytneme, opravdu pomohou lidem, kteří to potřebují,“ uvedl generální ředitel společnosti Benu ČR Sebastian Ring a daroval v první fázi dlouhodobé spolupráce zhruba 50 kilogramů léků v hodnotě 50 tisíc Kč.

Poprvé lék na bolest

Zakladatel neziskové humanitární organizace Dorra Dalibor Stozsek pro naši redakci uvedl, že největší a nejnákladnější skupinou darovaných léků byla antibiotika pro dospělé i děti. „Většinou šlo o širokospektrá antibiotika k léčbě všech možných druhů infekcí (dýchacích cest, kůže a infikovaných ran po úrazech, často velice pokročilých až život ohrožujících). I drobné ranky se totiž v podmínkách vlhka, tepla a špatné hygieny velice rychle infikují. Potřebujeme je nejen v tabletách, ale pro těžší infekce i k podání do žíly. Na tyto rány je také potřeba vět-

ší množství lokálních antibiotik ve formě mastí a roztoků. Antibiotické kapky pak užíváme na infekce očí a uší,“ uvedl Dalibor Stozsek. Jak dodal, překvapivě častým onemocněním je na Lomboku také hypertenze, takže další skupinou darovaných léků jsou antihypertenziva.

„Velice častou příčinou návštěv našich pacientů jsou nejrůznější typy akutní i chronické bolesti. Proto vezeme také analgetika, většinou ta běžná, která používáme i my – ibuprofen a paracetamol, na silnější bolesti metamizol. Pro dospělé v tabletách, pro děti sirupy. Místní pacienti na běžná analgetika reagují velice dobře. Často se totiž stává, že lék proti bolesti nikdy dříve neužili. Na Lombok jsme také přivezli multivitaminy pro děti, těhotné a chronicky nemocné. Pro posledně zmíněné i proteinové přípravky urychlující rekonvalescenci,“ dodal Dalibor Stozsek.

Život zachraňující péče

Samostatnou kapitolou jsou parenterální léky – k podání do žíly, kterými řešíme akutní stavy, nejčastěji gastroenteritidy s průjmy a zvracením, alergické reakce,



Dalibor Stozsek a Sebastian Ring | Foto: archiv Benu

dušnost nejrůznějšího původu, akutní silné bolesti. „Analgetika s okamžitým efektem použijeme před plánovaným chirurgickým výkonem. V tomto případě může náš lékař podat i tzv. analgosedaci a provést některé chirurgické výkony, případně převazy silně bolestivých ran nebo

popálenin. Používání lokálních anestetik je samozřejmostí,“ říká Dalibor Stozsek s tím, že v provizorních ambulancích na Lomboku není možné k pacientům přistupovat jako k těm našim doma, kde při sebemenším stesku následuje mnoho více či méně přínosných vyšetření.

„Naším hlavním cílem je mezi místními vyhledat a dle možností zaléčit ty stavy, které jsou přímo nebo potenciálně ohrožující na životě nebo by neléčené mohly vést k invaliditě a snížení schopnosti samostatné obživy (tedy většinou práce na poli). Tyto pacienty často indikujeme a doprovázíme do jedné z místních nemocnic, kde jim jsou schopni provést potřebná doplňková vyšetření, jako je rentgen, ultrazvuk či vyšetření krve. V případech, že pacient nemá žádné pojištění, což je většina, za něj také hradíme veškeré náklady,“ doplňuje lékař z organizace Dorra.

Nonstop a na skútru

Ambulance otevřela Dorra pravidelně, 4 dny v týdnu, v pralesní vesnici Ngolang a v Petiwungu. Pokud je nutné pacienty převážet, aplikovat jim injekce nebo infuze, dojíždějí zdravotníci i za pacienty domů. Pro případné akutní stavy jsou zdravotníci přes místní koordinátory kontaktováni doma na nonstop telefonu. „Jelikož jsou naši zdravotníci většinou nelékaři a jde o záchranáře nebo sestry, jsou také nepřetržitě spojeni přes mobilní aplikaci s lékaři-konzultanty v České republice. Kontaktovat tak mohou praktického lékaře, pediatra, chirurga, kožního lékaře nebo očního lékaře,“ vysvětluje Dalibor Stozsek. Výjezdy do ambulancí a za pacienty jsou možné pouze na skútru. Ten si prozatím zdravotníci Dorra jen pronajímají, uvítali by ale vlastní. Stejně potřebný je také záchranářský batoh pro převoz zdravotnického materiálu mezi ambulancemi a pacienty. (tlu)

Z DOMOVA

Preskripce a vydávání léčebného konopí v Česku vážně

Ačkoli již před 3 lety vstoupil v platnost zákon o legalizaci užívání léčebného konopí pro léčbu a výzkum, českým pacientům je stále obtížně dostupné. Léčebné konopí je možné předepisovat i vydávat, ale neděje se tak. Pacienti, kteří by z něj mohli profitovat, si tak konopí musí opatřovat nelegálními cestami, což je spojeno se zdravotními riziky vyplývajícími z nejasného chemického složení rostlin.

„U nás stále přetrvává povědomí, že konopí je droga, nikoli lék. Důsledkem toho je, že lékaři neumějí konopí předepisovat a lékárníci nevědí jak produkty z něj připravovat. Cítíme proto potřebu informovat o možnostech využití léčebného konopí všechny zúčastněné – od pacientů po lékaře, lékárníky a další subjekty,“ uvedl člen výkonného výboru Pacientského spolku pro léčbu konopím (KOPAC) Zdeněk Strnad. Spolek sdružuje pacienty s po-

třebou léčby konopím a konopnými látkami a jejich podporovatele s cílem hájit jejich zájmy a práva. Jeho členové usilují o dostupnost léčebného konopí plně zákonným a nekomplikovaným postupem, ekonomickou dostupnost léčby i pro sociálně slabé pacienty, stejně jako o medicínskou dostupnost konopí pro indikované nemoci a stavy. Součástí aktivit spolku je i probíhající cyklus přednášek pro odbornou i laickou veřejnost Léčebné konopí 2016.

Léčebná kvalita je důležitá

„Konopí má prokazatelné léčebné účinky potvrzené mnoha vědeckými studiemi a pacientům v České republice musí být co nejdříve zpřístupněno,“ uvádí ředitelka KOPAC Hana Vágnerová a dodává, že pacientům musí být dostupné konopí v léčebné kvalitě a za přijatelnou cenu. Léčebné konopí od výhradního dodavatele Elkoplast Slušovice vydávají na podkladě elektronického receptu registrované lékárny, jejichž seznam lze nalézt na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Pojišťovny konopí a produkty z něj nehradí, pacient aktuálně zaplatí za 1 g léčebného konopí kolem 100 korun.

„Konopí lze obecně užívat v různých lékových formách – orální, masti, čípky či vaporizace... Lékárny však zatím neumějí všechny tyto formy připravovat. Potřebujeme proto najít lékárnu, která s tím začne,“ říká Hana Vágnerová. V souvislosti se zpřístupněním léčebného konopí českým pacientům oceňuje aktivitu ministra zdravotnictví ČR Svatopluka Němečka, který „je léčbě konopím pozitivně nakloněn a odvedl v této oblasti velký kus práce“. V současné době probíhají jednání s dalšími lékárnami, které mají zájem léčebné konopí vydávat, a se zástupci odborných společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně – v souvislosti s rozšířením seznamu indikací léčby konopím.

Konopí a entourage effect

Legalizaci konopí v naší zemi provázejí od počátku překážky. Kromě výše uvedené asociace konopí s drogou se odborná veřejnost potýká s tzv. entourage efektem, jehož podstatou je, že výsledné synergické působení složek konopí má výraznější lé-



Ilustrační foto: Shutterstock

čebné účinky než léčba jednotlivými látkami. „Konopí obsahuje až 1000 látek působících jako celek, včetně mnoha interakcí. Vědecky a ve shodě s pravidly medicíny založené na důkazech tedy jeho účinek nelze popsat. Léčebné konopí nám vlastně mění paradigma léčebného výzkumu. Proto přístup k němu zůstává rezervovaný. Přes řadu odborných publikací o jeho účinku se stále u odborné veřejnosti setkáváme s pochybnostmi,“ vysvětluje předseda správní rady KOPAC a poradce předsedy vlády ČR pro protidrogovou politiku MUDr. Tomáš Záborský, Ph.D.

Důležité je však nepodceňovat také vedlejší účinky konopí. Vedle známého psychotropního efektu jde například o riziko rozvoje probíhající steatózy, nevhodné je užívat konopí v případě hypertenze, astmatu či některých duševních onemocnění – zejména u schizofrenie. Nedoporučuje se dále podávat dětem, dospívajícím a osobám se sklonek k závislostem. Konopí se zatím využívá symptomaticky, avšak podle MUDr. Záborského by mohlo objasnění mechanismu účinku a role kanabinoidních receptorů vést ke kauzální léčbě řady onemocnění. „Konopí a přípravky z něj přesvědčivě prokázaly léčebný účinek pro řadu příznaků onemocnění. Spolu se špičkovými vědci v oboru jsem přesvědčen, že na plné pochopení čeká i potenciál kanabinoidů od nemocí nejen ulevovat, ale přímo je lé-

čit. To by mohlo znamenat stejný přelom v medicíně jako před stoletím objev antibiotik,“ myslí si Tomáš Záborský.

Výzkum konopí v ČR

Historie výzkumu léčebného konopí v České republice se traduje již od poloviny 20. století a je spojena se jmény tří vědců – Janem Kabelíkem, Zdeňkem Krejčím a Františkem Šantavým – a zejména Univerzitou Palackého v Olomouci. Na práci těchto profesorů navázal i světově uznávaný vědec Lumír Hanuš, který se od roku 1990 věnuje výzkumu konopí v týmu profesora Raphaela Mechoulama na Hebrejské univerzitě v Izraeli. Tým se bude podílet také na výzkumu konopí v rámci Mezinárodního institutu pro konopí a kanabinoidy, který byl otevřen na konci loňského roku v Praze. Institut by měl nastavit standardy při výrobě a léčebném využití konopí s cílem poznat do hloubky vlastnosti tisíce let známé rostliny tak, aby pro každého pacienta byla léčba nastavena individuálně podle jeho potřeb. Do institutu byly vloženy finanční prostředky od amerických a kanadských investorů ve výši půl miliardy korun. Podle ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka, který se otevření účastnil, šlo o největší soukromou investici do českého lékařského výzkumu v posledních letech.

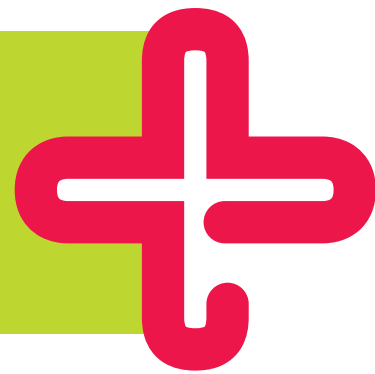
MUDr. Andrea Skálová

Tab. 1 Konopí a lékařské společnosti

Zájem o využití konopí projevily v daných indikacích tyto odborné společnosti ČLS JEP:	
<ul style="list-style-type: none"> Společnost pro studium a léčbu bolesti Společnost infekčního lékařství Česká pneumologická a ftizeologická společnost Česká společnost pro experimentální a klinickou farmakologii a toxikologii Česká neurologická společnost Česká neurologická společnost Česká oftalmologická společnost Česká dermatologická společnost Česká geriatrická společnost 	
Podle vyjádření ČLS JEP lze v současnosti pro léčbu využít konopí u následujících stavů:	
<ul style="list-style-type: none"> chronické bolesti, zejména neuropatická a onkologická, následné stavy po encefalitidách (neuroinfekcích), postherpetické neuralgie, wasting syndrom a polyneuropatie u HIV/AIDS, nechutenství u pacientů s nádorovými onemocněními a AIDS, psoriáza, atopický ekzém, glaukom v bolestivém stadiu, lichen planus. 	

Tab. 2 Další možnosti využití konopí k léčbě

Neurologická onemocnění	roztoušená skleróza, Parkinsonova a Alzheimerova choroba, epilepsie, Tourettův syndrom, Huntingtonova choroba, neuropatická bolest, migréna, „cluster headache“, dystonie, traumata mozku a míchy
Onemocnění spojená s odpovědí imunitního systému	alergie, astma, atopický ekzém, Crohnova choroba, revmatoidní artritida
Onkologická onemocnění	úleva od nežádoucích účinků chemoterapie a radioterapie
Psychiatrická onemocnění	deprese, obsese, úzkosti, ADHD
Další onemocnění	diabetes mellitus, kožní onemocnění, nechutenství, poruchy spánku, obezita, popáleniny, záněty



Odkud se berou peníze, které zachraňují život

Klinické studie – systematická testování léčivého přípravku na pacientech či zdravých dobrovolnících – jsou nedílnou součástí vývoje nových léčiv. Jejich cílem je prokázat a ověřit léčivé účinky přípravku a zjistit jeho nežádoucí účinky. Proč? Aby prodloužily život lidstvu.

Podle analýzy „Klinické studie inovativních léčiv a jejich dopad na hospodářství ČR“ stále roste finanční náročnost klinických studií. Výrobci léků, kteří jsou členy Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP), vypočetli průměrné náklady na vývoj jednoho léku na 4 až 5 miliard dolarů. Podle AIFP se z 10 000 nově objevených sloučenin do předklinické fáze zkoušení dostane přibližně 250. Do klinického hodnocení pak postoupí jen nepatrný počet a pouze 1 z 5 zkoušených léků získá registraci a je uveden na trh. Vývoj jednoho nového léku trvá 10 až 15 let.

„V úvodních 10 letech se testují desetitisíce molekul, z nichž se pro klinické hodnocení ukáže vhodných jen několik málo. V praktickém zkoušení jsou pak testovány především na toxicitu, onkogenicitu či vznik infekcí. Testování je velmi komplexní. Poté je národní či mezinárodní regulační agentura požádána o povolení klinického zkoušení fáze I – první podání člověku, zdravému dobrovolníkovi,“ vysvětlil počáteční principy klinických studií ředitel Revmatologického ústavu a přednosta Revmatologické kliniky 1. LF UK prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., s tím, že nové léky je a bude potřeba nadále vyvíjet, protože zkrátka prodlužují lidstvu život.

Do rizika jdou giganti

Nesporným kladem studií pro pacienta je možnost léčit se nejnovějšími léky bezplatně a mnohem dříve než ostatní se stejnou diagnózou, což může být v případě některých onemocnění skutečně významné. Zlepšení povědomí odborníků o novinkách v medicíně zlepšuje dostupnost moderní léčby. „Záměrem Evropské komise je, aby pacientů v klinickém hodnocení stále přibývalo, abychom měli jistotu, že je lék bezpečný a účinný,“ uvedl výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček.

Jak dodal prof. Pavelka, 70 % všech nově vyvinutých léků jsou léky biologické, náklady na jejich vývoj jsou obrovské a financovat je mohou jen ti největší farmaceutičtí giganti. „Například u nově vyvíjeného, velmi nadějného biologického léku na Alzheimerovu chorobu, kde bude vývoj skutečně stát oněch 5 miliard dolarů, je – i přes velké naděje – výsledek zatím stále nejistý. Pro eliminaci rizik a sdílení nákladů se musely spojit tři největší farmaceutické společnosti,“ podotkl prof. Pavelka.

Přínos pro lékaře i vědce

Vedle přínosu pacientům znamenají klinická hodnocení pro lékaře i ostatní zdravotníky další rozměr vzdělávání. „Mnohem dříve se dostanou k nejnovějším poznatkům, naučí se nové techniky vyšetřování, interpretaci statistických dat a tak dále. Dostává se jim také možnosti podílet se na mezinárodních projektech v rámci klinického výzkumu a vzdělávání. Auditory jsou navíc přísně kontrolováni, aby se při vyšetřování a léčbě pacienta neodchýlili od zásad správné klinické praxe, a i to přispívá k tomu, že se z nich stávají zkušenější a kvalitnější lékaři,“ říká prof. Pavelka.

Pokud průběh či výsledek studie přinese i původně neočekávané účinky, těží ze studií i další biomedicínský výzkum. „Na klinických hodnoceních je zřetelně vidět, jak důležitý je pro praxi základní výzkum, bez kterého by žádný aplikovaný či translační výzkum nemohl existovat, a zároveň jak významný může být zpětný dopad praxe do výzkumu.“ řekl děkan 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.

Zázemí pro akademiky

Většinu klinických hodnocení iniciují farmaceutické společnosti (více o iniciativě IMI na stra-

ně 10 a 11). Menší část hodnocení vzniká jako tzv. investigátorské studie v čistě v akademickém prostředí. Na podporu komerčně nezávislého klinického hodnocení se na evropské půdě zaměřuje Evropská síť infrastruktur klinického výzkumu (ECRIN). Ta je částečně financována z prostředků Evropské komise, částí přispívá jejich sedm evropských členů. „Pro klinický výzkum je zcela zásadní mezinárodní spolupráce, která rozšiřuje přístup k pacientům, což přispívá k rychlejším výsledkům. Vedle sdílení poznatků, nástrojů, postupů, ale i nákladů se snižuje duplicita a zvyšuje aplikovatelnost výzkumu. Navzdory tomu jsou pouze 3 procenta akademických studií nadnárodních,“ uvedl generální ředitel ECRIN prof. Jacques Demotes s tím, že Evropa trpí nedostatkem akademických studií, což je způsobeno omezenou veřejnou podporou i různými překážkami v čerpání na národní i celoevropské úrovni. Právě s tím ECRIN akademickým týmům pomáhá – podává metodickou i regulační podporu,

validuje studijní protokoly a nabízí např. i management klinické studie.

Česká republika je do ECRIN zapojena jako tzv. pozorovatel a prostřednictvím své České sítě infrastruktur klinického výzkumu (CZECRIN) je v síti vědeckým partnerem.

Okrajové zájmy

„Na národní úrovni je to spolupráce nemocnic, které mohou své pacienty zařadit do akademické klinické studie. Jde o šest velkých fakulturních nemocnic a postupně snad i ostatních velkých nemocnic, jejichž pacienti mohou profitovat z účasti v mezinárodní studii, kam národní koordináční jednotky ECRIN zařazují své pacienty a sdílí vzájemně data,“ uvedla za CZECRIN přednostka Farmakologického ústavu LF MU v Brně Regina Demlová.

Jedním z příjemců podpory a koordinačním centrem, které díky CZECRIN může realizovat klinická hodnocení, je Klinika dětské onkologie LF MU a FN Brno. „Situace v dětské onkologii je obecně ve světě problematická, proto-

že děti jsou dlouhodobě na okraji zájmu farmaceutických společností, které nejsou ke zkoumání na dětech motivovány – děti se zhoubným nádorem je málo, jde o malý trh. Proto jsme v této oblasti odkázáni na vlastní akademický výzkum, na nějž nemáme administrativní aparát a často ani potřebné regulační znalosti,“ říká přednosta kliniky prof. MUDr. Jaroslav Štěrba, Ph.D. Ve spolupráci s Masarykovou univerzitou zde vyrábí například unikátní protinádorovou vakcínu z bílých krvinek pacienta, u nějž vakcína povzbuzuje imunitní systém.

Problémem akademických studií zůstává do budoucna jejich pojištění, na které nelze získat finance z dotačních prostředků. To potvrdil i prof. Štěrba. „Kolegové z Fakultní nemocnice v Motole hradí ze svých nadací pojištění studií u dětí s leukemií pro celou republiku. My z našich nadací platíme pro celou republiku pojištění studií u dětí s mozkovými nádory,“ připomněl náročnou praxi. Výjimkou by podle Reginy Demlové měly být nízkointervenční akademické studie. I by podle nového zákona o léčivech měly tvořit výjimku a pacienti by zde neměli být pojištěni.

Petra Klusáková

Jednotlivá stadia hodnocení léku

I. fáze

Lék je poprvé podán lidem, nejčastěji zdravým dobrovolníkům. Zjišťuje se, zda je nová látka lidským organismem tolerována a jaká je její „cesta“ v těle. Zároveň se sledují případné nežádoucí účinky. Nejříve se podávají nízké dávky a ty jsou postupně zvyšovány, aby se našla maximální tolerovaná dávka. Počty zařazovaných dobrovolníků bývají velmi nízké.

U nás probíhá pouze ve 4 % z celkové počtu studií.

II. fáze

Lék je prvně podán pacientům. Na základě velmi přísných kritérií je vybrán malý počet přesně defino-

vaných nemocných, kterým je lék v odpovídající indikaci podán. Prokazují se tak léčebné účinky, hledá se vhodná dávka a shromažďují se další údaje o léku. Pokud je v této fázi potvrzena dobrá účinnost a přijatelně nízký výskyt nežádoucích účinků, je možné přejít do fáze III. Celkem 31 % studií v ČR probíhá v této fázi.

III. fáze

Zde jsou již zapojeny stovky až tisíce pacientů, aby se mohla ověřit účinnost léku, zároveň je možné získat další informace o jeho bezpečnosti. Poté, co lék projde potřebnými třemi fázemi klinického hodnocení, je možné získané úda-

je předložit při žádosti o jeho registraci. V ČR ji provádí Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), na evropské úrovni pak Evropská lékařská agentura (EMA). Ve chvíli, kdy má lék platnou registraci, může se používat při poskytování zdravotní péče.

V roce 2015 posuzoval SÚKL 367 klinických studií, z toho 60 % tvořily studie III. fáze.

IV. fáze

V této fázi po registraci se pečlivě sleduje výskyt nežádoucích účinků, účinky léku při dlouhodobém užívání, informace o možných interakcích s dalšími léky. V ČR tvoří 5 % všech studií.

KLINICKÉ STUDIE

I my jsme v IMI

Evropská komise spolu s Evropskou federací farmaceutických společností a asociací (EFPIA) umožňuje konsorciím lokálních vědeckých týmů, velkých farmaceutických výrobců a malých firem, aby společně báda. Do nebývale velkých výzkumných týmů jsou zapojeny také čtyři české.

Kurychlení společného výzkumu, udržení farmaceutických výrobců v Evropě a zamezení odlivu mozků vznikl program Innovative Medicines Initiative (IMI), na nějž bruselská administrativa přidělila na pět let jednu miliardu eur. Stejnou částku, i když víceméně v „naturálních“, dodávají velcí výrobci prostřednictvím EFPIA.

„Velkým úkolem IMI je propojit výzkumná pracoviště s inovativním průmyslem a společně vyprodukovat špičkový výsledek. Ukazuje se, že IMI kritéria jsou pro získání grantu efektivnější než stávající modely evropské spolupráce, protože nutí výzkumníky více inovovat než vést administrativu,“ zdůraznila Magda Chlebusová z Evropské federace farmaceutických společností a asociací.

Centrum IMI vyhlásilo dosud devět směrů neboli výzev, na která témata se má dotovaný výzkum zaměřovat. Nejde přitom jen o vývoj nových léčiv či terapií, ale například i o zkoumání jak léky kombinovat, aby byla léčba efektivní, či jak pracovat s pacientem, aby byl léčen co nejúčinněji. „Pro české týmy vzniká šance získat finanční podporu pro konkrétní vědec-



Ilustrační foto: Shutterstock

ký projekt, úzce spolupracovat s předními výzkumníky napříč Evropou a inovativním farmaceutickým průmyslem. V dosa- vadních výzvách bylo poskytnuto na 38 miliard korun desítkám

výzkumných týmů,“ zdůrazňuje výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček, jehož organizace v ČR program IMI zastřešuje.

Čtyři české špičkové vědecké týmy v IMI

Rizika vzniku revmatoidní artritidy

Na aspekty onemocnění revmatoidní artritidou (RA) je zaměřen výzkum konsorcia BTCure. Vedoucím českého vědeckého týmu je **prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.**, z Revmatologického ústavu v Praze.

Jaké oblasti se konsorcium BTCure věnuje a proč?

BTCure je program, který se věnuje výzkumu řady aspektů onemocnění revmatoidní artritidou (RA). Má několik okruhů. Prvním z nich je identifikace kohort nemocných s revmatoidní artritidou v jednotlivých účastnících se centrech, charakterizace těchto kohort, především z hlediska různých stadií RA, se zvláštním zřetelem na časné formy onemocnění, respektive na jednotlivce v riziku vzniku tohoto onemocnění, a zajištění vzniku biobanky obsahující biologické vzorky od těchto nemocných.

Další oblastí je identifikace faktorů, které se podílejí na vzniku

a vývoji RA, identifikace faktorů přinášející riziko budoucího vzniku onemocnění a hledání možných cest prevence vývoje nemoci. Vědci se zabývají také identifikací biomarkerů charakterizujících onemocnění a jejich pomocí k hodnocení odpovědi na léčbu. Zde se předpokládá využití pro personalizovaný přístup k nemocným.

Projekt má za úkol standardizovat zvířecí modely onemocnění a přinést nové cíle pro terapii a produkci nových monoklonálních protilátek proti antigenům podílejících se na vývoji RA.

Lze již nyní shrnout výsledky těchto úkolů?

BTCure ještě probíhá. Bude končit v příštím roce setkáním všech center v Praze a prezentací výsledků. Ostatně v Praze jsme se setkávali každoročně na pracovních schůzkách zástupců jednotlivých center. V rámci řešení problematiky bylo dosaženo celé řady prioritních výsledků, podařilo se harmonizovat údaje v databázích, upřesnila se úloha citrulinace v patogenezí RA či úloha protilátek proti citrulinovaným antigenům, byly vyvinuty metody na detekci řady protilátek proti individuálním epitopům různých antigenů v diagnostice RA, významně se také posunuly naše znalosti a přístup k jednotliv-

cům v riziku vzniku revmatoidní artritidy.

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

Spolupráce je klíčovým aspektem BTCure, zejména v oblasti registrů a biobanky. Úkolem našeho týmu byla jednak standardizace našeho registru z hlediska možnosti akumulace adekvátních údajů, dále jsme spolupracovali na detekcích v oblasti autoprotilátek a v oblasti dalších biomarkerů popisujících aktivitu nemoci a odpověď na terapii. Prioritní pro nás bylo například zjištění úlohy některých mikro-RNA jako biomarkeru RA. Spolupracovali jsme také

na testování kandidátní molekuly, která předpovídá, zda nemocný bude nebo nebude reagovat na léčbu přípravky neutralizujícími tumor nekrotizující faktor (TNF).

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

Myslím, že jde o vynikající aktivitu, která spolu propojuje výzkumné aktivity akademických pracovišť s výzkumnými odděleními a laboratořemi velkých farmaceutických společností. Spojuje se tak vědomí klinické potřeby univerzitních pracovišť s někdy trochu odtrženými, ale vynikajícími odborníky ve vědeckých odděleních farmaceutických společností. Také potřeba pravidelného setkávání a prezentace dosažených výsledků dává nové impulzy a někdy zcela jiný, moderní pohled na přístupy k řešení.

Imunologická reakce na biologické léky

Do pětiletého projektu Abirisk je jako jeden z pětaticeti účastníků zapojena také Neurologická klinika 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Konkrétně jde o tým Centra pro demyelinizační onemocnění (MS Centrum) a jeho vedoucí **prof. MUDr. Evu Havrdovou, CSc.**

Abirisk, jehož celkové náklady se vyšplhají na 35 milionů eur, je zaměřený na šetření imunogenicity (schopnosti vyvolat imunitní odpověď) biofarmaceutických přípravků. V případě českého týmu se výzkum zaměří na pacienty s roztroušenou sklerózou. Imunitní odpověď způsobují bílkoviny, které se při bio-

logické léčbě do těla pacientů dostávají. Pokud tělo začne produkovat protilátky a léčba přestává být účinná, terapie se neúčelně prodražuje a - vzhledem

k vysokým cenám biologické léčby - zvyšuje náklady celému systému veřejného zdravotního pojištění o stamiliony. Projekt by měl zjistit předpoklady

(typologii rizikových pacientů) a analyzovat klinickou relevanci k minimalizaci imunogenicitních rizik. Mělo by také dojít k propojení databank, které údaje o biologické léčbě a imunologických odpovědích pacientů na národních úrovních schraňují, a vytvoření imunogenicitní centrální databanky.

KLINICKÉ STUDIE

To výzkumníkům umožní lépe předpokládat odezvu pacientů na biologika.

Podpurná agenda

Imunogenicitu biofarmaceutik často nejde zcela předvídat pouze na základě preklinických studií *in vitro*. „Proto je prvním cílem vytvořit systém akreditace labo-

ratoří na testování těchto protilátek. V druhém plánu se snažíme zjistit, proč vlastně někteří lidé takto na léčbu reagují,“ sdělila při vstupu do projektu prof. Havrdová.

Její tým na tomto poli vědecké činnosti spolupracuje se zahraničními experty z předchozích výzkumů. „Bohužel adminis-

trance projektů je velmi náročná. Potřebovali bychom podporu z fakult, které by měly zaplatit školený tým, jenž by byl schopen nápady vědců dotáhnout v projekt,“ vysvětlila tehdy neuroložka Havrdová, proč je vstup vědeckých týmů do grantů iniciativy IMI pro české odborníky mnohdy náročný.

Jak profesorka Havrdová podotkla, lékaři jsou zahlceni prací s pacienty a nadměrnou agendou, takže na vědeckou činnost příliš prostoru nezbyvá. Také administrativní takových grantů je náročná, ale na tu si, na rozdíl od českého vědeckého prostředí, zahraniční univerzity běžně požívají podpurné tý-

my. Vedle mezinárodní prestiže přináší projekt samozřejmě také prostředky, jež jsou v tomto případě využity pro finanční podporu postgraduálních studentů, kteří pak mají snazší přístup ke stáží na exkluzivních zahraničních pracovištích nebo k publikaci v zahraničních odborných časopisech.

Preventivní opatření při seniorské křehkosti

Přednostka Geriatrické kliniky 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze prof. MUDr. Eva Topinková, CSc., vede v ČR vědecký tým konsorcia SPRINTT, jehož cílem je mimo jiné vývoj a ozkoušení přístupů, které zabrání negativním dopadům křehkosti a sarkopenie seniorů.

Jaké oblasti se konsorcium SPRINTT věnuje a proč?

Projekt SPRINTT (*Sarcopenia and Physical frailty in older people: multi-component treatment strategies*) vychází z konceptu zdravého a aktivního státního a jeho cílem je vyvinout a ověřit účinné léčebné a preventivní strategie u seniorské populace se syndromem seniorské křehkosti a omezenou funkční rezervou. Tato populace stále narůstá a podle výsledků evropské studie SHARE trpí nejméně 14–18 procent seniorů nad 65 let se syndromem křehkosti, která je ohrožuje zdravotními komplikacemi, ale také klesající zdatností, omezenou pohyblivostí a ztrátou soběstačnosti.

Projekt SPRINTT se zaměřuje na vyvinutí a ověření nejučinnějších strategií k zabránění negativních zdravotních dopadů fyzické křehkosti a sarkopenie. V rámci randomizované kontro-

lované klinické studie bude nejprve zpřesněn koncept a klinická definice fyzické křehkosti a sarkopenie a identifikována cílová populace, u níž by preventivní intervence vedly k maximu efektu. V klinické studii zahrnující 1700 křehkých pacientů s klinikou významnou sarkopenií bude ověřována multikomponentní (multimodální) intervence jako model pro preventivní program veřejného zdravotnictví. Současně budou vyhledány biologické a klinické markery pro *screening*, diagnózu a monitorování průběhu křehkosti, sarkopenie a dysmobility.

Lze už nyní shrnout výsledky této činnosti?

Jedním z významných problémů pro současný zdravotnický systém je narůstající segment pacientů seniorů označovaných jako křehcí a multimorbidní,

ohrožených ztrátou soběstačnosti. Z těchto důvodů byli (a stále jsou) vyloučeni z klinických hodnocení. Informace o účinnosti a bezpečnosti léčiv získané v klinických studiích na populaci obvykle středního věku s minimem komorbidit a dobrou adherencí jsou tak extrapolovány i na křehké seniory.

Projekt SPRINTT díky zpřesnění definice křehkosti a jednoznačnými diagnostickými kritérii včetně biologických markerů fyzické křehkosti a sarkopenie umožní, aby Evropská léková agentura zahrнула v budoucích klinických hodnoceních i tuto „specifickou“ populaci (podobně jako dětskou nebo populaci s chronickým onemocněním ledvin). Výsledky klinické studie SPRINTT vzhledem ke dvouletému intervenčnímu programu lze očekávat nejdříve počátkem roku 2019.

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

V projektu SPRINTT je zapojeno více než 30 partnerských organizací z 9 evropských zemí. Nejvýznamnější aktivitou je vlastní klinická studie SPRINTT, kde je Česká republika zastoupena dvěma klinickými centry (VFN v Praze a Slezská nemocnice v Opavě). Geriatrická klinika 1. LF UK a VFN je koordinujícím centrem pro východoevropský region (*koordinátorem je právě prof. Topinková – pozn. red.*). Od března 2016 probíhá v ČR nábor pacientů, kteří již úspěšně absolvovali první měsíce. Čeští vědci se však podílejí i na dalších pracovních balíčcích – tvorbě regulačního konsenzu, validizaci diagnostických nástrojů (nyní například skórovacího systému SARC pro *screening* sarkopenie v primární péči) a na edukačních aktivitách pro odbornou a laickou veřejnost.

Jak vnímáte IMI, kde část prostředků hraje evropská komise a část farmaceutický průmysl?

Jde zcela nepochybně o významnou formu financování, která umožňuje transparentní spolufinancování výzkumu včetně vybraných klinických hodnocení. V případě projektu SPRINTT nejde o klinické hodnocení léčiva, ale o behaviorální intervenci. Přesto je spolupráce s farmaceutickým průmyslem a Evropskou lékovou agenturou významná, protože například jeden z pracovních balíčků projektu SPRINTT je zaměřen na regulační aktivity – konkrétně na definování geriatrické křehkosti, sarkopenie a disability jako jednoho z významných parametrů pro hodnocení účinnosti farmakologické léčby u geriatrických nemocných. U starších pacientů je nezbytné při hodnocení účinnosti farmaka na projev konkrétní choroby zhodnotit i celkový efekt na kvalitu života, ale především na funkční schopnosti, například mobilitu, nezávislost v sebeobsluze a celkovou fyzickou i psychickou zdatnost.

Diagnostický test rozpozná Ebolu do půl hodiny

Společné konsorcium Filodiag se stalo jedním z osmi výzkumných týmů, které na zadání Evropské komise pracují na vývoji rychlých diagnostických testů a vakcín. Českou republiku v konsorciu reprezentují vědci Mendelovy univerzity v Brně.

Iniciativa IMI Ebola+, v jehož rámci Filodiag probíhá, pracuje na urychlení diagnostiky viru Ebola pomocí specificky modifikovaných paramagnetických částic.

„Spolehlivě diagnostikovat Ebolu je doposud možné jen laboratorně na specializovaných pracovištích. Ta se v afrických podmínkách mohou nacházet i stovky kilometrů od pacienta. Než test podstoupí, může uběhnout i několik dní, což je pro nemocného i jeho okolí fatální,“ uvedl hlavní řešitel projektu, biochemik a prorektor Mende-

lovovy univerzity v Brně prof. RNDr. Vojtěch Adam, Ph.D.

V terénu bez laboratoře

Test, který tým profesora Adama vyvíjí, bude moci spolehlivě detekovat virus z krve pacienta do půl hodiny. To je několikrát rychlejší než současná laboratorní diagnostika.

Co je ale podstatnější – k diagnostice nebude zapotřebí ani laboratoř, ani žádné jiné specializované pracoviště. Zdravotníci tak budou moci testovat pacienty přímo v terénu i na odlehlých místech a výsledky

budou mít k dispozici za 15 až 30 minut.

„Diagnostika probíhá za použití specificky modifikovaných paramagnetických částic, na které se váží viry. Krev pacienta se odebere pomocí *cartridge* a vzorek i s přidanými částicemi se vloží do speciálního přístroje velikosti mobilního telefonu, který vyvíjí náš německý partner. Koncentrováním a jednoduchou lýzou, tedy rozložením virů, se dostaneme k jejich nukleové kyselině, ze které dokáže přístroj pomocí polymerázové řetězové reakce virus detekovat,“ vysvětlil prof. Ing.

René Kizek, Ph.D., z Laboratoře metalomiky a nanotechnologií Mendelovy univerzity v Brně, kde výzkum probíhá.

Jako rychlá diagnostika chřipky

Na výzkum a vývoj detekčního testu získala Mendelova univerzita v Brně dotaci přes 6,5 milionu korun. Vychází při tom ze svého *know-how* – z diagnostického testu chřipkového viru, který vědci vyvinuli před dvěma lety. Vědci využívají nanočástice, na které váží biomolekuly. Protože výzkumníci z Mendelovy univerzity v Brně ne-

možou při vývoji testu pracovat se skutečným virem Eboly, při svých experimentech využívají právě virus koňské chřipky.

Partneři mezinárodního projektu

Diagnostickou část projektu má univerzita na starosti společně s německou firmou GNA. Mendelova univerzita pracuje na metodě izolace viru z krve, německý partner na základě toho vyvíjí přístroj, který dokáže virus detekovat. Další z partnerů, italský Národní institut pro infekční nemoci Lazzaro Spallanzani, bude ve spolupráci s humanitární organizací EMERGENCY zkoumat test přímo v terénu v Africe.

KLINICKÉ STUDIE

Do vývoje nových léků investujeme desítky miliard ročně

Vedoucí oddělení klinických studií společnosti Sanofi v ČR **MUDr. Martin Rek** hovoří o možnostech výzkumu a vývoje nových léčiv, o podmínkách v ČR i ve světě nebo některých etických aspektech, které mohou klinická hodnocení provázet.

V jakých oborech nyní probíhají v Sanofi klinické studie a můžete našim čtenářům přiblížit, čeho se týká a o jaké jde fáze?

Sanofi se soustředí na vývoj nových léčiv v několika terapeutických oblastech. Jednak v oblastech pro společnost Sanofi „tradičních“, jako jsou diabetologie, onkologie, vzácná metabolická onemocnění, neurologie, kardiologie či vakcíny. Zároveň se snažíme reagovat na společenské potřeby i v dalších oblastech, jako jsou revmatologie, respirační onemocnění nebo oftalmologie. Sanofi již po desetiletí přináší na trh nová inovativní léčiva, a tudíž realizujeme všechny fáze preklinického i klinického vývoje. V Česku provádíme studie od nejčasnějšího podání prvním pacientům (fáze II) až do pozdních fází, kdy je sledována účinnost a bezpečnost léčiva ještě po určité období po uvedení na trh. Nejvíce klinických pracovišť a pacientů je zapojeno do studií fáze III, kdy dochází k potvrzení předpokládané účinnosti a bezpečnosti na širších skupinách nemocných.

V rámci společnosti Sanofi probíhá také vývoj generických léčiv, který je doménou kolegů ze Zentivy. Výsledky jejich úsilí přinášejí významnou přidanou hodnotu u produktů, které již pozbyly patentovou ochranu léku.

Kolik vydáte na klinická hodnocení? Existuje nějaké pravidlo na to, kolik firmy na klinická hodnocení ze svých rozpočtů vynakládají?

Podobně jako v jiných oborech i v sektoru biotechnologicko-farmaceutickém je strategickým rozhodnutím každé společnosti, kolik uvolňuje na investice do vědy a výzkumu (VaV), tedy do možnosti přinést pacientům nové a lepší způsoby léčby jejich onemocnění. Společnosti, jako je naše, v průměru investují do VaV mezi 10 a 20 procenty svých zisků, a pa-



tříme tak mezi sektory s nejvyšším podílem investic do VaV. Sanofi globálně investuje do VaV každoročně okolo 130–140 miliard korun.

