



9
2023

Odborná konference Zdravotnictví 2024

str. 19

www.zamcasopis.cz

**Rozhovor
s revmatologem
Ladislavem Šenoltem**
str. 10

**Informovaný souhlas
pacienta s poskytnutím
zdravotních služeb**
str. 14

**Biologické
mechanismy premen-
struačního syndromu**
str. 27

ZDRAVOTNICTVÍ 2024



odborná konference

Generální partner



Hlavní odborný garant



Odborný garant sekce



ČESKÁ SPOLEČNOST
PRO ATEROSKLERÓZU

Pořadatel



EEZY Events & Education, s.r.o.

děkuje všem partnerům, spíkrům a účastníkům odborné konference

ZDRAVOTNICTVÍ 2024

pořádané pod záštitou předsedy vlády ČR Petra Fialy
a hejtmána Plzeňského kraje Rudolfa Špotáka

Hlavní partneři



Partneři



AppOn.cloud



AKESO



Partneři odborné sekce



Asociace pro informaci
a digitalizaci zdravotnictví
a sociálních služeb



Asociace zdravotních
pojišťoven



Mediální partneři



sociální služby



21.–22. 9. 2023, Hotel Grandior Praha, Na Poříčí 1052/42, Praha

Všimněte si toho, že poprvé je zároveň taky naposled...

Ráda poslouchám staré písničky Václava Neckáře. Na křtu mých pohádek O Kerýskovi byl jako host i jeho bratr Jan Neckář a byl překvapen, když jsem mu řekla, že mám ráda písničky z LP Tomu, kdo nás má rád, skupiny Bacily. Deska vyšla v roce 1975 a nebýt mé o deset let starší sestry, neznala bych ji. Z té desky mám ráda několik písniček, dnes jsem si vybavila písničku Život, kterou otextoval Zdeněk Rytíř. V písničce je sloka: Jo, všimněte si toho, že poprvé je jednou, jen jednou tento svět, jo všimněte si toho, že poprvé je zároveň taky naposled...

Nechci tady rozebírat filozofickou úvahu o tom, že poprvé je zároveň taky naposled, i když to je samozřejmě pravda. Tuhle písničku jsem si vybavila proto, že jsem nyní během jednoho dne zažila několik svých poprvé.

Poprvé jsem jela hlídat syna neteře. Ač jsem jela podle navigace, tak jsem se nemohla vymotat ulicemi a dorazit k ní před dům. Výsledkem mé cesty bylo, že si pro mě neteř musela dojít pěšky. Mohu říci, že to, že si pro mne někdo přišel pěšky, když já jedu autem, se mi stalo poprvé.

Hlídaní se bohužel trefilo do doby, kdy chlapec ležel zuby a teplota mu vyletěla na 39 stupňů. Chlapec dostal léky na snížení teploty a já informaci, že minule mu teplota způsobila febrilní kolaps. Přiznám se, že dítě po febrilních křečích jsem hlídala poprvé, febrilní křeče v reálu jsem nikdy neviděla, a po tomto poprvé jsem moc netoužila.

Pak jsem u neteře poprvé v reálu viděla kudlanku nábožnou. Byla od pohledu nepříjemná, vlastně jsem se divila všem

samečkům kudlanek, že se se samičkami chtějí kamarádit, protože nechat se sežrat nepříjemnou samicí po první a jediné kopulaci v životě mi nepřišlo jako dobrý nápad. V případě samečků kudlanky a jejich snahy o reprodukci zcela stoprocentně platí výše zmíněné verše pana Rytíře, že poprvé je zároveň také naposled, sexuální kanibalismus je neúprosný a mně osobně ta cena za kopulování přijde poměrně vysoká.

Během toho dne jsem pochopila, že ne všechna poprvé jsou životní výhrou a že mnohá poprvé je lepší vůbec nezažít.

Ve sledu „prvého“ ale ještě mohu chvíli zůstat. V ruce právě držíte číslo, které je první poprázdninové.

Velký rozhovor je z oblasti revmatologie a povídala jsem si s profesorem Ladislavem Šenolttem. Malý rozhovor je o psychických potížích oběžných dětí a na moje otázky odpovídala dětská psychologka Veronika Koch Ondrová. Bohužel jak revmatologických potíží, tak oběžných dětí obecně v populaci přibývá. Je to daň za náš pohodlný život.

Zmínit musím i malé ohlédnutí za kongresem Zdravotnictví 2024, který v půlce září proběhl v pražském hotelu Grandior a jehož je časopis Zdravotnictví a medicína spoluorganizátorem. Více informací z kongresu přineseme v říjnovém čísle.

Z článků v aktuálním čísle ráda představím i kongresové zpravodajství z cyklu vzdělávacích seminářů Interna informans kolegyně Jany Jílkové a další ze článků našeho právního servisu. Pan doktor Tomáš Sokol a jeho kolega Jiří Hron se věnovali informovanému souhlasu.



Z odborných textů ráda upozorním na článek pana doktora Marka Broula, předsedy České společnosti pro sexuální medicínu, který se zaměřil na problematiku hodnocení spermiogramu.

Článků jsme pro vás samozřejmě nachystali mnohem víc, o tom se sami můžete přesvědčit. Z pohledu redakce je toto číslo, ač je aktuální, už vlastně minulost. V procesu přípravy je už číslo říjnové.

Nachystané mám už oba rozhovory, prozradit mohu i to, že přineseme kongresová zpravodajství, víc ale říkat nebudu.

Krásný podzim!

Petra Bartlová

šéfredaktorka

OBSAH



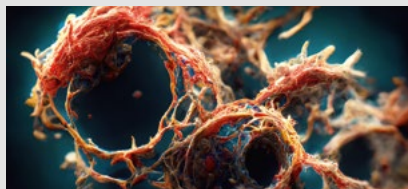
Zdravotnictví a medicína

OBSAH

ZDRAVOTNICTVÍ

- Editorial 1
- Hubnutí by nemělo být středobodem života, probíhat by mělo s rozumem 2
- Nemocné ledviny tiše kradou léta vašeho života, varují lékaři 4
- V Česku by mohla vzniknout další centra, kde léčí genetickou vadu 6

- Průzkum ukazuje na socioekonomické dopady migrény 8
- Rozhovor s Ladislavem Šenolttem 10
- Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb z pohledu práva 14
- Projekt Terapie budoucnosti představuje současné i budoucí možnosti léčby pacientů 17



MEDICÍNA

- Konference Zdravotnictví 2024 19
- 29. interna informans 23
- Hodnocení spermiogramu 25
- Biologické mechanismy stojící za premenstruačním syndromem a premenstruační dysforickou poruchou 27
- Prevence vzniku dekubitů je mnohem levnější než jejich léčba 32
- 22. ročník soutěže Sestra roku v pražském kině Lucerna 34
- Čím víc knih čteš, tím jsi hloupější! 38
- Nabídka práce 40

Hubnutí by nemělo být středobodem života, probíhat by mělo s rozumem

Ve společnosti je více než čtvrtina dětí s nadváhou a dalších šestnáct procent dětí trpí obezitou. „Obezita může vést k celé řadě psychických a sociálních potíží. Problémem je, že takto postižených dětí stále přibývá,“ říká PhDr. Veronika Koch Ondrová, dětská psycholožka Jihomoravských dětských léčeben, p.o.

Obezita je spojena s celou řadou potíží, pokud bychom se bavily o potížích psychických, které by to byly?

To je hodně těžké. Přibývá dětí, u kterých je diagnostikována nějaká psychická porucha, třeba ADHD, poruchy autistického spektra (PAS) nebo deprese, a k těmto problémům je pak někdy přidružená právě i obezita. Potom je samozřejmě velké téma, jak s takovými dětmi pracovat. V takovýchto případech totiž existuje primární, řekněme, psychiatrický problém, a obezita je přidružený problém. U dětí s ADHD to může být nezvládání impulsů, které se projevuje třeba i přejídáním. Nebo u dětí s PAS je problém jejich velká vybíravost v jídle a pokud jsou to třeba děti, které preferují vysoce kalorické potraviny a jiné nejsou schopné kvůli své „diagnóze“ začlenit do jídelníčku, problém je nasnadě. Potom je to třeba také zajídaní depresivních stavů. To jsou samozřejmě situace, kdy je potřeba nejdříve pracovat s těmito původními potížemi.

U některých problémů, jako jsou výkyvy nálad, úzkostné a depresivní stavy nebo snížené sebevědomí, je to jako se slepicí a vejcem. Je těžké určit, co bylo první. Jestli dítě, které nemělo úplně dobré návyky a má genetické dispozice k ukládání tuků, začalo přibývat na váze a kvůli tomu bylo třeba postupně odmítáno v kolektivu. V tu chvíli se může rozvíjet sociální úzkost vlivem pocitu nepřijetí druhými. My si totiž svůj sebeobraz výrazně tvoříme v kontextu toho, jak nás hodnotí druzí. A tam je samozřejmě velké riziko, že dítě svůj sebeobraz formuje na základě špatných vztahů s druhými, které jsou špatné třeba právě kvůli obezitě, a protože se těmto dětem ostatní posmívají. To je samozřejmě problém. Existují ale děti, které jsou třeba i jinak nápadné, jinak řekněme zvláštní, a proto nejsou v kolektivu přijímány úplně dobře. Nebo se objevují třeba problémy v rodině dítěte, které pak začne dítě zajídat. V těchto případech je obezita sekundárním problémem, na vrub emočních problémů, které byly na začátku.

Mají obézní děti potíže v kolektivech? Mám na mysli třeba problémy se šikanou nebo se začleněním?



Je to poměrně časté téma, o kterém děti na skupinách mluví. Popisují, že mnohdy zažívají opravdu nepřijemné sociální situace. Některé by se daly nazvat až šikanou, jindy jsou to situace jako pocity nepřijetí v kolektivu nebo třeba ne úplně zle myšlené přezdívky a rýpání, které však děti s nadváhou samozřejmě zraňují. Chci tím říci, že šikana a nepřijemné situace jsou poměrně časté téma, ale existují i dětské kolektivy, kde nadváha dítěte není důvodem k odmítnutí a šikaně. Hodně to záleží i na osobnosti dítěte, ale jsou kluci a holky, u nichž nadváha nemusí být nutně důvodem k vyčlenění. Tyto děti jsou často takoví usměvaví pohodáři, mnohdy třeba i ranaři. Ne ve smyslu, že by byli agresivní, ale umí se v kolektivu zastat sami sebe. Třeba dělají nějaký sport, ve kterém jim kila nevadí. Měli jsme třeba kluky, kteří hráli rugby. Měli trochu nadváhu, ale díky tomu, že to

byli milí, sportovně založení kluci, tak v kolektivu fungovali. Takže není nezbytně nutné, že by každé dítě s nadváhou nebo obezitou zažívalo vyčlenění nebo šikanu. Stává se to ale docela často.

Je obezita riziková pro rozvoj poruch příjmu potravy u mladých dívek?

Jsem přesvědčena, že rozhodně ano. A myslím si, že redukce hmotnosti by měla probíhat s uvědoměním si, že riziko poruchy příjmu potravy tam je. Tak to máme nastavené i v léčebně a je to něco, o čem také mluvím s rodiči na workshopu. Vždy jim říkám, že rozhodně není cílem udělat z hubnutí středobod života. Takové to „Teď jsi prošel léčebnou, tak teď všechno radikálně změním a nedej bože začneme počítat kalorie, řešit jenom jídelníček a všechno se přizpůsobí hubnutí.“ To je nejkratší cesta do pekel. Dítě to buď vzdá,

protože bude přetíženo, nebo si může zadělat právě na poruchu příjmu potravy. S ní se častěji vrací dívky, které se snažily hubnout, začaly na obezité, a pak se najednou hubnutí stalo alfou a omegou jejich žití a překlopily se do toho druhého extrému. Častější zkušenost mám, že spadnou spíše do bulimického typu, protože přeci jen už tam na začátku ten jídelní hédonismus byl, takže většinou mají jednou za čas potřebu se přejíst. Potom se ale objeví snaha to vykompenzovat, protože se nechtějí vrátit do stavu, kdy měly nadváhu nebo byly obézní, a průšvih je tady.

Může být obezita přímým důsledkem psychických nebo společenských potíží?

Ano. Existují i děti, které to mají zvědoměné, a když je na skupinách otevřeno téma emočního jednání a hrajeme takovou hru, kdy si povídáme o tom, jak své emoce řeší, tak je tam vždycky část dětí, které přiznají, že když jsou třeba nešťastné ze školy, tak prostě jdou a něco dobrého si koupí, nebo když se třeba děje něco doma, tak nejlepší je pro ně únik do ledničky, sednou si do postele a zajídají smutek nebo vztek. Hodně dětí také zajídá nudu. Prostě když je nuda a prázdnost, tak je nejlepší navštívit ledničku.

Má obezita familiární charakter? Setkáváte se s tím, že by byly obézní celé rodiny?

Existují výzkumné studie, které potvrzují, že genetika má jistě svou roli. Znam třeba mnoho lidí, kteří mají dost mizerný jídelníček a na jejich kilogramech se to neprojevuje. Zda na jejich zdraví, to už je jiný příběh. Myslím si, že děti mají dost často takovou dvojitou náloží. Zaprvé mohou mít určité genetické dispozice, jako je rychlost metabolismu nebo typ postavy, zadrhuje se k tomu často přidruží nevhodné návyky, které si nesou právě především z rodiny. Například pokud nejsou děti v jídle korigované. S kily navíc je spojené i výchovné téma zvládání frustrace u dětí. Takže je tam zaprvé ta nazvěme to dispozice, kdy mají v rodinách jeden nebo oba rodiče nadváhu nebo jsou i obézní, a do toho se přidá životní styl rodiny. Ten buď tyto dispozice podpoří, nebo se je naopak snaží nepodporovat. To je samozřejmě ta ideální verze a v takových případech se hmotnost většinou daří držet v mezích maximálně nadváhy a nemusí to nutně sklouznout do obezity.

Jaký vliv může při hubnutí dětí sehrávat psychoterapie? Měla by to být nedílná součást redukce hmotnosti?

Myslím si, že v tomhle může mít psycholog několik rolí. Já jsem ale dost pragmatik a zařadím toho, že je doba, kdy se psychologie

trochu vyhnala do extrému a kdy lidé věří, že psycholog spasí všechno. Máte syndrom vyhoření? Běžte k psychologovi. Nebaví vás práce? Běžte za psychologem. Přijde mi, a někdy to cítím i ze strany rodin, že dají dítě k psychologovi, a on problém vyřeší. Možná mám kolegy, kteří jsou takto úžasní a schopní, ale já to takhle neumím. Potřebuji, aby se něco měnilo i v prostředí dítěte. Často rodičům říkám, že děti držím od terapie tak daleko, jak je to jen možné. Protože už jen tím, že přivádím dítě do terapie, mu dávám najevo, že máme problém. To může někdy velmi pomoci, ale někdy to může prožívání dítěte i zamotat. Třeba ve chvíli, kdy danou situaci samo dítě jako problém necítí, a jsou to rodiče, kdo začínou tzv. vytvářet symptom. Zde je třeba přistoupit k terapii vždy s respektem a vysvětlit si očekávání a možnosti. Naopak jsou ale situace, kdy je dobré nahlas říci, že je něco problém. Nejhorší situace ale podle mě je, když přijde rodič, který dítěti řekne: „Ty máš problém. Tady jsi teď u psychologa a tady to vyřešíš.“ Existuje i verze, kdy se přichází a říká se „My máme problém a potřebujeme s tím pomoc.“ I kdyby to třeba znamenalo jen práci s dítětem, v takových situacích za to berou rodiče spoluzodpovědnost, a to je pozitivním signálem. V takových případech je to dobré nastavení, kdy se dá říci, že má psychologická práce smysl. Někdy si ale třeba rodiče myslí, že situaci jako psychologové zachráníme za ně. Třeba v případě, kdy jsou jejich děti v pubertě a s rodiči už vůbec nemluví. My v takových situacích můžeme sehrát určitou roli, ale největší dílna, a to říkám i rodičům na workshopech, je práce čtyřicet hodin, sedm dní v týdnu, kdy jsou rodiče společně s dítětem doma. Jedna hodina u psychologa za týden zkrátka nemůže vyvážit dobu, kdy jsou děti po zbytek času v rodině.

Pokud dítě zhubne, jak se to projeví na jeho psychické pohodě?

Pokud jsou tématem dítěte vyloženy kila navíc, která ho limitují v tom, že se stydí, nemá dostatečnou sebedůvěru fungovat ve vztazích nebo začlenit se a třeba zkoušet nové věci, tak potom si myslím, že to má velký efekt. Sebedůvěra a pocit kompetence u takových dětí rostou. Děti pak mají pocit, že to dokázaly, a často se to odrazí i v kolektivu. Pokud jsou ostatní děti fajn, tak dokážou zhubnutí i ocenit a řeknou dotyčným, že je dobrý, že překonal sám sebe apod. A to je super. Jak jsem ale říkala na začátku, jsou i děti, a to nemyslím nějak zle, které si myslí, že důvodem, proč je v kolektivu odmítají, je jejich nadváha. Já je ale mohu vidět během fungování v kolektivu, a tak třeba vidím, že

mají i jiná specifika, než jen kila navíc. Bohužel se tyto děti často „zaklejí“ tím, že když zhubnou, začnou mít dobré vztahy. Ne vždy to tak ale funguje, protože jsou tam třeba i jiná témata, která je potřeba řešit, nejen jejich proporce.

Jak vypadá ozdravný pobyt?

Vždycky říkám, že to jsou takové tři pilíře, stejně jako záchranný systém. Jednou složkou jsou hasiči. To je u nás nutriční terapie. Pokud se něco nezmění v jídelníčku, tak nemůžeme očekávat výraznější úbytek na váze. Redukce je prostě dost o jídle. U dětí to ale rozhodně není o dietě, ale o vyvážené stravě a přiměřených porcích. Děti totiž často mají ve zvyku jíst velké porce nebo jsou zvyklé jíst fast food. Potom jim dělá problém sníst maso s rýží, protože jim nechutná. První část tedy je, že děti zažijí, že hubnou, přestože jí relativně „normální jídla“. Což je pro spoustu z nich překvapení, protože přišli s tím, že budou muset být na dietě a jíst jen saláty. V léčebně ale dostávají vyvážené jídlo pětikrát nebo i šestkrát denně, a přitom redukuje.

Druhou složkou je pohyb, který je samozřejmě také velice významný. To jsou ti záchranníci, kteří na místo přijedou poté, co hasiči uhasí požár. Děti mají tedy samozřejmě v léčebném režimu zařazené pohybové aktivity. Dopoledne mají rehabilitační cvičení a odpoledne mají aktivitu, kterou si samy vyberou, jako třeba trampolíny, jumping, koloběžky a tak dále. Snažíme se zapojovat i klimatoterapii. Nejpřirozenější pohyb je totiž chůze, takže hodně chodí ven na procházky. V porovnání s tím, na co jsou děti zvyklé, mají toho pohybu opravdu hodně.

Třetí pilíř jsem já jako psycholožka. Plním funkci tzv. policisty, který vyšetřuje, co se vlastně stalo. Moje role je hlavně v tom, že s dětmi vedu explorační a motivační rozhovory, aby si zvědomily to, co v léčebně prožívají. Ptám se jich například na to, proč si myslí, že v léčebně hubnou, zda by to samé zvládli doma nebo zda mají strach, že to doma selže. Nemáme prostor vyložený pro terapii, i když jsou v léčebně samozřejmě i děti, které by ji potřebovaly, protože jsou ve špatném psychickém stavu. V takových případech se snažím alespoň psát pediatrům do propouštěcích zpráv informaci, že by stálo za to psychický stav dítěte dále řešit. Dostupných psychologů je bohužel hrozně málo, takže děti často zůstanou bez péče. To je ale zase jiná kapitola. Každopádně mojí snahou je podpořit motivaci dětí a hodně jim zvědomit, co by mohly zkusit doma.

Petra Hátlová

Foto: archiv V. Koch Ondrové

Nemocné ledviny tiše kradou léta vašeho života, varují lékaři

Zpočátku nebolí ani pacienta neomezují, jen tiše ukrájí roky jeho zdravého života. Řeč je o chronicky nemocných ledvinách, které má v Česku přibližně 10 procent dospělé populace čili téměř milion lidí. Zhoršování funkce tohoto orgánu se týká každého druhého nemocného s cukrovkou, stejně tak ale i lidí s vysokým krevním tlakem nebo těch, co trpí aterosklerózou – kornatěním tepen.

Každým rokem v Česku nově přibude více než 2 000 pacientů, kteří potřebují dialýzu. Celkem na ni v tuzemsku musí zhruba 6 500 lidí a dalších přibližně 6 000 žije s funkční transplantovanou ledvinou. Lékaři varují, že se chronická nemoc ledvin v příštích deseti letech zařadí mezi choroby, které nejčastěji okrádají pacienty o roky života ve zdraví a které též vedou k úmrtí nemocného. Pacientům s diabetem 2. typu pomáhá léčba tzv. glifloziny, která může oddálit selhání ledvin o roky.

Nejvíce potíží mají diabetici

„Nemocné ledviny se nejvíce týkají diabetiků 2. typu, nějakou formou chronického onemocnění ledvin (chronic kidney disease – CKD) trpí až 40 % z nich. Není však vždy úplně snadné rozlišit, co je prvotní příčinou – CKD vedle diabetu často způsobuje vysoký krevní tlak nebo ateroskleróza a řada pacientů trpí všemi těmito chorobami najednou,“ říká MUDr. Jan Šoupal, Ph.D., vědecký sekretář České diabetologické společnosti ČLS JEP. Podle něj navíc diabetes 2. typu ledviny poškozuje hned zpočátku onemocnění, kdy o něm mnohdy pacient ještě ani neví. „CKD se většinou projevuje zhruba po 5–7 letech od diagnózy diabetu 2. typu. Stává se však, že jej diagnostikujeme už společně s diabetem. Poškození ledvin je ovšem v drtivé většině případů nevratné, pomocí léčby je můžeme pouze zpomalit, a oddálit tím vážné následky,“ popisuje MUDr. Šoupal. Podle lékařů je chronické onemocnění ledvin tak záluďné právě proto, že se zpočátku nijak neprojevuje. „Ledviny v případě CKD nebolí a pacient dlouhou dobu ani nepozoruje žádné obtíže. Jakmile se projevoval začnou, většinou už je poškození ledvin poměrně pokročilé. A to je bohužel stav, ve kterém k nám pacient často dorazí poprvé,“ říká prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc., FASN, FERA, FISN, nefrolog a přednosta Interní kliniky Fakultní nemocnice

Královské Vinohrady a vědecký sekretář Evropské nefrologické společnosti.

Další zdravotní potíže

V pokročilém stadiu nemoci podle něj dochází k řadě dalších problémů, například ke snížení tvorby červených krvinek, zvyšování krevního tlaku nebo zadržování tekutin v těle. „Samotné selhání ledvin přitom zabíjí poměrně zřídka, protože máme k dispozici dialýzu nebo transplantaci ledvin. CKD ale zvyšuje kardiovaskulární riziko, které je výrazně nebezpečnější – jde zejména o srdeční infarkty, srdeční selhání nebo cévní mozkové příhody,“ vysvětluje prof. Rychlík. Případů CKD celosvětově přibývá, podle odhadů má každý desátý dospělý na světě nemocné ledviny. Nemoc má také na svědomí celosvětově miliony ztracených let života a života se zdravotním postižením (tzv. DALY – disability-adjusted life year), jenom ve věkové skupině 60–64 let je jich v důsledku CKD přes 3,5 milionu. Při léčbě diabetu 2. typu v posledních letech přichází na řadu moderní léky, tzv. glifloziny, které kromě léčby diabetu brání poškození ledvin i srdce. „Pokud jako příklad vezmeme diabetika 2. typu, kterému je 60 let a má mírné poškození ledvin, bez léčby bych očekával, že se dialýzu dočká do 10–15 let. Pomocí gliflozinů tento bod posuneme i o 10–15 let dál,“ uvádí MUDr. Šoupal.

Léky a kontroly jsou nutné

Díky lékům podle něj ledviny vyloučí přebytečný cukr do moči, což diabetikovi pomůže stabilizovat hladinu cukru v krvi, vedlejším efektem je i snížení váhy. Zároveň však glifloziny umí snižovat tzv. filtrační tlak v ledvinách, a tím brání jejich poškození, následnému jizvení a posléze ztrátě funkce. I kvůli včasné diagnóze a nasazení léčby experti vyzývají k lepší prevenci a pravidelným zdravotním kon-



ilustrační foto: 123rf.com

trolám – první signály nemocných ledvin může odhalit praktický lékař na běžné preventivní prohlídce. „Většinou to bývá nález bílkoviny v moči – to sice hned neznamená sníženou kvalitu života, ale je to varování, že je potřeba dostat diabetes, krevní tlak a další nemoci co nejvíce pod kontrolu. Dalším důležitým parametrem je hodnota kreatininu v krvi, ze které se automaticky vypočítá hodnota tzv. eGFR (estimated glomerular filtration rate), jež dává informaci o aktuální funkci ledvin,“ říká prof. Rychlík. Podle něj by se o stav svých ledvin měli zajímat jak pacienti s diabetem, tak bez něj, především tedy sledováním možné přítomnosti bílkoviny v moči a sledováním hodnoty kreatininu v krvi. Rozbor obou hodnot je levný a lehce stanovitelný (bílkovina v moči papírkem ze vzorku ranní moče, kreatinin vyžaduje odběr krve). O tomto základním vyšetření se pacienti mohou snadno poradit se svým praktickým lékařem.

Na onemocnění ledvin mohou, mimo výše uvedené, upozornit další zdravotní problémy, například otoky dolních končetin, křeče, zvýšená potřeba močení či kovová pachuť v ústech.

(htl)



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.

