



ZDRAVOTNICTVÍ

MEDICÍNA

mf
MLADÁ FRONTA

3/2017

vyšlo: 20. 3. 2017

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ



Sestry plesaly na Žofíně (str. 25)

SPLACHOVATELNÉ SÁČKY AURUM[®] XTRA

Kombinace dvou revolučních novinek
v jednom unikátním splachovatelném sáčku.

Vnitřní vložka sáčku a podložka jsou
splachovatelné v jakémkoliv systému,
kde je možné splachovat toaletní papír
včetně septiků, extrakčních systémů např.
v letadlech, mobilních toaletách.



Biologicky
rozložitelná
vnitřní vložka sáčku
a podložka dělají
sáček Aurum[®] Xtra
ekologickým.



zelená linka: 800 100 644

J+A zdravotnické potřeby, spol. s r.o. - výhradní distributor a
bezplatná zásilková služba, www.ja-zdravotnickepotreby.cz



Zapojení pacienta do volby

Zákon o zdravotnických službách (§31 zák. 372/2011 Sb.) stanoví, že zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, ve kterém má být pacient informován o všech alternativách terapie a možných rizicích tak, aby i jako laik mohl zvážit klady a záporny doporučené léčby. Pacient má právo vyslovit svůj nesouhlas s navrženým léčebným postupem a léčbu odmítnout, což stvrdí podpisem negativního reversu. Rovněž změna léčby není možná bez informovaného souhlasu pacienta. Týká se to i záměny originálního léčivého přípravku za generický, popř. biologického léku za biosimilární přípravek, a to zejména v případech, kdy by ke změně léčby mělo docházet nikoliv z medicínských, ale výhradně z ekonomických důvodů. Totéž platí i pro ukončení léčby.

Zákon respektuje právo pacienta rozhodnout se, jak chce nakládat se svým zdravím a lékař se tím musí řídit. Pacient není pouze jakýmsi anonymním souborem příznaků, objektem léčby. Je to člověk, slovy nového Občanského zákoníku „příkazce“, kterému má lékař poskytnout odborné informace tak, aby se pacient mohl sám rozhodnout, jakou léčbu podstoupí či nepodstoupí. Lékař odpovídá za to, že nemocného informoval o všech možnostech a podstatných důsledcích léčby, popř. nepodání léčby. Není už ale odpovědný za volbu, kterou pacient o svém zdraví učiní.

Individuální léčebný postup

Poskytovatel zdravotní péče je povinen zajistit sestavení, koordinaci a realizaci individuálního léčebného postupu. Povinnosti poskytovatele, například nemoc-

nice, plní lékaři jako její zaměstnanci. Musejí zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem informován o svém zdravotním stavu (o příčině, je-li známa, stadiu a předpokládaném vývoji), navrženém léčebném postupu a všech případných změnách – včetně účelu, přínosu, důsledků a rizik takové změny.

U každého pacienta sestavuje lékař individuální léčebný postup, který vychází ze zdravotních potřeb nemocného. Individuálním léčebným postupem se rozumí poskytování zdravotních služeb – včetně konkrétních léčiv či pomůcek, logické a časové posloupnosti – konkrétnímu pacientovi, přičemž z možných variant a metod léčby si volí sám pacient. Při své volbě zpravidla zohlední, zda je navržená léčba hrazena ze zdravotního pojištění, jaké má nežádoucí účinky nebo jaký je způsob aplikace léčiva. Součástí individuálního léčebného postupu je diagnostická rozvaha, návrh léčby, léčebného režimu a doporučení dalšího postupu při poskytování zdravotních služeb.

Pokyny vedení zdravotnického zařízení či zdravotní pojišťovny nemají přednost před zdravotními potřebami pacienta a nemohou rozsah nabízených zdravotních služeb nijak ovlivnit. Je pouze věcí pacienta, zda si zvolí péči plně hrazenou či připlácenou. Omezit nabízené varianty může ošetřující lékař z medicínských důvodů (například pro kontraindikace), nemůže je však omezovat pracovník vedení nebo zdravotní pojišťovny, který o pacienta nepečuje a který mnohdy není vůbec lékařem.

Při změně zdravotního stavu pacienta může lékař individuální léčebný plán změnit, ale jen se souhlasem pacienta.

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s poskytnutím léčby může být podán v ústní formě a zapsán do dokumentace pacienta. U závažných intervencí je však písemná forma pro lékaře lepší, zejména v případě vzniklého sporu, at již jde o náhradu škody nebo o rozsah úhrady zdravotní pojišťovnou. Záznam o informovaném souhlasu pacienta musí zahrnovat jeho jméno a příjmení, rodné číslo, dále výkon, se kterým vyjadřuje souhlas, včetně rizik a možných důsledků výkonu, ale také možné alternativy výkonu a jejich rizika. Pacient má být náležitě poučen o možnosti odmítnout jakoukoli lékařskou péči a svobodně se rozhodnout o dalším alternativním postupu nebo ustoupení od výkonu. Rovněž má být informován o ceně a úhradě péče. Je zapotřebí zdůraznit, že zdravotní službou, ke které se vyžaduje informovaný souhlas, je i podání, předepsání léčivého přípravku nebo změna dosud aplikovaného léku na jiný.

Negativní revers, změna nebo ukončení léčby

Pacient má právo vyslovit i svůj nesouhlas s navrženým lékařským postupem a léčbu odmítnout. Tento projev vůle pacienta se označuje jako negativní revers.

(Pokračování na str. 6)



Ludvíkova první třetina

Letí to. Ministr zdravotnictví Miloš Ludvík už je ve funkci více než sto dní. Anglosaský politický zvyk velí dopřát čerstvým jmenovaným politikům i vládám právě tuto dobu na rozkoukání v úřadu. Teprve poté je nechat složit první účty a podrobit jejich působení kritickému zkoumání. U ministra, který má politickým osudem předurčeno, že sto dní představuje fakticky třetinu jeho vyměřeného mandátu, je tento zvyk poněkud k ničemu. Ale budiž. Sám Ludvík na tuto časovou metu upozornil a pokusil se jakési účty stručně složit, tak proč do nich nenahlédnout.

Peníze po kýblech

Nutno ovšem říci, že měl situaci zjednodušenou. Sto dní ve funkci oslavil v pátek 10. března, zrovna v den, kdy se na brněnském výstavišti spolu s dalšími sedmi stovkami delegátů účastnil sjezdu své mateřské ČSSD. Tam se z řečnické před přátelsky naladěným publikem pochválil a přednesl několik myšlenek, které stojí za pozornost.

Předně a málo překvapivě se Ludvík pochválil, že stát lijí do zdravotnictví peníze po kýblech, čímž stvrdil kontinuitu vedení resortu, neboť úplně stejnou prioritu měl jeho předchůdce Svatopluk Němeček. Ludvík se nicméně proti němu může pochlubit diplomatickým vítězstvím, neboť umluvil Andreje

Babiše, aby kývl na pravidelnou valorizaci platby za státní pojištění – prozatím na tři roky. Zákon, který by ji zakotvil natrvalo, zatím není a bude kolem něj ještě rušno.

Pak přišlo pár zcela prázdných politických frází kolem hlavní teze, že „zdravotnictví není kšeft“. Ludvík si postěžoval, že máme vysokou spoluúcast pacientů, což je lež, ale před volbami to dobře zní. A varoval, že „lidé nemají peníze, které by dali do zdravotnictví“, pročež musí sypat státní pokladna. Kdo jiný než lidé podle něj plní státní pokladnu, ministr nevěděl.

Došlo ale také na docela sympaticky progresivní slova, když se Ludvík oťel o zavádění eHealth. „Nechci poslouchat řeči o tom, že se lékař nemůže připojit k internetu. Jak se tedy vzdělává? Jak se dozvídá o nových lécích?“ rozohnil se ministr. Nutno říci, že v tomto případě sympaticky.

Populistická stagnace

Nicméně jedna věta, kterou ministr Ludvík vyslovil, tahala za uši nejvíc. Chlubil se totiž, že Ministerstvo zdravotnictví je pod vedením ČSSD „ministerstvem pacientů“. Není to Ludvíkův retorický vynález, ale vždycky, když jej někdo vytáhne, bolí to a páchně populismem na hony daleko. Zároveň je to věta, v níž je zakletý důvod, proč se systém českého zdravotnictví přes

dvacet let nedokázal hnout z místa. Ministerstvo zdravotnictví totiž nemá být ministerstvem pacientů. Má být, světe div se, ministerstvem zdravotnictví – hráčem, který všem aktérům od pojišťoven přes lékaře až k pacientům

kolíkuje hřiště a určuje motivace a pravidla hry tak, aby jednotlivé zájmy byly v rovnováze. Toho bohužel dodnes nebyl žádný ministr schopen a mezi aktéry si vždy hledal nepřátele – tu hrabivé pojišťovny, tu nenasytné lékaře, tu zase pacienty zneužívající péči.

Temná budoucnost

Rovnovážného pohledu zjevně není schopen ani Ludvík. To bylo nejvýraznější poselství jeho projevu. Nijak překvapivě, před volbami vlastně lidsky pochopitelné. Ale vzhledem k tomu, kolik politiků nahlíží na systém velmi podobně, také pro budoucnost zdravotnictví pramálo povzbudivé.

Martin Čaban,
autor je komentátorem deníku E15



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 3/2017

ŠéfredaktorkaPetra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz**Redakce**Mgr. Markéta Mikšová (Sestra),
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová
(Medicína a kongresové zpravodajství),
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz**Editor a korektor**

Mgr. Denis Drahoš, e-mail: drahos@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakceMartin Caban,
Martin Ježek**Grafika a technické zpracování**

Radek Koňářík, tel. 225 276 455, e-mail: konarik@mf.cz

Redakční rada ZAMprof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA
(předseda)MUDr. Václava Bártů
doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.
prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.MUDr. Radkín Honzák, CSc.
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

MUDr. Ondřej Měšťák

Mgr. Jana Nováková, MBA

MUDr. Hana Roháčová

prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC

doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.

prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.

MUDr. Jana Vojtíšková

doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Obchodní ředitelka

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

Personální inzerce

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


mladá fronta
Generální ředitel

Ing. David Hurta

Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, MBA

DTP

Miloslav Pařík (vedoucí), Milan Kubička, Petr Novák

**Marketing a distribuce
ředitel marketingu a distribuce:**

David Svanda

Brand Manager:

Petra Trojanová

manažerka výroby a distribuce:

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

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.

Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4, IČ: 01847082

Adresa redakce: Zdravotnictví a medicína,

Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,

sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222, e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:

A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732, 111 21 Praha 1

tel. 800 248 248, e-mail: mladafronta@predplatne.cz,

www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:

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

Videňská 995/63, 639 63 Brno,

tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183, Vajnorská 137,
830 00 Bratislava 3, tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.skSmluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí
všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele.
Předplatné se automaticky prodlužuje.Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah
inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.Snímky označené jako „Shutterstock“ použity na základě
licence od Shutterstock.com.**Tisk TRIANGL, a. s.**

Číslo dáno do tisku 16. 3. 2017

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2017
Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

Zákon o univerzitních nemocnicích

Ministerstvo zdravotnictví chce novým zákonem zajistit transparentnější a efektivnější řízení veřejných nemocnic a stabilizovat jejich základní síť, kde bude poskytována kvalitní zdravotní péče ve všech potřebných oborech. Odpůrci zákona se obávají oslabení ostatních českých nemocnic. A někteří dokonce možnosti odstátnění fakultních nemocnic.

„Pro Ministerstvo zdravotnictví je hlavní, aby se opustil dnes už přežitý status státní příspěvkové organizace a aby se přešlo na nový model správy a transparentního hospodaření organizace, která by odpovídala velikosti a úkolům dnešních fakultních nemocnic,“ říká ministr Miloslav Ludvík. Chce zákonem zároveň zajistit, aby zde mohly lékařské fakulty připravovat nové generace lékařů a měly na chod vybraných nemocnic vliv. Univerzitní nemocnice by měly mít snadnější řízení a větší ekonomickou svobodu z pohledu zákonné regulace a byly by pod dohledem rady složené jak ze zástupců ministerstva zdravotnictví a financí, tak i spolupracující univerzity i vlastních zaměstnanců.



Kdo je pro?

Zástupci vysokých škol a zdravotních pojišťoven se zákonem problém nemají. „Univerzita, potažmo fakulta, propůjčuje nemocnicím jméno, vychovává profesionály, ale má nulový vliv na jejich vedení. Jsem rád, že jsme možná nejdále, kam se zákon kdy dostal. Jsme také rádi, že jsou v něm klíčové věci, které jsme požadovali,“ řekl rektor Univerzity Karlovy prof. Tomáš Zima. Zároveň se ale zástupci univerzit shodli na tom, že bude potřeba vyřešit finanční nestabilitu některých fakultních nemocnic. „Je důležité, aby transformace byla provázána nebo předcházána řešením finanční nestability některých univerzitních nemocnic. Pro univerzitu je těžko představitelné, že by převzala zodpovědnost za situaci, která není úplně stabilní,“ uvedl rektor Masarykovy univerzity (MU) Mikuláš Bek. Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, s níž MU spolupracuje, se totiž dlouhodobě potýká s dluhy a nedaří se jí hospodaření vyrovnat.

Připomínky k návrhu zákona nemají ani zdravotní pojišťovny – Všeobecná zdravotní pojišťovna ani Svaz zdravotních pojišťoven (SZP). „Zákon v poslední době prodělal velmi rychlý a pozitivní vývoj a v tuto chvíli neobsahuje žádné pro nás nepřijatelné body. Věřím, že posílí nezávislost a vlastní zodpovědnost managementu těchto velkých ekonomických celků,“ uvedl prezident SZP Ladislav Friedrich.

Zvýšený dohled

Univerzitní nemocnici bude možné zřítit a zrušit pouze zákonem, bude hospodařit s vlastním majetkem a výnosy může použít pouze na úhradu nákladů spojených s její činností. I nad nakládáním s majetkem bude mít podle Ministerstva zdravotnictví zvýšený dohled stát, protože k záměru rady univerzitní nemocnice se vyjadřují zástupci resortu zdravotnictví i financí. Ministerstvo v tomto ohledu zdůraznilo, že z hlediska prodeje nemovitostí nedochází k žádnému zmírnění oproti stávající platné úpravě. Objevily se totiž spekulace, že zákon o univerzitních nemocnicích otevírá cestu k prodeji majetku dotčených nemocnic. Takovou hrozbu návrhu zákona vnímá například prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek.

Komora o zákon o veřejných neziskových nemocnicích dlouhodobě usilovala, ale v současné podobě jej odmítá: „Zákon o neziskových nemocnicích jsme velmi podporovali. Měl zajistit vytvoření péteřní sítě nemocnic, které by měly jisté smlouvy s pojišťovnami, nesměly by odmítnout žádného občana z regionu, měly by daňové výhody a nesměly by se vymlouvat na obchodní tajemství. Ten zákon byl připraven neskutecně špatně,“ uvedl v médiích prezident ČLK Kubek. Podle něj povede takto připravený zákon k odstátnění a privatizaci fakultních nemocnic. „Je to cesta k tomu, jak splnit dávný sen některých pravicových vlád: privatizovat velice lukrativní zdravotnická zařízení s velice lukrativními budovami na místě lukrativních pozemků,“ uvedl také Kubek.

Ministerstvo svůj návrh brání. „Rozhodně odmítám, že by šlo o strategii vedoucí k prodeji majetku nemocnic. S ničím takovým nepočítáme. Zákon má za cíl pravý opak, měl by zabránit tomu, aby privatizace nemocnic ohrozila dostupnost a kvalitu zdravotních služeb ve všech lékařských oborech. Návrh zákona je v oblasti prodeje nemovitostí stejně přísný jako stávající úprava. Zde opravdu nedochází k žádnému zmírnění,“ odmítl spekulace o prodeji majetku ministr Ludvík.





Kdo je proti a proč?

Návrh zákona schválila 8. března 2017 vláda. Nyní norma putuje do Poslanecké sněmovny, kde se zřejmě rozhoří další diskuse. Ministerstvo zdravotnictví uvádí, že návrh zákona byl vypracován na základě Programového prohlášení vlády, která se v něm původně zavázala předložit návrh zákona o veřejných neziskových nemocnicích. Už tento posun od neziskových k univerzitním nemocnicím naráží na zásadní námitku odpůrců z řad zaměstnavatelů ve zdravotnictví (sdružených v Unii zaměstnavatelských svazů – UZS) nebo Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN). „Návrh zákona je v rozporu s programovým prohlášením vlády, v němž se zavázala předložit „zákon o veřejných neziskových nemocnicích, který umožní jejich transparentnější a efektivnější řízení“, nikoli zákon o změně postavení fakultních a některých dalších nemocnic,“ uvedl prezident UZS Jiří Horecký. Předložený návrh navíc vnímá jako nekoncepční, protože se vztáhne pouze na ministerstvem zvolené nemocnice. „Zákon předpokládá, že na právní formu neziskové organizace by měly být převedeny pouze státní příspěvkové organizace – a to pouze některé z nich – stávající fakultní nemocnice, bývalé fakultní nemocnice a některé další. Zákonu by nepodléhaly další státní nemocnice přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví ani příspěvkové organizace zřízené kraji a městy. Návrh se nezabývá nemocnicemi v podobě akciových společností a společností s ručením omezeným, kterých je většina z celkového počtu nemocnic a jejichž právní forma je pro veřejné nemocnice stejně vhodná jako pro státní příspěvkové nemocnice,“ dodává prezident Horecký.

Legislativní nesoulad

Obavu vzbuzuje také fakt, že návrh sice nově zakotvuje definici univerzitních nemocnic, jejich postavení a úlohu v některých oblastech, ale že český právní řád vůbec nedefinuje obecný pojem nemocnice, jejich strukturu, funkce a dělbu činnosti mezi jednotlivými typy zařízení. „Prohlubuje se rozpor v právním řádu ČR, což trvá od zrušení zákona č. 20/1966 Sb. (Zákon o péči o zdraví lidí byl zrušen v roce 2012 – pozn. red.). Nemocnice, které nebudou univerzitní, budou nadále zahrnovány mezi „poskytovatele“, aniž by se rozlišovalo mezi ambulancí jednoho lékaře a krajskou nemocnicí, z nichž řada je větší než některé navrhované univerzitní nemocnice,“ upozorňuje prezident UZS a dodává, že Ministerstvo zdravotnictví ignoruje nejen nutnost právně vymezit pojem nemocnice, ale i jejich rámcovou síť, strukturu, kde byl teprve prostor pro definici a postavení univerzitních nemocnic jako významné, ale zvláštní části sítě. Připomíná také, že neexistence samostatného zákona o nemocnicích kontrastuje s právní úpravou v Německu, kde mají dva zákony o nemocnicích (obecný a o financování nemocnic).

Zajímavé je také porovnání s Rakouskem, kde mají za srovnatelné úrovně zdravotní péče, její organizace i počtu obyvatel pouze tři univerzitní nemocnice – oproti deseti českým.

Které nemocnice by měly získat statut univerzitní?

- Fakultní nemocnice Brno
- Fakultní nemocnice Hradec Králové
- Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
- Fakultní nemocnice Olomouc
- Fakultní nemocnice Ostrava
- Fakultní nemocnice Plzeň
- Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
- Fakultní nemocnice v Motole
- Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
- Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

Oslabení ostatních?

Kritici návrhu vidí jako důsledek znejistění a další oslabení ostatních nemocnic, bez jejichž řádného fungování se neobejdou ani univerzitní nemocnice. Vedle poskytování zdravotní péče je jednou z oblastí nejistoty rovněž vzdělávání, které v „nevyvolených“ nemocnicích probíhá. „Na rozdíl od univerzit nemají další subjekty, které v praxi při zajišťování specializačního a celoživotního vzdělávání pracovníků s univerzitními nemocnicemi spolupracují, úpravu tohoto vztahu, ačkoliv se jedná o nezbytnou spolupráci za účelem zajištění vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví,“ uvedla jako zásadní připomínku AČMN.

Návrh zákona by tak mohl ohrozit poskytování klinické a praktické výuky v jiných než univerzitních nemocnicích všem studentům těch univerzit, které mají akreditovaný studijní program všeobecné lékařství. Jiné „neuniverzitní“ nemocnice podle dikce návrhu zákona nebudou moci výuku uskutečňovat, i když ji dosud vykonávaly a jsou pro ně personálně a materiálně zabezpečeny.

Prezident Horecký připomněl, že tyto nemocnice poskytují výuku nejen studentům lékařských fakult, ale i biomedicínským inženýrům a dalším studentům nelékařských oborů. Tito studenti se seznamují s prostředím dotčených nemocnic a nežádka se následně po absolutoriu stávají jejich zaměstnanci, čímž významně přispívají k řešení personální nedostatečnosti v daných oborech. Návrh zákona by tak mohl mít dopad na personální situaci „neuniverzitních“ nemocnic, což může mít v příhraničních oblastech fatální následky v oblasti dostupnosti a kvality zdravotní péče.

Petra Klusáková



Obsah

Z domova

- Zapojení pacienta do volby 3
- Ludvíkova první třetina 3
- Zákon o univerzitních nemocnicích 4
- Zapojení pacienta do volby – pokračování 6
- Duel: Mohou TČM a západní medicína kooperovat? 7
- Znáť smysl své práce a mít k ní jasné pokyny 8
- Personální změny ve zdravotnictví 10
- Jak na switch u biosimilars 11
- Jaroslav Chylík: Dvacetimilionová investice do bezpečnosti pacientů 12
- Záleží na mužském zdraví méně? 13
- Karcinom prsu je častý, ale „šťastný nádor“ 14

Speciál

- Nutrice u onko pacientů 15
- Morbidní obezita zabývá 17
- Ve světě mají úspěch česká kolagenní arthronutraceutika 18

Sestra

- Sestra vyvinula aplikaci pro komunikaci po mozkové příhodě 21
- Martina Jurigová: Když o něco jde, umím být tvrdá a za věc dokážu bojovat 22
- Kompetence sestry k odběru krve 24
- Náhrada mzdy při podání svědectví u soudu 24
- Ples sester na Žofíně 25
- Ze společnosti 28

Medicína

- Tradiční čínská medicína může doplnit moderní léčbu 31
- Synergie mezi medicínou Západu a Východu 32
- Ledvinová kalkulačka pomáhá odhalit stav jejich stav 33
- Trendem je individualizovaná léčba, která jde za pacientem 33
- Novou léčbu TBC testují Lékaři bez hranic 34
- Kvasinková kolonie jako model pro studium vzniku nádorů? 35
- Cílená terapie u život ohrožujícího krvácení 36
- Úspěchy české transplantologie 38
- Alectinib pro pacienty s ALK-pozitivním NSCLC 39
- Přínos síťovaného kopolymeru 2-hydroxyethylmethakrylátu v proktologii 39
- David Šmajš: Původce syfilis nám ještě asi přichystá překvapení 40
- Za fatální plicní infekci mohou geny 41
- Homeopatie může ulevit od symptomů alergie 42
- Koloproktologie – obor na vzestupu 42
- Vyšetření plodnosti i u párů, které dítě odkládají 43
- Eva Holmerová: Alzheimer Europe může pomoci v řešení problému demence 44
- Roztroušená skleróza – co nového v posledních letech? 46

Personální inzerce

- 47



Zapojení pacienta do volby

(Pokračování ze str. 3)

Dokument o negativním reversu musí obsahovat jméno a příjmení pacienta, jeho rodné číslo, identifikaci lékaře, dále prohlášení pacienta, že byl výše uvedeným lékařem poučen o svém zdravotním stavu, o potřebě podrobit se navrhovanému zdravotnímu výkonu. Součástí dokumentu rovněž musí být informace o tom, že odmítnutí péče a neprovedení výkonu pro něj může mít nepříznivé zdravotní následky, které je třeba uvést. Negativní revers musí obsahovat podpis pacienta a také datum a čas podpisu.

Pokud lékař mění léčbu pacienta, musí ho informovat o zamýšlené změně, výsledcích dosavadní léčby, důvodech její změny a možných rizicích, která z toho vyplývají. Ke změně lze přistoupit pouze tehdy, pokud dá pacient informovaný souhlas. Pokud je důvodem k navrhované změně jen ekonomický profit, ať už na straně nemocnice či pojišťovny, musí o tom být pacient informován; v takovém případě ovšem někdy souhlas se změnou nedá, neboť k tomu nebude mít žádný právní ani věcný důvod.

Pacient může změnu odmítnout a podepsat negativní revers. Revers podepsaný pacientem je právní překážkou změny léčby z ekonomických důvodů. Pokud je stávající léčba hrazena ze zdravotního pojištění nebo pokud si ji pacient hradí sám a její medicínská potřeba nadále trvá, nemůže mu ji pracovník nemocnice svévolně odejmout ani změnit.

Právo a změna léčivého přípravku

Lékař je podle §31 zák. 372/2011 Sb. povinen vždy poučit pacienta o všech možnostech léčby – tedy včetně eventualit užívání originálních a generických/biosimilárních léčivých přípravků – a podat mu přesné a pravdivé



Foto: archiv MF

informace o výši a podmínkách jejich úhrady. Léčbu si z alternativ vybírá pacient. Z právního hlediska se do-

poručuje sepsat informovaný souhlas s léčbou, kterou nemocný preferuje. Pokud odmítne navrhovanou léčbu nebo změnu léčby, je nutné sepsat negativní revers.

Lékař by si měl být vědom podmínek úhrady, individuálních omezení úhrady a podmínek, kdy lék přestává být hrazen a kdy je možné pacienta převést na jinou hrazenou terapii. Nesplnění podmínek úhrady však rozhodně neznamená, že by lékař lék nenabídl, nutil pacienta k ukončení nebo změně terapie. Nesplnění úhradových omezení znamená jen fakt, že k poučení o léku musí lékař přidat též poučení o ceně. Pacient si může takovou léčbu i nadále zvolit nebo na ní setrvat. Jím zvolená varianta je hrazena do výše stanovené zákonem a rozhodnutím SÚKL. Pacient má jako pojištěnec na tento rozsah úhrady nárok, který nelze zúžit na pokyn vedení nemocnice či doporučení pojišťovny. V případě, že smluvní nemocnice dává lékařovi pokyny ke změně terapie z ekonomických důvodů, měl by je lékař pro svou vlastní právní ochranu vyžadovat důsledně v písemné formě, zaznamenat je do zdravotní dokumentace a poučit o nich pacienta. Ten pak se změnou může souhlasit nebo ji odmítnout negativním reversem.

Pacient má právo vědět, čím se může léčit a vybrat si kteroukoliv z více variant léčby, existují-li. Lékař je povinen pacientovi tyto varianty nabídnout a vysvětlit jejich přínos. O plánované změně léčby musí pacient vědět, lékař mu musí vysvětlit důvody a pacient s nimi musí souhlasit. Kdyby souhlas nedal, pak zůstane na původní léčbě, pokud její medicínský přínos nadále trvá. Představa, že o tom, jaká látka se aplikuje do pacientova těla, rozhoduje lékař na pokyn ekonomického vedení nemocnice a pacient do toho nemá co mluvit, je mylná, překonaná a nebezpečná.

Problematika informovaného souhlasu očima právníka – kazuistika

Lékař-zaměstnanec jedné pražské fakultní nemocnice zaslal autorovi nový vzor informovaného souhlasu. Dokument je označen „Informovaný souhlas s poskytováním léčby na omezenou dobu“ a týká se pracoviště podávajícího nákladně, tzv. „centrové“ léky. Nemocnice je smluvním poskytovatelem zdravotních pojištěnec. V textu vzoru se uvádí doslova: „Pacient byl dostatečně poučen a bere na vědomí skutečnost, že léčba, která mu bude poskytnuta, není finančně kryta úhradou zdravotní pojišťovny a doba poskytování léčebné péče může být závislá na finančních možnostech poskytující nemocnice. Je srozuměn s možným ukončením podávání preparátu kdykoli v průběhu již započaté léčby bez náhrady. Pacient byl také výslovně poučen o tom, že v případě předčasného ukončení léčby předmětným léčivem z výše uvedených důvodů, se může jeho zdravotní stav i po předcházejícím přechodném zlepšení vrátit na původní stav, nebo může dojít i k jeho zhoršení. Pacient prohlašuje, že byl řádně poučen, poučení porozuměl a výslovně souhlasí se způsobem navržené léčby, stanovenými omezeními i možnými důsledky.“ Formulář je sestaven tak, že pacient nemá možnost s podmínkami nesouhlasit, může dokument pouze podepsat nebo podpis odmítnout. Lékař se ptá, zda je takové poučení právně v pořádku a jestli jej dostatečně chrání v případě újmy na zdraví pacienta.

Tento vzor informovaného souhlasu je v rozporu se zákonem. Z pohledu lékaře není v žádném případě možné nutit pacienta, aby podepisoval, že se bude léčit non lege artis nebo že lege artis léčbu se zdravotními riziky předčasně ukončí. Takový souhlas by byl neplatný již kvůli § 2645 NOZ, který uvádí: „Poskytovatel odpovídá za to, že splní své povinnosti s péčí řádného odborníka; k ujednáním, která to vylučují nebo omezují, se nepřihlíží.“ Nesmluvní nemocnice by mohla pacienta před zahájením léčby odmítnout dle § 48 odst. 1) písm. c) zákona o zdravotních službách, avšak jakmile vztah lékař-pacient vznikne, nesmí jej již poskytovatel svévolně ke škodě zdraví pacienta přerušit. Naopak pacient musí být poučen, že léčen bude vždy podle medicínské potřeby tak dlouho, jak je třeba. Nesmluvní poskytovatel by nanejvýš mohl požadovat přímou úhradu za služby, které nebyly nebo přestaly být hrazenými, a i to jen za předpokladu předchozího poučení pacienta o ceně.

Pokud daná nemocnice má smlouvu se zdravotními pojišťovnami a má i příslušné „centrové dodatky“, musí pacienty léčit v takovém rozsahu, v jakém to odpovídá jejich medicínské potřebě a rozsahu úhrady stanovené SÚKL. Na této povinnosti nic nemění, jak je nastaven aktuální úhradový mechanismus, například to, že nemocnice dostává nevýhodný paušál. Jedinou výjimkou, která je teoreticky představitelná, je situace, kdy by nemocnice měla sjednanou úhradu odchýlně od úhra-

dové vyhlášky tak, že po provedení určitého přesně daného počtu zákroků smlouva zaniká splněním (někdy se mluví o „balíčcích“). Takový typ úhrady však fakultní nemocnice u biologické léčby zpravidla nemívají. Určitě ji neměla tato konkrétní nemocnice u VZP v roce 2016, podle webových stránek www.vzpsmlouvy.cz naopak měla obvyklý „paušál s nepřekročitelným stropem“. Na rok 2017 pak není zatím zveřejněn žádný úhradový dodatek, takže nemocnice má úhradu dle výchozích pravidel úhradové vyhlášky pro 2017.

Používáním takového vzoru nemocnice postupuje protiprávně. Pacienti by si mohli oprávněně stěžovat. A v případě škody na zdraví odnětím léčby rovněž nemocnici úspěšně žalovat. Nemocnice by měla přijít o certifikát kvality, neboť nedodrжуje práva pojištěnců, což je podmínkou akreditace; pokud o této skutečnosti akreditační společnost ví, a přesto nemocnici certifikát udělila, měla by sama přijít o licenci nebo čelit pokutě dle zákona 372/2011 Sb. Je otázkou, co přimělo vedení nemocnice k vydání takového vzoru. Patrně to bylo nepochopení úhradového práva v kombinaci s reálným problémem limitací úhrady ve vyhlášce. Nemocnice však nemůže „řešit“ tento problém na úkor pacientů – zejména jedná-li se o přímo řízenou organizaci téhož ministerstva, které úhradovou vyhlášku vydalo.

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL. M.,
specialista na zdravotnické právo PwC Legal



Mohou TČM a západní medicína kooperovat?

Přednosta Kliniky komplexní onkologické péče Masarykova onkologického ústavu a poslanec PSP ČR **prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.**, a přednosta III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a předseda ČLS JEP **prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA**, představují svůj pohled na tradiční čínskou medicínu, úskalí, které sebou nese i na dozorování terapeutů TČM.



1. Může se TČM skutečně stát vhodným doplňkem západní léčby a moderních medicínských postupů? Lze ji kombinovat s medicínou založenou na důkazech?
2. Může se akceptace TČM stát iniciátorem ke vstupu dalších druhů alternativních či holistických přístupů? Jsme na to morálně i legislativně připraveni?
3. Dnes má vzdělávání terapeutů TČM i jiných tzv. alternativních škol medicíny různou úroveň. Je nutné zavést nějaké standardy vzdělávání terapeutů TČM? A kdo by je měl připravit a dozorovat?

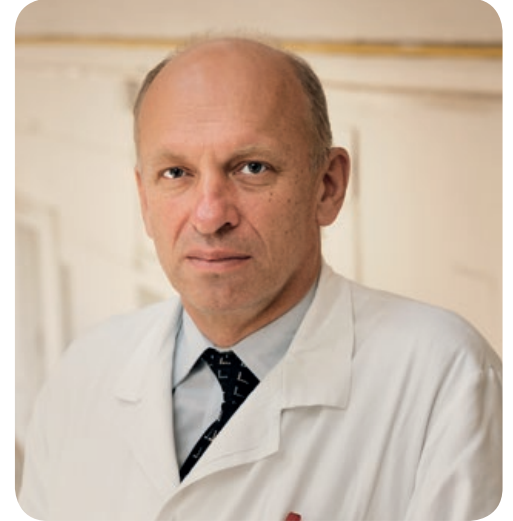


Foto: 2x archiv MF

prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.

1. Nejsem odborník na TČM. Jsem vychován na systému Evidence based medicine (EBM) a úspěchy této medicíny jsou nepopíratelné, snadno reprodukovatelné a TČM ji nemůže nikdy nahradit. Otázkou jen zůstává, zda by pět tisíc let zkušeností mohlo napomoci v některých oblastech podpůrné, symptomatické léčby. TČM pracuje se symptomy. Jaký je mechanismus jejího účinku není přesně známo, ale subjektivní úlevu bolesti po akupunktuře pacienti udávají. Z některých herbálních přípravků TČM byly připraveny některé moderní léky (např. antivirotika). Profesor Holý spolupracoval na výzkumu rovněž s čínskými lékaři TČM a jeho objevy jsou chloubou českého výzkumu v medicíně. TČM má i nositele Nobelovy ceny. V naší zemi však praktikují desítky lidí, kteří se vydávají za lékaře TČM. Nevíme nic o jejich kvalifikaci, neznáme herbální přípravky, které používají, a to některé z nich mohou být významně toxické a pro organismus až nebezpečné, proto je vhodné v zájmu ochrany veřejného zdraví, mít i tyto léčebné metody pod kontrolou.

2. Dobrá otázka, ale velmi závažná. Nejsem zastáncem dalšího rozšiřování. Nemáme žádné věrohodné důkazy, že jiné metody fungují. Jsou to většinou jen metody založené na placebo efektu. Některé mají vyloženě charakter šamanství, zvláště bych proto varoval před homeopatií. Je to absolutní podvod, který potvrdí všichni chemici. Bohužel je u nás akceptovatelný.

3. Ano, herbální přípravky je třeba mít pod kontrolou. Jak jsem uvedl, jsou některé velmi nebezpečné a u nás zakázané k dovozu a používání, proto bude velmi dobré, aby některé přípravky otestoval SÚKL. Pokud se týká vzdělávání, tak Ministerstvo zdravotnictví se připravuje na tvorbu vzdělávacího programu, a proto bude muset spolupracovat i s Ministerstvem školství.

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA

1. V poslední době je u nás státem propagována tzv. čínská medicína. Za prvé to není čínská medicína, ale čínské léčitelství, a za druhé je dnes medicína jedna, a to globální. Rozdíly mohou být jen ve zdravotním systému či ve formě pojištění, ale ve vlastních léčebných postupech jsou rozdíly minimální. Připomeňme si, jak celá tato akce vznikla. V posledních letech se opakovaně vyskytl jev, že ve suitě prezidenta či premiéra vyjíždějícího na zahraniční návštěvu se vyskytne i zdravotnická delegace. Zdravotnictví se tak dostává na úroveň výroby automobilů, počítačů, oděvů nebo exportu průmyslových technologií. Ještě bych chápal, kdybychom potřebovali vyvážet či dovážet lékaře a sestry nebo vyrábět naše léky a zdravotnické pomůcky levněji jinde než u nás, ale medicínské poznatky a technologie se šíří po světě zcela jinak než pomocí státních delegací. Propagují se na kongresech, dostávají akreditace a do jednotlivých částí světa pronikají koordinovaně a bezpečně se schválením použití. Zdravotnické zařízení či pojišťovna např. výběrovým řízením rozhodnou, jaký lék či jakou technologii budou používat. Vztahy dvou států v tom nemožou hrát žádnou roli. Vše to jen skýtá možnost podivností, možná i korupce nebo výměny zdravotnictví za jiné komodity, tedy vtahování zdravotnictví do barterových a výměnných obchodů.

2. Medicína se nedělí na čínskou, českou či americkou, ale dělí se především podle oborů. Určitě platí, že prvky medicíny z kterékoliv části světa mohou pronikat do vědecké medicíny v konkrétním oboru a že všude může být objeveno i něco nového a významného. To platí asi i o akupunktuře nebo léčích, kde u některých je jejich původ v Číně doložitelný. Čili čínská medicína neproniká do světa, protože je čínská, ale proto, že někde objevila něco, co součástí vědecké medicíny být může. Čínské léčitelství ale proniká do světa, protože je to dobrý byznys.

V České republice nevědecká medicína bují a např. se nabízejí superbrusinky či megabrusinky na infekce močových cest a také řada nesmyslů na hubnutí či proti stárnutí. Je až zázrak, že do České republiky zatím čínské léčitelství nepronikalo. Minimálně to ušetřilo hodně peněz našim občanům a možná u mnohým z nich i zachránilo život, když neztráceli čas a obrátili se rovnou na správná místa. Je logické, že by k nám čínské léčitelství proniklo i bez státní podpory, ale asi pomaleji.