Obecně lze říci, že počet nejčastěji prováděných fází III klinických studií bude do budoucna klesat, protože se snižuje počet podaných žádostí na provádění studií. Týká se to i Sanofi? Zaměříte se v tomto ohledu více na rané fáze studií?

Za poslední léta se obecně výrazně prohloubila spolupráce mezi Sanofi, zdravotníky, odbornými lékařskými a patientskými společnostmi a plátcí zdravotní péče, a dochází tak k velmi důkladnému vyhodnocení, která léčiva dávají smysl vyvíjet, aby byla skutečným významným přínosem. Tím je do značné míry určen i program klinického vývoje a s tím související celkový počet klinických projektů. Spektrum nenaplněných medicínských potřeb a zároveň nároků na očekávaný přínos každého nového léčiva se mění a momentální pokles počtu studií může být i odrazem tohoto trendu. V neposlední řadě jsme svědky rostoucího tlaku na ceny léčivých přípravků všude ve světě, Českou republiku nevyjímaje. I tento trend ovlivňuje možnosti společnosti investovat do vývoje a výzkumu nových léčiv.

Podle analýzy klinických studií v ČR, na jejímž vzniku jste se také podílel, významně poklesl počet pacientů nově i celkově zapojených ve studiích, největší pokles je v onkologii. Čím si to vysvětlujete? Mění se terapeutické oblasti často?

Důvodů bude jistě více. Výše jsem zmínil ony nenaplněné medicínské potřeby, jež dnes zásadně určují, kterým směrem VaV půjde. Například před dvěma lety nebyla věnována velká pozornost viru Zika, dnes vnímáme velmi silný zájem o nalezení preven-

tivních a léčebných řešení, do jejichž vývoje je Sanofi na globální úrovni velmi silně zapojena. Není to sice typický případ, ale je to ukázkou, jak rychle se mohou změnit potřeby pacientů, a naši povinnosti a zájem je na ně reagovat. V řadě medicínských oborů dosáhla farmakoterapie zásadních pokroků a rezervy pro další zlepšení jsou pak v dostupnosti a důslednosti léčby.

Zmínujete onkologii, která je jiným dobrým příkladem určité změny trendu. U klinických lékových studií v onkologii se dnes vstupní kritéria nepohybují na úrovni diagnózy či grádu/stagingu nádoru, ale již většinou na často úzce vymezené charakteristice konkrétního typu nádoru a nádorových buněk. I tímto může být ovlivněn nižší počet pacientů zařazených v poslední době. Nebude to však jediné vysvětlení poklesu pacientů v onkologických studiích. Nezřídka také narážíme na omezené kapacity klinických pracovišť v důsledku klesajícího počtu zdravotnického personálu a tím sníženým možностям zapojovat se do těchto mezinárodních výzkumných programů. Je třeba také říci, že metodologie průzkumu měla své limity a v jejím rámci jsme bohužel neměli k dispozici reprezentativní údaje od všech společností a o všech studiích v ČR.

Jaká vnímáte etická úskalí, jimž farmaceutický průmysl či lékaři v této oblasti čelí?

Výzkum dotýkající se lidského zdraví je a bude vždy provázen řadou etických otázek. Například vnímání akceptovatelné míry rizika je ve společnosti různé a také je proměnlivé v čase. Na jedné straně jsou zásadní (a stále rostoucí) požadavky na metodologii, která musí zaručit, že výsledky budou spolehlivé, srovnatelné a dají nám s minimální pochybností odpověď o míře účinnosti/bezpečnosti léčiva. Na straně druhé je nutné uvažovat o každém pacientovi a přínosu, eventuálně riziku pro něho samotného. Za poslední desetiletí se posunul pohled na



Ilustrační foto: Shutterstock

přijatelnost placebem kontrolovaných studií. Koncepty, ve kterých by v „placebové“ části studie pacient nedostával žádnou účinnou léčbu, jsou v řadě indikací již vyloučeny vzhledem k významně účinným dostupným léčebným metodám (možná nejvíce je to patrné u psychiatrických onemocnění). Takzvané placebové studie jsou stále metodologickým základem, ale ne že by pacient v takové studii nedostal účinnou léčbu, pokud je k dispozici.

Stále větší důraz je kladen i na přijatelnou míru „nepohodlí“ pacienta ve studii, například délku období, po které si pacient aplikuje lék podkožní injekcí, z jejíž aplikace nebude mít část pacientů ve studii konkrétní užitek. Bez takového uspořádání studie nelze na jedné straně získat spolehlivé a objektivní informace o účinnosti léčiva, ale současně je tu otázka, jak velkou míru nepohodlí lze u pacienta připustit.

Trendem poslední doby je spolupráce v rámci soukromého sektoru nebo mezi veřejnou a soukromou sférou. Účastní se Sanofi nějaké takové pozitivně „abnormální“ spolupráce? Program VaV Sanofi není založen čistě na vnitřních zdrojích, ale spolupráce s dalšími partnery je nedílnou součástí. Partnerství máme s řadou akademických pracovišť ve světě, často s univerzitami, spolupracujeme v konsorciích v rámci evropských programů pro inovace, například Innovative Medicines Initiative (IMI), s vládními výzkumnými laboratořemi například v oblasti již zmíněného viru Zika, ale také se soukromými společnostmi v oblastech vývoje nového léčiva

nebo i s firmami z jiných sektorů, jako je Google LifeSciences.

Lze vypočítat, kolik například velká fakultní nemocnice uspořádá na léčích, pokud se do klinických hodnocení zapojí? Má s tím vlastní náklady? A jaké jiné výhody jí to vedle finančních úspor nese?

Ve větších nemocnicích mohou roční úspory na léčích v souvislosti s účastí v klinických hodnoceních dosáhnout řádů několika desítek milionů korun. Je ale nutné říci, že pokud vím, není zavedená jasná metodika a údaje tohoto typu nejsou systematicky shromažďovány.

Realizace klinických studií se postupně přesouvá na rozvoje východoasijské farmaceutické trhy. Co tato změna přináší evropskému trhu a jak společnosti chrání konkrevní spotřebitele před možnými riziky?

V jihovýchodní Asii, například v Jižní Koreji, vzniká řada velmi technologicky vyspělých pracovišť. Jedná se o špičkově vybavená a zorganizovaná klinická pracoviště s možnostmi rychle zahájit a precizně realizovat i velmi náročná klinická hodnocení. Dále do oblasti biofarmacie vstupují i společnosti z jiných sektorů, které se vývojem a výrobou léčiv nezabývaly, ale mají zkušenosti s vysoce technologicky náročnými provozovými, mají silné finanční zázemí a mohou vstoupit například na pole takzvaných biosimilars. Evropa na tyto trendy reaguje, dochází ke změnám v regulacích, které by měly přispět ke zrychlení a zefektivnění zejména administrativní části realizace studií. (klu)



**MEDICAL
SERVICES**



Zajišťujeme kvalitní komplexní služby na míru:

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

www.medical-services.cz

FARMABYZNYS

Transparentní spolupráce **spuštěna**

Členské společnosti Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) loni vydaly 300 milionů korun na vzdělávání zdravotnických odborníků. Informace o tom, jaké částky farmaceutické společnosti zdravotnickým odborníkům poskytují a na jaké účely, jsou zveřejněny na internetovém portálu www.transparentnispoluprace.cz.

Kontinuální vzdělávání lékařů a lékárníků v oboru, vzájemná spolupráce na odborných materiálech a účast na vzdělávacích kongresech je přínosem pro ně i pro pacienty. „Lékařům poskytujeme informace o nových metodách a přispíváme k jejich dalšímu vzdělávání,“ vysvětluje výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček.

Výzkum a vývoj nových léků

Farmaceutický průmysl úzce spolupracuje s lékaři i na vývoji nových léků a léčebných metod. Jen loni členské společnosti na tuto spolupráci vynaložily 1,3 miliardy korun. „Jedná se o vzájemně prospěšný vztah. Lékaři mají cenné poznatky z praxe, které nám umožňují přizpůsobit výzkum tak, abychom rychleji vyvinuli účinnou a bezpečnou léčbu,“ říká Jakub Dvořáček.

Vztahy farmaceutických společností a lékařů jsou přísně regulovány prostřednictvím legislativy a etických kodexů. Projekt Transparentní spolupráce jde v regulaci ještě dále. „Tato celoevropská ini-

ciativa je samoregulačním projektem farmaceutických společností, který přispívá ke zprůhlednění a objasnění principů spolupráce mezi odborníky a farmaceutickými společnostmi. V České republice se jí účastní celkem 41 inovativních i generických společností,“ informuje ředitel Dvořáček. „Veřejnost musí být o hospodaření s veřejnými prostředky informovaná průběžně a v tomto směru považuje ministerstvo zdravotnictví iniciativu Transparentní spolupráce za pozitivní a potřebný článek v evropském zdravotnickém systému, který přináší světlo na platby ve zdravotnictví a tím zabraňuje jejich zneužívání pro účely, které by mohly vést k nesprávným postupům při poskytování zdravotní péče,“ říká náměstkyně ministerstva zdravotnictví JUDr. Lenka Teska Arnoštová, Ph.D.

Údaje za rok nazpět

Data zpětně za rok 2015 jsou přístupná od 30. června. Je možné vyhledat částku, kterou poskytla konkrétní farmaceutická firma nebo kterou přijalo konkrétní

zdravotnické zařízení či lékař. Hledajícímu se zobrazí celková roční částka poskytnutá v jedné z kategorií. Ty tvoří plnění spojená s výzkumem a vývojem, odměny za

odborné konzultace a příspěvky na náklady akcí. Do této části spadá například náhrada za čas strávený přípravou na odbornou přednášku na kongresu.

Data o spolupráci budou zveřejňována vždy jednou ročně. „Prostřednictvím iniciativy chceme posílit důvěru veřejnosti ve spolupráci lékařů s farmaceutickým průmyslem. Jsou to právě pacienti, kterým tato spolupráce ve výsledku prospívá. Díky ní se rychleji dostanou k moderním a účinným lékům,“ uzavírá Jakub Dvořáček.

(Zdroj: AIFP)

(red)

V ČR přibudou v následujících dvou letech tři nová onkologická biosimilars

Od roku 2006 bylo v Evropě schváleno více než dvacet biosimilárních léků. V následujících dvou letech se v ČR očekává vstup tří nových biosimilárních léků, které zvýší dostupnost léčby pro onkologické pacienty.

„Biosimilární přípravky přinášejí úsporu nejen díky o 15 procent nižší úhradě a ceně, ale i vytvořením konkurenčního prostředí. Důležitá je především skutečnost, že vzniklé úspory mohou být použity pro léčbu více pacientů,“ říká výkonný ředitel České asociace farmaceutických firem Martin Mátl. Příkladem, který potvrzuje zvýšení dostupnosti biologické léčby díky biosimilars, může být vývoj spotřeby přípravků s účinnou látkou filgrastim, které se používají jako podpůrná terapie

u onkologických pacientů. Během 5 let po vstupu biosimilárního filgrastimu jeho spotřeba stoupla bezmála na dvojnásobek. Celkové náklady však zůstaly stejné. 80 % pacientů léčených filgrastimem v roce 2015 dostalo právě biosimilární přípravek.

Podobný vývoj lze očekávat po vstupu biosimilárních monoklonálních protilátek do onkologie a hematookologie. Právě náklady na léčbu nádorových onemocnění patří k nejvyšším. „Počet onkologických pacientů neustá-

le roste, i kvůli tomu náklady jen na dvě nejužívanější látky – trastuzumab a rituximab – vysoko převyšují miliardu korun. To je více, než kolik činí náklady na 20 nejužívanějších léků dohromady,“ upozorňuje Martin Mátl. V příštích dvou letech lze očekávat registraci hned tří biosimilárních přípravků. Kromě zmíněného trastuzumabu a rituximabu je to navíc ještě pegfilgrastim, který je podpůrným lékem při chemoterapeutické léčbě.

(Zdroj: ČAFF)

(red)

Krátce z (farma)byznysu

• **Svaz zdravotních pojišťoven ČR (SZP)** zveřejnil nový seznam doporučených léků s výhodnou úhradou. Od 1. 7. 2016 mají členské pojišťovny SZP ČR nasmlouvanou sníženou cenu pro přípravky Benepali. Jedná se o první biologický přípravek zařazený na pozitivní listy zdravotních pojišťoven. Cena je dohodnutá na období 6 měsíců, tedy do konce roku 2016. „Nově dohodnutá snížená cena uspoří náklady zdravotnických zařízení při poskytování péče a umožní léčbu vyššího počtu pacientů,“ uvedl prezident SZP Ladislav Friedrich.

• **Výrobce zdravotnických potřeb a pomůcek Hartmann-Rico** loni zvýšil tržby o 7 % na 4,2 miliardy korun. Loňský zisk činil 237,2 milionu korun, což je o 40 % meziročně méně. Společnost loni investovala do modernizace výroby 58 milionů, letos se chystá investovat dalších 100 milionů, aby si udržela náskok před konkurencí. Zhruba dvě třetiny produkce míří na export. Za-

tímco vývoz míří do sesterských společností, v Česku se výrobky prodávají nemocnicím, lékárnám, lékárenským velkoobchodům a jiným zdravotnickým zařízením.

• **Rozhodnutí Britů** vystoupit z Evropské unie postavilo Brusel i před otázkou, kam se přesune sídlo **Evropské lékové agentury (EMA)**, které dosud bylo v Londýně. V Británii jako nečlenské zemi EU nebude moci zůstat. Velký zájem o sídlo EMA projevila například Itálie, ale i Švédsko a Dánsko.

Zatím není jasné, jestli Británie zůstane do EMA zapojena. Taková možnost existuje v případě, že by získala i po odchodu z EU přístup na společný evropský trh – příkladem je třeba Norsko, které s EMA spolupracuje i jako nečlenská země unie. Kdyby však Britové ze systému EMA vypadli, pocití to podle Reuters tamní pacienti. Mohlo by se například stát, že budou déle čekat na léky, protože firmy budou při schvalovacích procesech a zásobo-

vání dávat přednost silnějšímu evropskému trhu.

• **Americká biotechnologická společnost Monsanto** odmítla vylepšenou nabídku německého koncernu **Bayer** na své převzetí. Je ale ochotna o něm dále jednat s Bayerem i s jinými stranami. Bayer zvýšil svou nabídku na převzetí americké společnosti na 125 dolarů za akcii (z původních 122 dolarů). Spojením by vznikl největší dodavatel produktů pro zemědělskou výrobu na světě. Monsanto uvedla, že její správní rada nejnovější nabídku Bayeru jednomyslně odmítla jako „finančně neadekvátní a nedostačující“ k tomu, aby se obchod uskutečnil.

• **Maďarská farmaceutická společnost Richter** koupila za 190 milionů švýcarských franků švýcarskou farmaceutickou firmu **Finox Holding**. Akvizice je součástí snahy společnosti Richter rozšířit svoji pozici a snížit závislost na ruském trhu,

ktej je zasažen sankcemi EU, a na Ukrajině, již trápí hospodářská krize. Generální ředitel Richteru Erik Bogusch uvedl, že akvizice je jednou z největších za poslední roky a firma ji bude financovat hotovostí. Dohoda by měla zvýšit ziskovost od prvního roku od dokončení. V letošním roce má zvýšit příjmy o 15 milionů eur.

• **Společnost Contipro**, která vyrábí látky a produkty pro lékařství, farmaceutický a kosmetický průmysl, plánuje letos zhruba 10% růst tržeb. Minulý rok činily přibližně 520 milionů korun, zisk před zdaněním dosáhl 75 milionů korun, o 12 % více než rok předtím. Navýšení obou ukazatelů je dlouhodobé, řekl předseda představenstva Vladimír Velebný. Contipro je známé především jako výrobce kyseliny hyaluronové, se kterou se zákazníci setkávají v kosmetických a farmaceutických přípravcích. Postupně se zvyšuje využití této látky v medicíně, zvláště tkáňovém lékařství.

• **Farmaceutická společnost Pfizer** investuje 350 milionů dolarů do výstavby biotechnologického centra v Číně, které bude jeho prvním biotechnologickým centrem v Asii. Pfizer se tak zařadí k dalším velkým farmaceutickým firmám, jež si zřizují pracoviště na druhém největším farmaceutickém trhu světa, aby si zajistily rychlejší schvalování svých produktů.

Centrum bude ve městě Changzhou a dokončeno by mělo být v roce 2018. Má se soustředit na biologické léky vytvořené z žijících mikroorganismů a na biosimilars.

• **Laboratoře Diagnostika a Centrolab** nově spadají pod laboratorní skupinu **AeskuLab**. Tyto akviziční změny jsou součástí nové strategie AeskuLab, jejímž cílem je rozšiřování dostupnosti a odbornosti laboratoří po celé České republice.

(Zdroje: ČTK, SZP, AeskuLab)

(kha)

V SRN zasedal „lékařský parlament“

Zajistit lepší podmínky zdravotní péče pro pacienty i dobré pracovní podmínky pro zdravotníky – již tradičně v tomto duchu proběhl v květnu v Hamburku 119. den německých lékařů, který je vnímán jako jakýsi „lékařský parlament“, jak uvádí vedení spolkové profesní komory.

Novinkou byl tentokrát požadavek zkvalitnit rovněž péči o migranty. Lékaři se postupně věnovali nejrušnějším skupinám pacientů. Například podpořili větší právní ochranu těch, u nichž není vždy plně přítomna schopnost samostatně rozhodnout o léčbě, zejména pokud jde o děti, mladistvé či osoby s duševním postižením.

Dále požadovali zlepšení podmínek pro nemocné v poslední fázi života s tím, že resortní ministerstvo je těmto návrhům nakloněno. Jedná se například o zdůrazněné postavení rodinných lékařů při ambulantní paliativní péči,

kteří by se mj. měli stát partnery týmů v ústavní a polostacionární oblasti. Stejně tak je třeba lépe zajistit specializovanou ambulantní paliativní péči. Podle lékařů si pacienti zpravidla přejí prožít poslední fázi svého života pokud možno v domácím prostředí.

Zajistit finance i studijní místa

Německo patří k zemím, kde se minimálně stávkuje. Na tisíc zaměstnanců tu ročně připadá jen zhruba 16 pracovních dnů zatížených stávkou či spory. Ve Velké Británii jde o 26 dnů, v Dánsku

106 a ve Francii 150 dnů. Lékaři proto nevidí důvod, proč by německý stát měl zákonem vynuocovat jednotné mzdové tarify a zavádět novou podobu odborového zastupování zdravotníků – tyto předpisy by se měly zrušit. Podobně delegáti kritizovali pracovní podmínky v nemocnicích. Od roku 1991 poklesly finanční příspěvky spolkových zemí na investice o 30 miliard eur, což zhoršuje péči o nemocné a personál nedostatky kompenzuje na svůj úkor. Za nezbytné označili účastníci dne lékařů, aby stát a spolkové země ročně přispívaly na nemocnice nejméně 3 miliardami eur. Dotkli se také potřeby zajistit dostatek studijních míst pro budoucí lékaře. Ve starých spol-

kových zemích jich bylo 12 tisíc, nyní jich v celém sjednoceném Německu zbylo 10 tisíc, ačkoli v nových zemích přibývalo 8 fakult.

Vliv EU a pracovní doba

Lékaři poukázali na to, že instituce Evropské unie by ani nadále neměly příliš zasahovat do zdravotnictví, jež by mělo zůstat doménou jednotlivých států. Na druhou stranu ale také padla slova o tom, že by novelizace evropské směrnice k pracovní době neměla vést k jejímu „rozměnění“. Pokud se rozšíří maximální týdenní pracovní doba, nesmí to být na úkor zdravotníků v podobě nepřiměřené zátěže. Německý zákon k této oblasti musí garantovat dostatečný odpočinek.



Ilustrační foto: Shutterstock

Lékaři trvají na tom, aby „čekání na práci“ v rámci pohotovostních služeb spadalo do pracovní doby a aby nové přehodnocování této oblasti neznamenovalo zhoršení podmínek zaměstnanců. Vybránil politicky odpovědné činitele, ale i pojišťovny jako „zaměstnavatele“ k tomu, aby se na úrovni EU postavili proti takovému riziku.

Vladimír Boškova

Boj proti ilegálním lékům

Německý spolkový kriminální úřad a stejně tak Časopis německých lékáren (DAZ) informovaly o celosvětové akci PAN-GEA IX, která proběhla ve dnech 30. května až 7. června za účasti více než stovky států, jež se podílejí na boji proti ilegálnímu internetovému obchodu s léky a dalšími produkty.



Ilustrační foto: Shutterstock

Za spolupráce s Europolem, celníky, ale také s farmaceutickým průmyslem se v jediném týdnu zachytilo přes 12 milionů ilegálních léčiv (tablet, kapslí, ampulí aj.), v SRN jich bylo více než 50 tisíc. Celosvětově se jedná o hodnotu 53 milionů dolarů (47 milionů eur). Bylo zatčeno 393 lidí. Léky, které buď nejsou v příslušných zemích povoleny (např. mají nepřipustné nežádoucí účinky), nebo ve skutečnosti žádnými léčivými nejspouš, bývají nabízeny ilegálními internetovými lékárnami. Nejčastěji pocházejí z Asie, Singapur, Číny, zmíněno je ovšem také Polsko aj. Někdy se jedná o údajné přípravky proti rakovině nebo k testování různých nemocí, ale jde také o přípravky na vlasy atd. (masti, prášky, tekuté produkty), výjimkou nejsou ani chirurgické přístroje aj.

Policejní úřady v SRN od uzavření předchozí akce PANGEA VIII vyšetřují v 89 případech největší mezinárodní organizované provozovatele 60 internetových stránek, jež prodávají v Německu nepovolené produkty. Jak sdělil kriminální úřad, cílem je nabídku ilegálních výrobků omezit a také informovat obyvatelstvo, aby si více uvědomilo rizika. Lidé by si měli na zveřejněných webech ověřovat, zda internetová lékárna skutečně má úřední povolení. Jinak se vystavují zdravotním komplikacím, ale někdy také pokutě, kterou lze udělit soukromé osobě, pokud do SRN doveze neschválený přípravek. Výjimkou nejsou ani případy, kdy člověk za nabídnutý lék zaplatí, ale žádnou zásilku neobdrží.

(via)

Krátce ze světa

- **Dětský fond OSN (UNICEF)** varoval, že v **Nigérii** hrozí smrt hladem přibližně 49 tisícům dětem, které žijí v oblastech donedávna ovládaných islamistickým hnutím Boko Haram. Vážnou podvýživou trpí v nigerijském státě Borno na severovýchodě země až čtvrt milionu dětí. Nejohroženější z nich potřebují naléhavě lékařskou péči. UNICEF proto vyzval světové charity a dárcy k rychlé reakci. Organizace podle svých slov zatím dostala necelou polovinu z původně požadovaných 55,5 milionu dolarů, přičemž nyní je potřeba ještě větší částky. Oblasti, kde se postižené děti nacházejí, byly nepřístupné do doby, než je mezinárodní síly na začátku letošního roku osvobodily od islamistického hnutí Boko Haram.

- V **Jižním Súdánu** zemřelo 11 lidí na cholera a zemi může hrozit epidemie této choroby. Dětský fond OSN (UNICEF) uvedl, že zatím je registrováno 72 případů podezření na nákazu cholerou, z čehož 36 v hlavním městě Jubě. Jihosúdánské ministerstvo zdravotnictví zatím vypuknutí epidemie nevyhlásilo, protože vzorky ještě procházejí závěrečnými testy. Nicméně úřady již začaly realizovat nouzový plán pro případ, že se cholera potvrdí. Loni zemřelo v Jižním Súdánu na cholera 47 lidí a o rok dříve 167.

- Ve **Spojených státech amerických** byl zaznamenán první případ

přenosu viru Zika sexuálním stykem z ženy na muže. Dosud přitom zdravotníci věděli jen o případech, kdy nákazu na ženu přenesl její partner. Informovalo o tom Středisko pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC). Podle CDC se nákaza prokázala u muže, který v předchozím roce vůbec nepobýval mimo území USA. Virem ho nakazila mladá žena, s níž měl nechráněný pohlavní styk a která se vrátila ze země, kde se Zika běžně vyskytuje a kde virus přenáší zejména komáři. V USA již bylo nahlášeno více než 1130 případů nákazy virem Zika, koncem června si virus vyžádal první oběť, na nákazu zemřel senior ze státu Utah. Většina nemocných se virem nakazila na cestách po zemích či regionech s výskytem infekce nebo pohlavním stykem s infikovanými osobami. Přenos komárem nebyl v USA dosud zaregistrován.

- Ve **Venezuele** sílí protesty kvůli nedostatku léků a zdravotnického materiálu v tamních nemocnicích. Více než desítky lékařů státní nemocnice v Méridě drží hladovku, k níž některé z nich vyprovokovalo úmrtí pacientů právě kvůli chybějícím lékům. Stovky mediků se raději snaží odkládat zahájení kariéry a v Caracasu v dětské nemocnici vyvěšují plakáty s žádostí o pomoc. Na akutní nedostatek léků a zdravotnického materiálu upozorňují už řadu měsíců také nevládní

organizace, které požadují, aby vláda umožnila humanitární pomoc ze zahraničí. Vláda ale popírá, že vůbec nějaká krize existuje. Minulý měsíc navíc nejvyšší soud vyhověl stížnosti prezidenta Nicoláse Madura a zrušil zákon o řešení humanitární krize, který předtím přijal parlament. Prezident Maduro, hrdý na výsledky venezuelského zdravotnictví z dob svého předchůdce Huga Cháveze, odmítá, že by země potřebovala humanitární pomoc. Stěžovatelé podle něj problémy přehánějí. Nicméně zástupy Venezuelanů denně přecházejí hranice s Kolumbií, kam chodí pro léky i za zdravotní péči.

- **Ukrajinská** policie zatkla náměstka ministra zdravotnictví Romana Vasylyšyna kvůli podezření z korupce spočívající ve vymáhání úplatků od lékařů. Podle prohlášení kyjevské prokuratury náměstek Vasylyšyn zavedl „systém vydírání lékařů“, kteří museli dávat úplatky, aby mohli vykonávat svou lékařskou praxi. Týkalo se to zejména chirurgů v Olexandrovské nemocnici – náměstekovi ministra platili, aby směli operovat. Kyjevská prokuratura na svém facebookovém účtu uvedla, že Vasylyšyn byl zadržen při činu. Žádné podrobnosti o zásahu ale neuvědla. Při zadržení a domovních prohlídkách bylo u Romana Vasylyšyna zabaveno 50 tisíc dolarů a 320 tisíc hřiven.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

ZE SPOLEČNOSTI

Doktorfest 2016

Poslední květnový pátek a sobotu proběhl v Písecké bráně nedaleko Pražského hradu 4. ročník multizánrového festivalu lékařů a lékařek, kteří se vedle své profese věnují i umělecké činnosti a dosahují na tomto poli profesionálních výkonů.

„Správný doktor má být vždycky tak trochu rocker – přesvědčený o správnosti svého konání, stát si za svým a mít jasný názor, ať už na pódiu nebo při sdělení diagnózy,“ říká zakladatel festivalu MUDr. Zdeněk Hříbal z oddělení dětské sonografie FN Motol.

Pestrý program i pomoc dobré věci

Pátek patřil vernisáži fotografické výstavy MUDr. Pavla Ochoňského s názvem Kolem světa. K atmosféře přispěl koncert sborového zpěvu v podání smíšeného pěveckého sboru Post Scriptum, v jehož řadách působí také lékaři.



Divize Medical Services byla mediálním partnerem letošního ročníku Doktorfestu.

V sobotu se konala soutěžní přehlídka hudebních kapel. Zvítězila skupina JIScream. Pro rodiny s dětmi byl připraven Bebífest, soutěžní a zážitkový festival, který nabídl zábavné workshopy a soutěže nejen se zdravotnickou tematikou. Návštěvní-



Vítězem soutěžní přehlídky hudebních kapel se stala skupina JIScream. | Foto: 3x archiv pořadatele

ci si také mohli nechat vyšetřit zrak, ochutnat české i exotické pivo či soutěžit o poukaz na řízení simulátoru dopravního letadla Airbus A320.

Součástí letošního ročníku byla benefice pro Nadaci Dětský mozek. Nadace od svého založení v roce 1992 pomáhá poskytováním finančních příspěvků osobám s postižením nervového systému nebo zařízením, která jim zabezpečují respitní a domácí péči, asistenční službu nebo vzdělání. Jedním ze zakladatelů je děkan 2. LF UK a přednosta Kliniky dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Vladimír Komárek, CSc.

Na dobrovolném vstupném se letošně vybralo téměř 18 500 korun. Výítěžek byl věnován Dennímu stacionáři Akord, který Nadace Dětský mozek dlouhodobě podporuje. Zaměstnanci a dobrovolníci stacionáře připravili pro so-

botní Bebífest hry a jiné činnosti, které jsou uzpůsobeny pohybovému omezení klientů. Návštěvníci si tak vyzkoušeli například malování bez rukou či hru boccia, podobnou francouzskému pétanque, určenou lidem s těžkým tělesným postižením. Denní stacionář Akord od roku 1995 poskytuje služby osobám od 6 do 45 let s mentálním postižením či kombinovanými vadami, které jsou v důsledku svého handicapu závislé na pravidelné pomoci a podpoře tzv. asistenta, což jim zneumožňuje využívat služeb běžných institucí nebo rodinného prostředí.

Letošního ročníku festivalu, který se uskutečnil pod záštitou radního hlavního města Prahy Ing. Radka Lacka, se zúčastnilo více než 1500 návštěvníků.

Více informací naleznete na www.doktorfest.cz či facebooku Doktorfest. (eta)



Pořadatelé Petr Mändl a Vladana Rýdlová

Běžeczký závod v prostorách Thomayerovy nemocnice

14. června pořádala Thomayerova nemocnice první ročník unikátní charitativní akce Běh pro Thomayerku. Své síly v závodě změřili zaměstnanci Thomayerovy nemocnice, Institutu klinické a experimentální medicíny a hlavního sponzora akce, společnosti TPA Horwath.

Fandili i mufloni

Prvního ročníku charitativního Běhu pro Thomayerku se zúčastnilo celkem 66 jednotlivců a 18 týmů pro štafetový běh. Běžci si mohli vybrat kratší trasu dlouhou 4,2 km, delší trasu na 8,4 km nebo štafetový běh pro čtyřčlenné týmy na trase 4x 2,1 km. Unikátní bylo ale pře-

devším místo závodu – běhalo se totiž přímo uvnitř areálu Thomayerovy nemocnice, a to v podvečerním provozu. Závodníci tak museli dát občas přednost vozům záchranné služby a nejednou se na trati setkali i s muflony, které závod v jejich teritoriu velmi zajímal. Vše se ale obešlo bez jakýchkoli kolizí. Zá-

štitu nad akcí převzal ředitel Thomayerovy nemocnice doc. MUDr. Zdeněk Beneš, CSc.

Pro dobrovolníky s psy a kočičkou

„Peníze vybrané ze startovného budou použity na nákup materiálu na rukodělné dílny na oddělení geriatry a následné péče a na podporu zooterapie v nemocnici. Dílny jsou součástí tréninku kognitivních funkcí a pacienti oddělení geriatry si nejen procvičí motoriku a naučí se novou techniku tvorby, ale zároveň si ukrátí čas hospitalizace vyrobením vlastního výrobku,“ říká Dagmar Hrubcová, vedoucí dobrovolnického centra Lékořice při Thomayerově nemocnici, které tyto aktivity zajišťuje. „Do nemocnice v rámci zooterapie v současné době dochází za pacienti dobrovolníci se psy i s kočkou či králíkem. Celkem se tu střídá šest různých pjsků. Díky prostředkům ze startovného budeme moci pro zooterapeutická zvířátka nakoupit pamlsky,“ dodává Dagmar Hrubcová. Na startovním se celkem vybralo 22 100 Kč. (red)



Závodu ve prospěch pacientů „Thomayerku“ se zúčastnil i přednosta Kardiocentra a Kliniky kardiovaskulární chirurgie IKEM prof. Jan Pirk. | Foto: archiv Thomayerovy nemocnice

Pozvánka na Festival vědy 2016

Navštivte zábavnou vědecko-technickou laboratoř. Otevřena bude na pražském Vítězném náměstí, řečeném „Kulaťák“.

Festival vědy se koná ve středu 7. září od 8.30 do 17.30 hodin na Vítězném náměstí v pražských Dejvicích. Na návštěvníky čeká velká vědecká laboratoř pod širým nebem. Populárním a interaktivním způsobem se představí přírodovědné a technické obory hrou, návštěvníci zhlédnou zajímavé prezentace a vyzkouší si nevědecké pokusy. Patronem festivalu je profesor Václav Pačes a jeho tvář herec Martin Myšička.

Festival vědy, který byl v minulých třech letech pořádán pod názvem Vědecký jarmark, je společným projektem Vysoké školy chemicko-technologické Praha a České vysokého učení technického, dále Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR, Domu dětí a mládeže hl. m. Prahy, Národ-

ní technické knihovny a Městské části Praha 6. Hlavním akademickým partnerem akce je Univerzita Karlova, která se bude na festivalu prezentovat prostřednictvím svých fakult.

Festival je letos poprvé zařazen mezi akce konající se v rámci Kampusu Dejvice. Tématem roku je „Bojujeme s viry“. Doprovodný program v prostorách Národní technické knihovny přinese zajímavé projekce na toto téma (HIV, Ebola, malárie, Zika). Mezi další vystavovatele patří např. Kriminologický ústav Praha, Česká zemědělská univerzita nebo Unipetrol, kteří představí zábavnou a hravou formou svou práci. Návštěvníci si tak budou moci na vědu doslova „sáhnout“.

Více na: www.festival-vedy.cz

(red)

„Bulovce“ je už pětáosmdesát

Jedna z největších nemocnic u nás, pražská Nemocnice Na Bulovce, na konci června oslavila 85 let od svého vzniku. Účastníci oslav si připomněli i její pohnutou historii, součástí výročí vzniku nemocnice bylo také odhalení pamětní plakety „Velká Vaceška“.

Ke svému zvláštnímu názvu nemocnice přišla díky příjmení jednoho z historických majitelů vinic, které zde kdysi bývaly, hraběti Bernardu Bullemu z Bullenau, jenž tu vybudoval i barokní zámek. Právě ten začal později sloužit jako vojenský lazaret. Po skončení první světové války byl vypracován program stavby nové veřejné nemocnice. Stavět se začalo v roce 1925 a již v roce 1931 byla Nemocnice Bulovka slavnostně otevřena. Ceremoniálu provázecího tuto akci se tenkrát zúčastnila řada významných hostů v čele s primátorem Prahy JUDr. Karlem Baxou, kterého doprovázeli ministři a mnoho vynikajících lékařů a dalších odborníků.

Všichni měli možnost obdivovat nové zdravotnické zařízení, ojedinele nejen svým technickým či personálním vybavením. Nová nemocnice byla schopna v rámci svých takřka osmi set lůžek zajistit skutečně komplexní a vysoce odbornou lékařskou péči a okruh své působnosti neustále rozšiřovala. Vzniklo zde první specializované urologické oddělení v Československu, v tuberkulózním pavilonu byl zřízen Ústav pro studium tuberkulózy při Univerzitě Karlově. Brzy přestala původní lůžková kapacita stačit narůstajícímu počtu pacientů a bylo přistoupeno k dalšímu rozšíření nemocnice na 900 lůžek.

Nemocnice v protinacistickém odboji

V době druhé světové války byla „Bulovka“ známá po celé zemi. Týmem lékařů a sester z Berlína zde byl po atentátu operován říšský protektor Reinhard Heydrich. Areál nemocnice hlídaly stovky příslušníků SS. 4. června 1942 brzy ráno Heydrich zemřel, údajně na celkovou sepsi. Válečné období představovalo těžkou zkoušku také pro zaměstnance nemocnice. Mnoho z nich bydlelo na svých odděleních a nesmělo se bez vědomí primářů vzdalovat, sestry se nesměly ani vdávat. Byla zavedená týdenní 56hodinová pracovní doba. Navzdory těmto opatřením se nemocnice aktivně účastnila odboje. Během okupace se v jejích prostorách skrývalo mnoho lidí, kterým hrozilo zatčení, byly odtud také tajně zaslány léky a zdravotnický materiál odbojářům. Svou pomoc poskytla i během Pražského povstání v květnu 1945. Těžkou válečnou etapu dějin nemocnice dočasně připomínají pamětní desky a název chirurgického pavilonu, který nese jméno po gestapem umučeném MUDr. Bohumíru Budínovi.



Odhalení pamětní desky a oslav se zúčastnil i potomek původních vlastníků vinice Aleš Kacl se synem. | Foto: Jindřich Makovička

Jako pozůstatek studené války se v nemocnici nachází bunker, který se začal stavět na začátku 50. let jako úkryt pro nemocné i zdravotníky pro případ jaderné války. V roce 1955 byla v nemocnici otevřena jedna z prvních infekčních klinik v Evropě. V 70. letech se nemocnice zařadila mezi pětici pražských fakultních nemocnic a nesla nový název – Fakultní nemocnice Na Bulovce. Dodnes je (i přes „odfakultnění“ z roku 2012) výukovým pracovištěm všech tří pražských lékařských fakult.

Významní gratulanti

Popřát Nemocnici Na Bulovce k jejím 85. narozeninám přišli na konci června kromě ředitelky nemocnice Andrey Vrbovské také Aleš Kacl, potomek původních

vlastníků usedlosti Velké Vacešky, která zde kdysi stála, náměstek pro ekonomiku a přímo řízené organizace ministra zdravotnictví Petr Landa, ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice Dana Jurásková, poradce ministra zdravotnictví Jiří Paděra, ředitel Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Robert Grill a zástupce ředitele odboru zdravotnické služby GR Vězeňské služby Michal Sičák. Součástí připomínky vzniku Nemocnice Na Bulovce bylo odhalení pamětní plakety „Velká Vaceška“ v parčíku před chirurgickým pavilonem. Nemocnice tak pomohla vrátit název jedné z několika vinic a usedlostí, na něž se už dávno zapomělo, i když v minulosti byly významnou součástí území, na kterém se dnes nachází nemocnice. (D)



Inzerce M161000419

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získáte jako dárek **3 sady sklenic (18 ks)**
v celkové hodnotě 1990 Kč

Sady Amundsen jsou určeny těm, kteří mají rádi **čisté, jednoduché tvary** a přitom si potrpí na nevsední design.

Tento nový set z produkce **Crystalite Bohemia** je vyráběn z vysoce kvalitní bezolovnaté skloviny obohacené titanem **pro vyšší lesk, pevnost a odolnost proti oděru**.

Neváhejte!

Tato nabídka platí jen do 18. 9. 2016.

Předplatné na rok pouze za 299 Kč.



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0716**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0716**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku od dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svými písemnými oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesmlá, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou 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 správcem. Bere na vědomí, že má právo dle § 11, 2) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je dobrovolně, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

ZE SPOLEČNOSTI

Nositel Nobelovy ceny ocenil za vědeckou práci tři české studenty

Prestižní ocenění získali letos čeští studenti za výzkum rakoviny a lékových interakcí. Z rukou nositele Nobelovy ceny za chemii Jeana-Marie Lehna převzali Cenu Sanofi za farmacii.