Centrová péče z pohledu sestav a přehledů pojištěnců

Záříjová Poradna VZP se zaměří na problematiku zpracování úhrad centrových léčiv. Uvedeme i nejčastější chyby a jejich řešení.

Do roku 2016 se pro zpracování úhrad léčiv hrazených na základě Zvláštní smlouvy o poskytování a úhradě léčivých přípravků předepisovaných pro léčbu lékařem specializovaného pracoviště – centra používalo hlášení Evidence nákladných pojištěnců. Od roku 2017 zavedla VZP Kategorizaci pojištěnce (KATPOJ).

Podklad pro kategorizaci pojištěnce

Podkladem pro KATPOJ je Zvláštní smlouva, úhradový dodatek a číselník KATDIAGNOP, který vychází z kritérií (zejména indikačních omezení) SÚKL a dohod s odbornými společnostmi. Číselník je pravidelně aktualizován a je k dispozici na webových stránkách www.vzp.cz v sekci Poskytovatelé – Informace pro praxi – Seznam specializovaných pracovišť. V tomto číselníku jsou uvedeny podmínky pro zařazení do diagnostických skupin. Je to zejména ATC skupina v kombinaci s hlavní diagnózou. Pokud kombinace ATC skupiny a hlavní diagnózy nevede jednoznačně k zařazení diagnostické skupině, může být zařazení podmíněno i vykázáním vedlejší diagnózy (shodné nebo odlišné od hlavní), konkrétního kódu výkonu, odborností nebo IČP (pouze pro vybraná pracoviště). Každý atribut má přiřazenou váhu a podle součtu vah se vyhodnotí, zda pojištěnec splnil podmínky pro zařazení. V ideálním případě je hlavní diagnóza na dokladu 01 – Vyúčtování výkonů v ambulantní péči nebo 02 – Vyúčtování výkonů v ústavní péči a léčivo na svázaném dokladu na 03 – Zvlášť účtované LP a ZP, vše se stejným datem. Pokud tomu tak není, systém hledá vykázanou diagnózu, která časově předchází podání léčiva, a případné další atributy. Jednotlivé atributy nemusí vykazat pouze po-



Ing. Martina Čížková,
vedoucí referátu úhrad a regulačních
mechanismů I, Regionální pobočka Praha

skytovatel, který podal léčivo, ale kterýkoli smluvní poskytovatel. Pokud jsou splněny podmínky, je v číselníku pro diagnostickou skupinu vytvořen záznam pro daný měsíc a několik měsíců následujících (v číselníku označeno jako „doba trvání“).

Předávání souborů KATPOJ

Soubory KATPOJ dostávají poskytovatelé s uzavřenou Zvláštní smlouvou v měsíčních intervalech do schránky na VZP Point. Pokud zjistí, že určitému pacientovi podali v období, k němuž se soubor vztahuje, centrové léčivo, a přesto není u tohoto pacienta uvedena diagnostická skupina, je třeba hledat příčinu.

Nejčastější chyby

Nejčastější chybou je vykázání jiné diagnózy, než která je uvedena v čísel-

níku, nebo nesplnění dalších podmínek uvedených v číselníku KATDIAGNOP (např. chybějící výkon). Doklady ale nejsou odmítnuty validací, „pouze“ se nezařadí do centrové složky úhrady. Aby mohli pracovníci VZP s námitkou ke KATPOJ pracovat, je třeba, aby poskytovatel sdělil tyto náležitosti: IČZ, číslo pojištěnce, ATC skupinu, rok, měsíc, požadovanou diagnostickou skupinu. Pro nápravu je nutné požádat o odmítnutí dokladů s nesprávnou diagnózou a po opravě je znovu vykázat.

Opakovanou chybou je i vykázání diagnózy sice správné, ale na jiném typu dokladu (diagnózy se sledují pouze z dokladů 01 a 02, nikoli 06 – Poukaz na vyšetření a ošetření). V tomto případě je nutné, aby poskytovatel doložil nezbytnost použití dokladu 06. Opět je třeba sdělit IČZ, číslo pojištěnce, ATC skupinu, rok, měsíc a požadovanou diagnostickou skupinu.

Léčivo nad rámec indikačních omezení

Pokud poskytovatel hodlá podat léčivo nad rámec indikačních omezení, je nutné předcházet povolení revizním lékařem. Ten také při posuzování určí, do jaké existující diagnostické skupiny má být pojištěnec zařazen (a úhrada je realizována podle pravidel platných pro tuto skupinu), případně ho zařadí do skupiny RLP. Pokud poskytovatel doporučuje zařazení do diagnostické skupiny určené revizním lékařem, je nutné kromě výše uvedených údajů do námitky uvést i kód léčiva, neboť pouhé uvedení ATC skupiny většinou nestačí k jednoznačnému závěru.

Pro prověření a nápravu nesrovnalostí jsou k dispozici na každé regionální pobočce kontaktní pracovníci.

V Česku by mohla vzniknout další centra, kde léčí genetickou vadu

Plicní lékaři usilují o akreditace center, kde by se mohli léčit lidé s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN), pokud u nich lékaři najdou nedostatek tzv. alfa-1 antitrypsinu (AAT). To je látka, která chrání plíce před destrukcí. Nyní tyto pacienty léčí jediné centrum v Praze, které je už přetížené. Pneumologové chtějí, aby takových center bylo v Česku pět. O jejich ověření žádají ministerstvo zdravotnictví.

„Dosud je jediným centrem Fakultní Thomayerova nemocnice v Praze, a ta je pacienty zcela zaplněna. Usilujeme tedy o akreditaci dalších center, aby lidé, jimž alfa-1 antitrypsin chybí, mohli zahájit augmentační léčbu v podobě doplnění proteinu od zdravých dárců co nejblíže svému bydlišti,“ vysvětluje prof. MUDr. Martina Kozíarová, Ph.D., předsedkyně České pneumologické a ftizeologické společnosti (ČPFS) ČLS JEP. Pokud ministerstvo zdravotnictví akreditace umožní, mohla by v blízké budoucnosti vzniknout centra v Hradci Králové, Olomouci, Brně a Plzni.

Kolik lidí v Česku si vylosuje černého Petra v podobě této genetické vady, nelze podle odborníků přesně odhadnout, u řady z nich se totiž nedostatek alfa-1 antitrypsinu neprojeví,

zvláště pokud nezačnou kouřit, a není tak důvod pro něm pátrat. Podstoupit testy by však měli všichni lidé s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN). Test se provádí z krve a je možné jej podstoupit u lékařů nejrůznějších specializací, například u pneumologa, praktika či alergologa. „Pokud pacient s CHOPN trpí zároveň nedostatkem alfa-1 antitrypsinu, hrozí mu, že u něj nemoc postoupí výrazně rychleji a agresivněji a objeví se i ve 30 letech. Přitom CHOPN se obvykle týká až lidí kolem padesátky a starších. Odhadujeme, že v Česku je přibližně 1 % všech pacientů s CHOPN, kteří tuto genetickou vadu mají – tedy přibližně nižší tisíce nemocných. Ví o tom jen zlomek z nich. Pokud tito lidé navíc kouří, rychlý postup nemoci je bohužel nevyhnutelný,“ říká doc. MUDr. Vladimír

Koblížek, Ph.D., přednosta Plicní kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové a Lékařské fakulty v Hradci Králové Univerzity Karlovy a vědecký sekretář ČPFS. „Chybějící protein je možné nahradit pomocí tzv. augmentační léčby, kdy se dodá přímo do těla pacientů nitrožilní „kapačkou“. Česká republika patří k několika málo zemím východního bloku, které tuto moderní léčbu nejtěžším pacientům hradí. Navíc pro některé pacienty existují i další léčebné možnosti, jako je například zavedení speciálních chlopní do oblastí plic nejvíce postižených plicním emfyzémem,“ dodává pneumolog. CHOPN má v Česku přibližně 700 000 lidí, přibližně polovina o své nemoci neví a problémy s dýcháním přisuzuje něčemu jinému, například stáří nebo špatné kondici. (htl)

▼ Inzerce



PRAGO MEDICA
FORUM

KLÍČOVÉ SETKÁNÍ LÍDRŮ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ
A ODBORNÝCH FIREM DODÁVAJÍCÍCH SPECIFICKÉ
SLUŽBY A ŘEŠENÍ V TOMTO OBORU

www.prago-medica.cz
9. 11. 2023

PVA
EXPO PRAHA

TÉMA MĚSÍCE: Operace zeleného zákalu

Zelený zákal neboli glaukom patří k častým očním onemocněním, jedná se však o onemocnění velmi závažné. U glaukomu pacient necítí žádnou bolest či jiné obtíže a bez povšimnutí tak dochází k postupné degeneraci a odumírání zrakového nervu, které mohou vést až k úplné ztrátě zraku. Až 50 % pacientů o své nemoci vůbec neví. Na otázky k zelenému zákalu a jeho léčbě odpovídá MUDr. Andrea Janeková, FEBO.

Co zelený zákal způsobuje?

Zelený zákal poškozuje zrakový nerv a tím dochází k postupné ztrátě zraku. Nejříve dochází k malým výpadkům v zorném poli, později jsou už ztráty vidění rozsáhlejší. Pacient přichází o periferní vidění a místo předmětů či osob vidí pouze stíny či černé skvrny.

Lze zelenému zákalu nějak předejít?

Největším a nejčastějším rizikovým faktorem je vysoký nitrooční tlak. Proto jsou velice důležitá pravidelná oční vyšetření, zvláště pak u osob nad 40 let. A to i tehdy, kdy pacient žádný problém nepociťuje. Zvýšený nitrooční tlak totiž pacient sám necítí a může být odhalen pouze v rámci očního vyšetření.

Existují kromě nitroočního tlaku i jiné rizikové faktory?

Ačkoliv je nitrooční tlak největším a nejčastějším rizikovým faktorem, přesná příčina vzniku glaukomu zůstává bohužel neznámá. Mezi další rizikové faktory patří věk nad 40 let, ale nejčastěji se vyskytuje u osob starších 65 let, dále genetická dispozice (dědičnost) a jiná onemocnění, jako je cukrovka, migrény, stres, rasa i tloušťka rohovky.

Lze zelený zákal úspěšně vyléčit?

Glaukom bohužel nelze zcela vyléčit. Jednou vzniklé poškození zrakového nervu a změny zorného pole nelze obnovit, díky vhodně zvolené léčbě je ale možné zpomalit zhoršování stavu a zachovat zrakové funkce pacienta. Nejběžnější léčbou je pravidelné kapání očních kapek, v dnešní době již ale mají pacienti se zeleným zákallem celou řadu dalších možností léčby. V Očním centru Praha nabízíme i modernější metody léčby, jako je laserové snížení nitroočního tlaku a dále chirurgické operace glaukomu včetně nejnovější a nejmodernější léčby pomocí drenážních mikroimplantátů.



Odborný poradce:

MUDr. Andrea JANEKOVÁ, FEBO

Vedoucí lékař centra kataraktové a refrakční chirurgie / zástupce primáře

Ročně provede přes 2000 nitroočních operací. Specializuje se na chirurgii šedého zákalu, refrakční chirurgii a chirurgii sítnice a sklivce. Věnuje se rovněž minimálně invazivní chirurgii glaukomu (tzv. MIGS).

Můžete nám blíže představit léčbu pomocí mikroimplantátů?

V Očním centru Praha nejčastěji implantujeme implantáty „iStent inject® W“ od společnosti Glaukos. Jedná se o novou metodu léčby pomocí dvou titanových mikroimplantátů, které pomáhají obnovit přirozený odtok tekutin z oka a řídit tak jejich nitrooční tlak. Oba mikrostenty se implantují během několika málo minut a efekt je znatelný již ve velmi krátké době po operaci.

Jedná se o náročnou operaci?

Operace se provádí ambulantně. Zárok probíhá v lokální anestezii a trvá přibližně 15 minut. Díky designu a velikosti dochází k minimálnímu poškození okolních tkání. Pacient kape týden po zákroku kapky a dochází na kontrolu druhý den po operaci a následně dle výše nitroočního tlaku dochází na 2–3 kontroly v prvním měsíci po operaci. Omezení po operaci jsou víceméně stejná jako po jakékoliv jiné oční operaci.

Pro koho je operace pomocí mikroimplantátů vhodná?

Implantace mikrostentu je vhodná při onemocnění glaukomem s tzv. otevřeným úhlem. Obecně je tato metoda o něco vhodnější pro pacienty, kteří již mají umělou čočku, nebo pro pacienty, kteří mají v plánu operaci katarakty (šedého zákalu). U nich provádíme kombinovaný výkon, kdy během jednoho zákroku operujeme šedý zákal a následně implantujeme i mikrostent. Pro mladší pacienty mohou být vhodnější jiné typy zákroků.

Jaký výsledek může pacient po operaci očekávat?

Celosvětově byl iStent implantován již u více než milionu pacientů a dosavadní výsledky studie ukazují, že 84 % pacientů bylo během 23 měsíců od operace bez medikace. Ačkoliv se tedy jedná o jeden z nejmenších lékařských implantátů do lidského těla, přináší velké výsledky. Díky obnově normálního nitroočního tlaku je pacientům po operaci možné snížit či zcela vyloučit léky na glaukom a pacientům se tak výrazně zlepšila kvalita života.

Jaké máte zkušenosti s touto léčbou přímo vy?

U některých pacientů zcela odpadla potřeba kapat kapky na snížení nitroočního tlaku. Na našem pracovišti jsme první iStenty implantovali již v první polovině roku 2021 a u operovaných pacientů zatím pozorujeme dostatečné snížení nitroočního tlaku.

Je tato léčba hrazena ze zdravotního pojištění?

Oční centrum Praha je od letošního roku jedním z dvou privátních certifikovaných pracovišť v celé ČR, kde je tato nová metoda léčby glaukomu pomocí implantátu iStent inject W plně hrazena ze zdravotního pojištění. V celé České republice může tyto operace poskytovat v rámci zdravotního pojištění pouze 16 certifikovaných pracovišť, z nichž jsou jen dvě soukromá.

Průzkum ukazuje na socio-ekonomické dopady migrény

V Česku trpí migrénou přes milion lidí, většinou v produktivním věku. Veřejností však není migréna stále vnímána jako „opravdová“ nemoc a její vliv na život pacientů, ale i celé společnosti se často bagatelizuje. Migréna ale ovlivňuje například výkon v práci, vzdělávání i partnerský a společenský život pacientů. Jak moc nemoc dopadá na českou ekonomiku, zmapoval unikátní průzkum, který zveřejňuje patientská organizace Migréna-help. Analytici v tomto průzkumu vyčíslili ztráty způsobené poklesem pracovní produktivity na jednoho pacienta na téměř 321 000 korun za rok. Migrénu lze přitom v ČR účinně léčit už tři roky, zároveň se na trhu objevují další léčebné možnosti. Přestože jsou podle lékařů tyto inovativní terapie poměrně nákladné, společnosti se ve finále vyplatí.

„Migréna je dlouhodobé neurologické onemocnění, které způsobuje významnou individuální i celospolečenskou zátěž. Každý záchvat migrény je totiž spojen se sníženou schopností vykonávat běžné denní aktivity nebo pracovní činnost. Týká se to především lidí v produktivním věku,“ říká MUDr. Pavel Řehulka, Ph.D., z I. neurologické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity. „Ačkoliv migrénu zatím nelze zcela vyléčit, s pomocí nových léčiv je možné ji zvládat mnohem lépe, než tomu bylo v minulosti. Inovativní terapie pacientům umožňuje vrátit se zpět do normálního života. Roky ztracené onemocněním sice nelze získat zpět, ale s pomocí účinné léčby můžeme zamezit budoucím ztrátám,“ pokračuje vedoucí lékař brněnského centra pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy.

Nepřímé náklady na migrénu zatěžují společnost

Podle MUDr. Řehulky je to právě migréna, která ze všech typů bolestí hlavy stojí společnost nejvíce peněz. „Výdaje za zdravotní péči dříve tvořily jen asi 10 % nákladů utracených za migrénu. Většina ekonomických ztrát, tedy až 90 % výdajů, byla překvapivě způsobena nepřímými náklady ze snížené průběžnosti,“ uvádí MUDr. Řehulka.

Podle průzkumu mapujícího dopady migrény na pacienty, společnost a ekonomiku České republiky činí celková ztráta produktivity pacientů v průměru 42,8 %, ať už kvůli nucené absenci, či poklesu výkonu. Situaci příliš neprospívá, že řada lidí svou nemoc před okolím tají, protože se bojí zlehčování a posměšků ze strany okolí, přibližně 40 % nemocných

ani neví, že za jejich potížemi stojí právě migréna. K léčbě, která by jim razantně pomohla snížit počet atak, se tak dostává zlomek nemocných. Odborníci například odhadují, že inovativní terapii, která záchvatům migrény předchází, by v Česku mohlo mít přes 20 000 pacientů, reálně se k ní však dostane méně než 10 % z nich. Do ČR stále přicházejí nové preventivní i akutní léky. Ne všechny jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, a pacienti si je tak platí sami.

Výhodnější je migrénu léčit

„Aktuální průzkum potvrzuje, že pro celou společnost je výhodnější migrénu léčit než neléčit. Pacient, který může normálně fungovat, přináší společnosti i ekonomice výrazně více, než když trpí, a řešení je přitom na dosah,“ komentuje výsledky průzkumu Rýza Blažejovská, předsdkyně patientské organizace Migréna-help. Průzkum podle ní jasně ukázal, jak je nemoc devastující – z dat vyplynulo, že kvůli nedostatečné kontrole migrény lidé často navštěvují různé lékaře ve snaze dobrat se úlevy, od praktika (21,8 %) až po specializované ambulance (64,6 %). Za fyzioterapeutem, ortopedem, psychologem či psychiatrem přišlo v důsledku nemoci za posledního půl roku 34,7 % dotazovaných. „Když netušíte, kdy dostanete další záchvat a kolik jich v daném měsíci ještě přijde, je pracovní život složitější. Pomáhá například možnost práce z domu nebo na částečný úvazek, ale ne každý zaměstnavatel na to přistoupí,“ dodává Rýza Blažejovská. „Další kapitolou jsou neplánované absence v práci. V uplynulých šesti měsících skončilo 5 % dotazovaných pacientů kvůli migréně v nemocnici a 15 % muselo navštívit pohotovost.“



Ilustrační foto: 123rf.com

Průzkum „Dopady migrény na pacienty, společnost a ekonomiku České republiky“ provedla společnost Value Outcomes. Zúčastnilo se ho 147 respondentů, kteří měli ataky migrény více než 4× měsíčně.

Migrénu provází přidružená onemocnění

Alespoň jedním přidruženým onemocněním, souvisejícím s onemocněním migrény trpělo 46,9 % pacientů, nejčastěji uváděli bolesti zad a krční páteře (33,3 %), úzkost (28,6 %), poruchy spánku (23,1 %) nebo depresi (16,3 %). Důvodů, proč i přes rozsáhlou síť center pro léčbu bolestí hlavy nejsou všichni pacienti správně zaléčeni, je hned několik. Podle Rýzy Blažejovské hraje roli i fakt, že o nich nemocní nevědí. „Část našich členů se o existenci specializovaných pracovišť dozvěděla až od nás,“ dodává předsdkyně Migréna-help.

(red)

O—R—E—A

Hotels & Resorts

Váš partner pro akce po celé České republice

Skvělé místo
pro konferenci i teambuilding

od Prahy
— po Brno

orea.cz/page/konference
conference@orea.cz

Petra Hátlová,
foto: archiv Ladislava Šenolta

„Stav české revmatologie je dobrý,
srovnatelný se západem.“

Ladislav Šenolt

Obor revmatologie se jako mnoho dalších oblastí medicíny potýká s nedostatkem lékařů. V některých částech republiky dokonce revmatologové úplně chybí. „Potíž je v tom, že část absolventů po ukončení studia medicíny odchází do zahraničí a odborní revmatologové stárnou,“ říká profesor MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D., z Revmatologického ústavu v Praze. I tak je česká revmatologie na vysoké úrovni.

Revmatologických onemocnění je celá řada, jaký je podíl jednotlivých diagnóz?

Revmatických chorob je téměř dvě stě. V běžné ambulantní praxi se nejčastěji setkáváme se zánětlivými artritidami, obvykle s revmatoidní artritidou, ankylozující spondylitidou, známou jako Bechtěrevova nemoc, nebo psoriatickou artritidou. Tato onemocnění postihují zhruba dvě procenta populace, často mladší jedince v produktivním věku. Častá je i osteoartróza, nezánnětlivé revmatické onemocnění postihující 12 až 20 procent populace. V současné době však osteoartrózu nedokážeme úspěšně farmakologicky léčit, většinu pacientů částečně uleví analgetika, dochází na fyzioterapii, jezdí do lázní, navštěvují praktického lékaře nebo ortopedy. Často léčíme pacienty s revmatickou polyomyalgií, která postihuje starší jedince, a zde se jako u jediného revmatického onemocnění můžeme pochlubit tím, že většinu pacientů dokážeme vyléčit. Méně často, pokud nejsme specialisté na danou chorobu, plní naše ambulance lidé se systémovými onemocněními pojiva. Nejznámější z nich je systémový lupus erythematosus, který postihuje méně než jedno promile populace, mnohem častěji ženy, nejde tedy o časté onemocnění. Ještě vzácnější jsou např. systémová sklerodermie nebo idiopatické zánětlivé myopatie, které postihují v Česku několik málo tisíc lidí.

Většina revmatických onemocnění spadá mezi autoimunitní onemocnění, jaké jsou rizikové faktory jejich rozvoje?

Autoimunitní choroby jsou náš denní chléb. V případě systémových revmatických onemocnění se imunitní systém takzvaně obrátí necíleně proti tkáním pohybového aparátu a často také proti jiným orgánům. Jednoznačná příčina revmatických onemocnění není známa, za propuknutí většiny z nich může genetická predispozice, většinou ve spojitosti s faktory vnějšího prostředí, diskutuje se například neblahý účinek kouření, vliv pohlavních hormonů, ale také infekčních mikroorganismů, nejčastěji virů.

Říkáte, že revmatická onemocnění mohou napadnout i další orgány, jak to je?

Osteoartróza se popisuje jen na kloubech, kdežto zánětlivá revmatická onemocnění mohou vedle pohybového aparátu postižovat téměř každý orgán. Výskyt orgánového postižení se liší podle konkrétního revmatického onemocnění. V některých případech lze odhadnout mimokloubní postižení na polovinu případů, někdy i více. Zánětlivé změny se mohou projevit na očích, kůži, střevní sliznici, postiženy často bývají plíce, ledviny, kardiovaskulární aparát, ale i nervový systém.

Zánětlivá revmatická onemocnění mohou vedle pohybového aparátu postižovat téměř každý orgán

Jaké péče se dostává českým pacientům v porovnání s evropským nebo světovým standardem?

Stav české revmatologie je z klinického pohledu celkově dobrý, v řadě aspektů srovnatelný se státy západní Evropy nebo chcete-li světovým standardem. Léčbu revmatickým pacientům v České republice poskytuje přes 70 specializovaných center, ve kterých je možné podávat nejmodernější léčbu. V porovnání se státy západní Evropy se však nižší finanční výdaje na zdravotnictví stále projevují v nižších počtech pacientů na biologické léčbě, ačkoliv se situace v posledních letech významně lepší. Celosvětovým problémem je nízký počet revmatologů, který se nevyhýbá ani České republice, proto jsou častým problémem dlouhé objednací doby a krátký čas na revmatologickou konzultaci.

Schází revmatologové i v Česku?

V Česku je podle údajů VZP kolem 200 plných revmatologických úvazků, tedy v průměru 1,9 revmatologa na 100 000 obyvatel. Konzervativní výsledky nedávné rakouské studie ukazují odhadovanou potřebu 4,29 revmatologa na 100 000 obyvatel, což by mělo být zohledněno při budoucím plánování zdravotnických pracovníků. Z tohoto čísla si můžete učinit jasnou představu o potřebných počtech. Potíže nám brzy může činit skutečnost, že třetina revmatologů je starší 60 let a čtvrtina je v důchodovém věku. Palčivým problémem je také nerovnoměrné rozložení sil a rostoucí počet oblastí se zhoršenou nebo dokonce žádnou dostupností revmatologické péče. Takovými oblastmi, které se blíží počtu jednoho revmatologa na 100 000 obyvatel, jsou například Kraj Vysočina, Ústecký kraj,

Pardubický a Královéhradecký kraj, ale také Středočeský kraj. Existuje několik okresů, které nemají revmatologa vůbec.

Liší se kvalita péče o revmatologické pacienty v jednotlivých regionech?

Ukazatele kvality péče, tedy např. hodnocení dostupnosti péče, úspěšnosti správné diagnostiky a léčby, dodržování léčebných postupů, bezpečnosti nebo komunikace personálu a spokojenosti pacientů k dispozici nemáme, a určitě se mezi jednotlivými regiony, ale i mezi jednotlivými lékaři liší. Kvalita péče se odlišuje zejména výše uvedenou dostupností revmatologického vyšetření, některé okresy nemají revmatologa, a pokud je v sousedním okrese nebo kraji, tak je často přetížen, má dlouhé objednací doby nebo je často na pokraji svých sil a nové pacienty nebere.

Co je příčinou současného stavu? Přibývá pacientů, nebo naopak ubývá lékařů?