3. Je známo, že různé čínské tabletky mohou způsobit třeba selhání ledvin, a tak informace o testování a čistotě preparátů na tato fakta reagují. Všechno by bylo asi normální, kdyby k nám produkty nepronikaly přes v očí pacientů vědecké instituce, jako jsou třeba fakultní nemocnice. Průnik alternativní medicíny se nedá zastavit, jen by snad šlo, aby tyto metody nemohli provozovat a šířit ti, kdo mají smlouvu se zdravotní pojišťovnou, a pak se jim v pracovní době překrývají věda s pavědou.

Dovedu si představit, že kvalitně vzdělaný odborník na psychoterapii a psychosomatiku dokáže využít i metody léčitelství ku prospěchu pacienta. Možná by nyní bylo nejlepším řešením, kdyby z fakultní nemocnice byli čínští léčitelé také přemístěni do parku nebo do speciálních zařízení, aby byli dobře vidět. Určitě se ale nedá jejich průnik do ČR zastavit, a to, že sem od roku 1889 do roku cca 2015 nepronikli, je malý zázrak, který nám jeden vládní výlet, ke škodě českých pacientů, hodně pokazil. A místo propagace čínského léčitelství by mohla vláda začít zdravotnictví konečně reformovat.

Vyjádření prof. Svačiny převzato z knihy *Kontroverze současné medicíny, Mladá fronta, a.s., 2017.*



Ilustrační foto: Shutterstock



Znát smysl své práce a mít k ní jasné pokyny

Vedoucí manažeři ve zdravotnictví zastupující dodavatele software pro nemocnice, lékárny a výrobce OTC produktů vysvětlují, jak řídí své zaměstnance. Vedle motivace, kterou je výše platu, se shodují na důležitosti kvalitního pracovního týmu, porozumění dlouhodobým cílům pracoviště a smysluplnosti zadaných úkolů.

Denisa Kaloušková

HR manažerka Sprinx Systems

1. Abychom si udrželi ty správné zaměstnance, musíme si v první řadě odpovědět na otázku, kdo schopní zaměstnanci vlastně jsou. A kolik jich vůbec má nebo může firma mít. Teorie říká, že pouze 15 procent zaměstnanců tvoří významnou většinu výkonu firmy. Samozřejmě, bylo by asi krátkozraké věnovat veškeré úsilí pouze těmto lidem. Pokud se firma chová korektně ke všem, dává velice dobrý základ pro vznik prostředí, v němž lidé chtějí dlouhodobě setrvat. Dnešní doba vyžaduje flexibilní přístup v jednání. Pro některé zaměstnance jsou důležité zajímavé projekty a možnost změn, jiní mají na prvním místě pracovní tým a kvalitní kolektiv, dalším pak jde především o vyšší platu. Namíxovat správný poměr pro každého zaměstnance je hlavním úkolem liniového manažera a HR pracovníka, protože právě v neprefabrikaném a neuniformním přístupu tkví šance na úspěch. Důležitá je vzájemná důvěra a otevřenost. Na jedné straně firma poskytne svým lidem to, co je uspokojí, a na té druhé se na své lidi bude moci spolehnout.



1. Na trhu práce je nedostatek kvalifikovaných pracovních sil. Co děláte, aby vaši zaměstnanci neodcházel?

2. Aby lidé kvalitně pracovali, musí znát smysl své práce. Vysvětlujete zaměstnancům poslání firmy?

ti soudím, že pro to, aby se kolegové na pracovišti cítili dobře a neodcházel jinam, je naprosto nezbytné také to, aby znali smysl své práce, měli jasné pokyny, aby jakkoliv vysoké nároky na ně kladené měly svůj účel a aby znali dlouhodobé cíle pracoviště i momentální směřování. Je také potřeba najít rovnováhu mezi individuálním rozvojem, který by u svých kolegů měl každý šéf podporovat, a pocitem náležitosti k týmu. Špatné mezilidské vztahy mohou rozvrátit jinak špičkové pracoviště, čemuž nezabrání ani sebelepší plat nebo odborné možnosti. Dobré vztahy na pracovišti nemohou být nařízeny shora, ale i tak má na jejich kvalitě významný podíl řízení. Pokud to shrneme, pak je na pracovišti třeba dbát o motivující a přátelské prostředí, umožnit kolegům, aby se mohli rozvíjet, cítili se přiměřeně ohodnoceni, a dostatečně s nimi komunikovat. To jim pomáhá přestat i značné nároky, které s sebou práce u nás často nese.

2. V našem případě je smysl práce jednoznačný – pacient. Snažíme se, aby kolegové za svou práci vždy viděli konkrétního pacienta, kterému pomáhají. S tím souvisí i to, že čím víc pracují na sobě, tím se jejich schopnost pomáhat zvyšuje. A to stojí za to.

Mgr. Yvonne Hanáková

ředitelka HR Omega Pharma

1. Lidé jsou u nás na prvním místě, což se odráží i v samotné firemní kultuře, která je otevřená, transparentní a založená na hodnotách, jako jsou odpovědnost, integrita a respekt. Omega Pharma je součástí celosvětové farmaceutické firmy Perrigo a považují například za velký úspěch a potvrzení našich kvalit, že přenášíme naše vlastní compliance projekty, jednoduše řečeno projekty zaměřené na etiku, do dalších zemí, kde Perrigo působí. A to je důvod k hrdosti i pro naše zaměstnance.

Věnujeme se nastavování a optimalizaci procesů tak, aby to našim lidem ulehčilo práci a aby byli skutečně efektivní. Aktuálně plánujeme implementaci globálního systému hodnocení Career Architecture podle Hays – metodologie zaměřené na typologii pozic a práci s talenty. Pořádáme také vysoce interaktivní tréninky, vycházející z individuálních rozvojových plánů, kde jsou specifikovány rozvojové potřeby, kompetence a kariévní aspirace každého z nás. Některé tréninky jsou



orientovány více na soft skills (vyjednávání, projektové řízení, leadership), jiné zase odrážejí vzdělávací potřeby v oblasti počítačových nebo jazykových dovedností formou e-learningu nebo skype.

2. Kromě snahy o vysoce etické pracovní prostředí motivujeme zaměstnance možnostmi osobního růstu. Naši lidé jsou rovněž certifikováni v oblasti etického kodexu ČAFF (Česká asociace farmaceutických firem), jíž jsme platným členem. Tato certifikace nám pomohla zvýšit úroveň odborných znalostí našich zaměstnanců, a to zejména z oblasti etiky a práva, dále pak farmakovigilance a farmakologie. Spolupráce na individuálních plánech přispívá k motivaci a angažovanosti každého člověka ve firmě. Významně jsme tak snížili nežádoucí změny na zaměstnaneckých postech napříč celou naší společností.

Klíčovým prvkem motivace je určitě i možnost růstu v rámci společnosti ať už horizontálně, nebo vertikálně. Rozvoj a příležitost seznámit se s různými pozicemi a zodpovědnostmi napříč firmou je pro naše lidi důležitým aspektem. Nechybí pravidelné Cycle a Feedback meetingy, které v sobě nesou také motivační prvky, a jsou významné z důvodu transparentní a přímé komunikace se všemi zaměstnanci a zároveň i jako podpora firemní kultury.

Blanka Červenková

hlavní sestra Nemocnice Hořovice

1. Investovali jsme do celkové rekonstrukce nemocnice a modernizovali vybavení. Rozvíjíme také zdravotnické obory. O vytváření firemní kultury usilujeme stále – pro naše zaměstnance (zejména tedy lékařky i sestry) budujeme novou firemní školkou, která bude uvedena do provozu od září tohoto roku.

Naším lidem rovněž poskytujeme možnost výhodné rekreace. Pro dlouhodobé a nejoblíbenější zaměstnance organizujeme každé léto zájezdy do Řecka, kam ročně odjíždí 15 zaměstnanců a s nimi vždy jeden rodinný příslušník. Dále pak organizujeme sportovní a vzdělávací akce a podporujeme dojíždějící tým, že nabídneme částečnou svozovou dopravu (nejčastěji z Prahy).

2. Vedení nemocnice si zakládá na tom, že je se zaměstnanci v neustálém kontaktu. Svě akce, ať již sportovní nebo teambuildingové, pořádají také jednotlivá oddělení nemocnice. Součástí naší práce je rovněž vypořádání stížností a pochval od pacientů.

Tradičně před Vánoce organizujeme večírek, kam jsou zváni všichni zaměstnanci hořovické a berounské nemocnice (počet účastníků se pohybuje mezi 600 až 800 zaměstnanci). Nově jsme naši sestru přihlásili do soutěže Sestra roku, kde máme letos naši první finalistku!

Připravila Petra Klusáková



Foto: 4x archiv manažerů

PharmDr. Petr Horák

vedoucí lékárník Nemocniční lékárny Fakultní nemocnice Motol

1. Motivátorů může být celá řada, ale jejich individuální důležitost může být velmi různá pro příslušné kategorie zaměstnanců a i pro každého jednotlivce. Snažíme se mít dobře nastavené “hygienické faktory” – od pracovního prostředí, přijatelného vybavení, po konkurenceschopné finanční ohodnocení. Z dlouhodobé zkušenos-





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.

Rozhodování ve správním řízení má svá přesná pravidla

V dnešní Poradně se zaměříme na proces správního řízení, jak správně postupovat při jeho zahájení a jaké podmínky musí žadatel splnit v případě, pokud se chce odvolat.

VZP rozhoduje o individuálních žádostech o úhradu zdravotních služeb, které jsou jinak ze zdravotního pojištění nehrazeny nebo jsou hrazeny jen za určitých podmínek, ve správním řízení. Nejčastěji jde o žádosti podle

- § 15 odst. 1, odst. 11 a odst. 13 o zdravotnických prostředcích a stomatologických výrobcích,
- § 16 o léčivých prostředcích hrazených ve výjimečných případech,
- § 25 o pobytu průvodce pojištěnce staršího 6 let při hospitalizaci pojištěnce,
- § 33 o léčebně rehabilitační péči a
- § 34 o péči v odborných dětských léčebnách a ozdravnách

zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (ZVZP).

VZP přitom postupuje podle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, a stává se tak správním orgánem.

Zahájení správního řízení

Správní řízení je zahájeno podáním žádosti pojištěnce; nejčastěji ji podává prostřednictvím svého poskytovatele zdravotních služeb, který je smluvním partnerem VZP. V žádosti pojištěnec musí uvést, o jakou konkrétní zdravotní službu žádá a podle kterého odstavce ZVZP. Svoji žádost musí doložit lékařskými zprávami, popisujícími jeho zdravotní stav, zhodnocením očekávaného účinku zdravotní služby, a v případě žádosti o podání léčivého prostředku také zhodnocením možných kontraindikací. Žádost je potřeba vyplnit velmi pečlivě s uvedením co nejkonkrétnějších údajů tak, aby ji správní orgán mohl kvalifikovaně posoudit. Při koncipování žádosti by si žadatel měl uvědomit, že správní orgán rozhoduje pouze na základě poskytnutých informací. Správní orgán nemá žádné zákonem stanovené prostředky na to, aby mohl sám provádět jakákoliv šetření, získávat informace nebo přezkoumávat zdravotní stav pojištěnce.

Rozhodování ve správním řízení

Pokud správní orgán zjistí, že žádost neobsahuje všechny důležité údaje, které jsou ke kvalifikovanému rozhodnutí nezbytné, tedy že žádost má neodstranitelné vady, vyzve písemně žadatele k doplnění žádosti a uvedení konkrétních podkladů. Zároveň žadateli určí lhůtu pro doplnění a po dobu této lhůty řízení přeruší. V zájmu urychlení procesu rozhodování může být žadatel vyzván k doplnění také telefonicky nebo elektronicky. Doplnění žádosti musí být podáno nejpozději poslední den lhůty.

Pokud není doplnění podáno nejpozději poslední den lhůty nebo pokud je nedostatečné a vady žádosti nejsou odstraněny, správní orgán řízení zastaví. Usnesení o zasta-



MUDr. Emília Bartišková

ředitelka Odboru kontroly a revize zdravotní péče

vení řízení je doručeno žadateli do vlastních rukou a lze se proti němu odvolat do 15 dnů ode dne doručení. Pokud se žadatel po uplynutí této lhůty neodvolá, usnesení o zastavení řízení nabyvá právní moci. Řízení se usnesením zastaví také tehdy, když žadatel zemřel nebo vzal svou žádost zpět. Tzv. zpětvzetí žádosti musí být samozřejmě písemné.

Pokud má správní orgán podklady poskytující mu dostatečné informace k odbornému posouzení, o žádosti rozhodne. Své rozhodnutí musí vydat bezodkladně, nejpozději do 30 dnů od podání (ev. doplnění) žádosti.

Rozhodnutí může být dvojit: žádosti se vyhovuje, nebo žádost se zamítá, a to jak v celém rozsahu, tak částečně. V případě částečného vyhovění (zamítnutí) musí být ve výroku uvedeno, jaké části se vyhovuje a jaká část žádosti se zamítá.

Odvolání žadatele

Jestliže chce podat žadatel odvolání proti rozhodnutí, musí splnit několik podmínek. Z formálního hlediska musí především dodržet lhůtu pro podání odvolání a podat je uvedenému správnímu orgánu. Z obsahového hlediska musí především uvést, proti jakému rozhodnutí odvolání směřuje a čeho se odvoláním domáhá. Znamená to, že

v odvolání je nutné napadnout konkrétní důvody zamítnutí původní žádosti, přesně uvést, v čem odvolatel spatřuje nesprávnost napadeného rozhodnutí, a uvést další argumenty k podpoře svých tvrzení. Čím kvalitněji bude odvolání zpracováno, čím podrobněji doloženy důvody, proč by měl správní orgán odvolání vyhovět, tím vyšší je šance na změnu původního rozhodnutí.

Odvolání se podává prostřednictvím správního orgánu, který napadené rozhodnutí vydal. Je to proto, že tento orgán vede o řízení spis, má tedy všechny dostupné informace o důvodech napadeného rozhodnutí. Zároveň má však také pravomoc na základě obsahu odvolání napadené rozhodnutí zrušit či změnit postupem tzv. autoremedury, takže odvolání ani nepostoupí k posouzení odvolacímu orgánu.

Druhý stupeň řízení

Správní orgán ve druhém stupni řízení (odvolací orgán) buď odvolání zamítne a napadené rozhodnutí potvrdí v celém rozsahu, nebo odvolání vyhoví v celém rozsahu a napadené rozhodnutí změní. Může se také stát, že odvolací orgán odvolání vyhoví (zamítne) pouze částečně, pak ve výroku uvede, které části odvolání vyhověl a kterou zamítl. Ve výjimečných případech může odvolací orgán napadené rozhodnutí zrušit a řízení zastavit, nebo napadené rozhodnutí zrušit a vrátit věc k novému projednání správnímu orgánu prvního stupně.

O žádostech v prvním stupni řízení rozhoduje revizní lékař příslušné regionální pobočky VZP. O řízení ve druhém stupni (odvolání) rozhoduje ředitel odboru zdravotní péče příslušné regionální pobočky.

Nejčastější nedostatky

- nedodržení lhůty pro podání odvolání nebo pro doplnění žádosti
- podání odvolání v případě, že bylo pouze žádáno doplnění žádosti a nebylo ještě vydáno rozhodnutí
- nedoložení všech požadovaných podkladů
- podání nepřislusné žádosti dle § 16 ZVZP, např. ohledně úhrady léčivých přípravků za hospitalizace, úhrady zdravotnického prostředku mimo Úhradový katalog VZP
- odvolání neobsahuje žádný nový argument, pouze např. sdělení ošetřujícího lékaře, že „nemůže vyloučit, že požadovaná léčba nezabere“
- odvolání není podáno pojištěncem ani poskytovatelem, ale např. manželkou
- podání druhého odvolání proti zamítnutí (proces je pouze dvoustupňový)
- podání nové žádosti bez aktuální lékařské zprávy (bez nových skutečností)



Personální změny ve zdravotnictví

● Prof. Prymula náměstkem ministra zdravotnictví



Novým náměstkem ministra zdravotnictví pro zdravotní péči byl 1. března 2017 jmenován **prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.**, který dosud na ministerstvu působil jako poradce ministra Miloslava Ludvíka. „Funkce náměstka pro zdravotní péči je pro mne velkou výzvou.

Chtěl bych zúročit své zkušenosti ze zdravotnictví, vysokého školství, vědy a výzkumu a přispět k řešení současných urgentních problémů v oblasti vzdělávání lékařů a sester, reformy psychiatrické péče a čerpání evropských fondů,“ uvedl po svém jmenování nový náměstek ministra zdravotnictví prof. Prymula.

Praxe profesora Prymuly

- od 1. 3. 2017 Náměstek ministra pro zdravotní péči, Ministerstvo zdravotnictví ČR
- 2016–2017 Poradce ministra zdravotnictví
- od 2013 Profesor, Karlova Univerzita Praha, LF Hradec Králové
- 2009–2016 Ředitel, Fakultní nemocnice, Hradec Králové
- 2006–2009 Vedoucí katedry epidemiologie, Fakulta vojenského zdravotnictví UO, Hradec Králové
- 2004–2009 Děkan, Fakulta vojenského zdravotnictví UO, Hradec Králové
- 2002–2004 Rektor, Vojenská lékařská akademie, Hradec Králové
- 1998–2003 Vedoucí Katedry managementu a vojenské farmacie, Vojenská lékařská akademie, Hradec Králové

- 1997–2002 Prorektor, Vojenská lékařská akademie, Hradec Králové
- 1995–1997 Vedoucí epidemiologické skupiny, Katedra epidemiologie, Vojenská lékařská akademie, Hradec Králové
- 1990–1995 Asistent, Katedra epidemiologie, Vojenská lékařská akademie, Hradec Králové
- 1988–1990 Lékař na specializační přípravě, Vojenská nemocnice Plzeň a FN Hradec Králové

● Předsedou neurologů je prof. Josef Bednařík



Přednosta Neurologické kliniky FN Brno a LF MU **prof. MUDr. Josef Bednařík, CSc., FCMA**, byl zvolen předsedou České neurologické společnosti ČLS JEP. Ve své dosavadní práci se zaměřil na oblast neuromuskulárních onemocnění, neurologických poruch v rámci kritického stavu,

neurologických komplikací degenerativního onemocnění páteře, klinickou neurofyzilogii a neuropatické bolesti. „Zvolení předsedou České neurologické společnosti považuji za logické vyústění své dlouholeté práce ve prospěch České neurologické společnosti ČLS JEP, kterou jsem vykonával jako člen výboru společnosti od roku 1990 a jako první místopředseda (2013–2017) a šéfredaktor České a slovenské neurologie a neurochirurgie (2004–2016). Toto ocenění ale chápu zároveň jako velký závazek,“ říká nový předseda a přednosta Neurologické kliniky FN Brno a LF MU prof. Josef Bednařík. Ve své funkci se chce dále zaměřit na zlepšení kvality a organizace pregraduálního a postgraduálního vzdělávání v neurologii, zlepšení image oboru jako velmi významného a dynamicky se rozvíjejícího medicínského odvětví a zmírnění ekonomického a personálního podhodnocení neurologie v porovnání s ostatními medicínskými obory, zejména s ohle-

dem na frekvenci, význam a dopady neurologických onemocnění.

● Noví ředitelé Nemocnice Pardubického kraje

Holding Nemocnice Pardubického kraje (NPK) bude mít dva ředitele pro pět svých nemocnic. Od zestrutnění managementu si vedení holdingu neslibuje ani tak úsporu, jako spíše efektivnější řízení v souladu s novou strategií.



Pardubickou a Chrudimskou nemocnici povede bývalá primátorka Pardubic **MUDr. Štěpánka Fraňková**. Hodlá mimo jiné usilovat o rozšíření Pardubické nemocnice o další specializovaná pracoviště a o vybudování centra laparoskopické chirurgie v Chrudimě. „Jsem přesvědčena, že v první řadě je třeba využít důvěry, kterou zaměstnanci mají ke svým přímým nadřízeným. Je nutné je daleko intenzivněji zapojit do fungování nemocnic a hledat s nimi nová řešení,“ uvedla nová ředitelka Štěpánka Fraňková.



Orlickousteckou, Svitavskou a Litomyšlskou nemocnici bude řídit bývalý ministr zdravotnictví **MUDr. Tomáš Julínek, MBA**. Jedním z jeho cílů je optimalizovat náklady a centralizovat drahé provozy, u nichž je potřeba počítat s většními investicemi a vyššími nároky na počet zaměstnanců. „Chci nastolit prostředí, které umožní co nejlepší spolupráci lékařů a zdravotníků všech tří nemocnic,“ uvedl Tomáš Julínek.

„Jsem rád, že výběrová komise dospěla k jasněmu závěru a tým vedení NPK je kompletní. Věřím, že v paní doktorce Fraňkové a panu doktorovi Julínkovi dostanou nemocnice zkušené manažery. Jejich výhodou je, že pocházejí ze zdravotnictví a důkladně resort znají,“ zdůrazňuje Ladislav Valtr, radní Pardubického kraje zodpovědný za zdravotnictví. (red) Foto: 4x archiv MF

Inzerce M17000133

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získajte jako dárek

Hydroliftingové sérum ZEPTEK v HODNOTĚ 1382 Kč



Vysoce koncentrované sérum, které v sobě spojuje ty nejlepší účinné látky pro zpevnění pokožky s inovativními přísadami zamezujícími tvorbě vrásek.

www.zepter.cz



Neváhejte!

Tato nabídka platí jen do 16. 4. 2017.

Předplatné na rok pouze za 399 Kč.



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své **jméno**, **doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0317**. Předplatit si můžete také **on-line** a našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0317**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zaznamenáním všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejích následným zpracováním pro účely nabízených výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tiskových prostředků dle zákona č. 460/2004 Sb. a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má právo dle § 11, Zl. zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je obvolitelné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz



Jak na switch u biosimilars

Odpovědi na otázku zaměnitelnosti biologických léků hledali odborníci na třetím ročníku konference Biosimilars – budoucnost biologické léčby. Experti se nahraditelnosti nebrání.

Za poslední rok přibýly na českém trhu nové biosimilární léky, jak v procesu klinického zkoušení, tak již zaregistrované oficiálními regulačními agenturami (EMA, FDA). Přednosta Revmatologického ústavu prof. Karel Pavelka uvedl, že v České republice jsou v tuto chvíli k dispozici tři infliximaby a jeden etanercept, léky se stejnou indikací jako původní referenční bio-originální léky. Do klinické praxe bude brzy uveden také rituximab.

Vstup zlevní léčbu

Ekonomické dopady a příležitosti vstupu biosimilars do klinické praxe v ČR shrnul Tomáš Doležal z Institutu pro zdravotní ekonomiku a technology assessment (iHETA). Biotechnologickými postupy připravovaná léčiva (tzv. biologika) dnes tvoří zoprocenní podíl na trhu léčiv, který nadále strmě poroste. Indikace stávajících biologik se rozšiřují, přichází nové molekuly, ale přesto je v našem regionu stále velký podíl pacientů, kteří by jej mohli a měli dostat, ale finanční a preskripční limity to neumožňují. Například v indikaci revmatoidní artritida je léčeno asi pět procent pacientů, ale v některých zemích regionu je to dvakrát tolik (Slovensko, Maďarsko), v zemích EU dokonce 20–30 procent pacientů. Vstup biosimilars může zlevnit terapii a umožnit léčbu více pacientů jak na úrovni plátců zdravotní péče, tak na úrovni poskytovatelů. Například počet pacientů VZP s Crohno-

vou nemocí léčených biologiky se v roce 2016 oproti roku 2015 zvýšil o 40 procent a nyní je v této indikaci léčeno zhruba pětina z odhadované prevalence (asi čtyři tisíce pacientů).

Studie v Norsku

K tématu záměny Pavelka připomněl, že anglický pojem switch byli dosud lékaři zvyklí používat pro záměnu jednoho biologického léku za druhý (například infliximab za etanercept). V současné době se ale tento výraz používá také pro změnu biologického léku za biosimilární či naopak. Prof. Pavelka v souvislosti se switchováním biologických léků u autoimunitních, zánětlivých, revmatických onemocnění upozornil na studii NOR-SWITCH, která je zatím nejkomplexnějším a nezávislým zkoumáním o zaměnitelnosti mezi originálním a biosimilárním infliximabem, jež bylo v Norsku provedeno. Do studie byli zařazeni pacienti s revmatoidní artritidou, Crohnovou nemocí a psoriázou. Studie ukázala stejnou účinnost biologické léčby po provedení switchu a neukázala vyšší výskyt nežádoucích účinků, přerušeni léčby a vzniku protilátek proti léku (včetně neutralizačních). Jak ale Karel Pavelka podotkl, studie měla i své limity. Šlo totiž o design, kde průměrné trvání léčby originálním lékem bylo již šest let, takže generalizace těchto výsledků na celou populaci je nejasná. Rovněž zatím chybí

data o vícečetné zaměnitelnosti. „Zdá se tedy, že switching bude asi možný, ale měl by být rozhodnut ošetřujícím lékařem po diskusi s pacientem. Při tomto rozhodování by samozřejmě měl mít ošetřující lékař vždy na mysli ekonomickou stránku věci,“ uvedl prof. Pavelka.

(klu)

Terminologie

1) Switch

• změna léčby (medicínská – dle klinické situace a nemedicínská – ekonomická)

2) Zaměnitelnost (interchangeability)

• změna jednoho léku za druhý se shodným klinickým účinkem u konkrétního pacienta, se souhlasem lékaře

3) Záměna (substituace)

• náhrada léku se stejnými účinnými látkami na úrovni lékárny, u biosimilars není doporučována

4) Extrapolace

• registrační proces, data z jedné diagnózy jsou použita při schválení jiné diagnózy

zdroj: iHeta

Omega Pharma – integrita, respekt a zodpovědnost

Společnost Omega Pharma CZ&SK v posledních letech prošla významnými personálními i strategickými změnami, které se pozitivně odrazily v profesionálním přístupu zaměstnanců, jejich nízké fluktuaci a zejména v obchodních výsledcích, uvedl generální ředitel společnosti **PharmDr. Michal Krejsta, MBA**.

Naplnila se v minulém roce vaše očekávání? Jak hodnotíte uplynulý rok?

Pro rok 2016 jsme si stanovili čtyři cílové strategie – prohlubovat partnerství s našimi klíčovými zákazníky, posilovat profitabilní výkon, rozvíjet talenty prostřednictvím individuálních rozvojových plánů i kvalitních tréninků a podílet se na kultivaci vnějšího oborového prostředí. Strategie se nám dařilo naplňovat nad naše očekávání. Mohu tedy rozhodně říci, že loňský rok byl pro nás mimořádně úspěšný.

Jak hodnotíte úspěšnost Omega pharma v porovnání s vaší konkurencí?

Za jeden z významných úspěchů považuji mimo jiné pozitivní posun v žebříčku farmaceutických OTC firem (zaměřených na prodej volně prodejných přípravků). Postoupili jsme na 15. místo z 38. místa v České republice a na Slovensku na 16. místo ze 44. místa. Jsme tak doslova skokany posledních dvou let.

Strategie vám zabírají, co konkrétně vám působí radost?

Osobně mne těší především kontinuita, s níž navazujeme na naše skvělé výsledky z předchozího období a po-



tvzujeme tím správně nastavenou cestu a společný cíl. Kdybych měl totiž dát naší společnosti a jejím lidem za uplynulá dva roky pomyslné vysvědčení, tak by to byla „výborná“ ve třech povinných předmětech. Prvním je vysoká profitabilita díky více než dvojnásobným čistým tržbám a produktivitě s optimalizovanými náklady. Druhým je trvalá udržitelnost společnosti díky dvojcifernému růstu tržeb našich značek v atraktivních kategoriích, s efektivní prodejní strategií a vysokou marží.



Třetí oblastí je silný důraz na etiku a motivaci díky individuálním rozvojovým plánům a compliance programům, které společně vedly k poklesu kumulované roční personální fluktuace pod deset procent.

Společnost pod vaším vedením roste i fyzicky, proto ta nedávná změna?

Ano, na přelomu roku 2016 a 2017 jsme absolvovali stěhování kancelářských prostor. Naše společnost se v poslední době rozrostla a původní prostory začaly být svými rozměry nevyhovující. Chtěli jsme zajistit našim lidem lepší pracovní podmínky, více místa i lepší dostupnost. Zároveň chceme nabídnout našim obchodním partnerům pohodlnější a profesionálnější jednací prostory. V novém office v brněnském Vienna Point máme i moderní konferenční sál, který chceme využít například pro školení lékárníků či jiných zdravotnických profesionálů.

Dvacetimiliónová investice do bezpečnosti pacientů

*Kvůli dvěma zaměněným blistrům stáhla česká Zentiva (součást skupiny Sanofi) z oběhu půl milionu krabiček ze čtrnácti zemí. Jak v rozhovoru uvedl výrobní ředitel **Jaroslav Chylík**, Zentivu preventivní opatření vyjde na 20 milionů korun.*

V září 2016 začala Zentiva v České republice stahovat čtrnáct šarží osmi léků (Neurol, Atram a další) z úrovně zdravotnických zařízení i pacientů. Šlo o jednu z největších akcí stahování léků kvůli obavě ze záměny blistrů v balení. Jak nyní zpětně situaci hodnotíte?

Těch 14 šarží bylo stahováno pouze na českém trhu. Další šarže byly ale distribuovány v řadě evropských zemí. Celkem jsme tedy stahovali 58 šarží ze 14 zemí a dohromady jsme stáhli půl milionu balení. Šlo skutečně o největší akci v historii Zentivy. Na základě identifikovaného rizika a předběžného závěru vyšetřování jsme se společně se Státním ústavem pro kontrolu léčiv rozhodli k preventivnímu kroku – v zájmu ochrany pacientů. Následovalo náročné řízení s lékovými autoritami ostatních zemí. Celá situace nás utvrdila v tom, že jsme schopni zvládnout krizové situace. Firma se k tomu postavila čelem, nešlo o žádnou paniku, ale o řízený proces. Potvrdilo se nám, že rozhodnutí bylo správné, i když po kontrole stažených přípravků nebyl zjištěn žádný další případ záměny.

Od chvíle, kdy se v Polsku objevily dva zaměněné blistry, a okamžiku, kdy jste začali přípravky stahovat, uplynul asi měsíc. Váhali jste se stahováním šarží?

Používáme standardní proces šetření reklamací. Jakmile jsme obdrželi informace o tom, že dva naši distributoři objevili ve dvou krabičkách přípravku Atram originální blistry Neurolu, informovali jsme příslušné lékové autority, a to u nás a v Polsku. Zároveň jsme ale museli realizovat rozsáhlé šetření, jehož cílem bylo zmapování

možných rizik a zjištění, zda k záměně nemohlo dojít vlivem technické chyby ve výrobě. Rovněž jsme proaktivně rozhodli o stažení dotčené šarže Neurolu z polského trhu. Souběžně jsme informovali český Státní ústav pro kontrolu léčiv s tím, že k reklamaci došlo a že celou záležitost šetříme. SÚKL nám po dvou týdnech odpověděl, že musíme doplnit informace o rizikovou analýzu, kterou jsme posléze provedli. Riziko, že by tablety mohly být zaměněny uvnitř jednotlivých blistrů, jsme vnímali jako minimální a skutečně se to nakonec nepotvrdilo. SÚKL ale vnímal situaci jinak. A my jsme toto riziko museli připustit. Po konzultaci tedy došlo ke stažení přípravků z českého trhu a následně z úrovně distribuce i v ostatních zemích.

V souvislosti se záměnou prováděl poté SÚKL v Zentivě inspekci, která potvrdila, že k záměně nedošlo v důsledku výrobní chyby. Policie nyní šetří možné lidské zavinění. Existují vůbec opatření, jak takové situaci zamezit?

Inspekce SÚKL konstatovala, že úroveň správné výrobní praxe v naší továrně je na požadované výši a systémy byly průkazně dodrženy. Nicméně principem správné výrobní praxe je neustálé zlepšování procesů. Nejen inspekci, ale i interním šetřením jsme identifikovali další oblasti, jak náš systém učinit robustnějším a zajistit tím ještě větší ochranu pacientů. Opatření technického rázu sice vylepší systém, ale neřeší příčinu, tedy selhání lidského faktoru. To žádný systém stoprocentně nevyřeší. Naši lidé jsou trénováni na dodržování předpisů, kontrolujeme jejich disciplínu a víme, že nikdy nemůže dojít k masové záměně.

Máte zprávy z policejního vyšetřování?

Šetření věci je plně v rukou Policie České republiky, které poskytujeme veškerou potřebnou součinnost. Probíhající úkony policie nebudu komentovat.

Co stahování ukázalo o připravenosti českého systému na podobnou akci?

Naším záměrem bylo komunikovat tento problém široké veřejnosti a ochránit tím zdraví pacientů. Na druhé straně jsme nechtěli způsobit paniku. Za bezpečnost našich léků jsme v první řadě odpovědní my. V momentě, kdy jsme měli více informací z našeho interního vyšetřování, jsme je průběžně poskytovali médiím a snažili se tak veřejnost uklidnit. A jsem velmi rád, že žádný další případ záměny nenastal. Komunikaci k pacientům – včetně tiskových zpráv – jsme dopředu oznamovali SÚKL. Myslím, že v tomto případě komunikace fungovala dobře a média informovala adekvátně. Jinou věcí je, že ne vždy byl charakter komunikace ideální. Do jisté míry to bylo dáno tím, že jsme řekli: „Stahujeme, riziko je malé a příčinu neznáme“. Dopředu jsme proto nemohli vyloučit, že k záměně mohlo dojít i v dalších případech, než byly právě ty dva v Polsku.

Z vašeho pohledu jste tedy komunikaci s pacienty zvládli?

Ano, v komunikaci jsme udělali absolutní maximum možného. Individuálně jsme se zabývali každým z více



Foto: archiv Zentiva

než stovky hlášených podezření (na nežádoucí účinky v souvislosti se stahovanými léky), které jsme obdrželi přímo od pacientů nebo od SÚKL. Pokud jsme měli k dispozici konkrétní vzorky léků, prováděli jsme relevantní analýzy. Jsem rád, že nakonec nebyl zaznamenán žádný případ záměny našich léků v ČR ani žádný případ nežádoucích účinků vzniklých v důsledku užití zaměněného léčivého přípravku.

Nikdo tedy záměnou léku poškozen nebyl?

Nevíme o žádném případě nežádoucích účinků v důsledku užití zaměněného léčivého přípravku. A potvrdila to i kontrola reprezentativního vzorku stažených léků, kterou jsme zrealizovali po dohodě se SÚKL. Stále platí, že byl identifikován jediný případ záměny, a to jsou ony dva blistry Neurolu, nalezené v srpnu ve dvou krabičkách Atramu v Polsku.

Vedle stahování dotčených šarží z úrovně distribuce vyměňovaly lékárny všechna balení stahovaných léků přímo pacientům. Na tom jste se dohodli s Českou lékárnickou komorou?

Pro lékárníky to byla samozřejmě práce navíc. Dohodli jsme se proto s ČLnK na paušální kompenzaci za úkony spojené s výměnou léků.

Vyčíslili jste, kolik stahování celkem stálo?

Celkové náklady se pohybují okolo 20 milionů korun. S nadsázkou lze říci, že jsme investovali tyto peníze do ještě větší bezpečnosti našich léčiv pro pacienty.

Připravila Petra Klusáková



Ilustrační foto: Shutterstock



Záleží na mužském zdraví méně?

Muži se dožívají nižšího věku než ženy, častěji podléhají závislostem, mají vyšší riziko sebevražd a podceňují onemocnění rakovinou varlat či prostaty. Téma vztahu medicíny k mužům otevřel prostřednictvím odborníků (mužů) další seminář 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy – Medialogy.

Záleží na přežití muže méně než na přežití ženy? Na tuto otázku odpověděl biochemik, tlumočník a spisovatel Josef Hausmann: „Obecně si společnost mužského života váží méně. Vidíme to v mnoha oborech, např. ve statistikách v oblasti soudnictví, kde muž za stejný přečin dostává větší trest, či ve vězeňství, kde je ženám dáno právo na intimitu, zatímco mužům ne. Bylo by tedy s podivem, kdyby se postoj k mužskému životu v medicíně nepromítal,“ uvedl Josef Hausmann a připomněl také genderovou analýzu pojištěnců v ČR. „Za poslední tři roky se za zdravotní péči na ženy vydalo v průměru o deset miliard korun více než na muže. S tím samozřejmě koreluje také vyšší věk žen. Od určitého věku putují všechny náklady na léčbu na ženy. Ale na to, že se muži dožívají nižšího věku, nikdo příliš nepoukazuje,“ obává se Hausmann.

Rakovina prostaty je nejčastějším onkologickým onemocněním mužů starších 60 let. Ačkoliv v Evropě je druhou nejčastější onkologickou nemocí, jsou v České republice prevence a snaha o včasnou diagnostiku značně opomíjeny. Z dat Národního onkologické-

ho registru ČR (NOR) vyplývá, že je u nás ročně nově diagnostikováno přibližně 6600 pacientů se zhoubným nádorem prostaty, každý rok v důsledku tohoto onemocnění zemře 1500 mužů.

Zdrojem relevantních informací o ochraně zdraví prostaty či o prodloužení doby přežití po jejím radikálním odstranění se mužům snaží být Sdružení pacientů s onemocněním prostaty Prostatik. „Velká část mužů odkládá vyšetření urologem a pokouší se problémy s močením či erekcí vyřešit bez návštěvy lékaře. Pro muže s touto diagnózou je pak klíčová podpora partnerky. Naopak samota a ztížená komunikace s okolím nemoc a její léčení výrazně zhoršují,“ říká ředitel prof. Vilím Šimánek. Doplnil rovněž, že riziko onemocnění prostaty snižuje zdravý životní styl – správné složení stravy a pohybová aktivita.