Porota v letošním roce ocenila tři vědecké práce zabývající se výzkumem rakoviny, lékovými interakcemi a preklinickým vývojem léčiv. Vítězní postgraduální studenti z Farmaceutické fakulty v Hradci Králové, Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a Ústavu makromolekulární chemie AV ČR získali cenu 100 000 korun a měsíční stáž ve Francii. Soutěž pro talentované studenty farmacie vyhlašuje Velvyslanectví Francie v Praze ve spolupráci se skupinou Sanofi od roku 2009.

Vítězné práce

Letos porotu nejvíce zaujala práce Evy Koziolové z Institutu makromolekulární chemie AV ČR. V ní zkoumala možnosti léčby těžce léčitelných nádorů bez nežádoucích vedlejších účinků. Druhé místo patří Tomáši Smutnému z Farmaceutické fakulty v Hradci Králové. Ten v uplynulých letech studoval enzymy, které se významně podílejí na metabolismu léčiv a jsou základem pro četné lékové interakce. Třetí příčku obsadila Kristýna Krasulová z Univerzity Palackého v Olomouci, která se ve své

práci zabývala vzájemnou interakcí léčiv.

Slavnostní předání se uskutečnilo 22. června v Buquoyském paláci, sídle francouzského velvyslanectví, za přítomnosti velvyslance Francie v České republice, Jeho Excellence Jean-Pierra Asvazadouriana.

Ocenění laureátům předal profesor Jean-Marie Lehn, vědec, který v roce 1987 společně se dvěma kolegy získal Nobelovu cenu za objev syntetických makrocyclických látek se selektivními vlastnostmi pro vazbu iontů a molekul. (red)



Foto: archiv Sanofi

Den pro rodinu přilákal stovky návštěvníků

Červnový benefiční Den pro rodinu, který pořádá Uherskohradištská nemocnice, navštívilo přes 700 lidí. Výtěžek z akce, jež poputuje na projekt nemocnice Rok mozku, se vyšplhal na 93 tisíc korun.



Foto: 2x archiv Nemocnice Uherské Hradiště

Pro malé i velké návštěvníky byla nachystána spousta atrakcí i edukačních programů. Mohli si prohlédnout policejní vůz, diskutovat se záchranáři nebo vidět ukázkou historického hasičského vozu v akci. Svou práci předvedli také zdravotníci Uherskohradištské nemocnice. Zájemci si tak mohli nechat vyšetřit znaménka, změřit tlak, zkusit rehabilitační cvičení, první pomoc, zjistit pod speciální lampou, jak moc mají či nemají

čistě ruce, nebo namalovat panenku Kiwanis. Nechyběla ani Dětská vědecká kavárna Základní a mateřské školy Čtyřlístek, skákací hrad, jízda na koních nebo golfovém vozíku a mnoho soutěží s bohatou tombolou. Velký úspěch sklídilo scénické čtení herců Slováckého divadla Ireny Vackové, Davida Vackeho a Jiřího Hejcmana. V závěru akce se uskutečnilo losování o hodnotné ceny. (red)

Dvě pozvánky „na Kopeček“

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy zve zdravotníky, jejich pacienty, přátele i známé na 6. a 7. září na Dny pro duševního zdraví 2016.

Dny duševního zdraví

V souvislosti se Světovým dnem duševního zdraví každoročně pořádají v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy pestrou nabídku aktivit pro veřejnost. „Chceme na-

bídnout různé činnosti a rozšířit povědomí o práci v psychiatrické nemocnici. Zároveň chceme přiblížit často tabuizované prostředí i témata, která s duševní nemocí úzce souvisejí. Přijďte si povídat,

hrát, prohlížet, poslouchat, tvořit, cvičit, relaxovat, mlsat i nahlížet do otevřených dveří jednotlivých oddělení,“ říká za realizační tým akce prim. MUDr. Veronika Kotková.

Podrobný program bude dostupný v polovině srpna na: www.pnkosmonosy.cz

Festival Na Kopečku

Další akcí je 13. ročník Festivalu Na Kopečku (psychiatrická nemocnice je skutečně umístěna na kopci nad Mladou Boleslaví, odtud název festivalu), který se bude konat 28. srpna v areálu PN Kosmonosy od 12 do 20 hodin. Tato dnes již tradiční akce je určena pro širokou veřejnost. Podrobné informace najdete rovněž na: www.pnkosmonosy.cz (red)



Foto: archiv PN Kosmonosy

Symposium Hlavalam VIII

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy zve na psychiatrické sympozium Hlavalam VIII, které se zde bude konat 6. října. Letošní hlavní téma je „Jak prožít zotavení s duševně nemocným“.

Program sympozia začíná ve 13 hodin krátkými přednáškami podle programu. Ten spolu s dalšími informacemi najdete na: www.pnkosmonosy.cz, kde se také můžete zaregistrovat. Do Kosmonos ale přijďte raději už o něco dříve – pro zájemce je od 12.15 hodin příprave-

na prohlídka nemocnice s odborným výkladem a prodejní výstava výrobků pacientů. Registrace končí 9. 9. 2016. Místa pořadatel garantuje do naplnění kapacity sálu. Sympozium je určeno pro odbornou veřejnost, je pořádáno dle Sta-

vovského předpisu ČLK č. 16, je zařazeno do celoživotního vzdělávání a garantováno ČLS JEP (4 kredity), AKP (4 kredity), ČAS (4 kredity), ČAA (4 kredity).

Konferenční poplatek činí 350 Kč. (red)



Je kvalifikační dohoda **nutná?**

Uzavírá se při nástupu absolventa lékařské fakulty do zaměstnání vždy kvalifikační dohoda? Pokud ano, musím se po nástupu do práce hned přihlásit do specializačního vzdělávání? Jestliže bych se nepřihlásila, pak by se tedy kvalifikační dohoda neuzavírala a po několika měsících bych mohla přejít do jiné nemocnice? Je vůbec možné po dostudování pracovat bez přihlášení do specializačního vzdělávání? Jedná se mi o to, že v oboru, ve kterém bych chtěla pracovat, je nyní volné pracovní místo jen v poněkud vzdálenější nemocnici, ale zhruba za půl roku by se mohlo uvol-



odpovídá
Mgr. Lenka Vlková

nit místo v jiné, kde bych potom ráda pracovala. Nevím si tedy rady, jak situaci zhruba onen půlrok řešit.

Žádný právní předpis nestanoví povinnost uzavřít kvalifikační dohodu se zaměstnavatelem-nemocnicí. Kvalifikační dohoda je právní institut, jež upravuje zákoník práce, a může být uzavřena mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem za účelem zajištění návratnosti vynaložených nákladů spojených se zvyšováním či prohlubováním kvalifikace zaměstnance. V oblasti zdravotnictví je přitom vyvíjen dlouhodobý tlak na uzavírání těchto dohod s ohledem

na zajištění pracovní mobility zdravotnických pracovníků a ne všechny nemocnice v současné době tuto dohodu vyžadují. Podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, přitom výslovně platí, že účast na specializačním vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace (nikoli za její zvyšování). To znamená, že kvalifikační dohoda může být podle zákoníku práce uzavřena, pouze pokud náklady dosahují alespoň 75 000 Kč.

Specializační vzdělávání není povinné

Žádný právní předpis ani nestanoví povinnost přihlásit se do

specializačního vzdělávání. Zákon pouze stanoví podmínky žádosti o zařazení do oboru specializačního vzdělávání. Lékař je však podle zákona oprávněn vykonávat povolání lékaře již díky absolvování potřebného vysokoškolského studia, i když za zákonem stanovených podmínek (pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru). Zákon předvídá situaci, kdy může být do specializačního vzdělávání lékaře započítána odborná praxe absolvovaná v jiném oboru specializace, pokud její obsah a rozsah odpovídají příslušnému vzdělávacímu programu. Teoreticky by tak bylo možné započítat dobu odpracovanou jinde, což by odpovídalo tazatelčině situaci. Nicméně s ohledem na to, že neznám bližší okolnosti tohoto případu, lze doporučit konzultaci s příslušným odborem ministerstva zdravotnictví (odbor



ilustrace foto: Shutterstock

vědy a lékařských povolání), jelikož ministerstvo zdravotnictví ze zákona poskytuje poradenskou a konzultační službu související se zařazením do specializačního vzdělávání a s jeho průběhem. Poradenskou službu též bezplatně poskytuje Česká lékařská komora, jejímž členem musí každý lékař být.

Práce přesčas a náhradní volno

Jsem lékař a mám pracovní dobu 7:00-15:30 hod. od pondělí do pátku. Mohu po konci pracovní doby nastoupit na práci přesčas trvající od 15:30 až do následujícího dne do 7:00 a ihned si vybrat 8 hodin náhradního volna místo normální pracovní směny tak, že na další pracovní směnu nastoupím až 24 hodin po ukončení práce přesčas?



odpovídá
Mgr. Bc. Petra Vodáková

Nejdéle po 6 hodinách práce náleží zaměstnanci přestávka na jídlo a oddech v trvání nejméně 30 minut, která se nezapočítává do pracovní doby a neposkytuje se na začátku ani konci pracovní doby. Přiměřená do-

ba na oddech a jídlo musí být zajištěna i v případě, že nelze práci přerušit (za těchto okolností se přestávka započítává do pracovní doby). Při rozdělení přestávky musí jedna část činit alespoň 15 minut (v souladu s § 88 ZP). Mezi koncem jedné směny a začátkem další musí být nepřetržitý odpočinek v trvání alespoň 11 hodin. Tento může být ve zdravotnických zařízeních zkrácen až na 8 hodin, pokud však následující odpočinek bude prodloužen o dobu zkrácení (podle § 90 ZP). Práci přesčas je možné nařídít na dobu nepřetržitého odpočinku, nesmí však činit více než 8 hodin týdně. Více hodin je možné požadovat pouze se souhlasem zaměstnance na základě písemné dohody (viz § 93 ZP). Ve zdravotnictví je možné u lékaře dohodnout další práci přesčas, a to výhradně z důvodu pří-

jmu, léčby, péče nebo zajištění přednemocniční neodkladné péče v nemocnici, lůžkovém zdravotnickém zařízení nebo zdravotnickém zařízení zdravotnické záchranné služby – jedná se tedy výhradně o nepřetržitě provozované zaměstnanec souhlasit. Nesouhlas nesmí být v žádném případě k jeho újmě. O takové práci je nutné sepsat dohodu a tuto oznámit příslušnému orgánu inspekce práce. Takováto další dohodnutá práce přesčas:

i) nesmí přesáhnout 12 hodin týdně,
ii) nesmí být vykonána v prvních 3 měsících pracovního poměru,
iii) nesmí být vykonána na základě ústní dohody,
iv) může být okamžitě, a to i bez uvedení důvodu, zrušena (písemně) i ze strany zaměstnance bez újmy,
v) může být písemně vypovězena ve lhůtě dvou měsíců. Pracovní pohotovost se počítá do pracovní doby. Shrnutí: odpověď zní nikoli, uvedené nelze, došlo by tak k porušení ustanovení o maximální délce směny (12 hodin) a rovněž k porušení ustanovení o nepřetržitém odpočinku mezi směnami (v délce alespoň 8 hodin).

Radiologický laborant a registrace

Mám SZŠ – nástavbové studium radiologický laborant. Bohužel jsem si neudělala atestaci, a proto nemůžu být tzv. registrovaná. V oboru pracuji od roku 1990, celou dobu na jednom pracovišti.



odpovídá
JUDr. Antonín Valuš, Ph.D.

Nyní bych chtěla změnit zaměstnavatele, a proto si hledám nové místo. V inzerátech požadují u absolventů SZŠ registraci. Má zaměstnavatel právo mě odmítnout, přestože podle zákona můžu pracovat pod odborným dohledem?

Obecně je zaměstnavatel oprávněn stanovovat kritéria pro výběr zaměstnance podle své úvahy. Výjimkou je pouze situace, kdy nějaky právní předpis stanovuje pro výkon určité činnosti konkrétní požadavky či minimální předpoklady (např. vzdělání, bezúhonnost či praxi). Takovým předpisem je například zákon o léčivech či služební zákon. Jediným limitem, který musí bezpodmínečně dodržet každý zaměstnavatel, je ochrana případných uchazečů o zaměstnání před diskriminací z důvodu rasy, etnického původu, národ-

nosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru, jak požaduje antidiskriminační zákon. V daném případě žádný právní předpis nestanovuje, že zav-

městnavatel je povinen přijmout do pracovního poměru i uchazeče, který nedisponuje atestací v oboru radiologický asistent. Skutečnost, že i bez této atestace může uchazeč vykonávat činnost radiologického asistenta v rozsahu stanoveném vyhláškou o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků pod odborným dohledem, neomezuje zaměstnavatele v tom, aby v rámci nabídky zaměstnání požadoval jaký právní předpis stanovuje pro výkon určité činnosti konkrétní požadavky či minimální předpoklady (např. vzdělání, bezúhonnost či praxi). Takovým předpisem je například zákon o léčivech či služební zákon. Jediným limitem, který musí bezpodmínečně dodržet každý zaměstnavatel, je ochrana případných uchazečů o zaměstnání před diskriminací z důvodu rasy, etnického původu, národ-

NOVÉ KNIHY

Robert Ploier Diferenciální diagnóza v pediatrii



Rozsah:
432 stran
Cena: 1299 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5007-1
Vydavatel:
Grada

Překlad knihy *Differenzialdiagnosen in der Kinder- und Jugendmedizin* z nakladatelství Thieme. Obsahuje 100 symptomů a s tím souvisejících diferenciálně diagnostických kapitol s jednoduchou strukturou. Kniha přináší více než 600 tabulek a četné přehledy, které se liší úhly pohledu (např. podle manifestace příznaků, etiologie, patogeneze, akutního či chronického vývoje).

Zdeňka Kuchynková a kolektiv Dětská otolaryngologie



Rozsah:
144 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4177-2
Vydavatel:
Grada

Autoři vybrali ke zpracování nejběžnější situace, s nimiž se setkali v ambulanci péči o děti s ORL onemocněním, jako je zánět středouší, faryngitida, rinosinusitida, adenoidektomie, tonzilektomie, vyšetření sluchu a infekční onemocnění. Dvě kapitoly se týkají nových informací o poruchách dýchání ve spánku a extraezofageálním refluxu.

Aleš Hahn Otoneurologie a tinitologie 2., doplněné vydání



Rozsah:
152 stran
Cena: 249 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4345-5
Vydavatel:
Grada

Druhé vydání této pre- i postgraduální publikace bylo dopracováno podle posledních poznatků v oboru, byly doplněny některé progresivní vyšetřovací metody (např. počítačová posturografie TETRAx)

a zařazena kapitola tinitologie i některé didaktické kazuistiky. První část knihy tvoří vyšetřovací metody, anatomické poznámky a zásadní rozdělení problematiky, druhá část je věnována jednotlivým onemocněním, třetí problematice tinitu.

Julius Špičák, Ondřej Urban a kolektiv Novinky v digestivní endoskopii



Rozsah:
256 stran
Cena: 499 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5283-9
Vydavatel:
Grada

Celobarevná publikace pro postgraduální výuku s 255 obrázky a 25 tabulkami zahrnuje technologické novinky stejně jako vývoj a použití endoskopie v základních klinických situacích (mikroendoskopie, cholangioskopie, endoskopická mukosektomie), pokroky v koloskopii a endoskopické ultrasonografii, stavění krvácení, využití ve screeningu kolorektálního karcinomu, v diagnostice nespecifických střevních zánětů a u Barrettova jícnu.

Jan Měšťák, Martin Molitor a kol. Základy plastické chirurgie 2. vydání



Rozsah:
212 stran
Cena: 280 Kč
ISBN: 978-80-
-246-2839-4
Vydavatel:
Karolinum

V obecné části knihy jsou popsány zásady fyziologického operování, možnosti ošetření poraněných tkání, krytí defektů transplantacemi a lalokovými plastikami, využití mikrochirurgie a endoskopie v plastické chirurgii. Ve speciální části se čtenář seznámí se současnými poznatky v operační léčbě různých vrozených a získaných vad, a to od obličejových rozštěpů přes vrozené vady rukou a genitálu po úrazy obličeje a končetin – včetně jejich řešení i rekonstrukčními výkony pomocí mikrochirurgické techniky. Nově je zařazena kapitola o nádorových onemocněních prsu a rekonstrukci prsu po mastektomii a problema-

tika léčby popálenin. Součástí publikace jsou i kapitoly o estetické chirurgii a řešení kosmetických vad.

Gabriela Vörösová, Andrea Solgajová, Alexandra Archalousová Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu



Rozsah:
144 stran
Cena: 249 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5304-1
Vydavatel:
Grada

Publikace slouží k lepší orientaci v problematice ošetrovatelské diagnostiky a analyzuje priority současného ošetrovatelství – efektivní diagnostický proces a jednotnou terminologii.

Leoš Navrátil a kolektiv Nové pohledy na neinvazivní laser



Rozsah:
172 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-
-247-1651-0
Vydavatel:
Grada

Terapeutický laser je využíván v medicíně více než třicet let. Systematický výzkum zaměřený na intracelulární změny a metabolické pochody v organismu při fototerapii otevírá stále nové možnosti stávajících terapeutických schémát. Výrazným způsobem ovlivňuje tento typ léčby i technický rozvoj, rozšiřující indikační spektrum zejména v dermatologii a estetické medicíně, při léčbě pohybového aparátu, ve stomatologii, chirurgii a porodnictví.

Lenka Válková Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi



Rozsah:
112 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5571-7
Vydavatel:
Grada

Kniha přináší návod jak pracovat s lidmi s deficitem v oblasti kognitivních funkcí a jak je ošetřovat. Naučí jak nedostatečnost odhalit, jak pracovat s testy a zabývá se i možnostmi modifikace konceptů ošetrovatelské péče pro účely rehabilitace kognitivních funkcí.

Iva Holmerová a kolektiv Dlouhodobá péče Geriatrické aspekty a kvalita



Rozsah:
176 stran
Cena: 249 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5439-0
Vydavatel:
Grada

Zdravotní problematika chronických stavů způsobujících disabilitu je náročná na znalosti i postoje zdravotnických pracovníků a jejich schopnost je zvládat a také koordinovat péči v týmech složených i z pracovníků v sociálních službách. Jednotlivé kapitoly jsou věnovány problematice funkčního stavu a hodnocení jak somatických, tak psychických funkcí pacientů vyššího věku s ohledem na plánování a poskytování dlouhodobé péče, věnují se také interprofesní spolupráci. Obsáhlá část se zabývá problematikou kvality dlouhodobé péče a prezentuje výsledky projektu autorského kolektivu – kritéria kvality a standardy dlouhodobé péče.

Radek Ptáček, Petr Bartůněk a kolektiv Lékař a pacient v moderní medicíně Etické, právní, psychologické a klinické aspekty



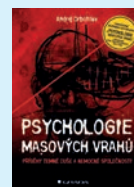
Rozsah:
192 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5788-9
Vydavatel:
Grada

Vztah lékaře a pacienta je v knize reflektován a analyzován předními odborníky z oblasti etiky, práva, psychologie, sociologie, chirurgie, interní medicíny, gynekologie a porodnictví, pediatrie, praktického lékařství a dalších. Pozornost je věnována také speciálním otázkám, jakými jsou například rozhovor pacienta a léka-

ře, motivace pacienta k léčbě nebo stres ve vztahu lékaře a pacienta.

Andrej Drbohlav Psychologie masových vražd

Příběhy temné duše a nemocné společnosti



Rozsah:
312 stran
Cena: 469 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5599-1
Vydavatel:
Grada

Masový vrah ve srovnání s „běžnou“ populací jinak myslí, jinak žije, jinak páchá zlo, má jiné motivy, ale zejména se zcela odlišně vyvíjí již od dětství. Je v mnoha případech produktem doby, v jistém smyslu slova nemocné společnosti a setkáváme se s ním po celém světě čím dál častěji. Lidstvo toho zažilo již mnoho a jsou činy, o nichž je potřeba mluvit, aby si lidé na konkrétních případech zla uvědomili, že k němu nesmějí být líní, nesmějí jej přehlížet, protože zlo je vysoce infekční. Tato kniha je o malých vzdrovitých, pokřivených a případně rozmanitě zneužívaných dětech, které skrze paranoidní a nenávistný vztah k lidem vyrostly ve skutečná monstra.

William Styron Viditelná temnota Paměti šílenství

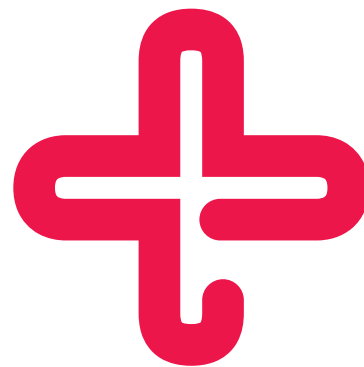


Rozsah:
104 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0946-1
Vydavatel:
Portál

Poslední velké dílo Williama Styrona zaznamenává jeho postupný propad do deprese a následnou cestu k uzdravení. Popisuje události od jeho cesty do Paříže v roce 1985, kdy se začal jeho stav povážlivě zhoršovat, a formou koláže zážitků, sebereflexí, spekulací a reportážního líčení odhaluje příčiny a důsledky deprese, poukazuje na roli této nemoci v životě jiných spisovatelů (Camus, Levi, Gary) a dalších osobností, a vůbec otevírá mnohá, do té doby spíše přehlížená témata spojená s depresí. Naléhavost umělecké výpovědi je spojena s praktickými postřehy a úvahami.

Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



24 / Rozhovor

Šťastné konce jsou motorem,
který mě pohání

28 / Resuscitace

Automatický externí
defibrilátor v praxi

30 / Odborné akce

Letovice Care 2016
– kongres s mezinárodní účastí

Tabuizací nelze problému uniknout

Příčinami vzniku inkontinence, její diagnostikou a prevencí se koncem května v pražské restauraci Mlýnec zabývali přední čeští odborníci na tuto problematiku a představitelé spolku Incoforum u příležitosti Světového týdne kontinence. Akci připravila divize Medical Services Mladé fronty.

Na toto tabuizované téma hovořili přednosta Urologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc., MUDr. Lukáš Horčíčka z Urologické ambulance GONA, primář urologického oddělení Thomayerovy nemocnice doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D., a prof. MUDr. Martin Bojar, CSc., neurolog z Polikliniky na Národní. Profesor Hanuš v úvodním sdělení podal rovněž přehlednou informaci o aktivitách Incofora.

Příčiny a diagnostika

Přítomní odborníci se shodli v názoru, že nejčastějšími příčinami inkontinence u žen jsou urologi-

ká a gynekologická onemocnění, porucha statiky pánevního dna/svalstva malé pánve, porody, obezita, nádorová onemocnění urogenitálního traktu a okolních orgánů, zánětlivá onemocnění, operace urogenitálního traktu a ženských pohlavních orgánů, vrozené morfoloogické vady či vrozené funkční poruchy. U mužů jsou to kromě vrozených morfoloogických vad, vrozených funkčních poruch a urologických onemocnění také obstrukce dolních močových cest, benigní hyperplazie prostaty, pokročilý karcinom prostaty či nádorová onemocnění urogenitálního traktu.

Jak uvedl Roman Zachoval, pro stanovení diagnózy je třeba nej-

prve inkontinenci objektivizovat, tedy dokázat, že k úniku skutečně dochází. Dále onemocnění klasifikovat, zda se jedná o inkontinenci urgentní, stresovou, případně smíšenou, a podle toho zvolit léčbu. Nakonec je třeba inkontinenci kvantifikovat, tedy určit množství unikající moči za časovou jednotku. „Diagnostika spočívá v odběru anamnézy, kde je třeba únik moči s pacientem probrat bez zbytečného studu. Významně nám v tom pomáhá takzvaný mikční deník a dotazníky, které pacient vyplní. Lze rovněž provést vložkový test, abychom mohli kvantifikovat stupeň inkontinence. Následuje palpační vyšetření lékařem, rozbor moči a zobrazovací vyšetření, většinou ultrazvukem. Vyšetření je tedy jednoduché a není nijak invazivní. Na základě tohoto základního vyšetření jsme schopni inkontinenci a její typ správně diagnostikovat u 60 až 80 procent pacientů. Asi u třetiny pacientů je třeba ještě provést specializované endoskopické nebo funkční vyšetření, abychom přesně věděli, zda jde skutečně o inkontinenci a o jaký typ, abychom mohli správně léčit,“ řekl primář Zachoval.

Etiologie inkontinence je velmi široká. Inkontinenci způsobuje nebo je s ní spojeno obrovské množství onemocnění. Velmi často si toho však laická ani odborná ve-



Zleva docent Roman Zachoval a profesor Martin Bojar | Foto: Bx, Jana Schrammová

řejnost není vědoma. Praktičtí lékaři mnohdy nespolupracují s urology či urogynekology, takže pacienti neposílají na odborná vyšetření a problém velmi často řeší absorpčními pomůckami. Objektivizace, klasifikace, specifikace inkontinence je u naprosté většiny pacientů opravdu jednoduchá a měla by v řadě případů začínat v terénu, tedy u praktických lékařů, internistů, neurologů, kteří jsou schopni inkontinenci odhalit a vhodné případy postoupit urologům nebo urogynekologům. Lékaři také shodně konstatovali, že problém je stále zbytečně tabuizován.

Největším rizikovým faktorem je věk

Jak zdůraznil profesor Bojar, zvyšující se výskyt incidence inkontinence souvisí s prodlužujícím se věkem populace. Tento fakt se týká obou pohlaví, u mužů platí bez výhrad. U žen k určitému nárůstu výskytu dochází po porodech či v souvislosti s ženskými onemocněními. Prof. Bojar zopakoval, že mezi ostatní příčiny, které se týkají obou pohlaví, patří především neurologická onemocnění, operace, radioterapie, úrazy v oblasti pánve. Rovněž je třeba vědět, že řada medikamentů může inkontinenci způsobovat nebo ji zhoršovat. Zdůraznil, že v dnešní době, kdy řada lidí užívá spoustu léků, je to obzvláště důležitá skutečnost.

Dalším významným rizikovým faktorem je imobilizace pacienta. Imobilní pacient, ať už krátkodobě z důvodů nemoci nebo dlouhodobě v léčebnách, ztrácí obratnost i psychické síly, dochází u něj k poruchám kognitivních funkcí a inkontinence významným způsobem narůstá. Blíže se pak věnoval nedostatku fyzické aktivity jako jedné z příčin vzniku inkon-

tinence ve stáří, kdy svalstvo celého trupu i pánevního dna ztrácí svoji funkci a účinnost a dochází k úniku moči.

Úskalí dlouhověkosti

„Evropou a severní Amerikou obchází strašidlo, které se jmenuje dlouhověkost neboli *longevity*. Je to danajský dar, který zplodila medicína 20. století, a na každého z nás dříve či později vtrhne,“ uvedl Martin Bojar a podělil se s účastníky tiskové konference o své zkušenosti z praxe konzultanta v Domově pro seniory Elišky Purkyňové.

Konstatoval, že s přibývajícím věkem se objevuje i inkontinence stolice. Neschopnost potlačovat stolici je krajně nepříjemná a představuje rovněž velký sociální problém: „Stárnutí neunikne. Je třeba se soustředit na to, co uděláme se svou duší, tělem a se svým močovým měchýřem, případně konečníkem. Představte, že přestanou fungovat, trápí více či méně každého z nás. Pacientů trpících mimovolným neovládnutelným únikem moči nebo stolice přibývá. Tento závažný, neobyčejně tíživý problém je bohužel stále tabuizovaný. Inkontinence také bývá spojena s depresivitou, nespavostí, častějším nočním nucením na močení. Je třeba si uvědomit, že lidé trpící smíšenou inkontinencí (močovou i stolice) jsou stále schopni fungovat a pracovat daleko lépe, než si společnost připouští, jsou flexibilní, adaptabilní. Osoby trpící inkontinencí moči či stolice strádají řadou potíží, které je přivádějí do ordinací psychiatrů, psychoterapeutů či neurologů. Nefungují-li tyto ordinace dobře, stávají se pak obětmi léčitelů, šamanů a nejrůznějších asijských zázračných lékařů. Práce s pacienty, kteří trpí smíšenou inkontinencí, je nároč-



Zleva profesor Tomáš Hanuš, MUDr. Lukáš Horčíčka, docent Roman Zachoval a profesor Martin Bojar



Program tiskové konference u příležitosti Světového týdne kontinence



Profesor Tomáš Hanuš



Šéfredaktorka časopisu Postgraduální medicína MUDr. Michaela Lizlerová (vpravo)



Docent Roman Zachoval

Inzerce M161000044

ná. Musí být založena na mezioborové, komplexní a korektní spolupráci, kdy preferujeme nejprve konzervativní léčbu. Důležité je naučit pacienty cvičit břicho, záďové a především pánevní svaly. Farmakoterapie a biofeedback jsou dobré, ale zásadní je, abychom přesvědčili pacienty, že by měli cvičit v duchu paní Mojšišové, která bojovala proti sterilitě a primární a sekundární neplodnosti cvičením a řadě žen jim pomohla také při relativní inkontinenci moči. Psychoterapie se pak týká nejen pacientů, ale také rodin, protože inkontinencí strádají všichni.“

Inkontinence a obezita

Profesor Hanuš v této souvislosti doplnil, že roli v prevenci inkontinence hraje životní styl, pohybová aktivita, faktory, které ovlivňují skladbu všech vazivových a svalových struktur v organismu, což do jisté míry máme ve své moci. Na druhou stranu jsou zde také genetické faktory, které těžko ovlivníme. Něco jiného je prevence u muže, který jde na operaci pro karcinom prostaty. Tam už před operací trénují aktivitu pánevního dna. Podobně jistě gynecologové před operacemi u žen. Prof. Hanuš zdůraznil, že velkou roli hraje fyzická aktivita a s ní samozřejmě související hmotnost. Primární prevence je jednoduchá, a přitom velmi obtížná. „Statistiky ze západní Evropy a USA jsou velmi nemilosrdné. Ukazují, že osoby s BMI 35-40 jsou extrémně postiženy inkontinencí moči a u žen se k tomu přidává inkontinence stolice. To znamená, že chceme-li předcházet inkontinenci stolice a moči, musíme populaci sdělovat, že nadváha je jedním z významných rizikových faktorů rozvoje inkontinence,“ navázal prof. Bojar. Jak řekl dále, významným rizikovým faktorem je také kouření. U kuřáček s nadváhou existuje mnohem vyšší pravděpodobnost vzniku inkon-



Tiskové konference se zúčastnili novináři z odborných i laických periodik

tinence. Jako další riziko uvedl diabetes. „Již 10-12 procent naší dospělé populace trpí diabetem a mě jako neurologa znepokojuje, že u 50 procent z milionů diabetiček a diabetiků České republiky se do 10-15 let rozvine postižení periferních, ale také viscerálních nervů. Tedy nefunguje jim dobře ta část nervového systému, která ovládá sfinktery a vypuzovače moči či stolice.“

Za extrémně rizikovou skupinu trpící inkontinencí moči, stolice, ale také poruchou sexuální funkcí, ať už jde o erektilní dysfunkci nebo dysorgasmii, označil pacienty postižené roztroušenou sklerózou, s úrazem krční a hrudní páteře, která je prakticky vždy provázena poruchou sfinkterů. Dramaticky přibývá lidí mezi 5., 6. a 7. deceniem, kteří přežijí následky cévní mozkové příhody, ale odcházejí ze zdravotnického zařízení s cystektomií nebo jsou katetrizováni, protože neudrží moč jako následek porušení center. „To znamená, že neurologové musí úzce spolupracovat s urology, protože dlouhověkost, zvýšené přežívání pacientů po dříve devastujících chorobách postihujících mozek a míchu vede k tomu, že celá Evropa začíná být zaplavena lidmi, kteří strádají. Na rozdíl od artrózy, kterou po-



Ředitelka spolku Incoforum Jana Hornová

známe podle toho, že senior kulhá nebo má hůlku, inkontinence se pozná podle zápachu. Do mé ambulance přichází opravdu hodně seniorů, u nichž je zřejmé, že nemají na inkontinenční vložky nebo je špatně používají. Důsledkem je, že nejsou schopni dodržovat základní hygienu. Nedostatek hygieny je úzce svázán s kožními komplikacemi, které provázejí špatně ošetřenou smíšenou inkontinencí. Mě jako neurologa se skutečně dotýká, že v naší společnosti strádá početná skupina seniorů mimo jiné i proto, že inkontinenční pomůcky si mnohdy nemohou dovolit a nemohou za to,“ uzavřel profesor Bojar.

Markéta Milkšová



Součástí červnového dvojčísla časopisu Sociální služby, jež vyšlo 17. června, je speciální příloha **Paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb**. Obsahem přílohy jsou inspirativní články zaměřené na paliativní péči, a to jak od českých, tak švýcarských odborníků, kteří se zúčastnili projektu zaměřeného právě na paliativní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Kromě časopisu Sociální služby naleznete přílohu i na stránce <http://paliativnipecce.eu>.

Příloha vznikla v rámci sub-projektu Rozvoj geriatrické a paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb reg. č. sub-projektu CH.10/2/47

Šťastné konce jsou motorem, který mě pohání

„Koho práce dětské sestry jednou pohltí, srdcem u ní zůstane do konce života,“ říká dětská sestra novorozeneckého oddělení FN Olomouc **Mgr. Ilona Antoničková**, na níž je vidět, že svoji práci opravdu miluje.

Proč jste si zvolila zdravotnické povolání?

Být sestřičkou u dětí byl můj sen od dětství, a tak jsem se hlásila na zdravotnickou školu do Kroměříže, na obor dětská sestra. Tenkrát to byla opravdu výběrová škola, kam se dostali jen premianti. Potkám-li dnes dětské sestry, i ty, které nepracují na dětských odděleních, hrdě se hlásí k tomu, že tento obor vystudovaly. Prostě to byla opravdu prestižní škola.

Kde byly vaše začátky v praxi?

Po škole jsem nastoupila do okresní nemocnice v Prostějově. Původně jsem měla začít pracovat v ústavu sociální péče, ale hlavní sestry z prostějovské nemocnice za mnou přijely domů, nabídly mi místo a já velmi ráda přijala. V této nemocnici jsem působila mnoho let jako dětská sestra na dětském oddělení. Za léta praxe jsem pracovala na oddělení kojenců, na jednotce intermediární péče pro novorozence a dětské JIP, kde jsem se starala i o dětské chronické pacienty, kterých bohužel přibývá. Na léta strávená v této nemocnici mám krásné vzpomínky, zvláště na kolektiv.

Práce na neonatologickém oddělení ve Fakultní nemocnici Olomouc je zaměřena na úplně nejmenší děti. Myslím, že narození dítěte je pro všechny největší životní událostí, která v každém zůstane a zasáhne celou rodinu, a jsem ráda, že u takového zázraku mohu být. Pracovala jsem na JIRP u předčasně narozených dětí a těch, u nichž se projeví po porodu určité zdravotní problémy. Potkáte se tam s velmi silnými příběhy, kdy boj dítěte o život skončí happy endem, ale bohužel někdy i smutnou zprávou. Některé děti jsou tam několik týdnů a vy s rodiči prožíváte všechny ty malé každodenní úspěchy a zázraky. Na své práci mám velmi ráda i kontakt s rodinami.

Jaké vyhlídky mají nedonošené děti s velkou podvážkou?

Nemůžeme vyhlídky předčasně narozeného dítěte považovat automaticky za špatné, to je možné snad u laiků, ale my, kteří s dětmi pracujeme, máme jiný názor, podložený zkušenostmi a vysokou odborností. Stává se, že děti narozené v termínu, jež mají zdravotní problém, jsou na tom někdy

hůř než ty, které přijdou na svět třeba v 25. týdnu těhotenství. Někdy si myslíme, že takové novorozeně nemůže mít kvalitní život. Proč by ale nemohlo? Velmi často kvalitní život má. Nikdo z nás není bůh, nikdo nevidí jejich cestu životem dopředu. My zdravotníci se nemůžeme stavět do role někoho, kdo rozhodne o jejich osudu. Opravdu nevím, v čem to je, ale někdy má takové malinkaté miminko v sobě tolik síly a energie, že se dokáže se životem poprat daleko lépe než jiné, které mělo start do života snazší, ale nemá v sobě tu energii.

Jak byste charakterizovala práci dětské sestry? Čím je specifická?

Dětská sestra se stará o dítě od jeho narození do 19 let, což je obrovský rozptyl nejen v mentální a fyzické úrovni dětí, ale i v ošetrovatelské práci. Malým dětem se léky či infuze podávají úplně jinak než třeba dospívajícím. Každý věk má také svoje charakteristická onemocnění i úrazy. V žádném případě není dítě malé dospělý a nemůže se o něj starat každý, bez dostatečné odbornosti a erudice. Kdyby bylo ošetřování dětí tak jednoduché, určitě by to zvládli rodiče v rodině. Strach o dítě zažil každý rodič a bez odborné pomoci zdravotníkům se neobejde. Nemůžeme ale říct, že se věnujeme jenom dětem. Nemocné navštěvují rodiče či další příbuzní a také kamarádi. Komunikace s rodiči hraje důležitou roli nejen v pomoci, ale někdy je bohužel také překážkou ošetřování, protože představy zdravotníků a rodičů o léčbě a ošetrovatelské péči se liší. Vždy je nutné najít nějaký konsensus v naší nabídce zdravotního ošetřování a představách rodiny. Důležitá je komunikace a vůle na obou stranách pomoci nemocnému dítěti.

Co vás více uspokojuje - pečovat o kojence, nebo o patnáctileté dítě?

Mně je určitě milejší ošetřovat menší děti. Můžete si je pochovat, přitulit se k nim, cítíte z nich něhu a radost, jsou ve svých reakcích bezelstné a věří vám, což vám dodává energii a máte pocit naplnění z práce. Větší dítě už vám málokdy dá najevo nějaké pocity či city. Vy se o ně staráte, jak nejlépe můžete, ale někdy si připadáte,

že jen vydáváte pokyny a zákazy, čímž je vlastně obtěžujete. Je těžké říct, co je lepší, ale myslím, že pro každou ženu je příjemné pochovat si miminko.

Co je podle vás na práci dětské sestry nejtěžší?

Těžké situace přicházejí, když se jedná o vážnou diagnózu nebo o diagnózu končící smrtí. Nikdy nezapomenu, když jsem převážela děti na onkologii a za čas jsem o nich našla smutnou zprávu v rubrice „Vzpomínáme“. Stále mám tento nepříjemný pocit v sobě. Těžce nesu situace, když děti zemřou. Je jasné, že za dobu, kdy na našem oddělení o miminka pečujeme, navážeme bližší vztah i s maminkami. Je to pak moc smutné. Jsem emotivní člověk, vždycky mě taková situace zasáhne a zůstane mi v hlavě. To je na naší práci asi to nejtěžší – komunikovat se ženou, novopečenou maminkou, které zemřelo dítě. Smrt dítěte je to nejhorší, co vás v životě může potkat. To nechce zažít nikdo z nás, a já jsem vlastně u toho.

Práce dětské sestry je opravdu plná emocí...