Tato otázka nemá přímočarou a jednoduchou odpověď, problematika tohoto stavu je komplexní. Lékařů celkově podle počtů absolventů lékařských fakult neubývá, je tomu dokonce naopak, ale je třeba zmínit, že zhruba 25–30 procent absolventů nakonec nevykonává svoji činnost v Česku. Problém nedostatku lékařů se týká zejména některých specializací, kromě nedostatku revmatologů se také hovoří o nedostatku praktických lékařů, zubařů, pediatriů, psychiatrů atd. Vedle stárnutí lékařů současnou situaci zhoršuje i zvyšující se počet revmatických pacientů, který je dán prodlužováním střední délky života pacientů, zlepšením diagnostiky a včasným rozpoznáním některých revmatických chorob. Dalším problémem jsou výše zmíněné regionální rozdíly, některé regiony nejsou pro lékaře příliš atraktivní, mladí lékaři raději zůstávají ve větších městech, ve fakultních nemocnicích atp. Jednoznačně chybí větší snaha o vytvoření pracovních míst, ať již na úrovni zdravotních pojišťoven, daného okresu, kraje, či na straně konkrétní nemocnice. Toto lze např. řešit vytvářením vhodných podmínek pro lékaře, aby v dotčených regionech zůstali, třeba i na podkladě výhodnějších platových ohodnocení. Nepříznivé situace také přispívá nedostatečné bodové hodnocení výkonů lékařské péče nebo penalizování lékařů za překročení limitů poskytované péče. A tu překročíte hned, pokud léčíte hodně pacientů. Je třeba také zmínit neutuchající snahu politiků o udržení bezplatného poskytování té nejlepší zdravotnické péče. Je logické, že to do budoucna udržet nelze. Někteří lidé navíc zneužívají ambulantní péči specialisty

tů, často i s potížemi, které dokáže vyřešit praktický lékař nebo jiný odborník, nechávají se vyšetřit opakovaně, nezřídka se stává, že je pacient vyšetřen třemi nebo čtyřmi revmatology během relativně krátké doby. To vše přispívá k prodlužování termínů odborného vyšetření. Obáváme se, že s odchodem „přesluhujících“ lékařů do důchodu se tato situace může ještě zhoršit a počet nemocných a míst bez dostupné revmatologické péče bez nezbytného zásahu dále vzroste. Pro zlepšení této situace se Česká revmatologická společnost snaží činit důležité kroky, komunikujeme problematiku s patientskými organizacemi, plátcí zdravotní péče, ministerstvem zdravotnictví, a v neposlední řadě zvyšujeme povědomí o revmatologii mezi laickou i odbornou veřejností. Jednou z důležitých iniciativ, kterou nyní podnikáme, je „Letní škola revmatologie“. Ta je určena pro studenty lékařských fakult s cílem zvýšit jejich povědomí o významu revmatologie v systému zdravotní péče a přimět více studentů medicíny, aby si zvolili revmatologii jako svou specializaci.

Může být jedním z řešení například užší spolupráce s dalšími lékaři, např. praktiky? Mohli by se o základní kontrolu pacientů časem starat oni, jak je to např. v případě diabetu?

Samozřejmě, užší spolupráce s praktickými lékaři je velice důležitou součástí řešení této problematiky. Ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství ČLS JEP se o toto snažíme, nejenom pořádáním seminářů nebo školení, ale např. Doporučenými diagnostickými a terapeutickými postupy pro všeobecné praktické lékaře, které se týkají nejčastějších zánětlivých revmatických onemocnění. Podobně jako v případě vedení léčby hypertenze nebo diabetu by praktičtí lékaři mohli poskytovat péči pacientům s nezávažnými revmatickými chorobami a v řadě případů tak i činí. U revmatických pacientů na imunosupresivní léčbě mohou praktičtí lékaři pomoci např. při monitorování bezpečnosti léčby u stabilizovaných pacientů, tak aby se částečně ulevilo specializovaným pracovištím na nové pacienty, a zkrátily se tak objednací doby. V zahraničí je to běžný postup. U nás máme jen část praktických lékařů, kte-

ří v tomto smyslu spolupracují ochotně. Situace je však složitější, praktičtí lékaři si někdy stěžují na růst nákladů na zdravotní péči, jindy nechtějí přebírat další zodpovědnost, a je třeba také zmínit, že i praktičtí lékaři řeší podobný problém, není jich dostatek. Je však třeba zdůraznit, že pacienti s revmatickými chorobami musí dostávat pravidelnou specializovanou péči, zejména v případě závažných nebo komplikovaných stavů.

V Česku, napříč medicínskými obory, jsou jedinci, kteří z nejrůznějšího důvodu unikají diagnostice svého onemocnění. Je tak tomu i v případě revmatologie?

Myslím, že na to neexistují reálná data. Samozřejmě se někdy v praxi setkáváme s tím, že jsou pacienti s některými typy revmatických chorob diagnostikováni se zpožděním, což má několik důvodů. Na jedné straně mezi lidmi není dostatečné povědomí o revmatických chorobách, což vede k podceňování příznaků. Většinou je tomu ale naopak, a to pak spíše přispívá k přeplněným ambulancím. Kruh se tak uzavírá a přetíženým specializovaným pracovištím se prodlužují termíny pro vyšetření nových pacientů. Jaký je rozdíl mezi artrózou a artritidou, v tom řada lidí nevidí rozdíl, někdy ani nemůže. V tomto případě by měl pomoci praktický lékař. Nicméně někdy není dostatečné povědomí o základních revmatických chorobách ani mezi lékaři první linie. Někdy to však lze pochopit, např. v případě velmi vzácných onemocnění. Jindy přesná diagnostika prostě trvá, protože se některá revmatická onemocnění postupně vyvíjí v čase.

Terapie revmatických onemocnění v posledních letech prošla velkým vývojem. Kam jsme se posunuli za posledních 10–15 let?

Posun v léčbě je za posledních několik málo let značný. Využíváme biologické léky a cíleně působící syntetické přípravky, které ovlivňují specifické cíle imunitního systému, a tím potlačují zánět. Významně se zlepšila diagnostika, což umožňuje včasné nasazení léčby, která tak může podstatně snížit riziko trvalého poškození kloubů. Často využíváme kombinovanou léčbu, řídíme se určitými strategickými postupy, které častěji umožňují dosáhnout maximálního možného účinku. V některých případech využíváme individualizovanou léčbu, někdy podle určitých charakteristik choroby, jindy podle přidružených nemocí. Tyto možnosti podstatně zmírňují příznaky, zpomalují progresi a zlepšují kvalitu života revmatických pacientů.

Jak byste zhodnotil nástup biologických léků, co znamenaly pro pacienty a pro obor jako



takový? A je léčba dostupná všem pacientům, kteří ji potřebují?

Nástup biologických léků představuje významný posun v léčbě revmatických onemocnění. Dovolím si říct, že má významný vliv nejen pro pacienty, ale i pro samotný obor revmatologie, která se tak z trochu nudného oboru stala prestižní specializací. Pacientům biologická léčba umožňuje nejen potlačit zánět v kloubech, snížit bolest, otok a zlepšit pohyblivost, ale také zamezit trvalému poškození kloubů a často i zachovat normální kvalitu života. Biologická léčba by proto měla být dostupná všem pacientům, kteří ji potřebují. Situace se v posledních letech postupně zlepšuje, ale stále nedosahujeme úrovně dostupnosti biologické léčby v západních zemích.

Jaký podíl pacientů s revmatoidní artritidou a dalšími revmatickými nemocemi má v tuto chvíli biologickou léčbu nasazenou?

V současné době je léčeno více než 8 tisíc pacientů s revmatoidní artritidou pomocí biologické léčby, což je zhruba deset procent všech pacientů. Podobná situace je i u ostatních zánětlivých revmatických onemocnění. Je třeba zmínit, že počty pacientů s nově nasazenou biologickou léčbou každý rok vzrůstají. Ale stále jsme zhruba na polovině až třetině proléčenosti biologickou léčbou ve srovnání s vyspělými západními státy.

Co brání tomu, aby jich bylo více? Je například jednou z cest navýšení počtu specializovaných center?

Jak jsem zmiňoval na začátku, specializovaných center je kolem 70, v tom problém není. O centrum biologické léčby může navíc požádat každý revmatolog. Přestože faktorů nižší proléčenosti biologickou léčbou je více, tak je to jednoduché. Hlavním důvodem jsou limity dané úhradovou vyhláškou, která nám nyní neumožňuje poskytovat léčbu ve všech nezbytných případech.

Co obnáší zřízení podobného centra?

Pro zřízení centra biologické léčby jsou nezbytné prostory a kvalifikovaný tým odborníků. Revmatolog musí mít minimálně tříletou praxi v oboru po složení atestační zkoušky a musí mít k dispozici zdravotní sestru. Centrum by mělo být vybaveno počítačem s připojením k internetu, infuzním křeslem a vybavením pro rozšířenou neodkladnou resuscitaci. Nezbytný je komplement pro diagnostiku a vyšetření pacientů, dostupné musí být rentgenové vyšetření a laboratorní testy. Lékař by měl mít navázanou spolupráci s ostatními specialisty a měl by být ochotný podílet se na sledování účinnosti a bezpeč-

prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D.

- je přední český revmatolog, zvláště se zabývá revmatoidní artritidou a spondyloartritidou, časnými, ale i obtížně léčitelnými fázemi nemoci a cílenou léčbou
- v letech 2004–2005 absolvoval roční studijní pobyt v Centru experimentální revmatologie na univerzitě v Curychu
- v roce 2006 byl jmenován vedoucím Oddělení experimentální revmatologie při Revmatologickém ústavu
- je tajemníkem vědecké rady Revmatologického ústavu a od ledna 2022 předsedou České revmatologické společnosti ČLS JEP
- působí jako předseda akreditační komise MZ ČR pro obor specializačního vzdělávání v revmatologii
- byl předsedou panelu Metabolické a endokrinní choroby Agentury pro zdravotnický výzkum (AZV) ČR a členem vědecké rady AZV, nyní působí jako člen panelu Muskuloskeletální medicína AZV ČR, působí také jako člen řady komisí, např. koordinační rady doktorských studijních programů v biomedicině a několika oborových rad postgraduálního studia

nosti v národním registru biologické léčby ATTRA. Je třeba zmínit, že každý specialista revmatolog nebo zdravotnické zařízení, které si zažádá o schválení centra biologické léčby, dostane od České revmatologické společnosti souhlasné stanovisko, pokud splní uvedené podmínky. Problém však je v tom, že nemusí vždy získat smlouvu s pojišťovnou pro poskytování centrové péče.

Nástup biologických léků představuje významný posun v léčbě revmatických onemocnění

Jak dobře v Česku funguje multidisciplinární přístup k léčbě revmatických onemocnění?

Péče o revmatické pacienty vyžaduje zpravidla multidisciplinární přístup. Nezbytné je zapojení specialistů, kteří pomáhají s léčbou pohybového aparátu, zejména jde o rehabilitační lékaře, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, ortopedy a podobně. V řadě případů systémových revmatických onemocnění je nezbytná kontrola a léčba vnitřních orgánů, revmatolog proto musí navázat spolupráci s kardiologem, pneumologem, nefrologem, gastroenterologem, oftalmologem, pediatrem, ale také psychiatry, neurologem a někdy i dalšími specialisty. V řadě případů multidisciplinární přístup funguje velmi dobře, většinou tomu tak je na úrovni větších zařízení a fakultních nemocnic. Snahou je podporovat větší spolupráci mezi jednotlivými specialisty, stále však existují potíže týkající se nedostatku financování, nedostatečné dostupnosti péče a nerovnoměrného rozlo-

žení, případně nedostupnosti péče v některých oblastech.

Co by mohlo pacientům s revmatickými nemocemi ještě pomoci a nedostává se jim toho?

Základem úspěšné léčby je včasná diagnostika a léčba, proto je třeba zřídít ambulance pro časný záchyt revmatických onemocnění, které by měly být minimálně při každé fakultní nemocnici. Pacienti by měli být lépe informováni o svém onemocnění a možnostech léčby. Někde chybí souhra multidisciplinárního týmu, individuální fyzioterapie, psychologická a sociální podpora.

Jakou roli v péči o pacienty s revmatickými nemocemi hrají patientské organizace?

Patientské organizace hrají v péči o pacienty s revmatickými chorobami důležitou roli. Zastupují zájmy pacientů a poskytují jim podporu, zajišťují jim vzdělávání a informace o příznacích a léčbě revmatických onemocnění. Mají velice důležitou roli v tom, že jim pomáhají lépe porozumět a zvládat jejich onemocnění. Za využití sociálních sítí nebo osobních setkání mohou pacienti sdílet své zkušenosti, potíže nebo obavy. Ve spolupráci s Českou revmatologickou společností a lékařskými odborníky pořádají semináře a různá školení a setkání pro pacienty, ale i laickou veřejnost, tak aby pomohla zvýšit povědomí o revmatických onemocněních. V tomto ohledu má Česká republika štěstí, protože patientská organizace Revma Liga působí významně a úspěšně se prosazuje. Dokonce za svou činnost získala ocenění jako druhá nejlepší malá nezisková organizace za rok 2022, což jen potvrzuje hodnotnou práci, kterou odvádí ve prospěch pacientů.

Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb z pohledu práva

Na téma informovaného souhlasu pacienta byla sepsána celá řada odborných publikací, ať již z pohledu právního, či z pohledu medicínsko-etického. Autoři následujícího článku tedy předpokládají alespoň rámcovou orientaci čtenářů v této problematice. Pro začátek ale základní právní fakta: Podle § 93 odst. 1 občanského zákoníku pojednávajícího o informovaném souhlasu: Mimo případ stanovený zákonem nesmí nikdo zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu uděleného s vědomím o povaze zásahu a o jeho možných následcích.

Podle § 94 odst. 1 téhož zákona: Kdo chce provést na jiném člověku zákrok, vysvětlí mu srozumitelně povahu tohoto zákroku. Vysvětlení je řádně podáno, lze-li rozumně předpokládat, že druhá strana pochopila způsob a účel zákroku včetně očekávaných následků i možných nebezpečí pro své zdraví, jakož i to, zda přichází v úvahu případně i jiný postup. Specificky pro oblast zdravotních služeb upravuje další „detaily“ zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů, zejména (ale nejen) v ustanovení § 28 a násl., kde je podstatou a náležitostí informovaného souhlasu podrobněji rozvedena. K tomu pro úplnost zmiňujeme čl. 5 a 6 Úmluvy o lidských právech a biomedicině a aby byl výčet úplný i čl. 6 a 7 Listiny základních práv a svobod. Celkem jde o dosti slušnou právní materii, jejíž interpretaci se odborníci zabývají již dlouhou dobu a asi ne zcela úspěšně. Soudě alespoň podle dostupných informací o praxi při získávání informovaného souhlasu. Proto se k tématu, které již bylo předmětem celé řady článků a publikací, znovu vracíme.

Jak z výše uvedeného vyplývá, informovaný souhlas pacienta je chápán jako nezbytný předpoklad (*condicio sine qua non*) poskytnutí jakékoliv zdravotní péče (zdravotních služeb), vycházející z principu nedotknutelnosti (integrity) každého člověka a jeho svobody rozhodovat o svém vlastním těle.

Nedotknutelnost (integrity) člověka a jeho svoboda rozhodovat o tom, jaká zdravotní péče mu bude či nebude poskytnuta, je v zásadě absolutní, když je nutno respektovat i takové rozhodnutí pacienta o odmítnutí zdravotní péče, které může vést až k fatálním následkům (smrti pacienta).

Provedení lékařského výkonu bez souhlasu pacienta (či dokonce proti jeho vůli) představuje porušení základních práv pacienta a jako takové dává, resp. je způsobilé

dát vzniknout odpovědnosti lékaře (zdravotnického zařízení) za újmu pacientovi způsobenou.

V současné době neexistuje exaktní statistika stížností, nebo dokonce žalob motivovaných nikoliv nespokojeností pacientů a tvrzením o *non lege artis* postupu lékaře, ale právě nespokojeností s tím, že zdravotní služby byly pacientovi poskytnuty bez náležitého souhlasu. To, že se zdravotní zařízení, případně lékaři sami takovými problémy nechlubí, je asi pochopitelné. Nicméně podle interních zdrojů se zdá, že takových případů přibývá a jak dále uvedeme, lze očekávat, že bude hůř. Z těchto důvodů se vrátíme v tomto článku k podstatě problému a pokusíme se jej analyzovat pomocí modelového příkladu.

Paní Zuzanu trápí problémy se střevní neprůchodností (ileus), bylo indikováno vyšetření tlustého střeva endoskopem (kolonoskopie) v celkové anestezii, a to za účelem zjištění důvodu střevní neprůchodnosti (například srůsty na tlustém střevě, uskřínutá kýla či otočení střeva kolem své osy).

V den vyšetření (zákroku) se paní Zuzana dostavila do zdravotnického zařízení (nemocnice), kde absolvovala vstupní rozhovor s lékařem P. B., během kterého jí lékař toliko vysvětlil důvod provedení kolonoskopie a dotázal se paní Zuzany, zda dodržela režimová opatření, jejichž dodržení je podmínkou provedení kolonoskopického vyšetření (což paní Zuzana potvrdila). Lékař P. B. následně předložil paní Zuzaně k podpisu informovaný souhlas pacienta s provedením



JUDr. Tomáš Sokol

Foto: Jan Kolman

kolonoskopického vyšetření a informovaný souhlas pacienta s provedením celkové anestezie. Po vyplnění osobních údajů paní Zuzana tyto (formulářové) informované souhlasy bez dalšího podepsala.

Poté co paní Zuzana opustila ordinaci lékaře P. B., doprovodila ji zdravotní sestra do lůžkové části nemocnice, kde se měla paní Zuzana připravit na provedení lékařského výkonu. Během přípravy na provedení zákroku položila paní Zuzana zdravotní sestře několik dotazů týkajících se kolonoskopického vyšetření (které, jak paní Zuzana uvedla, nestihla v tom spěchu probrat s lékařem), které jí zdravotní sestra zodpověděla.

Paní Zuzana byla následně odvezena na operační sál, kde jí byla lékařem-anesteziologem D. K. podána celková anestezie a následně bylo lékařem P. B. provedeno kolonoskopické vyšetření.

Během lékařského výkonu došlo k následujícím komplikacím: (1) objevila se alergická reakce paní Zuzany na podanou anestezii, která však nebyla život ohrožující, a (2) v průběhu vyšetření došlo též k perforaci tlustého střeva endoskopem v místě srůstu (která byla neprodleně řádně ošetřena lékařem P. B.).

Paní Zuzana následně podala na zdravotnické zařízení žalobu na náhradu způsobené újmy, přičemž tvrdila, že lékařský zákrok byl proveden bez jejího informovaného souhlasu, protože nebyla v souvislosti se zákrokem řádně poučena. V soudním řízení se nadto ukázalo, že zdravotní dokumentace paní Zuzany nebyla řádně vedena, resp. že se její část ztratila.

Na tomto modelovém příkladu lze totiž dobře ilustrovat řadu pochybení, ke kterým v lékařské praxi dochází, která – byť nezpůsobená zlým úmyslem lékaře – mohou mít na lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) negativní dopad.

Dle zákona o zdravotních službách platí, že zdravotní služby lze pacientovi poskytnout zásadně jen s jeho svobodným a informovaným souhlasem, přičemž aby bylo možno považovat souhlas pacienta za informovaný, tak zákon vyžaduje, že pacient musí být srozumitelně a v dostatečném rozsahu poučen o svém zdravotním stavu, včetně navrženého léčebného postupu, a pacientovi musí být dána možnost klást doplňující dotazy a obdržet srozumitelné odpovědi na ně. Rozsah samotné poučovací povinnosti (předcházející udělení souhlasu pacienta) je pak vymezen v ust. § 31 odst. 2 zákona o zdravotních službách, které požaduje, aby byl pacient informován (poučen) zejména



Mgr. Jiří Hron

Foto: Jan Kolman

na o následujícím: (a) o příčině a původu nemoci, jsou-li známy, (b) o účelu, povaze a předpokládaném přínosu navrhovaného léčebného postupu a o jeho rizicích, (c) o možnostech alternativních léčebných postupů, jejich přínosech a rizicích, (d) další potřebné léčbě a (e) o omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav.

Neposkytnutí informací (poučení) o zdravotním stavu pacienta

Aplikováno na náš modelový příklad lze konstatovat, že výše uvedené požadavky zákona o zdravotních službách nebyly dodrženy již v rámci úvodního rozhovoru lékaře P. B. s pacientkou Zuzanou – lékař P. B. se totiž omezil na zjištění toho, zda paní Zuzana dodržela režimová opatření před zákrokem, a namísto toho, aby paní Zuzaně poskytl zákonem stanovená poučení týkající se kolonoskopického vyšetření a dal jí možnost klást doplňující dotazy, předložil pacientce k podpisu formulářový informovaný souhlas s provedením kolonoskopického vyšetření.

Povahou tzv. formulářových informovaných souhlasů se totiž již ve své rozhodovací praxi zabýval Nejvyšší soud České republiky,

přičemž uzavřel, že písemné podklady, zejména různé formuláře zpravidla nemohou poučení podané v rámci rozhovoru lékaře s pacientem plně nahradit (a mohou tak plnit pouze doplňkovou a podpůrnou funkci), neboť je nutno vyvarovat se toho, aby docházelo k natolik formálním procesům, že pacient pouze podepíše předtisk (v řadě případů navíc standardizovaný), aniž by byl dostatečně srozumitelně seznámen s relevantními informacemi.¹

Jinými slovy, přestože je zachycení souhlasu pacienta v písemné podobě více než doporučeníhodné (mimo jiné právě s ohledem na budoucí možné soudní spory s pacientem, kdy může být souhlas pacienta použit jako důkazní prostředek), nelze písemným souhlasem pacienta nahrazovat rozhovor mezi lékařem a pacientem, během kterého by měl pacient obdržet příslušné informace o jeho zdravotním stavu a měla by mu být dána možnost klást doplňující dotazy. Význam takového rozhovoru mezi lékařem a pacientem potvrdil i Nejvyšší soud České republiky ve výše zmíněném rozhodnutí, kde dále uvedl: „Teprve v důsledku této vzájemné interakce je dán dostatečně kvalifikovaný a adekvátní podklad pro rozhodnutí pacienta a udělení informovaného souhlasu, čímž je dostatečně zaručen výkon jeho práva na sebeurčení.“

¹Viz. rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 20. 1. 2023, sp. zn. 25 Cdo 3100/2021, dostupné na www.nsoud.cz.

V souvislosti s rozsahem poučovací povinnosti, konkrétně pak poučením o rizicích navrhovaného léčebného postupu ještě upozorňujeme na závěry dalšího rozhodnutí Nejvyššího soudu České republiky, v rámci kterého soud uvedl, že při poučení pacienta je nutno vycházet z kombinace pravděpodobnosti rizika určitého možného nepříznivého vývoje či nepříznivých následků zákroku a závažnosti takových následků pro celkový zdravotní stav pacienta. Tedy jinými slovy, čím závažnější budou nepříznivé následky v případě naplnění rizika, tím menší pravděpodobnost bude stačit ke vzniku povinnosti o nich pacienta poučit².

V tomto ohledu pak například Obvodní soud pro Prahu 6 v jednom ze svých rozhodnutí uzavřel, že lékař (poskytovatel zdravotní péče) měl informovat pacienta o riziku zákroku v podobě chronických průjemových stolic, neboť toto riziko bylo známo již v době před zákrokem (operací) a vyskytovalo se v 1,2 % případů, což soud považoval za riziko nikoliv zanedbatelné (k tomu viz rozhodnutí Obvodního soudu pro Prahu 6, sp. zn. 11 C 115/2019-140).

Poskytnutí poučení o zdravotním stavu pacienta k tomu nepovolanou osobou

Další pochybení v rámci úvodního rozhovoru pacientky Zuzany s lékařem P. B. lze spatřovat i v tom, že lékař P. B. nechal podepsat pacientku Zuzanu i informovaný souhlas s provedením celkové anestezie.

Zákon o zdravotních službách totiž vyžaduje, aby informace o zdravotním stavu ve smyslu ust. § 31 odst. 2 zákona o zdravotních službách (viz již výše) podal pacientovi ošetřující zdravotnický pracovník (typicky lékař) způsobily k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká.

Pokud tedy lékař P. B., který není anesteziologem, nechal podepsat paní Zuzanu souhlas s provedením anestezie (k provedení kteréžto zdravotní služby však není lékař P. B. způsobilý), jednalo se o porušení povinností lékaře (poskytovatele zdravotnických služeb).

Obdobně pak lze pohlížet i na skutečnost, že během přípravy pacientky na lékařský zákrok zodpověděla zdravotní sestra paní Zuzaně její dotazy týkající se kolonoskopického vyšetření, neboť tyto dotazy paní Zuzany měly být zodpovězeny toliko ošetřujícím lékařem, tedy lékařem P. B. (a tedy

nikoliv zdravotní sestrou, která není, jako ne-lékař, k provedení dotčeného lékařského zákroku způsobilá).

V této souvislosti lze již jen dodat, že případ, kdy zdravotní sestra dává podepsat pacientovi informovaný souhlas s lékařskými zákroky (neboť, jak mnohdy slyšíme, úkolem lékařů je léčit, a nikoliv dělat administrativu), je jednou z nejčastějších chyb českého zdravotnictví v této oblasti, která může velmi snadno vést k neúspěchu lékaře či zdravotnického zařízení v případě s pacientem, neboť takto udělený (získaný) souhlas nelze považovat za platný, a tedy jakýkoliv lékařský zákrok provedený na jeho podkladě tak nelze považovat za legální.

Nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace, resp. ztráta zdravotnické dokumentace či její části

Posledním pochybením, které lze na modelovém příkladu pacientky Zuzany ilustrovat, je pochybení lékaře (poskytovatele zdravotní péče) v oblasti vedení zdravotnické dokumentace, neboť v případě paní Zuzany došlo ke ztrátě části její zdravotnické dokumentace.

Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci, a tedy i zabezpečit zdravotnickou dokumentaci proti ztrátě má lékař (poskytovatel zdravotních služeb), přičemž důsledkem nesplnění této povinnosti může být až neúspěch lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) v případném soudním sporu s pacientem.