STK vlastní prostaty

To ovšem neplatilo u badmintonisty Petra Koukala, který onemocněl zhoubným nádorem varlete ve 24 letech. „Diagnóza rakoviny pro mě byla velkým šokem. Žil jsem zdravě, nekouřil, nepil, sportoval, nádoro-

vá onemocnění se v rodině nevyskytovala. Postupem času jsem zjistil, že takových lidí je víc – i mladších – na první pohled silných a zdravých, přitom se stejnou diagnózou,“ řekl Petr Koukal, který po vyléčení založil nadační fond, který přesvědčuje tisíce mužů k preventivním prohlídkám kampaní STK pro chlapy (www.stkprochlapy.cz).

Netradiční osvětové programy, které spojují propagaci medicíny, zdraví a vybraných oblastí prevence rozvíjí také 1. LF UK, která si pro osvětu vybírá nejrůznější prostředí – rockový festival Rock for People, dětský festival Kefír, Týden vědy a techniky na Akademii věd ČR či Pražskou muzejní noc. Studenti medicíny návštěvníkům vysvětlují základy první pomoci, na modelech prsou a varlat ukazují, jak si mohou provést samovyšetření. Objasňují také, jak kouření, pití alkoholu či užívání drog škodí zdraví. „Ukazuje se, že muže je možné oslovit méně tradičními prostředky a získat tím jejich pozornost. Z velké návštěvnosti i reakcí mužů a jejich partnerek je zřejmé, že takto je dokážeme zaujmout,“ říká proděkan 1. LF UK prof. Michal Miovský. (klu)

Inzerce M171000167



Řízení rizik
ve
zdravotnictví.

UMÍME PŘEDVÍDAT RIZIKA

JSME SATUM

 **SATUM**

POJIŠTĚNO  **LET**

WWW.SATUM.CZ

Karcinom prsu je častý, ale „šťastný nádor“

Karcinom prsu je po jiných kožních nádorech nejčastějším zhoubným novotvarem u žen. V současnosti je u nás každoročně nově diagnostikováno více než šest a půl tisíce žen s tímto onemocněním a téměř dva tisíce na něj zemře. Mortalita však díky včasnému zachytu a efektivní léčbě stále klesá.

Čeští pacienti patří mezi národy nejvíce zatížené rakovinou. U řady nádorů se onkologům jasnou příčinu onemocnění zjistit nedaří. Shodují se na kombinaci nevhodného životního stylu, genetické predispozici, vlivech zevního prostředí nebo kvality vzduchu. Zásadní prevenci onemocnění vidí především v jeho časném zachytu. „Odhalení karcinomu prsu v časném stadiu znamená pro nemocné největší šanci na vyléčení. V případě pokročilé rakoviny prsu je pak hlavní snahou lékařů co nejvíce prodloužit pacientkám život, a to v co nejlepší možné kvalitě,“ vysvětlila předsedkyně České onkologické společnosti ČLS JEP doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA.

Mortalita klesá

Mamární screening u nás pomáhá včasné diagnostice, a proto dochází ke snížení incidence nádorů prsu již od roku 2002. Jeho cílem je nalézt karcinom ve stadiu *in situ* (v prozatím neinvazivním stadiu). Účastnit by se ho měly všechny zdravé ženy – bez jakýchkoli příznaků onemocnění – od 45 do 69 let věku každé dva roky. Princip fungování mamografického screeningu vychází z předpokladu, že onemocnění zachycené v časně fázi je snáze léčitelné a že vede k vyšší kvalitě a delšímu životu pacientek.

V rozhovoru pro ZaM primářka Onkologické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Thomayerovy nemocnice prof. MUDr. Jitka Abrahámová, DrSc., uvedla, že efektem programu by po letech měl být celkový pokles mortality. „Níže mortality na ca prsu u nás klesá v posledních letech i díky dalším pozitivním faktorům. Provádí se efektivnější a výkonnější léčba, zlepšila se i běžná diagnostika, protože ženy přicházejí spontánně dříve. Projevují se rovněž výsledky cílené edukace obyvatelstva, která ostatně zvyšuje i účast ve screeningu,“ potvrdila onkoložka.

Přelomový rok

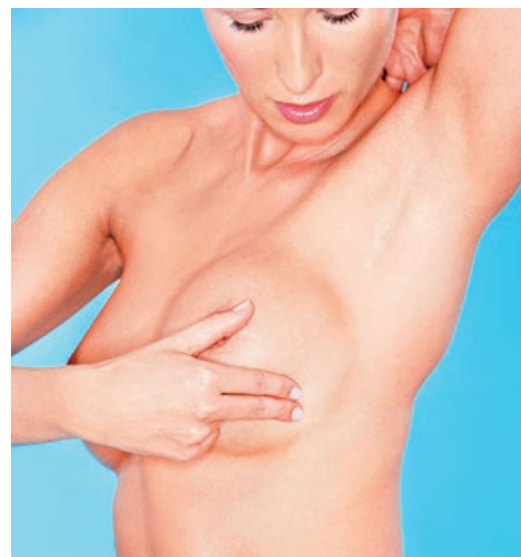
Z pohledu incidence onemocnění označila karcinom prsu za „šťastný nádor“, kde sice prudce stoupá incidence, ale mortalita lehce (o pět procent) klesá, také doc. Petra Tesařová z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Rok 2016 byl přelomový například pro hormonální léčbu karcinomu prsu, protože se objevily nové léky, které přidáním ke standardní chemoterapii oddalují vznik rezistence. „Už delší dobu víme, že karcinom prsu představuje skupinu onemocnění, která se liší svou prognózou i způsobem léčby. Pokud nádor exprimuje hormonální receptory, je to známka toho, že se jeho buňky ještě zcela nevzdálily původním epitelovým buňkám prsní žlázy a že máme naději, že budou odpovídat na hormonální léčbu. Takové typy nádorů mají zpravidla lepší prognózu a výhodu v možnosti zařadit do léčebného schématu hormonoterapii,“ uvedla prof. Tesařová pro ZaM s tím, že hormonální léčba je nejstarší onkologická systémová terapie cílená na nádorové buňky s pozitivitou hormonálních receptorů a že je tedy relativně šetrná ke zdravým tkáním a spojena s menším množstvím nežádoucích účinků než chemoterapie. „V případě, že diagnostikujeme hormonálně závislý nádor, je hormonální léčba většinou první volbou. Nádor sice může hormonální receptory exprimovat, ale ty už nemusí být funkční. Může pak být k hormonální léčbě rezistentní již primárně, anebo se rezistence v důsledku použité terapie postupně vyvine,“ doplnila doc. Tesařová. Ale i u pokročilých HER2 pozitivních nádorů se díky kombinované cílené léčbě daří prodlužovat život pacientek s tímto typem onemocnění.

Časnějších stadií přibývá

Informace o všech onkologických diagnózách včetně karcinomu prsu v ČR schraňuje Národní onkologický registr (NOR). Eviduje anonymní data o povinných hlášeních, informace o celkovém počtu nemocných v republice i v jednotlivých regionech, druhích rakoviny, zasažených orgánech, ale i o tom, v jakém stadiu nemocní k lékaři přicházejí. „Dostupná populační data o karcinomu prsu ukazují stále rostoucí podíl časných stadií u nově diagnostikovaných případů onemocnění. To je velmi pozitivní trend, neboť pětileté přežití pacientek, u nichž bylo onemocnění diagnostikováno v klinickém stadiu I, či dokonce jako karcinom *in situ*, činí téměř 100 procent,“ uvádí registr. Díky těmto informacím pak mohou Komplexní onkologická centra, která v ČR tvoří síť patnácti zdravotnických zařízení, poskytujících onkologicky nemocným specializovanou tzv. centrovou péči, lépe plánovat léčbu.

Nepodceňované příznaky

Karcinom prsu může být dlouho bez zjevných a výrazných příznaků. Přesto může každá žena toto onemocnění při pravidelném samovyšetřování prsu sama odhalit. Příznaky, které by měly ženu přivést k vyšetření u odborného lékaře, shrnuje doc. Jana Prausová.



„Může to být změna tvaru a velikosti prsu, změna tvaru bradavky a její vtažení, ekzém bradavky, výtok z ní, změna charakteru kůže prsu a jejího zbarvení, bolesti či hmatná bulka v prsu či podpaží. Celkové příznaky nemoci vyplývají až z přítomnosti vzdálených metastáz. Jsou to bolesti v kostech, nechutenství, hubnutí, teploty, dušnost. Specifickým projevem mohou být paraneoplastické kožní příznaky (dermatomyozitida, acanthosis nigricans). Některé iniciální nálezy nejsou při vyšetření pohmatem zjistitelné, proto je vedle fyzikálního vyšetření prsů, krčních, nadklíčkových a axilárních uzlin nutné i preventivní vyšetření pomocí zobrazovacích metod – ultrazvuku a rentgenu (mamografie),“ vypočetla doc. Prausová znaky, s nimiž ženy do léčby vstupují.

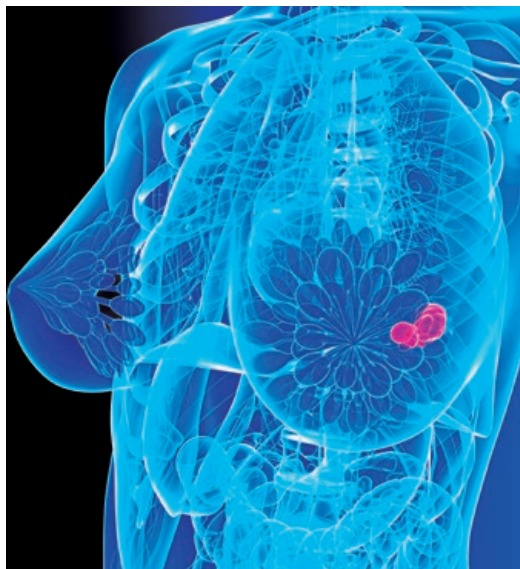
Léčebný plán

Způsob léčby je stanoven individuálně pro každou pacientku. Na sestavování léčebného plánu se podílí celý tým lékařů, do něhož patří klinický onkolog, chirurg, rentgenolog, radiační onkolog, patolog, přičemž léčbu vede zpravidla klinický onkolog. Nejvýznamnějším faktorem je posouzení rozsahu nádoru a jeho biologických vlastností, dále pak věk pacientky a její životní stadium ve vztahu k menopauze. Zásadní pro odhad odezvy na nejmodernější léčbu je zjištění přítomnosti, či absence hormonálních receptorů a receptorů HER2 na nádorových buňkách. Podle registru Magister, který sleduje a vyhodnocuje data o počtu a kvalitě histopatologických vyšetření karcinomu prsu v České republice, je v populaci přibližně 15 procent HER2 pozitivních nádorů.

Pokud je primární nádor z hlediska velikosti operabilní, bývá prvotním léčebným zásahem jeho chirurgické odstranění, doprovázené v případě nutnosti pooperační radioterapií. Po likvidaci přichází na řadu systémová léčba, ať už chemická, hormonální, biologická či jejich kombinace. Posloupnost ale může být i jiná, důležité je správné načasování zejména systémové léčby, kterou se sledují různé cíle podle pokročilosti onemocnění.

Nejčastější způsob podání léčiva je nitrožilní aplikací – formou injekcí nebo infuzí. Někdy se proto pod klíční kostí umístí speciální kanylka ústící do horní duté žíly. Ta má na konci komůrku, která po zašití do podkoží umožňuje opakované podávání léků velmi šetrným způsobem. Některé léky jsou podávány vpichem pod kůži, zřídka pak do tělesných dutin (břišní či pohrudniční). Perorálně se podává většina hormonálních preparátů, některá cytostatika a také biologické léky.

(red)





7 000 874

HODIN PRÁCE

6 587

EXPERIMENTŮ

423

VĚDCŮ

1

LÉK



CELÝCH 12 LET

OD PRVNÍ MOLEKULY K ÚČINNÉ LÉČBĚ

**ORIGINÁL
TESTOVANÝ ZKUŠENOSTMI**

ROCHE s.r.o.

Futura Business Park Bld F, Sokolovská 685/136f, 186 00 Praha 8, Czech Republic

Reference:

1. http://www.roche.com/research_and_development/who_we_are/how_we_work/research_process/value_chain/value_chain-1.htm [cit. 24/1/2017]. 2. Roche in Brief, 2015.



Nutrice u onko pacientů

Téměř třetina všech nádorových chorob vzniká v souvislosti s výživou. Proto je volba správné stravy u pacientů trpících rakovinou velmi důležitá, říká vedoucí Oddělení léčebné výživy Fakultní nemocnice Olomouc Mgr. Marie Kohutová, DiS.

Vznik až třetiny nádorových onemocnění má nějakou souvislost s výživou. V některých případech to může být nadměrný příjem nevhodných tuků, alkoholu i červeného masa a na druhé straně malý příjem zeleniny a ovoce. Když pacient rakovinou onemocní, dochází u něj zpravidla k poklesu příjmu stravy a zároveň nedostatečnému využití jednotlivých živin. Až polovina nádorově nemocných tak ztrácí na váze a mají zhoršený nutriční stav. „Pokud se problému nevěnujeme, může se výživový stav pacienta dále zhoršovat, a tím nemocného vystavujeme přidruženým komplikacím,“ varuje Marie Kohutová.

Ztráta tělesných bílkovin

Správně volená nutrice je pro nemocného velmi důležitá, protože tělo, které není schopno přijmout dostatečné množství biologicky hodnotné stravy, začíná využívat vlastní zdroje – svalovou a tukovou tkáň. „To samozřejmě nemocného velmi vyčerpává, protože ztrácí tělesné bílkoviny. A ty pacient potřebuje, aby se mohl imunitní systém bránit proti infekcím, dobře se mu hojily pooperační rány a aby si zachoval fyzickou sílu a soběstačnost. Je bohužel pravda, že tělesné bílkoviny se rozpadají vždy rychleji, než pak probíhá jejich obnova po nemoci. I když nemocný po překonané chorobě prospívá, dobře jí a přibývá na váze, spíše mu zpočátku přibývá tuk než svaly. „Dosáhnout u starších pacientů obnovy svalové tkáně bývá zpravidla velmi obtížné, ba téměř nemožné. Je proto nezbytné, aby již od samého počátku léčby dbali na správnou výživu s obsahem kvalitních bílkovin jak sami pacienti, tak i jejich nejbližší,“ říká vedoucí Oddělení léčebné výživy FNO. Dobře živěný pacient s mírně vyšším BMI se oproti špatně živěným nemocným lépe vyrovnává s vedlejšími účinky onkologické léčby, má menší riziko pooperačních komplikací, častěji může absolvovat celou protinádorovou léčbu a lépe rekonstruuje tkáň poškozenou nádorovou léčbou.

Malnutrice a její důsledky

Příčinou nedostatečné výživy může u onkologického pacienta být samotný růst nádoru. Pokud postihuje oblast dutiny ústní a trávicí trakt, znesnadňuje polykání i následně využití stravy ve střevě. Je ale patrné, že i nádory mimo zažívací systém vyvolávají nechutenství a poruchy přeměny cukrů, tuků a bílkovin. Ty pak mohou vést k hubnutí i při zachovaném příjmu stravy. „Dalším faktorem malnutrice mohou být nežádoucí vedlejší účinky protinádorové léčby, zejména chemoterapie, radioterapie, imunoterapie a také operační léčba,“ říká Marie Kohutová. Třetí příčinou jsou chronické obtíže způsobené nádorem a komplikace nádorového onemocnění. Nízký příjem stravy může být způsoben také nedostatečně tlumenou bolestí jakéhokoliv původu, nevolností, zvracením, zácpou, úzkostí nebo depresí. Také komplikace (například infekce s horečkami) často způsobují přechodné poklesy příjmu stravy.

Protinádorová léčba tedy většinou působí účinně proti nádoru, současně však má i nežádoucí

účinky, které zasahují nepříznivě do výživy nemocného. Může proto trpět přechodnou nevolností, zvracením, nechutenstvím, suchostí v ústech nebo i bolestivým postižením sliznic ústní dutiny, změnami vnímání chuti jídla, průjmem, celkovou únavou a slabostí. „Tyto obtíže trvají většinou pouze po dobu léčby, ale u některých nemocných mohou dočasně přetrvávat i po jejím skončení. Čím déle potíže přetrvávají, tím výraznější je obvykle zásah do pacientovy nutrice,“ upozorňuje Marie Kohutová.

Chronické a psychické potíže

Protinádorová léčba může být také komplikována závažnějším toxickým poškozením sliznic zažívacího traktu (tzv. mukozitidou). Ta se může projevovat jako ložiskové afy v ústech nebo jako bolestivé polykací potíže, bolesti v žaludku, nevolnost nebo i průjem. Mukozitida vzniká po silné chemoterapii nebo při ozařování oblasti hlavy a krku, jícnu či břicha, častěji se pak vyskytuje u oslabených pacientů s úbytkem váhy. Již vzniklé poškození sliznic trávicího traktu je léčbou jen obtížně ovlivnitelné, může přetrvávat i několik týdnů, než se spontánně zahojí. Proto musí být nemocnému podávána umělá výživa přímo do žaludku nebo do žíly. „Na malnutrici se mohou významnou měrou podílet také psychické příčiny – nejistota, nervozita, rezignovanost či strach, které vedou ke ztrátě chuti k jídlu nebo jeho plnému odmítnutí. Ty pak prohlubují stav malnutrice,“ doplňuje magistra Kohutová. Pacient by měl podle jejích slov lékaře upozornit, pokud jeho obtíže nejsou vyřešeny terapií, a neměl by se snažit je přemáhat. Pokud je totiž některá z uvedených příčin rozpoznána a podaří se ji ovlivnit, obvykle se následně zlepší i příjem stravy a stav výživy.

Diетní zásady u onkologický nemocného

Základem správné nutriční podpory u nemocného, u něhož byla zjištěna onkologická diagnóza, by měla být dostatečná informovanost o průběhu léčby i jejich možných komplikacích, které mohou úzce souviset se způsobem výživy. Pacient by měl být poučen, aby si hlídal svou tělesnou hmotnost, pravidelně se vážil a aby případný úbytek hmotnosti hlásil svému lékaři nebo nutričnímu terapeutovi. Váhový úbytek větší než deset procent obvyklé tělesné hmotnosti nemocného je nežádoucí a může mít negativní dopad na celý průběh onkologické léčby a následnou rekonvalescenci. Nezbytné je rovněž vysvětlit pacientům, aby zbytečně nepodléhali mýtům o léčebných kúrách, jež spočívají pouze v popíjení zeleninových šťáv nebo nesmyslných dietních restrikcí, které by mohly mít v konečném důsledku fatální dopad.

„Hlavním cílem vhodně zvolené nutrice je zachování příjmu biologicky hodnotné a pestré stravy, aby byl zajištěn dostatečný přísun energie a všech potřebných živin, zejména pak kvalitních proteinů. Lékař by měl pacientovi zrušit všechna dietní omezení, která nejsou pro léčbu onkologického onemocnění zcela nezbytná. Jídelníček by měl být co nejpestřejší a mělo by se současně respektovat



Ilustrační foto: Shutterstock

vat individuální přání pacienta při výběru pokrmů. Kolísání stavu nemocného v průběhu dne, kdy se cítí nejlépe, je ideální využít k příjmu potravy. Není nutné ani vhodné dodržovat předem daný neměnný časový rozvrh jídla. Nemocný tedy může jíst, kdykoliv k jídlu pocítí chuť a to klidně i v noci,“ doplňuje Marie Kohutová s tím, že zapomínat by se nemělo ani na péči o dutinu ústní, dodržování každodenní hygieny a omezení kontaktů nemocného s příliš intenzivními pachy jídla při jeho přípravě. „Pacientovi by se neměla podávat oblíbená jídla v době léčby cytostatiky a ozařování, kdy trpí nevolností, aby se zabránilo vypěstování averze k těmto pokrmům. Měl by jíst v příjemném prostředí a zároveň by měl spolupracovat s nutričním terapeutem a lékařem,“ říká Marie Kohutová.

Nutriční podpora

Je ideální, když může být pacient v průběhu své léčby sledován nutričním terapeutem, který pacientovi kontroluje tzv. nutriční bilanci, tedy vypočítá, kolik energie a jednotlivých živin je pacient schopen „ujíst“ stravu, a který dokáže včas rozpoznat, že příjem běžným způsobem již není dostatečný. Pak by měl navrhnout lékaři vhodnou nutriční podporu. „Ta může spočívat v úpravě skladby stravy tak, že do jídelníčku zařadí ve spolupráci s pacientem energeticky a proteinově bohaté potraviny nebo modulová dietetika, jimiž navýší potřebné množství energie a kvalitních bílkovin. Často však díky komplikacím onkologické léčby ztrácí pacient schopnost ujíst dostatečné množství přirozené stravy a proto je hned druhou volbou enterální výživa vhodná k popíjení nebo na lžičku – tzv. sipping a krémy či pudinky s nutričně definovanými hodnotami. Když běžné výživě ústy brání překážky (nejčastěji v oblasti hlavy a krku), přistupuje se k podávání speciální enterální výživy pomocí sondy nebo PEGu přímo do žaludku či do střeva. Záleží pak, jak dlouhé bude předpokládané omezení v příjmu stravy trvat. Lékaři indikace dobře znají a umí uvedené komplikace výživy řešit. U stavů, kde již není funkční trávicí trakt nebo jej nelze z jiného důvodu použít, je pacient odkázán na výživu parenterální. Dnes je již běžné, že stabilizovaní pacienti jak s výživovými sondami, tak s výživou parenterální docházejí ze svého domova pouze ambulantně a nemusejí být upoutaní na lůžko v nemocnici,“ uzavírá problematiku Marie Kohutová.

Martin Ježek



Morbidní obezita zabíjí

Nadváha a obezita jsou jednou z největších a trvale podceňovaných hrozeb současnosti. U nadměrné obezity, u níž diety a cvičení nestačí, se lékaři stále častěji uchylují ke gastrickým bypassům, které zachraňují životy milionům nadměrně obézních lidí.

Podle posledních údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) trpí nadváhou 1,6 miliardy dospělé populace, z toho 400 milionů lidí strádá těžší formou obezity. „Gastrický bypass je nejmodernější chirurgické řešení pro lidi s BMI nad 35, kteří trpí nadměrnou obezitou. Jde o neinvazivní operaci, jež pomůže pacientům trvale zhubnout a zároveň umožňuje rychlý návrat do normálního života. Operaci navíc hradí většina pojišťoven, pacienti tak na ní nemusí nic připlácet,“ vysvětluje primář Centra pro léčbu obezity Kliniky Iscare MUDr. Pavel Beňo.



Ilustrační foto: Shutterstock

degenerativním onemocněním kloubů a páteře, u žen pak neplodností, vysokou hladinou cholesterolu či dušností.

Váhový úbytek

Miniinvazivní operace patří mezi nejúčinnější metody chirurgické léčby obezity a s ní spojených metabolických poruch. Laparoskopicky prováděná bariatrická operace kombinuje zmenšení objemu žaludku s mírným zmenšením plochy vstřebávání. Zárok totiž rozdělí žaludek na horní menší část a dolní větší část, která zůstává vyřazena

z pasáže i s částí tenkého střeva. „Váhový pokles je po gastrickém bypassu výrazný, pohybuje se výchozí hmotnosti od 40 až přes 80 kg, jeho stabilitu ovlivňuje i spolupráce pacienta s lékařem po operaci a dodržování režimových opatření, která musí nemocný dodržovat i po operaci. Největším nepřítelem jsou však cukry,“ doplňuje Pavel Beňo s tím, že pacienti po operaci mají na klinice možnost skupinové psychoterapie. Velká proměna vlastního těla, životního stylu a reakce okolí provázející zhubnutí po operaci pro obezitu může být pro mnohé pacienty také psychickou zátěží.

Výskyt obezity stoupá i v Čechách

Ani v ČR není situace optimistická, obezitou trpí každý pátý Čech. Alarmující je, že více než 300 tisíc z nich splňuje kritéria těžké obezity. Kromě metabolických chorob trpí obézní lidé častěji také gynekologickými problémy, žlučníkovými kameny, brániční kýlou a nádory dělohy, prsou, prostaty a tlustého střeva, syndromem spánkové apnoe či onemocněním pohybového aparátu (artróza kyčelních, kolenních a hlezenních kloubů, hrudní a bederní páteře). (red)

Civilizační nemoc

Prognózy říkají, že za šest let by mohlo být na světě 2,3 miliardy dospělých s nadváhou a více než 700 milionů lidí trpících nadměrnou obezitou. Situace se dotýká i dětí – s nadváhou se ve světě potýká přinejmenším dvacet milionů dětí starších pěti let. Odborníci již vědí, že obezita není dána geneticky, ale že se jedná o civilizační onemocnění. Gastrický bypass se provádí u pacientů s druhým a třetím stupněm obezity, kteří trpí vysokým krevním tlakem, záněty žil, cukrovkou II. typu,

Inzerce M171000179

Hamánek®

péče v každé lžičce



To nejlepší pro děti

Vyvážená strava dětí v prvních měsících ovlivňuje zdraví dítěte po celý další život.

Nejnovější světové i domácí studie dokazují, že nejenom správný výběr stravy, ale především správné načasování jejího zavedení hraje velmi důležitou roli. **V období tzv. okna imunologické tolerance, které spadá do období od ukončeného 16. týdne až do 26. týdne biologického věku dítěte, by měly být zaváděny všechny základní potraviny včetně obilovin s lepkem, ryb, vajčinek či mléčných bílkovin.** Současně je však třeba respektovat případnou citlivost či skutečnou potravinovou alergii.

Proto jsme ve spolupráci s vámi, pediatry a odborníky na výživu, připravili výrobky Hamánek tak, aby plně odpovídaly novým výživovým doporučením. Můžete si být tak spolu s rodiči malých dětí jisti, že jim nabízíte s maximální péčí to nejlepší pro jejich správný růst a vývoj. **Hamánek příkrmy můžete s čistým svědomím doporučovat.**

NOVINKA
PRO
PRVNÍ POKUSY
S PŘÍKRMY



www.hamanek.cz



Ve světě mají úspěch česká kolagenní arthronutraceutika

Doplňky stravy pro výživu a regeneraci kloubů, které jsou dodnes unikátní, začala malá česká firma jako první na světě vyrábět před 25 lety. V letošním roce plánuje Orling prodat 135 tun kolagenních přípravků nejen v ČR, ale po celém světě.

V roce 2016 dodala rodinná firma Orling z Ústí nad Orlicí na trh zhruba 130 tun přírodních kolagenních doplňků stravy pro komplexní výživu a regeneraci kloubního systému lidí a zvířat. Celkový prodej zhruba 420 tisíc různých balení výrobků představuje čtyřprocentní meziroční nárůst. Spolumajitelka a jednatelka společnosti Ing. Kateřina Marie Dušková dodala, že loni společnost navýšila celkový obrát o téměř tři procenta na 74 milionů korun. Necelou polovinou se na tržbách firmy podílí export. „Letos Orling počítá s dalším růstem výkonů. Podle plánu prodá 135 tun kolagenních přípravků za 76 milionů korun. O téměř šest procent se přitom zvýší export, který v letošním roce dosáhne 36 milionů. Kolagenní doplňky stravy vyvážíme do jedenácti evropských zemí, ale také třeba do Vietnamu,“ vypočetla jednatelka Dušková.

Kolagenní arthronutraceutika

S pouhými 35 zaměstnanci patří výrobce výživy k největším světovým producentům kombinovaných kolagenních přípravků. Pro humánní užití je určeno až 70 procent celkové produkce doplňků stravy. Výjimečné jsou zejména vysokým obsahem účinných kolagenních peptidů. Zbývá část výrobků firmy potom napomáhá ochraně a výživě kloubů a pohybového aparátu zvířat. V současnosti Orling z přírodních surovin nejvyšší potravinářské a farmaceutické kvality ročně zpracuje 80 tun kolagenního hydrolyzátu. Ve formě různých doplňků stravy zajišťuje výrobu nejkompaktnějších a neefektivnějších kolagenních arthro-

nutraceutik, jež přináší úlevu lidem trpícím osteoartrózou, osteoporózou a dalšími potížemi pohybového aparátu.

Zlomový rok 2007

Rodinnou firmu v roce 1992 založila Kateřina Marie Dušková s manželem Petrem a svým otcem prof. MUDr. Milanem Adamem, DrSc. Významný český revmatolog a přední světový odborník na biochemii pojivových tkání obdržel v Paříži v roce 2003 prestižní cenu UNESCO za celoživotní přínos lékařské vědě. Právě výsledky práce pardubického rodáka, který zemřel v září 2008, se staly základem dodnes nejučinnějšího a světově nejpoužívanějšího kolagenního arthronutraceutika.

Geladrink je stále jediným komplexním přípravkem na světě s klinicky potvrzenou účinností podle zásad „medicíny založené na důkazech“. Klinickou studii pro její objektivitu v roce 2007 přijal Kongres EULAR v Barceloně, kde ji prezentoval ředitel Revmatologického ústavu Praha prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc. „Přestože náš přírodní kolagenní doplněk stravy pro komplexní výživu a regeneraci kloubního systému byl již dříve ověřen řadou jiných klinických studií, byl rok 2007 zlomový. Práce předních českých revmatologů měla zásadní význam pro odbornou i laickou veřejnost, pro lékaře i pacienty. Vědecké objasnění účinnosti kombinovaných kolagenních arthronutraceutik dalo totiž poprvé možnost objektivně porovnávat kvalitu přípravků a volit mezi těmi, jejichž účinnost byla odborně ověřena, a těmi ostatními,“ vysvětlila Kateřina Dušková.

Unikátní ve světovém měřítku

Významný podíl na prokázané účinnosti přípravku Geladrink pro výživu kostí, chrupavek a kloubů má vysoký obsah kolagenních peptidů, které jsou jedinou formou kolagenu s vědecky prokázanou biologickou aktivitou, tedy se skutečnou schopností podpory množení chrupavkových buněk, regenerace chrupavky i další pojivové tkáně. Unikát přípravku i ve světovém měřítku pak spočívá zejména v optimální kombinaci přírodních kolagenních peptidů, vitamínu C, symptomaticky působících látek označovaných jako SYSADOA a řady dalších látek s nutričním a fyziologickým účinkem.

„Složení vzniklo jako syntéza výsledků z dlouhodobých výzkumů, průběžného vyhodnocování praktických klinických zkušeností a poznatků z pravidelné spolupráce s odbornými společnostmi. I proto jsou přípravky z Ústí nad Orlicí doporučovány Českou společností tělovýchovného lékařství, Ortopedicko-protetickou společností a Společností pro pojivové tkáně České lékařské společnosti J. E. Purkyně,“ připomněla kvalitu přípravku ředitelka Dušková.

Novinka pro dětské kosti

Společnost Orling nikdy neusilovala o jakékoliv dotace a spoléhala se vždy jen na vlastní schopnosti a možnosti. „Svoboda, kterou jsme tím získali, má pro nás mnohem vyšší cenu,“ zdůrazňuje Ing. Dušková. Dlouhodobou firemní filosofií dokresluje i vysoká stabilita pracovního kolektivu. Plných 65 procent lidí působí ve firmě déle než deset let a někteří i dvojnásobně dlouho. Stabilizovaný kolektiv je pak podle jejích slov zárukou dalšího pokračování osvědčené firemní strategie, tradičně založené na kvalitě výroby, ale i služeb pro odběratele a spotřebitele.

Jeden z posledních úspěchů vývojových aktivit orlickoústecké společnosti nese název Geladrink Junior. Toto celosvětově nejkompaktnější a nejúčinnější kolagenní arthronutraceutikum pro výživu kostí a kloubního systému u dětí v růstu se na trhu objevilo loni v srpnu. Vývoj přípravku trval asi dekádu a vyžádal si náklady ve výši pěti milionů korun. Orling jako první výrobce v oboru kloubních výživ vyvinul přírodní produkt, který svým optimálním složením surovin nejvyšší kvality odpovídá potřebám dětí od tří do čtrnácti let.

Investice do rozvoje

Na celkový rozvoj společnosti, do výstavby a technologií, zkvalitňování a rozšiřování produktového portfolia, ale také na nutné klinické studie, vynaložila společnost od roku 1992 asi 500 milionů korun. Z toho zhruba 50 procent investovala do permanentního vývoje a inovací výrobků. Neocenitelné jsou přitom zkušenosti a poznatky samotných uživatelů. Patří k nim i mnoho vrcholových sportovců, jejichž pohybový aparát je dlouhodobě vystaven extrémní zátěži. Přípravky firmy běžně užívají například legendární žokej Josef Váňa nebo reprezentantka v cyklistických maratonech a ultramaratonech Hanka Ebertová. „Při testování kloubní výživy Geladrink SportAktiv s námi nejnověji spolupracuje i olympijský vítěz v moderním pětiboji z Londýna David Svoboda,“ uvedla jednatelka Dušková.

Komplexní kloubní výživa je nezbytná nejen pro člověka, ale také pro zvířata. Společnost má vlastní veterinární program a patří dnes mezi nejstarší a nejkvalitnější výrobce kolagenních doplňků stravy a doplňkových krmiv pro psy, koně nebo kočky, ale také třeba i pro žirafy, slony, nosorožce a další zvířata chovaná v zoologických zahradách. Ve stáji Orling, založené v roce 2004, užívají v chovu koní speciální kolagenní přípravky, aby jejich kosti a klouby byly lépe vyvinuté. „První exportní zakázky jsme získali již v roce 2003 na Slovensku a v Rusku, kam jsme vyvezli hlavně veterinární produkty v souhrnu za pět milionů korun,“ dodává Kateřina Dušková.

(red)



Ilustrační foto: Shutterstock

Kloubní výživa? POROVNÁVEJTE!

Přípravek	Registrace	Forma	Kolagen (kolagenní peptidy) mg v DD	Glukosamin-sulfát mg v DD	Chondroitin-sulfát mg v DD	MSM přírodní mg v DD	Boswellia serrata mg v DD	Hyaluronan sodný mg v DD	Vitamin C mg v DD	Vitamin E mg v DD	Selen µg v DD
PERPETUUM Geladrink	doplňěk stravy	kapsle	3300	1500	800	Arvensil 600 mg, Mn 2 mg, Fe 15 mg, Zn 15 mg, I 150 mcg, koenzym Q10 60 mg, taurin 300 mg, bromelain 100 mg, bylinné extr., vitamíny	200	60	100	10	50
PERPETUUM Geladrink	doplňěk stravy	nápoj	9000	1500	800		200	60	100	10	50
Geladrink FAST	doplňěk stravy	kapsle	4750	Ostropěstěc 50 mg, Cu 1 mg vit. B6 2 mg, vit. B12 6 mcg, kys. listová 400 mcg			900		100	70	70
Geladrink FAST	doplňěk stravy	nápoj	8000	Ostropěstěc 50 mg, Cu 1 mg vit. B6 2 mg, vit. B12 6 mcg, kys. listová 400 mcg			450		160	70	70
Geladrink FORTE	doplňěk stravy	kapsle	3300	1500	800	600	100	Mn 2 mg, Cu 1 mg	100	50	50
Geladrink FORTE	doplňěk stravy	nápoj	8000	1500	800	600	0,1	Mn 2 mg, Cu 1 mg	100	50	50
Geladrink FORTE	doplňěk stravy	biosol	8200	1500	800	600	0,1	Mn 2 mg	100	50	50
Geladrink ARTRODIET	doplňěk stravy	kapsle	4100	Arvensil 270 mg, ostropěstěc 50 mg, zelený čaj 50 mg, Zn 15 mg, vit. B6 2 mg, vit. B12 6 mcg, kys. listová 400 mcg, biotin 150 mcg, vit. D 5 mcg					80	55	55
Geladrink ARTRODIET	doplňěk stravy	nápoj	9200	Arvensil 270 mg, ostropěstěc 50 mg, zelený čaj 50 mg, Zn 15 mg, vit. B6 2 mg, vit. B12 6 mcg, kys. listová 400 mcg, biotin 150 mcg, vit. D 5 mcg					80	55	55
Proenzi 3 Plus	doplňěk stravy	tablety	0,02 typu II	1500	600	900			12		
GelActiv 3-Collagen Forte	doplňěk stravy	kapsle	220,04 typu I, II, IX						40	Křemík 10 mg	
GelActiv Proteo-Enzyme Q	doplňěk stravy	tablety		1600					80	Proteázy 37.500 IU	
GS Condro Diamant	doplňěk stravy	tablety		2122,6	aescin 40 mg				12		
ColaFit	doplňěk stravy	kostičky	8 typu I								
Cemio Kamzík	doplňěk stravy	kapsle	16,02 typu I, II						20		
Klokan	doplňěk stravy	kapsle	40,02 typu I, II	4,3	7,9			0,8	20		
Flexlor	doplňěk stravy	tablety	40	700	300	200	100		40	Bromelain 100 mg	
Hyalgel Forte	doplňěk stravy	biosol			500			40	12		
Celadrin Extra silný	doplňěk stravy	kapsle		komplex mastných kyselin 500 mg					40		
Inovo 5	doplňěk stravy	tablety	180 typu II	1500	600	600		54	60		
Dr. Max Kolagen 2000 Aktiv	doplňěk stravy	tablety	2000 typu I						24		
Profi Chondro Original	doplňěk stravy	kapsle	8 typu I	1500			150		20	Rutin 80 mg	
OrthoHelp Complete	doplňěk stravy	tablety	0,022 typu II	600	150	závor lékařský extrakt 30 mg		0,15	120		

Geladrink® - doplňěk stravy obsahuje kolagenní peptidy a vitamín C, které vyživují, regenerují a chrání kloubní tkáň a přispívají k normálnímu stavu kostí a chrupavek kloubů, které potřebují řadu dalších látek s nutričními a fyziologickými vlastnostmi: glukosaminsulfát, chondroitinsulfát, vitamíny, minerály a antioxidanty.