Je to tak. Každodenně pečujete o děti, a když vidíte, jak se jeho zdravotní stav zhoršuje, musíte na ně pořad myslet, i po příchodu domů. Druhý den se pak vysloveně těšíte do práce, abyste věděla, jak je na tom. Dříve jsem dokonce večer telefonovala na oddělení, abych měla informace. Dnes už to raději nedělám... Nejsou však jen smutné okamžiky, ale i chvíle radosti. Je to velice silný zážitek, když uzdravené dítě za nějaký čas potkáte a jeho maminka vám řekne: „Tak si představte, to je ta naše nemocná holka.“ Vzpomínám na dívčinku, která spadla z kola, měla prasklou lebku a byla na tom zle, ale podařilo se ji zachránit. Bohužel se k nám dostala ještě dvakrát s meningitidou. Při druhé hospitalizaci to byla už velká dívka a já jsem si říkala: „Proboha, vždyť je to zase ona, ta má ale smůlu.“ Naštěstí všechno zase dobře dopadlo. Před časem jsem potkala její maminku ve městě, zrovna když jí kupovala šperk jako odměnu za maturitu. Takové pocity radosti a zadostiučinění prostě nikde jinde nezažijete, což je přesně tím dů-



vodem, proč člověk tuto práci dělá. Šťastné konce jsou motorem, který vás pohání dál.

Občas si sestry stěžují, že nemají čas se pacientovi pořádně věnovat.

Čas na pacienta je vždycky, ale záleží na celkovém chodu oddělení a prioritách každého z nás, jak si svou práci zorganizuje. Určitě je to s časem čím dál horší, ale já osobně jsem velmi komunikativní typ, a pokud to jde, vždycky se u pacienta či jeho rodičů stavím, protože si myslím, že to není ztracený čas a často vyřeší i pozdější problémy. Informovaný pacient a rodič s vámi pracuje daleko ochotněji a rád. Samozřejmě čas pak chybí na úřadování, kterého je hodně, ale je v naší práci ohromně důležité, hlavně kvůli akreditacím a možným sporům. Nevěst dokumentaci by bylo velmi nebezpečné. U nás sice žaloby na zdravotnická zařízení zatím nejsou tak časté, ale kdo sleduje americké seriály, ví, že přijdou-li soudní spory, bez řádně vedené dokumentace bychom se nemohli ani hájit. Nejsem zastáncem úplné absence papírování, někdy jen zbytečně dubluje různé dokumenty, podpisy a razítka, a to by bylo možné změnit. Zápis o práci je nicméně důležitý i z důvodů dalšího postupu v léčbě. Existují také rodiče, kteří hledají i případně nepatrné pochybení v práci sestry a chtějí je využít, kteří si dokáží na všem něco najít ve svůj prospěch. Je třeba s tím počítat, doba je taková. Nemůžeme si říkat, že jsme všichni hodní a máme se rádi, takto to v dnešní společnosti nefunguje.

Jak se díváte na postavení sestry u nás? Ozývají se hlasy, že je horší než dřív.

Určitě je horší, ale je to dáno vývojem celé naší společnosti, nejen ve zdravotnictví. Na postavení sestry mají bohužel vliv i nejrůznější televizní pořady či reklamy, kde sestry chodí na vysokých podpatcích a v krátkých sukních, sedí u kávy nebo ji vaří panu doktorovi. Vařit lékařům kávu je to poslední, co děláme, i když s nimi samozřejmě spolupracujeme. Lékař přijde za sestrami, kde odvede svou práci a zase odejde, není čas a prostor na nějaké osobní rozhovory, vše se točí kolem pacienta. Druhá věc je, že naše společnost je v takové situaci, kdy jsme opět všichni se vším nespokojení, nemáme na nic a na nikoho čas a možná nás ani nikdo nezajímá. Některí lidé si myslí, že dříve bylo všechno lepší, jednodušší... Podobně, jako když moje babička vzpomínala na první republiku. Samozřejmě, že možnost cestování do zahraničí a plně obchody nejsou pro život všechno, ale jako bychom zapomněli, jak jsme prožili část svého života. Někdy je jednodušší jen na všechno nadávat – na úředníky, na služby pošty, na zdravotníky... A už nehledíme na to, jestli i my něco pro společnost děláme a jak se sami chováme.

Co je podle vás důvodem, že sestry odcházejí z nemocnic do ambulancí sféry nebo vůbec z oboru?

Vznikají stále nová zdravotnická zařízení a všechna potřebují sestry. Sestry z nemocnic odcházejí do soukromých zařízení, kde ma-

jí kratší pracovní směnu, nemusejí sloužit noční a víkendy, což je strašlivě unavující, zejména děláte-li to celý život. A právě tam se nám sestry také ztrácejí. Na sestru se za ta léta přenesly další kompetence, které jí berou čas, ale není za ně ohodnocena. Sestry již nechtějí další, vyšší kompetence, které sice odborně zvládnou, ale nejdou ruku v ruce s financemi a bodovým ohodnocením pojištěven. Celé roky jsem poslouchala: „Nepřemýšlej a dělej, jestli se ti to nelíbí, nikdo tě tu nedrží, před nemocnicí stojí dalších šedesát, které tě snadno nahradí.“ Bylo to na denním pořádku a snad každá z nás to zažila. A najednou před branami žádné sestry nestojí a často není náhrada ani za tu, která onemocní nebo odejde mimo zdravotnictví za stejné peníze, ale na práci méně zodpovědnou. Pracovníci ve firmách nebo jiné profese mají stejnou výplatu, ale mají volné víkendy, svátky a neslouží noční. Pořád se mluví o tom, že mladá generace nechce pracovat, protože má vysoké školy, jenže pravda bude někde jinde. Nevím, kdo bude podávat v nemocnici vysoce kvalifikovaný pracovní výkon, když nechtějí, aby sestry měly vysokoškolské vzdělání. Já jako matka určitě chci, aby moje děti měly vysokou školu. Je třeba si uvědomit, že dnešní děti jsou vychované jinak, nemají povinnosti, o nic a o nikoho se nestarají, jenom samy o sebe. My jsme měli daleko víc povinností, naše děti mají jen jedinou – pořádně se učit. A jsou zvyklé na to, že my bereme nejen jejich

úspěchy, ale i neúspěchy. Moji rodiče by určitě nebrali na lehkou váhu moje neúspěchy ve studiu. Děti jsou prostě jiné, což nikdo nebere v úvahu, vychováváme je ve svobodné zemi, kde si mohou zvolit svoji cestu a vzdělání.

Co říkáte chystané novele zákona o nelékařských zdravotnických povoláních?

Hovořím-li o chystané novele s mladou generací, pozoruji, že jí nerozumí a rozumět nechce. Chápu ji možná jen ti, kteří vystudovali na zdravotnického asistenta. Je třeba si ale říct, že dnešní zdravotnický asistent není absolventem té střední zdravotnické školy, kterou jsem vystudovala třeba já. Kvalita výuky šla dolů a říkájí to i někteří pedagogové, kteří tam působí. Už to není prestižní škola pro premianty, ale spíše učňovské středisko. Tři čtvrtiny studentů ví, že ve zdravotnictví pracovat nebudou, ale je to pro ně snadná cesta k dosažení maturity. Na druhou stranu i děti, které jdou na gymnázium, nevědí, co budou v životě dělat, protože žádné z nich nechce jít ve 20 letech pracovat. Děťství si chtějí protáhnout třeba až do 25 let, musejí dozrát. My jsme skončili v 18 či 19 letech, ženy nejpozději do 25 let měly jedno i více dětí, tedy pochopily, co v životě chtějí dělat a proč. Kluci byli 2 roky na vojně, takže také měli čas dozrát a popřemýšlet, kam se chtějí nasměřovat. Často je taky doma čekala rodina. My si myslíme, že když dětem poručíme, poslechnou nás. Pořád se omílá, že vysokoško-

lačky nechtějí pracovat, ale to není pravda, chtějí jen kvalifikovanou práci, podložené kompetence a k tomu finanční ohodnocení. Jak jsem již řekla, dnešní sestra dělá opravdu všechno – od uklízečky, sekretářky a sanitárky až po specializované činnosti. Co jediné na této novele hodnotím kladně, je, že se vrací vzdělávání dětských sester, protože to od roku 2004 již nebylo otevřeno a vznikl velký nedostatek. Velmi se zajímám o vzdělávání, kdo se mnou bude pracovat, jak bude kvalifikovaný. Jakým způsobem bude probíhat vzdělávání dětských sester, uvidím, až bude novela schválena. Účastním se některých zasedání PNAE (Paediatric Nursing Associations of Europe), kde se otázkou vzdělávání sester v Evropě zabýváme. Ve většině zemí probíhá vzdělávání dětských sester bakalářským studiem, někde až specializovaným magisterským studiem. Ve světě je normální, že o děti se starají výhradně dětské sestry a jsou i nositelkami bodového ohodnocení, protože jsou jim přiznané vyšší kompetence, za které jim náleží finanční ohodnocení. Řešíme tam i otázky pracovních podmínek sester a dostatek kvalifikovaného personálu. V zemích Evropské unie není dostatek kvalifikovaného personálu, a proto si bohatší země zaplatí zdravotníky z východních zemí, a to nejen Česky, ale i Bulharsky, Rumunsky, Maďarsky a další.

A co dělají zdravotničtí asistenti?

V nemocnicích moc nejsou, protože obvykle bývají hned nasa-

zeni na sesterskou práci, jelikož my neumíme dělat víceúrovňové zdravotnictví. Vyjedou-li na západ, vědí, že mohou dělat nižší sestru s nižšími kompetencemi, nebo vyšší sestru. Vyšší sestra má tak jako většina z nás vystudované různé specializace a dělá jen onu specializovanou práci. Nižší personál zajišťuje jiné práce, ale má na pomoc k sobě sanitárku nebo nižšího zdravotníka. My ale děláme všechno. Dítě se pozvrací, jeho matka řekne: „Sestřičko, utřete to!“ A co uděláte? Vezmete hadr a uklidíte to. Od toho tam ale nejste. Jenže úklid zajišťují zpravidla firmy, takže uklízečka není pořád k dispozici a já jsem sama, tak to samozřejmě utřu. A jaký obrázek si ta matka udělá? Že jsem vlastně taková služka. A tak na nás pohlíží i společnost. Jak k nám může někdo z laiků vzhlížet, když jako za minulého režimu sestra stále dělala úplně všechno? Nová generace, která má nastoupit na naše místa, ale vyrostla ve svobodné době. My sestry nechceme dělat práci, kterou zvládne nižší zdravotnický pracovník, ale jsme do takové role postaveny. Nová generace v ní ovšem nebude chtít pokračovat.

Ale jak z toho ven?

Pro zdravotnické zařízení je nejjednodušší mít jen jednu sestru, která udělá všechno. Naše generace odejde ze zdravotnictví buďto za lepšími pracovními podmínkami mimo zdravotnictví, nebo přirozeně do důchodu. Ale kdo nás nahradí, nevím. Musí přijít změ-

na kompetencí a využívání víceúrovňového ošetřování, jak je to normální za hranicemi naší země. Přicházejí k nám zdravotníci z výchozu. Až se pořádně zapracují, možná i oni odejdou pracovat na západ, protože tam dostanou větší peníze. Je to pořád dokola, nikdo nebude dělat úplně všechno. Já pracuji ve fakultní nemocnici, kde máme mnohem více i nižšího personálu, ale pracovala jsem třeba v okresní nemocnici, kde sestry také musely dělat všechno. A to nemluvíme o některých soukromých zařízeních, kde se sestry stará o 40 imobilních lidí. Před nimi tedy klobouk dolů. Nechci ale hodnotit práci jiných oborů, jsem dětská sestra a vždycky jsem jí byla.

Myslíte, že lepší finanční ohodnocení by bylo pro sestry motivací?

Lepší finanční ohodnocení by určitě pomohlo v tom, aby stávající sestry ve zdravotnictví zůstaly. Ale bohužel od spousty sester slyším, že už jim peníze za tu nekonečnou dřinu nestojí. Jsou dlouhodobě přetížené, a když se postupem let k únavě přidají zdravotní problémy, nedivím se, že z oboru chtějí odejít. Nehledě na to, že spousta sester je ve věku, kdy se naše maminky chystaly do důchodu. Naší generaci se ale odchod do důchodu posunul do nedosažitelných dálek. Vážně bych chtěla vidět, jak sestry mezi 60 a 70 lety budou náročnou práci u lůžka zvládat. Ale to už je další problém k řešení, který si nechám na jiný.

Markéta Mikšová

Komunikace s lidmi se sluchovým postižením

Jak se může člověk objednat do ordinace, když neslyší telefon? Jak zavolat do ordinace člověka, který neslyší? Jaké jsou způsoby komunikace s neslyšícím pacientem?

Sluchové postižení má dopad na ztíženou orientaci a komunikační bariéru v přístupu k informacím. Osoby se sluchovým postižením při komunikaci nemohou porozumět informacím sdělovaným řečí. Nemají snadné porozumění sluchem, které je pro slyšící pacienty samozřejmostí, a nemají jistotu, že všemu dobře porozumí.

Mýty o ohluchlých lidech

O důsledcích sluchového postižení panují mýty a předsudky, které plynou z neznalosti ko-

munikačních potřeb ohluchlých lidí. K nejčastějším omylům patří:

- Každý, kdo neslyší, používá znakový jazyk.
- Na ohluchlého člověka musíme mluvit hodně nahlas a zblízka.
- Ztratí-li někdo sluch, automaticky se naučí odezírat.
- Ohluchlý člověk, který dovede odezírat, bude vždy rozumět, když zajistíme vhodné podmínky.
- Kdyby došlo při vzájemné komunikaci k omylu, hned to poznáme.
- Odezírání je vlastně čtení ze rtů.





ilustrační foto: Shutterstock

Veřejnost je tak přesvědčena, že když někdo neslyší, automaticky ovládá znakový jazyk. Je to stejné, jako kdybychom se vyjádřili o většině slyšících Čechů, že rozumějí korejštině. Lidé se sluchovým postižením totiž nejsou homogenní skupinou, která se domlouvá s okolím pouze jedním komunikačním způsobem. Neslyšící s velkým N (tzv. menšina) komunikují svým rodným znakovým jazykem. Lidé ohluchlí, popř. nedoslýchaví, preferují domluvu v psané podobě. Nesmíme zahrnovat všechny občany se sluchovým postižením pod termín „Neslyšící“ - ne všichni používají znakový jazyk. Uživatelů znakové řeči je asi 7500, kdežto lidí se sluchovým postižením, kteří komunikují jiným způsobem, je kolem 1 milionu (Hrubý, 2009).

Jak komunikovat?

Ohluchlí lidé také získali nálepkou, že nerozumí psanému textu. Národní rada osob se zdravotním postižením totiž vydala verzi desatera komunikace s pacienty s různým postižením, kde desatero komunikace s pacientem se sluchovým postižením začínalo větou: „Komunikace přes papír s neslyšícími je většinou neúčinná. Lidé, kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratili sluch v raném věku, nemají dostatečnou slovní zásobu, takže psaný projev pro ně neznamená úlevu.“ Přestože bylo vydáno opravené desatero, kde se uvádí, že je třeba se osoby

se sluchovým postižením zeptat, zda chce odezírat, psát nebo používat znakový jazyk, opravená verze nebyla prezentována v médiích tak jako verze první.

Jak tedy zpřístupnit nemocnici či ordinaci pacientům se sluchovým postižením? Komunikační preferenci pacienta si poznamenejme na desky zdravotní dokumentace, vyvarujeme se užívání pojmu „hluchoněmý“ (je hanlivé) nebo „neslyšící“, což nevypovídá o komunikační preferenci.

Poskytování informací a služeb v přístupných a využitelných formátech vyžaduje i Úmluva o právech osob se zdravotním postižením v čl. 21, a to od subjektů, které poskytují služby veřejnosti. Také zdravotnická zařízení (ZZ) poskytují služby veřejnosti.

Komunikační systémy

Zákon č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, říká, že lidé se sluchovým postižením mají „při návštěvě lékaře, vyřizování úředních záležitostí a při zajišťování dalších nezbytných potřeb právo na tlumočnické služby zajišťující tlumočení v jimi zvoleném komunikačním systému“. Jedním z deseti komunikačních systémů, které jsou v zákoně definovány, je písemný záznam mluvené řeči jako převod mluvené řeči do písemné podoby v reálném čase (tj. teď a tady).

Předpis zdůrazňuje respektování předpisu, aby měl člověk „možnost rovnoprávného a účinného zapojení do všech oblastí života společnosti“.

Převod mluvené řeči do písemné podoby v reálném čase není nadstandard ke znakovému jazyku, nýbrž rovnocennou formou komunikace, kterou si pacient se sluchovým postižením může zvolit. Jde o zajištění přístupnosti informací lidem, kteří ohluchli a jejichž komunikační potřebou je rozumět ostatním pomocí psané češtiny. V praxi to vypadá tak, že mluvené slovo řečníka přepisuje přítomný přepisovatel na počítači a záznam se hned promítá na monitor notebooku. Kromě technických předpokladů (počítač) přepis vyžaduje písaře ovládajícího rychlé psaní a seznámeného se základními pravidly přepisu. ZZ mohou zadat objednávku k zajištění simultánního přepisu mluvené řeči pro ohluchlé pacienty na: www.eprepis.cz.

Druhou variantou pro ZZ je díky dosažitelnému internetovému připojení **využití on-line přepisu**, který je založen na vzdáleném připojení přepisovatele pomocí internetu do aplikace nazvané eScribe. Přepisovatel není fyzicky přítomen na místě. Hlas mluvčího se mu do sluchátek přenáší z mikrofonu klientova přístroje prostřednictvím internetového či telefonního hovoru. Přepisovaný text se zobrazuje v aplikaci eScribe, do které se přihlašuje přes libovolné, k internetu připojitelné zobrazovací zařízení - notebook, chytrý telefon, tablet. On-line přepis představuje nejvíce přirozenější způsob, jak mohou lidé komunikovat se svým okolím a jak lze zajistit přístupnost nemocnice anebo ordinace. Přepis on-line má své webové stránky www.transkript.cz.

Speciální služby nemocnic

Nemocnice se snaží pro své pacienty vylepšovat různé služby, např. pokrytí celého areálu internetem, což má praktický dopad na přístupnost nemocnice pro pacienty se sluchovým postižením. Díky pokrytí internetem je tu jen krůček k využití služeb, které pomáhají efektivní komunikaci. Jen je potřeba o nich vědět a také využít je.

Není-li v nemocnici internetové připojení k dispozici, lze použít psaní pomocí papíru a tužky, popř. využít vlastní počítač v ordinaci. Potřebujeme-li zavolat do

ordinace pacienta se sluchovým postižením, není nic jednoduššího než jeho jméno napsat na papír a vejít do čekárny.

Asistenční služba O2

K objednání nebo sdělení výsledku vyšetření lze využít linku operátorů, kteří při „hovoru“ fungují jako zprostředkovatelé - zprostředkují komunikaci slyšících lidí s lidmi se sluchovým postižením a vyřizují komunikaci nejen se ZZ. Služba funguje 24 hodin denně. Slyšící osoba může použít číslo 800 142 142, řekne operátorovi požadavek, komu má převést mluvené slovo do písemné podoby a v jaké podobě (e-mail, SMS apod.).

Opačně pacient se sluchovým postižením může zkontaktovat ZZ nebo ordinaci pomocí e-mailu nebo SMS a operátor „volané“ straně zprávu přečte. Nepoužíváme však sdělení v ordinaci, že si má pacient klasicky zavolat („Tak si zavolejte!“). Pacient se sluchovým postižením telefonní hovor nemůže slyšet.

Odezírání

Při odezírání nejde o odezírání izolovaných hlásek, protože hlásky v pohybu splývají. Odezíráme mluvní celky, tedy slova a věty. Nerozeznávají se jednotlivé hlásky, slabiky či slova, ale jde o zachycení smyslu řečené věty. Odezírání je založeno na pochopení kontextu. Odezírající člověk si musí domyslet řečené. Čtení ze rtů je proto mýtus - nelze postřehnout všechny hlásky, jako když čteme knihu. Mějme na paměti, že **odezírání není spolehlivou metodou** porozumění řeči, zvláště pokud jde o důležitá sdělení (dotazy na léky, které pacient se sluchovým postižením užívá, alergie apod.). Nejlepším způsobem je napsat sdělení či otázku na papír nebo do počítače. Ne vždy to však jde, třeba při rentgenovém vyšetření. V takové chvíli je dobré si domluvit vizuální signál, například: „Až zvednu ruku, nedýchejte, když dám ruku dolů, opět můžete dýchat.“

Neoslovujeme pacienta zezadu ani ze strany. Upozorníme ho, že začínáme mluvit, a počkáme, až se na nás podívá. Důležité je také udržovat zrakový kontakt. Komunikaci by neměly rušit žádné vedlejší zvuky, proto je vhodné tyto překážky eliminovat. Například zavřít okno vedoucí do rušné ulice. Odezírající osoba nesmí být oslněna světlem (zejména u zubaře). Při mluvení nechodíme sem a tam, pacient se sluchovým postižením potřebuje

vidět na ústa mluvčího. Mluvíme přirozenou intonací, zřetelně artikulujeme, ale neslabikujeme. Nezvyšujeme hlas ani nekřičíme.

Důležité jsou správně položené otázky

Pacientovi se sluchovým postižením předem vysvětlíme, co může během vyšetření či ošetření očekávat a jakou spolupráci od něj budeme potřebovat. Ukazujeme-li věc, počkáme, až se pacient podívá, a pak opět začneme mluvit. Nemluvíme a zároveň neukazujeme položku na papíře. Pamatujme, že není možné, aby člověk četl a zároveň odezíral.

Sledujeme výraz člověka, můžeme tak poznat, zda mluvíme správně. Necháme odezírajícího člověka odpovídat na to, co jsme řekli, z čehož můžeme poznat, kdy nám správně rozuměl a kdy omylem odezřel jiná slova. Neptáme se: „Rozumíte jste?“, ale ptáme se: „Co jste mi rozuměl?“ Slova, která odezírající člověk nemůže odezřít, napíšeme na papír, pomůžeme si slovem podobného významu nebo raději řekneme větu v několika různých obměnách a bez nervozity a doplníme o další podrobnosti, nebo změníme stavbu věty, což pomůže rozpoznat smysl sdělení.

Důležité dotazy na alergie, kardiostimulátor či užívané léky raději opakujeme a neváháme ani použít písemnou formu. Totéž platí, chceme-li pacientovi sdělit, jak má užívat léky nebo dožadovat léčebnou životosprávu. Toto své sdělení vždy ještě napíšeme na papírek, který dáme pacientovi s sebou.

Při neúspěšné komunikaci máme na paměti, že jde o důsledek sluchového postižení. K takovému člověku přistupujeme se stejným respektem a ohledem na důstojnost jako k člověku bez postižení. Neprojevujeme netrpělivost, ale snažíme se najít cesty jak se vzájemně lépe dorozumíváme. Nikdy se neobracíme na průvodce. Ptát se na názor jeho a ignorovat pacienta se sluchovým postižením je urážlivé. Jen tak bude práce profesionálů s pacienty se sluchovým postižením efektivní a zohledňující specifické potřeby komunikace.

Literatura u autorky

Mgr. Eva Liberdová,
lektorka a garantka kurzu **Nebojme se komunikace s lidmi se sluchovým postižením**,
Orbi Pontes, z. s.,
elliberdova@email.cz

Zbavme se resortismu

Ředitel odboru sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení ministerstva práce a sociálních věcí **David Pospíšil** k perspektivě profese sester pracujících v sociálních službách a financování systému sociální péče.

Z jaké základní filosofie vychází koncepce dlouhodobé péče v ČR?

Dlouhodobou péčí rozumíme dle definice OECD spektrum kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností, jež jsou závislé na cizí pomoci a potřebují pomoc a péči při každodenních sebeobslužných aktivitách pro zajištění důstojného života. Tuto péči potřebují také lidé, kteří mají zdravotní postižení, ať už vrozené nebo získané. Obecně se týká nejen seniorů, ale mladých osob či dětí, u nichž se ani zákroky moderní medicíny, ani intenzivní rehabilitaci nepodařilo plně obnovit jejich funkční schopnosti a kteří potřebují dlouhodobou systematickou zdravotní, zejména ošetrovatelskou péči. Cílem je proto zajistit v rámci existujících mechanismů financování dostupnou a kvalitní dlouhodobou zdravotně-sociální péči poskytovanou efektivním a rovným způsobem v domácím či institucionálním prostředí. Jednoduše zajistit integrovaný systém sociální a zdravotní péče.

V naší zemi se bohužel o dlouhodobé péči několik let jen hovoří a jednotlivé resorty, obory či zdravotní pojišťovny se k integrované péči moc nehlásí. Pokud si totiž přiznáme, že potřeba této integrované péče v naší zemi reálně existuje, bude nutné přehodnotit současné nastavení péče o potřebné občany, alokovat nově finanční zdroje a zbavit se resortismu. Primárně by nám všem mělo jít o blaho našich občanů.

Klientem sociální služby je stále častěji člověk s celkovým a výrazně vyšším nárokem na zdravotní péči. Je – popřípadě odkdy bude – tato skutečnost zohledněna v koncepci dlouhodobé péče a jejím financování?

Naše ministerstvo si je samozřejmě vědomo stárnutí populace a vyšších nároků seniorů nebo zdravotně postižených na ošetrovatelskou i zdravotní péči. Jedním ze základních opatření je vytvoření změn v parametrické zdravotně-sociální péči. Tímto se zabývá Meziřesortní pracovní skupina k řešení problematiky sociálně zdravotního pomezí. Měl vzniknout systém, který jasně vymezí roli ministerstva práce

a sociálních věcí a ministerstva zdravotnictví v oblasti dlouhodobé péče – nutným předpokladem k zajištění kvalitní a dostupné sociální i zdravotní péči je provázanost obou systémů (pacient/klient přechází z jednoho systému do druhého).

Cílem je vytvořit návrh změnového zákona, kterým se mění některé zákony nebo vyhlášky v souvislosti s úpravou zdravotních a sociálních služeb. Předpokládáný termín rozeslání do vnějšího připomínkového řízení je přelom srpna a září 2016, stanovený termín předložení vládě v září 2016 a předpokládaný termín nabytí účinnosti tohoto zákona je cca červen 2017. Nicméně je nutné si uvědomit, že v příslušných prováděcích předpisech se tyto změny projeví nejdříve až na rok 2018. Jsme si vědomi, že se jedná pouze o malou výše nutných právních úprav, ale po necelých dvou letech intenzivního vyjednávání se víc nepodařilo. Velmi mě mrzí, ale nepřekvapuje, že potřebu systémových opatření (po vzoru západní Evropy) zatím nevidí zejména zdravotní pojišťovny nebo ministerstvo financí.

Financování dlouhodobé péče v zařízeních sociálních služeb má také svou zpracovanou koncepci?

Koncepce financování dlouhodobé péče není zpracována samostatně a odděleně, ale je součástí právě navrhovaného změnového zákona. Z hlediska koncepčního se dlouhodobou péči zabýváme v nově schválené Národní strategii rozvoje sociálních služeb ČR 2015-2025. Financování sociálních služeb je obecně realizováno z celé řady veřejných nebo soukromých zdrojů, přičemž dotace ze státního rozpočtu jsou zejména u služeb sociální péče pro poskytovatele nižším příjmem než úhrady od uživatele péče. Návrh, který budeme nyní předkládat ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví, je maximum možného. Všechny předchozí pokusy připravit systémové opatření integrované sociálně-zdravotní péče vždy na ostatních resortech ztroskotaly. Nově by pro potřeby zajištění rozšířené zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb vznikla odbornost 923, u níž by úhrada

péče probíhala formou paušálních úhrad, odstupňovaných dle časové náročnosti péče o pacienta.

V praxi se ale tato změna projeví až v roce 2019 či později. Zdravotní nebo sociální služby, které by chtěly poskytovat péči skrze tuto odbornost, by musely mít oprávnění k poskytování zdravotních a sociálních služeb a musely by splňovat nově upravené materiálně a technické zabezpečení. U ostatních zařízení, která tuto péči poskytovat chtějí, zůstane současný stav, tedy u sociálních služeb poskytování skrze odbornost 913.

Která podkladová data využije MPSV pro zmapování finančních zdrojů, z nichž je placena práce sester v pobytových zařízeních sociálních služeb a tím ošetrovatelská péče? Je tato platba dostačující?

Pro zmapování finančních zdrojů slouží výkazy sociálních služeb, případně žádosti o dotace, které poskytovatelé sociálních služeb zpracovávají. K financování práce sester v sociálních službách slouží především úhrady zdravotních pojišťoven a další zdroje, z dotace MPSV se platy zdravotnických pracovníků hradit nemohou. Platba ze zdravotních pojišťoven je nedostatečná a poskytovatelé jsou velmi často rádi, že pokryjí aspoň cca 60 procent nákladů na zdravotnický personál. Nicméně zde chci ještě upozornit, že v současnosti se na zdravotní péči v sociálních službách vynakládá cca 1,2 miliardy Kč ročně. V systému chybí jen pro tento rok cca 700 milionů korun, aby se pokrylo alespoň zvýšení platů. Z našeho pohledu ale chybí na ošetrovatelskou péči poskytovanou sestrami, případně nižším zdravotnickým personálem, minimálně další 1,2 miliardy korun.

Studie Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí dokonce došla k tomu, že v pobytových zařízeních sociálních služeb byla provedena zdravotní péče ve výši 7,69 miliardy korun, ale z veřejného zdravotního pojištění bylo uhráno jen 1,21 miliardy Kč. Každopádně dílčím úspěchem je, že se povedlo dojednat navýšení na rok 2017 aspoň o 250 milionů korun, což samozřejmě stále nepokryje reálný stav.

Systém úhrad za zdravotní péči vykonanou u klientů v pobytových zařízeních sociálních služeb je zcela závislý na vůli či nevlí praktických lékařů tuto péči indikovat. Z toho vyplývá, že systém rozhodně není spravedlivý a je spíše vstřícný ke zdravotním pojišťovnám. Nebyly by řešením paušální úhrady za zdravotní péči od zdravotních pojišťoven v závislosti na zdravotním stavu klientů, jak je tomu všude v zahraničí?

Ano, návrh koncepce dlouhodobé péče upravuje i financování zdravotní péče. Jednou z navrhovaných možností jsou i paušální úhrady. Jak jsem již zmiňoval, u nové odbornosti 923 je plánována úhrada péče skrze paušál, což je ale nutné pilotovat v praxi. Dále by bylo nutné změnit parametry úhrad a prověřit kapacitní možnosti praktických lékařů. Nicméně obecně se domnívám, že jak společnost stárne a jak se vyvíjí zdravotní péče, bude dlouhodobá péče stále potřebnější. Všechna tato opatření jsou pouze kosmetické změny a bude nutné, aby zejména ministerstvo financí a Svaz zdravotních pojišťoven ČR výrazně přehodnotily současná stanoviska, protože se nejedná o dlouhodobě udržitelný stav. Jako jedno z řešení jak tuto péči upravit je například zavedení nového pojistného, obdobně jako je tomu v Německu.

Od 1. 1. 2017 má být zvýšen plat sester o 10 procent, bude tomu také tak u sester v sociálních službách?

Toto navýšení se samozřejmě týká i sester v sociálních službách, nicméně se týká pouze platové sféry (tedy příspěvkové organizace, obce a tak dále), mzdovou sféru tímto plošným navýšením tarifů ovlivnit nelze. Můžeme však říci, že mzdy se vždy postupně přizpůsobují i navýšení v platové sféře. Nicméně nám stále chybí dostatek finančních zdrojů, abychom toto zvýšení pokryli. Krajům tedy nezbude nic jiného než tuto ztrátu svým příspěvkovým organizacím zafinancovat. Ostatní neziskové nebo církevní organizace na tom budou podstatně hůře. Našemu ministerstvu se podařilo pro rok 2017 vyjednat alespoň navýšení o 250 milionů Kč, což se bu-



Foto: archiv

de týkat celého segmentu odbornosti 913.

Z jakého důvodu musí sestra v sociální pobytové službě ohajovat svou kompetenci, proč aplikuje léky per os klientovi s těžkou demencí, zatímco v nemocnici sestra podává léky i chodícím soběstačným pacientům a mladým lidem bez nutnosti zdůvodňovat tento postup?

Všeobecné sestry se řídí zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, za které je odpovědné MZ. Takže otázka by měla směřovat na toto ministerstvo. Z našeho pohledu k tomu lze uvést jediné to, že v pobytových zařízeních sociálních služeb pracují převážně registrované sestry, které nemusejí pracovat pod dohledem a musejí si svou kvalifikaci udržovat dle platné legislativy.

V nové koncepci dlouhodobé péče je dán prostor pro navýšení počtu sester v sociálních pobytových službách tak, aby mohla růst i kvalita aktivní ošetrovatelské péče?

Zde nemůžeme hovořit o nové koncepci jako takové, ale pouze o jedné malé výseči. Naše ministerstvo připravilo několik možných variant jak se dlouhodobou péčí v sociálních a zdravotních službách zabývat. Nakonec na půdě meziřesortní skupiny zvíťazila minimalistická varianta. Abychom mohli do pobytových sociálních služeb dostat větší počet odborného personálu, bude potřeba se zabývat a přijmout systémové a dlouhodobé opatření, které bude mít značné dopady do veřejných rozpočtů. Teprve pak lze reálně připravit novou právní úpravu dlouhodobé péče. V pobytových sociálních službách se totiž setkáváme se stejnými, respektive ještě většími problémy než v segmentu zdravotnictví, a to jak zde udržet odborný zdravotnický, ale i sociální personál.

přípravily PhDr. Eva Procházková, Ph.D.,
a Petra Klusáková

Automatický externí defibrilátor v praxi

Automatické externí defibrilátory (AED) jsou v praxi mimo oddělení poskytující resuscitační péči již několik let. Motivem pro jejich umístění i mimo odborná pracoviště s vyškoleným personálem bylo zjištění, že pokud není při komorové fibrilaci nebo bezpulzové komorové tachykardii v rámci první pomoci postiženému rychle poskytnut elektrický výboj, prognóza jeho přežití se zhoršuje až o 10 % v každé následující minutě.

Pro příznivější budoucnost pacienta je nutné výboj podat hned při poskytování první pomoci laikem, ještě před příjezdem zdravotnické záchrané služby (ZZS). Zautomatizovaný přístroj je natolik jednoduchý, že jeho obsluhu zvládne i neproškolený laik. Stačí dobře poslouchat navigaci zařízení a postupovat podle psaných či vyslovených pokynů přístroje. Většina AED má nejen jasnou hlasovou, ale i grafickou navigaci.

Výhody přenosného přístroje

Jedná se o malý, lehký, kompaktní, přenosný přístroj se zabudovaným mikroprocesorem k automatickému řízení. Díky tomu je schopen bez odborného posouzení člověkem analyzovat závažnost poruchy srdečního rytmu pacienta a provést život zachraňující aplikace defibrilačního výboje. Zdrojem energie je samodobíjecí baterie, není tedy potřeba při použití připojovat přístroj do rozvodu elektrického vedení a obávat se závažných komplikací. Výboj je navržen u defibrilovatelných rytmů: nejčastěji fibrilace komor (příliš rychlá tendence k systole, až není za časovou jednotku stažení možné a namísto stažení se svalovina jen míhá) přecházející v asystolii (zástavu srdečního pulsu, na srdci není žádná aktivita, EKG ukazuje izoelektrickou linii neboli rovnou čáru, okamžitě dochází k zástavě krevního oběhu).

Příznivá cena AED jej umožňuje stále častěji umísťovat na dostupná místa v prostorech s velkou koncentrací lidí, např. v nákupních centrech nebo na poliklinikách. Přístroje ale nemohou nahradit nepřímou srdeční masáž, která musí být mimo aplikaci elektrického výboje stále poskytována. Přístroje jsou natolik sofistikované, že defibrilační výboj neumožní podat, pokud není srdeční rytmus vyhodnocen jako vhodný k defibrilaci. AED metoda je tedy pro pacienty velmi bezpečná, nelze ji zneužít a zachránce je jasně navigován ke správnému postupu použití.



ilustrační foto: Shutterstock

Historie AED

První prototyp předvedli již počátkem 70. let minulého století američtí průkopníci Arch Diack, Stanley Welborn a Robert Rullman. Přístroje rozšířili zejména v okolí Portlandu, kde je podrobili zkušebnímu provozu a následně dalším úpravám. Sériově se AED začaly vyrábět v roce 1979, ale až v roce 1990 americké úřady povolily používat AED laiky. Do té doby jej směly využívat pouze odborné složky. V roce 1999 Americký červený kříž začal používat AED vyučovat ve svých kurzech jako nedí-

nou součástí při poskytování laické neodkladné resuscitace.

Od roku 2002 si mohli laičtí zájemci (majitelé velkých obchodů, firem) tento přístroj sami zakoupit, zatím však pouze na lékařský předpis. Bez předpisu to jde od roku 2004. Velkými průkopníky v rozmištění AED byly letecké společnosti. Již v roce 1990 je na palubu svých letadel umístila britská společnost Virgin Atlantic a v roce 1997 největší americká společnost American Airlines. Od roku 2004 musejí všechny americké letecké společnosti povinně

proškolit palubní personál v používání AED.

V České republice byl první AED přístroj uložen v budově rozhlasové stanice Svobodná Evropa v Praze v roce 2002, následovalo tehdejší pražské Letiště Ruzyně a paluby vybraných mezinárodních leteckých spojů.

Postup použití

Přístroj je nutné donést na místo provádění resuscitace a zapnout tlačítkem ON/OFF. Některé druhy se po otevření ochranného krytu zapnou samy. Přístroj následně

sám začne automaticky vydávat audiovizuální pokyny jak postupovat dál. Je tedy nezbytné sledovat akustické výzvy k činnosti a grafická znázornění na displeji. Zachránce bude vyzván k nalepení dvou defibrilačních elektrod, které vyjme z obalu. Jednu uloží pacientovi parasternálně vpravo pod pravou klíční kost a druhou ve střední axilární čáře v úrovni čtvrtého mezižebří. Přístroj dále upozorní na krátké přerušování nepřímé srdeční masáže. Následně zaznamená srdeční elektrickou aktivitu a vyhodnotí ji dle výsledné EKG křivky, zda je v pásmu defibrilovatelných poruch. Zachránce je vyzván signálem „nedotýkejte se pacienta“, který musí dodržet, jinak by mohla být rušena EKG analýza a došlo by ke špatnému vyhodnocení.

Pokud přístroj srdeční poruchu diagnostikuje jako nedefibrilovatelnou, navede k pokračování v srdeční masáži. V případě, že je danou poruchu vhodné defibrilovat, oznámí AED vhodnost použití výboje. Některé typy přístrojů se před výbojem samy nabíjí, jiné je potřeba nabít stisknutím příslušného tlačítka. Dále AED vyzve zachránce, aby se pacienta nedotýkal on ani nikdo jiný (z důvodu úrazu elektrickým proudem, který by se z pacienta převedl na něj). Přístroj si sám automaticky nastaví hodnotu výboje, nabije se, vyzve zachránce ke zmáčknutí tlačítka „SHOCK“ (případně s grafickým označením symbolem blesku). Po výboji je nutné pokračovat v masáži srdce. Po chvíli dojde opět k vyhodnocení srdečního rytmu a opakování celého cyklu s výbojem.

Některé starší přístroje mohou mít lehce odlišný postup použití, vždy je nutné respektovat pokyny přístroje!