Přestože v řízeních před soudy obecně platí, že břemeno důkazní (tedy povinnost prokázat svá tvrzení) primárně stíhá žalobce (tedy v medicínských sporech typicky pacienta), judikatura Ústavního soudu České republiky v určitých situacích připouští uvedené obecné pravidlo modifikovat, neboť striktní dodržování standardního rozložení důkazního břemene by mohlo v určitých specifických případech vést až k porušení ústavně garantovaného práva na spravedlivý proces a v něm obsažené zásady rovnosti zbraní.³

Dle ustálené judikatury Ústavního soudu České republiky a obecně přijímaného názoru odborné veřejnosti mezi tyto specifické případy patří právě medicínské spory, u kterých lze obecně považovat poškozenou stranu (pacienta) za slabší stranu, neboť je to žalovaná strana (poskytovatel zdravotních

služeb), která má obvykle k dispozici důkazy potřebné k prokázání tvrzení poškozeného (pacienta), že žalovaná strana porušila své povinnosti.⁴

V těchto specifických situacích pak může soud přistoupit k uložení povinnosti straně žalované, aby příslušný důkaz (zdravotnickou dokumentaci) předložila, s tím, že pokud strana žalovaná (poskytovatel zdravotních služeb) této povinnosti nedostojí, soud k tomu může přihlídnout při hodnocení důkazů, resp. může rozhodnout o přenesení (obrácení) důkazního břemene. V takovém případě je pak na straně žalované (poskytovateli zdravotních služeb), aby prokázala, že se strana žalovaná porušení povinností nedopustila, přičemž pokud strana žalovaná toto neprokáže (a tedy neunesie obrácené břemeno důkazní), bude to zpravidla znamenat její prohru ve sporu.

Závěr

Pokud jsme v úvodu článku zmínili, že „bude hůř“, byl tím míněn celkový společenský trend směřující k posilování ochrany toho, kdo se v určitém vztahu jeví jako slabší. Při koncipování článku jsme pochopitelně nepřehlédli argumenty poukazující na komplikace, které způsobuje anebo může způsobit rigidní trvání na formalitách informovaného souhlasu, a nakonec i samotné poskytnutí příliš znepokojivé informace pacientovi, zejména je-li spojeno s infaustní prognózou. Informovaný souhlas má v některých zemích více než stoletou tradici, o níž v České republice není velké povědomí. Nicméně v současné době je již zcela nespornou součástí právního řádu a jak řečeno, lze očekávat jeho vývoj stále více akcentující ochranu pacienta. Pacient sice nepoživá tak intenzivní ochrany jako zákazník, přesněji právní praxe akcentuje, že vztah pacienta a lékaře je složitější než vztah zákazníka a prodávajícího, ale i to má své meze. Proto nelze než naléhavě doporučit, aby lékaři (poskytovatelé zdravotní péče) přistupovali k problematice informovaného souhlasu pacienta (s poskytnutím zdravotních služeb) s náležitou péčí, neboť případné nedodržení zákonných požadavků může mít pro lékaře (poskytovatele zdravotní péče) negativní důsledky, a to přestože samotné zdravotní služby byly jinak poskytnuty plně de lege artis.

Mgr. Jiří Hron
JUDr. Tomáš Sokol

²Viz. rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 29.04.2015, sp.zn. 25 Cdo 1381/2013). dostupné na www.nsoud.cz.

³Viz. nález Ústavního soudu ze dne 9. 5. 2018 sp. zn. IV. ÚS 14/17, dostupné na <https://nalus.usoud.cz>

⁴Takto na problém pohlíží i odborná literatura, viz např. Lavický P. Důkazní břemeno v civilním řízení soudním. Praha: Leges, 2017, s. 229.

Projekt Terapie budoucnosti představuje současné i budoucí možnosti léčby pacientů

V posledních dvaceti letech prošla světová farmakoterapie bouřlivými změnami, které posunuly medicínu o velký krok kupředu. Zdravotníci mohou používat inovativní léčebné postupy, například v onkologii, kardiologii či neurologii, a také nová léčiva, která se připravují pacientům na míru. Využívají přitom principy molekulární biologie, pracují s DNA nebo RNA. Ne vždy jsou ale s novinkami dobře seznámeni i lékaři. O nejmodernějších léčebných směrech současných i budoucích proto už dva roky informuje edukační projekt Terapie budoucnosti Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP), jež ve spolupráci s Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) pořádá online vzdělávací semináře a přednášky. Navštívily je už stovky českých lékařů a jejich zájem roste.

„Principy moderní farmakoterapie jsou většinou lékařům málo srozumitelné. Jsem proto velmi rád, že se podařilo realizovat s AIFP projekt Terapie budoucnosti. Jednotlivé přednášky lze sledovat v reálném čase online nebo ze záznamu na webu České lékařské společnosti. Projekt začal přednáškou o CAR T, následovala řada přednášek zaměřených na nové farmakologické postupy např. v onkologii, kardiologii či neurologii. Jsem rád, že se daří tento společný projekt ČLS JEP a AIFP realizovat a dále rozvíjet,“ říká úvodem prof. MUDr. Štěpán Svachna, DrSc., MBA, předseda ČLS JEP.

Individuální léčba na míru – CAR T

Jedním z příkladů nových terapií, které znamenají převrat ve způsobu léčby, je CAR T buněčná terapie. Zatím se používá pro pacienty s některými nádorovými nemocemi krve. „Jde o tzv. živé léky, jež se připravují v několika málo laboratořích světa z vlastních upravených buněk pacienta. Českým pacientům jsou tyto přípravky dostupné v certifikovaných lékařských centrech, vývoj každého jednoho léku trvá několik týdnů,“ říká ředitel AIFP Mgr. David Kolář.

V současnosti se zkoumají další možná rozšíření léčebných možností, zejména pro onkologická onemocnění včetně solidních nádorů. Oproti tradiční obdobné léčbě dimenzované pro všechny pacienty je CAR T buněčná terapie jiná. Její přípravky se podávají pouze jednorázově a každému pacientovi na míru z jeho vlastních upravených bílých krvinek (tzv. T-lymfocytů). Takto cílené léky dokážou nejlépe identifikovat nádorové buňky pacienta a následně je zničit.

„Zatím se CAR T buněčná terapie používá u pacientů s některými nádorovými nemocemi krve, jako jsou některé typy lymfomů a leukemií, u nichž selhala klasická léčba. Do CAR T terapie vkládáme velké naděje, protože umožní žít lidem déle a vyléčení pacienti bu-

dou moci dále pracovat a být společností prospěšní,“ vysvětluje Mgr. David Kolář. U dětí se CAR T podává pouze ve Fakultní nemocnici v Motole, u dospělých na pěti dalších pracovištích – Fakultní nemocnice Brno, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice Plzeň a Ústav hematologie a krevní transfuze (ÚHKT). Inovativní farmaceutický průmysl usiluje o to, aby se moderní terapie dostaly co nejrychleji k pacientům. Jedním z řešení by byly úhrady na základě úspěchů léčby nebo rozložení úhrad v čase.

Aktivace imunitní odpovědi – mRNA

Do terapie budoucnosti patří také technologie mRNA. Přestože je v současnosti známá zejména v souvislosti s vakcínami proti covid-19 a jako prevence infekčních onemocnění, v budoucnu se podle odborníků bude používat i k léčbě nádorových onemocnění nebo autoimunitních chorob, jako jsou různé druhy leukemií, karcinomy plic, trávicího ústrojí, ledvin, HIV, cukrovky nebo melanomů.

Technologie mRNA se totiž může používat tam, kde potřebují lékaři zaktivovat imunitní odpověď pacienta proti nějakému známému antigenu, který s nemocí souvisí. Jsou to například nádorové buňky, které na svém povrchu mají typický znak – antigen. Mnohdy jsou antigeny přítomny v malém množství nebo jsou před buňkami imunitního systému skryty. Použití mRNA technologie dokáže navodit takovou imunitní odpověď, která může být schopna daný nádor vyléčit.

mRNA technologie by se mohla také použít tam, kde chybí nějaký protein. Jde například o prokrvení tkání při cukrovce nebo srdečních onemocněních, kde lze využít bílkoviny, které pomáhají vytvářet na místě se špatným oxykličněním nové cévy. mRNA technologie by mohla být schopna dodat na takové místo „plán“ pro výrobu chybějících bílkovin. To by



Mgr. David Kovář

Foto: archiv AIFP

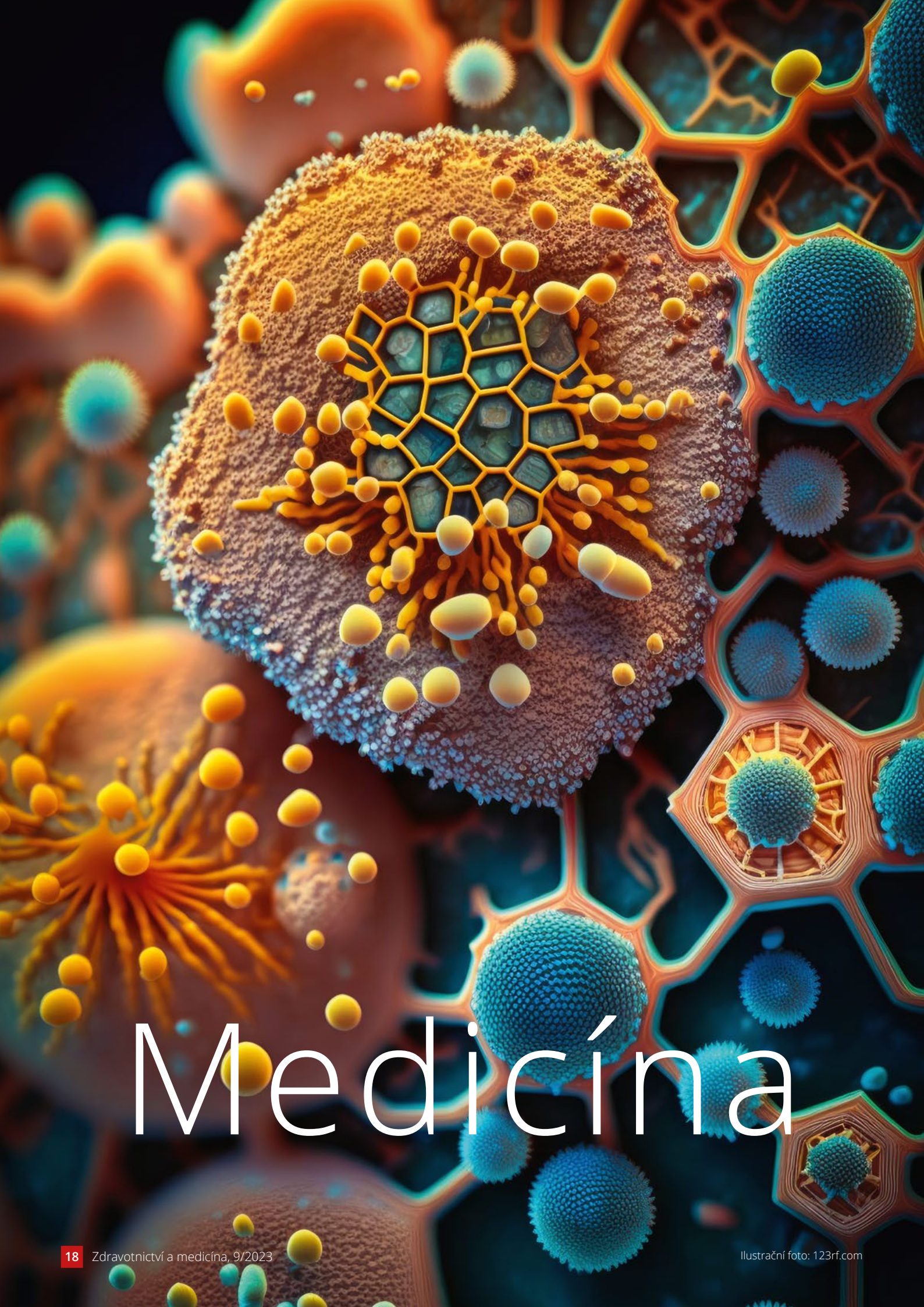
potom pomohlo vytvoření nových cévek, které by zlepšily prokrvení nedostatečně oxykličněných orgánů.

„Ještě dlouho potrvá, než se stane technologie mRNA součástí běžné léčby. Kromě používaných vakcín proti koronaviru jsou ve vývoji mRNA vakcíny proti chřipce, HIV, viru Zika, Ebolě, toxoplazmóze, vzteklině i malárii. Středobodem zájmu inovativního farmaceutického průmyslu jsou ale vakcíny proti nádorovým onemocněním,“ dodává Mgr. David Kolář.

Genová terapie a oligonukleotidy

Oblastí moderní léčby, v níž probíhá intenzivní výzkum, je i genová terapie, která cílí na opravu chybného genu, jenž způsobuje konkrétní onemocnění. Terapie může být v budoucnu využita v léčbě některých vzácných nebo nádorových onemocnění.

Nelze nezmínit také léčbu pomocí oligonukleotidů, krátkých molekul RNA nebo DNA. Vývoj této terapie se nesoustředí pouze na vzácná onemocnění, ale i na běžnější nemoci. Do budoucna se očekává, že bude léčit například onemocnění centrální nervové soustavy, svalová onemocnění, kardiovaskulární a metabolická onemocnění či oční, nádorové a plicní nemoci. (hl)



Medicína

Konference ZDRAVOTNICTVÍ 2024

Ve dnech 21. – 22. září se v Praze uskutečnilo jedno z největších a nejvýznamnějších odborných zdravotnických setkání v České republice – konference ZDRAVOTNICTVÍ 2024. Pořadatelem prestižní platformy je společnost EEZY Events & Education a Unie zaměstnavatelských svazů České republiky.

Odborná konference ZDRAVOTNICTVÍ (nyní s číslovkou 2024) je pořádána již od roku 2014. Zájem o ZDRAVOTNICTVÍ rok od roku strmě narůstá, letos pořadatelé napočítali rekordních 555 účastníků. Sešli se tu odborníci z řad zástupců poskytovatelů a plátců zdravotní péče, špičkoví manažeři firem v oboru spolu se sociálními partnery a zástupci regulátorů a vrcholu státní správy. Během dvou konferenčních dnů tak probíhaly diskuse, setkání, sdílení informací mezi zástupci fakticky všech relevantních aktérů v oblasti zdravotnictví. Hovořilo se o tom, co české zdravotnictví čeká v roce příštím, ale i o přesahu do dalšího období, protože ani o bezprostřední budoucnosti nelze na fóru, jako je toto, diskutovat bez výhledu a vize. Cílem setkání bylo nejen formulovat aktuální problémy v jednotlivých oblastech zdravotnického systému, ale i představit transformační kroky představitelů státu a zákonodárců, podpořit odbornou diskusi mezi ministerstvem zdravotnictví, poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami, nabídnout pohled na situaci v českém zdravotnictví zástupcům jednotlivých regionů, představit reálné zkušenosti z pra-

xe zaměstnavatelů i zaměstnanců a v neposlední řadě i zmapovat současný vývoj v českém lékárenství a lékové politice.

Letošní 9. ročník tradiční konference ZDRAVOTNICTVÍ zahájil předseda vlády České republiky Petr Fiala, který spolu s hejtmánem Plzeňského kraje Rudolfem Špotákem převzal nad konferencí záštitu. Oba v úvodu konference osobně vystoupili a je třeba podotknout, že návštěva premiéra vlády (a to kterékoli) na zdravotnické konferenci je velmi výjimečnou záležitostí. Premiér hovořil o dvou nejdůležitějších tématech, která v tuto chvíli české zdravotnictví řeší jako nejnaléhavější – nedostatek léků a nespokojenost mladých lékařů. Tento problém podle Petra Fialy odráží nedostatek pracovních sil ve zdravotnictví a zároveň nevyváženost mezi primární a specializovanou péčí, kdy se nemocnice stávají nejvytíženější součástí celého systému. Vláda proto hledá řešení, kde to jde: ČR se snaží vyjednat výjimku v EU, aby povolila 24hodinové směny. Lékařské fakulty už reagovaly navýšením počtu studentů, ministerstvo zdravotnictví vyhláší dotační programy na rezidenční místa, ministerstvo školství

usiluje o zjednodušení kvalifikační přípravy pro odborné asistenty ve zdravotnictví. Efekt těchto kroků se projeví až za několik let. Za významný krok ke stabilitě považuje Fiala loňské přijetí automatické valorizace plateb za státní pojištěnce. Mechanismus valorizace je nastaven tak, aby kopíroval ekonomický růst České republiky, což zvyšuje předvídatelnost celého systému. Změna má vliv na platy lékařů, na straně státu zase zlepšuje plánování výdajů a investic do zdravotnictví.

Program ZDRAVOTNICTVÍ 2024 byl rozčleněn do diskusních panelů:

- (Ne)udržitelnost českého zdravotnictví
- Revoluce v digitalizaci zdravotnictví ČR – dopad EHDS
- Digitalizace a data
- Nemocnice – úhrady v roce 2024
- Dlouhodobá péče
- Lékárenství a léková politika

Podrobněji se programu prvního dne jednání konference budeme věnovat v ZaM 10, druhý den jednání dostane prostor v ZaM 11.

Jana Jílková

Foto: Vojtěch Hanák a Radek Koňářík



Pohled do jednacího sálu v úvodu konference



Registrace účastníků konference. Každý účastník si mohl vybrat knižní dárek z vydavatelství EEZY Publishing



Registrace účastníků konference



Registrace účastníků konference



Ing. Lenka Fehérová, MHA – Ipsen Pharma



Zleva: Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA, MSc., prezident UZS ČR, a Karel Novotný, MBA, EEZY Events & Education, vítají předsedu vlády ČR prof. PhDr. Petra Fialu, Ph.D., LL.M.



Zleva: Karel Novotný, MBA, prof. PhDr. Petr Fiala, Ph.D., LL.M., a Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA, MSc.



Uvodní slovo na konferenci pronesl předseda vlády ČR prof. PhDr. Petr Fiala, Ph.D., LL.M.



Účastníci konference při neformálních diskusích ve foyer



Zleva: Mgr. Zuzana Freitas Lopesová, náměstkyně člena vlády ČR, a Rudolf Špoták, hejtman Plzeňského kraje



V pravé části: Mgr. Jan Cívín, LL.M., HARTMANN – RICO, a Ing. Tomáš Groh, managing director HARTMANN – RICO



Zleva: PhDr. Jan Šlajs, Ph.D., LL.M., a prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA



Zleva: Ing. Mgr. Jiří Pecina, MBA, MHA, zakladatel MEDDI Hub a prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., ředitel ÚZIS



Ing. Helena Horská, Ph.D., členka poradního týmu předsedy vlády a členka NERV



MUDr. Marek Janka, AKESO holding



29. interna informans

Interna informans, vzdělávací cyklus seminářů České internistické společnosti ČLS JEP, letos dospěla do svého 29. pokračování. Setkání probíhala od dubna do června, a to na celé řadě míst po celé České republice.

Program napříč prakticky celou internou moderoval prof. MUDr. Richard Česka, CSc., (III. interní klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze). Ve vlastní přednášce také představil výsledky několika nových studií z oblasti dyslipidemie a preventivní kardiologie. Například ve studii Polypill Strategy in Secondary Cardiovascular Prevention, které se zúčastnilo 2 499 respondentů ze sedmi různých zemí a jejíž výsledky byly uveřejněny v roce 2022, autoři prokázali, že lék polypill významně snižuje především riziko mrtvice a kardiovaskulární smrti. Název polypill vznikl proto, že jde o kombinaci několika léků na srdce do jedné pilulky. Během sledování pacientů, kteří se zotavovali ze srdečního infarktu, vědci zjistili, že léčba polypillem vedla k výrazně nižšímu riziku velkých nepříznivých kardiovaskulárních příhod než standardní péče. Vědci do pilulky spojili ASA, ramipril a atorvastatin a testovali 50 variací, aby nakonec přišli se správným receptem, který by byl pro další léčbu nejvýhodnější. Během tříletého výzkumu prokázali, že pacienti, kteří užívají polypill, mají o 33 % nižší kardiovaskulární úmrtnost než ti, kteří užívají zmíněné tři léky samostatně – ve skupině, která užívala léky odděleně, došlo k 71 úmrtím oproti 48 úmrtím ve skupině na polypillu. Tým sledoval čtyři hlavní kardiovaskulární události: úmrtí na problémy související se srdcem, další nefatální infarkt, nefatální mrtvice a blokováná tepna vyžadující revaskularizaci (obnovení cévního zásobování). Výsledky odhalily, že pacienti užívající polypill měli o 24 % nižší riziko všech čtyř událostí než druhá skupina. Rozdíl způsobil lidský faktor, problém s více pilulkami je v nízké compliance pacientů. Dlouhodobě užívá všechny své léky podle pokynů lékaře méně než 50 % pacientů. Stejně jako studie o polypillu přesvědčivě pozitivně dopadla i studie CLEAR o bezpečnosti a účinnosti léčby kyselinou bempedovou, což je látka snižující hladinu cholesterolu užívaná v léčbě hypercholesterolemie. Jde o proléčivo (prodrug), které v játrech – po aktivaci enzymem SLC27A2 na thioester s koenzymem A – inhibuje ATP citrát lyázu, jeden z enzymů biosyntézy cholesterolu. Výsledky studie CLEAR naznačují, že kyselina bempedová zlepšuje dlouhodobé kardiovaskulární výsledky a účinně snižuje LDL-C u pacientů

bud s prokázaným aterosklerotickým kardiovaskulárním onemocněním, nebo u pacientů s vysokým rizikem pro něj a s intolerancí statinové terapie. Podle profesora Česky to jsou velmi slibné poznatky, které rozšiřují současné možnosti terapií snižujících lipidy. Teď se očekávají ještě další studie, a to srovnávající kyselinu bempedovou s jinými nestatinovými hypolipidemiky, jako je ezetimib a inhibitor PCSK9. Podstatné budou samozřejmě údaje o efektivitě nákladů.

Žilní trombózu nelze léčit „od oka“

„Praktické aspekty léčby chronického žilního onemocnění ve světle nových souvislostí“ nazval svůj příspěvek angiolog MUDr. Tomáš Hauer (Cévní centrum České Budějovice, Kardiologická klinika 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Nemocnice České Budějovice). Zdůraznil mimo jiné, že jen zdanlivě jsou v kontextu „závažných“ onemocnění žil jen marginálním problémem. Ve skutečnosti jde o významnou morbiditu, která nejen ústí v častou pracovní neschopnost pacienta nebo jeho nutnost změny zaměstnání, ale i čerpá 1–3 % celého zdravotnického rozpočtu. Má vysokou prevalenci: postihuje až 1/3 žen a až 1/5 mužů. Zároveň až 3 % všech pacientů s nimi trpí jejich těžkými formami – všemi formami bérkové ulcerace, a to v různých fázích. Mají i mortalitní implikace. Velkou pozornost je třeba věnovat i pacientům s povrchovou žilní trombózou delší než 5 cm, pacient okamžitě musí absolvovat akutní cévní ultrazvuk, nelze léčit „od oka“. Léčba je nízkomolekulárním heparinem. Pokud jde o chronická žilní onemocnění a zásady konzervativní léčby, jsou nadále základem režimová opatření, komprese s dobře vybranou punčochou (ale podle průzkumu dr. Hauera si 73 % pacientů předepsanou punčochu vyzvedne, ale nenosí ji!). Trias doplňuje farmakoterapie venofarmaky s prokázaným účinkem podle guidelines – léky, které potírají co největší počet patologických příčin onemocnění a zároveň takovými, které potlačují co největší množství symptomů žilní nedostatečnosti. Podle guidelines jsou to jen dva léky – extrakt z ruscusu a MPFF (mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce). Jenom tyto dva mají na symptomy žilní insuficience prokázanou

účinnost a fungují i na bérčovou ulceraci. Platí, že léčba musí být vždy dlouhodobá.

SGLT2 snižují riziko progresí chronického onemocnění ledvin

Nové možnosti chronického onemocnění ledvin (CKD) v ordinaci internisty nastínil prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc. (Klinika nefrologie, Transplantační centrum Institutu klinické a experimentální medicíny). CKD je definováno jako funkční nebo strukturální abnormalita ledvin, která trvá déle než 3 měsíce a má dopad na zdraví nositele. Kritéria pro CKD jsou přítomnost poškození ledvin a/nebo pokles funkce ledvin (pod $1,0 \text{ ml} \cdot \text{s}^{-1} \cdot 1,73 \text{ m}^2$). Jde o onemocnění s vysokou prevalencí (11–13 % v obecné populaci), ta se zvyšuje spolu se stárnutím populace a rostoucím výskytem diabetu a hypertenze. Snížená funkce ledvin a albuminurie predikují kardiovaskulární mortalitu u diabetiků, ale i u nediabetiků. Značně vysoká je pravděpodobnost srdečního selhání v populaci nemocných s nezvratným selháním ledvin. Zdá se, že CKD a srdeční selhání možná mají velmi podobnou patogenezi. I podle vyhlášky o preventivních prohlídkách by se u pacientů starších než 50 let s diabetem a/nebo hypertenzí a/nebo kardiovaskulárními komplikacemi mělo jednou za 4 roky provádět laboratorní vyšetření sérového kreatininu a odhad glomerulární filtrace. Doporučena je celá řada terapeutických opatření, která progresi CKD zpomalují (blokáda systému RAAS, SGLT2 inhibitory, léčba hyperlipidemie, kontrola glykemie, omezení bílkovin a soli v dietě, nekuřáctví, pohybová aktivita). Doložen je renoprotektivní účinek dapagliflozinu – rozhodně už není pouze antidiabetikum a podle profesora Viklického je velmi přínosné, že renoprotektivní efekt dapagliflozinu byl prokázán jak u diabetiků, tak u nediabetiků.