... NEBOŽ
NA OBSAHU
ZÁLEŽÍ!



GELADRINK® DOPORUČUJÍ
ODBORNÉ LÉKAŘSKÉ
SPOLEČNOSTI



SPOLEČNOST
PRO
POJIVOVÉ
TKÁŇE
ČLS J.E. Purkyně
PRAHA - ČESKÁ REPUBLIKA



zakoupíte v lékárně,
www.orling.cz a nebo
na bezplatné lince 800 108 999

Předplatte si POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNU

a získáte

**kávovar
Cafissimo
TUTTOCAFFÈ**
v hodnotě 1499 Kč
zdarma



POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA Odborný časopis pro lékaře

Cílem Postgraduální medicíny je zprostředkovat ambulantním i nemocničním lékařům a studentům lékařství pravidelný přístup k současným medicínským poznatkům, a to v přehledné a přístupné formě.

Postgraduální medicína je zařazena do Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice a všechny publikované práce procházejí recenzním řízením.

Součástí časopisu je test zahrnutý do systému kontinuálního vzdělávání ČLK, který je ohodnocen 2 kreditními body.

Cena ročního předplatného je 749 Kč



**Tato nabídka platí jen do
24. 5. 2017**



**Předplatte
si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku
mladafronta@predplatne.cz, uveďte
své **jméno** a **doručovací adresu**.
Do předmětu napište kód **PM 0217**
Předplatit si můžete také **on-line**
na našich stránkách **www.mf.cz**



**Volejte zdarma
800 248 248**

Jednoduše zavolejte
své osobní údaje
a info o požadovaném
předplatném a periodiku.
Uveďte kód **PM 0217**



**Pošlete SMS
na číslo 900 09 06**

ve tvaru **PM ABO jméno, příjmení, adresa,
lekarska specializace** předplatitele.
Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu
provazuje goNET s. r. o. Technicky
zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line
777 717 535, po-pá 9.00-17.00

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel svojí objednávkou odborného titulu potvrzuje, že je lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svojí objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svojí objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na **www.mf.cz**



Ilustrační foto: Shutterstock

Sestra vyvinula aplikaci pro komunikaci po mozkové příhodě

Staniční sestra neurologického oddělení Vítkovické nemocnice v Ostravě Bc. Eva Haxha vyvinula speciální aplikaci pro tablety a chytré telefony, která umožňuje komunikaci pacientů s řečovým handicapem i beze slov – za pomoci piktogramů a doteků na displeji.

Aplikace založená na komunikaci pomocí jednoduchých obrázků a doteků prsty je určena především pro vstupní ošetřovatelské zhodnocení pacientova stavu a pro komunikaci jeho základních potřeb a obtíží. „Pacienty s poruchou řečové komunikace na neurologickém oddělení potkávám dnes a denně. Získávání plnohodnotných informací v rámci vstupního sesterského posouzení je u nich mnohdy velmi těžké, často nedostatečné a neúplné. Přitom právě takové posouzení je pro kvalitu a kontinuitu poskytované ošetřovatelské péče velmi důležité,“ vysvětluje Eva Haxha, která spolu s týmem odborníků ze společnosti Famiredo vývoj a vznik aplikace iniciovala.

„Zatímco u pacientů bez řečového omezení trvá odebrání anamnézy okolo 20 až 30 minut, u osob s řečovým omezením si stejný proces vyžádá až hodinu. Aplikace proces zkracuje zhruba na třetinu,“ doplňuje staniční sestra s tím, že dalším významným benefitem je fakt, že pacienti s poruchami řeči nejsou vystavováni stresu a nekomfortním situacím. „Stávalo se, že pacienti, kteří nemohli mluvit nebo například trpěli koktavostí, se při komunikaci se sestřičkou kvůli psychickému bloku úplně „zasekli“ a neřekli vůbec nic. Takové situace jsou našťastí minulostí,“ uvádí sestra.

Podle funkčního typu zdraví

Teoretickou myšlenku o prohloubení komunikace s těmito typy pacientů si sestra Haxha hýčkala už během studia. „Jediné efektivní posouzení pacientova stavu

a dostatečná komunikace umožňují, aby ošetřovatelská péče reagovala na všechny potřeby nemocného. To jsem si dobře uvědomovala už při studiu na Slezské univerzitě v Opavě a nakonec jsem se rozhodla tématu věnovat i svou bakalářskou práci. V ní jsem shrnula úskalí komunikace s pacienty s poruchami řeči, ale také navrhla možné řešení – vytvoření aplikace pro dotykové chytré telefony a tablety,“ popisuje Bc. Eva Haxha.

Nyní svůj záměr dovedla do praxe. Spolu s programátory vytvořila reálnou aplikaci pro systém Android, která je volně ke stažení. Aplikace s názvem „Dotazník – posouzení zdraví“ není pro zájemce nijak zpoplatněna a je možné si ji bez omezení stáhnout na adrese www.googleplay.com. Její použití zjednodušuje práci jak zdravotním sestřím, tak například i lidem, kteří se starají o své nemocné blízké v domácích podmínkách.

„Aplikace zahrnuje 11 komunikačních oblastí modelu Marjory Gordonové ‚Funkční typ zdraví‘, které umožňují celkové posouzení zdravotního stavu pacienta. Výjimečnost aplikace spočívá v tom, že umožňuje získat opravdu komplexní informace způsobem, který je jednoduchý pro zdravotníky i pacienty,“ shrnuje Bc. Eva Haxha s tím, že jen ve Vítkovické nemocnici v Ostravě, která patří do skupiny Agel, doposud aplikaci využily desítky pacientů s poruchou produkce řeči a další více než stovka zájemců si ji už stáhla volně z internetu. (red)

Když o něco jde, umím být tvrdá a za věc dokážu bojovat

Zkušenosti ze zahraničních misí v Jemenu či v Tanzánii ji naučily být tvrdou a zároveň pochopit křehkost i myšlení druhých lidí. Když nepomáhá v cizině, pracuje zdravotní sestra **Martina Jurigová** na Klinice anesteziologie a resuscitace ve FN Královské Vinohrady v Praze.

Když jste byla malá, hrála jste si s panenkami, nebo spíš na vojáky? Kdy jste v sobě objevila dobrodružnou povahu?

S panenkami jsem si asi nikdy moc nehrála, byla jsem spíše zvědavá a také trochu zlobivě dítě, které všude musí vlézt a všechno prozkoumat. V pubertě jsem pak přišla za rodiči s tím, že jedu stopem do Rumunska nebo slaňovat vodopády do Itálie. Nikdy jsem se ale, na rozdíl od některých mých kamarádů, nevydala do vložného nebezpečí, že bych cestu neměla připravenou nebo že bych vůbec nevěděla, kde složit hlavu. Kamarádi si sbalí batoh, vyrazí na letiště a odjedou třeba tam, kam se jim zrovna podaří koupit letenku.

Vaši rodiče vám nebránili?

Ani ne, já jsem je již od puberty pilně trénovala, takže to nesli statečně.

Jaké máte vzdělání?

Vystudovala jsem Střední zdravotnickou školu v Teplicích, pak jsem si udělala bakaláře obor záchranář v Budějovicích, a pak jsem absolvovala magisterské studium antropologie na Fakultě humanitních studií UK.

Co vás přivedlo k práci ve zdravotnictví?

Vždycky jsem chtěla dělat práci, která má nějaký smysl, že když se ohlédnu, vidím, že za mnou zůstalo něco smysluplného. Původně jsem chtěla studovat medicínu, ale nedostala jsem se tam. Ani se nedivím, vzhledem k mým znalostem v chemii a fyzice. Zaměřila jsem se na medicínskou antropologii, která mě opravdu baví. Etnografický výzkum je užitečný i pro Lékaře bez hranic.

Na své první misi s Lékaři bez hranic jste byla v roce 2015 v Tanzánii. Co vás vedlo k tomu vydat se tak daleko?

Aktivita Lékařů bez hranic jsem sledovala už od střední školy a vždycky mě lákalo někam s nimi vyjet. Odjakživa jsem práci, kterou dělají, považovala za důležitou a jakmile jsem měla dostatečnou praxi a možnost, hned jsem se přihlásila.

Bylo těžké se rozhodnout a odjet do tak vzdálené země? Nezrazovali vás rodiče?

Moji rodiče úplně rádi nebyli. Měli totiž starost o moji bezpečnost, i když tam v současné době válečná rizika nejsou. Taková divočina to zase nebyla. Tanzánie je dnes turisty vyhledávanou destinací. My jsme byli v oblasti, která byla odříznutá, ale jinak tam jezdí spousta cestovatelů. V letadle jsem seděla s rodinkami, které jely na dovolenou. Samozřejmě se tam vyskytovala malárie, ale naštěstí nebylo období dešťů, kdy vrcholí. Pohybovali jsme se volně venku, ale nebylo moc kam jít, protože kolem nás byl konec světa. Malinká vesnička s trhem, kde byl strašně vtipný bar, spíše jen taková spížirna v malé postranní špinavé uličce, kde na poličky stály zaprášené plechovky s teplým pivem, které jsme tam na plastových židličkách popíjeli. Bylo to komické. Když jsme se někam vydali, všichni si nás zvědavě prohlíželi, protože jsme tam široko daleko byli jediní běloši. A rodiče? Neaprotestovali. Asi věděli, že stejně pojedou, protože si to moc přeju.

Jaké jste měli pracovní podmínky? A jak jste se dorozumívala?

Pracovali jsme v uprchlickém táboře, který měl kapacitu 40 tisíc lidí. V té době vypukla velká krize v Burundi, která stále trvá, a jen odtud přišlo asi 100 tisíc uprchlíků. Podmínky tam byly opravdu dramatické. Neustále přijížděly nové autobusy s lidmi. Autobus je vyklopil v buši, kde v noci bývalo i deset nad nulou. Byli bez vody a bez příkrývek. Prostě neměli nic. Během prvních převozů lodí z Burundi do Kigomy zemřelo kolem čtyř desítek lidí. Ti byli pozitivní na choleru, proto OSN vyzvala Lékaře bez hranic, abychom přijeli a zahájili projekt. V takových podmínkách jsme začali pracovat.

Potvrdily se tam případy cholery, takže jsme misi začali jako Cholera Emergency Project. Nejprve jsme byli v Kigomě. Asi po týdnu práce rozhodla vláda, že tábor přesune do Nyarugusu, protože tento tábor funguje už přes dvacet let a žije v něm asi 50 tisíc Konžanů. Oficiálními jazyky v Tanzánii jsou swahilština a angličtina, ale moc Tanzánčů anglicky nemluví. Náš personál tvořili Konžani i Burundanci. Ve styku s Tanzánčím jsem ani moc nebyla. Musela jsem se tudíž popasovat i s francouzštinou.

V jaké pozici jste působila a jaká onemocnění se tam vyskytovala?

Moje pozice se jmenovala nursing supervisor. Měla jsem na starosti asi 30 sester, které jsme s jednou mexickou lékařkou vedly. Ta lékařka mi opravdu hodně pomohla a naučila mě spoustu věcí. Byla jsem moc ráda, že s ní mohu pracovat. Byla to moje první mise, poprvé v životě jsem navštívila Afriku...

Strávila jsem tam dva měsíce. Pracovali jsme sedm dní v týdnu 12 až 14 hodin denně. První volný den jsem měla asi po šesti týdnech. Byla to docela vyčerpávající práce. Řešili jsme malárii a spoustu průjmových onemocnění. Při příjezdu jsme očekávali několik tisíc nakažených cholerou, ale nakonec se tyto informace ukázaly jako liché. Ve statistice byla všechna průjmová onemocnění vedena jako cholera, ale šlo o jiná průjmová onemocnění, která se u vysídlených lidí objevují často.

Máte nějaký kuriózní případ, s nímž jste se tam setkala?

Pro mě bylo kuriózní všechno. Setkala jsem se právě s cholerou, kterou jsem si musela prostudovat, protože jsme ji ve škole probírali jen okrajově. Brzy se nám ji ale podařilo dostat pod kontrolu. Velkou výzvou pro mě byla druhá část projektu, která byla zaměřena na podvýživu. Během rozsáhlé očkovací kampaně jsme provedli také nutriční screening, který odhalil velké množství podvyživených dětí. Nejohroženější jsme vychytávali již během vakcinační kampaně, převáželi jsme je k nám a zahájili jsme okamžitě léčbu. Sice tam už fungovalo něco jako výživové centrum, to ale rozhodně nedisponovalo kapacitou řešit těžkou situaci, která v táboře nastala. Chyběly jim léky i dostatečně proškolený personál, takže jsem třeba viděla zemřít děti i v případech, kterým šlo snadno předejít. Ať už vhodnou léčbou podvýživy nebo třeba včasnou detekcí malárie a podáním antimalarik, protože ta tam ve velké míře chyběla.

A co místní obyvatelstvo? Jak jste s ním vycházela?

Tanzánčani, ale i Konžané a Burundanci jsou velmi milí. Vycházela jsem s nimi skutečně dobře. Lékaři bez hranic tam mají velmi dobré jméno. Místní, kteří pamatují, když se tábor před dvaceti lety zakládal, na tuto organizaci vždycky vzpomínali v tom nejlepší. Běžně mě venku zastavovali a děkovali mi, že tam jsme a říkali, že chtějí, abychom tam byli co nejdéle. V těchto zemích bývá velká nedůvěra v cokoliv, co dělají běloši. Velkým problémem tam je třeba očkování. Nám jako zástupcům Lékařů bez hranic důvěřovali, ale očkování stejně moc nevěřili. Během vakcinační kampaně se mě ptali, jak je možné, že očkování, které vymysleli běloši v Evropě, funguje i u nich, když jsou černí a žijí v Africe. Bylo obtížné jim to vysvětlit. Důležité ale je, že i přes veškerou nedůvěru přišli a nechali se očkovat.

Vaše druhá mise se odehrávala v Jemenu? Jaké to bylo tam?

To byla úplně jiná mise a jsem za ni ráda. V Praze pracuji na ARO se zaměřením na traumatologii a intenzivní péči. V Jemenu jsme podporovali Emergency oddělení v místní nemocnici v Ibbu, která spadala pod Ministerstvo zdravotnictví. Nemocnice byla přibližně na úrovni naší krajské nemocnice, takže jsme řešili i hodně případů z menších nemocnic. Bylo mi to mnohem bližší, protože práce byla zaměřena především na traumatologii a intenzivní péči. Většina pacientů byla traumatologických, ale měli jsme i hodně interních či pediatrických případů. Od března do června jsem tam vedla tým asi padesáti lidí. Většina mých podřízených byli muži ve středním věku.

Neměla jste problém s ošetřováním muslimských pacientů?

Já jsem problémy neměla. Komplikace mohly nastat ve chvíli, kdy by měl muž-lékař ošetřovat ženskou pacientku. Možné to je, v kritických případech i lékaři-muži ošetřovat ženskou pacientku.



řovali ženy, ale obecně bylo lepší dodržet model muž-muž, žena-žena, i když pro mě to neplatilo. Tolerovali mi ošetřování kohokoli.

U mě viděli, že jsem cizinka a od Lékařů bez hranic, tak jsem měla vážnost, úctu i autoritu. Opravdu si mě považovali a chovali se ke mně s respektem. Práce v jemenské nemocnici má své zvláštnosti. Pacienti například chtějí, aby jim všechny léky byly podávány intravenózně, včetně antibiotik, která by mohli užívat doma. Konzultovala jsem to se svou nadřízenou Jemenkou, která pracovala dlouho v zahraničí, a ta říkala, že si myslí, že je to tím, že i tam prosákl tržní model péče s heslem: Já platím, tak za to chci něco dostat. Mému sousedovi injekce pomohla, chci to proto také předepsat, protože já ti to platím. Roli hraje také jakási vizibilita. Spolknutá tableta není vidět, zavedení nitrožilního katetru a podání infuze jsou v očích mnoha Jemenců mnohem sofistikovanější než pouhé spolknutí nějaké tabletky.

Mnohdy bylo poměrně obtížné jim vysvětlit, že infuzi nebo transfuzi prostě nepodáme, protože to z našeho pohledu nebylo indikované. Navíc Lékaři bez hranic poskytují péči vždy zdarma a všem, takže občas někteří pacienti nechápali, proč jim v tom nechceme vyhovět.

Jakými jazyky hovoříte? Naučila jste se arabsky?

Naučila jsem se pár frází. Mluvím anglicky a učím se také francouzsky. Je to užitečné, protože celá řada misí je tam, kde se francouzsky mluví. Jinak máme tlumočnicka, což je velmi výhodné. Je dobré mít u sebe na začátku někoho místního, kdo vám pomůže se zorientovat nejen v celé řadě velmi odlišných kulturních pravidel, ale také v poměrně složité síti vztahů. Mně můj start na misi tlumočnicki velmi ulehčil. Nemohla jsem si přát lepšího průvodce. Mimochodem, nedávno mi psal, že jeho žena je těhotná a že když se narodí holčička, bude se jmenovat po mně.

Chystáte se zase někam?

Doufám, že se mi podaří vyrazit ještě letos do konce roku. Zatím ale nevím kam.

Co vás víc baví – práce v Praze, nebo na misi?

To se nedá srovnávat, ale baví mě obojí. Znáám lidi, kteří mají s Lékaři bez hranic permanentní kontrakt a jezdí z mise na misi. To bych já nevydržela, protože bych z toho byla unavená. Mě baví komfort Evropy. Ráda si zajdu na výstavu, do kina nebo někam na víno. Na druhou stranu nechci jen sedět doma za pecí, chci přiložit ruku k dílu někde, kde je to hodně potřeba. Pobyť v zahraničí vám také přinese jiný náhled na práci, kterou vykováváte tady. Určitě je to výhodné kombinovat.

Co jste si ze zahraničních misí přinesla?

Cestování vám usnadní pochopení jiných kultur. Na úvodním brífinku v Ženevě před misí do Jemenu mě upozorňovali, na co si tam mám dávat pozor. Především abych nikoho nekritizovala, obzvláště na veřejnosti, že jsou na svoji čest a na případné ponížení velice citliví. Že člověk musí o všechno velmi slušně a vlídně požádat. A hlavně – ať na ně nikdy nezvyšují hlas. Tak jsem je slušně o všechno žádala, ale nestalo se nic. Jednou jsem v nemocnici pozorovala skupinku mužů, kteří mluvili velice hlasitě, úplně na sebe křičeli a gestikulovali, až to vypadalo, že si každou chvíli vjedou do vlasů. U nás by takovou scénu rozehnala zásahovka. Zeptala jsem se tlumočnicka,

proč se hádají. On na to, že se nehádají, ale normálně se baví. Aha, tak někdy se asi může křičet, říkala jsem si.

A respekt vůči vám jim vydržel?

Největší respekt jsem asi získala, když se mi podařilo vyjednat místa na jednotce intenzivní péče. Pacienti se třídili podle závažnosti zranění. Takzvaná triage pacientů probíhala non stop, všichni příchozí jí museli projít a dostali formulář, kde byla označená barva, a potom šli do příslušného pokoje. Nejvážnější ranění byli označeni červeně a umísťovali se do takzvaného Červeného pokoje.

Ten pokoj byl ale hrozně malinký a byly tam jen tři postele. Slíbili nám, že si jednoho pacienta vezmou do třiceti minut na JIP. To bylo v pět odpoledne, těsně předtím, než jsme odjeli. A když jsem ráno přijela, pacient tam stále byl. A přibýli další, takže bylo nutné to lůžko hned uvolnit pro raněné, kteří by byli v ohrožení, pokud by se neuvolnilo. Na JIP mi ale řekli, že už mají dva týdny rozbitou postel, že si ho nemohou vzít. Na můj argument, že přece mají ještě jedno lůžko, mi sdělili, že ta postel je taky rozbitá, že totiž nemá postranici. Řekla jsem jim, a to ještě v klidu, že pacient nepotřebuje postranici, ale oni na to, že to prostě nejde, že musí dodržovat standardy, že postel bez postranice použít nemohou.

To jste přeci nemohla akceptovat...

Řekla jsem jim, že mě to nezajímá, že za hodinu nechám dovézt dva pacienty v kritickém stavu a když tam nebude postel, tak je nechám položit na zem a že je mi to úplně jedno, protože to je jejich zodpovědnost. Samozřejmě bych to neudělala, už jen proto, že jeden měl plicní edém. Ve chvíli, kdybychom jej položili, by se udusil. Tvářila jsem se naprosto přesvědčivě. Byli dost překvapení a chtěli ihned zavolat svého šéfa. Zavolali ho, pak dalšího a dalšího. Se všemi jsem mluvila nejdřív klidně, ale nakonec jsme na sebe strašně křičeli, protože hrozně zvyšovali hlas a mávali rukama. Já jsem pořád mlela tu svou: A dost, za hodinu ať je tu postel. Když se něco stane, je to na vaše triko. Přitom jsem jim ale neustále dávala najevo, jak si jich vážím, že jsou to chytrí lidé a dobří lékaři, kteří přece musí vědět, že musíme raněným uvolnit lůžka.

Naše hádání bylo slyšet široko daleko, až se na nás začali chodit dívat ostatní lidé. Asi ještě neviděli, jak se třicetiletá Evropanka hádá s padesátiletými muži. Nakonec na mě šéf jípký uznale pohlédl a pravil: „Hm, jsi dobrá.“ V tu chvíli byla postel k dispozici. Potřásl jsem si rukou a náhle jsme byli nejlepší kamarádi. Od té chvíle cokoliv jsem v nemocnici řekla, platilo, protože teď už věděli, že když o něco jde, umím být tvrdá a za věc dokážu bojovat.

Nejvíce ve válečných konfliktech trpí děti

Z Jemenu jsem si odnesla zkušenost, že je důležité ukázat, že mi o něco jde. Oni stále potřebují ukazovat, že o něco bojují, že jen tak neodejdou, třeba bez té infuze, kterou si umí doslova vydupat. Vypozorovala jsem to díky studiu antropologie. Musí ukázat svoji osobnost a sílu. A Jemenci jsou silní. Vydrží věci, které bychom my v Evropě nevydrželi. Je tam válka, která přináší nejrůznější situace. Je obdivuhodné, jak lidé fungují, v jakých podmínkách pracují a co všechno vydrží, když jim umírají jejich blízcí. Dospělého oplakávají mnohem víc než dítě, protože pro ně představuje větší ztrátu.

Máte nějaký osobní zážitek? Kdy jste pomáhali dítěti?

Opravdu mne šokoval příběh rodiny, jejichž postřelené dítě nám poslali z tamní nemocnice. V Taizu bylo hodně sniperů, jejichž úkolem je šířit mezi obyvatelstvem strach. Přivezli nám dvouletou holčičku postřelenou do hlavy. Šla s maminkou, tatínkem a se staršími sourozenci po ulici, ale oštelovač postřelil právě tu nejmenší dívku, což mi přišlo ohavné. Pak jsem pochopila, že kdyby zastřelil otce, rodina by zůstala bez živitele, a tedy i bez prostředků. Kdyby zastřelili matku, neměl by se kdo starat o děti. Ztráta malého dítěte je pro rodinu nejvíce akceptovatelná. My to máme naopak. Tak silní ale být nemusíme, protože si žijeme jako v bavince, neobáváme se každý den o krk. Jemenci si toho jsou vědomi a občas Evropany s nadsázkou považují za změkčilé.





Kompetence sestry k odběru krve

Mám jako všeobecná sestra kompetenci k odběrům žilní krve u dětských pacientů do tří let věku (včetně novorozenců)? Zaměstnavatel to po mně jako po odběrové sestře vyžaduje, nechci se ale dostat do rozporu se zákonem. V zákoně je uvedeno, že všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich – zejména může podávat léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do tří let a s výjimkou radiofarmak. Nevím, zda je to myšleno tak, že pouze nesmím nitrožilně aplikovat léčivé přípravky, ale odběr žilní krve provádět mohu, anebo zda k odběrům žilní krve u novorozenců a dětí do tří let věku nemám kompetence.

Při ověřování kompetencí, které má všeobecná sestra obecně, je nutné vycházet z vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Tato vyhláška rozlišuje kompetence, které má všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace, dále pod odborným dohledem a konečně bez odborného dohledu na základě indikace lékaře. Mezi činnosti, které může všeobecná sestra vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře, patří dle § 4 odst. 3 písm. c) citované vyhlášky odběr biologického materiálu, a to bez jakéhokoliv bližšího výslovného omezení v textu vyhlášky (ani věkem pacienta, ani invazivní, či neinvazivní metodou). Z textu by se tak na první pohled zdálo, že všeobecná sestra může provádět odběr krve bez odborného dohledu na základě indikace lékaře u novorozenců a dětí do tří let.

Vámi citované omezení „u novorozenců a dětí do tří let“ uvedené v § 4 odst. 3 písm. a) citované vyhlášky se týká – dle výslovného textu vyhlášky – výhradně po-

dávání léčivých přípravků, což není odběr krve. Ze znění vyhlášky by se tak i na druhý pohled skutečně jevilo, že všeobecná sestra může provést odběr krve i u novorozenců a dětí do tří let bez odborného dohledu na základě indikace lékaře.

Nicméně je nutné provést výklad i systematickou celého předpisu, kdy na ostatních místech citované vyhlášky je výslovně zmiňován úkon „odběr žilní a kapilární krve“ (tento úkon není vůbec uveden u všeobecné sestry), a to obvykle vedle kompetence neinvazivního odběru biologického materiálu toho kterého konkrétního pracovníka. Z této systematicky, a též z odborné vědecké literatury (Burda, Patrik, Šolcová, Lenka: Ošetrovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel, 2016, str. 142), lze dovést, že odběr krve je invazivní metodou odběru biologického materiálu. Z důvodu absence bližšího vymezení či omezení kompetence všeobecné sestry k odběru biologického materiálu v § 4 odst. 3 písm. c) citované vyhlášky je nutno tuto kompetenci vykládat tak, že se vztahuje jak na invazivní odběr (odběr krve), tak na neinvazivní odběr, a to s ohledem na to, že na jiných místech vyhláška výslovně blíže rozlišuje kompetenci odběru biologického materiálu za použití invazivní, či neinvazivní metody.

Jestliže by tedy neměla mít všeobecná sestra kompetenci k odběru krve bez odborného dohledu na základě indikace lékaře u novorozenců a dětí do tří let, muselo by to plynout jak ze systematického, tak logického a gramatického výkladu citované vyhlášky. Na základě použití všech těchto výkladových metod však lze naopak nepochybně dospět k závěru, že všeobecná sestra uvedenou kompetenci má.

V této souvislosti je pouze nutno upozornit na stanovisko Ministerstva zdravotnictví publikované na www.osetrovatelstvi.info/info/zdravotnicko-asis-tent-nesmi-odebirat-venozni-krev/, dle něhož zdravotnický asistent může odebírat pouze kapilární krev,



krv žilní ale nikoliv. Argumentace Ministerstva je přitom založena na výkladu, že „zdravotnický asistent nemůže podávat intravenózně léčivé přípravky, neměl by tedy ani porušovat integritu stěn žil; odběr biologického materiálu je omezen způsobem vyšetření.“ Stejná argumentace by však byla uplatnitelná též na všeobecnou sestru, když ani všeobecná sestra nemůže podávat intravenózně léčivé přípravky. Nicméně tato argumentace by byla v rozporu s výše uvedenou aplikací standardních výkladových metod, a proto pro účely právní jistoty doporučujeme ověřit naše závěry dotazem na Ministerstvo zdravotnictví, které bylo předkladatelem a zpracovatelem citované vyhlášky. O důvodech případných omezení a záměru zákonodárce v tomto konkrétním případě musí mít největší povědomí.

JUDr. Lenka Vlková, právník

Náhrada mzdy při podání svědectví u soudu

V rámci práce zdravotní sestry jsem předvolována k soudu při případném stíhání některých pacientů. Zaměstnavatel mi pracovní volno s náhradou mzdy nemíni poskytovat, stejně jako nechce proplatit cestovné k soudu. V případě, že bych svědčila mimo svou pracovní dobu, požádám náhradu mzdy a cestovné rovněž, protože mé svědčení bylo vyvoláno vlivem zaměstnání (jinak bych se se souzeným nikdy nesetkala) a v podstatě svědčím za zaměstnavatele. Na co mám vlastně právo, neboť soud mi vyhrožuje pokutou za neúčast?

V první řadě, s ohledem na stručnost vašeho dotazu a v něm použitou terminologii, je nutné uvést, že pro účely níže uvedených odpovědí předpokládám, že vaše otázky jsou číselně v souvislosti s trestním řízením vedeným proti některému z vašich pacientů.

Ve vámi popisovaném případě je nezbytné (mimo jiné) zodpovědět zejména tři základní dílčí otázky: zdali máte nárok na poskytnutí pracovního volna zaměstnavatelem (pro účely vašeho výslechu), jestli Vám vzniká nárok na náhradu se svědčením spojených nákladů a ušlého výdělku a jaké jsou eventuální následky toho, že se k předmětnému soudnímu jednání nedostavíte.

V případě první otázky (resp. prvních dvou otázek) lze uvést, že váš zaměstnavatel je dle § 200 a § 202 zákoníku práce povinen vám pracovní volno za účelem

učinění svědecké výpovědi (pokud tuto nelze učinit mimo pracovní dobu) poskytnout, a to v nezbytném rozsahu. Náhrada mzdy (nebo platu) vám však v uvedeném případě od zaměstnavatele nepřísluší. Máte však při splnění (právním předpisem) stanovených podmínek nárok na tzv. svědecké – nárok na náhradu nutných výdajů podle zvláštního právního předpisu upravujícího cestovní náhrady (jízdné, stravné a nocležné) a prokázaného ušlého výdělku (pokud je výslech činěn ve vaší pracovní době) – které je nutné uplatnit do tří dnů od výslechu (a to u soudu, nikoliv u zaměstnavatele). Náhradu nutných výdajů a prokázaného ušlého výdělku můžete získat, avšak nikoliv ze strany zaměstnavatele.

Dále doplním, že v situaci, kdybyste se k soudu i přes vaše předvolání nedostavila, můžete být před soud předvedena. V této souvislosti vám rovněž může být uložena i pořádková pokuta – s tím, že na takové následky vašeho nedostavení musíte být v předvolání upozorněna.

Závěrem si dovoluji ještě v obecné rovině poukázat na skutečnost, že jako zdravotnický pracovník jste vázána povinností mlčenlivosti (o všech skutečnostech, o kterých jste se dozvěděla v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, resp. vašeho povolání). Je tedy nutné, abyste pro výslech, v rámci kterého by byly



zjišťovány skutečnosti kryté povinností mlčenlivosti, byla této povinnosti zproštěna. V opačném případě nesmíte být o takových okolnostech/skutečnostech vyslechnuta.

Mgr. Jan Tetiva, právník



Ples sester na Žofíně

Je známo, že zdravotní sestry se umí ohromně dobře bavit. Ples České asociace sester, který proběhl v pátek 3. března 2017 v pražském paláci Žofín a který připravila divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta, to jen potvrdil. Generálním partnerem byla společnost Hartmann-RICO, a. s.



Večerem provázela kapela Golden Big Band Prague pod vedením Petra Soviče. Od půlnoci do druhé hodiny ranní jste si pak v Malém sále mohli užít diskotéku DJ FLUX



Hosty vítali prezidentka České asociace sester Martina Šochmanová a ředitel divize Medical Services Mladé fronty Karel Novotný



Dámy si vybraly číslo, aby se zúčastnily soutěže o Královnu plesu



Na ples přišel i prezident České lékařnické komory Lubomír Chudoba s chotí



Moderátor Petr Rychlý zahájil ples. Hosty přivítal zástupce magistrátu Radek Lacko



Hezkou zábavu hostům plesu popřála také Martina Šochmanová



Přítomné z pódia pozdravil ministr zdravotnictví Miloš Luďvík



V prostoru paláce Žofín se roztančily červené, modré a fialové světelné efekty



Deset korun z každého zakoupeného lístku do tomboly putuje na podporu Dětského centra Jihočeského kraje, o. p. s. Zleva: Petr Rychlý, Martina Šochmanová, Vít Jásek, Karel Novotný a Zuzana Matoušková



Beatles Revival Band roztančili i ministra zdravotnictví Milošlava Luďvíka. Učaroval mu například známý hit šedesátých let A hard day's night



O působivé předtančení se postarala dvojice z Taneční školy HES



Po parketu se rozeběhli chlapi a dívky, aby předvedli oblečení společnosti Clinitex, s. r. o., pro sestry, lékaře, pacienty a operativu



Představitelé společnosti B. Braun (Bud' hnědý) zaujali svojí „Stand up comedy“



Na hosty čekala bohatá tombola. Vyhrát mohli parfémy společnosti Uniq, kosmetiku Nuance od Dr.Maxe a Mary Kay, skleněné poháry firmy BH Securities, a. s., kávovary Tchibo i knižní produkci Mladé fronty. Karel Novotný předává cenu



Miloslav Luďvík udělil titul Královna plesu. Stala se jí zdravotní sestra z Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny ÚVN v Praze Sabina Beránková. Vpravo přihlížejí Martina Šochmanová a Karel Novotný



Zatančit si přišel i přednosta Kardiocentra pražského IKEMu Jan Pírk



Sabina Beránková by se po ukončení studia na 2. LF UK ráda stala zdravotní sestrou Armády České republiky a vyjela kamkoliv na zahraniční misi. Na snímku s Petrem Rychlým



Ministr Miloslav Luďvík v družném rozhovoru s předním odborníkem na kvalitu ve zdravotnictví Davidem Marxem



Na plesu vládla opravdu skvělá atmosféra, všichni se ohromně bavili, jako dámy na snímku



Pobavit se přišel také náměstek ministra zdravotnictví Tom Philipp



Přítomně přišel pozdravit také rektor Univerzity Karlovy Tomáš Zima

Foto na str. 25–27: Tomáš Hercog



Domov Vlčí mák

V Ústřední vojenské nemocnici v Praze (ÚVN) za přítomnosti ministra obrany Martina Stropnického, ředitele ÚVN prof. MUDr. Miroslava Zavorala, Ph.D., válečných veteránů a dalších hostů slavnostně nově přejmenovali Oddělení sociální péče na Domov Vlčí mák.

„Chováme přirozenou a hlubokou úctu k válečným veteránům, kteří za 2. světové války i v novodobých konfliktech bojovali a bojují za principy demokracie. Je naší povinností zajistit jim co nejlepší podmínky. Jsem rád, že tady v ÚVN je o válečné veterány výborně postaráno a že tu nacházejí skutečný domov,“ uvedl Martin Stropnický.

„Je pro nás ctí poskytovat válečným veteránům maximální péči a jejím prostřednictvím vyjádřit úctu, kterou k nim chováme. Při volbě vhodného názvu pro Oddělení sociální péče bylo naším záměrem, aby vystihl jeho podstatu a ojedinělost. V naprosté většině tu totiž pečujeme na celkem 40 lůžkách o válečné veterány – druhoválečné, ale také o ty novodobé. Zvítězil název Domov Vlčí mák. Obsahuje symbol válečných veteránů uctívající památku všech, kdo ve válečných konfliktech nasazovali své životy za lepší budoucnost,“ řekl profesor Zavoral.

Oddělení již od roku 2007 poskytuje nepřetržitou následnou péči čtyřem desítkám klientů se sníženou soběstačností. Většinou jde o válečné veterány a jejich partnery. Pečuje o ně tým zaměstnanců – zdravotně-sociální pracovníci, všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, pracovníci v sociálních službách a sanitáři pod vedením vrchní sestry. Kromě ubytování v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích (případně nadstandardních pokojích s vlastním sociálním vybavením) a stravy po-



Zleva: Náměstkyně pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality ÚVN Lenka Gutová, Miroslav Zavoral, Martin Stropnický a náměstek ministra obrany Ing. Tomáš Kuchta

Foto: archiv Ústřední vojenské nemocnice

máhají pracovníci klientům při osobní hygieně, zvládat běžné úkony péče o sebe sama, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, připravují sociálně terapeutické a aktivizační činnosti zaměřené na podporu samostatnosti. Průměrný věk klientů je 92 let.

Nové pokoje pro nedonošené děti

Za účasti hejtmána Zlínského kraje Jiřího Čunka, sponzorů, hostů a vedení nemocnice byly v Krajské nemocnici T. Bati (KNTB) slavnostně otevřeny zrekonstruované pokoje pro předčasně narozené děti a jejich rodiče.

Rekonstrukce pokojů i jejich vybavení byla realizována díky projektu Malé mimí. Jeho iniciátorem byl otec předčasně narozené holčičky Martin Gazda společně s primářem novorozeneckého oddělení KNTB MUDr. Jozefem Macko, Ph.D. V říjnu 2015 odstartovala sbírka, která měla získat prostředky na opravy pokojů. Organizátorům se podařilo shromáždit finance i věcné dary za 3,5 milionu korun. Zlínský kraj ze svého rozpočtu vyčlenil 4,5 milionu korun.

„Realizace projektu je významným krokem ke zlepšení péče o předčasně narozené děti i jejich rodiny. Rodiče mohou být nyní se svými dětmi 24 hodin denně. Stálý kontakt miminka s matkou i otcem jim přináší prospěch. Jsem vděčný panu Gazdovi za vynikající nápad a za pomoc při jeho realizaci,“ řekl primář Macko. K poděkování všem, kteří se o realizaci projektu zasloužili, se připojil i ředitel nemocnice Ing. Pavel Calábek. „V České republice je tento projekt ojedinělý a jsem rád, že se ho podařilo uskutečnit v roce 90. výročí založení Baťovy nemocnice,“ uvedl.

„Před osmi lety se nám ve zlínské porodnici narodila dcera 12 týdnů před termínem porodu. Vážila jen 620 gramů. Díky primáři Mackovi a personálu novorozeneckého oddělení jsme si ji po čtyřech měsících mohli odvést domů. Během té doby jsme

nebyli s dcerou ve stálém kontaktu, což bylo velmi stresující,“ řekl Martin Gazda.