Spojení AED a KPR

Kardiopulmonální resuscitace (KPR) a AED přístroj je nutné aplikovat současně (kromě vlastního výboje). Defibrilační výboj by měl být podán co nejdříve od zástavy oběhu. Přístroje jsou většinou koncipovány tak, že zachránce v průběhu hodnocení upozorní na přivolání záchrané služby či zapojení více zachránců a také udává zvukovými signály správné tempo pro nepřímou srdeční masáž, kterou bude zachránce provádět hned po prvním vyšetření pacienta (zjištění zástavy oběhu) do doby, než bude donesen AED.

Stejně tak stále provádí KPR po defibrilačních výbojích, pokud nedojde k obnovení srdeční činnosti, až do příjezdu záchranné služby. Během přípravy přístroje a nalepování elektrod se srdeční masáž nepřerušuje. Jakákoli prodleva v obnovení srdeční akce je život ohrožující.

Využití u dětí

Výzkum i praktické zkušenosti záchranné služby ukazují, že AED lze použít i u dětí starších jednoho roku. Použijí se speciální dětské elektrody a elektrický výboj, musí se proto aktivovat softwarový „dětský mód“. Aktivace na dětský režim se liší podle výrobce. U některých typů se přepne speciálním tlačítkem do režimu dítě, jinde se vkládá jakýsi „dětský klíč“ zajišťující nižší elektrický výboj. Děti ve věku 1–8 let dostávají sílu výboje sníženou z běžných 150 J bifázického výboje pro dospělého na 50–75 J. U kojenců do jednoho roku věku je pak použití AED kontraindikováno. U nich je nezbytné při srdeční zástavě provádět do příjezdu odborné pomoci nepřímou srdeční masáž. Děti starší 8 let mohou dostat režim výboje jako dospělý jedinec. S ohledem na velikost hrudníku malého dítěte může správné přiložení defibrilačních elektrod činit problémy, je ale možné umístit elektrody anteroposteriorně – předozadně (jednu elektrodu na hrudník a druhou na záda dítěte). Tato možnost by však měla být využívána pouze jako sekundární řešení, nejdelší elektrody umístit standardně.

Umístění AED přístroje

AED je velmi chytrý přístroj. Jeho umístění k veřejnému použití není nebezpečné. Je doporučeno (s ohledem na jeho vědomé i nevědomé poškození kolemjdoucími) jej uložit do speciální nástěnné skříňky s označením AED. Skříňky musejí být veřejnosti přístupné, aby AED mohl být v případě potřeby okamžitě použit, proto nemohou být zamčené nebo zapečetěné. Skříňky bývají

vybaveny zvukovým nebo světelným alarmem (právě z důvodu rizika vandalství či zneužití a odcizení). Alarmy bývají vyslány také na tísňovou linku nebo jiná předem určená čísla k přivolání další pomoci. Tou může být speciálně vyškolený pracovník se zkušenostmi s použitím AED a s resuscitací nebo přímo přivádající záchrannou službu.

Hustota umístění přístroje závisí i na financích. V současné době jsou to velká obchodní centra, úřední domy, mezinárodní letiště, sportovní haly, rozsáhlé průmyslové podniky, velká vlaková nádraží, paluby letadel a zaoceánských lodí, frekventované pěší zóny, lázně, školy a jiné budovy s velkou koncentrací osob. Dále místa, která sice nemají tak vysokou návštěvnost, ale je zde zvýšené riziko srdeční příhody, jako jsou fitness centra, veřejná koupaliště a bazény, sauny, stadiony, domovy pro seniory, rodiny s rizikovými pacienty. Ale také odlehlá a záchranným složkám obtížně dostupná místa (např. vysokohorská střediska). Často můžeme AED nalézt také u jednotlivých složek IZS, které na místo dorazí mnohdy jako první (tzv. *first responders*). Jsou to složky dobrovolných hasičů, vozidla Policie ČR, jednotky městské policie, Hasičský záchranný sbor, Vodní záchranná služba, ale i zářehová vozidla Horské služby ČR. Ve všech těchto prostorech American Heart Association doporučuje umístění AED tak, aby byly dosažitelné svižnou chůzí během 60–90 sekund z jakéhokoli místa zvolené lokality.

V České republice dochází k velkému rozvoji umístování a používání AED. V současné době jsou na našem území možná stovky AED. Vzhledem k soukromé vlastnictví některých přístrojů neexistuje žádný centrální registr. Prodejci ani majitelé nemají povinnost umístění těchto přístrojů nahlašovat. Evropský výzkum provedený ve 36 evropských státech sledoval jejich využití a umístění a pouze 4 státy mají registr uložení AED jako lokalizátor. Výhodou je rychlá orientace, zda v daném prostoru přístroj očekávat, dále informování dispečinkem zdravotnické záchranné služby záchránce o možnosti použití a také využití AED prvními zasahujícími složkami IZS na místě.

Doporučené označení

Dle návrhu International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), který sdružuje nejvýznamnější světové organizace pro resuscitaci, je celosvětově zavede-

no jednotné označení pro AED, včetně skříněk nebo stojanů, kde je přístroj uložen, a směrových tabulek ukazujících nejbližší cestu k nim. Jedná se o zelenobílou značku obdélníkového tvaru s piktogramem ve tvaru srdce se symbolem blesku uprostřed. V pravém horním rohu je bílý kříž. Kříž je použit z důvodu všeobecného povědomí pro označení zdravotnického materiálu pro první pomoc. Tento symbol může být doplněn i nápisem „AED“ či „Tento objekt je vybaven AED“ v různých jazykových verzích. Použití celého názvu místo zkratky se pro nižší přehlednost v krizových situacích nedoporučuje. Pro samotné označení jsou dána přísná pravidla. Označení bylo testováno a splnilo několik přísných norem ISO.

Komplikace při použití AED

Prakticky existují jen komplikace plynoucí z neuposlechnutí navigačních přístrojů. Ty ohrožují záchránce, nikoli zachraňovaného. Největší riziko je úraz zachránce elektrickým proudem, pokud se dotkne pacienta při výboji nebo se defibrilace používá v mokřem prostředí. Tyto situace je nutno včas eliminovat a zajistit bezpečnost prostředí. Příkladem, kdy by bylo použití AED kontraindikováno z důvodu ohrožení bezpečnosti zachránce, je defibrilace tonoucího bezprostředně po vytažení z vody. V tomto případě je nutné nejdříve pacienta i jeho okolí osušit. Budeme-li louží vody spojení s přejede vodou na zachránce a způsobí vážný i život ohrožující úraz. Jiným specifíkem je přítomnost náplasti s léčivou (např. nitroglycerinové či opiové náplasti), které – pokud by byl výboj podán přes ně – mohou snížit nebo zcela zabránit přenosu elektrické energie k srdci postiženého a znehodnotit tak vlastní proces defibrilace. Má-li pacient implantované přístroje – srdeční stimulatory či kardiovertery, které jsou většinou na obnaženém hrudníku vidět či cítit –, měly by se defibrilační elektrody umístit alespoň 10 cm od těchto přístrojů (umožňují-li to podmínky), aby nedošlo k poškození.

Využití AED ve ZZ

Zásadní podmínkou úspěšné resuscitace pacienta ve zdravotnických zařízeních (ZZ) je rychlá diagnóza srdeční zástavy (do 10 sekund), okamžité přivolání resuscitačního týmu daného ZZ, zahájení KPR neprodleně ještě před příchodem tohoto týmu,



Nizozemský student Alec Momont se svým vynálezem – ambulance dronem

potřebné vybavení léky a pomůckami pro KPR a samozřejmě okamžité použití AED. Resuscitační tým by měl na místo dorazit do 3 minut. Dle doporučení *guidelines* ILCOR by měl být první defibrilační výboj pacientům s komorovou fibrilací či bezpulsovou komorovou tachykardií podán již do 3 minut od vzniku náhlé srdeční zástavy. Čím dříve tedy provedeme defibrilaci s pomocí AED, tím je větší šance pro přežití pacienta. Zacvičený personál dokáže s AED podat defibrilační výboj již během jedné minuty, tedy bezprostředně po vzniku srdeční zástavy a dlouho před příjezdem resuscitačního týmu s klasickým defibrilátorem.

Budoucnost AED

Obsazenost České republiky AED není dostačující. Řada míst i s vysokou koncentrací lidí je stále bez přístroje. Nabízí se otázka, zda by se pro tyto případy nemohla využít například technika bezpilotních dronů (malých, lehkých letadel ovládaných na dálku připomínajících model vrtulníku). IZS by je mohly využít nejen k monitoraci místa zásahu, ale hlavně k záchrane životů. Vznikl tak nápad „létajícího AED“, který by poté, co svědek kolapsu či srdeční zástavy zavolá na tísňovou linku, dispečer ZZS vyslal na místo (společně s posádkou v sanitním voze). „Létající AED“ bude na místě výrazně dříve než záchránčí. Zachránce tak má k dispozici AED již pár minut po telefonátu a může podat kvalitní první pomoc včetně často tolik potřebné defibrilace.

Možnosti realizace tohoto řešení jsou dvě. Prvním je připevnění AED ke klasickému dronu, který AED pouze přepraví na místo. Druhým, efektivnějším způsobem pak je tzv. *ambulance drone*. Jedná se o vynález

23letého nizozemského studenta Aleca Momonta. Tento nadějný projekt představuje AED a dron v jednom. *Ambulance drone* se dokáže pohybovat rychlostí až 100 km/h. AED může tak k pacientovi v okruhu 12 km² od základny ZZS dostat do 1 minuty a zvýšit tak šanci na přežití z pouhých 8 na 80 %. Místo zásahu najde podle zabudovaného GPS lokátoru, který se zaměří na souřadnice mobilního telefonu, z něhož záchrance volá na tísňovou linku. Dispečer ZZS pomocí mikrofonu a zabudované kamery v dronu vidí vše na místě události a může hlasem navigovat záchránce v úkonech první pomoci a použití AED. Momentálně prototyp tohoto *ambulance* dronu létá nad ulicemi Amsterdamu a vykazuje velkou efektivitu. Na rozšíření používání u nás si budeme muset ještě počkat, jedná se však o velmi zajímavý krok vpřed. Velkou překážkou rozvoje dronů ve službách složek IZS je mimo jiné nedořešená legislativa, prozatím není používání *ambulance* dronů dovoleno.

Použití AED přístroje je díky jeho technologii velmi jednoduché, záchránce dostává jasné pokyny jak postupovat. Nemusí se bát, že bez výškolení nebude umět přístroj správně použít nebo přístrojem pacienta závažně poškodí. Zkušenosti i výzkumy potvrdily, že použití AED zachrání život mnoha pacientům, protože elektrický výboj byl použit krátce po zástavě, nikoli až po minimálně 20 minutách, kdy na místo dorazí posádka ZZS. Jedinou podmínkou pro správné použití AED přístroje k záchrane života je zachovat klid a nechat se vést instrukcemi přístroje.

PhDr. Martina Muknsnáblova,
odborná učitelka SZS Ruská, Praha,
m.muknsnablova@tiscali.cz



Jednotné označení AED podle ILCOR

Letovice Care 2016 – kongres s mezinárodní účastí

Již posedmé se v Letovicích sešli proktologové, geriatři, chirurgové a ostatní odborníci, aby si vyměnili zkušenosti z praktické proktologie a v oblasti interdisciplinární následné a geriatrické péči.

Odbornými garanty byli přednostka Kliniky interní, geriatrické a praktického lékařství LF MU a FN Brno prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc., a doc. MUDr. Tomáš Skříčka, CSc., z NCA – Kephass, Brno. Akci uspořádaly Petřivalského nadace, Nemocnice milosrdných bratří Letovice, Koloproktologická sekce ČCHS a Česká asociace sester. Kongres, nad nímž převzal záštitu hejtman Jihomoravského kraje Michal Hašek, oficiálně zahájili radní pro zdravotnictví Mgr. Marek Šlapal, ředitelka NMB MUDr. Drahoslava Královcová zastupující nechirurgické obory a doc. MUDr. Tomáš Skříčka, CSc.

Starosta Letovic Vladimír Stejskal v úvodním slově připomněl, že Letovice letos slaví 80 let od povýšení na město. Kongresu se zúčastnili také významní přednášející ze zahraničí, profesor Goran Barišić z První chirurgické kliniky Srbského klinického centra v Bělehradu či profesor Alexej Moskaľev ze Státního vědeckého centra pro koloproktologii v Moskvě.

Syndrom geriatrické křehkosti není zaklínadlo

Syndromu geriatrické křehkosti se věnovala prof. Matějovská Kubešová. V úvodu zmínila, že v posledních 10 letech se s tímto termínem setkáváme stále více a zdůraznila, že je v moci zdravotníků činit opatření, aby k této křehkosti nedošlo. Syndrom geriatrické křehkosti charakterizovala jako stav snížené funkční rezervy a minimální odolnosti vůči zátěži jakéhokoliv typu.

„Vzniká u lidí vyššího věku v důsledku poklesu soukonnosti více orgánových soustav. Je pro něj typická nezáměrná ztráta hmotnosti vyšší než 4,5 kilogramu za poslední rok, dále únava, vyčerpání, pomalá chůze, nízká fyzická aktivita a svalová slabost, která se zjišťuje metodou tzv. handgripu neboli stiskem ruky,“ řekla autorka sdělení a dále se zabývala prevencí. „Hlavním směrem prevence syndromu geriatrické fragility jsou podpora nutrice, ze-

jména dodáním proteinů, úprava vodního a minerálového hospodářství, komplexní léčba infekcí a důsledné tlumení bolesti. Nejde jen o křehkost fyzickou, ale o celkovou zranitelnost, hromadění infekčních komplikací, přispívá i psychika, jde tedy o celkově velmi zranitelného člověka. Většinou se takový člověk léčí pro více chorob a užívá spoustu léků. K polypragmazií u našich seniorů částečně přispívá i fakt, že ne vždy medikaci řídí jeden lékař. Ideální by bylo, kdyby ji řídil praktický lékař,“ řekla přednášející.

Za další problém označila malnutriční a upozornila na častý omyl, jímž je takzvaná malnutriční obezita. „Starší pacienti určitého věku dávají přednost sladkým jídlům, a pokud se takto stravují systematicky několik let, dostávají se do stavu, kdy mohou mít nadváhu, ale jsou těžce hypoproteineičtí,“ vysvětlila autorka sdělení a dodala, že v péči o křehké seniory je třeba počítat také s recidivujícími infekty a s hrozcím rizikem pádů.

Nebezpečí malnutrice

Dalším příznakem geriatrické křehkosti je podle prof. Matějovské Kubešové úbytek svalové hmoty a svalové síly. Tento stav se musí prověřit laboratorně. Dále přednášející vysvětlila, co se za tohoto stavu děje uvnitř organismu. „Nastává situace, kterou nazýváme intracelulárním katabolismem. Je to soubor rozkladných procesů, při nichž z látek složitějších vznikají látky jednodušší (katabolity). Buňka odbourává vlastní zásoby, není schopna vytvářet zásoby nové a po čase se vyčerpává,“ popsala. Dalším projevem křehkosti jsou minerálová dysbalance (hlavně nedostatek fosforu a magnézia) a vitaminové deficity. „Malnutrice je doprovázena hypoproteinemií a hypalbuminemií s následným snížením intravaskulárního onkotického tlaku a únikem tekutiny mimo cévy. Snížením intravaskulárního objemu se postupně snižuje krevní tlak, což zvyšuje tendenci k hypotenzii a pádům, pokud nedojde k včasné redukci dá-

vek antihypertenziv. Hypovolemie způsobuje snížení přítoku krve do glomerulu s tendencí k prerenálnímu selhání. To má vliv na schopnost eliminovat ve vodě rozpustné látky z těla. Samotná hypalbuminémie má ještě jeden velmi důležitý efekt a tím je vzájemný poměr efektivní a neefektivní hladiny léků. Většina podávaných medikamentů funguje tak, že část se jich naváže na albumin. Čím nižší hladina albuminu, tím menší frakce léku se vyváže a tím vyšší část zůstává pro vlastní terapeutický efekt. To je další jev, který může způsobit významnější lékové interakce právě kvůli nízké hladině albuminu, případně bílkovin,“ vysvětlila přednášející a dodala, že je třeba počítat s tím, že jak obecně ubývá bílkovin a schopnosti produkovat své vlastní, tím ubývá i schopnost reagovat humorální imunitou na případné infekce.

Minerálové a vitaminové deficity

„Většina minerálových dysbalancí má vliv na udržení krevního tlaku, na elektrostabilitu srdeční činnosti, arytmiie, hypokalemie, svalové křeče. Nízká hladina magnézia může způsobit křeče, arytmiie či zhoršení ischemické choroby srdeční,“ uvedla dále profesorka Matějovská Kubešová a připomněla, že nesmíme opomenout ani důležitost fosforu, protože jeho hladina je velice důležitá, aby byl pacient schopen zužitkovat výživu, kterou se do něho snažíme dostat. Dále se věnovala vitaminovým deficitům. Vysvětlila, že hypovitaminóza A bývá spojena se sníženou odolností sliznic, což usnadňuje vznik defektů způsobených zubní protézou, katétrů a podobně. Nedostatek vitamínu C vyvolává krvácení z dásní a petechie na kůži, známé kurděje. Deficit vitamínů skupiny B obvykle způsobuje neuropatie a také poruchy sliznic, navíc B₆ může způsobit, že anemický pacient není schopen uchovat železo. Častý je také nedostatek B₁₂, zejména proto, že chronická gastritida, kterou seniři někdy trpí, zabraňuje vstřebávání B₁₂ z potravy.



Docent Tomáš Skříčka a MUDr. Drahoslava Královcová | Foto: Zx archiv pořadatele

vy. Přednášející ukázala typický obraz vyhlazeného bolavého jazyka u pacientů s hypovitaminózou B₂ a zmínila, že podobný stav může vyvolat i nedostatek kyseliny listové. Její deficit může být způsoben i podáváním vyšších dávek Biseptolu či jeho dlouhodobým užíváním. Pro suplementaci nedostatku vitamínu D je důležitý pohyb venku s určitou mírou slunečního záření, které neúčinněji aktivizuje vitamin D v kůži.

Úprava vodního hospodářství

Jak křehkého seniora intervenovat, abychom ho vrátili do stavu vyšší odolnosti a menší zranitelnosti obecně? Podle profesorky Matějovské Kubešové je především třeba dbát o výživu a hydrataci.

„Například při léčbě dekubitů je doporučeno 1,2 gramů proteinů na kilogram denně. Denní stravou je tato dávka nenaplnitelná, je tedy třeba přistoupit k podávání modifikovaných podpůrných preparátů, jakým je kupříkladu Dekubitan a podobně. Je nutno počítat s tím, že každý starší člověk je dlouhodobě subhydratován. Čím méně člověk pije, tím více ledviny koncentrují moč, koncentrovaná moč je agresivnější vůči výstelce močového měchýře a častěji nutí na močení. Je třeba také myslet na infekci. Zavodněním organismu pak docílíme toho, že frekvence močení je nižší a po vyšších objemech,“ vysvětlila autorka sdělení. Někdy se do vodního hospodářství vstupuje iatrogeně, protože pacient je léčen kombinacemi ACE inhibito-

ru a kalium šetřících diuretik, což může hladinu kalia zvýšit, nebo naopak – některé léky mohou snižovat hladinu natria, což může způsobit hypotenzii. Připomněla, že je třeba na tyto kombinace myslet a také na to, že ve vyšším věku je větší nebezpečí klostridiové superinfekce, což je třeba mít na paměti při výběru antibiotik. Závěrem profesorka Matějovská Kubešová uvedla, že u seniorů je třeba dbát na odvrácení imobilizace, a to především časnou rehabilitací a cvičením na lůžku. Zdůraznila, že nic nenahradí časnou vertikalizaci a nácvik stoje a chůze. Důležitá je také péče o psychický stav nemocného, aby se dalo předjet deprivaci či depresím.

Dyspepsie u pacientů ve vyšším věku

„Dyspepsie je charakterizovaná jako rekurentní nebo chronická bolest či dyskomfort v horní části břicha, často spojená s říháním, nadýmáním, pálením žáhy, nevolností nebo zvracením. Jedná se o velmi rozšířený soubor příznaků, který může mít mnoho příčin,“ uvedla MUDr. Monika Vladařová z Interní gastroenterologické kliniky LF MU a FN Brno v úvodu svého sdělení. Dyspepsie dále rozdělila na organické, tedy podmíněné organickým postižením trávicího traktu, jako jsou nádory gastrointestinálního traktu (GIT), onemocnění žlučových cest či gastroezofageální reflux, a funkční, kde organickou příčinu neznáme.

„I když přibližně u 50 procent dyspepsií se organickou příčinou nelézt nepodaří, je třeba ji vyloučit,

zejména pak u pacientů, kteří ne-reagují na symptomatickou terapii. Zvláštní skupinu pak tvoří pacienti vyššího věku, kde symptomatická i závažných onemocnění může být velmi chudá, nežádoucí může být prvním projevem onemocnění GIT až meléna. Navíc jsou starší pacienti často ohroženi nežádoucími účinky dlouhodobě podávané medikace (antiagregační či antikoagulační léčba, nesteroidní antiflogistika, glukokortikoidy a další). U pacientů starších 45 let by se měla okamžitě provést endoskopie,“ řekla MUDr. Vladařová. U pacientů užívajících nesteroidní antiflogistika by se nejprve měly redukovat jejich dávky, případně jejich užívání z medikace zcela odstranit. I lehké dyspeptické potíže mohou značit přítomnost vředů. Zvláště alarmující příznaky, které by jistě měly vést k časnému řádnému došetření (zobrazovací metody, endoskopie), jsou dysfagie, váhový úbytek, nechutenství či laboratorně prokázaná anemie bez jiné vysvětlující příčiny. Autorka přednášky dále zmínila nejčastější příčiny dysfagie a zaměřila se na problematiku u starších pacientů. Okrajově se věnovala diagnostickým a terapeutickým možnostem u jednotlivých diagnóz.

Quo vadis, traumatologie

Jednatel nemocnice Boskovice prof. MUDr. Miloslav Janeček, DrSc., se ve své prezentaci věnoval úrazové chirurgii. Jak uvedl, úrazová chirurgie je nejstarší a nejstabilnější obor chirurgie. Je to obor odolný vůči všem krizím, přírodním katastrofám i těm, které způsobuje člověk. I v Evropě dnes dochází k teroristickým útokům, občanským válkám nebo k zemětřesení. V traumatologii se objevují nové poznatky v oblasti výzkumu šoku a orgánového selhání. Jsou k dispozici nové nástroje, nové operační techniky i moderní přístroje. Traumatolog dneška už tedy nemůže být

specialista na vše, naopak dochází k explozi super specializací. Specializace někdy dochází až do extrémů, ale je jisté, že traumatolog nemůže být virtuózní na jednu operaci a ničím dalším se nezabývat.

„Otázka budoucnosti traumatologie tedy není zda, ale jak přežije,“ řekl profesor Janeček. „Definice traumatologie se na rozdíl od jiných specializací nezměnila. Je stále atraktivní, stále se něco děje, přicházejí nová překvapení, výhry a prohry. A to vše v sehraném kolektivu. Traumatologie člověka provází od dětství. Je jasné, že plánovaná chirurgie je vděčnější. Skeletální trauma je stále častější, proto jsou u nás ortopedie a traumatologie pohybového aparátu atestačním oborem. V traumatologii to není tak jednoduché, stojíme vždy před otázkou: skeletální trauma versus dutinové poranění. Je zde mnoho subspecializací, které vedou ke vzniku center, kde je vyšší počet specialistů a také pacientů. Traumacentra potřebujeme,“ vysvětlil přednášející.

Jak uvedl dále, struktura obyvatel se mění. Předpokládá se, že v roce 2055 bude více než třetina populace starší 65 let. Zmínil také, že je třeba zabývat se rovněž významem ekonomiky traumatologie, kdy 37 % starších 65 let upadne průměrně 1,7x ročně a z toho 6 % se závažnými následky. Již v roce 2010 byla světová incidence zlomenin krčku kosti stehenní 4,5 milionu. K tomu přistupuje geriatrické trauma, kde úmrtnost dosahuje až 45 % (13x více než u mladých). „Mechanismus úrazu je stejný, protože i senioři dnes sportují či jezdí na kole,“ připomněl autor sdělení. Dále uvedl, že je nutné stanovit strategii kompetence v léčení polytraumat. Zatím neexistují zcela standardní postupy úrazové chirurgie. Samostatnou kapitolou tvoří poměr mezi plánovanými ortopedickými výkony a traumatologií. „Celospolečens-

ský úrazový program se musí starat o prevenci úrazů, je třeba zkvalitnit první pomoc a snažit se o maximální snížení následků úrazu. Realizace programu vede ke snížení mortality, k dřívějšímu návratu pacientů do zaměstnání, k rychlejší rehabilitaci a resocializaci, což přináší pozitivní ekonomický efekt,“ uzavřel profesor Janeček.

Diferenciální diagnostika obstitace

MUDr. Markéta Evjáková z Interní gastroenterologické kliniky LF MU a FN Brno v úvodu vysvětlila pojem obstitace. Obstitace definovala jako tuhou hrudkovitou stolicí s frekvencí méně než 3x týdně, která může být doprovázena pocitem neúplného vyprázdnění, nutností vyvinout při defekaci silný tlak či nezbytností manuálního vybavení stolice.

„Obstitace je symptom a je nutno vždy pátrat po vyvolávajícím onemocnění. V diferenciální diagnostice je nejdůležitější rozlišení primární, tedy funkční, a sekundární zácpy, která může mít řadu závažných příčin. Je nutné si všimnout takzvaných alarmujících příznaků, jako jsou váhový úbytek, anemie, náhlý vznik potíží, jako jsou střídání zácpy a průjmu, pozitivní test na okultní krvácení či viditelná patologická příměs krve ve stolici. Kromě gastrointestinální příčiny, jako jsou tumory colon, zánětlivé stenózy, nitrobršňní adheze, fisura či stenóza anu, musíme myslet i na další možné příčiny. Zvláště ve starším věku nelze opomenout dehydrataci a minerálovou dysbalanci, častý je také vliv medikace. Je nutno vzít v úvahu též neurologickou příčinu včetně demence a Parkinsonovy choroby a také endokrinopatie a metabolické choroby,“ uvedla MUDr. Evjáková. Autorka přednášky dále poskytl výčet obvyklých vyšetření užívaných k diagnostice tohoto problému. Z prováděných vyšetření jsou kromě základní anamnézy a fyzikálního vyšetření k dispozici také kolonoskopie či rektoskopie, dále anorektální manometrie, endosonografie a defekografie či transit time. Terapie závisí na typu základního onemocnění. V případě primární obstitace je nutné dodržovat režimová opatření, navícovat gastrokolický reflex a zavést symptomatickou léčbu. Jde-li o anorektální dysfunkci, nabízí se rehabilitace, a je-li potřeba, i chirurgická léčba.

Otužování vůči chladu jako podpora zdraví

MUDr. Jiří Šatník z chirurgického oddělení Nemocnice Hranice přitomně seznámil s praktickými po-

známkami k otužování. Vysvětlil, že výsledkem otužování má být schopnost organismu správně a pohotově reagovat na klimatické výkyvy zevního prostředí. S problematikou extrémního chladu se setkávají některá sportovní odvětví – horolezci, závodníci v triatlonu, maratonští plavci, vodáci, lyžaři a především sportovní otužilci, kteří plavou v ledové vodě i v zimě. Průkopníkem u nás byl Alfréd Nikodém, který poprvé veřejně v roce 1923 plaval přes Vltavu.

Autor sdělení dále vysvětlil, že adaptace na chlad se týká i běžné nespoutující populace – otužování

vání vůči chladu je důležitým prvkem podpory zdraví v preventivní medicíně. Připomněl, že na zámné plavání navázalo plavání dálkové a naši dálkoví plavci slaví úspěchy i ve světovém měřítku, počínaje našim prvním otužilcem přemožitelem kanálu La Manche Františkem Vencovským v roce 1971. Závěrem MUDr. Šatník přidal zajímavý postřeh. Řekl, že ocitneme-li se v případě ztroskotání lodi ve vodě, jejíž teplota je pod 18 stupňů, nemá smysl plavat, ale z hlediska přežití je lepší schoulit se dohromady a čekat na pomoc.

Markéta Mikšová

Sestra v Německu: tři roky, ale při univerzitě

Základní příprava na povolání zdravotní sestry/ošetřovatele trvá v SRN tři roky, avšak jak zdůrazňují různé informační zdroje (např. www.krankenschwesterausbildung.org), pro přijetí k ní se vyžaduje maturita, zpravidla absolvování tzv. reálné školy (gymnázia) nebo určité vyšší odborné školy. Zájemce tedy začíná studovat zpravidla až po dosažení věku 18 let.

Berlínská univerzitní pracoviště Charité (Charité akademie pro vzdělávání v oblasti zdravotnictví) navíc uvádějí požadavek předložit potvrzení – kromě ověření zdravotního stavu – o absolvování praktika nejméně v délce čtyř týdnů. Výuka, v níž praxe představuje nejméně 50 %, probíhá zpravidla při univerzitních klinikách.

Celoživotní vzdělávání

V Německu existuje zákon o podpoře při studiu, kdy v závislosti na příjmu rodičů budoucí sestra získá v prvním roce příspěvek 876 eur, ve druhém 937 eur a v třetím roce 1038 eur. Jedná se o hrubý roční příjem, z něhož se zhruba 20 % odvádí jako zdanění. Pokud příprava na profesi probíhá u soukromé, státem uznané školy, ta může od studentů požadovat různé poplatky. Předpisy zdůrazňují povinnost všech zdravotnických pracovníků prodobit se kontinuálním vzděláváním, zejména jde o seznamování se s novinkami v oboru, prohlubování znalostí a dovedností, např. se uvádí oblast komunikace s pacientem či nakládání se zdravotnickou dokumentací. Další odborné vzdělávání (nejméně dva roky) vyplývá jednak z potřeb zdravotnických pracovišť, jednak z přání sester získat větší samostatnost, vyšší pracovní pozici a zpravidla i vyšší finanční ohodnocení. Další – specializační – vzdělávání se předpokládá u řady oborů, např. v kardiologii, onkologii, neurologii, psychiatrii, v oblasti paliativní a další péče.

Finanční ohodnocení

Nástupní plat čerstvé absolventky základního vzdělání činí 2105 až 2249 eur. Z tarifní smlouvy pro veřejné služby vyplývá zhruba 15 platových skupin a stupňů v závislosti na mnoha kritériích: na konkrétně vykonávané práci, věku, praxi, vzdělání aj. Skupina E1 činí 1520 až 1695 eur. Zdravotnický asistent („pomocník“) může počítat s E3 a E4, kdy jeho příjem se pohybuje kolem 2 tisíc eur. Všeobecná sestra je zpravidla zařazena do skupiny E7 a E8 s příjmem mezi 2 a 3 tisíci eur. Při magisterském vzdělání lze dosáhnout např. na E9 s platem kolem 6 tisíc eur. Vždy ovšem záleží na tom, zda jediněc dokáže při univerzitě vystudovat náročnější oblasti, jako je např. zdravotnická ekonomika nebo management v zdravotnictví, a zda pro své znalosti nalezne pracovní uplatnění. Zájemcům o základní přípravu pro povolání ve zdravotnictví je mj. zdůrazňováno, že je zaměstnavatel může kdykoli průběžně žádat o absolvování kurzů a seminářů v rozmezí hodin i dnů v rámci kontinuální potřeby zkvalitňovat péči o nemocné. Další odborné vzdělávání v některých oborech někdy představuje náročnější podmínky, kdy se vyžaduje např. šestiměsíční praktikum. I v Německu se čas od času ozývají diskuse, nakolik stát může ukládat zaměstnancům ve zdravotnictví další povinnosti či měnit pravidla, navíc v této zemi do obsahu vzdělávání a školení hodně mluví i zdravotní pojišťovny, a to nejen u lékařských profesí, ale i u lékařských povolání. (vla)



a...


Česká
alzheimerovská
společnost



Pražské gerontologické dny 2016

Život s demencí – nové perspektivy
22.–23. září 2016, FA ČVUT

Konference je zařazena do dalšího vzdělávání
lékařů, všeobecných sester, zdravotně sociálních
pracovníků a ergoterapeutů.



Základní účastnický poplatek je 1300 Kč.
Další informace na www.alzheimer.cz



FAKULTA
HUMANITNÍCH STUDIÍ
Univerzita Karlova



Vážení čtenáři, kolegyně a kolegové,

v tomto čísle zahajujeme seriál zaměřený na trendy v neurovědách a klinické psychiatrii. Články věnují se oblasti deprese, psychotických onemocnění, spánkových poruch, demence a dalších (neuro)psychiatrických onemocnění vám budou přinášet odborníci z Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech. Podíváme se společně i na oblast výzkumu psychedelík, na současné paradigma kognitivních věd a neurověd, prozkoumáme vztah mozku a imu-

nity a upozorníme na další důležité a zajímavé aspekty současné psychiatrie.

Přes nesporný vývoj v neurovědních oborech a dostupnost moderní léčby duševních onemocnění, která pacientům umožňuje žít kvalitní život mimo zdi psychiatrických léčeben, jsou tu stále aspekty, které je třeba reflektovat. Jednak je to přetrvávající stigmatizace, kvůli níž mnozí na psychiatrické choroby dosud pohlížejí jako na nemoci duše – potaž-

mo na stavy, za něž si dotyčný může sám – spíše než na onemocnění mozku. Mnozí pacienti se proto obávají navštívit odborníka, užívat indikovanou léčbu, své potíže bagatelizují a zhoršují tím svou prognózu. Mediálně atraktivní případy tzv. „nebezpečných psychiatrických pacientů“ (aktuálně se řeší případ vražedkyně v Tescu) pak vedou k dojmu, že duševně nemocný člověk = nebezpečný agresor. Odborníci přitom opakovaně zdůrazňují, že jen zlomek duševně nemocných je nebezpečný, a naopak že „vraždící monstrum“ ve většině případů netrpí duševní poruchou, ale poruchou osobnosti,

a nepatří tedy do rukou psychiatrů, nýbrž vězeňské služby. Chybují i lékaři, kteří přičítají řadu somatických obtíží psychickému stavu svých pacientů, což může vést k vážnému zanedbání léčby. Nedokončená psychiatrická reforma, o níž se hovoří léta a jejíž realizace vázne z důvodu protichůdných postojů jednotlivých zájmových skupin, pak s sebou nese další negativní dopady. Doufejme, že se systém psychiatrické péče, za podpory současných a budoucích politiků a zákonodárců, bude vyvíjet pozitivním směrem.

Příjemný zbytek léta vám přeje
MUDr. Andrea Skálová

Psychiatrie budoucnosti: prolínání do dalších oborů

Mění současný výzkum pohled na nemoci centrální nervové soustavy? Je z pohledu neurověd rozdíl mezi neurologickou a duševní poruchou? Je ještě na místě oddělovat neurologii a psychiatrii? A jak budeme léčit duševně nemocné v budoucnu? Nad těmito a souvisejícími otázkami se zamýšlí následující článek.

Vztah mezi neurologií a psychiatrií v medicíně zrcadlí dlouhodobě dělení světa i života na hmotný a duchovní nebo tělesný a duševní. Při podrobnějším obeznámení však musíme karteziánský dualismus těla a duše zamítnout a zůstat u konstatování, že člověk „nemá“ duši, on „je“ duše. Karlu Barthovi se připisuje výrok: „Duše bez těla nic není, tělo bez duše je mrtvola.“

V souladu s tímto výrokem se v současné medicíně prosazuje bio-psycho-sociální model, který znamená, že člověk má nejen tělesné, ale i duševní a sociální rozměry a nerovnováha v jedné ze složek může zapříčinit problémy v jiné složce existence. Ideální model současné medicíny je model integrativní, který nerozděluje jednotlivé obory, ale hledí na člověka celostně. S narůstajícími informacemi je však obtížné toho-

to ideálu dosáhnout a vzniká potřeba specializací.

Atomizace medicíny a interdisciplinarita

Již si nevystačíme s dělením na bradýře, bylinkáře, lazebníky a šamany, kteří dali základ oborům chirurgickým, interním, fyzioterapeutickým (rehabilitace a lázeňství) a psychotherapeutickým. Tyto základní směry medicíny se postupně specializovaly na:

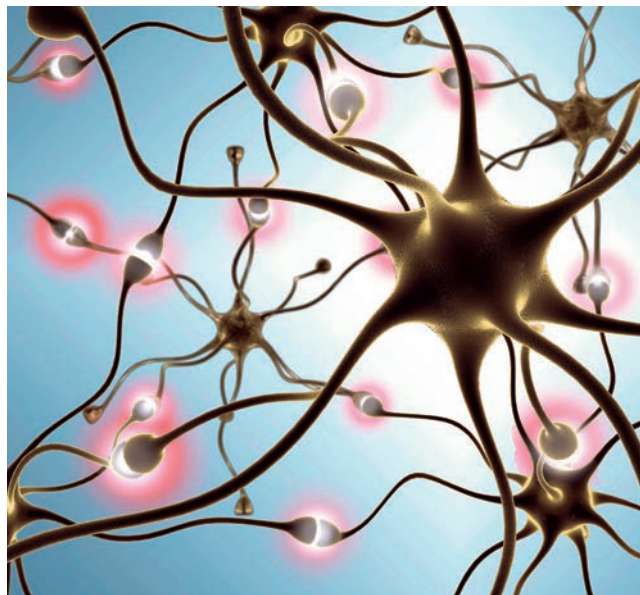
- 1) orgánovou úroveň se vznikem podoborů, jako je například kardiologie či kardiokirurgie, hepatologie, nefrologie či urologie,
- 2) úroveň původce onemocnění – infekční, nádorový (onkologie), imunitní (alergologie a imunologie), chemická nerovnováha (klinická biochemie),
- 3) úroveň zobrazení (ultrasonografie, radiologie, nu-

kleární medicína, histologie, patologie),

- 4) vývojovou úroveň od novorozenců (neonatalogie) po seniory (gerontologie).

V této atomizaci medicíny pokračuje i psychiatrie, která se dělí na dětskou, dospělou a gerontopsychiatrii. Postupem času se od ní oddělují a osamostatňují obory, jako je adiktologie (léčba závislostí), či se profilují samostatné podobory, jako je sexuologie. V budoucnu možná přibudou obory specializované na diagnostiku a léčbu poruch osobnosti, neurózy, afektivní poruchy, psychózy či poruchy příjmu potravy. Rozdělování lékařských oborů přináší možnost jít více do hloubky, rozvíjet specializované výzkumné a léčebné programy a individualizovat přístup k pacientům. V tomto rozdrobeném světě medicíny se o nemoci a poruchy mozku dělí neurologové, neurochirurgové, psychiatři a psychologové, což odráží složitost mozku. Proti ▶

SERIÁL PSYCHIATRIE A NEUROVĚDY



Ilustrační foto: Shutterstock

proudím o atomizaci oborů léčících nemocí a poruchy mozku stojí sjednocující proudy, které jednotlivé obory propojují, a vznikají nové interdisciplinární obory, jako je např. spánková medicína, jež sdružuje neurology, plicní lékaře a psychiatry. Psychosomatická medicína spojuje psychiatry, psychology, internisty a praktické lékaře. Díky sjednocujícím proudům se někteří lékaři hlásí k neuropsychiatrii a na vědeckém poli se mluví o neurověděch. Předmětem studia neurovědy je přirozené fungování nervového systému, ale i jeho poruch a nemocí, na kterém se podílí celá řada lékařů a výzkumníků nejúčinnějších specializací, a proto také v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech nenajdete pouze psychiatry.