Srdeční selhání u diabetiků

Téma srdečního selhání (HF), konkrétně u diabetiků, rozvedl ve své přednášce doc. MUDr. Josef Kořínek, Ph.D. (Komplexní kardiovaskulární centrum Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy). HF je provázáno vysokou morbiditou i mortalitou – pacienti s HF jsou velmi

složiti, protože vedle samotného srdečního selhání mívají další choroby – nejčastěji jde o diabetes mellitus, dále CHOPN, renální insuficienci a celou řadu dalších. Proto se lékaři snaží hledat model péče, který ovlivní nejen samotné srdeční selhání, ale i komorbiditu. Diabetes patogeneticky ovlivňuje i vznik HF a je jeho velkým rizikovým faktorem, může provázet všechny tři typy srdečního selhání. Lze předpokládat, že v ČR je až sto tisíc diabetiků se srdečním selháním, už proto je to velice závažný problém. Docent Kořínek podrobně popsal i sled diagnostických kroků při podezření na HF, přičemž upozornil, že EKG a rtg mají pro diagnostiku HF jen okrajový význam. U dušnosti jako jednoho ze symptomů HF připomněl, že je třeba dovyšetřit její příčiny, i pokud se neprokáže HF. Pokud jde o terapii HF, jsou k dispozici evropská doporučení z roku 2021. Nově se v guidelines vyskytují i glifloziny. „Obecně je terapie HF podobná jako u nediabetiků, ale je třeba si dát pozor na některé specifické problémy, jako je například chronotropní inkompetence,“ připomněl přednášející.

Pomoc pro pacienty s intolerancí velkých dávek statinů

MUDr. Antonín Novák (Kardiologická ambulance EUC kliniky Ústí nad Labem) ve svém příspěvku nazvaném Moderní hypolipidemická léčba pro dosahování cílových hodnot LDL cholesterolu přiblížil své zkušenosti s inklisiranem, což je dvouvláknová, malá interferující RNA snižující cholesterol, konjugovaná na sense vlákně s trianteraním N-acetylglalaktosaminem pro usnadnění absorpce hepatocyty. U pacientů s aterosklerotickým kardiovaskulárním onemocněním (tento termín nyní nahrazuje dřívější „kardiovaskulární onemocnění“) v sekundární prevenci na pracovišti dr. Nováka nasadili léčbu inklisiranem u 20 nemocných, dva z nich byli ve vysokém KV riziku. Většina pacientů netolerovala maximální dávku běžně dostupných hypolipidemik (převážně šlo o statiny, vzácně ezetimib). Prakticky u všech pacientů dosáhli už po měsíci značného poklesu LDL, v průměru o 59 %. Aplikace inklisiranu ale může zlepšit i adhezenci k léčbě statinem + ezetimibem.

Perorální léčba nedostatku vitamínu B₁₂

Multidisciplinární zkušenosti s perorální léčbou nedostatku vitamínu B₁₂ představili ve speciálním bloku tři přednášející – profesor Česka, prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc. (Geriatrická interní klinika 2. lékařské fakulty

Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole) a prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc. (Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty ISCARE). Profesor Česka připomněl obecné příznaky deficitu tohoto esenciálního vitamínu – od vnitřních, jako je anémie, předčasné fyzické vyčerpání, apatie, přes neuropsychiatrické, jako je narušená paměť, deprese, demence, až po neurologické, což je například parestezie nebo narušená citlivost. Deficit B₁₂ lze očekávat u léků, které snižují jeho vstřebávání, dále obecně ve věku nad 60 let, u veganů, při chorobách GIT, ale i u diabetu, onemocnění jater a autoimunitních onemocnění. Pro laboratorní diagnostiku jeho deficitu má nejvyšší senzitivitu test ke stanovení biologicky aktivní části vitamínu B₁₂, tedy holotranskobalaminu, ale zpravidla postačuje i standardní test dostupný i v menších laboratořích. Substituce vitamínu B₁₂ je možná nejen parenterální, ale i perorální cestou, ale je třeba ho podávat dostatek, což bývá problémem u doplňků stravy. „Mívají v dávce cca 50 µg B₁₂, zatímco B₁₂ gamma má v dávce 1000 µg, a tak, ačkoliv jde o perorální podání, dosáhne se po třech měsících stejné hladiny jako podáváním injekčním. Vstřebávání B₁₂ je možné i difúzí (bez přítomnosti vnitřního faktoru), ale dávka musí být dostatečná,“ zdůraznil profesor Česka. Profesor Kvapil upozornil, že se u nás léčí cca 650 tisíc ze všech diabetiků metforminem a ti všichni jsou i ohroženi deficitem vitamínu B₁₂, deficit roste přímo úměrně s dávkou metforminu a délkou jeho používání. Prvními příznaky jsou postižení nervového systému a kryjí se často s diabetickou neuropatií. Podle profesora Kvapila jde nejčastěji o kombinaci obojího a na deficit vitamínu B₁₂ je třeba u pacientů na metforminu pomyslet, i pokud si stěžují například na parestezii. „Nedostatek vitamínu B₁₂ je běžná, ale mnohdy opomíjená komplikace i u pacientů s IBD, zejména u pacientů s Crohnovou chorobou. Injekční forma podání B₁₂ je bolestivá, navíc je problém s aplikací při antikoagulační terapii, problém je i u pacientů s malnutricí. Dosud injekčně podávaná udržovací dávka 1× za 3 měsíce je mnohdy nedostatečná,“ řekl profesor Lukáš. V ISCARE proto provedli studii na ověření efektivity a tolerance suplementace deficitu B₁₂ orálním podáváním vysokých dávek B₁₂ gamma pacientům s Crohnovou nemocí po resekci terminálního ilea. Studie prokázala, že p.o. podání u nich k potřebnému doplnění hladiny vitamínu funguje už velmi brzy, ovšem je třeba v něm nadále pokračovat. Pro pacienty je to výhodné nejen proto, že je to nebolestivá forma podání, ale je to řešení i pro pacienty s antikoagulační terapií, kde intramuskulární podání může být problematické.

Příprava střeva před koloskopickým vyšetřením

Mortalita na kolorektální karcinom poklesla ČR v mezinárodních srovnáních z první příčky (v roce 1990) na stávající 23. místo. Rozhodující zásluhu na tom má Národní program screeningu kolorektálního karcinomu, už v letech 2006–2021 bylo v rámci něj provedeno 426 tisíc preventivních koloskopií a u 161 tisíc osob při nich byly odstraněny adenomové polypy, z nich 42 % byly adenomy pokročilé. Celkem se u nás provede ročně 250 tisíc koloskopií, většina ale z důvodů nějaké symptomatologie. Pro úspěšnost vyšetření je nezbytným předpokladem dokonalá očista střeva. „Dokonalé očištění střeva před koloskopií zvyšuje pravděpodobnost záchytu adenomů, což bývají prekursori vzniku kolorektálního karcinomu, riziko přehlédnutí je vyšší v pravém tračníku, to je při nedokonalé přípravě téměř jisté,“ zdůraznil ve svém příspěvku profesor Lukáš. Nicméně 25 % pacientů přichází špatně připraveno, a tak je u nich koloskopie fakticky zbytečná. Vedle zbytků ve střevě je do určité míry překážkou vyšetření i zabublení, dochází k němu po některých přípravcích (konkrétně například po Fortrans). K dispozici je standardní polyetylglykol (4 litry), nízkoobjemový polyetylglykol (2 litry, magnesium citrát se stimulačním laxativem (2 × 150 ml), roztok sulfátu (1 litr). Nepoužívají už se fosfátové roztoky (ovlivňovaly vzhled sliznice). Nízkoobjemové přípravky jsou pacienty oblíbené způsoby přípravy, ale pacient musí vědět, že k nim stejně musí vypít další 2 l čirých tekutin, aby se skutečně odplavily střevní zbytky. V ISCARE srovnávali ve studii na 780 pacientech vliv čtyř přípravků – Fortrans, Picoprep, Moviprep a Clensia – na kvalitu očisty střeva a zjistili, že v tomto aspektu mezi nimi není základní rozdíl. Základními faktory ovlivňujícími kvalitní očistu střeva před kolposkopickým vyšetřením jsou dělená příprava (pacient by ji měl preferovat, ale druhá dávka projímadla by měla být děle než 5 hodin před vyšetřením) a zásadní je vypít veškerého objemu projímadla. Proti zabublení pomáhá použití přípravku s obsahem simethiconu (Clensia). Studie také ukázala, že tolerance přípravy je nižší v mladších věkových skupinách (pod 50 let) a u žen, protože ty hůře tolerují vypít větší množství tekutiny. Nepřekvapivě je tolerance pacientů vyšší při použití nízkoobjemových projímadel. „Pozitivní je, že není rozdíl v kvalitě přípravy u pacientů přicházejících ke screeningu a těch, kterým se vyšetření provádí pro symptomy nebo ke kontrole IBD,“ uzavřel profesor Lukáš.

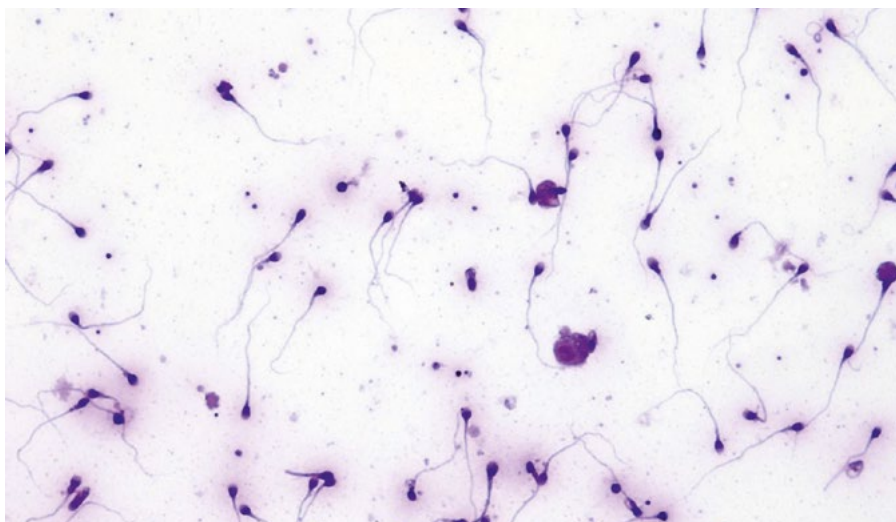
Jana Jílková

Hodnocení spermogramu

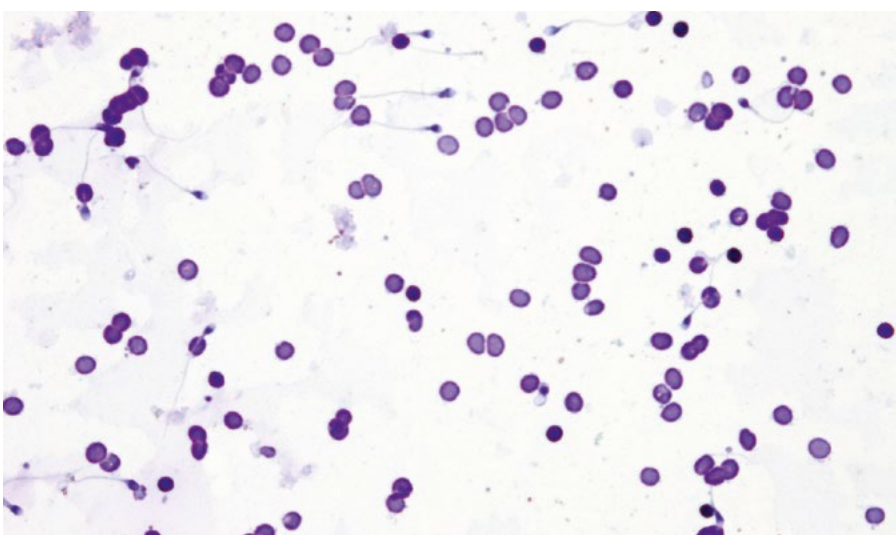
Pro potřebu standardizace spermatologické diagnostiky vydává WHO opakovaně příručku „WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen“. První vydání vyšlo v roce 1980, další aktualizovaná v roce 1987, 1992, 1999 a 2010. Poslední revize vyšla v roce 2021 (WHO, 6th Edititon, 2021). Za posledních 70 let dochází k trvalému zhoršování spermogramu a postupnému snižování normy normálního spermogramu. V roce 1951 byla dolní hranice 80 mil./ml, v roce 1964 došlo k přehodnocení na 40 mil./ml, v roce 1980 na 20 mil./ml a v roce 2021 stanovilo WHO jako normu 16 mil./ml.

Spermogram je základním vyšetřením mužské plodnosti. Aby byly výsledky vyšetření spermogramu u jednoho pacienta srovnatelné, je nutné, aby vyšetření byla provedena za stejných podmínek, tedy stejnou metodikou, při konstantní době pohlavní abstinence před vyšetřením. Optimální je, pokud vyšetření provádí lékař, který pacienta pak dále vyšetřuje klinicky, léčí jej a má možnost srovnání stavu před terapií a po ní. Normální sperma je směsí spermatozoí suspendovaných v sekretech z varlat a nadvarlat, která jsou smíchána se sekretem z prostaty, semenných váčků a bulbo-uretrálních žláz v okamžiku ejakulace. Konečným výsledkem je viskózní tekutina nazývaná ejakulát (semeno, sperma). Analýza spermatu poskytuje esenciální informace o stavu fertility daného muže. Je proto nutné, aby odběr a analýza spermatu byly prováděny za standardizovaných podmínek, aby výsledky poskytovaly validní informace. Metody vyšetření dělíme na standardní, specifické a výzkumné.

Pacient má být jednoznačně poučen o způsobu odběru ejakulátu, eventuálně o jeho transportu. Před vyšetřením je nutná konstantní doba několika dnů bez ejakulace, dle WHO manuálu 48 hodin až 7 dnů. Při jednotlivých vyšetřeních by však tato doba měla být stejná. Stabilizace (tj. minimální výkyvy) parametrů spermogramu nastává třetí až pátý den ejakulační abstinence. V laboratoři je nutno vzorek jednoznačně identifikovat, zaznamenat čas od poslední ejakulace, dobu odběru, kompletnost vzorku, případné problémy při získání vzorku, interval mezi odběrem a analýzou. Vzorek má být získán masturbací, nikoliv při coitus interruptus, aby nemohla uniknout první porce ejakulátu, nejbohatší na spermie, mimo nádobu. Není možné použít běžné kondomy, neboť latex působí spermicidně. Nejlepší je okamžité zpracování čerstvého ejakulátu odebraného v laboratoři do čisté, širokohrdlé sklenice, která nemusí být sterilní, musí však být prostá jakýchkoliv zbytků dezinfekce a chemikálií. Pokud pacient není schopen v určitém času a prostoru dosáhnout ejakulace, je možný odběr v domácím prostředí. Pacient však musí dostat nádobu, písemné



Obr. 1 Normospermie, barveno krystalovou violetí, zvětšení 40×



Obr. 2 Hemospermie

pokyny, jak správně provést odběr, a je nutno mu zdůraznit, že vzorek musí být kompletní. Transport ke zpracování nesmí trvat déle než 60 minut. Nádobu musí být transportována ve tmě, při teplotě blízké teplotě těla (ne méně než 20 °C, ne více než 40 °C). K iniciálnímu vyšetření je třeba zpracovat dva vzorky ejakulátu, časově od sebe více než 7 dnů, méně než 3 týdny vzdálené. Jsou-li hodnoty v těchto nálezech velmi rozdílné, je nutné třetí vyšetření.

Vzorky ejakulátu mohou obsahovat choroboplodné zárodky (viry hepatitidy B, HIV, herpes viry, cytomegaloviry), podle toho je nutno s nimi zacházet, aby nedošlo k přenosu infekčního agens. Pokud jsou odebírány vzorky na kultivaci spermatu, k intrauterinní inseminaci či k *in vitro* fertilizaci, je nutno použít sterilní odběrové nádoby a techniky. Zásady bezpečného zacházení s biologickým materiálem je nutné bezpodmínečně dodržovat.

Normální spermiogram podle WHO 2021

Po sexuální abstinenci 2–7 dní:

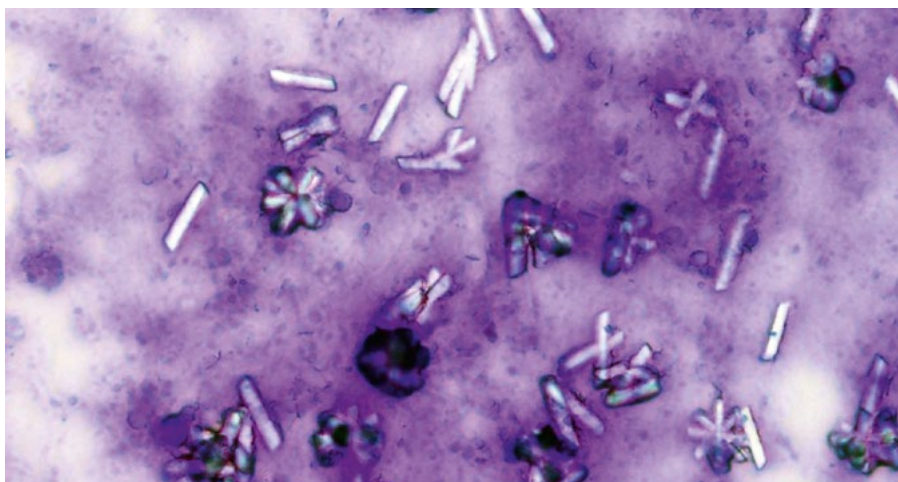
- objem 1,5–4,8 ml
- pH 7,2–7,8
- spermií nad 16 milionů/ml
- celkový pohyb: 40 %
- progresivní pohyb: 32 %
- morfologie: normální formy spermií 4 %

Hodnocení nálezů

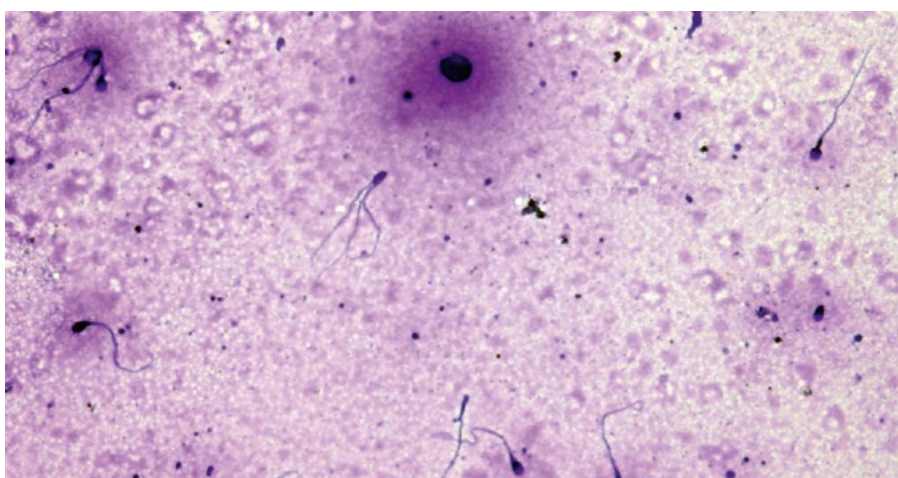
Pokud mluvíme o kvalitě/kvantitě ejakulátu jako takového, používáme koncovku -spermie, pokud se ovšem chceme vyjádřit k počtu či vlastnostem spermií v ejakulátu obsažených, používáme termíny končící na -zoospermie.

- aspermie – úplná absence ejakulátu
- pyospermie – leukocyty v ejakulátu;
- hemospermie – erytrocyty v ejakulátu;
- normozoospermie – parametry jsou v mezích normy;
- oligozoospermie:
 - pod 16 mil./ml, pravděpodobnost oplodnění může být snížena
 - pokles pod 5 mil./ml – oligospermia gravis;
- astenozoospermie – pohyb spermií je nižší než normálně, vyšší procento defektních forem;
- teratozoospermie – příliš mnoho morfologicky nenormálních spermií;
- azoospermie – spermie chybí;
- nekrozoospermie – jsou přítomny jen avitální spermie;
- cryptozoospermie – nepřítomnost spermií v nativním vzorku, po centrifugaci přítomnost malého množství spermií (slouží pro odlišení azoospermie, která má nejčastěji obstrukční etiologii, od závažné poruchy zárodečného epitelu)
- kombinace výše uvedených patologií: oligoastenozoospermie, oligoastenoteratozoospermie, asthenoteratozoospermie, oligoteratozoospermie.

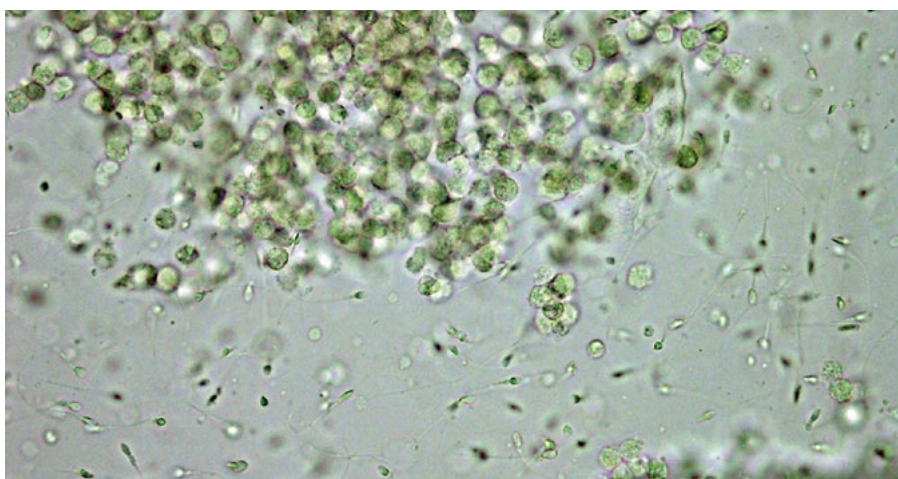
Vyšetření ejakulátu je vhodné podstoupit v případech, kdy během 12 měsíců pravidelného nechráněného pohlavního styku nedojde k úspěšnému početí. Takto také zní definice pro neplodnost, přičemž toto kritérium v současné době splňuje přibližně 20 % párů v produktivním věku. Vyšetření je možno provést i preventivně. Toto preventivní stanovení spermiogramu je vhodné pro každého muže, který tuší, že někdy v budoucnu bude chtít mít potomka. Informace o stavu vlastního ejakulátu je užitečná, ať už pro případný klid, že je vše v pořádku, tak pro možný záchyt případů,



Obr. 3 Močové krystaly v ejakulátu



Obr. 4 Teratozoospermie



Obr. 5 Leukospermie

kdy spermiogram zcela v pořádku není, ale jen díky režimovým opatřením se s tím ještě něco dá dělat. Stejně tak je možné zachytit případy, kdy pravidelný nechráněný pohlavní styk by ke zplodění dítěte nevedl, a pacient díky této informaci nemusí v budoucnu ztrácet čas a rovnou může podstoupit odbornou léčbu u androloga, kdy v krajním případě mo-

hou být pacientovy spermie získány invazivním chirurgickým zákrokem přímo z varlete či nadvarlete.

Marek Broul^{1,2}, Petra Kubíková¹

¹Sexuologické oddělení, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

²Urologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Nemocnice Litoměřice, o. z.

Biologické mechanismy stojící za premenstruačním syndromem a premenstruační dysforickou poruchou

Premenstruační syndrom (PMS) a premenstruační dysforická porucha (PMDD) se vyskytují několik dní před nástupem menstruace a jsou spojovány se souborem příznaků nepohodlí u žen. Etiologie může být multidimenzionální a komplikovaná. K jejich rozvoji přispívají různé rizikové faktory, včetně stravy, obezity nebo psychických traumat. PMDD může způsobit úzkost a je charakterizována afektivními symptomy (afektivní labilita, podrážděnost, úzkost nebo deprese), změnami chování (ztráta zájmu, snížená koncentrace) a fyzickými příznaky.

Premenstruační syndrom je popisován jako cyklická recidivující porucha, která se objevuje v luteální fázi cyklu a významným způsobem ovlivňuje chování a psychický stav ženy. Průběh a intenzita obtíží jsou různé. Významným znakem je výskyt obtíží v druhé polovině cyklu s maximální intenzitou těsně před menstruačním krvácením a ústupem v prvních dnech po začátku menses. Světová asociace pro premenstruační syndrom (The National Association for Premenstrual Syndrome – NAPS) označuje PMS jako stav projevující se nepříjemnými fyzickými a psychickými příznaky, které nejsou způsobeny organickým nebo základním psychiatrickým onemocněním, s pravidelným opakováním v průběhu luteální fáze menstruačního cyklu a vymizením do konce menstruace.

Projevuje se somatickými symptomy, jakými jsou například únava, bolesti v oblasti břicha, beder nebo hlavy, otoky končetin, zvýšeným výskytem kožních problémů typu akné, zažívacích obtíží a další. Mohou jej doprovázet také psychické symptomy, kam řadíme například výkyvy nálad, pocity úzkosti, deprese, zhoršenou koncentraci, pocity vzteku, zlosti, nesoustředěnost apod. PMS sám o sobě není zařazen mezi onemocnění, jde o soubor symptomů cyklicky se opakujících v daném období. Přitom až 80 % žen v reprodukčním věku trpí každý měsíc příznaky PMS a u téměř 30 % žen nepochybně zasahují do každodenních aktivit. V dlouhodobém měřítku se PMS může projevit zhoršením kvality reprodukčního života ženy, a to v období přibližně tří až deseti let.