Zleva: Pavel Calábek, Veronika Záhorská, ředitelka Korunky Luhačovice, a Jiří Čunek navštívili v novém pokoji maminku s dvojičaty.

Foto: K. Havlíková

Pocta Alfredu Kohnovi

Anatomický ústav 1. lékařské fakulty UK, Česká anatomická společnost a Židovské muzeum v Praze připravily přednáškové odpoledne věnované významnému lékaři a vědci prof. MUDr. Alfredu Kohnovi, od jehož narození 22. února uplynulo 150 let.

Profesor Kohn byl 26 let přednostou Histologického ústavu lékařské fakulty Německé univerzity v Praze. Jeho nejvýznamnějšími publikacemi jsou studie z let 1898 až 1902, zejména pak objasnění významu a původu příštítných tělísek a poznatky o chromafinních buňkách a sympatických paragangliích. Alfred Kohn byl dvakrát děkanem lékařské fakulty Německé univerzity a členem i čestným členem řady vědeckých společností. Opakovaně byl navržen na udělení Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství. V roce 1939 byl pro neárijský původ vyloučen z Deutsche Gesellschaft der Wissenschaften und Künste für die Tschechoslowakische Republik a v roce 1943 byl transportován do Terezína. Po válce žil v Praze. Při příležitosti 90. narozenin byl zvolen čestným předsedou Anatomische Gesellschaft a československá vláda mu udělila Řád práce. Alfred Kohn zemřel v roce 1959 v Praze.



Alfred Kohn

Foto: Ondřej Nařika

OZP zavedla mobilní pobočku

Mobilní pobočka Oborové zdravotní pojišťovny (OZP) od úterý do čtvrtka navštěvuje města napříč Českou republikou.

Lidé si mohou nechat vyšetřit zrak, změřit tlak a vyšetřit pigmentová znaménka. „Mobilní pobočka funguje jako plnohodnotná pobočka Oborové zdravotní pojišťovny. Naši klienti mohou všechno vyřídit v aplikaci v mobilu nebo ve webovém prohlížeči prostřednictvím Vitakarty online,“ říká generální ředitel OZP Radovan Kouřil.

V únoru spustila OZP charitativní akci Každý krok pomáhá. Zájemci se zaregistrují na webové stránce pojišťovny a začnou měřit, kolik ujdou kroků. Účastníci, a nemusí jít jen o klienty této pojišťovny, se automaticky přiřadí partnerským charitativním organizacím. Odměnu od OZP získá ta společnost, jejíž tým ujde nejvíc kroků. Zájemci o krokoměr si pro něj mohou přijít do kamenné pobočky nebo si je mohou vyzvednout v mobilní pobočce.

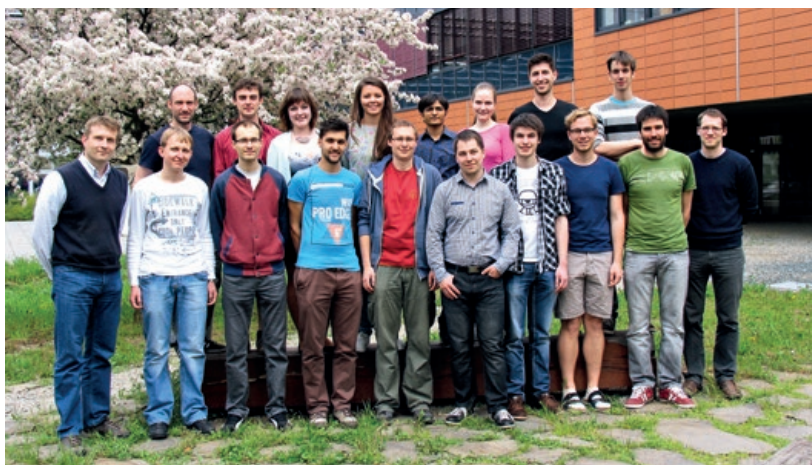


Americká nadace podporuje výzkum FNUSA-ICRC

Kamil Paruch a Jakub Švenda z týmu Medicinální chemie Mezinárodního centra klinického výzkumu Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA-ICRC) získali grant ve výši 300 tisíc USD (7,5 mil. Kč) od americké nadace Isabel & Alfred Bader Fund.

Grant byl poskytnut na období tří let s cílem pomoci týmu pokračovat ve výzkumu vybraných závažných onemocnění za použití metod organické chemie. Jejich zkoumání v rámci FNUSA-ICRC a Masarykovy univerzity již přinesl kvalitní publikace a patenty na nové léčivé látky s potenciálním využitím k léčbě závažných onemocnění.

Grant doplní finanční prostředky, které laboratoř již získala z národních a mezinárodních zdrojů. Pomůže zajistit flexibilní financování vybraných aktivit, a tím bude doplňovat financování ze standardních výzkumných grantů a zajistí hladké pokračování výzkumu. Přispěje také ke zvýšení počtu talentovaných českých studentů chemie, kteří se hlásí o stipendia Alfreda Badera. Ta umožňují studovat



Výzkumný tým Kamila Parucha (1. řada vlevo) a Jakuba Švenda (1. řada vpravo)

Foto: Tým Kamila Parucha

chemii na prestižních amerických univerzitách. Vědcům Paruchovi a Švendovi v minulosti umožnily peníze studovat na Columbia University a Harvard University.

Fond je pojmenován po Isabelle a Alfredu Baderových z amerického Milwaukee, kteří se dobročinným účelům v České republice věnují už dlouho. Podporují české studenty chemie prostřednictvím Stipendií Alfreda Badera, díky nimž mohou studovat na Harvard University, Columbia University, Imperial College of London či na University of Pennsylvania. Od roku 1994 každoročně uděluje Česká chemická společnost Ceny Alfreda Badera za výzkum v organické a bioorganické chemii. Isabel & Alfred Bader Fund v ČR rovněž dotuje program zaměřující se na podporu občanské společnosti, vzdělávání a kultury.

Čteme s přáteli dětem

V Dětské psychiatrické nemocnici v Opařanech proběhl již 3. ročník projektu Čteme s přáteli dětem v nemocnici.

Projekt vznikl za podpory Vojenského a špitálního řádu sv. Lazara Jeruzalémského. V refekteri nemocnice se při čtení vystřídal již 18 umělců a známých osobností. Letos dětem četli divadelní a filmový herec Petr Čtvrtníček a herec, moderátor a dabér Zdeněk Mahdal. První jmenovaný v nemocnici také podpořil projekt Hudebka, který vznikl za podpory Motor Jíkov Group. Cílem projektu je vybavit nemocnici hudebními nástroji, aby se hospitalizované děti ve spolupráci s Druhou soukromou základní uměleckou školou (ZUŠ) v Českých Budějovicích mohly učit hrát. V loňském roce učebnu vybavili bubny, klavírem a kytarou a společně s ředitelem ZUŠ Milanem Baštou první skladbou odstartovali další ročník čtení dětem.



Herec Petr Čtvrtníček

Foto: archiv Dětské psychiatrické nemocnice Opařany

Plzeňský kraj ocenil hrdinu

Náměstkyně hejtmana Plzeňského kraje pro školství a cestovní ruch Ivana Bartošová ocenila hrdinský čin studenta 3. ročníku Hotelové školy Plzeň Davida Kovrzka.

Oceněný student lednového podvečera zachránil dospělého bruslařského muže, pod nímž se pod Rooseveltovým mostem v Plzni prolomil na řece Mži led.

„Projevil jsi velké hrdinství, byl jsi ve správném čase a na správném místě, ale hlavně – zachoval ses správně. Neváhal jsi nasadit svůj vlastní život. Ocenuji, že jsi věděl, jak jednat, a uměl ses rychle rozhodnout. Patří ti obrovský dík za tvou pohotovost a odvalu, zvláště v době, kdy je celá řada lidí ke svěmu okolí zcela lhostejná,“ řekla Ivana Bartošová.

David Kovrzek od Plzeňského kraje jako odměnu dostal vodotěsné hodinky a poukázku na nákup sportovního oblečení v hodnotě dvou tisíc korun.



Ivana Bartošová a David Kovrzek

Foto: archiv KÚ PK

Czech Superbrand 2017

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZP MV ČR) letos získala prestižní mezinárodní ocenění kvality Czech Superbrands 2017.

„Toto vítězství potvrdilo, že ZP MV ČR je na trhu pevně ukotvená a veřejností pozitivně vnímaná zdravotní pojišťovna, která zajišťuje kvalitní a dostupnou zdravotní péči svým klientům a zaměřuje se na upevnování jejich zdraví,“ řekl k ocenění generální ředitel pojišťovny MUDr. David Kostka.



Dále pak uvedl, že jednotlivé firmy nominují a hodnotí nezávislí odborníci, což zvyšuje prestiž ocenění. Stejný názor zastává i ředitel organizace Czech Superbrands Roman Sovják, který ocenění pojišťovně předával. „Do úzkého spektra oceněných značek působících na našem trhu se dostane na základě přísných kritérií jen zlomek vyvolených. Posuzují se parametry jako známost, budování značky, inovace či prestiž,“ řekl Roman Sovják. Projekt Superbrands vznikl v roce 1994 ve Velké Británii, odkud se během dvaceti let rozšířil do více než 90 států a pěti kontinentů.

Dvoustranu připravila Markéta Míková

Etické problémy v chirurgickém ošetřovatelství

V chirurgii, kde je kontakt pacienta s lékařem mnohdy minimalizován na vlastní kurativní výkon, je zapotřebí si uvědomit, že nemoc pacienta a etika lékaře se vzájemně ovlivňují a prolínají.

Chirurgie vyžaduje výbornou spolupráci s ostatními odborníky a s ošetřujícím personálem, především sestrami, které většinu času své pracovní doby tráví s nemocným a jsou spojovacím článkem mezi ním a lékařem. Je proto bezpodmínečně nutné, aby si chirurg osvojil správný psychologický přístup k pacientům a našel si dostatek času a empatie.

Etika je nauka o mravnosti, soustava mravních zásad, mravouka, nauka o správném jednání. Jejím úkolem není jen stanovovat mravní povinnosti nebo příkázání, ale především nalézat pro člověka platná kritéria, podle kterých by mohl spolehlivě rozlišit mravně od nemravného, dobré od zlého a přesně stanovit, co je tou nejvyšší hodnotou (dobro, štěstí, blaženost, bůh atd.), k níž by mělo jeho jednání směřovat. Popisuje nejen lidské jednání, ale i hodnotí a podle určitých kritérií posuzuje, jaké jednání je a jaké by mělo být. Základním předpokladem etiky je svobodná vůle jednatelce, který se svobodně rozhoduje k nějakému jednání.

Etika pro lékaře a sestry

V práci chirurga je důležité uplatnění etických principů ve vztahu k nemocným. Jde zejména o získání důvěry pacienta před operačním výkonem a v celém dalším léčení, o jeho poučení o nutnosti, resp. účelnosti operace a jejího plánovaného druhu, jakož i o vysokou úroveň morální a odborné zodpovědnosti za předoperační vyšetření, stanovení diagnózy, za určení rozsahu výkonu, za jeho technické provedení a za zajištění pooperační péče. Nejvíce stresující je rychlé rozhodování a často následný okamžitý výkon s plnou odpovědností za život a další průběh onemocnění pacienta. Operátor pacienta vidí nejen při indikaci a zákroku, ale sleduje jeho stav při převazech a při vizitách. O průběhu léčby je informován také od lékařů ve službě. Neznámená to ovšem, že si chirurg nenajde čas na pacienta, jen ho má méně než jiný lékař. Chirurg odoperuje, následuje pooperační průběh a adaptace pacienta. Operátor sleduje pochopitelně celý pooperační stav. I v této situaci lze vnímat poněkud odlišné postavení obojí. Chirurg musí být spoustu času na operačním sále, kde musí operovat, aby se operativně naučil a stal se dobrým odborníkem.

Ošetřovatelská etika se odlišuje od lékařské etiky tím, že je specificky zaměřena na činnosti profesionální sesterské péče. Morální vlastnosti sestry, její schopnost či neschopnost empatie, citlivé komunikace s nemocným a účasti na jeho strádání se formují od nejtětlejšího věku – především v rodině, ale také ve škole, ve vztazích s vrstevníky či s blízkými dospělými lidmi. Z etického hlediska jsou právě schopnost komunikace a empatie u sestry klíčovými vlastnostmi.

Chirurgie je náročný obor pro lékaře i pro sestru. Právě ta tráví s nemocnými spoustu času a na ni se nemocní obracují s dotazy či připomínkami, které musí v rámci svých kompetencí vyřešit a poradit si téměř v každé situaci.

Etické problémy, které se mohou vyskytnout na chirurgickém oddělení

- Vztah sestry k nemocnému – častým a velmi závažným etickým prohrěškem sestry vůči nemocnému je

nezájem, jehož příčinou je nedostatek času. Od sestry se očekává, že veškerý svůj pracovní čas věnuje nemocným, s nimiž tráví podstatně více času než lékař. Za směnu je musí připravovat na vyšetření, k operacím, pečovat o ně po operaci. Výjimkou nejsou ani akutní příjmy, což klade velké nároky nejen na fyzický, ale i na psychický stav sestry. Vzhledem k náročnosti oboru nejsou všechny sestry schopné na chirurgii pracovat.

- Dalším důvodem nezájmu sestry o osobu nemocného může být její citové oploštění či přímo syndrom vyhoření (burn-out syndrom). Taková sestra se kontaktu s pacienty často vědomě vyhýbá. Chová se k nim chladně, s despektem, dává jim najevo, že ji obtěžují. Některé vyhořelé sestry bývají podrážděné, nervózní a plačtivé a pod návalem pracovních činností se doslova hrouť. Nezřídka přestává sestra nemocné pokládat za prvořadý objekt své pozornosti, protože je přespříliš zaujata odborností své práce. Podobným nebezpečím je také přílišná administrativa.
- Nevhodný je také stav, kdy sestra nejeví zájem o vše ostatní, co se bezprostředně netýká současného onemocnění pacienta, tedy nerespektuje holistické (celostní) pojetí člověka či nedodržuje práva pacientů. Sestra se musí zabývat i biopsychosociální a spirituální stránkou osobnosti nemocného. Stejně důležité je pak respektování jeho individuality.
- Závažným etickým prohrěškem sestry může být i její diferencovaný přístup k pacientům. Může to být třeba hostilita vůči nemocným cizincům, nepřístojné chování vůči homosexuálním nemocným, příslušníkům jiné národnosti či rasy. Sestra je povinna vážit si nemocného jako jedinečné lidské bytosti, s jeho hodnotou a důstojností, bez ohledu na pohlaví, příslušnost k etnické skupině, rase, kultuře či náboženství.
- Eticky problematické ve vztahu sestry-pacient je také přijímání různých pozorností a darů od nemocných.
- Dalším etickým problémem v chirurgii je nerespektování studu nemocného. Měli bychom zabránit tomu, aby byl pacient na pokoji obnažován před ostatními nemocnými.
- V chirurgii se řeší nejen somatické, ale i psychické změny v osobnosti nemocného, ten nesmí získat dojem, že je pouhým objektem četných klinických a paraklinických vyšetření. Zdraví a nemoc musí být pojímány v komplexnosti. Nemocný si všímá nejen odborných vztahů na chirurgických pracovištích, ale i těch mezilidských. Vnímá i neverbální projevy chování zdravotníků, proto by se nejen sestra, ale i ostatní zdravotničtí pracovníci měli vyvarovat úšklebků (např. nad různými ošklivě vypadajícími či zapáchajícími ranami) a podobných projevů.
- Nelze opomenout ani problém v informování o různých vyšetřeních, ošetřeních či před samotnou operací. Lékaři mnohdy s nemocnými mluví odbornými výrazy, kterým pacienti nemusí vždy rozumět, a ti potom informace žádají po sestře. Ta však smí podat jen informace, které jsou v její kompetenci. Lékař i sestra by měli mluvit stejně nebo alespoň podobně.
- Může nastat situace, kdy sestra nerespektuje, ať už



Ilustrační foto: Shutterstock

z nevědomosti, nebo vědomě, přání nemocného ve vztahu k příbuzným a blízkým. Dále zde můžeme uvést necitlivé jednání s příbuznými a blízkými nemocného. Je třeba si uvědomit, že právě tyto lidé prožívají fáze adaptace na onemocnění podobně jako pacient sám. I oni mohou popírat onemocnění, zlobit se na okolí, smlouvat nebo mít deprese. Nemocný a jeho rodina často těžce nesou některá sdělení či chirurgické výkony (např. onkologické diagnózy se špatnou prognózou nebo amputaci končetin). Tyto informace nemocnému sděluje lékař. Ale i sestra musí umět eticky a empaticky přistupovat k rodině i k nemocnému, pro kterého by měla být oporou a povzbuzovatelkou k další spolupráci. Měla by mít pro příbuzné pochopení, měla by se snažit jim pomoci, případně po domluvě s lékařem nabídnout pomoc psychologa.

Vztah sestry k lékaři i k ostatním sestram

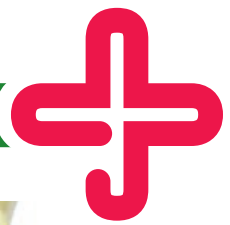
V povědomí mnohých je podřízené postavení sestry vůči lékaři. Sestra by měla vždy jednat ve prospěch pacienta. Pokud není bezprostředně ohroženo jeho zdraví, je eticky správné pohovořit si s lékařem bez přítomnosti nemocného i dalších spolupracovníků. Musíme mít na paměti, že pro nemocného je prospěšné, aby nebyl zbytečně nízkým a ničím obtěžován, už vůbec ne sporem mezi lékařem a sestrou.

- Sestra může být svědkem neetického chování druhé sestry, nejčastěji necitlivé komunikace s nemocným. Na jedné straně se cítí povinná být loajální vůči kolegyni, na druhé straně si však uvědomuje, že uvedené chování mohlo poškodit, nebo dokonce už poškodilo nemocného či jeho příbuzné nebo blízké.
- Od profesionálně zdatné sestry se očekává, že dokáže povýšit etické požadavky nad osobní prospěch, že se zachová čestně, někdy i za cenu osobní oběti.
- Nikdo nemá právo se sestrou jednat urážejícím či ponižujícím způsobem. To platí jak pro nemocné a jejich příbuzné, tak i pro zdravotnický personál.

Práce sestry na chirurgickém oddělení je krásná, ale nesmírně náročná. Lékaři, sestry a ostatní zdravotnický personál by měli umět spolupracovat, k nemocným se chovat eticky a svým přístupem získat jeho důvěru. Nemocný by vždy měl být v centru zájmu zdravotníků.

Lenka Fialová,
všeobecná sestra, cechuldazni@seznam.cz,
a PhDr. Monika Zakopčanová,

vrchní sestra, lůžkové oddělení chirurgických oborů I, Nemocnice Znojmo, příspěvková organizace, monika.zakopcanova@nemz.cz
Literatura u autorek.



Ilustrační foto: Shutterstock

Tradiční čínská medicína může doplnit moderní léčbu

Tradiční čínská medicína (TČM) se může stát vhodným doplňkem západní léčby a moderních medicínských postupů. Novinářům to řekl ministr zdravotnictví JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA (ČSSD) při příležitosti konání semináře o propojení západní a tradiční čínské medicíny. Akce proběhla 23. února v prostorách Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR a účastnili se jí experti z Číny a západních univerzit.

„Tradiční čínská medicína naši západní medicínu nenahradí, ale může být vhodným doplňkem a alternativou. Nevidím důvod, proč nenabídnout pacientům doplňkovou léčbu, která jim může ulevit nebo pomoci. Jsem velmi rád, že se konference na toto téma koná právě v České republice a že jsem jí mohl poskytnout svou záštitu. Jsou zde účastníci z nejprestižnějších světových univerzit, jako jsou Yale nebo Cambridge,“ uvedl ministr zdravotnictví. Podle něj je západní medicína „odosobněná a přetechnizovaná“ a čínská medicína do ní může vnést psychosomatický pohled. Mezi účastníky semináře byli uznávaní odborníci jako prof. Jean-Pierre Armand z Institutu pro výzkum rakoviny při univerzitě v Toulouse nebo Dr. Tai-Ping Fan z univerzity v Cambridge.

Tradiční čínskou medicínu začala již v Česku využívat královéhradecká fakultní nemocnice, jež má od října 2015 ambulanci s čínskými specialisty. Nabízí zde akupunkturu či bylinnou terapii. Ošetřena byla již té-

měř tisícovka pacientů. Zájem o alternativní léčebnou metodu je velký a čekací doba je několik měsíců. Nemocnice ve spolupráci s čínskou CEFC připravuje výstavbu kliniky tradiční čínské medicíny za téměř 300 milionů korun. Hradecká nemocnice měla podle slov jejího bývalého ředitele prof. MUDr. Romana Prymuly, CSC., pochybnosti o projektu. Nechala si proto vypracovat audit od partnerů z univerzity v Cambridge. „To, co je v Hradci Králové, není nic proti kvalitní vědě. Lze kombinovat čínskou medicínu s medicínou založenou na důkazech,“ uvedl zástupce univerzity v Cambridge Jan Růžička, který v minulosti působil jako šéf kabinetu exministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09).

Podle šéfa sněmovního zdravotního výboru prof. MUDr. Rostislava Vyzuly, Ph.D., (ANO) může čínská medicína například zmírnit agresivní vedlejší účinky náročné onkologické léčby. „Vždy jsem hledal nové cesty léčby, ať už ve výzkumu, anebo v nových metodách. Neříkám, že čínská medicína dokáže vylé-

čit rakovinu, jsou ale důkazy o tom, že dokáže dopady léčby zmírnit,“ uvedl profesor Vyzula, který působí přes 30 let jako onkolog.

„Hlavním cílem semináře je ukázat přidanou hodnotu tradiční čínské medicíny a zejména bezpečnost používaných metod. Aplikovány budou pouze ty medicínské metody, které jsou založené na důkazech. Celý systém musí mít jasný řád a být kontrolovatelný. Vítám, že se zde objevili špičkoví odborníci z celého světa – je třeba říci, že se touto medicínou zabývají, zkoumají ji a zkoušejí ji v klinické praxi,“ uvedl ministr Ludvík. Ministerstvo zdravotnictví se do budoucna chce zaměřit na případnou regulaci a nastavení přesnějších pravidel pro používání čínské medicíny. Stanovit by se mohlo například to, kdo ji může poskytovat a jaké produkty může používat. Hostem semináře bylo i mnoho odborníků na medicínské právo, kteří diskutovali o tom, jaká je optimální míra a podoba regulace poskytování tradiční čínské medicíny. (asa, mzčr)



Synergie mezi medicínou Západu a Východu

Dne 23. 2. 2017 se v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR za účasti zahraničních expertů uskutečnila konference "Synergie mezi západní a východní medicínou", kterou pořádalo Ministerstvo zdravotnictví ČR a Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR.

Konferenci slavnostně zahájili ministr zdravotnictví JUDr. Ing. Miroslav Ludvík, MBA, a prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc., předseda Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR. Oba zdůraznili úlohu a možné přínosy integrované medicíny v budoucím zdravotnictví.

Cílem akce bylo zbavit tradiční čínskou medicínu mýtů, které o ní v české odborné komunitě kolují. Pozvání přijali špičkoví profesori a odborníci z nejprestižnějších univerzit světa, namátkou můžeme jmenovat Yale, Cambridge, Paříž či Regensburg. V České republice je zvykem, že lidé, kteří toho mnoho neví ani o medicíně založené na důkazech, ani o vědě, se těmito pojmy velmi často zaštiťují a staví se do role jediných poučených mesiašů. A protože se jim odlišné názory nedaří vyvracet odborně, vedou alespoň různě degradující a diskreditující kampaně.

Zúčastnili se významní zahraniční vědci

Proto jsme pozvali takové osobnosti světové vědy, které pracují v oblasti tradiční čínské medicíny či na pomezí západní a tradiční medicíny, abychom umožnili konfrontaci s osobami, jejichž profesionální vědecký kredit je naprosto nepochybnitelný. Asi nejvýraznější osobností byl profesor Cheng z americké Yale, který se zabývá studiem antivirových léků proti virové hepatitidě B a C, HIV či viru Epstein-Baarové a který objevil a patentoval celosvětově významné preparáty Gancyclovir, Lamivudine, Clevudine a Emtricitabine, jehož publikační činnost čítá více než 450 odborných prací v časopisech s impact faktorem. V minulosti spolupracoval i s českým profesorem Holým. Prof. Cheng je významným celosvětovým propagátorem integrace západní a tradiční čínské medicíny.

Následoval vlastní odborný program, který se skládal z klíčových přednášek a tří diskusních kulatých

stolů. Profesor Tai-Ping Fan, PhD., vedoucí Laboratoře angiogeneze & TCM z Katedry farmakologie Univerzity v Cambridge, hovořil o přínosech a využití tradiční čínské medicíny v integrované medicíně. Následně pak prof. Yung-Chi Cheng, PhD., z Univerzity v Yale, Lékařské fakulty v New Haven, poukázal na možnosti vývoje nových potentních léčiv, které mohou vycházet z empirických zkušeností a které se mohou uplatnit v celosvětovém měřítku.

Analýza centra TCM v Hradci Králové

Konference pokračovala prezentací projektu Analýzy centra TCM v Hradci Králové, který vznikl na platformě spolupráce Fakultní nemocnice Hradec Králové s Univerzitou Cambridge. Výsledky prezentovali Dr. Jan Růžička a Mr. Jamie O'Mahony, MA, reprezentující Cambridge. Následovaly tzv. kulaté stoly, z nichž se ten první věnoval problematice modernizace tradiční čínské medicíny a možnými synergiemi. Diskusi moderoval prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., za Ministerstvo zdravotnictví. Panelisty pak byli Dr. Andreas Bender, PhD., z Centra pro molekulární Informatiku Katedry chemie Univerzity Cambridge, Dr. Mei Wang, PhD., vedoucí Centra pro tradiční čínskou medicínu a přírodní látky Leidenské university v Holandsku, prof. Atanas G. Atanasov, PhD., vedoucí Oddělení molekulární biologie z Vídeňské univerzity, prof. Ing. Kamil Kuča, Ph.D., rektor Univerzity Hradec Králové a doc. MUDr. Martin Vališ, Ph.D., přednosta Neurologické kliniky, Fakultní nemocnice Hradec Králové. Diskutovalo se o možnostech praktického využití metod tradiční čínské medicíny pro diagnostiku a terapii. Bylo jasně deklarováno, že tyto metody jistě nenahradí medicínu západní, mohou však být s výhodou využívány jako doplňkové.

Posluchače velmi zaujala přednáška prof. MUDr. Jeana-Pierra Armanda, PhD., reprezentujícího pařížskou

Sorbonnu, ve které popisoval výsledky své dlouholeté práce, při níž kombinoval biologickou terapii s herbálními produkty s cílem omezit nežádoucí komplikace léčby. V klinických studiích jednoznačně prokázal účinnost čtyřkombinace použitých bylinných preparátů při snížení nežádoucích doprovodných účinků (nauzea či zvracení a obecně chronické toxicity). Právě ty jsou v řadě případů důvodem pro ukončení terapie.

Druhý kulatý stůl se zabýval problematikou TCM jako vědy a TCM v klinické praxi založené na důkazech. Pod vedením prof. Tai-Ping Fana, PhD., diskutovali Dr. Liya Ju, M.D., PhD., z Paříže, která se specializuje na otázky veřejného zdravotnictví a nemocnic, prof. Olavi Pelkonen, PhD., z Univerzity v Oulu ve Finsku, Dr. Ning Wang, PhD., z lucemburského Institutu zdraví, prof. MUDr. Radek Spíšek, Ph.D., vedoucí vědecký pracovník ze Sotio a docent MUDr. Tomáš Fait, Ph.D., z Fakultní nemocnice v Motole. Byla představena řada praktických projektů, které jasně dokazovaly možnosti využití některých postupů či preparátů v klinické praxi a také konkrétní výsledky.

Problémy registrace bylinných preparátů

S poslední plenární přednáškou vystoupil prof. Gerhard Franz, PhD., z Univerzity Regensburg v Německu. Jako renomovaný farmaceut a farmakolog popisoval problémy registrace a používání čínských bylinných preparátů v Evropské unii. Podobné problematice, tedy legislativně a regulatorním otázkám, se věnoval i závěrečný kulatý stůl moderovaný Dr. Janem Růžičkou. Postupně vystoupili prof. Ryan Abbott, M.D., JD., z Právnícké fakulty Univerzity v Surrey ve Velké Británii, doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., místopředseda Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, Dr. Clara Lau, PhD., generální tajemnice GP-TCM Research Association, reprezentující současně i Čínskou univerzitu v Hong Kongu. Analyzovaly se otázky legislativního ukořtení tradiční čínské medicíny v jednotlivých zemích, ale i její místo a úloha optikou pacientů, odborné veřejnosti a oficiálních autorit.

Myslím si, že se podařilo navázat řadu nových kontaktů a rozvinout již ty existující. Partneři z prestižních světových univerzit jsou jistě zárukou, že na cestě očistit tradiční čínskou medicínu od mýtů a při aplikaci využitelných metod a prostředků v našich podmínkách „nezabloudíme“. Jak deklaroval profesor David Fan z Cambridgeského ústavu farmacie: „TCM opravdu není pouze čínskou záležitostí, ale věnují se jí i vědci a lékaři na prestižních západních univerzitách. Za sebe mohu říct, že se na spolupráci s kolegy v ČR těšíme, a doufám, že uděláme mnoho dobrého pro vědu i pro pacienty.“

Zájemci o konferenci zaplnili prakticky celé auditorium. Bohužel jsme postrádali významné odpůrce tradiční medicíny obecně, neboť právě na tomto fóru by se svými teoriemi tmářství, šarlatánství a „léčby kozími bobky“ asi neuspěli.

prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.,
naměstek ministra pro zdravotní péči, Ministerstvo zdravotnictví

Tradiční čínská medicína a její postavení v České republice

Zatímco běžní pacienti většinou TCM vítají jako určitou alternativu k existujícím diagnostickým, preventivním a terapeutickým postupům, odborná veřejnost má vztah velmi ambivalentní. Část naše aktivity vítá, jiná je striktně odmítá. V České republice narážíme na tvrdý a místy až hysterický odpor zejména u České lékařské komory. Hlavním argumentem odpůrců je, že otevíráme prostor šarlatánům, že TCM nefunguje, není založena na vědeckých důkazech a že jediný účinek je v podstatě placebo efekt. Pokouším se s těmito argumenty polemizovat, neboť ačkoliv se TCM jako lékař osobně nezabývám, jsem bytostně přesvědčen, že

má našim pacientům co nabídnout, ale významně záleží na odbornosti a erudici poskytovatele. Přestože jsou u nás tyto metody neoficiálně rozvíjeny řadu let, tváříme se, že neexistují a „pštroší syndrom“ je metoda, která se řadě autorit jeví správná. Pokud o něčem nebudeme mluvit, tak to vlastně neexistuje. Některým nevádí, že u nás existují stovky a možná i tisíce různých léčitelů, kteří často nemají prakticky žádné vzdělání a kteří mohou pacienta výrazně poškodit. Regulujeme naprostou většinu lidských činností, vkrádá se tedy intenzivní otázka, proč ne tuto, když se přímo dotýká lidského zdraví.

Ledvinová kalkulačka pomáhá odhalit jejich stav

Nový on-line diagnostický nástroj umožňuje lékařům vyhodnotit stav ledvin a usnadnit rozhodování, kdy pacienta odeslat ke specialistovi. Ocenit by jej mohli praktičtí lékaři, diabetologové či urologové, z jejichž ordinací se pacienti dostávají do nefrologických poraden a dialyzačních středisek.

Po úspěchu ledvinové kalkulačky pro laickou veřejnost, která má za dva roky fungování již 250 tisíc návštěv, vyvinuli odborníci stejně užitečný nástroj pro lékaře. Ledvinová kalkulačka pro lékaře je vytvořena na principu algoritmu, a proto se do systému zadávají výsledky laboratorních vyšetření, přičemž klíčová je hodnota sérového kreatininu, jehož zvýšení svědčí o zhoršené funkci ledvin. Po vyhodnocení dat jsou pacienti rozděleni do tří skupin. U velmi ohrožených lidí je doporučeno jejich odeslán k nefrologovi. Nový diagnostický nástroj byl testován několik měsíců a je volně dostupný na stránkách www.ledvinovakalkulacka.cz.

Přijít dřív, než ledviny selžou

„Důležité je, aby se pacienti k lékaři dostavili včas. Počet pacientů, kteří takzvaně přijdou z ulice a rovnou potřebují dialýzu, je totiž velmi vysoký. Nemůžeme pak efektivně zabránit nevratným škodám,“ vysvětluje MUDr. Vladimír Vojanec, primář dialyzačního střediska Na Bulovce. Ze statistiky České nefrologické společnosti vyplývá, že počet takovýchto pacientů stoupá. Oproti loňsku jich přibýlo 27 procent, ale ve srovnání s rokem 2012 je to až o 67 procent více. Včasná diagnóza přitom pomůže onemocnění ledvin vyléčit, nebo umožní alespoň kvalitní život s nemocí.

Poškozené ledviny však nebolí, a tak lidé nezdávka přicházejí až po jejich selhání. Bez dialýzy jsou totiž bezprostředně ohroženi na životě. „V těle dochází k hromadění jedovatých látek a rozvratu vnitřního prostředí. To má za následek poškození srdce, střev, plicnic, pohrudnice, mozku a nervového systému. Dochází také k poruchám srážení krve. V takovém stavu může pacient upadnout i do kómatu,“ doplňuje MUDr. Vladimír Vojanec. Ne vždy však onemocnění přichází plíživě. Někdy může dojít vlivem kombinace nežádoucích faktorů k akutnímu selhání ledvin. Ty mohou přechodně selhat i sportovci, který si po zátěžovém tréninku naordinuje na bolest nesteroidní analgetika. V takovém případě potřebuje nemocný dialýzu několik týdnů, než se jeho ledvinové funkce obnoví.

Obezita a onemocnění ledvin

Nová ledvinová kalkulačka byla představena u příležitosti 12. světového dne ledvin (9. března 2016), který upozornil na obezitu coby rizikový faktor onemocnění. „Obézní lidé mají dva- až sedmkrát vyšší předpoklady k chronickému selhání ledvin. U objemného člověka musí více pracovat – mluvíme pak o hyperfiltraci. Ta má kompenzační význam, ale v dlouhodobém horizontu funkci ledvin zhoršuje,“ vysvětluje souvislost MUDr. Vojanec. U osob s nej-



MUDr. Vojanec vyšetřuje Kláru Spilkovou

Foto: archiv B. Braun

těžším stupněm obezity jsou ledviny poškozovány přímo. U dalších pak přemíra tuku poškozuje ledviny nepřímo, neboť vyvolává diabetes mellitus a hypertenzi.

Sport a zdravé ledviny

Pravidelná fyzická zátěž má mnoho pozitivních účinků. Role ledvin v pohybové aktivitě je nesmírně důležitá. Přesto se i na vrcholové úrovni pohybují sportovci, kteří jsou po nefrektomii nebo transplantaci ledviny. Také pacienti s chronickou renální insuficiencí, kteří jsou až třikrát do týdne dialyzováni, mohou aktivně sportovat. Výběr pohybových aktivit je však třeba konzultovat s nefrologem nebo tělovýchovným lékařem. Extrémně rizikové při postižení ledvin je velké zvýšení krevního tlaku během zátěže nebo dehydratace.

Význam zdravého pohybu jako prevence obezity a onemocnění ledvin vyzdvihuje i profesionální golfistka a česká olympionička Klára Spilková, která se stala ambasadorem letošního Světového dne ledvin pořádaného společností B. Braun Avitum. V rámci prevence otevřela opět svá dialyzační střediska široké veřejnosti, aby si kdokoli bez objednání mohl nechat vyšetřit své ledviny. Za dobu existence společnosti jimi takto prošlo na 15 tisíc osob, přičemž pozitivní nálezy svědčící o poškození ledvin byl potvrzen u 17 procent z nich.

Trendem je individualizovaná léčba, která jde za pacientem

Určitou daní za pokrok v moderní léčbě civilizačních onemocnění je, že se pacienti dožívají komplikací chorob, mezi něž patří i chronické selhání ledvin. Moderní léčebné postupy současně umožňují, aby pacient obdržel léčbu na míru. V nefrologii stejně jako v jiných oborech platí, že včasný záchyt onemocnění dává šanci na lepší kvalitu života. Co je důležité pro správnou diagnózu a léčbu, jsme se zeptali MUDr. Vladimíra Vojance, vedoucího lékaře dialyzačního střediska Praha - Bulovka.

Myslí praktičtí lékaři dostatečně na onemocnění ledvin?

Problém nevidím ani tak v tom, že by na onemocnění nemysleli, spíš je třeba se dohodnout na určitých parametrech a hodnotách vyšetření, které by měly vést k odeslání pacienta do nefrologické ambulance. Nefrolog totiž lépe vyhodnotí jednotlivé odchylky, stanoví diagnózu a nastaví léčbu. Další sledování pak může probíhat opět v ordinaci praktického lékaře. Snížená funkce ledvin trápí mnoho pacientů, zejména se pak týká těch starších. Důležité je, aby byly jejich hodnoty správně interpretovány. Stejně tak je důležité nepřehlédnout onemocnění, které by mohlo funkci ledvin zhoršovat. Týká se to například hypertenze, kterou je třeba adekvátně léčit.

Stačí pro záchyt ledvinových onemocnění běžné preventivní prohlídky?