Stimulační neuropsychiatrická léčba

Mozek je ve své podstatě orgánem elektrochemickým. Jednotlivé nervové buňky (neurony) mezi sebou komunikují prostřednictvím chemických látek (tzv. neurotransmiterů), které jsou uvolňovány z jednoho neuronu a přes receptory působí na druhý. Vzruch je od těla neuronu šířen elektricky k nervovému zakončení pomocí výběžku (axonu). Proto v případech, kdy neúčinkují léky, jež ovlivňují chemickou složku přenosu nervového signálu, přichází na řadu stimulační metody založené na elektrické či magnetické stimulaci. Hluboká mozková stimulace je léčebná metoda, která je používána v neurologii např. u Parkinsonovy nemoci a nyní experimentálně i v psychiatrii. O úzkém propojení obou oborů svědčí například to, že mozkový okruh spojený s depresivní poruchou popsal tým neu-

roložky Heleny Maybergové, která ho díky zobrazovacím metodám přesně lokalizovala a díky hluboké mozkové stimulaci ukázala, že ho lze i léčebně ovlivnit. Dnes se již nikdo nepozastaví nad tím, že na kardiologii implantují kardiostimulátor, lidově označovaný jako „budík“, v budoucnu si pak lze představit využití obdobných stimulatorů u dalších neuropsychiatrických poruch. Nabízí se například ovlivnění obsedantně kompulzivní poruchy, léčba vzdorujících sluchových halucinací či některých typů demence.

Spolupráce neurologa a psychiatra

Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění mozku, které díky svým projevům (svalová ztuhlost, třes, nehybnost) patří do péče neurologa. V počátcích onemocnění se dá zvládat léky zvyšujícími hladinu dopaminu. Později se objevují až u 40 % pacientů depresivní příznaky,

kteří dříve patřili do sféry péče psychiatrů, ale dnes je zvládnou zaléčit i mnozí neurologové. Komplikací léčby zvyšující množství dopaminu v mozku je objevení se psychotických příznaků – nejčastěji halucinací, jejichž léčba opět spadá pod obor psychiatrie. V pozdních stádiích Parkinsonovy nemoci se pak objevuje demence, kterou se snaží léčebně ovlivnit oba dva obory. Roztroušená skleróza je autoimunní onemocnění mozku, kdy si tělo vytváří protilátky proti bílé hmotě. Toto onemocnění postihuje především hybnost, koordinaci pohybu či tělesné cití. Specializovaná centra vznikají při neurologických klinikách. Při postižení mozkových oblastí souvisejících s náladou či myšlením se však mohou objevit i psychiatrické příznaky a mnohé léčebné týmy jsou tak doplněny o psychiatra.

Autoimunitní onemocnění mozku

V posledních letech byla popsána nová autoimunitní onemocnění, kdy si tělo vytváří protilátky proti mozkovým receptorům. Ke známé Sydenhamově choree (*chorea minor*, tanec svatého Víta) – která se projevuje náhlými bezúčelnými škubavými pohyby u dětí způsobenými protilátkami proti bazálním gangliím a jejímž spouštěčem je pravděpodobně nedolčená infekce streptokokem – se zařadila skupina autoimunitních zánětů mozku, jež mohou začínat psychiatrickou symptomatikou (např. depresí, halucinacemi, bludy) a až později se objeví epileptický záchvat či ztráta vědomí a jedinci se dostanou do péče neurologa.

Ani zde však pátrání po příčině nekončí. U tzv. NMDA encefaliti-

dy, kde se vytváří protilátky proti NMDA receptorům, je asi u poloviny pacientů zjištěn nádor ovaríí, varlat či malobuněčný karcinom. U druhé poloviny pacientů je původ obtíží nejasný, zvažuje se možnost nějaké infekce, obdobně jako u tance sv. Víta.

Objevují se i případy, kdy je postup příznaků opačný a pacient se dostane od somatických lékařů k psychiatrovi. Pacient přijde k internímu lékaři se škytavkou, řháním a kašlem, ale protože ten nezjistí příčinu v oblasti břišní ani hrudní, odešle ho k neurologovi s podezřením na tikovou poruchu. U pacienta se později mohou objevit vtíravé myšlenky (obsese), které ho dovedou k psychiatrovi. V obou výše uvedených případech však mohou pomoci léky a postupu tlumící zánět a protilátky, protože na vině je autoimunitní choroba. Tato onemocnění však tvoří jen velmi malé procento psychiatrických poruch.

Léčba deprese antibiotiky či probiotiky?

Nové poznatky nachází psychiatrie také díky spolupráci s dalšími obory. Při léčbě pacientů s hepatitidou se používá účinná léčba interferonem, který asi u 40 % pacientů vyvolává depresivní příznaky. Tyto příznaky dobře reagují na antidepresiva. Naopak v budoucnu budou možná deprese léčit gastroenterologové a nikoli psychiatři. Nová sledování naznačují, že za deprese mohou v některých případech bakterie. Když byla totiž potkanům transplantována stolice od pacientů s depresivní, dosud zdraví potkanů začali být depresivní.

Budoucnost ukáže, zda některé typy deprese a jiné psychiatrické poruchy lze léčit antibiotiky ne-

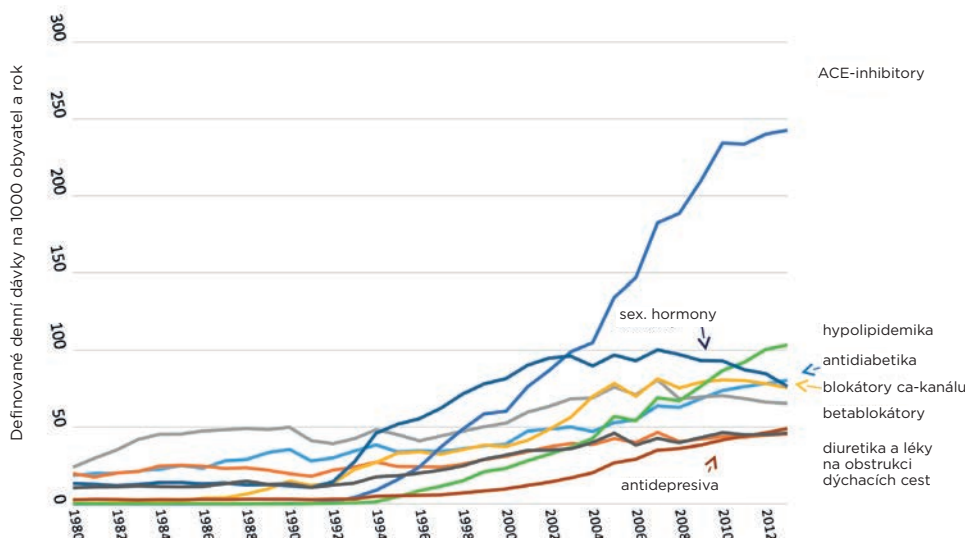
bo transplantací bakterií, které budou našemu tělu ku pomoci. Ostatně po zavedení penicilinu ubylo výrazně jedinců s progresivní paralýzou, kteří v minulosti tvořili 12–20 % psychiatrických pacientů léčených.

Společná příčina – různé důsledky

Mezi civilizací onemocnění patří ateroskleróza, kdy se nadbytek tuků usazuje v cévním řečišti a ucpává se přívod krve a kyslíku k buňkám různých orgánů. Pokud vznikne ucpávka v srdci, jde o infarkt a pacient putuje ke kardiologovi, pokud dojde k nedokrevnosti v oblasti hybných center mozku, je pacient odeslán s cévní mozkovou příhodou k neurologovi. Pakliže dojde k akutní nedokrevnosti v oblastech mozku souvisejících s pamětí a pozorností, rozvine se zmatenost (delirium) a pacient se ocitne na psychiatrii. V případě pozvolného a dlouhodobého zhoršování prokrvení mozkových cév dochází k úbytku mozkové hmoty, snížené aktivitě, apatii, zhoršování paměti, což může vyústit do demence, která spadá pod obor neurologie, psychiatrie i geriatrie. Původní příčina je společná pro všechny pečující obory (nadbytek tuku v cévách), liší se jen důsledky. Psychiatrickým pacientem se může stát snadno každý z nás, a je tedy důležité brát psychiatrii a její pacienty obdobně jako jedince s jakýmkoli jiným tělesným onemocněním.

Prolínání psychiatrie do dalších oborů

Média si v poslední době všimají nárůstu spotřeby antidepresiv, méně pak nárůstu antihypertenziv (ACE-inhibitorů, betablokátorů, Ca-blokátorů, diuretik), anti-diabetik či dyslipidemik (*viz graf*). Vzhledem k tomu, že hypertenze, obezita a diabetes jsou rizikovými faktory pro rozvoj onemocnění CNS, jejichž součástí může být i deprese, lze v budoucnu – v souvislosti se stárnutím populace – očekávat další nárůst spotřeby antidepresiv. Psychiatrie je oborem, který může ostatní medicínské oblasti obohatit o duševní rozměr i některé postupy. A tak možná v budoucnu najdou například psychoterapeutické přístupy používané dosud v psychiatrii další uplatnění v léčbě civilizačních či chronických poruch – tedy tam, kde tušíme na pozadí nemoci nezvládnutý stres či mezilidské vztahy.



Spotřeba některých léčiv v ČR

Co nového v kardiologii: ohlédnutí za výročním kardiologickým sjezdem

Výroční sjezd České kardiologické společnosti představuje nejvýznamnější kardiologickou událost v České republice. Stejně jako každoročně i letos proběhl v prostorách brněnského výstaviště, ve dnech 15.–18. května. V následujícím rozhovoru přinášíme ohlédnutí za kongresem a krátký vhled do aktuálního dění v kardiologii. Informace nám poskytl předseda programového výboru kongresu, přednosta II. interní kliniky – kliniky kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., FESC, FCMA.

Jak hodnotíte letošní výroční XXIV. sjezd? A jaké novinky přinesl?

Kardiologický sjezd je jednou z největších medicínských kongresových akcí v České republice. Třítisícová účast hovoří sama za sebe. Naší snahou je přinášet informace jak pro mladé lékaře, tak pro zkušené specialisty v oboru. V letošním roce jsme věnovali velkou pozornost především mladým kolegům, pro které bylo připraveno několik specializovaných bloků zaměřujících se na opomíjené oblasti kardiologie. Jednalo se například o koagulační problematiku či arytmiologii. Prezentována byla nová doporučení a jejich dopady do praxe.

Významnou část odborného programu pak tvořila problematika srdečního selhání, které je žhavým tématem kardiologie – navíc byl letošní rok vyhlášen rokem srdečního selhání, takže jsme se snažili k problému přitáhnout pozornost odborníků i laické veřejnosti. Tématu se věnoval i „prezidentský blok“, který představoval v programové nabídce novinku. Důležitým aspektem je naše snaha popojít a rozšířit spolupráci s odborníky, s nimiž úzce spolupracujeme. Na přípravě programu se podílela Česká společnost pro hypertenzi, Česká společnost pro aterosklerózu, Slovenská kardiologická společnost, Česká společnost pro trombozu a hemostázu a řada dalších.

O multioborové spolupráci se hovoří napříč celou medicínou. Odráží se tato skutečnost v účasti odborníků? Přibývá specialistů z jiných oborů? A sester?

Sestrám věnujeme tradičně velkou pozornost, protože si uvědomujeme, že tvoří důležitou součást péče o naše pacienty. Kongres pro ně představuje možnost rozšířit si vědomosti v rámci celoživotního vzdělá-



Profesor Linhart (vlevo) na sjezdu u příležitosti představení publikace *Novinky v kardiologii 2016*, jejímž je spoluautorem, ve společnosti recenzenta knihy prof. MUDr. Michaela Aschermann, DrSc. | Foto: Jana Schrammová

vání a je pro ně vyhrazena část specializovaných sekcí, jejichž program si samy sestavují. Do budoucna bychom pro ně chtěli připravovat i odborné vzdělávací bloky, na nichž by přednášeli kardiologové.

Co se týče ostatních specialistů, narůstající zájem z jejich strany zatím nezaznamenáváme. Letos vznikla Česká asociace kardiologických zobrazovacích metod, která usiluje o integraci odborníků v dané oblasti – radiology, specialisty na nukleární medicínu a další. Jako důležité se ukazuje také propojení kardiologie s diabetologií. V letošním roce byly publikovány výsledky dvou velkých randomizovaných studií, jež přinesly velmi pozitivní dopady pro osud pacientů s diabetem a kardiovaskulárními chorobami. Neméně významné je propojení kardiologie s intenzivní medicínou, kde

se zabýváme například oblastí akutních koronárních syndromů či péči o akutní srdeční selhání. Pozornost věnujeme i technickým profesím v kardiologii, jako je elektrofyziologie. Pro tyto odborníky jsou rovněž určeny speciální bloky.

Jak vnímáte činnost mladých kardiologů, skupiny Kardio 35?

Osobně jsem činností této pracovní skupiny nadšen. Jejich *drive* a motivace ke vzdělávání jsou mimořádné a my se je snažíme v jejich aktivitách podporovat. V programu sjezdu jsou odborné bloky této skupiny pevně zakotveny a slouží nejen předatestační přípravě, ale jsou užitečné i pro zkušené kardiology, kteří si v daných oblastech chtějí osvěžit své vědomosti.

Hovoříme-li o předatestační přípravě, nemohu se neze-

ptat, jak se vás dotýkají ministerstvem zdravotnictví navrhované změny v tomto vzdělávání... Česká kardiologická společnost se na ně dívá velmi kriticky. Reagovali jsme oficiálním dopisem, v němž jsme vyjádřili nesouhlas s délkou navrhované předatestační přípravy. Z původního návrhu vyplývá, že po absolvovaném dvouletém základním kmenem by se budoucí kardiolog specializoval v oboru pouze 2,5 roku. To je ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi bezkonkurenčně nejméně a domníváme se, že by to bylo na úkor uchazečů. Nemyslíme si, že by zkrácení přípravy o půl roku přivedlo do praxe výrazně vyšší počet odborníků. Chtěli bychom proto buď ponechat základní kardiologický kmen, nebo prodloužit specializační přípravu alespoň na

Vrátila bych se ještě k srdečnímu selhání. Můžete přiblížit, kde jsou hlavní úskalí tohoto aktuálního problému?

Především narůstá počet pacientů se srdečním selháním. Umíme účinně léčit hypertenzi, infarkt myokardu a další akutní syndromy, takže přežívá mnoho pacientů, pro které by dříve byly tyto stavy smrtící, avšak s různými následky.

Zároveň se ukazuje, že srdeční selhání vyžaduje velmi komplexní přístup. Zahrnuje ambulantní a sesterskou péči včetně péče v domácím prostředí, psychologickou podporu, management akutní dekompenzace, přístrojovou léčbu, transplantaci... Takto komplexní program však něco stojí a ukazuje se, že prostředky na péči o tyto pacienty nejsou dostatečné. Proto jsme v letošním roce chtěli na tuto problematiku upozornit.

Co lze zlepšit v oblasti prevence srdečního selhání?

I když jsme na tom v České republice velmi dobře a každoročně klesá mortalita a morbidita na kardiovaskulární onemocnění, jistě je stále co zlepšovat. Například diagnostiku a léčbu vysokého krevního tlaku, který je jedním z příčin srdečního selhání. Další příčinou je ateroskleróza, jejíž rozvoj lze ovlivnit úpravou životního stylu, především nekuřáctvím.

Co je dále důležité, v ČR máme dobře zorganizovaný systém péče pro pacienty s akutními koronárními syndromy. Ten ale funguje jen tehdy, když se k nám pacient dostane včas. To znamená, že je třeba posílat tyto pacienty ihned po zjištění diagnózy z EKG na katetrizační sál, nezdržovat se čekáním na laboratorní potvrzení a nepodceňovat nález u takzvaných nízké rizikových pacientů. Stále se jedná o potenciálně smrtící stav. Rád bych také upozornil na to, že nám narůstá populace pacientů se srdečním selháním a zachovalou ejekční frakcí. I na

ODBORNÉ AKCE

tuto skutečnost je třeba myslet. V pozadí srdečního selhání totiž může být rozličná etiologie a z toho vyplývá odlišný terapeutický přístup.

Při vaší interní klinice fungují centra pro vzácná onemocnění, kardiomyopatii a myokarditidy. Můžete říci pár slov k problematice myokarditid, o kterých se příliš nemluví?

Myokarditida může být také příčinou srdečního selhání. S profesorem Palečkem jsme vytvořili diagnostický systém, který by měl zajistit včasné provedení endomyokardiální biopsie u podezřelých případů a možnost vyšetřit vzácné příčiny myokarditid. Ukazuje se například, že se často bagatelizuje rozvoj srdečního selhání u relativně mladých jedinců, kterým se diagnostikuje dilatační kardiomyopatie. Přitom nemusí jít o vrozenou vadu, ale důsledek myokarditidy, která má léčitelné příčiny.

Zjistili jsme rovněž, že téměř pětina našich pacientů má boreliovou infekci, přičemž diagnostikovat ji nelze jinak než endomyokardiální biopsií, protože sérologicky je často negativní. Antibiotická léčba zde může zlepšit prognózu. Podobně jsme dospěli k závěru, že u některých

pacientů je vhodná imunosuprese, zatímco u jiných je spíše kontraindikována, například u virové myokarditidy. I tady platí, že je třeba, aby se pacienti dostali na správné místo – tedy do specializovaného centra – včas. Oblast myokarditid je stále hojně diskutována a neustále se vyvíjí.

Můžete zmínit výsledky významných studií, které byly na kongresu prezentovány?

V oblasti srdečního selhání to byla zejména studie Paradigm HF, která přinesla důkazy o zlepšení přežívání pacientů s novou terapií – kombinovaným preparátem obsahujícím valsartan a sacubitril. Doufáme, že se tento lék brzy dostane na český trh a bude dostupný i našim pacientům.

Z dalších významných změn, které se promítly do aktuálních doporučení pro diagnostiku a léčbu srdečního selhání, bych zmínil léčbu empagliflozinem, který původně nebyl určen pro srdeční selhání, ale pro diabetes mellitus. U diabetiků léčených tímto lékem došlo k poklesu mortality na srdeční selhání o třetinu. Do budoucna to bude jistě velké téma pro spolupráci mezi kardiology a diabetology.

Čím to je, že se poslední dobou tyto dva obory začínají výrazně prolínat?

Ještě asi před 10 lety se od antidiabetik očekávalo jen to, že zlepší glykemický profil. Následně se začal u těchto léků požadovat průkaz kardiiovaskulární bezpečnosti. Velké studie jako EMPA REG OUTCOME ovšem prokázaly, že užívání nových antidiabetik vede k poklesu kardiiovaskulární mortality a diabetici-kardiáci z toho mohou profitovat.

Na druhé straně víme, že třetina pacientů se srdečním selháním či ICHS má diabetes a další třetina prediabetes. Vedle toho řada léků, které indikujeme, jako jsou betablokátory či diuretika, může podporovat rozvoj diabetu. Z toho vyplývá, že spolupráce mezi kardiology a diabetology musí být velmi těsná. Snažíme se proto zejména kardiology motivovat k většímu zájmu o diabetes.

V průběhu sjezdu byla pokřtěna kniha Novinky v kardiologii 2016, jejímž jste spoluautorem a která vyšla ve vydavatelství Mladá fronta v edici Postgraduální medicíny. Jak jste s publikací spokojeni?

Publikací jsem nadšen, neboť obsahuje velmi recentní infor-

mace z oboru a současně poskytuje vysoce kvalitní soubor prací, díky nimž čtenář získá představu o tom, co se v současné kardiologii odehrává.

Výhodou je i to, že Novinky v kardiologii vycházejí v této edici opakovaně a mohou se stát jak efektivním nástrojem pro kardiology, kteří se chtějí udržet *up to date*, tak užitečnou příručkou pro mladé kolegy připravující se na atestaci.

Jak se díváte obecně na spolupráci s médiem? Co by se dalo udělat pro lepší informovanost odborné, ale i laické veřejnosti?

Samozřejmě jsme rádi, když se informace o kardiologii dostávají zejména k laické veřejnosti. Vidím tu ale dva problémy. První souvisí s tím, jak my sami umíme komunikovat potřebná sdělení směrem k laické veřejnosti. Jak to říci srozumitelně i záživně. Řada lidí má sklon pít se spíše po atraktivních až tajemných metodách než po seriózních informacích.

Dále je tu problém spojený se zaváděním všemožných rad do praktického života. Když je pacient dušný a dozví se, že má 4x týdně cvičit 40 minut, nebo je pracovní vytížený a řeknete mu, že má zhubnout 20 kilo a jíst 5x

denně malé porce, tak to nebude mít žádný efekt. Doporučení musí být racionální. Tato skutečnost nás přivedla například k realizaci portálu *6000kroku.cz*, který obsahuje informace o chůzi – počtu kroků, které by měl člověk ujit denně v rámci kardiiovaskulární prevence.

Možná by stálo za to vzdělávat budoucí nebo i stávající lékaře v mediální komunikaci...

Je pravdou, že řada lékařů nechce komunikovat s pacientem, natož s médiem. Navíc kvůli objemu práce a rychlosti, s jakou pacient prochází zdravotnickým systémem, je na něj stále méně času. Hospitalizace jsou krátké, pacient pobíhá po různých vyšetřeních... I čas na odebrání anamnézy je výrazně kratší než dříve. Medici pak přicházejí do praxe a mají ostych si s pacientem povídat. A jen málokterí mají vlohy didaktické a ještě méně jich patrně touží promlouvat do médií.

Je ale velmi důležité, aby každý obor měl své zástupce, kteří budou schopni adekvátně komunikovat s médiem a vystupovat jako tvář dané problematiky. To se někde daří více, někde méně. Určitě je zde do budoucna prostor pro zlepšení.

MUDr. Andrea Skálová

Výroční sjezd České kardiologické společnosti v obrazech

XXIV. výroční sjezd České kardiologické společnosti proběhl ve dnech 15.–18. května 2016. Letošní ročník začal již v neděli blokem České asociace intervenční kardiologie, volnými sděleními sester a edukačními workshopy nejen pro členy PS Kardiologie 35. Program byl v souladu s požadavky kardiologů orientovaných více klinicky, v režii asociací a pracovních skupin ČKS řešil otázky běžné kardiologické a interní praxe. Nově byly například sjezdem uvedeny edukační bloky pro mladé kardiology, adepty atestace, ale i ty, kteří se chtějí orientovat v aktuální úrovni znalostí jednotlivých kardiologických podoborů. Nedílnou součástí byla interaktivní sdělení a *hands-on* workshopy. Divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta při-

pravila v době sjezdu dva křty právě vydaných odborných publikací z pera předních osobností v kardiologii.

V edici Postgraduální medicíny vydal kolektiv autorů pod vedením prof. MUDr. Miloše Táborského, CSC., FESC, FACC, MBA, knihu „Novinky v kardiologii 2016“. Roli kmotra publikace přijal prof. MUDr. Vladimír Tesař, DrSc., MBA, FASN, FERA. V edici Aeskulap vyšla publikace „Novinky v akutní kardiologii“, za níž stojí kolektiv autorů v čele s doc. MUDr. Zuzanou Motovskou, Ph.D., FESC. Knihu slavnostně pokřtil prof. MUDr. Richard Rokyta, Ph.D.

Stánek divize Medical Services nabídl účastníkům kongresu vedle širokého spektra odborných titulů také prostor pro neformální setkávání a kuloární diskuse.



Zleva prof. MUDr. Michael Aschermann, DrSc., z II. interní kliniky – kliniky kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN v Praze, ředitel divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta Karel Novotný, předseda České kardiologické společnosti a přednosta I. interní kliniky – kardiologické LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Miloš Táborský, CSC., FESC, FACC, MBA | Foto: Bx Jana Schrammová

ODBORNÉ AKCE



Recenzent publikace *Novinky v kardiologii 2016*, která vyšla v edici *Postgraduální medicíny* ve vydavatelství Mladá fronta a byla pokřtěna v rámci sjezdu, profesor Aschermann s šéfredaktorkou *Postgraduální medicíny* MUDr. Michaelou Lízlerovou.



Křest knihy *Novinky v kardiologii 2016* z pera prof. Miloše Táborského et al. Role kmotra se ujal přednosta Kliniky nefrologie 1. LF UK a VFN prof. MUDr. Vladimír Tesař, DrSc., MBA, FASN, FERA.



Prof. Dr. med. Gerhard Hindricks z Kardiocentra Helios v Lipsku (vlevo) a přednosta Kliniky kardiologie Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC



Stánek divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta nabídl účastníkům kongresu plejádů odborných titulů, které v divizi vycházejí.



Slavnostní křest publikace *Novinky v akutní kardiologii* autorského kolektivu pod vedením doc. MUDr. Zuzany Mořovské, Ph.D. (uprostřed). Vpravo za vydavatelství Mladá fronta šéfredaktorka edice *Aeskulap* Šárka Mašková.



Kmotr publikace, primář kardiologického oddělení FN Plzeň prof. MUDr. Richard Rokyta, Ph.D.

ODBORNÉ AKCE

Preventivní kardiologie – nejen zdravotnické téma

Další ze série úspěšných vzdělávacích seminářů Postgraduální akademie organizované divizí Medical Services se zaměřil na významné téma – preventivní kardiologii. Sympozium proběhlo 21. června v kongresovém sále pražské Žižkovské věže. Garantem odborného programu byl doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., z Centra preventivní kardiologie III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Kardiovaskulární onemocnění vznikající na podkladě aterosklerózy jsou nejčastější příčinou nemocnosti a úmrtnosti v České republice i většině zemí světa. Třebaže v posledních 20 letech došlo k významnému rozvoji diagnostiky a léčby těchto onemocnění, velký potenciál zůstává v jejich sekundární a především primární prevenci. Ateroskleróza a její komplikace jsou preventabilní a měly by být prioritou nejen pro zdravotnictví, ale pro celou společnost. Stanovení celkového kardiovaskulárního rizika je výchozím bodem preventivní kardiologie, neboť rozhoduje o dalším léčebném a preventivním postupu. Ovlivnění rizika jedince nebo populace úpravou život-



Garant odborného programu sympozia doc. Michal Vrablík | Foto: 3x Jana Schrammová

ního stylu nebo léčbou rizikových faktorů vede ke snížení nemocnosti a úmrtnosti. Hlavním smy-

slem preventivní kardiologie je prodloužit život a jeho kvalitu.

Aktuální problematiky

O narůstajícím významu preventivní kardiologie svědčí vzrůstající počet odborných publikací i rozšiřující se prostor věnovaný tomuto oboru na lokálních i světových kongresech. Těší nás, že pozvání na naše symposium přijali přední odborníci věnující se této problematice. O zkušenosti a novinky z multioborové oblasti, jakou je preventivní kardiologie,

se podělili: prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM, který představil nová hypolipidemika, prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc., seznámil s novými možnostmi léčby familiární hypercholesterolemie, MUDr. Milan Flekač, Ph.D., informoval o antidiabetické léčbě a makrovaskulárních komplikacích, MUDr. Eva Kociánová prezentovala možnosti rozpoznání a léčebného ovlivnění rezistentní hypertenze, MUDr. Jan Vachek se zaměřil na kardiovaskulární

riziko u nefrologických nemocných a prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., se věnovala reziduálnímu kardiovaskulárnímu riziku u pacientů s inzulinovou rezistencí.

Bohatá diskuse mezi jednotlivými příspěvky, stejně jako účast z řad mladých lékařů i jejich starších kolegů svědčí o tom, že problematika preventivní kardiologie je skutečně aktuální a přináší průběžně jak nové poznatky a doporučení, tak i otázky pro další výzkum. (asa)



Prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.



Představení knihy *Akutní kardiologie* Jiřího Kettnera, Josefa Kautznera et al. Zleva prof. Vrablík, Zuzana Matoušková z divize Medical Services a šéfredaktorka edice Postgraduální medicíny, v níž publikace vyšla, MUDr. Michaela Lízlerová



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

Postgraduální akademie

Chlamydiová a ureaplasmatická infekce u obou pohlaví

Chlamydiová infekce se stala v posledních dvaceti letech nejrozšířenější sexuálně přenosnou chorobou (STD) osob ve věku mezi dvaceti a čtyřiceti lety. Následují ji infekce ureaplasmatická a mykoplasmatická.

Nebezpečnost obou onemocnění spočívá především v tom, že obvykle nemívají výrazné příznaky. V případě chlamydií statistika hovoří asi o 50 % žen a dokonce o 80 % mužů, kteří nemají vůbec žádné příznaky. Dle Světové zdravot-

nické organizace (WHO) se každý rok objeví asi 500 milionů nových případů STD, z nichž je asi 90 milionů těchto infekcí přisuzováno *Chlamydia trachomatis*.

Chlamydie jsou obligatorní intracelulární parazité – velmi podobné gramnegativním bakteri-

ím. V humánní medicíně mají hlavní význam tři typy chlamydiové infekce: *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae* – jde o lidské patogeny – a *Chlamydia psittaci*, primárně zvířecí patogen s možností přenosu na člověka.

Chlamydia trachomatis (CTR)

Přenos a příznaky

Chlamydia trachomatis se přenáší vaginálním, orálním i análním stykem. Nejčastějším projevem infekce u mužů je zánět

močové trubice – uretritida. Ten nejčastěji vyvolává právě CTR, a to asi ze 40–50 %. Inkubační doba je 10 až 20 dnů. Prvními příznaky jsou pálení nebo řezání při močení, serózní, někdy jen nažloutlý, jindy hnisavý výtok a svědění a bolesti v močové trubici. Při pozdní diagnostice nebo u neléčených případů je nejčastější komplikací zánět nadvarlat, zánět prostaty či zánět konečníku.

U žen obvykle začíná infekce jako poševní zánět (*kolpitis*), který se většinou opakuje. Pokud ale žena přichází pozdě, zánět se obvykle rozšíří a pokračuje často jako *cervicitis* (zánět děložního čípku). Ženy popisují neurčité svědění a pálení v pochvě, případně při močení (infekce často přejde do dolních močových cest), často spojené se slabším krvácením z čípku (*spottingem*) nebo krvácením mimo cyklus. Ascendentní infekce může postihnout sliznici děložní, vejcovody i oblast vaječníků (*endometritis, salpingitis, adnexitis*). Laboratorně: leukocytóza (zvýšení bílých krvinek), zvýšení CRP (nemusí být zjevné), zvýšená sedimentace (FW) – obvykle až ve druhé hodině.

Komplikace:

1. CTR je v současné době považována za jeden z rizikových faktorů pro vznik karcinomu děložního hrdla ze skvamózních buněk (*squamous cell carcinoma, SCC*).
2. Infekce plodu při porodu – postižení spojivek, nosohltanu, plic. Asi jeden až dva týdny po porodu onemocní přibližně 40 % novorozenců chlamydiovou konjunktivitidou. U 10 % z těchto případů se po dvou týdnech může dokonce rozvinout pneumonie.
3. Akutní nebo subakutní folikulární konjunktivitida – v dospělosti může progredovat v *keratitis punctata*.
4. *Perihepatitis* – drobné srůsty kolem jater, často spojené s vytvořením fibrózní membrány na povrchu jater. Klinickým projevem bývá náhlá bolest pod pravým žeberním obloukem vystřelující do pravého ramene. Častěji má ale asymptomatický průběh – náleze je odhalen při laparoskopii z jiné indikace.
5. *Periappendicitis* (Fitzův-Hughův-Curtisův syndrom) – srůsty a nálety v oblasti kolem appendixu, klinický projev podobný subakutní nebo chronické appendicitidě.
6. Postižení spojivky oka, močové trubice a kloubů – je nazýváno Reiterův syndrom.
7. Tubární sterilita jako následek infekce na adnexech.

Trachom a *Lymphogranuloma venereum*

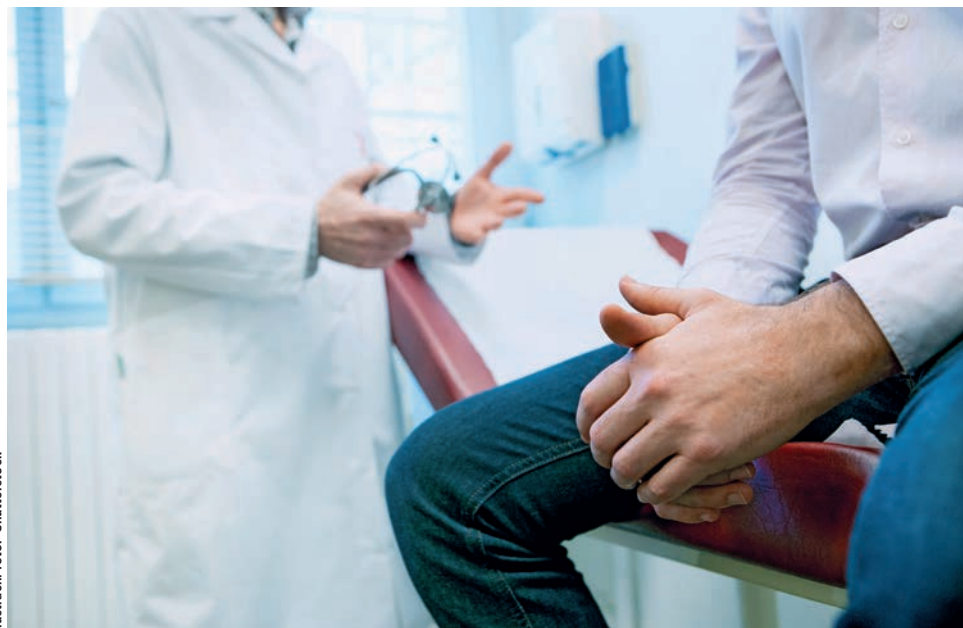
V jiných geografických podmínkách se setkáváme s dalšími dvěma chlamydiovými onemocněními, která se v našich podmínkách vyskytovala dříve pouze jako tzv. importovaná onemocnění.

Trachom (původcem *Chlamydia trachomatis*) je několik tisíc let známá oční infekce, o níž se psalo již ve starém Egyptě nebo v Číně. Je hlavní příčinou tzv. preventabilní slepoty. Podle WHO žije v endemických oblastech trachomu asi 500 milionů lidí a 150 milionů z nich má aktivní infekci. Hlavním rezervoárem jsou malé děti. Opakované infekce vedou k jizvení spojivky a později k úplné slepotě.

Lymphogranuloma venereum je silně infekční onemocnění přenášené především sexuálním stykem. Původcem je *Chlamydia trachomatis*. V ČR se onemocnění do roku 2010 prakticky nevyskytovalo, šlo o ojedinělé importy u pacientů z endemických oblastí (Asie, Afriky a Jižní Ameriky). Nyní již národní referenční laboratoř ve spolupráci s Klinikou infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce hlásila více než 10 případů. Inkubační doba trvá 1–3 týdny. Objeví se malá a nebolestivá papula nebo uzlík na genitáliích. Proces postupuje do spádových uzlin – u mužů do třísla, u žen do pánevní oblasti. Dochází k zhnisání těchto uzlin, což vede k abscesům, a ty dávají vznik píštělím. Proces se může rozšířit do okolí genitálu a často způsobuje *proctitis* (zánět konečníku), což může vést k dalším komplikacím. Kromě změn lokálních můžeme pozorovat také změny celkové. Patří k nim zvýšení TT, febrilní stavy, zimnice, bolest hlavy a svalů, bolest kloubů, nechutenství, zvracení a úbytek na váze.

Chlamydia pneumoniae (CPN)

Nejrozšířenější chlamydiová infekce u nás i ve světě. Přenáší se kapénkovou infekcí nebo přímým kontaktem. Inkubační doba je 1–3 týdny. Infekci prodělá dospělá populace jednou nebo vícekrát za život. Řada odborníků poukazuje na občasné epidemické průběhy plicních onemocnění způsobených právě CPN. Během posledních let se podstatně zvýšil výskyt onemocnění, která jsou s tímto typem chlamydie dávana do souvislosti. Nejde přitom o onemocnění respirační. Uvažuje se např. o potenciálním uplatnění CPN při vzniku ischemické choroby srdeční, roztroušené sklerózy nebo Alzheimerovy choroby. CPN dále způsobuje onemocnění, jako jsou rýmy, záněty středouší, hrtanu, hltanu, průdušek, plic, záněty oční, srdečního svalu nebo záněty mozkové.



Ilustrační foto: Shutterstock

Chlamydia psittaci (CPS)

Jedná se primárně o zvířecí patogen s možností přenosu na člověka. Vyskytuje u ptáků (papoušci, holubi atd.), ale také u savců (skot, ovce, kozy, koně, prasata, kočky atd.). Může způsobit lidská onemocnění pod obrazem atypické pneumonie (ptačí kmeny) nebo zánět placenty během gravidity (savčí kmeny). Jde o jedinou chlamydiovou infekci, která podléhá povinnému hlášení. Přenos nastává kontaminovaným trusem nebo peřím.

Diagnostika

C. pneumoniae a *C. psittaci* se opírá především o sérologická vyšetření, jde tedy o nepřímou diagnostiku. Protilátky IgM (bez současné positivity IgA a/nebo IgG) jsou většinou považovány za primoinfekci. Přítomnost protilátek třídy IgG bez klinických příznaků je považována za sérologický obraz prodělané infekce. IgA protilátky jsou typické pro reinfekci a chronickou perzistující infekci. Důležitá je dynamika protilátkové tvorby. K tomu je nutné vyšetření alespoň dvou sér. První na začátku onemocnění, druhé asi po 2–3 týdnech. Třetí vzorek považujeme za rekonvalescentní a odebírá se za 4–6 týdnů od počátku onemocnění.

Průkaz protilátek

Používají se tři druhy testů:

- komplement-fixační reakce (KFR) – v současné době již obsoletní – citlivost je velmi nízká,
- nepřímý mikroimunofluorescenční test (MIFT) – je akceptován jako zlatý standard v sérologické diagnostice, jeho hodnocení ale vyžaduje značné zkušenosti, je časově náročné a může být subjektivní,

- imunoenzymatické metody (především ELISA – v ČR se používá nejvíce). Ve srovnání s MIFT je senzibilita stejná nebo i vyšší, zvláště v případě časných stadií akutních infekcí. Sérologická diagnostika chlamydiových infekcí je možná přímo (průkazem antigenu) a nepřímo – průkazem protilátek v séru či jiných biologických materiálech. V případě infekcí způsobených druhem *C. pneumoniae* a *C. psittaci* má větší význam diagnostika nepřímá. V případě *C. trachomatis* je nutno rozlišovat, zda se jedná o proces povrchový, omezený na sliznici (*urethritis*), nebo zda již došlo k jeho průniku hlouběji (*prostatitis, salpingitis*).

Léčba chlamydiových infekcí

Proti chlamydiím vykazují nejvyšší účinnost širokospektré tetracykliny (doxycyklin), makrolidová antibiotika (azithromycin) a fluorované chinolony 2. a 3. generace (rovamycin, minocyclin).

Ureaplastická infekce

Je způsobena nejčastěji bakterií *Ureaplasma urealyticum* – jde o gramnegativní bakterie, které patří mezi mykoplasmata. *Ureaplasma urealyticum* se běžně vyskytuje v genitální flóře mužů i žen u 80 % lidí, kteří žijí aktivním sexuálním životem. K přenosu dochází především pohlavním stykem nebo při orálním sexu. U těhotných pacientek hrozí přenos infekce na dítě. U většiny nakažených lidí neregistrujeme žádné obtíže, za určitých okolností ale může dojít k rozvoji tzv. ureaplastické infekce.