Neovlivňuje pouze jejich fyzické zdraví, duševní pohodu a psychické stavy. Postupně proniká do všech aspektů života. Ve srovnání s ženami bez PMS mají pacientky s PMS více zameškaných dnů v práci a více dní, kdy obtížně zvládají dokončit svoji práci a školní povinnosti. Výsledky studií uvádí, že ženy s PMS ztrácejí v průměru 15 % své pracovní produktivity. Některé

ženy s PMS dokonce vnímají celkové zhoršení kvality svého života, kvality pracovního života a sníženou úroveň spokojenosti se svojí kariérou. Výsledky studie provedené v Nizozemsku uvádí, že ženy s PMS mají o 27,5% nižší pracovní výkon a vnímají zhoršení svých pracovních vztahů o 23,1 %. Také studentky vysokých škol uvádějí, že PMS významně ovlivňuje jejich každodenní činnosti spojené se studiem. Celkově tak vliv PMS na profesní život a vzdělání žen s sebou přináší přímé i nepřímé ekonomické důsledky, jako jsou například zvýšené roční náklady spojené s návštěvami v lékařských ambulancích.

S reprodukčním cyklem je spojováno mnoho duševních poruch. Jde o různé fáze a procesy související s reprodukčním zdravím žen od puberty až po menopauzu, jako je pubertální deprese, premenstruační dysforická porucha (PMDD) a poporodní deprese. Přibližně 85 % žen udává mírné premenstruační příznaky alespoň jednou za měsíc a 57 % žen v reprodukčním věku zažívá v premenstruačním období mírnou podrážděnost nebo plachost a změny nálad. Asi 30–40 % žen trpí PMS a z toho u 3–8 % žen se rozvinula PMDD.

Stanovení diagnózy bývá založené na stupnici sebehodnocení, například dle denního záznamu závažnosti problémů. U tohoto diagnostického způsobu může však snadno dojít ke špatné interpretaci diagnózy. Mezi všeobecná terapeutická doporučení k předcházení problémů s PMS patří aerobní cvičení, vyvážená strava, eliminace stresových situací atd. U těžších forem premenstruačního syndromu terapeutické postupy zahrnují farmakologické, nefarmakologické a chirurgické přístupy. Antidepresiva (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) jsou obvykle první volbou u PMDD a v případě selhání konzervativní léčby je doporučovaným postupem ovariectomie.

Jako přelomové je považováno rozhodnutí WHO o zařazení premenstruační

dysforické poruchy (PMDD) do Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (ICD-11), a tím zavedení PMDD mezi oficiální lékařské diagnózy po celém světě. PMDD získala vlastní kód ICD (GA34.41), který umožňuje sladit diagnostiku, léčbu, náklady a výzkum. Tímto krokem WHO odlišila PMDD od premenstruačních symptomů PMS.

Slibné výsledky na poli diagnostiky přinesly nedávné studie, které odhalily některé nové aspekty u PMS a PMDD založené na morfologii, funkci a metabolismu mozku. Naznačují, že PMS a PMDD jsou úzce spojeny se strukturálními a funkčními proměnami v mozku v určitých klíčových oblastech temporálního laloku, jako je amygdala a hipokampus.

Menstruační cyklus

Představuje velice složité pochody v organismu ženy od menarche (počátek reprodukčního období života ženy) až po klimakterium (postupná ztráta menstruačního cyklu a ztráta plodnosti). Začátek menstruačního cyklu je zahájen prvním dnem menstruačního krvácení. Délka normálního cyklu trvá v průměru 29,5 dne. Menstruační krvácení představuje 3–5 dnů, během nichž dochází k vyloučení 50–80 ml krve. Fyziologické rozmezí normálního nástupu menstruačního cyklu je deset až patnáct let, průměrný věk menarche v naší populaci je dvanáct let a sedm měsíců. Vzhledem k tomu, že menstruační cyklus má svou charakteristickou pravidelnost a opakování, lze ho přehledně rozdělit do několika fyziologických, na sebe navazujících fází: fáze folikulární, fáze ovulační, fáze luteální a fáze menstruační. Během cyklu dochází ke změnám nejen na děložní sliznici, ale i na děložním čípku, vagině, vaječnících, vejcovodech a prsních žlázách.

Prevalence premenstruačního syndromu

Odhady prevalence diagnostikovaných PMS se velmi liší a zahrnují široký rozsah od 12 % uvedených ve studii provedené ve Francii, až po 98,2 % hlášených v průzkumu vysokoškolských studentek v Íránu. Metaanalýza provedená v 17 zemích uvádí průměr 47,8 %. Další epidemiologické studie z různých zemí odhadují, že se prevalence dysmenorey u školních dívek pohybuje mezi 43 % a 91 %. Z těchto velmi rozdílných výsledků je patrné, že etnická příslušnost, věk a kulturní normy týkající se menstruace mohou výrazně ovlivnit hodnoty prevalence a také to, jak PMS ženy vnímají.

Příznaky premenstruačního syndromu

Mezi příznaky se řadí emocionální, mentální a fyzické změny, přičemž nejběžnějšími projevy jsou podrážděnost, deprese, únava a zadržování tekutin. Před menstruací se může žena cítit emocionálně napjatě, a to v podobě podrážděnosti, plachivosti, citlivosti a deprese. Současně se mohou objevit i různé fyzické obtíže, jako jsou bolesti v podbřišku, pocit nafouknutí, citlivost a únava. Seznam všech potenciálních projevů je ve skutečnosti mnohem obsáhlejší a různorodější, některé zdroje dokonce uvádějí více než 150 různých projevů.

Příklady fyzických a psychických příznaků PMS

Fyzické

- otoky dolních končetin
- bolesti hlavy
- bolest kloubů a svalů
- pocit únavy
- změny chuťových preferencí nebo zvýšený apetit
- nadýmání
- svalové křeče
- přibírání na váze
- projevy akné
- potíže s usínáním nebo nadměrný spánek

Psychické

- podrážděnost
- smutek a deprese
- zvýšená citlivost
- problémy s koncentrací
- omezený zájem o rutinní činnosti
- vztek nebo prudké výbuchy hněvu
- napětí a pocit úzkosti

- plachťivost
- vnímání ztráty kontroly
- nedostatek energie

Etiologie

Příčiny PMS mají multifaktoriální charakter, přičemž významnou roli hrají strava, vliv prostředí a životní styl. Některé symptomy (jako otoky, napětí v prsou a váhový přírůstek) lze vysvětlit zvýšenou retencí tekutin. Mnohem složitější je však identifikovat mechanismy spojené se vznikem nervozity, podrážděnosti a dalších behaviorálních symptomů.

Možné příčiny vzniku PMS

- hormonální nerovnováha estrogenu a progesteronu,
- hyperprolaktinémie,
- hypokalcemie, subklinická hypoglykemie, deficit vitaminů,
- změna aktivity endogenních opioidů – ovariální steroidy ovlivňují koncentraci endogenních opioidů,
- zvýšená aktivita renin-angiotenzin, vyšší aktivita aldosteronu (retence tekutin).

Role ovariálních hormonů

Jednou z možných příčin vzniku PMS jsou cyklické hormonální výkyvy estrogenu a progesteronu během menstruačního cyklu, zejména během pozdní luteální fáze, kdy se tělo připravuje na menstruaci. Potlačení ovulace perorálními léky může mít příznivé účinky na symptomy PMS. Vzhledem k tomu, že ženy s PMS a bez PMS mají podobné cyklické změny v koncentracích ovariálních steroidů a nebyla nalezena významná korelace mezi hladinami progesteronu a afektivními či somatickými příznaky PMS, rozdíl, zda se PMS u dané ženy rozvine, pravděpodobně vychází z její individuality a odráží, jak její tělo reaguje na cyklické změny ovariálních hormonů v průběhu menstruačního cyklu. Z výsledků studií vyplývá, že ženy s PMS mohou mít abnormální reakci na cyklické hormonální změny, které přispívají k PMS, přestože koncentrace estrogenu a progesteronu v séru jsou v normálních mezích.

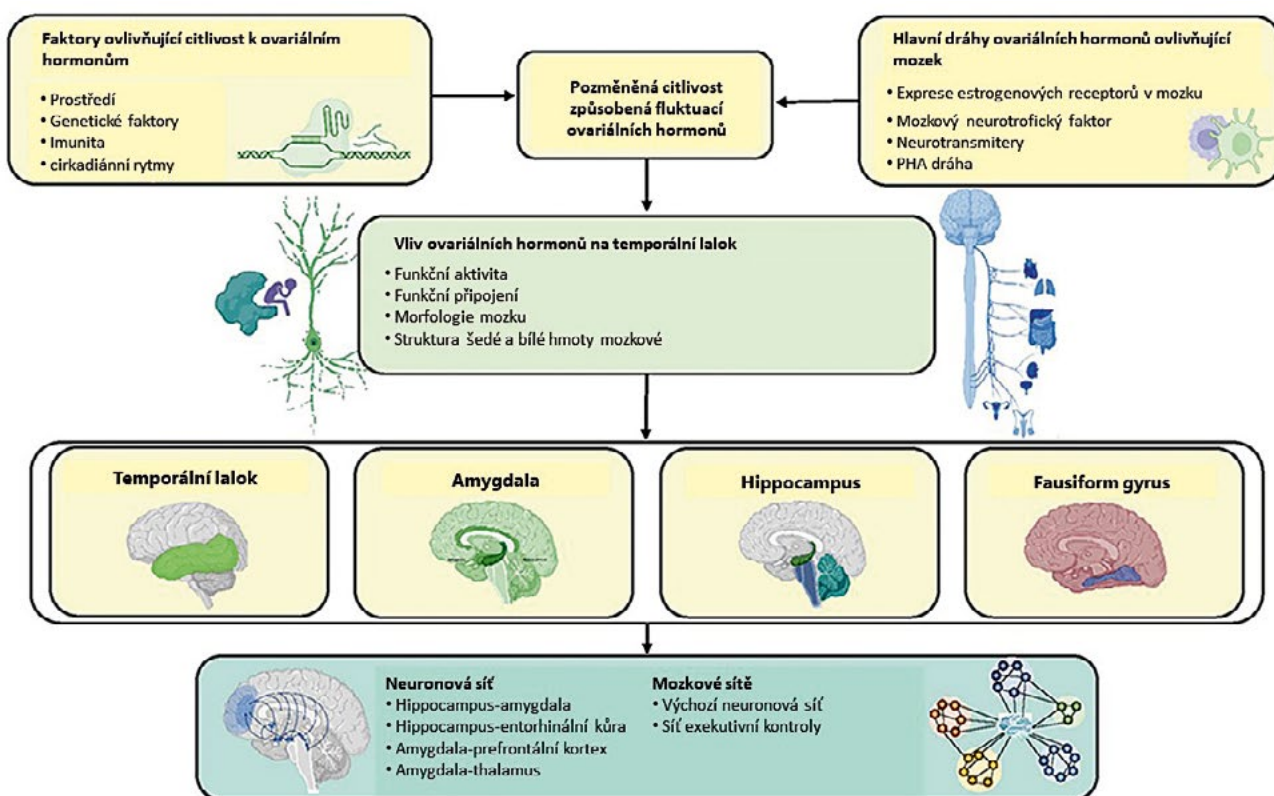
Úloha neurotransmiterů

Další příčinou PMS může být vztah mezi fluktuací ovariálních steroidů a funkcí centrálních neurotransmiterů, zejména serotoninu, kyseliny gama-aminomáselné

(GABA) a beta-endorfinů. Serotonin je zodpovědný za mnoho psychologických, fyziologických, emocionálních a behaviorálních pochodů a ženy s PMS vykazují podobné příznaky jako jedinci se sníženou hladinou serotoninu. Kromě toho použití inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu je jedním z neúčinnějších postupů v léčbě PMS. Během luteální fáze byly u žen s PMS dokonce zaznamenány odchylky v hladinách serotoninu (nižší hladiny serotoninu v plné krvi, serotoninu v krevních destičkách a serotoninových metabolitů během luteální fáze) oproti pacientkám bez příznaků PMS.

Inhibiční systém GABA je nejvíce ovládan modulacním účinkem progesteronu. Tuto hypotézu potvrdily případy, kdy došlo ke zlepšení symptomů PMS pomocí benzodiazepinových léčiv (benzodiazepin, alprazolam), která aktivitu GABA zvyšují. Navíc bylo prokázáno, že metabolity progesteronu fungují jako pozitivní alosterické modulátory GABA v mozku. U žen diagnostikovaných s premenstruační dysforickou poruchou (PMDD) byla zaznamenána změna ve vnímavosti receptorů GABAA a celkové koncentrace GABA, které mohou souviset s negativními duševními stavy spojenými s touto poruchou.

Další možnou příčinou rozvoje PMS představuje hladina endorfinů. Jejich uvolňování souvisí s uvolňováním estrogenu. Teoreticky hladina endorfinů klesá s ovulací a poté zůstává na nízké úrovni během pozdní luteální fáze, kdy hladina estrogenu opět klesá před menstruací. Bylo zjištěno, že hladiny beta endorfinů u žen s PMS během luteální fáze jsou nižší než u asymptomatických kontrol. Ačkoli to nemusí znamenat, že existuje přímá souvislost mezi nižšími hladinami endorfinů a přítomností symptomů PMS, je popsáno několik periferních projevů souvisejících se sníženou hladinou endorfinů a projevy PMS. Například snížení hladiny endorfinů potlačuje prostaglandin E1, což může vést k symptomům zácpy u PMS. Snížení uvolňování endorfinů také zvyšuje hladinu prolaktinu, což může vést k podrážděnosti, napětí a úzkosti. Zvýšené hladiny prolaktinu jsou také uváděny jako příčina citlivosti prsou. Ženy s PMS mohou mít buď potenciálně vyšší hladiny prolaktinu ve srovnání s ženami bez PMS, nebo mohou zaznamenat zvýšenou citlivost na změny hladiny prolaktinu, které přispívají k těmto premenstruačním příznakům. Další účinky endorfinů na periferní úrovni souvisí s regulací adrenokortikotropního hormonu (ACTH), který pomáhá regulovat renin-angioten-



Obrazek Schematické znázornění možných mechanismů přispívajících k rozvoji PMS a PMDD prostřednictvím ovariálních hormonů (zdroj: Long, Jingyi, et al. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13:954211).

zin-aldosteronový systém. Tento systém je zásadní pro regulaci tekutin v těle, což může mít za následek premenstruační nadržování, nárůst hmotnosti a otoky. Tyto příznaky také ovlivňuje nedostatek vitamínu B6 a hořčiku. Úloha endorfinů v symptomatologii PMS nebyla zásadně uzavřena, nicméně je zřejmé, že fyzické cvičení nabízí slibný nástroj ke zmírnění PMS díky uvolňování endorfinů vznikajících v průběhu cvičení.

Role temporálního laloku

Mediální temporální lalok (MTL) hraje důležitou roli v procesech týkajících se paměti, učení, emocí a prostorové orientace. Zahrnuje několik klíčových struktur, mezi které patří amygdala, hipokampus a entorhinální kůra. Z výsledků rozsáhlých neuroendokrinních studií vyplývá, že během menstruačního cyklu dochází u zdravých žen k proměnám jak ve struktuře amygdaly, tak v její funkci. Ovariální hormony jsou tedy schopné vyvolat remodelaci amygdaly. Strukturní magnetická rezonance (sMRI) odhalila nárůst objemu šedé hmoty amygdaly od pozdní luteální fáze do pozdní folikulární fáze u zdravých subjektů. Kromě toho byla nalezena souvislost mezi redukcí objemu šedé hmoty

v amygdale vyvolanou menstruačním cyklem a intenzitou negativního emocionálního projevu. Výzkum funkční magnetickou rezonancí (fMR) navíc ukázal, že progesteron selektivně zvyšuje reaktivitu amygdaly, a reguluje tak funkční vazbu amygdaly s některými vzdálenými oblastmi mozku. Tyto změny mohou zahrnovat regulační mechanismy související s menstruačním cyklem.

Amygdala se nachází hluboko v MTL a hraje zásadní roli v limbickém systému a centrálních emočních drahách. Plní funkce spojené s učením, pamětí, vzrušením, bdělostí a pozorností, rozpoznáváním ohrožení, regulací emocí a reakcemi na stres. Úzkost, deprese a akutní a chronická bolest mohou na amygdale vyvolat abnormality. S ohledem na to, že výkyvy emocí jsou hlavním projevem PMS a PMDD a amygdala sehraje klíčovou úlohu při zpracování emocí, není obtížné vysvětlit, proč u pacientek dominují odchylky právě v této oblasti. Fluktuace pohlavních hormonů, zejména progesteronu, tak může být klíčovým faktorem při strukturální remodelaci mozku. Kritickou otázkou je, jak přesně pohlavní hormony ovlivňují mozek. V současné době se vědci obecně shodují, že poškození amygdaly narušuje inhibiční procesy v limbickém systému shora dolů,

což je základní patologický mechanismus PMDD. Vyšší části mozku tak mohou ovlivnit nižší části v tom smyslu, že jsou schopny potlačit nebo regulovat emocionální reakce. Zvýšená odezva amygdaly na sociální a negativní emoční podněty u pacientek s PMDD potvrzuje narušení části této inhibiční regulace a může být klíčovým bodem v patogenezi PMDD.

Také hipokampus je oblastí reagující na změny menstruačního cyklu. U žen bez zdravotních problémů má hipokampus výraznější odezvu na kognitivní a emocionální procesy během folikulární fáze menstruačního cyklu a reakce hipokampu zesilují v pozdní folikulární fázi a střední luteální fázi ve srovnání s časnou folikulární fází a pozdní luteální fází. Na úrovni struktury je zaznamenán nárůst objemu šedé hmoty v obou stranách hipokampu během pozdní folikulární fáze menstruačního cyklu ve srovnání s časnou folikulární fází, a to je spojováno s pozitivním zlepšením výkonu verbální paměti. Zlepšují se tak například kognitivní funkce – učení a schopnost komunikace. Kromě toho hladiny estradiolu v séru pozitivně korelují s velikostí objemu a hodnotami frakční anizotropie (FA) v hipokampu. Celkově je možné shrnout, že hladina estradiolu pozitivně koreluje s funkční aktivitou, objemem

a integritou bílé hmoty hipokampu. Oproti tomu u pacientek s PMDD je zaznamenáno významnější zvýšení hustoty šedé hmoty v hipokampu a snížení hustoty šedé hmoty v parahipokampálním gyru než u zdravých žen. Během luteální fáze byla u žen s PMS zřetelně zvýšena aktivita levého hipokampu a levého dolního temporálního kortexu. Studie na lidech a zvířatech tak potvrzují potenciál estrogenu modifikovat strukturu, metabolismus a funkci hipokampu.

Pohlavní hormony působí na hipokampus především prostřednictvím estradiolu, remodelací synapsí nervového systému a působením progesteronu. Svým účinkem mohou významně ovlivnit osu hypothalamus–hypofýza–nadledviny (HPA) a neurotransmitery, jako jsou serotonin a γ -aminomáselná kyselina (GABA). Tyto látky se podílejí na afektivních a kognitivních procesech a na patogenezi depresivních poruch. Na kryším modelu premenstruační deprese bylo demonstrováno, že dochází ke snížení hladiny exprese GABA a alopregnanolonu v hipokampu a k vymizení depresivních symptomů po ovariektomii a zároveň k opětovnému relapsu po nasazení hormonální terapie. Tyto výsledky jsou v souladu s teorií, že aktivita neuronů u pacientů s depresivními symptomy je ovlivňována inhibicí zprostředkovanou GABA.

V limbickém systému je rozsáhlá distribuce receptorů pro estradiol a progesteron, s největší koncentrací těchto receptorů právě v neuronech a gliových buňkách amygdaly a hipokampu. Proto jsou ovariální hormony a neurotransmitery s jejich receptory rozhodujícími faktory při in-

dukci strukturních a funkčních abnormalit v oblasti amygdaly a hipokampu a následně vyvolávají příznaky PMS a PMDD. Amygdala a hipokampus tak nabízejí potenciální cíle pro neurovizuální metody, které by mohly zjednodušit diagnózu a terapii PMS a PMDD. Například ženy, které nereagují na konzervativní terapii a odmítají hysterektomii a oophorektomii, by mohly pozitivně reagovat na transkraniální magnetickou stimulaci těchto oblastí, což by mohlo symptomy zmírnit nebo zcela eradikovat.

Amygdala a hipokampus jsou navíc základními kameny v několika klíčových nervových drahách, jako jsou dráhy hipokampus–amygdala, hipokampus–entorinální kortex, hipokampus–prefrontální kortex, amygdala–prefrontální kortex a amygdala–thalamus. Všechny tyto mechanismy jsou znázorněny na obrázku.

U PMS a PMDD byly pomocí neurovizuálních metod nalezeny významné rozdíly hned v několika z nich. Například aktivita dráhy hipokampus–amygdala v zásadě koreluje s kolísajícími hladinami ovariálních hormonů během různých fází menstruačního cyklu u zdravých žen. Konkrétně byl pozorován pozitivní vztah mezi touto dráhou a hladinami estradiolu. Progesteron a jeho deriváty modulují aktivitu amygdaly, což následně ovlivňuje hipokampus a gyrus fusiformis, které jsou také spojeny s touto dráhou. Ženy s PMS měly oslabenou funkční konektivitu mezi amygdalou a pravým hipokampem a zvýšenou funkční konektivitu mezi amygdalou a pravým spánkovým lalokem ve srovnání se zdravými ženami. Výsledky těchto studií

poskytují nezbytné střípky pro pochopení neuropatologických mechanismů, které přispívají k vývoji PMS.

Zajímavý je také vztah mezi amygdalou a prefrontálním kortexem. Za fyziologických podmínek má prefrontální kortex inhibiční účinky a udržuje amygdalu ve vysoce inhibovaném stavu, což je životně důležité pro udržení normálního emočního chování. Vystavení amygdaly estrogenu a progesterinu způsobuje oslabení inhibičních účinků prefrontální kůry, a tím dochází k nadměrné aktivitě amygdaly a možnému vzniku premenstruačních symptomů.

Nervové dráhy jsou také součástí mozku. Pro udržení normálních funkcí těla je zcela klíčová homeostáza uvnitř těchto drah a správná koordinace mezi nimi. Výsledky nedávno provedené detailní studie, která shromáždila MR data žen po dobu 30 po sobě následujících dní s opakováním po roce, odhalily změny mozkových drah v souvislosti s menstruačním cyklem. Zároveň se potvrdila důležitá role estradiolu na této regulaci. Stejně tak studie zabývající se dynamikou drah ukázala, že kolísání hladiny ovariálních hormonů během menstruačního cyklu ovlivňuje zásadní oblasti mozku, což může značně ovlivnit dynamiku celé mozkové sítě. Porovnání topologických parametrů potvrdilo, že fluktuace pohlavních hormonů ovlivňuje interakce mezi emocemi a mozkovými sítěmi. V patogenezi PMS a PMDD tak pravděpodobně abnormální aktivace endokrinního systému a její účinek na kognitivní a afektivní dráhy sehrává klíčovou roli.

Ing. Jana Brabcová, Ph.D.

▼ Inzerce



EFEKTIVNÍ NEMOCNICE

STRATEGIE ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN A NEMOCNIC



ODBORNÁ KONFERENCE

28. - 29. 11. 2023

CLARION CONGRESS HOTEL PRAHA





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



15. Týden sociálních služeb

Společně nacházíme cestu

2.–8. 10. 23



Partneři Týdne sociálních služeb ČR

Armáda spásy ČR | Asociace veřejně prospěšných organizací ČR | Česká unie neslyšících | Diakonie ČCE | Hlavní město Praha | Karlovarský kraj
Kraj Vysočina | Královéhradecký kraj | Liberecký kraj | Město Prachatice | Moravskoslezský kraj | Národní rada osob se zdravotním postižením ČR
Olomoucký kraj | Pardubický kraj | Plzeňský kraj | Slezská diakonie | Statutární město Ostrava | Statutární město Brno | Středočeský kraj
Ústecký kraj | Jihočeský kraj | Unie zaměstnavatelských svazů ČR | NADĚJE | Nadační fond ŠKODA AUTO | Diecézní charita Brno

Mediální partneři



www.tyden-socialnich-sluzeb.cz

Prevence vzniku dekubitů je mnohem levnější než jejich léčba

Dekubity jsou vysoce rozšířeným problémem veřejného zdraví. Jde o bolestivé onemocnění, které ovlivňuje populaci všech věkových skupin. Dekubity představují významnou hrozbu pro bezpečí pacientů. Jejich léčba bývá finančně velmi nákladná. Nejen proto je třeba klást velký důraz na prevenci jejich vzniku.

Dekubity nebo také proleženiny, prosezení, tlakové vředy či tlakové léze jsou poranění kůže a podkožních tkání, která mohou zasahovat až do hlubokých struktur tkání ke kloubům a kostem. Jejich vznik obvykle způsobuje dlouhé sezení nebo ležení bez pohybu a bez změny polohy. Spouštěcím mechanismem bývá tlak a střížná síla, které stlačí buňky. Sníží se tak průtok krve, tedy i zásobením kyslíkem a živinami ve tkáních, a tím způsobí jejich nekrózu (buněčnou smrt). Dekubity se mohou vyskytnout kdekoli na těle, nejčastěji však na hýždích, bocích a patách.

Dekubity trpí asi 20 % hospitalizovaných. Nejohroženější jsou osoby s přechodným nebo trvalým omezením pohybu a se ztrátou citlivosti pokožky i hlubších tkání. Pro snížení výskytu dekubitů je nezbytné věnovat pozornost prevenci.

Prevence vzniku dekubitů

Při návrhu preventivních opatření je nutné zohlednit míru rizika pacienta. Rozlišujeme pacienta v nízkém, středním, vysokém či velmi vysokém riziku vzniku dekubitů. Při přijetí nemocného do zdravotnického zařízení je třeba maximálně do 12 hodin toto riziko zhodnotit. V ČR se pro hodnocení rizika nejčastěji používá stupnice dle Nortonové. Podle aktuálního stavu pacienta a vždy při změně jeho zdravotního stavu je třeba opakovaně posoudit riziko vzniku dekubitů a jasně je označit v ošetrovateľské dokumentaci.