Ano. Jsou však rizikové skupiny pacientů, kde je třeba na vznikající onemocnění více myslet. Mezi rizikové faktory patří věk nad 50 let, hypertenze a diabetes mellitus. Na možné postižení ledvin pak ukazuje zvýšená hodnota

kreatininu a urey v krvi, dále přítomnost proteinurie či hematurie. Záchyt těchto parametrů by měl vždy vést k podrobnějšímu nefrologickému vyšetření, léčbě a sledování.

Uvádí se, že výskyt onemocnění ledvin stoupá. Hraje v tom roli stárnutí populace?

Samozřejmě, že se stárnutím populace přibývá civilizačních onemocnění. Díky moderní léčbě se pacienti s kompenzovaným diabetem či hypertenzí dožívají vyššího věku, ale také komplikací svých chorob, jako je právě chronické onemocnění ledvin.

Liší se přístup k nemocem ledvin u mladších jedinců a starých pacientů?

K pacientům přistupujeme vždy individuálně. Při výběru léčby zvažujeme kvalitu jejich života a přihlížíme k tomu, zda určitá zátěžová vyšetření budou mít přínos ve smyslu následné léčby a zlepšení stavu pacienta. Nemá smysl je provádět jen pro potvrzení diagnózy nebo proto, že to patří do obvyklého diagnostického postupu. V úvahu bereme také fakt, že starší senioři často užívá-

jí velké množství léků, a tedy není vždy vhodné léčit je intenzivně a přidávat jim další zatěžující farmaka.

Změnil se v posledních letech přístup k léčbě pacientů s chronickým onemocněním ledvin ve smyslu indikace k dialýze, transplantaci či konzervativní léčbě?

Zásadní kontraindikací dialýzy při selhání ledvin je odmítnutí ze strany pacienta a velmi pokročilé nádorové onemocnění. Při zvažování, kdy zahájit dialyzační léčbu u ostatních, zejména u starších pacientů, jsme v současnosti o něco konzervativnější než dříve. Při znalosti vývoje renálních parametrů pacienta často vyčkáváme, neboť studie ukazují, že konzervativní přístup, zahrnující dietní a farmakologická opatření, je srovnatelný s léčbou dialyzační. Výhodou jsou i dostupné léčebné postupy, jako je peritoneální dialýza, kterou lze provádět v domácím prostředí, nebo domácí hemodialýza. Trendem dialyzační léčby obecně je jít za pacientem. Podmínkou však je, aby nemocný dobře spolupracoval.

MUDr. Andrea Skálová

BRAUN
SHARING EXPERTISE



POHYBEM PRO ZDRAVÉ LEDVINY

Otestujte ledviny svých pacientů online
www.ledvinova-kalkulacka.cz



Klára Spilková

Světový den ledvin podporuje Klára Spilková, profesionální golfistka a česká olympionička

LEDVINOVÁ KALKULAČKA PRO LÉKAŘE

Zodpovězením několika otázek o svých pacientech pomůžete k prevenci, nebo ke včasnému zachycení nefrologických onemocnění.

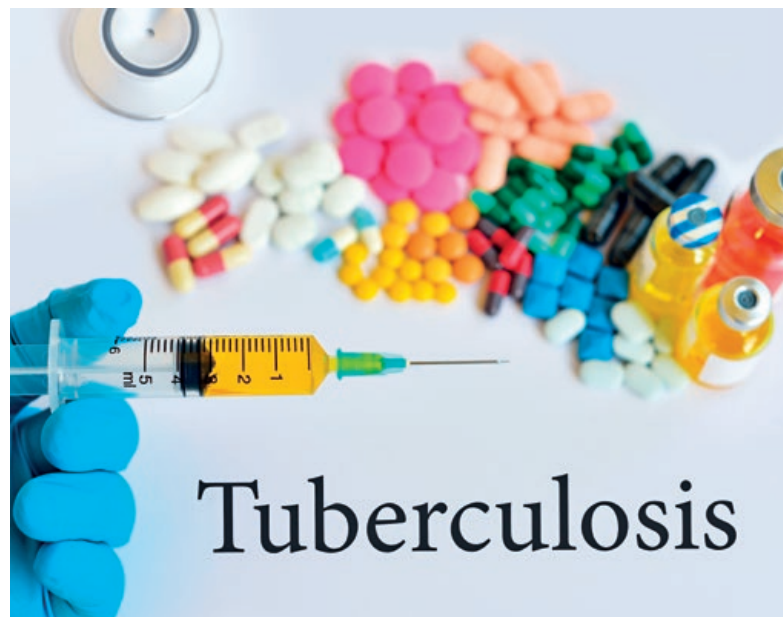
B. Braun Avitum s.r.o. | V Parku 2335/20 | 148 00 Praha 4
Tel. +420-271 091 911 | Fax +420-271 091 912
www.bbraun-avitum.cz | www.ledvinova-kalkulacka.cz

Novou léčbu TBC testují Lékaři bez hranic

Lékaři bez hranic ve spolupráci s dalšími zdravotnickými organizacemi zahájili významné klinické testy, jejichž cílem je přinést zcela nový způsob léčby nejtěžších forem tuberkulózy (TBC). Novou léčbu započal minulý týden první pacient v Gruzii.

Klinické testy jsou součástí projektu endTB (expand new drug markets for TB), jehož cílem je urychlit a rozšířit přístup k lepší a kratší léčbě rezistentních forem tuberkulózy. Projekt se zaměřuje na 15 zemí napříč třemi kontinenty. Do léčby chce zařadit zhruba 2600 pacientů s multirezistentní tuberkulózou. Do samotných klinických testů se zapojí na 750 pacientů napříč šesti zeměmi: Gruzii, Kazachstánem, Kyrgyzstánem, Lesothem, Peru a JAR.

Mezi rezistentní formy TBC patří multirezistentní tuberkulóza (MDR-TBC), odolná vůči antibiotikům první linie, anebo závažnější extenzivně rezistentní tuberkulóza (XDR-TBC), na kterou nezabírají ani antibiotika druhé linie. Svět v boji s těmito formami TBC pokulhává, ročně se přitom objeví půl milionu nových případů. Rezistentní formy TBC jsou stejně nakažlivé jako běžná tuberkulóza, jejich léčba je ale značně komplikovanější. O MDR-TBC a XDR-TBC se někdy mluví jako o „eboly s křídly“, úspěšnost léčby těchto forem TBC je totiž obdobná úspěšnosti léčby eboly, tuberkulóza se však na rozdíl od eboly šíří vzduchem.



Ilustrační foto: Shutterstock

Kratší bezinjekční léčba

Současná léčba multirezistentní tuberkulózy je dlouhá (trvá až 24 měsíců), neefektivní (úspěšnost vyléčení se pohybuje kolem 50 procent) a mnohdy má vážné vedlejší účinky včetně akutních psychóz či trvalé hluchoty. Pacienti musí po dobu měsíců každodenně snášet bolestivé injekce a během léčby spolykat až 14 tisíc prášků. Protože je léčba dlouhá a cenově nákladná, je v mnoha postižených zemích prakticky nedostupná. V rámci snahy vyřešit tento problém se ve třetí fázi klinických testů zkoušejí dva nové léky – bedaquilin a delamanid. Cílem je šetrnější a radikálně kratší (devítiměsíční) léčba multirezistentních forem TBC, která by se obešla bez injekcí. Nové léky budou v rámci experimentální terapie kombinovány s dosavadní léčbou, jako je klofazimine, linezolid, fluoroquinolones či pyrazinamide.

Klinické testy, které Lékaři bez hranic spolufinancují, těží z expertizy Lékařské fakulty Harvardovy univerzity, asociace Epicentre a Institutu tropické medicíny v Antverpách. Týmy, které klinické testy provádí, v jednotlivých zemích úzce spolupracují s ministerstvy zdravotnictví, národními programy pro léčbu tuberkulózy, WHO a etickými komisemi.

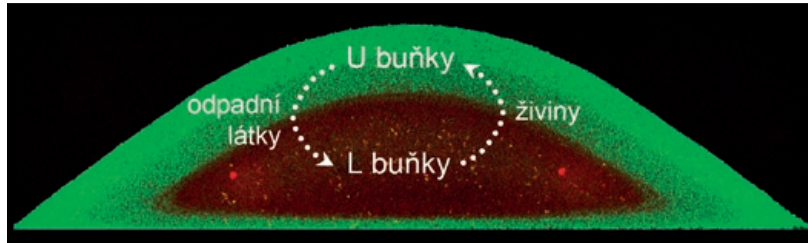
Zdroj: Lékaři bez hranic (red)

Kvasinková kolonie jako model pro studium vzniku nádorů?

Kvasinky. Lidstvo je využívá již odpradávná. Kdo z nás by nevěděl nic o výrobě piva a chleba? Bezспорu jsou pro člověka důležité, ale víme, co kvasinky jsou a co dokážou? Tradičně jsou kvasinky popisovány jako jednobuněčné houbové organismy. Ve vědě jsou často využívány jako modelové organismy pro studium základních procesů probíhajících v jednotlivých buňkách. Kvasinkové buňky však v přírodních podmínkách vytvářejí složité a organizované mnohobuněčné struktury, jakými jsou například biofilmy a kolonie. Existence v buněčných komunitách tvořících tyto struktury umožňuje kvasinkám lépe přežívat nepříznivé přírodní podmínky (například snížení množství dostupných živin, různé povětrnostní vlivy a vysychání). Navíc, tvorba a vývoj těchto struktur vyžaduje spuštění procesů, které jsou charakteristické pro mnohobuněčné organismy. Příkladem je buněčná diferenciace a komunikace mezi buňkami. Nedávno publikované výsledky dokonce poukázaly na paralely mezi procesy probíhajícími ve vyvíjející se kvasinkové kolonii a procesy týkajícími se tvorby nádorů.

Kvasinková kolonie je tedy složité organizované společenství buněk, které vzniká buď z jedné buňky (tzv. mikrokolonie) nebo z buněčné suspenze (tzv. obří kolonie) růstem na pevném médiu. Během růstu kolonií kvasinek *Saccharomyces cerevisiae* na respiračním médiu dochází ke změnám fyziologie kolonie a můžeme pozorovat dvě odlišné vývojové fáze spojené se změnou pH v okolí kolonie. Tyto fáze se střídají. Po průchodu první tzv. acidickou fází začíná kolonie produkovat a do okolí uvolňovat plyný amoniak, který vyvolá přechod do následné alkalické fáze. Plyný amoniak přitom funguje jako signální molekula, pomocí které kvasinkové kolonie synchronizují svůj růst a následný vývoj. Amoniak se rovněž účastní regulace výrazných změn morfologi kolonií v morfologii a metabolismu buněk, které přechod do alkalické fáze provázejí (Palková et al., 1997).

Velmi zajímavé je též vnitřní uspořádání kvasinkové kolonie. V rámci kolonie nedochází pouze k horizontální diferenciaci na vnitřní část, kde se nacházejí převážně nepučící buňky, a na vnější část (okraj) kolonie, kde probíhá buněčné dělení, díky němuž se kolonie rozrůstá a dostává se snáze k živinám v okolí. V kolonii můžeme také pozorovat výraznou vertikální diferenciaci. Při přechodu z acidické do alkalické fáze vývoje dochází uvnitř kolonie ke vzniku dvou výrazně se lišících buněčných subpopulací. Ve spodní části kolonie se nacházejí takzvané L buňky. Tyto buňky jsou menší (2–3 μm v průměru), mají velkou vakuolu a větší počet mitochondrií s dobře vyvinutými kristami. V horní části kolonie se nacházejí takzvané U buňky,



Obrázek 1: Kongokální mikroskopie vertikálního řezu diferencovanou kvasinkovou kolonií

Foto: Zdena Palková a Libuše Váchová

kteří jsou větší (přibližně 4 μm v průměru), mají několik menších vakuol, výrazné lipidické partikule a velké mitochondrie s redukovanými kristami. U a L buňky se neliší pouze na morfologické úrovni, ale také jejich metabolismus je zcela odlišný (Čáp et al., 2012).

U buňky jsou metabolicky aktivní buňky, které mají zapnuté některé dráhy regulované živinami (např. TORC1 dráhu), ale i některé dráhy adaptační (např. autofagii). U buňky mají aktivní metabolismus aminokyselin i vysokou vnitrobuněčnou hladinu aminokyselin (např. glutaminu) a produkují amoniak. Naopak U buňky snižují respiraci a mají některé znaky hladovějících buněk (např. hromadění zásobních látek jako je glykogen a trehalosa a aktivní autofagie). U buňky jsou celkově velmi životaschopné a odolné vůči různým stresovým faktorům. L buňky se naopak chovají jako buňky hladovějící (navzdory tomu, že se pozici nacházejí v blízkosti živin v médiu), mají respiračně aktivní mitochondrie a vyšší hladinu volných kyslíkových radikálů (ROS). Celkově jsou tyto buňky méně životaschopné než U buňky. L buňky rovněž aktivují různé degrační

procesy a uvolňují do svého okolí některé živiny, které jsou zřejmě následně spotřebovávány U buňkami (Čáp et al., 2012, 2015). Rozdíly v mitochondriích, respiraci a hladině ROS u U a L buněk hrají zřejmě roli při regulaci diferenciace U a L buněk prostřednictvím signální dráhy spouštěné mitochondriemi, tzv. RTC dráha (Podholová et al., 2016).

Z výše uvedených poznatků vyplývá, že mezi U a L buňkami diferencovaných kolonií dochází k výměně živin a odpadních látek způsobem, který je podobný výměně probíhající pomocí Coriho cyklu mezi nádorovými buňky a játry a výměně glutamin-amoniak popsané mezi nádorovými a svalovými buňkami. U buňky se navíc překvapivě v řadě svých charakteristik podobají buňkám pevných nádorů, u kterých se také často spouští tzv. aerobní glykolýza, využívají glutamin jako zdroj živin, produkují amoniak, mají aktivní autofagii a často snižují respiraci (více viz obrázek 2) (Čáp et al., 2012). Z tohoto pohledu, mohou být nová zjištění týkající se metabolických a především regulačních procesů probíhajících v kvasinkových koloniích diferencovaných na U a L buňky v budoucnu důležitá pro nalezení rolí podobných procesů a regulací u nádorových buněk i pro pochopení vztahu nádorových a zdravých buněk u savců.

Kvasinková kolonie, díky své mnohobuněčné komplexitě a výše popsaným jedinečným vlastnostem, může tedy sloužit jako model pro studium vývoje a interakcí morfologicky a metabolicky rozdílných buněčných subpopulací a díky studiu regulace dějů vedoucích k diferenciaci kolonie může v budoucnu podhalit některé nové aspekty vývoje nádorů. Výzkum diferenciace kvasinkových kolonií je kromě národní podpory (GAČR), podporován i mezinárodně v rámci programu Norských fondů.

Mgr. Vítězslav Plocek
a prof. RNDr. Zdena Palková, CSc.

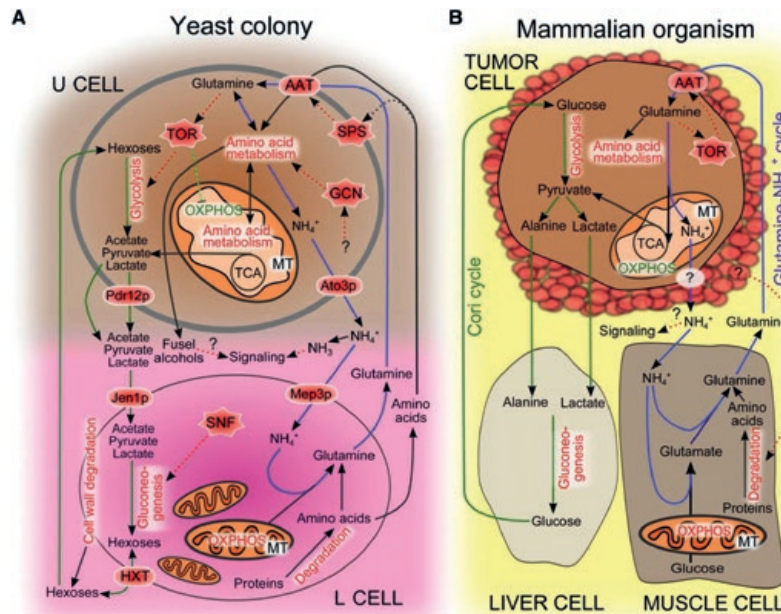
Citace:

Palková, Z., Janderová, B., Gabriel, J., Zikánová, B., Pospíšek, M., Forstová, J.: *Ammonia mediates communication between yeast colonies*; *Nature*. (1997) 390:532–6.

Čáp, M., Stěpánek, L., Harant, K., Váchová, L., Palková, Z.: *Cell differentiation within a yeast colony: metabolic and regulatory parallels with a tumor-affected organism*; *Mol Cell*. (2012) 46:436–48. doi: 10.1016/j.molcel.2012.04.001. Epub 2012 May 3.

Čáp, M., Váchová, L., Palková, Z.: *Longevity of U cells of differentiated yeast colonies grown on respiratory medium depends on active glycolysis*; *Cell Cycle*. (2015) 14(21):3488–97. doi: 10.1080/15384101.2015.1093706.

Podholová, K., Plocek, V., Rešetárová, S., Kučerová, H., Hlaváček, O., Váchová, L., Palková, Z.: *Divergent branches of mitochondrial signaling regulate specific genes and the viability of specialized cell types of differentiated yeast colonies*; *Oncotarget*. (2016) 7:15299–314. doi: 10.18632/oncotarget.8084.



Obrázek 2: Schéma metabolických a regulačních procesů v U a L buňkách diferencovaných kvasinkových kolonií a podobné procesy probíhající v nádorových buňkách a některých tkáních nádorem postiženého organismu

(převzato z časopisu *Molecular Cell*, Čáp et al. 2012, ©2012 se svolením Elsevier)

Cílená terapie u život ohrožujícího krvácení

V rámci IXX. kongresu *Colours of sepsis*, který tradičně proběhl v Ostravě, se konalo satelitní sympozium společnosti CSL Behring, s.r.o., na téma: *Život ohrožující krvácení – je cílená terapie jediná správná cesta?*

Účastníci sympozia si vyslechli příspěvky věnující se cílenému léčebnému přístupu u perioperačního krvácení, managementu poruch koagulace v klinické praxi a managementu léčby peripartálního krvácení z pohledu bezkrevní medicíny. Garantem odborného bloku byl prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM, z Kliniky anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny FZS Univerzity JEP a Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem.

Život ohrožující krvácení

Problematické život ohrožujícího krvácení (ŽOK) je v posledních měsících věnována zvýšená pozornost. Stav těžkého krvácení, mezi něž patří zejména masivní krvácení po traumatu, perioperační a peripartální krvácení, vyžadují rychlý, cílený zásah, na němž se podílí odborníci multioborového týmu. Téma na sebe poutá pozornost i z důvodu nedávno publikovaných nových doporučení pro management ŽOK. Vyzdvihuje se cílený a individualizovaný přístup k pacientovi, multidisciplinární spolupráce, organizace léčby, dále autoři apelují na využívání moderních viskoelastických metod v diagnostice poruch koagulace a upřesňují volbu podávání jednotlivých bezkrevních produktů, jako je kyselina tranexamová, fibrinogen či plazma.

Vedle následování doporučených postupů v managementu ŽOK upozorňují odborníci i na význam klinické zkušenosti každého odborníka. „Cílená terapie není jediná správná cesta, jak naznačuje název sympozia, neboť v medicíně neexistuje jediný způsob, jak situaci řešit,“ vysvětlil název akce profesor Černý.



Nepodávat plazmu vždy a všem

Důvody pro a proti plošné aplikaci masivního transfuzního protokolu 1:1:1 (MTP) a individualizovaného cíleného přístupu v managementu řešení poruch koagulace se zabýval doc. Dietmar Fries, MD, z oddělení intenzivní medicíny lékařské univerzity v Innsbrucku. Mezi výhody MTP patří přídatný objemový efekt, nevýhodou jsou pak zejména vedlejší účinky plazmy a časové zpoždění při podávání. Naopak k výhodám cílené terapie lze přiřadit vyšší účinnost, méně vedlejších účinků a posttransfuzních komplikací, nevýhodou je pak nutnost doplňovat léčbu krystaloidy či koloidy. Doc. Fries se zaměřil na výsledky studií, které sledovaly efekt čerstvě zmražené plazmy (FFP) v různých souborech pacientů se závažnou poruchou koagulace a život ohrožujícím krvácením. Plazma, jak uvedl, se využívá jako objemová náhrada (volumoterapie) od roku 1941, je však diskutabilní, zda je její podávání ve všech případech opodstatněné. V souladu s výsledky prezentovaných studií pak konstatoval, že hlavní indikací plazmy je nekontrolovatelné (masivní) krvácení, zatímco v případě volumoterapie a korekce laboratorních hodnot (úprava hemostázy) by měly být zváženy jiné postupy. V této souvislosti vyzdvihl doc. Fries především význam fibrinogenu.

Jak neutralizovat antikoagulační účinky

„Neodmyslitelnou součástí péče o pacienty s anamnézou proběhlé trombozy nebo s vysokým rizikem recidivy trombotické příhody se stala antitrombotická léčba. Její nepodání v daných indikacích na adekvátně dlouhou dobu je vnímáno jako postup non lege artis,“ uvedl v úvodu dalšího příspěvku MUDr. Jaromír Gumulec z Kliniky hematooonkologie LF OU a FN Olomouc. Antitrombotická léčba se stala běžnou součástí primární i sekundární prevence u pacientů s atriální fibrilací, po infarktu myokardu či cévní mozkové příhodě. Obávanou komplikací je možné krvácení, proto je nezbytné mít k dispozici antidotum rušící antikoagulační účinky. Totéž je nezbytné také v případech urgentních zákroků či plánovaných operací.

Nejčastěji užívaným antikoagulanciem je warfarin. Krvácení je primární komplikací a vyskytuje se až u 15 procent léčených pacientů. Účinek warfarinu lze zrušit vysazením léku, podáním vitamínu K, krevní plazmy nebo aplikací protrombinového komplexu. Mezi další užívané antikoagulační léky patří klopidogrel a nová antikoagulantia (NOAC) – dabigatran etexilát, rivaroxaban, apixaban, z nichž pouze první má schválené antidotum (idarucizumab).

MUDr. Gumulec se podrobněji věnoval možnostem neutralizace účinku jednotlivých antikoagulancií ve vztahu k závažnosti krvácení a prezentoval přehled potřebných laboratorních vyšetření pro zjištění závažnosti poruch koagulace.

Krvácení spojené s porodem

Peripartální krvácení je nejčastějším důvodem mateřských úmrtí. Jeho nejčastější příčinou je poporodní atonie či hypo-



Ilustrační foto: Zx Shutterstock

potonie dělohy. Právě dělohou protéká na konci gravidity až 15 procent objemu krve za minutu, k vykrvácení tedy může dojít během pěti až deseti minut. I zde je důležitá spolupráce odborného personálu. Na řešení této urgentní porodnické situace se podílejí vedle gynekologů zejména anesteziologové, intenzivisté a také hematologové.

Nad otázkou, jaký postup je zde nejvhodnější a zda se v praxi využívá, se zamýšlela MUDr. Dagmar Seidlová, Ph.D., z II. anesteziologicko-resuscitačního oddělení a KARIMLFMU a FN Brno. Připomenula rovněž, že to není tak dávno, co se peripartální krvácení řešilo hysterektomií s cílem zastavit krvácení. Náhrada krevní ztráty pak podáním transfuzí – postupem, který s sebou nese řadu rizik a možných komplikací. „Důsledkem radikálního chirurgického přístupu byla infertilita a psychosociální deprivace. Důsledky spojené s nežádoucími účinky krevní transfuze, jako jsou rizika infekce, neinfekční a imunologické komplikace, jsme však příliš nezvažovali. V první řadě nám šlo o záchranu života,“ vysvětlila MUDr. Seidlová. Nástup 21. století podle ní přinesl komplexní pohled na pacienta, přihlíží se k jeho lidským právům, svobodné vůli a kvalitě života. V rámci managementu ŽOK se do popředí dostává bezkrevní medicína. Jejím smyslem je minimalizace podaných, co nejbezpečnějších transfuzních přípravků a přizpůsobení terapie na míru celkovému stavu pacienta.

MUDr. Seidlová zdůraznila, že první multioborová česká doporučení pro léčbu PPH vznikla až v roce 2008 a o tři roky později byla podrobena revizi. Další přezkoumání právě probíhá. Pro nezbytnost jejich existence svědčí řada faktorů – obsáhlost odborných informací, nedostatek zkušeností s léčbou ŽOK, nevyhovující vybavení pracovišť či potřeba řešit vzniklou situaci v řádu minut. Každé porodnické pracoviště by nicméně mělo mít vypracovaný vlastní krizový plán a k dispozici krizový tým s definovanými rolami jednotlivých aktérů. V současné klinické praxi však stále existuje řada překážek bránících individuálnímu cílenému přístupu k rodičkám s ŽOK.

Neméně významnou roli v managementu peripartálního ŽOK hraje správný výběr transfuzních přípravků a krevních derivátů, jejich objem, poměrné zastoupení a pořadí, v kterém se podávají. MUDr. Seidlová se proto blíže věnovala indikacím jednotlivých přípravků (erytrocytární koncentrát, trombocyty, plazma, fibrinogen či kyselina tranexamová) ve vztahu k výsledkům hemokoagulačního vyšetření. Také ona upozornila na zásadní roli fibrinogenu u PPH. Jeho podání je indikováno při poklesu pod 2 g/l, je nutné mít jej bezprostředně k dispozici a podat ho co nejdříve v dostatečném množství (minimálně 3–4 g). K rychlému zjištění jeho hladiny lze využít diagnostiku pomocí TEG a ROTEM. Výhodou podání fibrinogenu je zejména jeho jednoduchost a bezpečnost.

MUDr. Andrea Skálová



Pozitiva a kontroverze enterální a parenterální výživy v onkologii

Přehledový článek uveřejněný v lednu 2016 v časopise *Annals of Palliative Medicine* kriticky hodnotí historický vývoj názorů na jednotlivé formy umělé výživy a hlouběji se věnuje využití, výhodám i nevýhodám u onkologicky nemocných.

V současnosti se v klinické praxi dostává do popředí přesvědčení, že enterální (EN) a parentální výživa (PN) nemají být v rámci péče o onkologického pacienta vnímány jako protichůdné přístupy. Aktuálně totiž nejsou k dispozici doporučení opírající se o principy medicíny založené na důkazech, která by umožnila vybrat optimální metodu umělé výživy u onkologicky nemocných, neboť vliv EN a PN na nutriční status těchto pacientů je zcela srovnatelný. Oba přístupy však mají svá pro a proti, jež je třeba u konkrétního nemocného zvážit.

Parenterální výživa

Evropské i americké guidelines doporučují zahájit EN, pokud je běžná strava zhodnocena jako nedostačující. PN by pak měla být indikována, pokud není EN vhodná nebo dostatečně účinná. U obou typů umělé výživy je možné za určitých okolností přistoupit k domácímu podávání. Bezpečnost domácí PN výrazně zvýšilo používání vícekomorových (tzv. all-in-one) vaků.

Komplikace PN je možné rozdělit do čtyř kategorií: metabolické, infekční, mechanické a psychologické. Metabolické komplikace, jako jsou poruchy elektrolytové rovnováhy nebo hyperglykemie, jsou obecně vzácné. Poruchy jaterních funkcí nebo metabolické kostní choroby související s dlouhodobým podáváním PN nejsou u onkologicky nemocných pozorovány. Vzácný je také realimentační syndrom.

Nejobávanější obtíží je vstup infekce do organismu prostřednictvím žilního portu. Souvisí s katétretem jako takovým, podobně jako mechanické komplikace (dislokace, okluze, trombotizace), a je do jisté míry preventabilní. Zavedení centrálního žilního vstupu na delší dobu je v onkologii při podávání chemoterapie již běžným postupem. Riziko infekce je minimalizováno, pokud jsou dodržovány správné postupy zavádění a ošetřování (antiseptická opatření, školení personálu a edukace pacientů) a pokud je pa-

cient pravidelně monitorován v domácím prostředí (např. specializovanou sestrou).

V nutriční podpoře onkologicky nemocných se rovněž uplatňuje kombinace perorálně podávané stravy a doplňkové parenterální výživy (SPN). Ta většinou doplňuje aminokyseliny a kalorický příjem na hodnoty, které zabraňují ztrátám hmotnosti a katabolismu proteinů. Obvykle se SPN podává tři- až šestkrát týdně a bylo popsáno, že tento přístup zvyšuje kvalitu života pacientů.

Enterální výživa

EN je podle guidelines preferovanou metodou u pacientů s funkčním zažívacím traktem, kteří však konzumaci běžné stravy nejsou schopni dosáhnout cílových nutričních hodnot. EN může být podávána nazogastrickou sondou (NGT) nebo perkutánní gastrostomií (PEG). V onkologii je volena především u pacientů s intenzivní postradiační mukozitidou nebo tam, kde tumor způsobuje obstrukci hltnu či jícnu. Typickými diagnózami jsou nádory hlavy a krku.

Komplikací EN mohou být gastrointestinální obtíže, mechanické závady a metabolické poruchy. Nauzea, předčasně nastupující sytost a zvracení jsou popisovány u 20 procent pacientů s EN. Příčinou je nejčastěji opožděné vyprazdňování žaludku. Řešením může být změna teploty nutriční směsi, snížení rychlosti přívodu nebo podání prokinetik. Pacienti s EN také často trpí průjemem (až v 63 procentech). Nejobávanější obtíží je aspirace EN, která může být život ohrožující, ať už v důsledku obstrukce dýchacích cest, nebo vznikem aspirační pneumonie. U PEG je rovněž zvýšené riziko vstupu infekce a onkologické onemocnění je v tomto případě rizikovým faktorem. Z mechanických komplikací se mohou vyskytovat problémy při zavádění a ucpávání katétru. U PEG vzniká častěji dysfagie. Metabolické poruchy jsou potom totožné jako u PN.

Závěry pro onkologickou praxi

Řada negativních názorů a hypotéz, které se objevily v počátcích umělé výživy nebo vyvstaly z nevhodného designu klinických studií, již byla vyvrácena nebo nejsou v onkologii relevantní. Nejdiskutovanější je jistě problematika hyperalimentace (overfeeding) a s ní související zvýšení morbidit a mortalit. V roce 2014 byla publikována studie zahrnující 2400 kriticky nemocných, která se zaměřila na srovnání EN a PN. Studie nenalezla žádné signifikantní rozdíly mezi PN a EN v průměrném počtu léčených infekčních komplikací, kalorickém příjmu a 30denní mortalitě.

Studie specifické pro onkologickou populaci přináší další informaci o tom, že krátkodobé podávání PN je účinnější než EN ve smyslu zvýšení tělesné hmotnosti, zlepšení dusíkové bilance a plazmatické koncentrace aminokyselin. Bylo také potvrzeno, že PN zvyšuje kvalitu života nemocných s pokročilými nádory a je rovněž účinnější a lépe tolerovaná než EN (pokud je krátkodobě nasazena pro gastrointestinální toxicitu onkologické léčby).

Umělá výživa a podpůrná nutriční terapie jsou nezbytnou součástí onkologické péče. Špatný stav výživy je spojen se zřetelně horší prognózou u pacientů. Vzhledem k tomu, že současné poznání neumožňuje jednoznačně identifikovat obecně nevhodnější formu umělé výživy pro onkologicky nemocné, je vždy třeba u každého pacienta učinit rozhodnutí „na míru“. To by měl provádět zdravotník se specializací v oblasti umělé výživy – podle symptomatologie, indexu zdatnosti, očekávané délky života a rovněž pacientových preferencí. V této souvislosti je zajímavé zjištění, že mají-li onkologicky nemocní možnost volby mezi EN a PN, pak 91 procent z nich volí PN.

(jam)

www.prolekare.cz

Zdroj:

Cotogni P. Enteral versus parenteral nutrition in cancer patients: evidences and controversies. *Ann Palliat Med* 2016; 5 (1): 42–49.

Probiotika v prevenci průjmů u dětí užívajících ATB

Antibiotika jsou u dětí často předepisovaným lékem. Jejich účinkem se ovšem mění mikrobiální rovnováha gastrointestinálního traktu.

Tento stav nezřídka vyústí v průjem asociovaný s užíváním antibiotik (AAD = antibiotic-associated diarrhea). A právě probiotika mohou být díky znovunastolení střevní mikrobiální rovnováhy účinná v prevenci AAD.

Co prokázala studie

V rámci metaanalýzy byl proveden průzkum řady databází obsahujících studie, abstrakta disertačních prací, příspěvků z konferencí a další možné zdroje (mj. *Medline*, *Embase*, *CENTRAL* či *CISCOM*). Vybrány byly randomizované kontrolované studie zabývající se incidencí průjmů u dětí ve věku 0–18 let, které užívaly antibiotika. Porovnávány byly skupiny pacientů užívajících pouze antibiotika, kombinaci antibiotik s probiotiky nebo s placebem anebo alternativní aktivní profylaxi.

Zvoleným kritériím vyhovovalo celkem 23 prací (zahrnujících 3938 účastníků). V těchto studiích pro-

běhla léčba probiotiky *Bacillus* spp., *Bifidobacterium* spp., *Clostridium butyricum*, *Lactobacillus* spp., *Leuconostoc cremoris*, *Saccharomyces* spp., *Streptococcus* spp. a to buď samostatně, nebo v kombinacích. Ve většině studií (11) byl užíván pouze jeden kmen probiotických bakterií, nicméně některé studie kombinovaly užívání i dvou (4 studie), tří (3 studie), čtyř (1 studie), sedmi (2 studie), nebo dokonce deseti různých kmenů probiotických bakterií (1 studie).

Je v jedné z 23 studií nebyl potvrzen benefit probiotik v prevenci AAD oproti placebo, jiné profylaxi nebo neléčení. Incidence AAD u pacientů s probiotiky činila osm procent (163 z 1992) v porovnání s 19 procenty v kontrolní skupině (364 z 1906). Žádná z 16 studií, ve kterých autoři dokumentovali nějaké vedlejší účinky, nepopisovala závažné nežádoucí účinky u pacientů s probiotiky. Ze široké plejády probiotik se zdálo být optimální pre-

venčí užití *Lactobacillus rhamnosus* nebo *Saccharomyces boulardii* v dávce 5–40 miliard CFU/den. Přestože se zdá, že probiotika jsou bezpečnou modalitou v prevenci průjmů asociovaných s antibiotickou terapií, platí to pouze u dětí jinak zdravých. U těch s poruchou imunity, jinak zdravotně kompromitovaných nebo u pacientů s dalšími rizikovými faktory (centrální žilní katétr apod.) se vyskytly některé závažné nežádoucí účinky. Proto by probiotika v těchto případech neměla být nasazována, dokud jejich užití u těchto pacientů nebude pečlivě prozkoumáno.

(boba)

www.prolekare.cz

Zdroj:

Goldenberg J. Z., Lytvyn L., Steurich J. et al. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 Dec 22; 12: CD004827.



Úspěchy české transplantologie

Koordináční středisko transplantací (KST) si letos připomíná 12. výročí zahájení alokací orgánů. Za tu dobu pracovníci KST alokovali více než osm tisíc orgánů a loni byl zaregistrován třítisící dárce na našem území.

U zrodu KST stál dnešní náměstek pro léčebně preventivní péči FN Motol MUDr. Martin Holcát, MBA, který říká: „Koordináční středisko transplantací v současnosti představuje respektovanou instituci, a to jak doma, tak i na mezinárodním poli. Účastní se řady projektů Evropské unie s cílem maximalizovat bezpečnost a kvalitu transplantací a zpřístupnit orgány v rámci mezinárodní spolupráce.“ U příležitosti výročí pak byla MUDr. Holcátovi slavnostně udělena zlatá plaketa KST za přínos v budování transplantačního programu v ČR.

Pokroky v transplantaci plic

V minulém roce provedli lékaři 808 transplantací orgánů. Celkem se jednalo o 262 zemřelých a 49 žijících dárců. Nejčastěji transplantovaným orgánem byly ledviny (458krát) a játra (179krát). Mezi další často transplantované orgány patřilo srdce či pankreas a tenké střevo. Rovněž proběhla první úspěšná transplantace dělohy od žijící dárkyně.

Výrazný pokrok v počtu provedených přenosů orgánů zaznamenala FN Motol. Konkrétně narostly transplantace plic. V 99 procentech případů se jednalo o oboustranné přenosy. Zatímco v období 2006–2013 prováděl motolský chirurgický tým asi 20 transplantací ročně, od roku 2014 jich je každoročně více než 30. „Pokud by se podařilo udržet současný rostoucí trend, mohl by letos počet dosáhnout hranice 40–50 odoperovaných pacientů a FN Motol by se zařadila mezi největší transplantační centra na světě,“ říká prof. MUDr. Robert Lischke, Ph.D., přednosta III. chirurgické kliniky 1. LF UK a FN Motol. Motolská nemocnice je jediným pracovištěm v České republice, kde se tento složitý zákrok provádí. Podílí se na něm 13členný multidisciplinární tým (chirurgové, intenzivisté, koordinátoři) a celý výkon se může protáhnout i na 20 hodin. Nejčas-

tějšími indikacemi pro transplantaci plic jsou plicní emfyzém, CHOPN, plicní hypertenze a plicní fibrózy.

FOEDUS pro mezinárodní výměnu

„Poměr dárců loni činil 25 na milion obyvatel, čímž jsme předstihli i některé vyspělé země, jako jsou Německo, Itálie či Švýcarsko,“ uvádí ředitel KST prof. MUDr. Miloš Adamec, CSc., a dodává: „Počet dárců sice stoupá, ale stále to nestačí, proto jsme rádi, že máme dárcovský program.“ I přes veškerou snahu se může stát, že pro darovaný orgán se na čekací listině nenajde vhodný příjemce, protože není shoda v krevní skupině, anebo v dalších důležitých parametrech.