U mužů zánět většinou proběhne jako zánět močové trubice, pří-

padně může infekce postihnout prostatu, varlata nebo nadvarlata. Podle některých studií má bakterie vliv na stavbu a pohyblivost spermií a může způsobit poruchy plodnosti.

U žen se infekce projevuje častěji než u mužů. Obvyklý je vaginální dyskomfort, který zahrnuje bělavý výtok, lehký zápach, pálení či řezání při styku, ale také při močení.

Obdobně jako chlamydiová infekce může vést k ascendentnímu zánětu (*endometritis, salpingitis, adnexitis*) s následnými bolestmi v malé pánvi nebo sterilitou. Závažnější komplikací může být zánět amniového obalu, placenty nebo plodu během gravidity. Nebezpečím je potrat nebo předčasný porod, případně porod dítěte v termínu s nízkou porodní vahou. U novorozenců může vyvolat pneumonie nebo infekce centrálního nervového systému.

Diagnostika a léčba

K diagnostice se používá kultivační vyšetření za pomoci speciálních odběrových setů pro stěry z močové trubice, pochvy a čípku (podobně jako u chlamydií). Infekci můžeme detekovat i sérologicky, většinou se tohoto vyšetření ale užívá jen v případech komplikovaných infekcí, případně tehdy, pokud nebyla prokázána kultivací a klinický náleze infekci odpovídá.

K léčbě nelze použít penicilin a cefalosporiny z důvodu absence buněčné stěny. Lékem volby jsou tedy především doxycyklin nebo azitromycin. Alternativu představuje erytromycin, fluorochinolony a klindamycin.

MUDr. Luděk Fiala,

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN Praha

ROZHOVOR

Střípky sexuologické mozaiky

Přednosta Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN v Praze **doc. MUDr. Michal Pohanka, Ph.D.**, který je odborným garantem Pražského sexuologicko-andrologického mezinárodního kongresu, říká, že bude nutné prohloubit odbornou diskusi o léčbě neplodnosti formou asistované reprodukce.

Před časem proběhl 2. pražský sexuologicko-andrologický mezinárodní kongres, který pořádala divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta. Program byl sestaven s důrazem na mezioborovou a multidisciplinární spolupráci. V čem vidíte přínos této akce?

Společně se nám na tento kongres podařilo pozvat přední odborníky, někteří z nich – jako například rakouský prof. Dr. Wilfried Feichtinger či prof. MUDr. Pavel Ventruha, DrSc., z České republiky – jsou špičkami svých oborů. Také se na kongresu podařilo otevřít celou řadu témat, která budou do budoucna velmi zajímavá.

Sexuologie je někdy vnímána jako hraniční obor, který se zabývá zejména sexuálními dysfunkcemi a sexuálními deviacemi, ale historicky máme blízko k mužské i ženské plodnosti. Mezioborová spolupráce sexuologů s gynekology a reprodukční medicínou je zajímavá a přínosná. Protože řada pacientů řeší problémy, které bez multidisciplinární spolupráce řešení nemají.

Považujete mezioborovou spolupráci v praxi za skutečně možnou, nebo je to jen naplněný předpoklad a jakési zaklínadlo pro odborníky, kteří v atomizované medicíně nedokáží najít společnou řeč?

Řada oborů má spoustu specializací a subspecializací, takže člověk nemůže být odborníkem ve všem. Všechno jsou to střípky mozaiky, které vytváří zajímavý obraz. Umocňuje to i fakt, že například páry se čím dál častěji



potýkají s problémem neplodnosti. Její léčba – ať už se nám to líbí nebo ne – vyžaduje multidisciplinární přístup. Musíme vzít v potaz zastoupení somatických nebo psychogenních vlivů a nedokážeme nikdy odhadnout, jaký poměr těchto vlivů u pacienta převažuje.

Klíčová je také vaše spolupráce s urologickou odborností. Jedním z dopadů, který provází úspěšnou léčbu malignit prostaty, je inkontinence moči a erektilní dysfunkce u vyléčených pacientů...

Výskyt malignit obecně stoupá, u mužů je řeší zejména urolo-

gie. Není to pouze otázka neplodnosti, ale i dalšího plnohodnotného života pacientů, což nejsou jen lidé v seniorském věku, ale stále častěji se problémy objevují také u mladých mužů. V rámci multidisciplinární spolupráce přebíráme řadu pacientů, s nimiž řešíme otázku sexuálních dysfunkcí a dalšího sexuálního života.

Jak v těchto případech tedy postupujete?

To je jasný somatický problém. Už jsou zpracovány určité algoritmy jak postupovat. V případě radikální operace prostaty se již na urologických pracovištích pacientům podávají léky, které jim jsou pravidelně podávány před operací, a další dny po operaci se v léčbě pokračuje. Jde o léky na principu inhibitorů fosfodiesterázy typu 5, které mají zajistit takzvanou časnou penilní rehabilitaci.

Ve velice vysokém procentu případů dochází k obnově sexuálních funkcí. Přestože operace může být náročná, při zvládnutém procesu rehabilitace je obnova funkcí vysoce pravděpodobná. Průkopníky v této oblasti jsou lékaři týmu prof. MUDr. Tomáše Hanuše z Urologické kliniky 1. LF UK a VFN.

Kdybyste mohl shrnout závěry pražského kongresu, jaké jsou nyní v sexuologii trendy, i třeba s ohledem na rozdíly mezi českou a zahraniční sexuologií?

Kongres byl víc směřován k andrologické problematice a asistované reprodukci. V této oblasti můžeme konstatovat, že přístupy v ČR jsou na velmi vysoké kvalitativní úrovni, srovnatelné se zahraničními pracovišti.

Kongres jsme pojali jako odbornou platformu pro rozšiřování stávajících medicínských obzorů. Jedním z nich je například i komplexní medicínské pojetí surogátního mateřství, o němž se domníváme, že bude do budoucna stále aktuálnějším tématem. Se vzrůstajícím počtem sexuálních dysfunkcí párů se zvyšuje i procento párů neplodných. Snaha zabránit poklesu počtu osob v populaci bude do budoucna vyžadovat řešení, jímž bude také rozšiřování možností léčby. Právě sexuologický kongres měl nad těmito novými možnostmi navodit odbornou diskusi.

Jak se tedy do budoucna – vedle surogátního mateřství – nabízejí další možnosti?

Nové výzkumy v rámci hodnocení spermogramu nebo výzkumy,

kteří zvyšují frekvenci úspěchů při asistované reprodukci. Ta se nyní stává plnohodnotným nástrojem. Dříve to sice byla úspěšná specializace, ale po dlouhé a náročné interakci s pacienty. Nyní jde o velice úspěšnou metodu a řada pracovišť dosahuje výsledků, o kterých se dříve většinou z nich ani nesnilo. Dnes je už jasné, že otěhotní i manželské páry, které by před deseti lety nemohly a svou situaci řešily adoptí. V minulosti se úspěch této léčby počítal v řádu jednotek procent. Dnes jsou výsledky v desítkách procent.

Využívají se mnohem lepší diagnostické a laboratorní metody, více odborníků se oboru věnuje, protože problém se profesně týká čím dál širšího spektra lékařských specializací a pracovišť.

Na kongresu jste přednášel o aktuálních možnostech léčby ženských sexuálních dysfunkcí. Jaké typy odborné pomoci jsou tedy ženám k dispozici?

Ženy na svůj ideální lék zatím čekají. Muži jsou v tomto zvýhodněni, na léčbu jejich sexuálních dysfunkcí je mnohem větší paleta přípravků. Ženám nemůžeme nabídnout lék, který by stoprocentně fungoval – už jen s ohledem na daleko větší složitost ženské sexuality oproti té mužské.

Jsem zvědavý, zda u nás bude uveden na trh preparát Addyi (flibanserin), který byl již registrován ve Spojených státech amerických. Uvidíme, zda tento lék s pozitivními přísliby bude zpřístupněn také evropským pacientkám.

Jinak máme řadu léčivých přípravků, které mohou sexualitu ovlivnit nebo zlepšit, ale nejde o preparáty s tak vysokou účinností, aby je bylo možné pro dysfunkce u žen paušálně použít. Jejich účinnost je dána fungováním na hormonální nebo neurotransmiterové bázi, ale jejich účinnost nebyla tak přesvědčivá jako v případě flibanserinu.

Je pro vás myšlenka mezinárodních sexuologických kongresů nosná i do budoucna?

Máme spoustu pozitivních ohlasů, takže bychom se organizací takové akce rádi zabývali i v budoucnu. Zaznamenali jsme zájem dalších zahraničních odborníků, kteří by se chtěli některých z příštích ročníků aktivně zúčastnit. Doufám, že termín třetího ročníku konference, 7.–8. dubna 2017, si najde místo v kalendářích našich kolegů.

Petra Klusáková



MEDEVAC

na XXIII. pražských chirurgických dnech

MEDEVAC je český humanitární program na pomoc lidem, kteří kdekoli na světě čelí devastujícím dopadům ozbrojených konfliktů, přírodních nebo lidmi způsobených katastrof dopadajících na lidské zdraví. Velký prostor mu byl vyhrazen i na největší chirurgické konferenci u nás.

„Organizátory tradiční a velmi prestižní mezinárodní akce, jakou jsou Pražské chirurgické dny, vedla letos aktuálnost problematiky tohoto programu k zařazení MEDEVAC do druhého dne kongresu, jako vždy věnovaného traumatologii. 17. května se v pražském hotelu Clarion účastníci kongresu dozvěděli nejen o naší pomoci lidem, kteří trpí v méně klidných částech světa, než je ta naše, ale i o reflexích a zkušenostech, o nichž všichni doufáme, že je nebudeme muset v našich podmínkách uplatnit,“ vysvětlil změnu původního programu náměstek pro vědu, výzkum a vzdělávání a zástupce ředitelky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze MUDr. Jan Bříza, CSc., MBA. Tato nemocnice je jednou z těch, které se na MEDEVAC velice aktivně podílejí.

Do méně klidných částí tohoto světa

Před lety MEDEVAC začal jako evakuační program v oblasti Bosny, když byla v 90. letech ve válečném stavu. Časem se ukázalo, že jsou destinace, kde je racionálnější, aby naopak náš tým vyjel do předem pečlivě vybrané

nemocnice v postižené zemi. Velmi se osvědčilo například vyjíždění týmu specialistů na dětskou kardiokirurgii (velké zkušenosti měl s výjezdy do Kambodži po pádu Polpotova režimu). Zkušenosti s výjezdy umožnily mise zdravotníků i dalších operačních oborů do utečeneckých táborů v zemích, kde se odehrávají válečné konflikty, a tudíž oblastí s velkou koncentrací lidí s těžkými zraněními (*poslání a pomoci našich nemocnic v rámci programu MEDEVAC, realizovaného Ministerstvem vnitra ČR v úzké spolupráci s resorty ministerstva obrany, zahraničí a zdravotnictví, jsme se podrobně věnovali ve Zdravotnictví a medicíně 12/2015*).

Své zkušenosti s výjezdy v rámci misí prezentovali na konferenci jejich účastníci z Dětského kardiocentra FN v Motole, ortopedický tým a plastický chirurgové vyslaní z Nemocnice Na Bulovce, lékaři 1. chirurgické kliniky a Stomatologické kliniky VFN v Praze, oftalmologové a neurochirurgové z FN Hradec Králové a trauma-rehabilitační tým z FN Olomouc.

Prostor k vyjádření o MEDEVAC dostali na chirurgických dnech jak lékaři, kteří vyjíždějí na mi-

se, tak i jeden z jejich spolupracovníků, kteří po léta pomáhají jejich aktivitám přímo na místě.

„Náš“ jordánský lékař

Ortoped MUDr. Watheq Al-Qsous vystudoval v Praze a působí v jordánském Ammánu. Pro MEDEVAC vytváří nezbytný most, který spojuje české lékaře a tamní specifické prostředí. Velmi dobrou spolupráci s ním navázaly zdravotnické týmy ze všech českých nemocnic, které vyjíždějí do Jordánska operovat. Jsou to zdravotníci z FN v Motole, Ústřední vojenské nemocnice, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Nemocnice Na Bulovce, FN Ostrava a FN Olomouc.

Než tým českých specialistů přijede, musí MUDr. Al-Qsous zajistit předvýběr pacientů pro zákroky, ať už má jít o traumatologii, ortopedii nebo plastickou chirurgii, *de facto* ale ze všech operačních oborů včetně oftalmologie. O nemocných, kterým by naši lékaři mohli v Ammánu pomoci, se jordánský lékař dozvídá díky svým kontaktům na humanitární organizace. Na těch je tedy prvotní předvýběr vhodných pacientů, například před nyní avi-



Ilustrační foto: Shutterstock

zovaným příjezdem týmu plastických chirurgů.

Kritériem pro zařazení pacienta samozřejmě není jen nález, který by sám o sobě mohl indikovat efektivnost chirurgického zákroku. Zajistit je třeba klinická, laboratorní a další obvyklá vyšetření. Nelze očekávat, že by pacient s něčím z toho už přišel vybaven. „Provést ovšem musím i rozvahu nad prognózou z hlediska, které by zdravotníci u vás brát v potaz do té míry většinou nemuseli. Jde totiž i o to, zda jednorázově provedený zákrok nebude nezbytně potřebovat další zásah. Pacient už by na něj pravděpodobně nedosáhl,“ připouští jordánský lékař. Problémem bývá především ekonomická dostupnost zdravotní péče. V Jordánsku sice existuje i státní zdravotnický systém, ale kvalitnější služby zajišťuje soukromý sektor. Ošetření v rámci MEDEVAC je bezplatné.

O závod s časem i místními podmínkami

Skupina lékařů z České republiky přijíždí do Ammánu operovat zhruba na týden až deset dní. Na tu dobu se z prostředků vysílající strany pronajímá část nemocnice, ať už jde o operační sál, jednotku intenzivní péče nebo pooperační a standardní lůžka. Zajistit v Jordánsku odpovídající zdravotnické zázemí pro práci našich lékařů je další a rozhodně ne jednoduchý úkol MUDr. Al-Qsouise.

S předstihem také jordánský lékař posílá do České republiky ke konzultaci sporné nálezy. Konzultace se může týkat například toho, zda by zákrok měla provádět právě ta specializace, která

má tentokrát přijet. Posoudit je třeba také to, zda bude na místě k dispozici potřebný zdravotnický materiál – a předem ho opatřit. V některých situacích příjezdu mise předchází krátká návštěva jednoho lékaře z týmu, aby pomohl vše doladit. Předem si český tým s jordánským lékařem také upřesní sled pacientů. Vše je tedy nasměrováno nejen na co nejvyšší kvalitu – specialisté od nás přijíždějí, aby operovali intenzivně, aby stačili provést co největší počet výkonů. Tým od nás provádí v Ammánu operace a vizity, ale ostatní péči zajišťuje nemocnice. V zařízení, kde tým operuje, bývá během mise přítomen i „náš“ jordánský lékař. Nejde jen o jeho neocenitelnou organizační pomoc včetně tlumočení. „Jsem ortoped i chirurg, takže nastoupím na sál, když chybí ‚třetí ruka‘. A také přebírám pacienty, kteří jsou po operacích hospitalizováni ještě po odjezdu vašich lékařů. Nedávno jsem například při závěrečném vyšetření k ukončení hospitalizace zachytil a nechal doléčit pacientku, kterou po endoprotéze kolena postihla embolie,“ poznamenal lékař, bez jehož pomoci by dobré výsledky mise MEDEVAC v Jordánsku byly jen obtížně myslitelné. „Já si pomoci, kterou u nás vaše týmy poskytují, nesmírně vážím. Příjemci jsou opravdu ti nejpotřebnější a jsou to lidé, kteří by jinak neměli šanci, tím méně dostat se do rukou tak kvalitním lékařům, jako jsou ti vaši. Příkazně posílá do České republiky ke konzultaci sporné nálezy. Konzultace se může týkat například toho, zda by zákrok měla provádět právě ta specializace, která



Ilustrační foto: defense.gov

ROZHOVOR

Nejvyšší sezóna začne na podzim

O cestovní medicíně jsme hovořili s **MUDr. Milanem Trojánkem** z Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce. Je jedním z lékařů, kteří se zde zabývají prevencí zdravotních obtíží souvisejících s cestováním i diagnostikou a léčbou importovaných onemocnění.

Je teď, tedy o letních prázdninách, nejexponovanější období pro cestovatelské nemoci?

Paradoxně spíše nikoli. Češi obvykle tráví letní dovolenou „jen“ v relativně bezpečné Evropě, případně v tuzemsku. S větším zastoupením importovaných infekcí se setkáváme v období od podzimu do jara, kdy stále více lidí vyjíždí na dovolenou do tropického podnebného pásu. Právě v těchto oblastech však na cestovatele číhá z hlediska infekčního lékařství nejvíce rizik. Diagnostika a terapie chorobných stavů po návratu z klimaticky či epidemiologicky rizikových oblastí tvoří významnou součást cestovní medicíny. Části těchto stavů se nám však daří předvíjet předvýjezdovým poradenstvím.

Na čem je takové „preventivní“ poradenství založeno?

Podstatné je vycházet z validních epidemiologických dat, nikoli pouze ze zdrojů dostupných pro širokou veřejnost a marketingových materiálů, a zároveň respektovat individuální potřeby i rizika cestovatele. Neopomenutelnou součástí konzultace je aplikace povinných a doporučených vakcín, stanovení potřeby antimalarické chemoprophylaxe, poučení o možných infekčních rizicích, jaká představují cestovatelský průjem, infekce přenášené členovci či pohlavně přenosné nemoci. Ale v neposlední řadě je nezbytné poskytnout základní informace i o prevenci či léčbě neinfekčních zdravotních obtíží spojených s cestováním. Pokud jde o samotnou přípravu na cestu, ještě bych rád připomněl i jednu praktickou „malíčkovost“: cestovatel by měl věnovat náležitou pozornost také cestovnímu pojištění a řádně si prostudovat pojišťovací smlouvu, zejména možné vyluky z pojištění.

Komplexní předvýjezdové poradenství poskytují jak specializované ambulance při klinikách či odděleních infekčního lékařství, tak soukromá centra. Avšak výhodu nemocničních center představuje zkušenost nejen s poradenstvím před cestou, ale i s diagnostikou a léčbou zdravotních obtíží po návratu.

Do jaké míry běžná populace v souvislosti s cestováním

ním přistupuje na preventivní očkování?

Cestovatelé, kteří v rámci příprav na pobyt v exotických destinacích vyhledají naše pracoviště, motivovaní k očkování jsou a nezdráhají se mu. V posledních letech se však stále častěji v médiích a na sociálních sítích setkáváme s názory skupiny „odmítačů očkování“, kteří bojují zejména proti očkování v dětském věku. Obvykle se sice jedná o výjimky, ale bohužel je jim poskytován ne zcela adekvátní prostor v médiích a jsou hodně slyšet.

Kolik lidí vyjíždí z „vyspělých“ zemí do epidemiologicky nebo klimaticky nejrizikovějších oblastí světa? A v co se potenciální riziko promění v realitu nejčastěji?

Ročně do tropických oblastí vyjíždí asi 80 milionů lidí. Během cesty postihnou zdravotní obtíže až 75 procent cestovatelů do těchto oblastí. U většiny dojde ke spontánní úzdavě, ale přibližně 5 procent z nich potřebuje lékařské ošetření a až 1 procento je v souvislosti s cestou hospitalizováno. Za nejčastější příčiny závažných zdravotních obtíží a úmrtí u osob na cestách jsou považována akutně vzniklá nebo dekompenzovaná chronická interní onemocnění a úrazy, zatímco infekční onemocnění tvoří pouze jednotky procent. Mezi nejčastější infekční onemocnění u cestovatelů do rozvojových zemí patří průjemy, které postihnou 30 až 80 procent cestovatelů, kožní infekce, chřipka a respirační nákazy, infekce urogenitálního traktu či virové hepatitidy. Z tropických nákaz lze jmenovat třeba horečku dengue či jiné arbovirózy, malárii, břišní tyfus nebo rickettsií. Naopak řada z vakcínami preventabilních infekcí jako například japonská encefalitida, poliomyelitida či cholera představuje riziko spíše teoretické. V současné době v České republice pozorujeme významný nárůst počtu případů horečky dengue, pouze v Nemocnici Na Bulovce bylo od roku 2004 diagnostikováno celkem 215 případů onemocnění. Horečka dengue představuje nejčastější virové onemocnění přenášené členovci. Vektorem nákazy jsou komáři rodu *Aedes*, kteří na rozdíl od anofelů přenášejících malárii jsou aktivní přes den.



Ilustrace: Foto: Shutterstock

Mnohem častěji ale cestovatele do rizikových oblastí postihuje průjem. Doporučujete vézt si léky proti němu z domova?

Jednoznačně ano, s tím, že přestože etiologie cestovatelského průjmu je velmi pestrá, tak patofyziologické mechanismy, které k rozvoji průjmů vedou, jsou obdobné těm, s nimiž se setkáváme i u nákazy získané v našich podmínkách. Z toho vyplývá, že i léčba bude velmi podobná jako u nás. Základem je udržení hydratace nemocného, doporučované jsou volně prodejné orální rehydratační roztoky, které mají optimální osmolalitu, obsahují minerály, sacharidy a usnadňují vstřebání vody a iontů. K rehydrataci není vhodné využívat nápoje s nízkým pH či vysokou osmolalitou, tedy nejen džusy, ale ani sycené nápoje. V zásobě je třeba mít adsorbencia, zejména živočišné uhlí nebo diosmektit. Užívání antibiotik většinou nedoporučujeme, neboť může přispívat k prodlouženému vylučování patogenních bakterií z organismu či ke střevní dysmikrobii. Ale cestovatele je nezbytné předem poučit i o tom, že dyspeptické obtíže mohou být příznakem jiného, závažného onemocnění, například malárie, arbovirózy či bakteriálních infekcí.

Častým přenašečem infekčních onemocnění je bodavý hmyz. Je nějaký univerzální repelent? Říká se, že se má pořizovat na místě. Jak to je?

Nákupu repelentů bych se v rizikových oblastech raději vyhnul. Mohou vám tam totiž nabídnout zcela neúčinné preparáty. Pokud bych měl poradit co vzít s sebou, jednoznačně doporučím dietyltoluamidové přípravky (DEET), což

jsou přípravky schválené i Světovou zdravotnickou organizací. Koupit si je můžete v lékárnách nebo v obchodech se sportovními potřebami. Optimální koncentrace roztoku pro dospělého je přibližně 50 procent.

S čím se k vám na kliniku cestovatelé nejčastěji dostanou po návratu?

Nejčastěji přicházejí s horečnatými stavy a průjmy. Ale relativně frekventně se setkáváme s kožními obtížemi, například pyodermií či syndromem *larva migrans cutanea*, jehož původcem jsou vývojová stadia zvířecích měchovců. Z horečnatých onemocnění se vždy obáváme zejména malárie. Velmi časté jsou arbovirózy, nyní zejména horečka dengue, chikungunya a Zika.

Jako o velmi reálném riziku na cestách se hovoří i o meningokokových infekcích, s těmi se ale setkáváme i tady...

Meningokokové infekce se u cestovatelů popisují relativně vzácně, ale představují onemocnění s vysokou smrtností. Je pravda, že jejich výskyt je kosmopolitní, ale vysoká incidence je hlášena ze zemí „pásu meningitidy“, který se táhne od pobřeží Senegalu a Guiney po Etiopii napříč subsaharskou Afrikou. Očkování konjugovanou tetravalentní vakcínou (Menveo, Nimenrix) je proto doporučeno při cestách do subsaharské Afriky a povinné vyžadováno pro poutníky do Mekky a při vstupu do Saúdské Arábie. V tomto případě musí být vakcína podána minimálně 10 dnů před odjezdem a platnost certifikátu je 36 měsíců.

Jak známo, zatím není vakcína proti malárii. Je už k dispozici nějaký lék?

V současné době získala registraci vakcína určená pro děti žijící v endemických oblastech, její účinnost však není optimální. Tato vakcína nebude určena pro cestovatele, těm můžeme nabídnout účinná antimalarika, která dokáží zabránit rozvoji komplikované malárie a případnému úmrtí. Malárie je ostatně nejzávažnější a relativně častá příčina horečky po návratu z tropů a v současné době pozorujeme nárůst počtu závažně probíhajících případů. Bohužel onemocnění často podceňují nejen cestovatelé, ale i lékaři.

U dostupných antimalarik se ale popisují závažné nežádoucí účinky...

S tímto názorem k nám cestovatelé přicházejí velmi často, nicméně realita je odlišná, neboť většina dostupných antimalarik je velmi dobře tolerována. Příkladem jednoho z nejčastěji užívaných antimalarik je atovachon/proguanil a nejčastějším nežádoucím účinkem jsou dyspeptické obtíže, konkrétně horní dyspeptický syndrom, ale i ten s relativně nízkou incidencí. Tento lék však nemá neuropsychiatrické nežádoucí účinky, popisované například u meflochinu. Atovachon/proguanil je bezpečné antimalarikum, avšak mezi jeho nevýhody patří vyšší cena a nutnost každodenního užívání. Výběr antimalarika by měl být vždy individuální a je v kompetenci zkušených lékařů v centrech cestovní medicíny.

Jak je na tom Česká republika s diagnostikou a terapií cestovatelských chorob v porovnání například s bývalými koloniálními mocnostmi, kde je s nimi i historicky větší zkušenost?

Domnívám se, že překvapivě velmi dobře. Případů je samozřejmě relativně podstatně méně, ale jsou zde klinická i laboratorní centra, která se této problematice velmi intenzivně věnují. Rád bych vyzvedl především úsilí některých pracovníků v laboratořích, fakticky v nich tráví i veškerý volný čas, v Nemocnici Na Bulovce například parazitoložka RNDr. Lenka Richterová či na 1. LF UK RNDr. Eva Nohýnková. Dilem i těchto lidí je diagnostika parazitárních a tropických nákaz u nás velmi dobrá. Co nás ale tíží, je nedostupnost celé řady antiparazitik, tedy vybraných léků na terapii těchto vzácných infekcí. Značná část není v ČR registrována, musíme je často obtížně získávat na individuální dovoz. Avšak celkově vzato si myslím, že péče o pacienty s tropickými infekcemi je v ČR na vysoké úrovni.

Studie INMARK má přispět k lepší predikci prognózy IPF

Nová studie INMARK bude hodnotit účinek přípravku nintedanib (OFEV) na změny specifických krevních biomarkerů. Změny biomarkerů ukazují na zjizvení (fibrózu) plicní tkáně u pacientů s idiopatickou plicní fibrózou (IPF).

IPF je vysilující a smrtelné plicní onemocnění s vysokou mortalitou, které způsobuje trvalé zjizvení plicní tkáně a postupnou ztrátu plicních funkcí. Časně zahájení léčby může zásadním způsobem přispět ke zpomalení progresu onemocnění. Léčba IPF se poslední dobou zlepšila díky specifickým antifibrotikům, jako je např. nintedanib. Lékaři ale přesto nemají přesné ukazatele toho, kdy zahájit léčbu. Identifikace biomarkerů k časně predikci klinického průběhu IPF u jednotlivých pacientů zůstává jedním



Ilustrační foto: Shutterstock

Afatinib schválen pro dlaždicobuněčný karcinom plic

Evropská komise udělila přípravku afatinib (Giotrif) registraci k léčbě pacientů s pokročilým dlaždicobuněčným karcinomem plic, u kterých došlo během nebo po chemoterapii na bázi platiny k progresi onemocnění. Přípravek afatinib je již schválen pro léčbu pacientů s NSCLC a mutacemi receptoru pro epidermální růstový faktor (EGFR).

Schválení vychází z výsledků studie LUX-Lung 8, která prokázala významné zlepšení celkového přežití i přežití bez progresu onemocnění ve srovnání s přípravkem erlotinib.

Dlaždicobuněčný karcinom plic je spojován s negativní prognózou, medián celkového přežití po diagnóze je u pokročilého onemocnění jeden rok. Afatinib se podává perorálně, což vítá řada nemocných, pro něž dosavadní

intravenózní aplikace léčby představovaly překážku.

Afatinib ve srovnání s erlotinibem prokázal ve studii LUX-Lung 8:

- významné oddálení progresu karcinomu plic se snížením rizika progresu karcinomu o 19 %,
- prodloužení celkového přežití o 19 %,
- významné zvýšení podílu pacientů, u kterých došlo ke kontrole onemocnění (51 % oproti 40 %; $p = 0,002$),

• zlepšení kvality života a kontroly příznaků spojených s karcinomem. Studie LUX-Lung 8 je součástí programu LUX-Lung zaměřeného na afatinib. Jedná se o nejrozsáhlejší soubor klinických studií inhibitoru tyrosinové kinázy EGFR s více než 3760 pacienty. Nedávné výsledky studie LUX-Lung 7 již prokázaly přínos afatinibu ve srovnání s gefitinibem.

(Zdroj: Boehringer Ingelheim) (akt)

z nejdůležitějších úkolů ke zlepšení léčby. Studie vyhodnotí, zda lze pomocí dočasných změn biomarkerů časněji předvídat klinický průběh IPF.

„Zahájení této studie představuje důležitý mezník. Studie má velkou vědeckou hodnotu, protože přinese lepší informace o IPF

a o přínosu léčby nintedanibem pro pacienty se zachovanými plicními funkcemi. Poprvé budeme zkoumat účinek antifibrotika na změny konkrétních biomarkerů,“ poznamenal jeden z hlavních testujících, dr. Toby Maher z Royal Brompton Hospital v Londýně.

(Zdroj: Boehringer Ingelheim)

(akt)

Studie RE-COVERY DVT/PE podpoří evidenci o dabigatranu

Nová globální prospektivní studie RE-COVERY DVT/PE zahrnující 14 000 pacientů se zaměří na management léčby hluboké žilní trombózy (HŽT) a plicní embolie (PE). Cílem je získat data o snížení rizika obou stavů dabigatranem (Pradaxa).

Studie poskytne pohled na to, jak jsou léčeni pacienti s HŽT a PE v reálné klinické praxi a přispěje ke stávajícím poznatkům o bezpečnosti a účinnosti dabigatranu ve srovnání s warfarinem.

HŽT a PE jsou velmi nebezpečná onemocnění – 1 ze 3 pacientů zemře do tří měsíců a 4 z 10 utrpí do deseti let recidivu. Léčba spočívá v podávání antikoagulační léčby, jako jsou nová antikoagulační (NOAC), nízkomolekulární hepariny nebo warfarin. „Rozsáhlé registrační randomizované klinické studie umožnily revoluci v našich léčebných strategiích jak zvládat hlubokou žilní trombózu a snižovat riziko jejího vzniku stejně jako v případě plicní embolie. Nicméně zůstává nejasné, jakým způsobem výsledky těchto studií ovlivní každodenní klinickou praxi v re-

álném prostředí,“ vysvětlil předseda řídicího výboru studie prof. Samuel Z. Goldhaber z Harvard Medical School a z oddělení vaskulární medicíny v Brigham and Women's Hospital. Celkový výzkumný program pro dabigatran etexilát včetně studie RE-COVERY DVT/PE bude zahrnovat více než 120 tisíc pacientů napříč kardiiovaskulárními terapeutickými oblastmi, včetně snížení rizika cévní mozkové příhody u fibrilace síní. Cílem je prohloubit vědecké poznatky v oblasti prevence tromboembolických příhod a poskytnout další podporu pro léčbu pacientů.

(Zdroj: Boehringer Ingelheim)

(akt)



Inzerce M161000352



LIEČIME SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO

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

ProCare

JE ČAS VRÁTIŤ SA DOMOV

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



KOHO HĽADÁME

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



DODATOČNÉ BENEFITY

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

VÝZKUM

Nejen po holocaustu

Hlavním účelem jednoho z (nejen v ČR) unikátních výzkumů je identifikovat důsledky dlouhodobého a hlubokého stresu a prozkoumat jeho transgenerační přenos. Iničiátorem a vedoucím projektu je prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc. Výzkum probíhá v Centru neurověd Středoevropského technologického institutu (CEITEC) v Brně.

CEITEC, centrum vědecké excelence v oblasti věd o živé přírodě a pokročilých materiálů a technologií, vznikl ze společného projektu šesti nejvýznamnějších brněnských univerzit a výzkumných institucí. CEITEC je vůbec prvním typem vědeckého centra v ČR, které integruje výzkum a vývoj v oblasti věd o živé přírodě a technických oborů v takovém rozsahu. Základní stavební jednotky tu tvoří výzkumné skupiny s věcně nebo logicky souvisejícím výzkumným zaměřením. Soustředěné jsou do spolupracujících výzkumných programů a jeden z nich, projekt Centra neurověd, je zaměřený na výzkum mozku a lidské mysli.



Ilustrační foto: Shutterstock

Program neurověd

Vedoucí centra a vědecký koordinátor programu Výzkum mozku a lidské mysli je neurolog prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc. Program neurověd má 3 výzkumné skupiny – pro aplikované neurovědy (vedoucí je prof. MUDr. Irena Rektorová, Ph.D.), pro behaviorální a sociální neurovědy, kterou vede prof. MUDr. Milan Brázdil, Ph.D., a skupinu pro multimodální a funkční zobrazování, pracující pod vedením profesora Rektora. Výzkumné programy mají společnou laboratoř určenou pouze pro výzkum unikátní svého druhu v České republice a vzácnou i jinde ve světě tým, že přístroje (například nukleární magnetické rezonance nebo elektrofyziologické laboratoře) jsou zde určeny pouze pro výzkum. Neprovádí se zde komerční klinické studie, tedy ověřování působení léčiv pro farmaceutické firmy. Rozsáhlé výzkumy neurovědního programu probíhají například v oblasti Parkinsonovy choroby, epilepsie, mechanismu bolesti, Alzheimerovy choroby či schizofrenie. Pilotním projektem je využití sofistikovaných technik, které jsou v CEITEC k dispozici, k nalezení

léze u nelezionální epilepsie, tedy zjištění takových lokálních poškození mozku u nemocných s epilepsií, která nelze detekovat dosud obvyklými technikami.

Další z pozoruhodných medicínských výzkumů se týká vlivu tance na kognitivní funkce u mírně kognitivní poruchy, která může předcházet Alzheimerovu chorobou. V rámci rozsáhlých mezinárodních projektů se Centrum neurověd podílí na výzkumu některých genetických vlivů v souvislosti s Parkinsonovou chorobou. Studují se také (epi)genetické faktory u epilepsie. Současně probíhají projekty z oblasti psychologie a sociální, například výzkum rizikového chování řidičů, empatie, nebo aktivity mozku při poslechu hudby.

Neurovědní program CEITEC je úzce propojený s dalšími institucemi, zejména s Lékařskou fakultou Masarykovy univerzity, Fakultou informatiky MU a fakultními nemocnicemi, ale také například s Fakultou elektrotechniky a komunikačních technologií Vysokého učení technického v Brně. Řada projektů je řešena v mezinárodní spolupráci například s USA, Norskem, Švýcarskem, Francií, Maďarskem, Pol-

skem a dalšími zeměmi. „Kromě dvou vysoce výkonných přístrojů nukleární magnetické rezonance je v CEITEC k dispozici například 256kanálové EEG, přístroje pro neinvazivní stimulace mozku (transkraniální repetitivní magnetická stimulace, stimulace stejnosměrným proudem), laboratoř pro výzkum bolesti a další zařízení umožňující unikátní výzkum. Ale naši největší výhodou je silný tým mladých nadšených doktorandů a mladých biomedicínských inženýrů, kteří jsou schopni vyvíjet nové technologie a na vysoké úrovni zpracovávat data, která získáváme,“ říká profesor Rektor.

Identifikace důsledků hlubokého stresu

Jedním z výzkumných projektů, jejichž vedoucím je profesor Rektor, nese název „*Neurobiological Markers of Stress/Resilience Response to Long-Term Lifethreatening Situations, A Three Generation Study of Holocaust Survivors and Their Offspring*“. Hlavním účelem studie je identifikovat důsledky dlouhodobého a hlubokého stresu a prozkoumat jeho transgenerační přenos ve srovnání s kontrolní skupinou.

Dlouhodobé působení extrémního stresu vede k ovlivnění behaviorálních, psychologických a neurobiologických funkcí. Projekt skupiny profesora Rektora zkoumá změny těchto funkcí u lidí přeživších holocaust a následujících dvou generací jejich potomků, ve srovnání s kontrolní skupinou subjektů odpovídajících vě-

kově a pohlavím, ovšem bez podobné dlouhodobé traumatizující zkušenosti. Zkoumány jsou biologické známky chronického stresu pomocí psychologických vyšetření a biochemických analýz. Konkrétně jde o analýzu stresových hormonů, určení genové exprese a genotypizace neurotrofického faktoru a stanovení relativní délky telomer z mononukleárních buněk periferní krve. Telomery (konce chromozomů) se totiž pod vlivem stresu zkracují. Tato skutečnost byla prokázána například u lidí, kteří za druhé světové války prožili blokádu Leningradu. Všem účastníkům výzkumu budou také pořízeny strukturální a funkční snímky mozku pomocí magnetické rezonance. Jak psychologická, tak i genetická výsledná data výzkumníci použijí jako proměnná k údajům získaným neurozobrazováním, a to za účelem lokalizace strukturálních a funkčních korelátů chronického stresu v mozku.

Nejen po konci holocaustu

Výsledky studie budou sloužit k objasnění důsledků dlouhodobého a hlubokého stresu zažitého během holocaustu na přeživší a jejich potomky. V delší časové perspektivě mohou být použity pro základ výzkumu a léčby následků extrémní stresové zátěže, zejména v souvislosti s válečnými zážitky.

„Sedmdesát let po konci války se stále potýkáme s následky šoa. Extrémní dlouhodobý stres zane-

chal následky nejen na těch, kdo jej přežili, ale často ovlivnil i jejich potomky, mnohokrát byl posán takzvaný syndrom dětí osob přeživších holocaust. Naší základní otázkou bylo, jak tyto následky vlastně vznikají, zda jde o pouze sociální, nebo i genetické podmínění, a chtěli jsme zjistit, co se při těchto pochodech děje v mozku. Otázka vlivu na potomky pochopeitelně směřovala ke druhé a třetí generaci, ale zároveň jsme si uvědomovali, že velmi rychle už mizí první generace, lidé přeživší holocaust. Pokud tedy chceme zjišťovat existenci genetického transferu, zda dochází ke změnám mozku, musíme do výzkumu zahrnovat i tuto odcházející generaci. Nebezpečí, které by hrozilo z prodlení při zahájení výzkumu, je tedy zcela zřejmé,“ objasňuje profesor Rektor, proč už byl zahájen výzkum, který má nyní jen minimální finanční podporu, a to z Nadačního fondu obětem holocaustu. Pokud by se podařilo získat grant, o který výzkumníci letos požádali, zúčastnil by se výzkumu i Národní ústav duševního zdraví v Klecanech u Prahy. V současné době se výzkumníci snaží zapojit co nejvíce účastníků. Zatím je všech osob včetně kontrolní skupiny asi padesát a dobrovolníků stále přibývá, o účast je velký zájem, ačkoli v projektu nejsou peníze na jeho propagaci. Pokud se podaří získat grant, rozšíří ho na nejméně 100 osob ze všech tří generací a 100 osob v kontrolní skupině.