Hygiena a péče o pokožku

Důležitou součástí prevence je péče o pokožku. Týká se všech rizikových pacientů, zejména pacientů s inkontinencí, u nichž je nutná zvýšená péče. Pro osobní hygienu je třeba používat pouze přípravky, které jsou šetrné k pokožce a poskytují jí dostatečnou ochranu. Postižená místa je třeba mýt vždy vlažnou vodou. K dispozici jsou nejrůznější čistící pěny, ochranné krémy, sprchové a mycí emulze, ale také celá řada bezoplachových mycích prostředků. Pro snížení rizika poškození suché kůže se pak někdy používá



Dekubity na kožní tkáni

hydratační mast na dekubity nebo ošetřující mléko.

Pokožku není vhodné masírovat

Kromě pravidelného mytí je důležité i důkladné vysoušení pokožky. Důležitá je snaha o minimalizování kontaktu pokožky s vlhkostí způsobenou potem či inkontinencí. K tomu slouží absorpční pomůcky, jako jsou pleny, kalhotky nebo savé podložky, které zabráňují pronikání vlhkosti k pokožce. Lůžko i pokožka by měly vždy zůstat suché a samozřejmě čisté. U pacientů upoutaných na lůžko nebo invalidní vozík ve vysokém riziku vzniku dekubitů a u vysoce rizikových pacientů před operačním výkonem delším než 2 hodiny je doporučeno používat preventivní krycí materiály (profylaktické materiály z polyuretanové vícevrstvé pěny) na predilekčních místech. Riziková místa je nutno pravidelně kontrolovat podle aktuálního stavu a míry rizika pacienta. Velmi důležitá je i kontrola míst, kde mohou vzniknout otlaky z důvodu použitého zdravotnického prostředku.

Polohování pacienta

Technika polohování a pravidelné změny polohy pacienta patří mezi nejúčinnější

preventivní opatření. Cílem této prevence je odstranit tlak na predilekční místa, zamezit tření a působení střížných sil tak, aby bylo zachováno krevní zásobením a nedošlo k ischemii měkkých tkání.

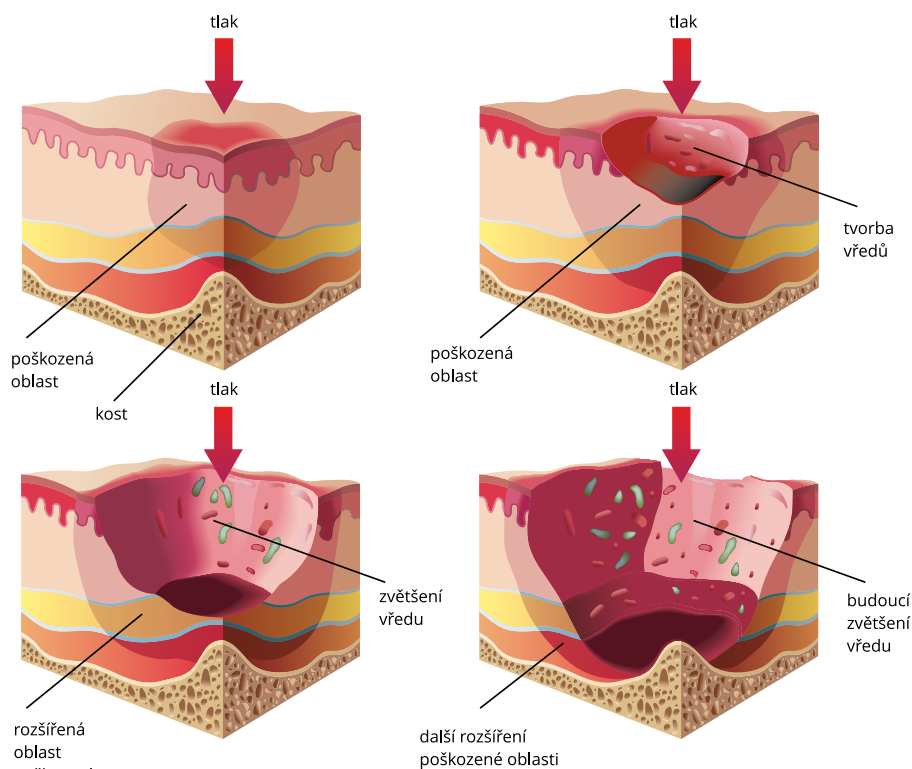
Pacient je polohován podle harmonogramu, který stanoví nejen frekvenci podle jeho aktuálního stavu či míry rizika, ale i použití vhodně zvolené antidekubitní matrace. Doporučený interval polohování je po dvou hodinách, ale kupříkladu lidem po cévní mozkové příhodě by měla být poloha měněna každých 40 minut. U nemocných s transversální míšní lézí se doporučuje polohování každé dvě až tři hodiny, u pacientů s těžkým poškozením mozku každé tři až čtyři hodiny. Frekvenci polohování nelze určovat podle diagnóz, ale vždy je třeba k pacientovi přistupovat individuálně. Vyžaduje-li to jeho stav, polohuje se častěji, například metodou mikropolohování každých 30 minut. Důležité je polohování včetně časového údaje vždy zaznamenat do ošetrovateľské dokumentace. Jestliže pacienta není možné polohovat, kupříkladu z důvodu hemodynamické nestability po úrazech či operacích páteře, je možno použít antidekubitní matraci pro pacienty s velmi vysokým rizikem vzniku dekubitů. Velkou pozornost je třeba věnovat také patám, které je třeba nadlehčit vhodnými polohovacími pomůckami, aby se

tlak v oblasti lýtky rozložil, a nedocházelo tak k působení tlaku na Achillovu šlahu. Nepoložujte pacienta přímo na zdravotnické prostředky, jako jsou katétr, drenážní systémy nebo cizí tělesa. Vyvarujte se také polohování na zarudlé místo (hyperemie nebo erytém) nebo na již vzniklý dekubitus. Na podložní mise nenechávejte nemocného déle, než je potřeba, a dbejte rovněž, aby pacient sedící v křesle či na vozíku měl nohy na podlaze nebo na stoličce, případně na opěrce vozíku.

Antidekubitní pomůcky

Vzniku dekubitů se dá předejít také využitím antidekubitních pomůcek, které brání dlouhodobému působení tlaku na jedno místo. Jsou to nejrůznější molitanové, pěnové či gelové podložky, speciální polštáře, klíny, hrazdičky či chrániče na paty a lokty a také antidekubitní matrace.

Každého rizikového pacienta uložte na antidekubitní matraci odpovídající riziku vzniku dekubitů. Matrací existuje řada typů, které jsou určeny pro různá pásma rizika. Zvolení správného typu matrace je proto klíčové. Čím vyšší je riziko vzniku dekubitů, tím více záleží na charakteru matrace, na které je nemocný uložen. Matrace pasivní (statické) jsou určeny převážně pro pacienty v nízkém, středním, případně vysokém riziku. Matrace aktivní (dynamické) jsou převážně pro pacienty ve středním, vysokém nebo velmi vysokém riziku, zejména pro pacienty v bezvědomí, ale i pro ty, kteří nejsou schopni aktivního pohybu nebo v případech, kdy je polohování kontraindikováno. Při výběru matrace je důležité dbát i na vhodné vlastnosti jejich potahů, jako jsou omyvatelnost, dezinfikovatelnost, paropropustnost a odolnost vůči vodě. U každého typu matrace výrobce stanoví, pro jaké riziko je určena. V návodu na použití jsou také údaje pro správné používání matrací, jako je



Vznik dekubitu

například maximální hmotnost pacienta. Je proto nutné návod řádně prostudovat.

Správná výživa

Velice důležitou součástí prevence vzniku dekubitů představuje také nutriční podpora. Konzumace vhodných potravin pomáhá pokožku udržet pružnou a vláčnou, zajišťuje přísun dostatečného množství živin a zároveň zvyšuje obranyschopnost organismu. Důležitá je dostatečná hydratace. V případě zjištěného problému s příjmem potravy nebo rizika malnutrice je třeba zajistit konzultaci nutričního terapeuta. O vysoce rizikového

pacienta by měl pečovat interdisciplinární nutriční tým. Cílem jeho práce je zajistit pacientovi vyvážený příjem všech nezbytných složek potravy a odpovídající energetickou hodnotu tak, aby k malnutrici nedošlo.

Úpravu stravy by měl mít na starosti nutriční terapeut, který sestavuje individuální jídelníček. V nutných případech přichází na scénu další odborník – nutricionista, který vyhodnotí výsledky laboratorních vyšetření, a doporučí sipping, enterální nebo parenterální výživu. Nutriční stav se posuzuje vždy při přijetí pacienta, pokud se změní jeho zdravotní stav nebo ve chvíli, kdy se ukazuje, že se obtíže nezlepšují. Pacientům se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů, s malnutricí nebo těm, kteří již dekubity mají, se doporučuje energetický příjem 30 až 35 kcal/kg hmotnosti, příjem bílkovin zhruba 1,25 až 1,5 g/kg tělesné váhy a příjem tekutin v dávce 1 ml/kcal.

Důležitou roli v předcházení proleženin hraje také časná mobilizace odpovídající zdravotnímu stavu pacienta. Ve spolupráci s fyzioterapeutem je třeba nacvičovat prevenci imobilizačního syndromu.

Závěrem jedna důležitá připomínka. Pro zajištění kontinuity péče je nezbytné při střídání směny předat informace o riziku vzniku dekubitu u konkrétních pacientů, nejlépe písemným záznamem v dokumentaci.

Markéta Mikšová

Zdroje: www.mzcr.cz, www.dekubity.eu
a www.zahojime.cz



Dekubit 2. stupně v sakrokokcygeální oblasti po plastické operaci dekubitů

22. ročník soutěže Sestra roku v pražském kině Lucerna

Představujeme finalisty 22. ročníku soutěže Sestra roku. Soutěž je tradiční událostí koncipovanou jako poděkování sestrám za jejich mimořádnou a zodpovědnou práci. Organizátorem akce je společnost EEZY Events and Education, s. r. o., ve spolupráci s odborným časopisem Zdravotnictví a medicína.

V kategorii Sestra v přímé ošetrovatelské péči se o titul Sestra roku ucházejí tyto finalistky:

- **Alena Potěšilová**, všeobecná sestra gastroenterologická ambulance Nemocnice AGEL Jeseník, a. s.
- **Karolína Vaicová**, vrchní sestra Interní kliniky 3. lékařské fakulty UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha
- **PhDr. Renáta Zoubková, Ph.D.**, vrchní sestra Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava

V kategorii Sestra v sociálních službách soutěží:

- **Martina Kolářová**, vrchní sestra Centra pro seniory CLEMENTAS Janovice
- **Hana Prchalová**, vrchní sestra Senior-Centra SeneCura Slivenec

▪ **Matěj Weissmann**, staniční sestra ALZHEIMER HOME, Černošice

Každoročně uděluje redakce časopisu Zdravotnictví a medicína mimořádnou cenu: **Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství**. Letos toto ocenění získává: **Růžena Macháčková**, všeobecná sestra očkovací ambulance Masarykovy nemocnice Rakovník.

Hlasujte pro Sestru mého srdce

V rámci soutěže Sestra roku se uděluje ještě jedno ocenění – Sestra mého srdce. Tato anketa je určena široké veřejnosti. Vítěze vybírejte z finalistů obou kategorií a sestry oceněné za celoživotní dílo v ošetrovatelství. Hlasovat můžete na

webových stránkách www.soutez-sestra-roku.cz.

Záštitu nad oceněním převzala i letos Mgr. Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar a Václava Havlových VIZE 97. Patrony akce jsou již tradičně také Magistrát hlavního města Prahy, Unie zaměstnavatelských svazů České republiky, Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb, Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Odborným garantem soutěže je Česká asociace sester. Generálním partnerem je společnost HARTMANN. Hlavním partnerem je společnost AGEL a partnery soutěže jsou Asociace poskytovatelů sociálních služeb a společnost CLEAN LIFE. Partnery galavečera jsou Penta Hospitals CZ, s. r. o., Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR a společnosti SATUM a SeneCura.

Sestra roku – kategorie Sestra v přímé ošetrovatelské péči

Alena Potěšilová
všeobecná sestra Gastroenterologické ambulance Nemocnice AGEL Jeseník, a. s.



„Paní Alenu Potěšilovou jsme do soutěže nominovali především pro její osobnost, protože opravdu patří mezi ty výjimečné. Své povolání skutečně bere jako své poslání, a to

již čtyřicátým rokem. A stále ve stejné nemocnici, které je věrná již od maturity,“ píše v nominačním dopise místopředsdkyně představenstva Nemocnice Agel Jeseník, a. s. Věra Kocianová. Podle jejích slov být dobrou sestrou je dar, který nemá každý a který se žádným titulem nedá získat.

Rozhodnutí stát se sestrou Alena Potěšilová nikdy nelitovala. Po maturitě nastoupila na interní oddělení dnešní Nemocnice AGEL Jeseník, a. s., a po absolvování postgraduálního studia na téma Ošetrovatelská péče o dospělou pracovala na jednotce intenzivní péče. Tady se mimo jiné prováděly i invazivní kardiologické výkony, kterými se dnes zabývá v kardiologických centrech.

Po mateřské dovolené sestra Alena společně s týmem vybudovala endoskopické pracoviště, kde působí dodnes. Provádějí se zde gastrokopie a koloskopie. Díky velmi dobré úrovni tohoto pracoviště sem k výkonům dojíždějí pacienti až z Prahy. Ambulance je lidmi vyhledávaná právě pro specifický

přístup personálu k vyšetřovaným. Sestra Potěšilová je díky svým obrovským zkušenostem nepostradatelnou součástí celého týmu. Je velmi trpělivá a empatická a je-li třeba, své pacienty při vyšetření klidně drží za ruku. Svými vtipnými výroky dokáže odlehčit nejdnu složitou situaci a díky tomu se i nepříjemná vyšetření dají zvládnout. Zkrátka dělá všechno pro to, aby se pacienti během výkonu cítili co nejlépe. Komunikaci považuje za klíčovou, a to nejen s pacienty, ale i s kolegy. Její vhodně zvolená slova přispívají k pozitivní atmosféře na pracovišti a pomáhají vyřešit případné problémy či nedorozumění. Díky jejímu přístupu k práci a ke kolegům se náročná vyšetření zbytečně nekomplikují.

Alena Potěšilová není jen výjimečná sestra, ale i obětavá máma, sestra, kamarádka a také manželka lékaře, kterému je celý život oporou. Oba pracují ve stejné nemocnici. Mají dospělého syna, který studuje sociologii. Prioritou je pro ni její rodina, ale čas si najde i na chalupu a zahradničení. Má také

ráda přírodu a turistiku. „Sestra byla pojem. Snažme se, aby to tak zůstalo,“ uvedla Věra Kocianová v závěru svého dopisu. A za tímto heslem si plně stojí i sestra Alena.

Mgr. Karolína Vaicová, DiS.

vrchní sestra Interní kliniky 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha



Vrchní sestra Karolína ve Fakultní Thomayerově nemocnici (FTN) pracuje bezmála třicet let. Po ukončení střední školy nastoupila na zdejší interní oddělení a věnovala se dalšímu vzdělávání. Bakalářský titul získala na Univerzitě Jana Ámose Komenského v Praze. Poté absolvovala magisterské studium na Ostravské univerzitě. Ani to ale paní magistře nestačilo, a tak absolvovala pomaturitní specializační studium v oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech. Během své profesní kariéry ji začala zajímat paliativní péče. Vzdělání si doplnila certifikovaným kurzem v paliativní péči – ELNEC. Po čase absolvovala také certifikovaný kurz Mentor klinické praxe a již dvacet let se věnuje výuce budoucích sester. Za tu dobu prošly její výukou, ať již praktickou, či teoretickou, stovky sestřiček. V současné době vede praxe studentů 3. ročníku Církevní střední zdravotnické školy Jana Pavla II.

Magistra Vaicová řídí ošetrovatelskou péči 160 nelékařských zdravotnických pracovníků na Interní klinice Thomayerovy nemocnice, která má 112 lůžek. Takto velká klinika klade obrovské nároky na manažerské schopnosti vrchní sestry. Sestra Karolína se řadí k těm zdravotníkům, které profese zcela pohltila a vykonávají ji tělem i duší. Své povinnosti zvládá naprosto bravurně. V Centru pro vzdělávání přednáší v rámci základních modulů pomaturitního studia v oborech Intenzivní péče, Perioperační péče, Ošetrovatelská péče v interních oborech – management a řízení či Ošetrovatelská péče v interních oborech. Podílí se také na školení nových zaměstnanců v oblasti problematiky používání

omezovacích prostředků. V loňském roce se podílela na vzniku Podpůrného a paliativního týmu ve FTN, jehož je také díky svému vzdělání a profesním zkušenostem platným členem. V současné době si dokončuje specializační studium Domácí péče a hospicová péče.

„A je tu ještě jedno velké PROČ magistru Karolínu Vaicovou do soutěže Sestra roku přihlašuji,“ říká navrhovatelka Mgr. Jaroslava Mrkvičková, MBA, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FTN Praha. „Svou naprosto perfektní zdatnost projevila ve velmi dramatické situaci, kterou disekce aorty určitě je. Svým rychlým a profesionálním přístupem tak zachránila život svému životnímu partnerovi. Paní magistře patří velké uznání a poděkování za dlouholetou práci v oblasti vzdělávání sester a za záchranu lidského života.“

PhDr. Renáta Zoubková, Ph.D.

vrchní sestra Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava



Doktorce Zoubkové se ošetrovatelství v intenzivní péči stalo celoživotní láskou a snad i osudem. Obor poznala z pozice sestry u lůžka, z pozice vrchní sestry, ale i z pozice pedagoga. Ve Fakultní nemocnici Ostrava vede pracovní skupinu pro intenzivní péči. Je vstřícná ke studentům a k zajištění odborných praxí na Klinice anesteziologie a intenzivní medicíny (KARIM). Je to žena velmi energická, která svoji práci vykonává velmi

Sestra roku

zodpovědně s maximálním efektem pro pacienty, ale i pro personál. Svým pozitivním a inovativním přístupem a myšlením dokáže strhnout kohokoliv. Renáta Zoubková je nejen vysoce erudovaná sestra, ale i schopná a zodpovědná manažerka. Na tomto náročném pracovišti dokázala vybudovat stabilní pracovní tým na vysoké odborné úrovni. Svým sestrám předává své znalosti a dovednosti a podporuje je v dalším jejich profesionálním růstu. Své úsilí směřuje k neustálému zlepšování péče o pacienty na pracovištích intenzivní péče. Zasloužila se o vznik a realizaci projektu Acute Pain Servis (APS), který zajišťuje péči o pacienty s akutní bolestí v pooperačním období. Iniciovala vznik Nutriční ambulance, která slouží k diagnostice a léčbě podvýživy, zejména pak k indikaci domácí enterální výživy. Podařilo se jí implementovat řadu projektů do přímé ošetrovatelské intenzivní péče. Velkým úspěchem v oblasti vzdělávání sester je vznik navazujícího magisterského vzdělávání v rámci intenzivní péče. Své zkušenosti předává při výuce studentů na lékařské fakultě Ostravské univerzity, ale i v rámci rozsáhlé publikační činnosti. Je organizátorkou řady odborných konferencí, v rámci sesterské sekce připravuje například mezinárodní konferenci Colours of Sepsis.

„Renáta Zoubková je velice schopná manažerka, o čemž svědčí nejen skutečnost, že na KARIM je poskytována ošetrovatelská péče na špičkové úrovni, ale i fakt, že je zde stabilní pracovní tým, u kterého si získala autoritu jako odborník, i jako člověk. Její pracovní nasazení je obdivuhodné. Stejně jako zápal pro profesi a neutuchající snaha o zavádění nových metod v ošetrovatelství. Kromě toho, že je vysoce erudovaná všeobecná sestra, svým postojem a láskou k profesi naplňuje nároky na odbornou, kulturní i etickou úroveň představitele této profese a nemalou měrou přispívá ke zvýšení prestiže ošetrovatelství. Je mi ctí s kolegyní Zoubkovou pracovat,“ napsala v nominačním dopise PhDr. Andrea Polanská, MBA, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. V soukromí se paní Renáta maximálně věnuje své rodině. Ve volném čase jezdí na kole nebo si jde zaběhat.

Sestra roku – kategorie Sestra v sociální péči

Mgr. Martina Kolářová

vrchní sestra Centra pro seniory
CLEMENTAS, Janovice nad Úhlavou



Po ukončení Střední zdravotnické školy v Klatovech Martina Kolářová nastoupila na Anesteziologicko resuscitační oddělení (ARO) Klatovské nemocnice. Absolvovala specializační studium v oboru ARIP (sestra pro intenzivní péči) a později si doplnila vzdělání v oboru ošetrovatelství. Postupně zastávala pozici staniční sestry na ARO, ve funkci vrchní sestry pak stála u zrodu nově vznikající multioborové Jednotky intenzivní péče. Do roku 2019 byla hlavní sestrou a manažerkou kvality v Sušické nemocnici.

Magistra Kolářová má ráda výzvy, a proto přijala nabídku stát se vrchní sestrou nově vznikajícího Domova pro seniory v Janovicích. Vede zde pracovní tým, který má 95 členů. Kolegové i podřízení ji opravdu respektují a důvěřují jejímu vedení. Pro své kolegy je přirozená autorita a je opravdový lídr, který umí strhnout svůj tým k tomu, že péče musí být skvělá a nikdy se nesmí oddát.

Sestra Martina řídí péči o seniory s různými neurodegenerativními nebo jinými závažnými nemocemi. Ale její práce nespočívá jen v práci sestry, kterou za 30 let práce ve zdravotnictví a v sociálních službách dokonale zná. Pozice vrchní sestry je především manažerská. Její předností je racionální myšlení, schopnost okamžité orientace v problému a jeho rychlého řešení. Spokojený klient s vysokým standardem ošetrovatelské péče a spokojenost jeho rodinných příslušníků jsou pro ni vždy prioritou. V Clementas společně s Martinou sdílíme krédo, že péče u nás je individualizovaná podle potřeb každého klienta. Současně si Martina uvědomuje, že domov je takový, jaké kolegy má v týmu. Takže její individu-

ální přístup znamená i individuální přístup ke kolegům.

„Martina je velmi precizní a pracuje s obrovským nasazením. Má bezvadný smysl pro humor, je veselá a společenská. Všichni v Clementas si její práci nesmírně vážíme a máme ji rádi i jako člověka,“ píše se v nominačním dopise. Navrhovatelka Bohdana Zvěřinská o sestře Martině napsala: „S Martinou úzce spolupracuji. Sleduji její práci a vidím, jaká je při vedení pracovního týmu, že se na ni vždycky můžeme spolehnout. Vidím, jak o práci neustále přemýšlí, jestli něco nemůžeme udělat ještě lépe. Také se zajímá o osudy našich klientů a vymýšlí, jak jim udělat život příjemnější. Vidím také, jak se věnuje svým kolegům a jak jim vše obětavě vysvětluje. Martina je opravdu neobyčejná sestra.“

Velkou oporou v osobním životě je Martina její partner Pavel a dcera Daniela, kterou také přivedla k práci ve zdravotnictví. Její vášní je horská turistika, ráda také čte, cestuje a poslouchá hudbu.

Bc. Hana Prchalová

vrchní sestra SeneCura SeniorCentra
Slivenec



Hana Prchalová je vrchní sestrou SeneCura SeniorCentra Slivenec od roku 2019. Má na starosti celou oblast přímé péče, tedy tým zdravotních sester sestavený ze staničních a všeobecných sester a tým pečovatelů a pečovatelů. Ve vedoucí pozici není žádným nováčkem. Před nástupem do společnosti SeneCura byla ředitelkou domova se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou chorobou a jiným typem demence v Pyšelích. V pozici vrchní sestry vybudovala a vedla pracovní tým také v domově pro seniory v Praze 13.

Cesta vrchní sestry Hany k současné profesi vedla oklikou přes studium chemie. Během studia zjistila, že ji více zajímá dívat se na svět očima lidí, kteří potřebují pomoc, než přes laboratorní sklo. Dodělala si druhou maturitu a stala se zdravotní sestrou. Pracovala s lidmi s mentálním postižením. Logickým krokem bylo vysokoškolské studium oboru sociální pedagogika, které absolvovala na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Pomáhala lidem v neziskových organizacích, byla součástí paliativního týmu. Doprovázela umírající i pečující, stala se poradkyní pro pozůstalé. Tuto náročnou práci vykonávala i přes osobní životní překážky.

Za svoji kariéru Hana Prchalová připravila řadu seminářů na téma paliativní péče. Díky své dlouhodobé zkušenosti v oblasti poskytování paliativní a hospicové péče může předávat znalosti svým kolegyním. Je oporou pro klienty, jejich rodinné příslušníky a pomocnou ruku je ochotná vždy podat i zaměstnancům společnosti. Kolegové o ní říkají, že svým přístupem zcela naplňuje firemní motto: „Život pokračuje s námi“. Bez ohledu na své pracovní vytížení je připravena pomoci i kolegyním a kolegům z jiných domovů. Zároveň je součástí týmu, který se podílí na zavádění Evropského interního modelu měření kvality v sociálních službách (E-Qalin) v SeniorCentru Slivenec.