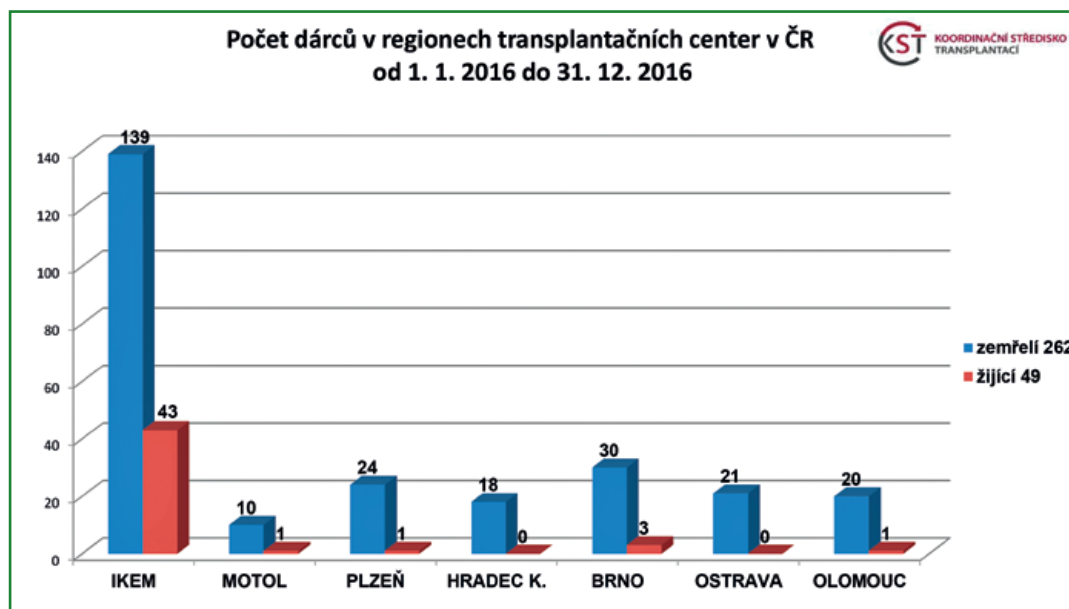
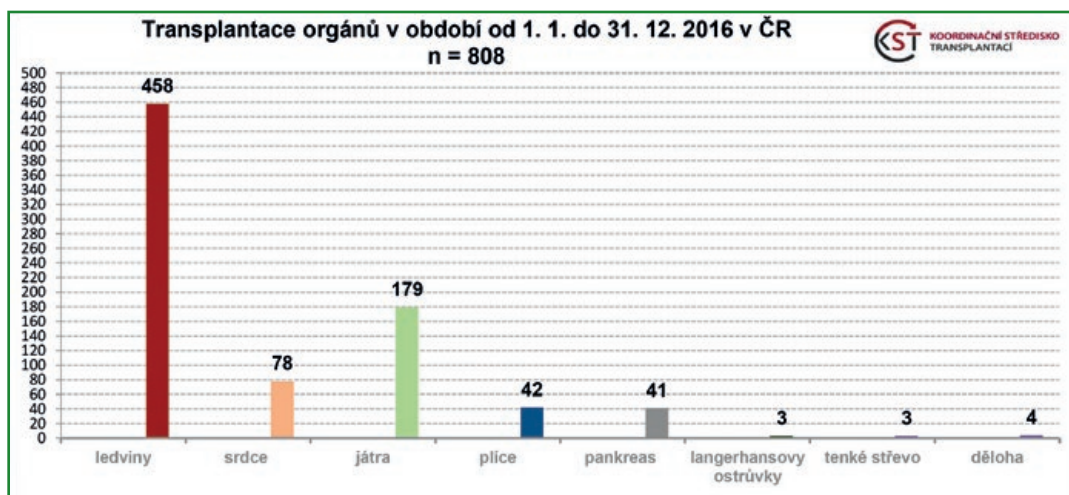
„K takové situaci občas dochází i v ostatních zemích, a to byl hlavní důvod pro vytvoření organizace FOEDUS, která slouží k zajištění mezinárodní výměny orgánů k transplantaci. Založena byla v loňském roce v Praze a za rok 2016 má na svém kontě 31 zachráněných životů,“ vysvětluje prezident organizace JUDr. Přemysl Frýda. FOEDUS zahrnuje 11 členských zemí s celkovou populací 320 milionů obyvatel. Není však sama, vedle



Miloš Adamec

Foto: archiv KST

ní existují ještě Eurotransplant (osm zemí) a Scandiantransplant (pět zemí). Spolupráce mezi nimi je možná, ale podle JUDr. Frýdy zatím velmi obtížná. (red)



Transplantační centra v ČR

V České republice se provádí transplantace srdce, plic, jater, ledvin, slinivky břišní, Langerhansových ostrůvků, tenkého střeva a dělohy.

IKEM Praha: transplantace srdce, jater, ledvin, slinivky břišní, Langerhansových ostrůvků, dělohy a tenkého střeva

FN Motol Praha: transplantace plic, srdce a ledviny pouze dětským příjemcům

Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie Brno: transplantace srdce, jater a ledvin

Urologická klinika FN Hradec Králové: transplantace ledvin

FN Plzeň: transplantace ledvin

FN Olomouc: transplantace ledvin

FN Ostrava: transplantace ledvin



Alectinib pro pacienty s ALK-pozitivním NSCLC

Evropská komise udělila podmíněnou registraci pro léčivý přípravek Alecensa (alectinib) indikovaný pro monoterapii pokročilého nemalobuněčného karcinomu plic (NSCLC) s pozitivní mutací ALK (anaplastická lymfomová kináza) u dospělých pacientů s progresí onemocnění po předchozí léčbě crizotinibem.

Každoročně je ALK-pozitivní NSCLC diagnostikován přibližně u 75 tisíc lidí po celém světě. U většiny z nich dojde do jednoho roku od zahájení léčby k rozvoji rezistence na podávaný lék, u 60 procent osob pak k progresi ve formě metastáz do centrálního nervového systému (CNS).

Podmíněná registrace alectinibu se opírá o data ze studií NP28673 a NP28761 fáze II, které ukázaly, že přípravek způsobuje zmenšení nádorů až u poloviny osob s pokročilým ALK-pozitivním NSCLC, u nichž onemocnění během léčby crizotinibem progredovalo. Studie dále prokázaly, že alectinib prodlužuje dobu života bez

progrese onemocnění (PFS) až o 8,9 měsíce. Souhrnná analýza dat těchto dvou studií také ukázala, že přípravek způsobil zmenšení nádoru v CNS, které bylo měřitelné u 64 procent pacientů a u 22 procent bylo dosaženo kompletní odpovědi nádoru v CNS.

Podmíněná registrace se uděluje léčivům, která splňují nepokrytou potřebu a kde výhoda okamžité dostupnosti převažuje nad riziky spojenými s menším množstvím dostupných dat, než se v obvyklých případech požaduje. Podmínky podmíněné registrace vyžadují, aby výrobce (společnost Roche) poskytl data z probíhající studie ALEX fáze III, která hodnotí účinek

Omluva

Omlouvám se prof. PhDr. RNDr. Heleně Haškovcové, CSc., za to, že jsem ve svém článku Ritualizované vs. institucionalizované umírání pohledem sestry lůžkového hospice (Zdravotnictví a medicína 2016: 4, str. 32) převzala část jejího textu, místo toho, abych ho převyprávěla, nebo prezentovala v uvozovkách.

Martina Chovanová

alectinibu v první linii léčby u dosud neléčených pacientů s ALK-pozitivním NSCLC a porovnává tento přípravek s crizotinibem. Výsledky studie ALEX se očekávají v první polovině roku 2017.

Nemalobuněčný karcinom plic představuje asi 85 procent všech případů rakoviny plic. ALK-pozitivní karcinom se vyskytuje přibližně u pěti procent pacientů s NSCLC a je častější u lehkých kuřáků či nekuřáků. Alectinib byl již registrován pro léčbu ALK-pozitivního rekurentního a neresekovatelného NSCLC v pokročilém stadiu v osmi zemích a je indikován u pacientů po selhání léčby crizotinibem.

Zdroj: Roche (akt)

Přínos síťovaného kopolymeru 2-hydroxyethylmethakrylátu v proktologii

K hojení ran a defektů kůže v oblasti konečníku se běžně používají čípky a masti s různými účinnými látkami. Nejširší uplatnění však mají ty, které neprostupují do organismu a které jsou tedy vhodné pro všechny skupiny pacientů.

Látka, která účinkuje na fisury, ragády i hemoroidy. Velmi účinné řešení proktologických problémů nabízejí prostředky na bázi síťovaného kopolymeru 2-hydroxyethylmethakrylátu s polymerně vázanými stíněnými aminoskupinami, které jsou vhodné na akutní i chronické rány. Indikovány tedy mohou být jak v případě análních fisur a ragád, tak i hemoroidů. Klinické zkoušky neprokázaly žádné vedlejší účinky, a proto mohou přípravky s touto látkou používat všechny věkové kategorie pacientů. Díky neprostupnosti do organismu je lze využít i u těhotných a kojících žen. Kontraindikací není ani další medikace.

Pro dosažení maximálního efektu se doporučuje aplikace čípků po stolici, aby účinná látka mohla působit co nejdéle. Je vhodné je kombinovat s gelem se stejnou

účinnou látkou, který se nanáší na špičku čípku, což umožní velmi snadné zavádění a zároveň se tak ošetří sliznice konečníku.

Bezpečnost potvrzena

Biokompatibilita, jež je jednou z hlavních podmínek pro bezpečné užívání zdravotnických prostředků, byla u hydrofilních polymerů na bázi 2-hydroxyethylmethakrylátu testována *in vitro* různými způsoby. Testy prokázaly nejen biokompatibilitu, ale také vhodnost aplikace na rány. Pokusy biokompatibility *in vitro* byly následně potvrzeny testy místní snášenlivosti na lidské pokožce.

Čípky zastaví krvácení a uleví od bolesti

Klinické zkoušky provedené v roce 2012 ve Fakultní

nemocnici Olomouc v proktologické ambulanci prokázaly, že přípravky s danou látkou mají u pacientů s análními fisurami pozitivní vliv na bolestivost i krvácení. Po dvou týdnech aplikace přípravku na bázi síťovaného kopolymeru 2-hydroxyethylmethakrylátu bylo u 71 procent sledovaných pacientů pozorováno zastavení krvácení.

Nemocní, kteří stejně dlouhou dobu používali placebo, žádné zlepšení krvácení nezaznamenali. U pacientů s hemoroidy byl během zkoušek zaznamenán pokles krvácení i bolestivosti, ale kvůli malému počtu subjektů v této skupině nebyly výsledky statisticky vyhodnoceny.

(pak)

Zdroj: www.hemagel.cz

Inzerce M171000043



Sociální služby
nejen v Evropě
2017

Z programu:

- Dlouhodobá péče v evropských zemích
- Sociální služby pro seniory a OZP v Nizozemsku
- Péče o seniory v Indii
- Sociální služby v Chorvatsku
- Systém sociálních služeb v Austrálii
- Péče o seniory v Turecku
- Sociální služby na Slovensku – aktuální výzvy



Jihomoravský kraj

Ledax
www.ledax.cz



Informace a přihlášení na www.apsscr.cz, menu „Konference & Kongresy & Semináře“



Původce syfilis nám ještě asi přichystá překvapení



Ilustrační foto: Shutterstock

Syfilis způsobuje bakterie *Treponema pallidum* a na účinnou vakcínu proti ní stále čekáme. **Profesor David Šmajs** z Biologického ústavu MU Brno se svým týmem spolupracoval se zahraničními kolegy na výzkumu, jenž odhalil skupinu kmenů bakterie, které jsou rezistentní vůči některým antibiotikům.

Jak dlouho vlastně na světě existuje choroba syfilis?

Původ onemocnění je stále zahalen tajemstvím. Často citovanou hypotézu, že ji do Evropy zavlekli Kolumbovi námořníci, však můžeme s vysokou pravděpodobností odmítnout. A to z několika hlavních důvodů. Za prvé dnes existují poměrně věrohodné důkazy o kosterních nálezech z předkolumbovské doby z různých míst Evropy se známkami typickými pro syfilis. Za druhé nové genetické výzkumy datují vývoj původce syfilis – na základě odhadů mutační rychlosti – na mnoho tisíc let do minulosti. A konečně za třetí bylo nedávno prokázáno, že existuje značná část afrických primátů a opic, které jsou infikovány bakterií velmi příbuznou původci syfilis.

To vše tedy spíše ukazuje na vývoj původce syfilis z bakterie infikující zvířecí předky člověka a postupný vývoj patogenních treponem až do podoby dnešního původce syfilis. To však nevylučuje, že Kolumbovi námořníci mohli z Nového světa přivést nějakou variantu původce onemocnění, která mohla zažehnout nebo urychlit vývoj původce syfilis do podoby, jak jej známe teď. Pro tuto variantu však zatím nejsou spolehlivé důkazy. Vzhledem k tomu, že se syfilis přenáší především pohlavním stykem, je také možné, že k rozvoji epidemie v 15. století přispěla relativně uvolněná atmosféra konce středověku.

Proč vlastně ještě nemáme vakcínu na syfilis?

Původce syfilis je velmi zvláštním mikroorganismem, který se od běžných bakteriálních patogenů výrazně liší. Jednak bakterii neumíme kultivovat za laboratorních podmínek, a pak se během infekce člověka stává původce syfilis téměř „neviditelným“ pro imunitní systém. Proto také neléčená infekce člověka trvá roky i desetiletí a původce syfilis se také často označuje jako „neviditelný patogen“ (stealth pathogen).

Základní podstatou této „neviditelnosti“ je naprosté minimum povrchových struktur (tj. proteinů na povrchu bakterie), které mohou vyvolat imunitní odpověď. To je konečně také podstatou toho, že stále nemáme k dispozici vakcínu proti syfilis. Nevíme, jak vybrat buněčné struktury patogenu, které by umožnily účinnou stimulaci imunitního systému člověka. Nepřítomnost proteinů v buněčném obalu má i své nevýhody, a to zejména málo efektivní mechanismy příjmu živin a biomolekul z okolního prostředí, což se promítlo do velmi pomalého růstu těchto bakterií. Doba nutná pro zdvojení bakterie je totiž srovnatelná či delší, než doba nezbytně nutná pro zdvojení rostoucích lidských buněk.

Spolupracoval jste se svým týmem na charakterizaci genomu bakterie. Kdo výzkum organizoval, jak dlouho trval a čeho bylo dosaženo?

Projekt, na kterém jsme spolupracovali, začal již v roce 2012, a do konce roku 2016 se na něm podílelo asi 30 autorů z mnoha států Evropy, Severní a Jižní Ameriky.



Je vůbec zajímavé pozorovat, kolik nových týmů studujících syfilis a příbuzné choroby se v Evropě za poslední desetiletí objevilo. Zapojení mnoha týmů z několika zemí umožnilo vyšetřit původce syfilis z velké části světa. Většinu projektu hradila švýcarská a německá strana a celkové náklady se vyšplhaly jistě na desítky milionů korun. Zásadním přínosem projektu bylo, že jsme ukázali, že lze získat sekvenci veškeré genetické informace původce syfilis přímo ze vzorků od pacientů a že není třeba bakterii komplikovaně pomnožovat v laboratorních zvířatech. To se podařilo zhruba u třiceti vzorků a umožnilo podrobně zmapovat místa v genomech treponem, která jsou variabilní a která jsou víceméně konstantní. Také to potvrdilo naše nedávné pozorování, že syfilis je ve světě způsobena dvěma odlišnými skupinami kmenů, mezi nimiž nejsou žádné „mezičlánky“.

Bakterie vyvolávající syfilis jsou rezistentní proti některým antibiotikům, kterými se nemoc léčí. Odkud jsou tyto kmeny, kde se vyskytují a proč právě v těchto místech?

Rezistence bakterií vyvolávající syfilis zatím není akutním problémem, treponemy jsou stále citlivé na penicilin. Za posledních několik desítek let ale narostla jejich rezistence na makrolidová antibiotika, která se k léčbě používala, na více než 90 procent, a to zejména v rozvinutém světě západní Evropy a USA. Naše země z tohoto pohledu jasně patří mezi rozvinuté evropské země. Oproti tomu v některých jiných, odlehlejších částech světa, například v Argentině, Madagaskaru nebo na severu Kanady, je výskyt rezistentních kmenů velmi nízký. Je přitom zajímavé, že rezistence na makrolidy vznikla v obou velkých skupinách syfilitických kmenů. A to hned několikrát nezávisle na sobě. To má velký význam z hlediska úspěšnosti programu na eradikaci yaws, který vyhlásila WHO na rok 2020. Yaws je onemocnění, jehož agens je velmi příbuzný původci syfilis a program eradikace, tedy úplného vy-

mýcení choroby, předpokládá použití perorálního azitromycinu (tj. makrolidového antibiotika). I když zatím nikdo nepozoroval původce yaws rezistentního na makrolidy, obáváme se na základě našich předchozích zkušeností s původcem syfilis, že je pouze otázkou času, kdy se objeví. To by tento antibiotický program mohlo výrazně zkomplikovat.

Jak výzkum pokračuje a kdy myslíte, že se dočkáme vakcíny na syfilis?

Dalším zásadním přínosem projektu bylo, že jsme zmapovali genomovou variabilitu původce syfilis na desítkách klinických izolátů. To umožnilo lépe pochopit, která místa jsou variabilní a která umožňují původci syfilis vyhnout se lidskému imunitnímu systému. Obě informace jsou důležité pro úspěšný návrh vakcíny proti syfilis. Účinnou očkovací látku totiž stále nemáme k dispozici, nicméně americký NIH (National Institute of Health) zařadil vývoj vakcíny proti syfilis mezi svoje priority a bude

podporovat projekty, které se tímto tématem budou zabývat. Z hlediska vývoje vakcíny jsme na začátku, ale máme již poměrně přesnou představu o tom, jaké proteiny jsou antigenní a do jaké míry, které geny jsou v bakterii aktivní a které geny jsou variabilní a na jakých místech, jak genetická variabilita koreluje s pravděpodobnou trojrozměrnou strukturou proteinů na povrchu bakterie a jak se navzájem liší mezi sebou kmeny původce syfilis, které nevedou ke zkřížené imunitě. Tohle všechno je potřeba vědět a brát v úvahu v možných úvahách o složení vakcíny proti syfilis. Z tohoto úhlu pohledu se zdá, že jsme vakcíně na dohled. Ale jak znám původce syfilis, připraví nám na této cestě ještě mnoho slepých uliček a nečekaných překvapení.

Jak dlouho se věnujete zkoumání původce syfilis a proč jste si vybral právě uvedené téma?

Naše laboratoř se tématem zabývá už mnoho let. Výběr vznikl víceméně náhodou. V době postdoktorandského pobytu jsem byl na pracovišti, kde byl sekvenován vůbec první genom původce syfilis. Vzhledem k jeho malé velikosti to byl jeden z vůbec prvních sekvenovaných genomů a právě kombinace relativně snadné genomické analýzy a absence kultivace in vitro (což znemožňuje provádět standardní genetické experimenty) otevřela po dlouhých desítkách let výzkumu syfilis nové možnosti studia. Inovativní přístup spočívá v analýze těchto bakterií na úrovni celého genomu. I pro ostatní nekultivovatelné bakterie tak vlastně vytváří celou novou „sadu nástrojů“, jak tyto organismy efektivně studovat. A to považuji za velmi atraktivní. Výzkum původce syfilis je tedy poměrně obtížný, ale právě proto nás nutí hledat nové cesty při jeho studiu.

(Práci prof. Davida Šmajse a jeho kolegů zveřejnil časopis *Nature Microbiology*)

Text a foto: Martin Ježek

Za fatální plicní infekci mohou geny

Brněnský biochemik **Jan Paleček** se podílí se na výzkumu geneticky podmíněného syndromu, který způsobuje smrtelné plicní infekce u dětí do jednoho roku.

„Jedná se o autosomální recesivní geneticky podmíněné onemocnění. Což znamená, že oba chromozomy malých pacientů obsahují mutaci genu, zároveň připomínám, že každá somatická buňka v našem těle má dvě kopie téhož genu. Rodiče těchto nemocných mají jednu kopii v pořádku a druhou zmutovanou. Takže jsou zdraví. Stejně tak jsou zdraví jejich děti, na které přenesl aspoň jeden z rodičů nemutovaný gen. Pouze čtyři dospělí diagnostikované děti, u kterých se sešly mutované chromozomy z obou rodičů, onemocněly a zemřely,“ vysvětluje docent doc. Mgr. Jan Paleček, Dr. rer. nat. z Národního centra pro výzkum biomolekul Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity v Brně.



Nefungující chromozomy

Buňky těchto dětí obsahovaly podle docenta Palečka mutaci genu NSMCE3, který je důležitý pro fungování komplexu SMCS/6 (SMC znamená Structural Maintenance of Chromosome). Mutace změní schopnost proteinu NSMCE3 správně se včlenit do SMCS/6 komplexu a výsledkem je špatně fungující a nestabilní komplex – množství komplexu je v buňce mnohem nižší v důsledku jeho nestability. Buňky se špatně pracujícím a nestabilním komplexem SMCS/6 mají i nesprávně fungující a nestabilní chromozomy, které jsou citlivější na poškození z vnějšku i zevnitř. „Pokud nefungují správně chromozomy v buňce, pak buňka strádá a není schopna správně vykonávat svoji roli v organismu člověka. Ukázalo se, že v případě NSMCE3 mutací jsou na tom špatně buňky imunitního systému a že jejich špatná funkce má za následek špatnou imunitní odpověď organismu nemocných. Proto pacienti kolem jednoho roku života si nebyli schopni poradit s plicními infekcemi, které jejich vrstevníci zvládli, a zemřeli,“ pokračuje Jan Paleček.

Náhoda a profesionalita

Na začátku výzkumu byla náhoda i vysoká profesionalita lékařů. V jedné holandské nemocnici v Utrechtu přijali dítě s plicními problémy. Malého pacienta se jim nepodařilo zachránit. Když se o několik let později stejný scénář opakoval i s jeho sourozencem, začali mít holandské lékaře podezření na geneticky podmíněný problém. „Klobouk dolů před nimi, protože si pamatovali a spojili dohromady dva stejné případy ze stejné rodiny. Takže na začátku to byl skutečně osud dvou sourozenců, zaujetí lékařů a možnost výzkumu s využitím nejmodernějších drahých technik,“ popisuje docent Paleček.

Výzkum v Holandsku tedy začal před více než pěti lety. A před třemi lety kontaktovali holandské lékaře britské spolupracovníky ze Sussex University, aby jim pomohli s analýzou buněk a jejich chromozomů. „Díky tomu, že jsem v letech 2002 až 2006 na Sussex University pracoval a znal jsem se s nimi velmi dobře, dohodli jsme se i na naší účasti v projektu. V té době jsme vyvinuli nástroje a publikovali výsledky, které se pro vý-

zkum mutací nalezených u holandských pacientů velice dobře hodily,“ říká docent Paleček.

Utrecht, Sussex, Brno

Výzkum byl tedy organizován holandskými lékaři, konkrétně jimi byli Dr. Saskia van der Crabben a prof. Gijs van Haaften. Ti pacienty zachytili, udělali veškerá potřebná vyšetření a odběry. „Zde je nutné podotknout, že čas pracoval rychle, děti totiž do dvou týdnů podlely plicními infekcemi. Oni však díky sekvenování nové generace (NGS) zjistili, že u pacientů je zmutovaný gen NSMCE3. Protože jsme se právě tímto genem zabývali, obrátili se Holanďané na prof. Alana Lehmana a on pak kontaktoval mě. Kolegové ze Sussex University analyzovali buněčné linie získané od pacientů a modelovali vliv mutace na protein. My jsme pomocí našich nástrojů analyzovali vliv mutace na protein experimentálně a ukázali jsme, že mutace poškodí schopnost proteinu NSMCE3 interagovat s jeho partnerem NSMCE4. Oba jsou přitom součástí komplexu SMCS/6. To má za následek vznik nekompletního a nestabilního komplexu SMCS/6 v buňkách pacientů,“ doplňuje Jan Paleček.

Nutnost doplnění dat

Získaná data chtěli badatelé publikovat v odborném tisku. Časopis ale studii v tomto stadiu výzkumu odmítl s argumentem, že dva pacienti nestačí. Vydavatelství požadovalo další důkazy, že mezi NSMCE3 mutací a zdravotními problémy pacientů je přímá spojitost. „Díky americké databázi mutací spojených s lidskými onemocněními našli holandské kolegové další dva obdobné případy v USA. Američtí lékaři z Baylor College of Medicine – obdobným způsobem a nezávisle na Holanďanech – zachytili dvě děti z jedné americké rodiny, které měly srovnatelné zdravotní problémy a které zemřely na plicní infekce. Opět se ukázalo, že děti měly mutace v NSMCE3 genu. Jednu stejnou mutaci jako holandské děti a druhou mutaci ještě horší, jak se vyjevilo z analýzy. I v tomto případě jsme pomocí našich nástrojů experimentálně zjistili, že mutovaný protein NSMCE3 ztrácí schopnost interagovat se svými

partnery. Mutace byla horší a narušila interakci nejenom s NSMCE4, ale i s NSMCE1 partnerem,“ popisuje docent Paleček. Poté, co byla do článku přidána data o amerických pacientech a analýza škodlivější mutace, byl článek již bez problému přijat.

Mnoho otázníků

Vzhledem k tomu, že se jedná o geneticky podmíněnou chorobu, mohou být pacienti plně vyléčení jedině „nápravou“ mutace, což zatím nepřipadá v úvahu. V případě amerických dětí byly jednomu z nich transplantovány plíce, což mu prodloužilo život o více než rok. „Z hlediska dnešních poznatků o této nemoci a existujících terapeutických metod se jeví transplantace kostní dřeně jako nejlepší způsob, jak těmto pacientům zlepšit imunitu. Buňky imunitního systému od dárců kostní dřeně jim pomohou s nedostatečnou vlastní imunitou zapříčiněnou NSMCE3 mutací. V tuto chvíli ale nevíme, o kolik let (a jak moc) terapeutický postup pacientům život prodloužil. Komplex SMCS/6 je totiž zatím málo prozkoumat. A nevíme, co všechno mutace NSMCE3 genu/proteinu způsobí, jaký bude například další vývoj dítěte, jaké bude riziko vzniku rakoviny,“ zamýšlí se Jan Paleček.

Hledají české pacienty

K plnému pochopení funkce SMCS/6 komplexu a jeho podjednotek (jako je NSMCE3) je tedy třeba ještě mnohaletého výzkumu. To, co víme dnes, je výsledkem práce mnoha výzkumných skupin, zabývajících se tímto komplexem více než dvacet let (docent Jan Paleček ho například zkoumá už patnáct let). „Již v rámci své diplomové práce jsem se zajímal o strukturu chromozomů. Od roku 2002 se věnuji právě SMCS/6 komplexu, který hraje významnou roli v utváření a zachování struktury chromozomů. Začal jsem v roce 2002 na Sussex University u prof. Lehmana, teď vedu vlastní skupinu Strukturních proteinů eukaryotických chromozomů. Tímto komplexem se zabýváme, protože je velice zajímavý z hlediska architektury, jde o příklad krásného nanostroje. Svůj význam má i z hlediska funkce. A jak vidno z nově objeveného onemocnění, je důležitý pro chromozomy, pro buňky a pro zdraví člověka. O SMCS/6 komplexu skutečně víme málo. V naší laboratoři se snažíme pochopit, jak je poskládaný dohromady a co takto sestavený komplex dělá uvnitř buňky na molekulární i buněčné úrovni,“ přibližuje Jan Paleček.

Z hlediska mutací NSMCE3 podjednotky se tým docenta Palečka snaží najít pacienty v České republice. „Zajímá nás, zda jsou u nás rodiny s výše popsány, anebo zcela odlišnými mutacemi. Pokud se ukáže, že existují i jiné mutace než ty dvě dosud objevené, tak se budeme snažit analyzovat i jejich dopad na funkci komplexu SMCS/6,“ plánuje docent Jan Paleček.

Text a foto: Martin Ježek

Homeopatie může ulevit od symptomů alergie

Alergických reakcí každoročně přibývá, zejména u dětských pacientů. Aktuálně také probíhá sezona jarních pylů, v řadě případů může od symptomů ulevit homeopatická léčba.

„Ve své ambulanci zaznamenávám rostoucí zájem o homeopatickou léčbu, jež je šetrná a účinná,“ říká MUDr. Eva Kettmannová, která působí jako alergoložka a klinická imunoložka v Brně, a dodává: „Homeopatické léky nejsou toxické, nemají nežádoucí účinky a jsou vhodné pro všechny věkové kategorie, lze je rovněž doporučit i těhotným nebo kojícím ženám. Velkou výhodou je i to, že se dají v případě potřeby kombinovat s léky klasickými, které pak mnohdy stačí podávat v menším množství.“

Preventivní léčba je nejlepší

„V případě alergie na pyly je optimální začít s léčbou před začátkem pylové sezony, aby byl organismus lépe připraven. Včasné nasazení léčby zvyšuje totiž její efekt. Nicméně je možné začít i kdykoli během pylové sezony. Délka léčby je individuální, záleží na konkrétním pacientovi a intenzitě obtíží, kterou by měl zhodnout zkušený homeopat,“ vysvětluje MUDr. Renata Sikyťová. Homeopatická samoléčba je podle ní vhodná u lehkých, nekomplikovaných nosních a očních projevů. Pokud jsou projevy intenzivnější, pacient se cítí celkově unavený, potíže doprovází zvýšená teplota,

kašel nebo dechové obtíže, je vždy potřeba osobní konzultace.

Základním lékem pro homeopatickou léčbu pylové alergie je Poumon histamine 15 C. Tento lék zmírňuje až zcela zastavuje alergickou reakci. Dále se užívají léky zaměřené na toleranci pylových alergenů, jako je Pollens 15 C, na alergickou rýmu pak pomáhá Allium cepa 9 C, na oční potíže Euphrasia officinalis 9 C. Homeopatika pomáhají také při častém alergickém projevu, jakým je kopřivka. Zde se uplatňují například léky Apis mellifica či Urtica urens.

Léčí se symptomy i „celý pacient“

Homeopatické léky se indikují individuálně „V homeopatii neplatí princip diagnóza - lék. Konkrétní lék se indikuje podle symptomů, takže například Euphrasii lze využít jak u alergické, tak u infekční rýmy, jsou-li obdobné příznaky“, vysvětluje MUDr. Kettmannová. Homeopatie obecně podporuje obranné reakce organismu. Pomocí homeopatické léčby lze pozitivně ovlivňovat například i zánět u asthma bronchiale nebo potravinové alergie, zde je však potřebná konzultace s homeopatem a znalost podrobnější anamnézy pacienta.



Ilustrační foto: Shutterstock

Odhálí se psychosomatické souvislosti

„Důležité je, aby pacient s lékařem spolupracoval. Když získá k homeopatu důvěru, začne více vnímat své tělo a často i odhalovat psychosomatické kontexty své nemoci,“ uvádí dál Eva Kettmannová. Podle ní u každého alergického pacienta sehrává psychika velice důležitou roli a k celostní práci s pacientem patří i uvědomění si souvislostí. Když má dítě úporný ekzém, pak by měl lékař nebo terapeut pátrat po tom, co se děje v rodině. Jaká potřeba dítěte není naplněna - potřebuje víc pohladit, žárlí na sourozence nebo svým onemocněním udržuje nefunkční vztah rodičů pohromadě? V případě ekzému u mladého dospělého může sehrávat roli pocit, že je nedoceněn či přehlížen od okolí. Projevy dušnosti u astmatu může vyvolat nebo zhoršovat strach, stresová situace, ale může také souviset s dlouhodobým pocitem omezení svobody. Lidově se říká, že něco nebo někdo člověka dusí. U dětí to často bývá úzkostný rodič. MUDr. Andrea Skálová

Koloproktologie – obor na vzestupu

Ve dnech 8.–10. února 2017 proběhly v Praze Pracovní dny koloproktologické sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP. Tématem letošního setkání byla miniinvazivita, technika a nová řešení.

Koloproktologie je významná chirurgická specializace, které se dostává stále větší pozornosti. Náplní oboru je diagnostika a operační i neoperační léčba onemocnění střeva, především tlustého, konečníku a rekta. Důvodem zvyšující se pozornosti je narůstající incidence střevních onemocnění, ale také nové léčebné možnosti.

Nejčastějšími chorobami, které do oboru patří, jsou kolorektální karcinom, divertikulární choroba tlustého střeva, nespecifické záněty střeva, hemoroidy, abscesy, píštěle a také funkční poruchy (např. poruchy střevní motility nebo fekální inkontinence). Incidenci onemocnění dokážeme zatím ovlivnit jen částečně nebo málo. Lepší výsledky léčby, vyjádřené snížením počtu komplikací, prodloužením dlouhodobého přežití a zlepšením kvality života, vypovídají o narůstajících znalostech průběhu a léčby koloproktologických afekcí, o pokroku v technických možnostech diagnostiky a léčby, o zavedení nových či zdokonalení dřívějších operačních technik a přístupů, stejně jako o schopnosti nové poznatky kriticky hodnotit a uvádět do praxe.

Workshop a odborný program

Odborný program pracovních dnů se rozčlenil do dvou částí. Součástí prvního dne workshopu byl kurs EAES. Pod vedením odborníků (L. Martínek, M. Šoltés, J. Hoch, J. Dostalík, M. Škrovina, J. Őrhalmi) byli účastníci seznámeni s laparoskopickou operační technikou v kolorektální chirurgii a možnostmi robotické chirurgie rekta. Zájemci si mohli na trenážérech vyzkoušet laparoskopickou suturu, uzlení, intraabdominální střevní anastomózu, laparoskopické miniinstrumentarium či TEO. Kurs proběhl ve FN Motol, s podporou firem Karl Storz a Radix CZ.

Další dva dny byly zaměřeny na širokou koloproktologickou problematiku. Přednášky zahrnovaly témata jako řešení fekální inkontinence, anastomózy, onkochirurgickou problematiku, funkční poruchy, patologické stavy, následky operace a perioperační péči. V rámci videosekce pak účastníci zhlédli záznamy z laparoskopických a robotických operací. Lékaři



Š. Svačina, F. Antoš, M. Lízlerová a J. Hoch.

Foto: archiv MF

diskutovali i nad otázkami úhrad zdravotních výkonů, předatestační přípravy a perspektiv mladých chirurgů. Součástí setkání bylo také sympozium Ethicon J&J, které prezentovalo inovace ve staplerové technice, a nechyběl ani křest nové publikace Koloproktologie – vybrané kapitoly, autorského kolektivu Jiří Hoch, František Antoš a kol. Kniha, na jejímž vzniku se podílelo více než 60 autorů, vyšla v edici Postgraduální medicína vydavatelství Mladá fronta.

Pracovní dny se konaly pod záštitou předsedy České lékařské společnosti J. E. Purkyně prof. MUDr. Štěpána Svačiny, DrSc. Garantem odborného programu se stal přednosta Chirurgické kliniky 2. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc. Organizátorem byla divize Medical Services, nakladatelství Mladá fronta, a.s.

(red)



Vyšetření plodnosti i u párů, které dítě odkládají

Odborníci na asistovanou reprodukci doporučují preventivní vyšetření fertility u mladých mužů a žen (například s dovršením dospělosti), kteří by tak získali základní informaci o vlastní schopnosti reprodukce.

„Obecné doporučení pro ženy, které nechtějí řešit problémy s poruchou plodnosti, je otěhotnět do 35 let. Současná reprodukční medicína umožňuje mužům, ale především ženám vyšetření jejich současné a budoucí plodnosti, které může být důvodem k aktivnímu přístupu. Včasná diagnostika v případě zjištěné poruchy je důvodem ke snaze o rychlé otěhotnění, případně důvodem k zamražení spermií či vajíček pro jejich možné

pozdější použití, pokud by v budoucnu nastal problém s početím,“ upozornil vedoucí lékař Sanatorium Pronatal **doc. MUDr. Tonko Mardešić, CSc.**

Bio-sociologický rozpor

Dále připomněl současný trend, kdy jsme svědky nebývalých změn v reprodukčním chování populace. „Ve všech hospodářsky rozvinutých zemích (včetně ČR) odkládají ženy těhotenství do stále pozdějšího věku a jejich průměrný věk při porodu se stále zvyšuje – v ČR v roce 2015 poprvé průměrný věk rodiček přesáhl hranici 30 let. Tento trend vytváří zásadní rozpor mezi optimální dobou k otěhotnění z hlediska biologického a z hlediska socio-ekonomického. Věk ženy je totiž zásadní prognostický faktor pro úspěšné otěhotnění i pro případnou úspěšnou léčbu poruchu plodnosti,“ dodal Tonko Mardešić.

Zvyšující věk prvorodiček

Nejvyšší plodnost je ve věku 20-25 let, poté plodnost u ženy pomalu klesá do věku 35 let, po 35 roce věku se plodnost výrazně zhoršuje a otěhotnět po 40 je pro většinu žen již velký problém. „Vliv věku muže na plodnost páru je zásadně menší, než vliv věku ženy. Je



Foto: archiv MF

však pravda, že věk biologický nemusí jít ruku v ruce s věkem reprodukčním. Základní posouzení plodnosti muže je velmi jednoduché na základě vyšetření spermiogramu. Také u žen existuje v současné době řada možností, jak posoudit nejenom současnou plodnost, ale i to, zdali má žena na těhotenství ještě čas či zda další otálení může být rizikové a měla by graviditu začít plánovat co nejdříve,“ uzavírá specialista na umělé oplodnění. (red)



Ilustrační foto: Shutterstock

ANDROS A

VZDĚLÁVÁNÍ A PERSONÁLNÍ PORADENSTVÍ

Inzerce ▶ M17000191

Sekce pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy při ČNS, ČLS JEP
Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP
pořádají

IX. sympozium o léčbě bolesti

s mezinárodní účastí

21. - 22. dubna 2017

Hotel Voroněž I, Křížkovského 47, Brno

Hlavní témata:

1. Chronická migréna
2. Komorbidity migrény
3. Atypické bolesti hlavy - kazuistiky
4. Úskalí farmakoterapie u bolestí hlavy
5. Intervenční techniky u bolestí hlavy
6. Orofaciální bolest
7. Novinky v léčbě neuropatické bolesti
8. Novinky ve farmakoterapii bolesti
9. Varia



Registrační on-line formulář k aktivní i pasivní účasti a formulář k odesílání abstrakt včetně informací o platbách a ubytování naleznete na webových stránkách www.ta-service.cz/bolest2017

Organizační sekretariát:

TA-SERVICE s.r.o.