Výsledky budou mít rozhodně širší platnost než jen pro osoby, které přežily holocaust a jejich potomky. „Získáváme unikátní model působení dlouhodobého extrémního stresu, jaký dnes vidíme například v Sýrii. I holocaust trval několik let, nešlo o akutní stres. Průběh měl v čase různou intenzitu utrpění a ještě měl návaznost – ti lidé vyšli z úkrytu nebo se vrátili z koncentračního tábora a většina z nich zjistila, že jejich rodina už neexistuje. Máme unikátní model působení dlouhodobého extrémního stresu na tři generace. To je v jiných zemích mnohem obtížnější. I tam, kde válečné konflikty už skončily, nejsou v dostatečném počtu lidé, kteří by byli takovému výzkumu přístupní, někde nejsou erudovaní vědečtí pracovníci nebo není k dispozici přístrojové vybavení,“ uzavírá profesor Rektor. Přínosem výzkumu je i mnohem obecnější platnost jeho výsledků v naší době plné migrace a útěků před válkami. To vše se i nás může dotýkat a být velmi aktuální.

Jana Jilková

Dabigatran a idarucizumab

– první zkušenosti

Nové specifické antidotum idarucizumab (Praxbind) rušící účinky dabigatran etexilátu (Pradaxa) je spojováno s přívlastky jako bezpečnější antikoagulace, méně obav z krvácení či nová antikoagulační éra. Podání antidota je vyhrazeno pro urgentní situace, v nichž hrozí závažné až život ohrožující krvácení v souvislosti s úrazem či nezbytnou operací u pacientů užívajících dabigatran etexilát.

V průběhu XXIV. výročního sjezdu České kardiologické společnosti, který proběhl v polovině května v Brně, informovali odborníci o prvních zkušenostech s idarucizumabem v klinické praxi. Aktuální téma bylo na programu dvou sympozií společnosti Boehringer Ingelheim. Informace z prvního sympozia jsme vám zprostředkovali v červnovém vydání časopisu Zdravotnictví a medicína. Tentokrát přinášíme zprávu z druhého sympozia, zaměřeného na kazuistická sdělení.

„Tipy a triky“ pro běžnou praxi z pohledu arytmologa, angiologa, kardiologa a neurologa představili MUDr. Jan Šimek Ph.D., z II. interní kliniky – kliniky kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN v Praze, doc. MUDr. Radovan Malý, Ph.D., z I. interní kardiologické kliniky LF UK a FN Hradec Králové, MUDr. Jana Matoušková z Kardiocentra Nemocnice Na Homolce v Praze a doc. MUDr. Daniel Šaňák, Ph.D., z Neurologické kliniky LF UP a FN Olomouc.

Sympoziu předsedal MUDr. Jiří Veselý z interní ambulance v Jarměřci a interního oddělení Oblastní nemocnice Náchod.

Kdy (ne)vysazovat antikoagulancia

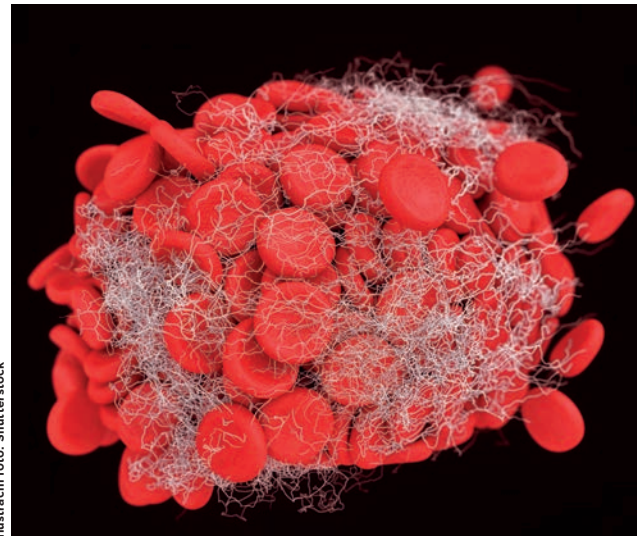
V rámci příspěvku MUDr. Šimka, který představil kazuistiku 70letého pacienta indikovaného ke katetrizační ablaci z důvodu opakovaných CMP v důsledku fibrilace síní, odborníci diskutovali nad otázkou, zda a kdy v souvislosti s tímto zákrokem vysazovat antikoagulancia. Problémem je riziko krvácení na jedné straně a riziko tromboembolismu na straně druhé. Podle aktuálních doporučení se má ablace pro fibrilaci síní provádět na nepřerušované léčbě warfarinem nebo po vysazení nového antikoagulancia (NOAC) 24 hodin před plánovaným výkonem. Současně se nedoporučuje provádět *bridging* pomocí LMWH.

„Po úspěšné ablaci je riziko tromboembolické příhody výrazně nižší, takže lze snížit dávku antikoagulancia, eventuálně

jej vysadit. Nicméně vysazení se nedoporučuje u rizikových pacientů, kteří již prodělali CMP,“ vysvětlil MUDr. Šimek. Pokračoval otázkou na kombinaci NOAC z indikace pro fibrilaci síní a ICHS po PCI, což byl případ pacienta z kazuistiky. „Vhodnou volbou je zde dabigatran v dávce 110 mg, který má ověřenou bezpečnost a účinnost na rozsáhlé neselektované populaci, stejně jako příznivá data i při *triple* terapii,“ zakončil MUDr. Šimek.

Bezpečná prevence embolie i CMP

Kazuistiku 71letého pacienta s žilním tromboembolismem prezentoval docent Malý. Vysoce rizikový pacient (hypertenze, diabetus, dyslipidemie, obezita, ICHS, embolie v RA u sestry s následkem úmrtí v 58 letech) byl přijat k hospitalizaci pro výraznou dušnost. CTAG vyšetření prokázalo oboustrannou plicní embolizaci. Zaléčen LMWH, poté dabigatranem, který byl indikován na další, minimálně 3měsíční období. Po 3 měsících antikoagulační



Ilustrační foto: Shutterstock

léčba na 14 dní vysazena, následně laboratorně D-dimer 1,58 mg/l, proto indikována dlouhodobá sekundární antikoagulační léčba k prevenci TEN. „Důvodem naší volby byla validní a dostatečně časově (36 měsíců) podložená data o lepší bezpečnosti a stejné účinnosti pro dabigatran versus warfarin. Navíc specifické antidotum idarucizumab je jistota, za zády pokud by bylo nutné rychle eliminovat efekt dabigatranu,“ uvedl docent Malý.

V dalším příspěvku představila MUDr. Matoušková kazuistiku 73letého aktivního pacienta, který přes diagnózu fibrilace síní odmítl antikoagulační léčbu warfarinem a utrpěl ischemickou CMP. Pacient nadále odmítl warfarin, ale souhlasil, že si bude sám hrát dabigatran. Po další iCMP způsobené stenózou ACI sin s nasedajícím trombem byla provedena její endarterektomie. Byl odstraněn kašovitý trombus i s plátem, který byl zdrojem embolie do CNS. „V současnosti přetrvává klidná asymptomatická fibrilace síní, pacient je v naší ambulanci již přes 3 roky bez dalších mozkových příhod. Pouze z důvodu zhoršení renálních funkcí jsme snížili dávkování dabigatranu ze 150 na 110 mg,“ shrnula MUDr. Matoušková.

Nepodceňovat paroxysmální fibrilaci síní

Jak nejlépe ochránit pacienta po ischemické CMP ukázal na dalších dvou klinických případech

i docent Šaňák. Připomenul, že fibrilace síní je nejčastější příčinou ischemických cévních mozkových příhod a antikoagulace je jedinou účinnou preventivní strategií CMP. V první kazuistice byl představen 83letý pacient, který prodělal 2x ischemickou a poté 1x hemoragickou CMP na warfarinu. Po nasazení dabigatranu 110 mg je pacient 4 roky bez recidivy.

Druhá kazuistika se týkala mladého, 36letého pacienta, u něhož došlo v důsledku akutní CMP k těžké kvadruparéze a bulbárnímu syndromu. Příčinou byl uzávěr AV. EKG bylo negativní, až 3týdenní Holter prokázal paroxysmální fibrilaci síní. Nasazen warfarin, INR však bylo opakovaně mimo terapeutické rozmezí, navíc byl muž hospitalizován pro TIA. Pacient byl převeden na dabigatran 150 mg, nyní je již dva roky bez obtíží. „Na této kazuistice jsem chtěl demonstrovat, že ischemická CMP postihuje i mladé pacienty. Nepodceňujeme paroxysmální fibrilaci síní jako možnou příčinu mozkové příhody. Nutné je provést dlouhodobé EKG monitorování. Při selhání warfarinu se nabízí jako ideální antikoagulans dabigatran, u něhož je ověřená účinnost i bezpečnost a navíc jej lze dávkovat individuálně dle rizika pacienta. Výhodou je také existence specifického antidota, které umožní okamžité řešení krvácení včetně mozkového,“ uzavřel docent Šaňák.

MUDr. Andrea Skálková



Ilustrační foto: Shutterstock

AKTUALITY

Zkušenosti s homeopatickou léčbou u dětí s autismem

Předností homeopatické léčby je její šetrnost, bezpečnost a absence nežádoucích účinků. Homeopatika proto nacházejí uplatnění mimo jiné tam, kde jsou konvenční farmakoterapeutické léčebné postupy kontraindikované, rizikové či málo účinné. V předchozích číslech časopisu jsme vás informovali o možnostech využití homeopatické léčby v geriatрии a onkologii, tentokrát se zaměříme na oblast pedopsychiatrie, konkrétně na zkušenosti s homeopatií u dětí s autismem.

Následující text vychází z přednášek, které zazněly na konferencích Mezinárodní školy klinické homeopatie (CEDH) v Praze (*Autismus u dětí: co mohou udělat homeopatictí lékaři*, Dr. Houđa Arjounová, Tunís, 2015) a v Beverly Hills, USA (*Využití klinické homeopatie u poruch autistického spektra*, Dr. Robert C. Dumont, USA, 2014).

Co je autismus

Autismus je neurovývojové onemocnění s prevalencí 1–2/1000 obyvatel, charakterizované poruchou sociální interakce, verbální a neverbální komunikace a opakujícími se, nutkavými vzorci chování. V roce 2013 byl v rámci DSM-5 autismus zahrnut pod společný pojem označovaný jako poruchy autistického spektra (PAS). Děti s PAS trpí často komorbidity, jako je epilepsie, poruchy spánku či gastrointestinální abnormality.

Autismus, jehož příčina zůstává neobjasněna, má závažné důsledky pro pacienta, jeho rodinu i zdravotnický systém. Hlavním cílem při léčbě autistických dětí je snížit zátěž spojenou s touto poruchou, rodinný stres, zvýšit kvalitu života dětí a jejich funkční ne-

závislost. Léčba je obvykle šitá na míru potřebám dítěte a zahrnuje dlouhodobé programy speciálního vzdělávání a behaviorální terapie. Z farmak se podpůrně využívají psychofarmaka – antikonvulziva, antidepresiva, stimulantia a antipsychotika. Tyto léky však mohou mít negativní vedlejší účinky a navíc nedovedou zmírnit hlavní symptomy autismu – sociální a komunikační postižení. Vývoj nových terapeutik bude závislý na objasnění biologické podstaty onemocnění.

Homeopatie redukuje symptomy

Homeopatie může mít pozitivní efekt na kognitivní, motorické i behaviorální projevy autistických pacientů, jak uvedl dr. Dumont ve své přednášce. Efekt homeopatické léčby je přitom tím lepší, čím dříve je tato terapie nasazena a čím déle je podávána. Dr. Dumont odkázal na předchozí publikované práce na toto téma, zejména výsledky 9letého sledování 123 dětí s autismem léčených homeopatickými léky ve Spandan Holistic Multidisciplinary Institute v období 1998–2009 (Bravalia P, *Homeopathic Links Spring 2011*).

V této studii došlo během prvního čtvrtletí k 34% a v půlroce k 60% zlepšení sledovaných symptomů (senzorické a kinetické poruchy, poruchy nálady a další). Přednášející dále poukázal na možné patofyziologické souvislosti, které mohou stát v pozadí autistické poruchy a podílet se na jejím rozvoji. Roli v patogenezi by vedle genetické dispozice a imunitní dysfunkce mohly hrát faktory, jako je střevní dysfunkce a dysbióza, potravinové alergie/intolerance, oxidační stres, mitochondriální dysfunkce, chronický zánět, nedostatek některých mikronutrientů, hypovitaminózy, zá- těž těžkými kovy apod.

Kazuistika

Přednášející dále prezentoval kazuistiku, na níž demonstroval efekt homeopatické léčby. Dvouletý pacient byl přiveden do ordinace s chronickou zácpou střídající se s průjmy, bolestivou plynatostí a behaviorálními poruchami. U chlapce byla zjištěna regrese psychomotorického vývoje, která se projevovala zejména v řeči a přijímání jídla, trpěl záchvaty hněvu spojenými s kousáním a mlácením hra-



Ilustrace: foto: 2x Shutterstock

Terénní i symptomatické léky

Zkušenosti s homeopatickou léčbou u autistických pacientů prezentovala na konferenci CEDH také dr. Houđa Arjounová. Ve studii s 80 dětskými pacienty (21% dívky, 79% chlapci) sledovaly autorky efekt homeopatické léčby podávané 2–3x denně (symptomatická) a 1x týdně (terénní) na symptomy spojené s autismem. Současně s homeopatickou léčbou podstupovali pacienti také psychoterapii, pracovní terapii a řečovou terapii. Z terénních homeopatických léků užívali individuálně širokou škálu léků – Medorrhinum (100%), Silica (91%), Lycopodium (57%), Calcarea carbonica (51%), dále Sulfur, Thuja či Natrum muriaticum. Ze symptomatických léků dostávali Kalium bromatum (83%) Tarantula (76%), Hyoscyamus niger (56%), Mercurius solubilis (53%), Causticum (55%) Ignatia (56%), Stramonium (27%) a další léky.

Výsledky studie ukázaly: redukci agitace (z 98% na 6%), navázání očního kontaktu (ze 14% na 96%), verbální odpovědi (z 15% na 90%), zlepšení řeči (z 32% na 94%), stereotypní pohyby (z 81% na 6%), snížení agresivity (ze 70% na 1%) zlepšení poruch spánku (ze 79% na 6%) a redukci exhibicionistických projevů (ze 78% na 3%). Jak shrnula dr. Arjounová, terapie autismu by měla být včasná, dlouhodobá a multidisciplinární. Homeopatická léčba může účinně doplnit další léčebné intervence, jako je psychoterapie, řečová a pracovní terapie, behaviorální terapie, a vhodným individuálním přístupem lze zlepšit široké spektrum obtíží spojených s poruchami autistického spektra.

Jak shrnula dr. Arjounová, terapie autismu by měla být včasná, dlouhodobá a multidisciplinární. Homeopatická léčba může účinně doplnit další léčebné intervence, jako je psychoterapie, řečová a pracovní terapie, behaviorální terapie, a vhodným individuálním přístupem lze zlepšit široké spektrum obtíží spojených s poruchami autistického spektra. MUDr. Andrea Skálová



Existují různé soli hořčíku...

Proč zvolit Magnesium 300+?

HOŘČÍK

Glycerofosfát hořečnatý
a uhličitan hořečnatý
ve složení přípravku

Magnesium 300 + zajišťují přísun
300 mg hořčíku denně.

MINERÁLY

Selen přispívá k normální funkci
imunitního systému
a k ochraně buněk
před oxidativním stresem.

VITAMÍNY

Vitamíny B6 a B12 přispívají
k normální činnosti nervové soustavy.
Vitamíny B2, B3, B5 a B6 přispívají
k normálnímu energetickému metabolismu.



Víc než jen magnéziium!



www.boiron.cz

DOPLNĚK STRAVY

AKTUALITY

Superbuňka může v izolaci přežít

RNDr. Michal Masařík, Ph.D., a jeho kolegové z Masarykovy univerzity v Brně objevili, proč se některým lidem vrací rakovina. Jejich unikátní tříletý výzkum umožní výrazný posun v hledání léčby nádorových onemocnění, ale zároveň je špatnou zprávou. Nádorové buňky přežívají chemoterapii a mohou se po ní objevit v organismu a být aktivní. Imunolog prof. Dr. Václav Větvíčka, Ph.D., však říká, že není důvod k panice.

Vědci z Masarykovy univerzity během procesu tzv. entózy sledovali, jak spojením dvou nádorových buněk vznikla superbuňka – buňka uvnitř buňky. Tento mechanismus byl známý již dříve. Americký biolog Michael Overholzer, který entózu objevil a pojmenoval, v laboratorních podmínkách nádorovým buňkám prsu zabránil ve vzájemném „polykání“. Když to udělal, buňky se začaly množit desetnásobně rychleji. Proto se donedávna předpokládalo, že pokud k entóze v nádorech dojde, jedna z buněk zanikne nebo je izolovaná, a organismus se tak vlastně proti onemocnění účinně brání. Brněnští badatelé ale zjistili, že superbuňka může v izolaci přežít. Při kontaktu spolu navíc obě buňky spolupracují, využívají

svých nejlepších vlastností k přežití alespoň jedné z nich. Ta je pak schopna odolat všem dostupným možnostem léčby i útokům imunitního systému. Právě proto se některým lidem rakovina v podobě metastáz vrací.

Tři procenta pravděpodobnosti

Buňka je základní stavební jednotkou všech organismů kromě těch nebuněčných. Je velmi malá, její velikost se pohybuje v mikrometrech. Pro pozorování buněk je tedy nutné špičkové mikroskopické zařízení. Brněnští badatelé měli po celé tři roky svého výzkumu k dispozici špičkový holografický mikroskop, kterých není ve světě ani desítka. Díky němu vědci viděli čistý, detailní obraz s velkým rozlišením bez potřeby obar-

vovat vzorky a znehodnocovat je. Světově unikátní je tento přístroj také proto, že pozorovatel může dlouhodobě sledovat pohyb a přesunu buňky.

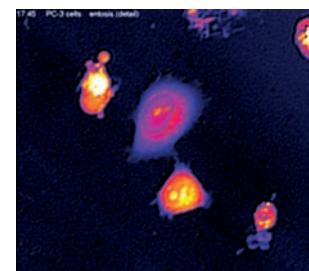
„Udělali jsme několik desítek dvoudenních časosběrných experimentů. Současně jsme ve dvouhodinových intervalech prováděli pokus standardními molekulárně-biologickými a biochemickými metodami. Zkoumali jsme, jak se budou buňky chovat ve velmi stresovém prostředí v přítomnosti látky, která funguje podobně jako chemoterapie. Zjistili jsme, že mezi nádorovými buňkami existuje tříprocentní pravděpodobnost změny v buňku, která později může obnovit rakovinné onemocnění na jiném místě organismu. Pokaždé tedy k entóze nedojde nebo při ní skutečně jed-

na z buněk zahyne,“ doplnil další z vědců RNDr. Jan Balvan. Poznatky výzkumného týmu Masarykovy univerzity uveřejnil na konci loňského roku prestižní vědecký časopis PLoS ONE.

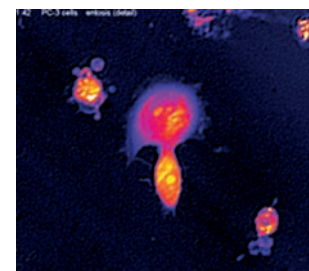
Jiná realita

Podle imunologa prof. Václava Větvíčky z oddělení patologie na University of Louisville si v oblasti léčby rakoviny veřejnost zvykla na optimistické zprávy o tom, jak je objevená terapie nová, skutečně převratná, že léčba je již za dveřmi a jak vynikající byly klinické zkoušky.

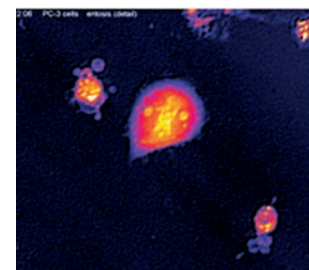
„Z brněnského pracoviště Masarykovy univerzity teď ale přišla zpráva přesně opačná, pesimistická. Bylo objeveno nové chování buněk, kvůli kterému vznikají rakovinné buňky prakticky nezníčitelné. S veřejností by tato zpráva mohla poněkud otiřast. Nemocní by to mohli brát jako důkaz, že je vlastně zbytečné se snažit léčit, že rakovinné buňky totiž stejně nezničí ani ta nejagresivnější léčba,“ říká profesor Větvíčka. Podle jeho slov ale nemusí být nutné tak zle. „I když se jedná o velice solidní práci, ve vědě platí, že jedna publikace znamená žádnou publikaci. Teprve když jich je několik, a především když výzkum někdo nezávisle zopakuje, pak se s největší pravděpodobností jedná o důležitý objev. Za druhé vědci pracovali s rakovinou prostaty a zatím neexistuje žádný důkaz o tom, že by se jednalo o krok, který zvládnou



V průběhu prvních 20 hodin působení agresivní léčby dochází k postupné smrti buněk na okraji zorného pole, dvě buňky uprostřed spolu „komunikují“ prostřednictvím výběžků buněčné membrány.



V průběhu 20. hodiny začíná proces tzv. entózy, buněčného splynutí. Nádorové buňky v okolí jsou již neživé.



Splynutím dvou buněk procesem entózy vzniká vícejaderná buňka. Ta dokáže přežít v nehostinném prostředí výrazně déle než okolní buňky.

všechny nádorové buňky. Navíc tyto pokusy nepochybně nastartují zcela nové odvětví výzkumu zaměřené na nové potenciální strategie, které by právě tomuto jevu zabránily. Takže objev je to nepřijemný, ale důvod k panice to rozhodně není,“ uzavírá prof. Václav Větvíčka.

Martin Ježek



Základní tým Michala Masaříka: (zleva) Jaromír Gumulec, Martina Raudenská, Michal Masařík a Jan Balvan



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 7–8/2016

Šéfredaktorka

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

Redakce

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

Editorka

Květa Havlová, DiS.

Korektorky

Květa Havlová, DiS.
PhDr. Jana Jilková

Stálí spolupracovníci redakce

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

Grafika a technické zpracování

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

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA
(předseda)
MUDr. Václava Bártů
doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.
prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc., FCMA
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
MUDr. Ondřej Měšťák
Mgr. Jana Nováková, MBA
MUDr. Hana Roháčová
prof. MUDr. Miloš Táborský, MBA,
FESC, FACC, CSc.
doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtišková
PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Obchodní ředitelka

Kristína Kupcová
tel.: 225 276 355
e-mail: kupcova@mf.cz

Personální inzerce

tel. 225 276 380
e-mail: personalni.inzerce@mf.cz



MLADÁ FRONTA

Generální ředitel

Ing. David Hurta

Ředitel divize

Karel Novotný, BA (Hons)

DTP

Miloslav Pařík (vedoucí),
Milan Kubička,
Petr Novák

Marketing a distribuce

ředitel marketingu a distribuce:

David Švanda

Brand Manager:

Petra Trojanová

manažerka výroby a distribuce:

Lucie Bitternerová
e-mail: 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

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

Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,
Videňská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165,
e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

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

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

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

Tisk TRIANGLE, a. s.

Číslo číslo do tisku 27. 7. 2016

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

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

BYZNYS • POLITIKA

MILIARDÁŘI • LIGHT

BLOGY • TV

euro•CZ

Nejlepší adresa pro byznys

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrové řízení

Přednosta/-ka kliniky

Ředitelka Pardubické nemocnice a děkan Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice vypisují výběrové řízení na obsazení vedoucího místa:

■ přednosta/přednostka Interní kliniky

Kvalifikační požadavky:

VŠ vzdělání lékařského směru, specializace v oboru, akademický titul Ph.D. nebo vědecká hodnota CSc., splnění předpokladů dle zákona č. 451/1991 Sb. v platném znění, osobnostní a profesní předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu kliniky, trestní a morální bezúhonnost. Od úspěšného kandidáta se bě-

hem zletého funkčního období očekává vědecké i pedagogické vedení kliniky včetně výchovy mladých akademických pracovníků.

Písemné přihlášky doložené strukturovaným profesním životopisem, ověřenými fotokopie-mi dokladů o kvalifikaci, přehledem vědecké a publikační činnosti, doporučením dvou odborných ručitelů, osvědčením a čestným prohlášením dle zákona č. 451/1991 Sb., výpisem z rejstříku trestů, souhlasem s využitím poskytnutých osobních údajů pro účely výběrového řízení a koncepcí řízení pracoviště je nutno doručit nejpozději do 31. srpna 2016 na adresu:

Nemocnice Pardubického kraje, a. s., úsek personálního řízení, Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

M161000522



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

LÉKAŘE/-KU INTENZIVISTU

pro péči o pacienty (JIP) po výkonech v oblasti hrudní a břišní chirurgie a po transpl. plíc. Požadujeme at. z vnitřního lékařství nebo anesteziologie (event. z pneumol. nebo nefrologie se zájmem o int. medicínu). Plný úvazek, nástup dohodou.

LÉKAŘE/-KU CHIRURGA

Požadujeme nadstand. zájem o chirurgii a práci na univ. klinice, dobrou znalost AJ (persp. studijních pobytů v zahraničí), plný úvazek, nástup od 1. 10. 2016.

Nabízíme: možnost dalšího prof. růstu, účast v unikátním programu transpl. plíc na špičkovém chirurgickém pracovišti, ubyt. pro mimopražské, zaměstnanecské benefity.

Písemné nabídky s CV zasílejte na sekretariát III. chirurgické kliniky 1. LF UK a FN Motol, FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, nebo na e-mail: ida.smolikova@fnmotol.cz, michaela.kacurova@fnmotol.cz, tel. 224 438 001, 5.

Inzerce M161000512

BOHUMÍNSKÁ MĚSTSKÁ NEMOCNICE, a. s., přijme s okamžitou platností do pracovního poměru RADIOLÓGICKÉ ASISTENTY, místo je vhodné i pro absolventy. Nástup možný ihned.

NABÍZÍME:

- motivační náborový příspěvek ve výši 20.000 Kč
- nadstandardní, vysoce kolegiální prostředí
- dobré platové podmínky
- podporu dalšího vzdělávání
- výhodný zaměstnanecský program T-Mobile
- příspěvek na penzijní připojištění
- možnost ubytování.

Bližší informace podá:

Mgr. Zina Nováčková, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
mobil: 603 426 299, e-mail: novackova@nembo.cz

Své nabídky zasílejte na e-mailovou adresu:
theyerova@nspbhumin.cz, nebo poštou na adresu:
Bohumínská městská nemocnice, a. s.
personální oddělení
Slezská 207, 735 81 Bohumín, Starý Bohumín

Inzerce M161000545

Nuselská poliklinika, Praha 4,

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

Nabízíme prostory, které budou nově zrekonstruovány dle přání uživatele.

Další požadavky pro tuto praxi budou projednány během osobního setkání.

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

Inzerce M161000510

Oblastní nemocnice Jičín a. s., přijme

LÉKAŘE NA RADIOLÓGICKÉ ODDĚLENÍ

Nabízíme:

zázemí dlouhodobě stabilní nemocnice, práci na akreditovaném pracovišti, pracovní poměr na dobu neurčitou, odpovídající mzdové podmínky, podporu profesního růstu, motivující stabilizační příspěvek a další zaměstnanecské benefity.

Požadavky:

specializovaná způsobilost výhodou, bezúhonnost, zdravotní způsobilost, vhodné i pro absolventa.

<http://www.nemjc.cz/oddeleni-radiologicke>

Kontakt:
MUDr. Jiří Otte,
tel. 493 582 277,
e-mail: jiri.otte@nemjc.cz

Inzerce M161000547



Středomoravská nemocniční, a. s., vypisuje výběrové řízení na pozici:

• STANIČNÍ SESTRA ODDĚLENÍ LDN C NEMOCNICE PŘEROV

Požadavky: praxe na lůžkovém oddělení interních oborů minimálně 5 let, osvědčení o způsobilosti nelékařského pracovníka bez odborného dohledu, dobré organizační a manažerské schopnosti, morální bezúhonnost, specializovaná způsobilost v oboru ošetrovatelská péče v interních oborech nebo VŠ výhodou.

Součástí přihlášky: koncepce řízení lůžkové stanice zaměřená na zajištění péče o pacienty na oddělení dlouhodobé péče a řízení nelékařských zdravotnických pracovníků; stručný životopis s údaji o dosažené praxi; písemný souhlas s nakládáním s osobními údaji uchazeče v rámci výběrového řízení; výpis z trestního rejstříku ne starší 90 dnů; kopie dokladů o vzdělání.

Bližší informace o pracovišti podá Mgr. Zuzana Krčková, hlavní sestra, tel.: 581 271 211 nebo na emailu: zuzana.krckova@npr.agel.cz. Přihlášku včetně příloh zasílejte do 15. 8. 2016 na adresu: útvar hlavního personalisty, Středomoravská nemocniční, a. s., Mathonova 291/1, 796 04 Prostějov.

Středomoravská nemocniční, a. s., dále přijme zaměstnance na následující pozice:

NEMOCNICE PROSTĚJOV

- LÉKAŘ NA RADIOLÓGICKÉ PRACOVÍŠTĚ
- LÉKAŘ NA GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉ ODDĚLENÍ
- LÉKAŘ NA HEMATOLOGICKO-TRANSFÚZNÍ ODDĚLENÍ
- VŠEOBECNÁ SESTRA NA PRACOVÍŠTĚ INTENZIVNÍ PÉČE
- VŠEOBECNÁ SESTRA NA PRACOVÍŠTĚ INTERNÍCH OBORŮ

Bližší informace podá MUDr. Josef Tenora, náměstek pro lékařskou péči, na e-mailu: josef.tenora@npv.agel.cz, tel.: 582 315 787; Mgr. Marie Jouklová, náměstkyně pro nelékařskou zdravotní péči, na e-mailu: marie.jouklova@smn.agel.cz, tel.: 582 315 826; a Mgr. Jana Růžičková, MBA, hlavní personalistka, na e-mailu: jana.ruzickova@smn.agel.cz, tel.: 582 315 835.

NEMOCNICE PŘEROV

- LÉKAŘ NA ODDĚLENÍ LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH
- LÉKAŘ NA RADIOLÓGICKÉ PRACOVÍŠTĚ
- LÉKAŘ NA ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ
- VŠEOBECNÁ SESTRA NA PRACOVÍŠTĚ CHIRURGICKÝCH OBORŮ
- VŠEOBECNÁ SESTRA NA PRACOVÍŠTĚ INTERNÍCH OBORŮ
- VŠEOBECNÁ SESTRA NA PRACOVÍŠTĚ INTENZIVNÍ PÉČE
- FYZIOTERAPEUT
- RADIOLÓGICKÝ ASISTENT

Bližší informace podá MUDr. Štefan Repovský, náměstek pro lékařskou péči, na e-mailu: stefan.repovsky@npr.agel.cz, tel.: 581 271 222; Mgr. Zuzana Krčková, hlavní sestra, na e-mailu: zuzana.krckova@npr.agel.cz, tel.: 581 271 211; a paní Renata Zvoníčková, personalistka, na e-mailu: renata.zvonickova@npr.agel.cz, tel.: 581 271 214.

NEMOCNICE ŠTERNBERK

- LÉKAŘ NA NEUROLOGICKÉ ODDĚLENÍ
- LÉKAŘ NA GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉ ODDĚLENÍ
- LÉKAŘ NA ODDĚLENÍ LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH
- LÉKAŘ NA HEMATOLOGICKO-TRANSFÚZNÍ ODDĚLENÍ
- VŠEOBECNÁ SESTRA NA INTERNÍ OBORY
- PORODNÍ ASISTENTKA NA PORODNÍ A NOVOROZENECKÉ ODDĚLENÍ
- FYZIOTERAPEUT

Bližší informace podá MUDr. Marek Polách, MBA, náměstek pro lékařskou péči, na e-mailu: marek.polach@nst.agel.cz, tel.: 587 800 212; Mgr. Lenka Neumannová, hlavní sestra, na e-mailu: lenka.neumannova@nst.agel.cz, tel.: 587 800 217; a paní Kateřina Seidlová, personalistka na emailu: katerina.seidlova@nst.agel.cz, tel.: 587 800 335.

Požadavky: vzdělání v dané odbornosti, zdravotní způsobilost a bezúhonnost, odolnost vůči zátěži, zájem a předpoklady pro práci v daném oboru, pracovní pozice jsou vhodné i pro absolventy.

Nabízíme:

- 5 týdnů dovolené
- příspěvek na životní pojištění
- u lékaře úhradu poplatku za ČLK
- u nelékařských zdravotnických pracovníků úhradu poplatku za registraci
- příspěvek na pojištění zaměstnance při škodě způsobené zaměstnavateli
- věcnostní odměny
- příspěvek na stravu
- podporu kulturních a sportovních akcí a další.

Inzerce M161000539

PERSONÁLNÍ INZERCE

Primář/-ka

VEDENÍ BÍLOVECKÉ

NEMOCNICE, A. S.,

vypisuje výběrové řízení na funkci:

■ primář/primářka interního oddělení v BN, a. s.

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovanou způsobilost v oboru interního lékařství dle zákona č. 95/2004 Sb. v platném znění,
- výhodou specializovaná způsobilost v oboru kardiologie nebo diabetologie,
- licenci ČLK pro výkon funkce primáře - vedoucího lékaře v oboru interní lékařství,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost,
- praxi v oboru,
- řídicí, komunikační a organizační schopnosti,
- schopnost koordinace týmové práce.

Nabízíme:

- zajímavé smluvní mzdové ohodnocení,
- možnost seberealizace,
- podporu vzdělání,
- zaměstnanecké benefity,
- příjemný kolektiv a seriózní jednání,
- ubytování.

K přihlášce přiložte:

- strukturovaný profesní životopis,
- kopii dokladů o dosaženém vzdělání a licenci ČLK,
- výpis z rejstříku trestů (nesmí být starší 3 měsíců).

Přihlášky zasílejte do 31. 8. 2016 na sekretariát ředitele Bílovecké nemocnice, a. s., 17. listopadu 538, 743 01 Bílovec.

M161000526

Primář/-ka

ŘEDITEL NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD,

PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACE,

vyhlašuje výběrové řízení na obsazení funkce:

■ primář/primářka otorinolaryngologického oddělení

Požadujeme:

- VŠ vzdělání v oboru všeobecné lékařství, II. atestaci nebo specializovanou způsobilost v příslušném oboru v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb. v platném znění,
- minimálně 8 let praxe v oboru.

Očekáváme:

- schopnost efektivní komunikace,

- osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného týmu,
- manažerské a organizační schopnosti,
- samostatnost, flexibilitu, proaktivitu,
- fundované znalosti práce s počítačem.

Nabízíme:

- odpovídající platové ohodnocení,
- náborový příspěvek,
- byt ihned k dispozici,
- možnost dalšího profesního růstu.

Písemná přihláška musí obsahovat:

- stručný návrh koncepce vedení a rozvoje oddělení,
- stručný životopis s přehledem dosavadní praxe,
- ověřené fotokopie dokladů o dosaženém vzdělání a kvalifikaci,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců),
- lékařské potvrzení o způsobilosti k výkonu povolání,
- osvědčení ve smyslu § 4 odst. 1) – negativní lustrační osvědčení, a čestné prohlášení dle § 4 odst. 3) zák. č. 451/1991 Sb. v platném znění,
- souhlas s nakládáním s poskytnutými osobními údaji pro účely tohoto výběrového řízení ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění.

Písemné přihlášky s požadovanými doklady zasílejte nejpozději do 30. 9. 2016 na adresu: Nemocnice Havlíčkův Brod, p. o., Husova 2624, 580 22 Havlíčkův Brod, personální oddělení.

M161000549

Volná místa

Rehabilitační lékař

SOUKROMÉ REHABILITAČNÍ

CENTRUM V PRAZE

přijme lékaře na pozici:

■ rehabilitační lékař, a to s atestací FBLR i v předatestační přípravě, na HPP i část úvazek

Nabízíme:

zajímavé finanční ohodnocení, 5 týdnů dovolené, pracovní dobu dle možností lékaře, sick days, příspěvek na bydlení či dopravu.

Nástup možný ihned.

Strukturovaný životopis zasílejte na e-mail:

precechtelova@rehamed.cz, či volejte na tel.: 775 750 733.

M161000519

Gynekolog

SOUKROMÉ ZDRAVOTNICKÉ

ZAŘÍZENÍ V PRAZE

přijme lékaře na pozici:

■ gynekolog, a to jak s atestací v oboru gynekologie a porodnictví, tak i v předatestační přípravě

Nabízíme:

nadstandardní platové podmínky, práci v úzkém přátelském kolektivu, dlouhodobou spolupráci, příspěvek na bydlení či dopravu, sick days, 5 týdnů dovolené.

Nástup možný ihned.

Strukturovaný životopis zasílejte na e-mail:

precechtelova@rehamed.cz, či volejte na tel.: 775 750 733.

M161000520

Primář

NEMOCNICE MĚŠICE – CIOP,

Z. S., PRAHA-VÝCHOD,

hledá:

■ primáře nemocnice

Nabízíme individuální nadstandardní podmínky, individuální přístup.

Požadujeme adekvátní vzdělání a primářskou licenci.

Nástup možný ihned.

Informace na tel.: 602 340 667

M161000495

Ředitel Městské nemocnice Hořice vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa:

HLAVNÍ SESTRA MĚSTSKÉ NEMOCNICE HOŘICE

Podrobné informace na: www.nemocnicehorice.cz v rubrice volná místa.

Inzerce M161000513

PŘIJMEME LÉKAŘE/LÉKAŘKU

- atestace RFM vítána, není podmínkou
- výhodné pracovní i finanční podmínky v příjemném prostředí a kolektivu
- zrekonstruovaný byt 4+1 v areálu komplexu k dispozici
- v případě zájmu možná i ubytovna pro 1 až 2 osoby

Kontakt:

Prim. MUDr. Markéta Kebrlová, MHA

tel. 499 404 849

e-mail: kebrlova@ruhostinne.cz

Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov
Rehabilitační ústav Hostinné, Husitská 352, 543 71 Hostinné
www.ruhostinne.cz

Inzerce M161000514

Česká Lípa
NEMOCNICE
s citem a rozumem

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU ČESKÁ LÍPA, a. s.,
vypisuje výběrové řízení na pracovní pozici
VRCHNÍ SESTRA NEUROLOGICKÉHO ODDĚLENÍ

Požadujeme: ÚSO, VOŠ, VŠ vzdělání příslušného směru, způsobilost dle zákona č. 96/2004 Sb., specializovanou způsobilost v oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech či intenzivní péči, 5 let praxe v oboru, bezúhonnost a zdravotní způsobilost.

Co Vám nabízíme: stabilní zázemí společnosti, která získala nejvyšší stupeň uznávaného ocenění CZECH Stability Award, práci v moderním pracovním prostředí, dobré platové podmínky, týden dovolené navíc, možnost zajištění ubytování, levné moderní stravování.

Termín uzávěrky: 31. srpna 2016

Podrobné informace na: pavlina.simmerova@nemcl.cz

Inzerce M161000507



PERSONÁLNÍ INZERCE

je přijímána na adrese:

Zdravotnictví a medicína
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4 – Modřany
tel.: 225 276 380
e-mail: personalni.inzerce@mf.cz

Inzerce M161000546

SÁČEK NOVÉ GENERACE S MANUKOVÝM MEDEM

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

Napomáhá regulovat záněty, regeneruje buňky, má antibakteriální účinky.



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

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

zelená linka: 800 100 644

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

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

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