„Rád bych zmínil i osobnost naší nominované sestry,“ uvedl ředitel SeneCura SeniorCentra Slivenec Lukáš Stárek. „Její lidský přístup ke klientům a k jejich rodinám, ale i k zaměstnancům a lidem v jejím okolí vypovídá, že má nejen srdce na dlani, ale umí také povzbudit, podpořit či podat pomocnou ruku. A hlavně umí naslouchat. Dokáže být oporou v nelehkých okamžicích a ve chvílích pohody a radosti je její společnost opravdovou potěchou duše a lidských vztahů.“

Matěj Weissmann

staniční sestra ALZHEIMER HOME
v Černošicích

Matěje Weissmanna do soutěže nominoval jeho otec Ctirad Weissmann: „Svého syna jsem přihlásil, protože bych chtěl veřejnosti ukázat, že i chlap může být zdravotní sestrou a také, jak je ošetrovatelské povolání náročné a zodpovědné. Někdy žasnu, kde se to v Matějovi všechno bere, když poslouchám, s jakou láskou a vnitřním úsměvem mluví o své práci. S jakou úctou smýšlí o nemoc-



ných lidech obecně a dnes i o nemocných s Alzheimerovou chorobou. A vím, že s takovou úctou i koná. Spousta z nás si péči o takové pacienty vůbec nedokáže představit, protože jsme s nimi nepřišli do styku," napsal navrhovatel v nominačním dopise.

Matěj je podle slov svého otce člověk, který je schopen se i přes péči o vlastní rodinu své práci věnovat naplno a který se o ne-

mocné stará rád. Prostě to tak v pracovním, ale i osobním životě má nastavené.

Když v osmé třídě Matěj Weissmann rodičům sdělil, že chce jít studovat Střední zdravotnickou školu ve Frýdku-Místku, žádné velké překvapení to pro ně nebylo. Jeho otec o něm stejně vždycky prohlašoval, že je samaritán. A jak také říká, podporu tohoto rozhodnutí jako rodič vnímá jako jedno z nejlepších výchovných rozhodnutí. Po maturitě v roce 2011 se Matěj přestěhoval do Prahy. Chtěl si doplnit vzdělání vystudováním oboru Zdravotnický záchranář, aby se mohl věnovat urgentní medicíně. Nakonec se ale rozhodl pro práci sestry na standardním kardiologickém lůžkovém oddělení Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice. Tam setrval do roku 2020.

V té době již měl za sebou deset let praxe v oboru zdravotní péče. Práce ho bavila a uspokojovala, ale stále více si uvědomoval, že by si chtěl svoji praxi v oblasti péče o člověka rozšířit přechodem do oboru sociální

péče. Cílené rozhodnutí využít svých znalostí a dosavadních zdravotnických zkušeností v sociálních službách padlo v témže v roce. Nastoupil do ALZHEIMER HOME v Černošicích u Prahy jako sestra v přímé ošetrovatelské péči, kde pracuje téměř od vzniku tohoto zařízení. Dnes zastává pozici staniční sestry.

Matěj Weissmann je velice čínorodý. Svědčí o tom i fakt, že absolvoval masérský kurz a mimo svoji práci poskytuje masáže. Nebo ve svém volném čase pomáhá s domácí péčí několika seniorům z okolí.

Jak Matějův otec uvedl závěrem: „Výjimečnost synova přístupu spatřuji v tom, že ochota a úcta k pacientovi vychází přímo z něj, z jeho povahy, duše, prostě je to pro něho přirozené. Zároveň však, a o tom jsem přesvědčen, stejně přistupuje ke své manželce, dětem i k rodičům. Jednoduše řečeno, prostě má rád lidi.“

Matěj Weissmann je ženatý a má dvě malé děti. Jeho zájmy jsou rodina, zahradničení, hudba a sport.

Sestra roku – Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství

Bc. Růžena Macháčková

všeobecná sestra očkovací ambulance
Masarykovy nemocnice Rakovník



Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Masarykovy nemocnice Rakovník Mgr. Markéta Palková, MBA, ve své nominačním dopise napsala: „Ve zdravotnictví pracuji 20 let. Během své praxe jsem potkala 90 procent sester, které by si ocenění Sestra roku zasloužily. Nicméně v době covidu mi do cesty vstoupila sestra v důchodovém věku, která má jakousi přidanou hodnotu. Svým nad-

šením pro práci a elánem dokáže Růžena Macháčková strčit do kapsy i o dvě generace mladší kolegyně.“

Sestra Růženka, jinak jí nikdo neřekne, byla v době epidemie schopna nabídnout svoje zkušenosti, organizační schopnosti, profesionalitu a zápal pro obor a zároveň být hnacím motorem pro ty, kterým už síly docházely. Dokázala naočkovat i 200 lidí za ranní směnu a druhý den přijít znovu s úsměvem a nadšením. Nedávno doslova zachránila urologickou ambulanci nemocnice. Onemocněla sestra a kvůli další pracovní neschopnosti nebyl nikdo, kdy by ji zastoupil. Růženka se úkolu chopila a plnohodnotně po celé tři týdny sestru zastoupila po celou nezkrácenou ordinační dobu včetně speciálních výkonů.

Své bohaté pracovní zkušenosti, které sestra Macháčková získala v pozici řadové sestry na ARO či instrumentářky na operačním sále nebo ve všech manažerských funkcích včetně té nejvyšší možné v krajské nemocnici, stále i při zaslouženém důchodu zúročuje při mentorování odborné praxe studentů bakalářského programu. V rakovnické nemocnici na dohodu o pracovní činnosti na pozici interního auditora provádí

audity kvality péče. Je pozoruhodné, s jakým úctyhodným klidem dokáže vytknout případné nedostatky a zároveň personál navést na cestu změny. Její elán je naprosto nepřekonatelný a je v tom nejlepším smyslu slova nakažlivý.

„Růženka je člověk, který si na konci profesní dráhy zaslouží veřejné ocenění. A právě to by podle mého názoru, i mínění mých kolegů bylo velkým poděkováním za její 52letou práci v českém ošetrovatelství. Kolik znám organizačně zdatných, psychicky odolných a vyrovnaných, odborně zkušených a lidských sester, které se zároveň umí prezentovat a pozitivně působit na lidi? Hodně, ale minimálně jedno z uvedených kritérií každé chybí. U Růženky je to kompletní. A přestože si je svých předností vědoma, nepovyšuje se,“ uvedla také magistra Palková v nominaci.

Sestra Macháčková vychovala dvě děti a ráda se věnuje svým vnoučatům. Je společenská, velká čtenářka, miluje přírodu, má ráda sport a její vášní je turistika a cestování. Je rodinný typ. Své zájmy sdílí s rodinou a ta ji také v jejím počínání velmi podporuje.

Markéta Mikšová

Slavnostní vyhlášení výsledků soutěže Sestra roku 2022 proběhne 11. října 2023 v Kině Lucerna v Praze. Vstupenky na galavečer můžete zakoupit na: www.soutez-sestraroku.cz

Čím víc knih čteš, tím jsi hloupější!

„Lékaři vůbec nepotřebují tak obsáhlé metodické školení, učit se a zvyšovat si úroveň musí hlavně praxí,“ usoudil Mao Ce-tung. Myšlenku dotáhl do extrému a o půl miliardy čínských venkovanů začali pečovat „bosí lékaři“.

V roce 1949 Čínu ovládli komunisté v čele s Mao Ce-tungem. Základem hospodářství Říše středu bylo odjakživa zemědělství a jedním z prvních kroků nové vlády bylo znárodnění veškeré půdy ve prospěch zakládaných zemědělských družstev. Komunisté se zároveň pustili i do reorganizace zdravotnictví. Řešit bylo třeba značnou disproporci mezi dostupností lékařské péče mezi venkovem a městy, kde oproti dnešnímu stavu ještě v 60. letech žil jen zlomek obyvatelstva Číny. Právě ve městech ale už od minulých dob dosud fungovala státem organizovaná lékařská péče včetně nemocnic, a tak logicky právě města odčerpávala většinu zdravotnického rozpočtu země. Kvalita zdravotní péče ve městech byla zejména zpočátku vlády komunistů vysoká, kdežto na venkově se chudí rolníci dožívali v průměru 35 až 40 let a o existenci nějakých klinik ani nevěděli, odkázáni byli jen na lidové léčitelství. Mao své politické předchůdce odsuzoval za to, že málo dbali o zdraví rolníků, ale záhy zjistil, jak těžký úkol péče o ně bude. I za jeho režimu jen málo lékařů dobrovolně odcházelo z klinik ve městech někam na venkov, zejména do odlehlých míst. Ostatně lékařů nejrozumnějšími čistkami a hony na inteligenci postupně ubývalo i v městských aglomeracích, dostupnost lékařské péče ve městech stagnovala a na venkově se nelepšila. Mao dlouho nenařídil žádné praktické kroky k jejímu zlepšení. Vinu za špatný zdravotní stav lidí na venkově, sužovaných epidemiemi, především ale důsledky jeho nesmyslných hospodářských reforem a následných hladomorů, podle něj nenese sám systém, ale „vzdělanci“, kteří bojkotují úsilí pracujícího lidu o lepší zítřky. Tvrdil, že rolníci strádají kvůli liknavé inteligenci (mezi intelektuály řadil lékaře i zdravotní sestry), a nabídl rolníkům zázračný lék – „lékaře“, které by bylo možné vychrlit rychle a hromadně. „Lékaři vůbec nepotřebují tak obsáhlé metodické školení, učit se a zvyšovat si úroveň musí hlavně praxí,“ rozhodl Mao. V roce 1965 pronesl poznámku, ze které se stala základní



poučka i pro čínské zdravotnictví: „Čím víc knih čteš, tím jsi hloupější!“ Sám Mao Ce-tung se ovšem nechával léčit výhradně renomovanými lékaři „západní“ medicíny, nicméně pro vzdělání a kvalifikaci nutné k léčení obyvatel své země stanovil kritéria zcela v souladu se svou základní poučkou. Tři roky studia medicíny teď musely bohatě stačit pro „městské“ lékaře, pro péči o lidi na venkově ještě mnohem méně. Péči o zdraví rolníků teď díky jeho vynálezu „bosých lékařů“ dostali na starost oni sami. Označení vzniklo z toho, že takový „lékař“ měl žít jako rolník, pro které byly boty příliš cenné na to, aby je nosili na pole. Budoucí zdravotníky ze svého středu volila shromáždění přímo v rolnickém družstvu. Vybranému adeptovi musel ke studiu stačit maximálně půlrok, někdy méně. Na studium adepty posílali obvykle během zimy, kdy je v zemědělství méně práce.

Osmnáctiletá bosá lékařka

Někteří z nich ale před zahájením kariéry bosého lékaře nedostali průpravu vůbec žádnou. To byl i případ Jung Chanové, kterou jako dceru „reakcionáře“ s rodinou přesídlili na venkov. Jung Chanová ve své autobiografické knize Divoké labutě, kterou o desítky let později napsala

v exilu v USA, popisuje, jak se ve svých osmnácti letech stala bosou lékařkou. Výrobní brigáda na vesnici, kde pracovala, spravovala nemocnici, a ona tam byla přerazena. Spolu s ní tu působili další dva lékaři, z nichž jeden vystudoval lékařskou fakultu, druhý se pouze „vyučil“ u starého venkovského lékaře a pak absolvoval kurz západního lékařství. Počátkem roku 1971 vedení komuny nařídilo nemocnici, aby k těmto dvěma přijala jednoho bosého lékaře. V té době probíhala velká propagandistická kampaň, která bosé lékaře oslavovala jako jeden z výdobytků Velké kulturní revoluce. Jung nastoupila do nemocnice s tím, že její jedinou průpravou byla troška znalostí akupunktury, které pochytila od kamarádky, ale hlavně studium jedné z mála tiskovin, které nebyly za kulturní revoluce zakázané. Jmenovala se Příručka bosého lékaře. Jung tedy přišla do nemocnice bez jakéhokoliv výcviku, nicméně Příručku bosého lékaře horlivě studovala. Nevšední knihu vydal roku 1971 Revoluční výbor pro veřejné zdraví. Stala se jakousi zdravotnickou biblí tehdejší Číny, vyšla v bezpočtu edicích, ale i v mnoha úpravách, jak v cenzurovaných verzích, tak i regionálních rozšířeních. V různých podobách a rozsahu existuje i v překladech, zejména do angličtiny.

Když běžné léky nejsou k dispozici...

Slavná Příručka bosého lékaře vznikla jako ilustrovaný zdravotnický manuál shrnující základy toho, co může paramedik v roli zdravotníka na venkově uplatnit: diagnostiku a základní postupy při běžných úrazech a onemocněních, hygienická opatření při infekčních chorobách a epidemiích, základy anatomie, fyziologie a porodnictví. Manuál shrnuje i nejběžnější léčiva, jako jsou antibiotika, aspirin nebo antihelmetika, ale pragmaticky předpokládá, že ani běžné léky pravděpodobně nejsou k dispozici. Jako alternativní nouzové řešení doporučuje nejrůznější směsi z oblasti tradičního lidového léčitelství. Zajímavé je, že tradiční čínskou medicínu nedoporučuje jako první volbu, ale jen jako záložní řešení, pokud se nepodaří sehnat běžný lék. Příkladem je postup, který manuál doporučuje při léčbě japonské encefalitidy, virového onemocnění přenášeného komáry v některých částech Asie a západního Pacifiku. Dodnes jde o velmi závažné onemocnění. Kauzální léčba japonské encefalitidy neexistuje, onemocnění má vysokou úmrtnost a vyléčení si často odnášejí do života trvalé a velmi obtížné neurologické následky. Co lze, je mírnit příznaky akutní fáze, a bosý lékař si podle manuálu poradí následovně: „Když máte k dispozici léky proti horečce, křečím a otokům, podejte je nitrožilně. Pokud běžné léky nemáte, použijte akupunkturu, bahenní zábaly, žabí extrakt a bylinné čaje.“ Navzdory tomu, co hlásala čínská propaganda, totiž léků bývalo zoufale málo, a navíc jejich dodávky závisely na dobrých vztazích s „táborem socialismu“, tedy především Sovětským svazem. Tyto původně dobré vztahy se ale postupem času horšily a už v 70. letech se dostaly až na bod mrazu. Přátelství „na věčné časy“ skončilo a s ním zamrzly i dodávky léků. Právě tehdy, a především z nedostatku „západních“ léků se uplatnila „tradiční čínská medicína“. Bizarní je, že sám Mao na ni pohlížel se značnou dávkou cynismu: „Věřím, že je třeba podporovat tradiční čínskou medicínu, ačkoli já sám na ni nevěřím. Neléčil jsem se tak a nikdy nebudu,“ svěřil se Mao jednomu ze svých osobních „západních“ lékařů. Přesto chtěl, aby i západní lékaři studovali tradiční texty, a lidový léčitelé naopak základ západní medicíny. Měl v úmyslu obojí pojetí sloučit, vytvořit „sjednocenou medicínu“, což se ovšem nikdy nepodařilo,



protože principy obou jsou příliš rozdílné. Dnes sami Číňané dávají přednost západní medicíně, pokud si ji mohou finančně dovolit. Tradiční čínská medicína nyní v Číně tvoří jen jednu sedminu veškeré zdravotní péče.

Lidé z venkova nejsou tak choulostiví

Po absolvování kurzu (nebo i bez něj, jako se to stalo Jung) se absolventi (většinou to byli muži) vrátili do své vesnice a pracovali tu opět jako rolníci, aby se neodcizili rolnické třídě a myšlenkám marxismu, Maem vtěleným do Rudé knížky. Na poli ale bosí lékaři pracovali jen na padesát procent úvazku. V jeho druhé polovině poskytovali základní zdravotnické služby pro všechny obyvatelé své vesnice. „Když jsem si sedla za stůl, za zády druhé dva doktory, na sobě zaprášené civilní šaty, stejně jako oni, tak bylo jasné, že nemocní rolníci, kteří sem přišli, z velmi rozumných důvodů nechtějí mít nic společného s mojí osobou, osmnáctiletou dívkou nevybavenou zkušenostmi, ale jen jakousi knížkou, již si neuměli přečíst a která ani nebyla nijak zvlášť tlustá. Procházeli kolem mě rovnou k těm druhým dvěma stolům.“ Dopadlo to tak, že dělala práci zdravotní sestry, rozdávala předepsané léky a píchala injekce. Všichni chtěli toho mladého doktora, který vystudoval medicínu, a navíc sbíral a pěstoval léčivé byliny. Druhý „lékař“ Jung svým přístupem k pacientům děsil – injekce podával pacientům stejnou jehlou bez steriliza-

ce. S oblibou pacientům píchal penicilin a nevalila mu riskantnost toho počínání – nejen kvůli indikaci podání, ale i proto, že čínský penicilin nebyl čistý a mohl vyvolat vážné reakce, dokonce i smrt pacienta. Věděl o tom, ale tvrdil, že lidé z venkova nejsou tak choulostiví jako ti z města.

V Číně na přelomu 60. a 70. let 20. století bylo podle odhadů k dispozici půl milionu zdravotníků, absolventů kratších či delších zdravotnických kurzů, kteří pečovali o půl miliardy venkovských pacientů. Více nebo méně byli vyškoleni v hygieně, první pomoci, porodnictví, aplikaci vakcín, podávání základních léků a v bylinkářství, znát měli základní receptury lidového léčitelství. Nebylo by spravedlivé etapu bosých lékařů zlehčovat jen proto, že encefalitidu léčili žabím extraktem a tuberkulózu vonnými mastmi. Nepochybně se velmi snažili a někteří měli vynikající pověst. Obrovskou zásluhou bosých lékařů je i to, že se jim povedlo zavést plošné očkování a (některá!) hygienická opatření, omezit výskyt řady infekčních chorob, snížit vysokou dětskou úmrtnost a zvýšit věk dožití obyvatel. A ne všichni se ve svém vzdělávání řídili Maovou poučkou o blbnutí z knih. Někteří nakonec vystudovali tradiční čínskou medicínu a získali na ni licenci, jiní absolvovali západní medicínu a stali se respektovanými lékaři. Jako bosý lékař začínal i profesor Čen Šu, čínský ministr zdravotnictví a prezident Čínské akademie věd.

Jana Jílková
foto: Wikipedia

NEMOCNICE PÍSEK

přijme **lékaře** pro:

- **Oddělení následné péče**
- **Interní oddělení**
- **Gynekologicko-porodnické oddělení**
- **Anesteziologicko-resuscitační oddělení**
- **Plicní ambulanci**
- **Infekční ambulanci**

Bližší informace: www.nemopisek.cz/kariera/lekari/

Kontakt: Nemocnice Písek, a.s., Karla Čapka 589, Písek

Personální oddělení: tel.: 382 772 017, e-mail: personalni@nemopisek.cz

Inzerce ▼



Nemocnice následné péče s poliklinikou Lomnice nad Popelkou

přijme **PRIMÁŘE, LÉKAŘE**

Hledáme:

- ❖ lékaře na 1–0,6 úvazku
- ❖ lékaře s odbornou způsobilostí 1,0 – z toho 0,6 úvazku s licenci pro funkci vedoucího lékaře

Nabízíme:

- ❖ práci v dobře zavedeném zařízení
- ❖ finančně soběstačnou nemocnici
- ❖ milý a stálý kolektiv
- ❖ byt v Lomnici nad Popelkou

- ❖ platové ohodnocení 100 000 Kč
- ❖ zdravé životní prostředí (Český ráj a Podkrkonoší)
- ❖ možnost dalšího vzdělávání
- ❖ výhodné benefity

Kontakt:

NNP s poliklinikou, Komenského 440, 512 51 Lomnice nad Popelkou
Mgr. Bohuslava Kubátová, ředitelka,
kubatova@nnplomnice.cz, 739 307 543



Inzerce ▼

1. KONGRES NEDOKLUBKA

V hlavní roli miminka do dlaně a jejich rodiče

15.–16. listopadu 2023

09:00–17:00

Cinestar Praha – Anděl

kongres.nedoklubko.cz



Světový den předčasné narozených dětí 17. listopad



1 z 10 miminek je předčasně narozené. Na celém světě.
powered by global alliance for newborn care EFCNI European Foundation for the Care of Newborn Infants

nedoklubko®

Když se vám miminko narodí dříve, než čekáte...

Inzerce ▼

MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

ZAM
Zdravotnictví a medicína

číslo 9/2023

www.zamcasopis.cz

Redakční rada ZAM

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

Redakce

Bc. Petra Hátlová
PhDr. Jana Jílková
Mgr. Lukáš Malý
Ing. Jana Brabcová, Ph.D.
Mgr. Markéta Mikšová
Mgr. Barbora Vodičková

Projektový a kreativní manažer, technické zpracování

Radek Koňarik, e-mail: konarik@eezy.cz

Vydává EEZY Publishing, s.r.o.

Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4, IČ: 28086660

Adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína

EEZY Publishing, s.r.o.

Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4, zam@eezy.cz

Inzerce

kupcova@eezy.cz

Foto na obálce

Vojtěch Hanák

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:

SEND Předplatné, spol. s r.o.,

Ve Žlíbků 1800/77, hala A3, 193 00 Praha 9,

tel.: 225 985 225, mobil: 777 333 370

e-mail: send@send.cz, www.send.cz

Objednávky do zahraničí:

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

Videňská 995/63, 639 63 Brno, tel. 532 165 165,

e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

Mediaprint-Kapa Pressegrasso, a.s.

Oddelenie inej formy predaja

P.O. BOX 183, 830 00 Bratislava 3

tel.: +421 2 4989 3568,

e-mail: objednavky@ipredplatne.sk

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

Předplatné se automaticky prodlužuje.

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

Snímky označené jako „123rf.com“ jsou použity na základě licence.

Tisk Grafotechna Plus, s.r.o.

Číslo dáno do tisku 29. 9. 2023

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© EEZY Publishing, s.r.o., 2022

Evidenční číslo MK ČR: E 20524,

ISSN 2336-2987

DIGITALIZACE LABORATOŘÍ 2024

odborná konference

26.–27. 10. 2023, Grandium Hotel Prague, Politických vězňů 913/12, Praha 1.
Registrace na www.eezy.cz.

Generální partner



Pořadatel



Odborní garanti



Aliance pro telemedicínu
a digitalizaci zdravotnictví
a sociálních služeb



ČESKÁ SPOLEČNOST
KLINICKÉ BIOCHEMIE

Program odborné dvoudenní konference

1. den, čtvrtek 26. 10. 2023

12.00–13.00 obědový raut na uvítanou

Moderátorka konference:

MUDr. Soňa Šuláková,
vedoucí lékař ÚPMD Praha

13.00–13.30 Zahájení konference

Ing. Lukáš Palivec, Ph.D.,
obchodní a marketingový ředitel Beckman Coulter
Česká republika

doc. Ing. Drahomíra Springer, Ph.D.,
předsedkyně Výboru České společnosti
klinické biochemie ČLS JEP

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA,
člen Výboru České společnosti klinické
biochemie ČLS JEP

BLOK 1 13.30–15.00

13.30–14.00 Digitalizace & data

prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC,
FACC, MBA,
přednosta I. interní kliniky – kardiologické
Fakultní nemocnice Olomouc a Univerzity
Palackého v Olomouci, vedoucí
Národního telemedicínského centra
Fakultní nemocnice Olomouc

14.00–14.30 Data ke prospěchu digitalizace laboratoří

prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.,*
ředitel Ústavu zdravotnických informací
a statistiky

14.30–15.00 Revoluce v digitalizaci laboratoří – Nařízení o Evropském prostoru pro zdravotní data (EHDS)

Mgr. Lenka Kaška, M.L., LL.M.,
director Corporate Affairs, Pfizer

15.00–15.30 coffee break

BLOK 2 15.30–16.30

15.30–15.45 Digitalizace preanalytické fáze

Hans Maria Heyn,
CEO of S4DX
(přednáška bude tlumočena do češtiny)

15.45–16.00 Jaká je hodnota výsledku laboratoře pro disease management? Od náběru vzorku až po přenos k pacientovi

prof. MUDr. Antonín Jabor, CSc.,
zástupce přednosty PLM, vedoucí Centrální
laboratoře IKEM

16.00–16.15 Stav digitalizace v nemocnicích a laboratořích

doc. MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH,
zástupce ředitele pro zdravotní služby,
Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s.

16.15–16.30 Trasování vzorků a optimalizace svozů

MUDr. Daniel Rajdl, Ph.D.,
přednosta Ústavu klinické biochemie
a hematologie Fakultní nemocnice Plzeň

16.30–17.00 coffee break

BLOK 3 17.00–18.00

17.00–18.00 Konektivita LIS vs. NIS

Mgr. Michal Mareš,
obchodní ředitel společnosti STAPRO s.r.o.

Mgr. et Mgr. Jan Alexa,
náměstek ICT, FN Bulovka

Mgr. Ziad Khaznadar,
vedoucí Centrálních laboratoří, FN Bulovka

Ing. Boris Popsimov,
project manager Clinical IT, Beckman Coulter

18.00–19.00 večeře

BLOK 4 19.00–21.00

19.00–19.30 Slavnostní křest knihy MUDr. Jana Vydry Hematologie v kostce

19.30–21.00 Networking

(odborný program prvního dne bude tlumočen
do angličtiny)

2. den, pátek 27. 10. 2023

9.00–12.00 Pro registrované účastníky – prohlídka
odborného pracoviště Proton Therapy Center
Czech – Protonové centrum Praha, Budínova 1a,
Praha 8 (zájemci se mohou registrovat na
eventy.eezy.cz/udalost/digitalizace-laboratori-2024/
do poznámky uveďte „PTC“)

Změny v programu vyhrazeny

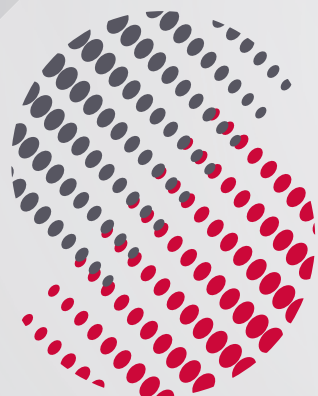
Partner odborné sekce



Vystavovatel



XVI. ROČNÍK ODBORNÉHO SYMPOZIA



SYMPOZIUM AGEL

TÉMA Moderní trendy
v kardiovaskulární
léčbě

11.–12. 10. 2023

NH Collection Olomouc Congress
Legionářská 1311, Olomouc

symposium.agel.cz