Hlinky 48, 603 00 Brno
Tel. +420 543 211 134

Kontakt: Bc. Zdeňka Šturalová,
Bc. Lenka Hladká, Mgr. Ivana Tarabová
E-mail: sturalova@ta-service.cz,
conference@ta-service.cz

www.ta-service.cz

www.ta-service.cz/bolest2017

Alzheimer Europe

může pomoci v řešení problému demence

*Problematika demencí a Alzheimerovy nemoci se stává jednou z evropských zdravotně politických priorit. Významnou roli v oblasti zvyšování povědomí o demenci a vytváření evropské platformy pro spolupráci mezi alzheimerovskými společnostmi má organizace Alzheimer Europe. Od loňského října se její předsedkyní stala **doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.**, ředitelka Gerontologického centra v Praze a předsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP.*

Můžete organizaci blíže představit?

Alzheimer Europe je evropskou asociací alzheimerovských společností a sdružuje 37 subjektů z 32 zemí. Zpravidla je každá země zastoupena jednou společností, která má v dané zemi celostátní působnost. Existují však výjimky – z Velké Británie jsou členy jak Alzheimer's Society, která reprezentuje Anglii a Wales, tak Alzheimer Scotland. Obě to jsou velmi velké a významné organizace, které společně pokrývají území Spojeného království. V Itálii, Španělsku a Švédsku máme také dvě členské organizace. Kromě řádných členů má Alzheimer Europe ještě přidružené organizace, které jsou nové a o členství se ucházejí, avšak zatím nesplňují potřebné podmínky. Jedná se o Bosnu a Hercegovinu, Albánii, Maďarsko a Bulharsko. Českou republiku zastupuje Česká alzheimerovská společnost, která je velmi aktivní v různých iniciativách či pracovních skupinách.

Co přináší české geriatry spolupráce s Alzheimer Europe?

S Alzheimer Europe spolupracujeme řadu let. Českou alzheimerovskou společnost jsme založili v roce 1997 a bezprostředně poté se začlenila do evropské asociace. Jako bývalá předsedkyně České alzheimerovské společnosti jsem měla možnost sledovat rozvoj evropské organizace. Alzheimer Europe nám zprostředkovává kontakt s alzheimerovskými společnostmi v Evropě, takže jsme mohli využít jejich zkušeností a setkávat se na výročních konferencích.

Již v roce 2004 jsme v Praze uspořádali mezinárodní konferenci Alzheimer Europe, jejímž mottem bylo „From Understanding to Solutions“ (Od porozumění k řešení). Myslím, že se jedná o motto, které je stále aktuální, i když v současné době většina lidí chápe, co se pod pojmem demence a Alzheimerova nemoc skrývá, a existuje také daleko více řešení, jak usnadnit a zlepšit život lidem žijícím s demencí i jejich rodinám.

Spolupráce geriatrických a alzheimerovských společností je podle mého názoru velmi důležitá. Demence je totiž jedním z významných geriatrických syndromů a myslím si, že současné politické uznání problematiky demence je dobrým směrem, jak se věnovat také jiným závažným geriatrickým syndromům. Pro většinu z nich totiž platí, že s vyšším věkem přicházejí častěji, ale nemusí postihnout každého staršího člověka. Naopak. Měli by setrvat co nejdéle v dobrém zdravotním stavu a s dobrou kvalitou života. A o to se snaží právě geriatry.

Jak se vám spolupracuje s kolegy ze zahraničí?

Pod vedením Jeana Georsege pracoval sekretariát Alzheimer Europe od samého počátku profesionálně a přátelsky. V současné době má organizace vysoce kvalitní tým zahrnující nejen administrativní a projektové specialisty, ale také vědecké spolupracovníky (Dianne Gove, Ana Diaz a další), dále odborníky na public relations (Vanessa Chaliner) či editory informačních materiálů (Kate Ellis).



Foto: archiv MF

Za velice inspirující považují také spolupráci s Evropskou pracovní skupinou lidí s demencí. Jsou to moudří lidé, bez jejichž zkušeností a vhledu do problematiky bychom mnohé postrádali. Toto ukotvení je podle mého názoru stejně důležité jako spolupráce s vědeckou skupinou INTERDEM, která zase garantuje odbornou kvalitu konferencí a další vědeckou spolupráci. Alzheimer Europe díky svým odborníkům a pracovním skupinám připravila velký počet klíčových materiálů, z nichž mnohé se zabývají etickými aspekty péče. Velmi aktivní je také spolupráce s politiky a Evropskou komisí. Všechny aktivity Alzheimer Europe se ale nedají stručně popsat.

Jak jste se vlastně dostala k předsednictví v evropské organizaci?

Během konání pražské konference v roce 2004 proběhlo jedno z prvních setkání INTERDEM, kde jsem se osobně setkala s jeho iniciátorkou prof. Esme Moniz Cook. Bylo to obohacující, stejně jako následné setkávání s kolegy z Alzheimer Europe. Velmi jsem si vždy vážila atmosféry vstřícnosti, dobré spolupráce a vzájemné pomoci místo soutěžení. Proto jsem ráda přijala nominaci naší společnosti do výboru Alzheimer Europe a bylo mi ctí, že jsem byla valnou hromadou do výboru zvolena. Poté jsem byla několik let místopředsedkyní a nedávno jsem obdržela nabídku převzít předsednictví po paní Heike von Lutzau Holbein. Považuji to za velkou čest a zodpovědnost.

Co považujete za největší zásluhu Alzheimer Europe?

Pamatuji si na skromné a složité začátky asociace, zejména pak na situaci v 90. letech, kdy se o Alzheimerově ne-

moci, natož demenci prakticky nemluvilo. Alespoň u nás ne, přestože dr. Oskar Fischer z Prahy patří ke spoluobjevitelům nemoci (svou publikací z roku 1907) a prof. Arnold Pick tu již v 90. letech 19. století popsal první případ frontotemporální demence (tzv. Pickovy nemoci). Pod citlivým, vytrvalým a přátelským vedením Alzheimer Europe došlo k významnému pokroku. Asociace pojmenovala v roce 2006 v Pařížské deklaraci Alzheimerovu nemoc a jiné příčiny demence jako prioritu veřejného zdravotnictví a v roce 2008 následovala iniciativa významně podpořená francouzským předsednictvím EU. O rok později na summitu G8 pak premiér Velké Británie označil demenci jako hlavní téma, jemuž by se měla věnovat zvýšená pozornost. Poté bylo onemocnění již prakticky bez přerušení jedním z významných bodů agendy předsednictví EU. Mnohé evropské země vytvořily své plány na řešení problematiky a já věřím, že se Alzheimer Europe bude moci podílet také na přijetí strategie řešení v Evropě.

Na co se chce Alzheimer Europe do budoucna zaměřit?

Kromě dosavadních priorit, jako je důraz na etické aspekty, podporu a prosazování práv lidí s demencí, bude věnovat pozornost roli alzheimerovských společností v jednotlivých evropských zemích, problematice kvality péče a další partnerské spolupráci. Víme, že země střední a východní Evropy jsou do některých evropských iniciativ stále zapojeny nedostatečně (například jen pět procenty ve významných vědeckých projektech). Proto jsem ráda, ať se jedná o polskou nebo českou společnost, které jsou dlouholetými členy, ať o nově přichozí společnosti – maďarskou, chorvatskou, bulharskou, albánskou či organizaci z Bosny a Hercegoviny, že v rámci Alzheimer Europe zaujímají partnerskou a aktivní pozici.

MUDr. Andrea Skálová



Léčba suchého a dráždivého kašle



Drosetux[®] neo

Léčba suchého a dráždivého kašle

- Pro děti od narození a dospělé
- Vhodný i pro těhotné a kojící ženy
- Neobsahuje alkohol



Složení: 100 g sirupu obsahuje: Arnica montana 4 CH 0,1 g; Belladonna 4CH 0,1 g; Cina 4 CH 0,1 g; Coccus cacti 5 CH 0,1 g; Corallium rubrum 4 CH 0,1 g; Cuprum metallicum 5 CH 0,1 g; Drosera 4 CH 0,1 g; Ferrum phosphoricum 5 CH 0,1 g; Ipeca 4 CH 0,1 g; Solidago virga aurea 3 DH 0,1 g. Pomocné látky: natrium-benzoát, monohydrát kyseliny citronové, čištěná voda, prostý sirup (roztok sacharózy). **Držitel rozhodnutí o registraci:** BOIRON, 2 avenue de l'Ouest Lyonnais, 69510 Messimy, Francie. **Indikace:** Homeopatický léčivý přípravek užívávaný tradičně v homeopatii k léčbě suchého kašle, dráždivého kašle nebo jiných forem neproduktivního kašle. **Dávkování:** Děti mladší 5 let: 2,5 ml sirupu 3–4× denně. Děti starší 5 let: 5 ml sirupu 3–5× denně. Dospělí: 15 ml sirupu 2–3× denně. **Způsob podání:** Perorální podání; pro odměření uvedených dávek použít přiloženou odměrku. Množství v ml je uvedeno na odměrce. Jednotlivé dávky je třeba užívat v pravidelných intervalech během celého dne, nejlépe mimo dobu jídla. Poslední dávku je vhodné užít před spaním. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, rostliny z čeledi hvězdnicovitých nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Nežádoucí účinky:** Žádné nežádoucí účinky se neočekávají. **Interakce:** Neužívat současně s expektorancii. **Upozornění:** Tento léčivý přípravek nesmí být užíván v případě produktivního kašle. Obsahuje sacharózu (100 g sirupu obsahuje 64,14 g sacharózy). Je nutno zohlednit v případě diety s nízkým obsahem cukru nebo u diabetiků. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharózo-izomaltázové deficienci by tento přípravek neměli užívat. **Tento léčivý přípravek může být užíván v době těhotenství a kojení.** Datum první registrace: 17. 8. 2016. Přípravek je volně prodejný a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Roztroušená skleróza

– co je nového v posledních letech?

Ačkoli roztroušená skleróza (RS) stále ještě není chorobou vyléčitelnou, změnilo se v její diagnostice a terapii v posledních letech velmi mnoho.

Tím nejpodstatnějším v léčbě RS je včasná diagnostika a včasné zahájení léčby, stejně jako změna léčby za účinnější, pokud první zavedená léčba nefunguje. Jen tak lze ovlivnit kvalitu života mladých nemocných, docílit oddálení invalidity, udržet práceschopnost a tím i menší nákladnost zdravotní a sociální péče. Právě ta je – i přes vysokou cenu léků užívaných v časných stádiích nemoci – nejnákladnější v pozdních stádiích nemoci. Jakákoli úsporná opatření, která by zabránila možnosti léčit nově diagnostikované pacienty s RS nebo znemožnila včasnou eskalaci léčby, by neúměrně zvýšila ekonomickou nákladnost choroby o pár let později.

Výrazné zrychlení diagnostiky

Přes dosažené pokroky v posledním desetiletí jde stále o průkaz diseminace procesu v prostoru a čase. Kromě klinického obrazu nevysvětlitelného z jednoho ložiska bylo nutno čekat na další klinickou ataku nových neurologických obtíží. V roce 2001 byla publikována McDonaldova kritéria, která poprvé zapracovala do diagnostiky MRI obraz nemoci a umožnila za diseminaci v prostoru považovat novou lézi na MRI.

Longitudinální MRI sledování ukázala, že nemoc opravdu nikdy nespí a nových ložisek se v CNS tvoří 3–10x více, než je přítomno klinických relapsů nemoci. Bylo tedy jasné, že aktivitu nemoci nelze posuzovat pouze pomocí klinického nálezu a že subklinická aktivita choroby může být zodpovědná za vznik trvalé invalidity, zejména kvůli dějům, které se odehrávají na celulární úrovni v CNS. V roce 2005 bylo nutno diagnostická kritéria aktualizovat. Objevily se totiž studie ukazující, že léčba prvních klinických symptomů nemoci může oddálit druhou ataku a mít vliv i na aktivitu detekovatelnou MRI.

Diagnostický proces i tak zůstal ještě příliš složitý a nákladný (správně provedený vyžadoval 3 MRI) a nebyl vyhovující pro asijské země, kde je nutná diferenciální diagnostika takzvaného západního typu RS a neuromyelitis optica (NMO, Devicovy nemoci). V mezidobí byly objeveny protilátky proti aquaporinu 4, které jsou typické pro NMO. To vedlo ke zjištění, že i v evropských zemích je prevalence této choroby častější, než se předpokládalo.

Zpřesňování diferenciálně diagnostických kritérií

Diferenciální diagnostika má značný význam pro terapii, protože většina léků užívaných u RS nemá na průběh NMO žádný vliv. V roce 2010 byla diagnostická kritéria RS znovu otevřena a přepracována ve světle nových poznatků, jež vedle vyšetření protilátek proti aquaporinu 4 zahrnují také zjednodušení MRI kritérií. Protože předilekčními oblastmi výskytu RS lézí jsou periventrikulární, infratentoriální, juxtakortikální a míšní oblast, požadují nová kritéria pro určení diseminace v prostoru alespoň jednu lézi ve dvou z těchto oblastí, pokud tyto nejsou symptomatické.

Změny v algoritmu léčby

Oproti konci 90. let minulého století, kdy byly k dispozici kortikoidy pro léčbu akutní ataky a první léky modifi-



kující průběh onemocnění (interferon beta a glatiramer acetát), snižující počet akutních atak nemoci o 30 procent oproti placebo, se změnil nejen počet léčebných možností, ale především algoritmus léčby. Jednoznačně dnes platí, že léčba by měla být zahájena bezpečnými léky modifikujícími onemocnění co nejdříve po stanovení diagnózy. K léčebným možnostem zde přibyl perorální teriflunomid se stejným rozsahem účinku na relapsy jako injekční léky, ale se schopností oddálit invaliditu a zpomalit atrofii CNS. V zahraničí se k těmto preparátům řadí ještě dimethyl fumarát s trochu vyšším účinkem na relapsy.

Oddaluje se tím poškození CNS zánětem – pod heslem „co je ztraceno, nelze obnovit“. Dosud nemáme prostředky, které by neurodegeneraci vyvolanou zánětem uměly zvrátit. Efektivita klasických léků první volby je největší na začátku onemocnění, ale zhruba u 40 procent pacientů je i tak naprosto nedostatečná. Pokud výskyt atak pokračuje, je nutno včas léčbu eskalovat. Pravidla eskalace byla zveřejněna poprvé v roce 2004 ve formě konsenzu německy mluvících států, kdy základními eskalačními léky byla zvolena cytostatika. Od té doby však přibýlo mnoho nových preparátů a doporučení jsou dynamicky přepracovávána (v současné době očekáváme evropský konsenzus doporučení pro léčbu remitentní RS). Novým cílem léčby RS je dosažení dlouhodobé remise (tzv. koncept NEDA – no evidence of disease activity).

Farmakoterapie

Léky pro eskalaci s sebou přinášejí nejen větší efekt, ale i výskyt většího množství nežádoucích účinků. Proto jsou doprovázeny podrobnými monitoračními programy. Léky, které v ČR patří k lékům při selhání základní injekční léčby, jsou dimethyl fumarát (všude jinde je tento lék lékem první volby v souladu se svým SPC) a fingolimod. Oba mají schopnost snížit počet atak oproti placebo zhruba o 50 procent. Účinnější variantou jsou monoklonální protilátky natalizumab a alemtuzumab, indikované po dvou atakách na léčbě první volby.

Monitorování pacientů je samozřejmě složitější než u léků první volby. Mechanismem účinku dimethyl fumarátu je spuštění Nrf2 cesty v buňce a protizánětlivý a antioxidační efekt. Fingolimod působí modulací sfingosin-1-fosfátových (S1P) receptorů, pomocí nichž jsou lymfocyty, především autoreaktivní, uvězněny v uzlinách a mizí z oběhu. Natalizumab je protilátka proti alfa-4-integrinům, adhezivním molekulám na lymfocytech, které pak nemohou adherovat na endotel CNS a vstoupit do tkáně. Alemtuzumab je protilátka proti CD52 molekule na většině lymfocytů, takže dochází k jejich destrukci a následné repulaci z jejich zásob ve dřeni s možností dlouhodobého efektu. Efekt monoklonálních protilátek je oproti interferonu téměř dvojnásobný. Problémem natalizumabu (a v malé míře i dimethyl fumarátu a fingolimodu) je riziko progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML), virového zánětu mozku, který je znám především z oblasti AIDS, léčby malignit a transplantací. JC virus se množí v astrocycytech a oligodendrocytech a rozpouští bílou hmotu. U 50 procent osob se vyskytuje v normální kostní dřeni či v ledvinách. Za určitých okolností mutuje a napadá CNS. K mutaci může přispět předchozí léčba imunosupresivou.

Pacient léčený natalizumabem je velmi pečlivě sledován pro možný výskyt příznaků PML, taktéž je sledován protilátkový index protilátek proti JC virusu a častěji monitorována MR. Alemtuzumab může vést k nastartování další autoimunity (štítná žláza ITP, ledviny), a proto je nařízen přísný monitorovací program po dobu 4 let od poslední infuze. Fingolimod působí i na S1P3 receptory na převodním srdečním systému a pacienta je nutné po první dávce léků monitorovat stran bradykardie a arytmií. Standardní laboratorní odběry jsou samozřejmější u všech eskalačních léků. MR se provádí jednou ročně u všech léčených pacientů, po dvou letech léčby natalizumabem rovněž u pacientů v riziku PML ve zkráceném protokolu jednou za tři měsíce.

Nové látky v klinickém zkoušení

Nově byl zaregistrován daclizumab, protilátka proti alfa řetězci receptoru pro interleukin-2 (molekule CD25). Jeho efekt je asi na úrovni efektu fingolimodu, jde o jednu subkutánní injekci měsíčně. V registračním řízení je ocrelizumab, monoklonální protilátka proti CD20, která je humanizovaná obdobou rituximabu. Očekává se registrace jak pro remitentní RS (s efektem obdobným natalizumabu či alemtuzumabu), tak také poprvé v historii i pro primárně progresivní RS, což je velká naděje pro pacienty, pro jejichž typ choroby doposud neexistoval oficiálně schválený lék. Je to v souladu s rozpoznáním role B lymfocytů v patogenезi RS. I symptomatická léčba pokročilejších stadií choroby přináší určité novinky (kanabinoidy, fampridina – u nás bohužel obojí pro pacienty nedostupné, baklofenové pumpy či některé nové pomůcky pro zlepšení chůze).

prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.,
vedoucí MS centra Neurologické kliniky I. LF UK a VFV v Praze

Podávání D-manózy při akutní exacerbaci recidivujících infekcí močového ústrojí

Infekce dolních močových cest (DMC), které patří k nejčastějším bakteriálním infekcím u lidí, jsou vyvolány převážně kmeny Escherichia coli endogenního původu, mezi méně časté původce řadíme mykoplazmata, viry, prvoky a plísňe.

Vznik infekcí DMC může být podmíněn selháním lokálních antimikrobiálních obranných mechanismů. Základní terapií infekcí DMC je podávání antibiotik nebo chemoterapeutik. Další léčebnou eventualitu představuje podávání imunomodulací.

Podstata působení D-manózy

Mezi imunomodulancia řadíme přípravky na bázi D-manózy (přípravky zn. Uroval®). D-manóza je monosacharid se šesti uhlíky a aldehydovou skupinou. I když patří mezi cukry, svými vlastnostmi se od ostatních cukrů liší. Není téměř metabolizována a nevyvolává významnou inzulinovou odpověď. Je masivně vylučována do moči. Podstatou jejího působení v prevenci infekcí DMC je vazebná reakce s fimbriemi bakterií E. coli, které slouží k jejich uchycení na epitelu močového traktu. Při podávání D-manózy perorálně se vazebná reakce mezi kmeny E. coli uskuteční s molekulami D-manózy přítomnými v moči. Bakterie pak ztrácejí schopnost adherovat na epitel močového ústrojí. V případě kombinace s brusinkovým extraktem se předpokládá, že účinek D-manózy potencie efekt extraktu, jelikož jsou v ní obsaženy aktivní látky – proanthokyanidiny (PAC). Ty rovněž snižují adhezenci fimbrií bakterií k buněčné membráně urotelu. Dle některých zdrojů má D-manóza ve zmíněném účinku 50krát větší efekt než samotný brusinkový extrakt.

Účinek potvrzen

V jedné z klinických prací ověřujících efekt D-manózy bylo sledováno 56 dospělých pacientů se sympto-

logií akutní exacerbace DMC, kterým bylo doporučeno podávání přípravku Uroval Manosa v iniciační dávce 2x 2 tbl., po třech dnech byla dávka snížena na 2x 1 tbl., a celková doba léčby byla tři měsíce. Pozitivní kultivační nálezy v moči mělo před léčbou 29 pacientů, u nichž převažoval nálezy E. coli.

Během prvního týdne došlo k ústupu klinických obtíží u 45 pacientů, u jedné pacientky musela být kvůli rozvoji pyelonefritidy zahájena ATB terapie. Během tří měsíců užívání přípravku nedošlo u žádného z pacientů k recidivě infekcí DMC. Výsledky sledování tudíž potvrdily vysokou účinnost D-manózy při eliminaci symptomů akutní infekce DMC.

Výhodou zmíněného preparátu je absence nežádoucích účinků. Podle autora práce lze konstatovat, že uvedený přípravek představuje jednu z alternativ v léčbě akutní recidivy chronických zánětů močového ústrojí vedle standardně podávaných chemoterapeutik a antibiotik.

(moa)

www.prolekare.cz

Zdroj:

Motíl I. Podávání D-mannosy (Uroval Manosa) při akutní exacerbaci recidivujících infekcí močového ústrojí



Ilustrační foto na dvoustraně: 3x Shutterstock

Aplikace kryoprezervovaných fibroblastů s nanočásticemi zlata v léčbě popálenin

Léčba hlubokých popálenin je komplikovaný a dynamický proces, který zahrnuje fázi zánětu, angiogeneze, novotvorby tkáně a její remodelaci.

Nejslibnější metodou v léčbě ran je použití kultivovaných lidských buněk, které nevyvolají rejekci. V následujícím článku bude prezentována studie zabývající se možností léčby hlubokých popálenin za pomoci kultivovaných fibroblastů v kombinaci s nanočásticemi zlata.

Jednou ze základních otázek buněčné biologie je objasnění efektu kmenových buněk při regeneraci a reparaci poškozených tkání. Pro svůj prokazatelný regenerační efekt byly pro léčbu chronických ran použity kultivované fibroblasty.

Nanočástice zlata byly použity již dříve jako vektor pro přenos terapeuticky účinných molekul do buněk. Bylo však zjištěno, že zlato má ve vysokých koncentracích toxický efekt. Nižší koncentrace naopak zvyšovaly proliferaci fibroblastů a snižovaly aktivaci apoptózy a rozvoj nekrózy.

Experimentální studie – hojení s pomocí kultivovaných fibroblastů a částic Au

Nabízela se tedy otázka, zda by kombinovaná léčba za pomoci kultivovaných fibroblastů s příměsí nanočástic zlata v nízkých koncentracích byla možná a účinná. Pro realizaci experimentu byl zvolen zvířecí model – studie probíhala na kryších s termickým popálením



třetího stupně. Hypotéza byla založena na regeneračním efektu fibroblastů a antioxidačním efektu nanočástic zlata.

Popálená zvířata byla rozdělena do tří skupin. První z nich sloužila jako kontrolní, u nichž popálení léčeno nebylo. Druhé skupině byly na popáleninu aplikovány kultivované fibroblasty. Třetí skupina byla léčena kultivovanými fibroblasty v kombinaci s nanočásticemi zlata. Na jeden cm² bylo aplikováno 5x 10⁴ buněk. Výsledek experimentu byl vyhodnocen 21. den po aplikaci buněk.

Výsledky experimentu

V porovnání s kontrolní skupinou bylo dosaženo výrazně lepších výsledků u léčených zvířat. Pokud ale porovnáme skupinu dvě a tři, lepší výsledky byly zaznamenány u té třetí, pak kde byly aplikovány fibroblasty s nanočásticemi Au. Imunofluorescenční metoda prokázala, že částice zlata akcelerují syntetické procesy, a dochází tak k rychlejší obnově kolagenu I. a III. typu. Výsledek experimentu souvisí s unikátní strukturou a antimikrobiálními vlastnostmi nanočástic zlata.

Shrnutí a závěr

Experimentální studie ukázala, že současně použití kultivovaných fibroblastů v kombinaci s nanočásticemi zlata je do budoucna efektivní a slibnou metodou. Pozitivní výsledky jsou důsledkem regeneračního efektu fibroblastů a antioxidačního efektu nanočástic Au.

(idav)

www.prolekare.cz

Zdroj:

Volkova N., Yukhta M., Pavlovich O., Goltsev A. Application of cryopreserved fibroblast culture with Au nanoparticles to treat burns. *Nanoscale Res Lett* 2016 (11): 22.



Volná místa

Lékař

Kožní klinika Achillea hledá:

- Dermatologa na zkrácený úvazek

Nabízíme:

- 1 až 2 dny v týdnu
- pracovní dobu přizpůsobíme
- pracoviště Praha 8

Kontakt:

tel. : 603 222 123,
e-mail: dlabola@achillea.cz

M171000181

Lékaři/lékařky

Fakultní nemocnice v Motole hledá pro zajištění provozu pohotovostních služeb na Oddělení urgentního příjmu pro dospělé lékaře/lékařky se specializovanou způsobilostí.

- Lékaři/lékařky urgentního příjmu

Kontakt:

Tel. : 224 436 701
Písemné nabídky s CV zasílejte:
lenka.kozlikova@fnmotol.cz nebo
na adresu: Sekretariát OUP a LSPP pro
dospělé, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5.

M171000165



VŠ se vzděláním lékařského i nelékařského směru

Fakultní nemocnice v Motole hledá :

- VŠ se vzděláním lékařského i nelékařského směru

pro Ústav lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FNM.

Nabízíme:

- předpokládané uplatnění je zejména v oblasti bakteriologické diagnostiky
- plný úvazek
- Možnost odborného růstu
- ubytování pro mimopražské
- další zaměstnanecké benefity

Požadujeme:

- praxe v mikrobiologii vítána

Kontakt:

Tel. : 224 435 351
Písemné nabídky s CV zasílejte:
otakar.nyc@fnmotol.cz

M171000144

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE

BRNO

Psychiatrická nemocnice Brno, Húskova 2, 618 32
přijme do pracovního poměru

LÉKAŘE/LÉKAŘKU

VHODNÉ I PRO ABSOLVENTY

Nabízíme plat dle platových tabulek, osobní ohodnocení, zaměstnanecké benefity, rizikový příspěvek, dodatková dovolená, možnosti ubytování.

LÉKAŘE

SE SPECIALIZOVANOU ZPŮSOBILOSTÍ Z VNITŘNÍHO LÉKAŘSTVÍ JAKO KONZILIÁRNÍHO INTERNISTU.

Současná specializace ze všeobecného praktického lékařství výhodou (možnost práce na část úvazku jako závodní lékař), příp. umožníme doplnění této specializace. Plat dle platových tabulek, osobní ohodnocení, zaměstnanecké výhody, rizikový příspěvek, dodatková dovolená.

Nástup možný dle domluvy. Informace na osobním oddělení, tel: 548123239,
e-mail: stehlikova@pnbrno.cz

Inzerce M171000127

NEMOCNICE PÍSEK
přijme lékaře naOddělení klinické
biochemie

Požadujeme:

- odbornou způsobilost lékaře
 - ukončený základní kmen výhodou
- spec. způsobilost v oboru vítána
 - aktivní přístup k práci
 - odolnost vůči stresu

Nabízíme:

- práci na akreditovaném pracovišti
- moderní provoz 21. století
- motivující finanční ohodnocení
 - přátelský kolektiv
- bezplatné další vzdělávání
- možnost profesního růstu
- zaměstnanecké benefity
 - možnost ubytování
 - nástup dle dohody

Kontakt:

Nemocnice Písek, a.s.,
Karla Čapka 589
tel. 382 772 017, 382 772 020
e-mail: personalni@nemopisek.cz

Inzerce M171000189



Ilustrační foto: Shutterstock



ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ MINISTERSTVA VNITRA NABÍZÍ POZICE

PRAKTICKÝ LÉKAŘ – JIHLAVA (možnost získání služebního bytu)
SPRÁVCE INFORMAČNÍCH A KOMUNIKAČNÍCH TECHNOLOGIÍ – PRAHA

Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra, akreditované zdravotnické zařízení, přijme praktického lékaře pro Jihlavu a správce informačních a komunikačních technologií pro Prahu.

Nabízíme: zajímavé platové podmínky, stabilní práci, plný pracovní úvazek, pevnou pracovní dobu, podporu dalšího vzdělávání, příspěvek na stravování, 5 týdnů dovolené, 5 dní indispozičního volna a další zajímavé benefity.

Kontakt: personalni@zmv.cz, tel. 974 827 661. Více informací na www.zmv.cz/pracovni-mista nebo [f zmvcr](https://www.facebook.com/zmvcr).

Inzerce M171000184



ZENTIVA
SPOLEČNOST SKUPINY SANOFI

Zentiva – jsme s Vámi už 87 let.

České léky vyvážíme do 50 zemí na celém světě.

Léčiva vyrábíme v Dolních Měcholupech od roku 1930.

Každý rok vyprodukuje takřka 100 milionů lékových balení.

Naši značku nesou 4 z 10 nejprodávanějších léků na českém trhu.

Máme 1 500 zaměstnanců a využíváme zejména domácí dodavatele.

MEDITERRA-SEDLČANY, S.R.O., PŘIJME

PRO INTERNÍ ODDĚLENÍ LÉKAŘE

Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- odborná způsobilost v oboru vnitřní lékařství není podmínkou, místo vhodné i pro absolventa
- bezúhonnost a zdravotní způsobilost

FYZIOTERAPEUT/KA, ERGOTERAPEUT/KA

Požadujeme:

- SZŠ, VOŠ nebo VŠ v oboru
- vstřícné chování a vystupování
- pracovitost, spolehlivost a odpovědnost.

Nabízíme:

- rodinné prostředí v malé nemocnici v centru města
- zajímavou práci na kvalitně vybavených pracovištích
- nadstandardní finanční ocenění
- zaměstnanecké benefity (týden dovolené navíc, příspěvek na stravování)

Příhlásky včetně životopisu zasílejte:

na adresu: **MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o., Tyršova 161, 264 01 Sedlčany**
e-mailem: jaroslava.haskova@mediterrazs.cz
telefonicky na čísla 318 841 571, 725 850 589.

**FN FAKULTNÍ NEMOCNICE
PLZEŇ**

**Fakultní nemocnice Plzeň
přijme zaměstnance na pozici:
LÉKAŘ PRO INFEKČNÍ KLINIKU**

POŽADAVKY:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru infekční lékařství nebo minimálně ukončený základní kmen v oboru vnitřní lékařství
- praxe v oboru
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Písemné příhlásky doložené profesním životopisem s uvedením údajů o dosavadní praxi zasílejte na adresu:
**Fakultní nemocnice Plzeň – oddělení personálního řízení a organizace,
Edvarda Beneše 1128/13,
305 99 Plzeň.
E-mail: grubrova@fnplzen.cz,
tel. 377 402 223**



Ilustrační foto: Shutterstock

**Lužická nemocnice
a poliklinika, a.s.**

Lužická nemocnice a poliklinika, a.s., vypisuje výběrové řízení na pracovní pozici: **PRIMÁŘ/KA GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉHO ODDĚLENÍ.**

Lhůta pro podání přihlášky je do 28. 3. 2017 12.00 hod.

Pracovní poměr: na dobu neurčitou
Předpokládaný nástup je možný ihned nebo dle dohody

Požadavky:

- VŠ vzdělání, specializovaná způsobilost k výkonu povolání lékaře dle zákona č. 95/2004 Sb., o lékařských povoláních (specializace v oboru gynekologie a porodnictví druhého stupně)
- licence pro výkon funkce vedoucího lékaře a primáře ve zdravotnickém zařízení v oboru gynekologie a porodnictví
- členství v ČLK
- komunikační a organizační schopnosti
- morální a občanská bezúhonnost, vstřícný přístup k pacientům
- samostatnost, pružnost, vysoké pracovní nasazení
- zájem o práci v oboru, ochota dalšího rozvoje

Náležitosti přihlášky uchazeče:

- jméno, příjmení a titul uchazeče, datum a místo narození uchazeče
- státní příslušnost a místo trvalého pobytu uchazeče
- číslo OP, telefonní spojení, e-mailová adresa
- datum a podpis uchazeče

Doklady, které je nutné doložit k přihlášce:

- životopis zaměřený na údaje o dosavadních zaměstnáních a odborných znalostech a dovednostech
- výpis z evidence rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce (případně je možné doložit čestné prohlášení a originál výpisu dodat při nástupu)
- kopie dokladu o nejvyšším dosaženém vzdělání
- vyplněný personální dotazník (tiskopis je umístěn na www.nemrum.cz)

Nabízíme

- mzdu 140 000 Kč + 500 Kč/hod. za službu (všední, sobota, neděle, svátek)
- příjemné pracovní prostředí, možnost ubytování, příspěvek na stravu, možnost seberealizace, pracovní benefity, finanční ohodnocení
- 25 dní dovolené

*Příhlásky zasílejte se všemi požadovanými náležitostmi a přílohami.
Později zasláné přihlášky nemůžeme zařadit do výběrového řízení.*

Místo a způsob podání přihlášky:

Lužická nemocnice a poliklinika, a.s., Jiráskova 1378/4, 408 01 Rumburk (ředitelství nemocnice – sekretariát ředitele), osobně nebo prostřednictvím pošty v uzavřené obálce označené „Neotvírat VŘ primář/ka gyn.-por. oddělení.“

Adresa, na kterou se přihláška odesílá:

Lužická nemocnice a poliklinika, a.s., Jiráskova 1378/4, 408 01 Rumburk (ředitelství nemocnice – sekretariát ředitele)

Bližší informace o druhu práce podá:

MUDr. Václav Pazdera, náměstek ředitele pro léčebně preventivní péči, tel. 412 332 551, případně Mgr. Petr Dubravec, ředitel společnosti, tel. 412 359 520

Vyhlašovatel si vyhrazuje právo zrušit toto výběrové řízení kdykoliv v jeho průběhu.

Lužická nemocnice a poliklinika, a.s., Jiráskova 1378/4, 408 01 Rumburk



**Personální inzerce do časopisu Zdravotnictví a medicína
je přijímána na e-mail: personalni.inzerce@mf.cz nebo telefonicky na tel.: 225 276 380**



II. mezinárodní kongres vývojové kineziologie

Olomouc | 15.–16. 9. 2017

Kongres se koná u příležitosti 100. výročí narození profesora Václava Vojty

Vojtova metoda
mezioborová spolupráce



více informací naleznete na
www.rl-corpus.cz

Představujeme publikaci

Manuál ambulantního specialisty – kardiologa



Předložená publikace si neklade za cíl kopírovat učebnice kardiologie ani odborné články. Záměrem je usnadnit organizaci specializované ambulantní praxe, podložené odbornými znalostmi a dovednostmi, se zohledněním těžkých začátků i dlouhodobého vedení ordinace. Pokud je lékař v procesu vzdělávání navazujícím na studium medicíny, je pro něj samozřejmostí sledování nových trendů, výsledků nových klinických studií, nových doporučení, nových preparátů. V úrovni ambulantní praxe musí tato složka nejen pokračovat, ale být intenzivnější. Kardiologickou ordinaci je nutné vidět jako organický celek, který není nikdy statický – je to neustálý proces proměn, na nichž se nepodílejí jen lékaři se sestrami a pacienti, připojuje se řada dalších vlivů. Publikace by měla vést ambulantního specialistu, jak sledovat vývoj v odborném světě, jak včas najít a jak rychle akceptovat ověřené postupy.

Autoři: Hana Skalická, Miloš Táborský et al.

Doporučená cena 460 Kč

Při objednání na **knihna.cz** sleva 10%



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



Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, www.medical-services.cz

Finanční produkty online – snadno a rychle!

Cestovní
pojištění

Chystáte se na dovolenou do zahraničí? Nezapomeňte se pojistit. **Cestovní pojištění** sjednejte online, rychle a výhodně.

Havarijní
pojištění

Kolik stojí **havarijní pojištění** nebo jak jej co nejrychleji sjednat? To vše najdete v našem online prodeji.

Povinné
ručení

Chcete nejlevnější **povinné ručení**? Nabízíme vám jednoduché srovnání cen a rychlé online uzavření smlouvy.

Půjčky
na cokoli

Vyberte si tu nejvýhodnější **půjčku** a sjednejte ji online. Zdarma, rychle, přehledně.

Hypotéky

Potřebujete **hypotéku**? Srovnajte si nabídku jednotlivých hypoték online a my vám pomůžeme najít pro vás tu nejvýhodnější.

Energie

Změnou svého dodavatele elektřiny či plynu můžete ušetřit až tisíce korun ročně. Porovnejte si ceny jednotlivých dodavatelů, vyberte toho optimálního a vše ostatní vyřídíme za vás.



MEDICAL SERVICES



MLADÁ FRONTA

Zajišťujeme kvalitní komplexní služby na míru:

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

www.medical-services.cz