



ZDRAVOTNICTVÍ

MEDICÍNA



4/2017

vyšlo: 18. 4. 2017

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Sestra



Sestra roku 2016 (str. 19)

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



Proč je dobré mít více pojišťoven a jak je rozpohybovat

Po pádu komunismu jsme se rozhodli transformovat státní zdravotnictví do pluralitního systému založeného na veřejném zdravotním pojištění. Proces proměny skončil v půli cesty. A dnešní kříženec státního a pluralitního systému v sobě koncentruje spíše jejich negativa než pozitivita. Místo předvídatelného světa, ve kterém regulátor reguluje, pojišťovák pojišťuje, zdravotník léčí a občan jim všem za dobré služby přímo či nepřímo platí, máme systém plný konfliktů zájmů, kolektivní neodpovědnosti, markýrovaného řízení, deficitních a vědomě porušovaných pravidel, práva silnějšího, ročního horizontu úhradových vyhlášek a absence dlouhodobých investic do lidí, budov a zdravotních programů.

Přesto je potřeba velmi hlasitě říci, že i tato nedokončená proměna zdravotnictví nás zatím uchránila osudu našich sousedů. Poláci se vrací z vandru od krajských pojišťoven přes centrální pojišťovnu zpátky ke státnímu financování zdravotnictví, Maďaři mají jednu pojišťovnu pod státní kontrolou, a Slováci to naopak přestřelili s privatizací bez funkčních regulací. Výsledek je stejný – solidarita dostává na frak a pacienti při čerpání péče rozdávají obálky. My už k tomu máme také nakročeno, ale to souznění s Visegradem

bychom neměli přehánět. Stále ještě máme šanci dát zdravotnictví do fazóny bez většího třesku a emocí.

Co je potřeba udělat

První podmínkou dobrého fungování systému je odvození příjmu veřejné pojišťovny od očekávaných nákladů jejího pojistného kmene a možnost vzájemné cenové konkurence. Od 1. 1. 2018 bude přerozdělení rozšířeno o vliv farmaceuticko-nákladových skupin, takže to máme z poloviny vyřešeno. Vedle pojistného vstupujícího do přerozdělení by měla být vybírána i nominální částka, jejíž výši si ZP sama nastaví podle své očekávané bilance. Odstraní to problém s přebytky a deficity na účtech pojišťoven a poskytne motivující informaci pojištěncům. Druhou podmínkou je samostatnost pojišťoven se svépříspěvy, zainteresovanými a odpovědnými osobnostmi ve statutárních orgánech, tedy nastavení jejich správné corporate governance. Třetí oblastí je úprava způsobu, jak zdravotní pojišťovny peníze utrácejí. Tady musí být na jedné straně zákonem definován rozsah péče, kterou jsou povinny svým pojištěncům zajistit, a na straně druhé mají mít volnost v uzavírání smluvních vztahů. Úhradová vyhláška by se měla vrátit ke svému původnímu účelu, tedy roli záchranné brzdy v situaci, kdy je prokaza-

telně ohrožena dostupnost některého typu péče. Čtvrtým úkolem je institucionálně zajistit činnosti, které systém potřebuje ke svému fungování. Vytvořit instituci, která na základě zákonem finovaného procesu vstupu a výstupu zdravotních služeb do/z úhrady veřejného pojištění bude určovat rozsah hrazené péče a udržovat klasifikační systémy. Založit servisní organizaci zajišťující společné činnosti, kterou v Kanceláři zdravotních pojišťoven již pojišťovny mají. Stačí jen rozšířit rozsah jejich činností o několik dalších. A konečně potřebujeme účinný dohled a kontrolu, o což by se měly podělit ministerstva zdravotnictví a financí. Až budou zdravotní pojišťovny vkládat svoji energii do efektivního zajištění kvalitních zdravotních služeb místo administrace nařízených regulací, bude vyhráno. Zasadme se o to, aby se obdobné zadání objevilo v programovém prohlášení budoucí vlády.

MUDr. Pavel Vepřek,
Zdravotnictví 2.0



Netradiční medicína a tradiční peníze

Fascinace čínskou tradiční medicínou, jež zachvátila část české politické reprezentace, je nepochybně druhotným projevem prvotní fascinace čínskými penězi. Čínské investice v Česku jsou přitom zcela marginální ve srovnání s investicemi z jiných zemí. A objem čínských peněz v českých firmách dokonce od nastavení ostře pročínského kurzu současnou vládou a hlavou státu setrvale klesá.

Navzdory tvrdým datům se však Číně za ochotné pomoci zdejších lobbistů v čele s Jaroslavem Tvrdíkem a politiků v čele s prezidentem Milošem Zemanem po-

dařilo vyvolat dojem, že právě Česko bude pro východní ekonomickou velmoc hýčkanou „branou do Evropy“. Že nebude, je jasné každému, kdo se podívá na objemy čínských investic v Polsku nebo Maďarsku, ale to nijak nezabránilo tomu, aby část politiků propadla zmíněné fascinaci vším čínským. Včetně medicíny. Jejím prvním projevem byla čtrvrtmiliardová investice do výstavby kliniky zaměřené právě na čínskou tradiční medicínu, a to přímo v areálu Fakultní nemocnice Hradec Králové. To je pýcha exministra zdravotnictví Svatopluka Němečka z ČSSD a mnozí čeští lékaři se z ní chytali za hlavu.

Teď jim další dávku hrůzy připravil pro změnu jejich kolega a poslanec ANO Rostislav Vyzula. Ten navrhl, aby se zavedly dva nové zdravotnické obory v zákoně o nelékařských povoláních, a to „terapeut tradiční čínské medicíny“ a „specialista tradiční čínské medicíny“. Cíl je jasný. Osvobodit čínské lékaře, kteří budou působit v Česku, od povinnosti shánět časově omezená povolení na ministerstvu zdravotnictví, která pro své působení potřebují dnes. Vyzulův návrh podpořil i sněmovní zdravotnický výbor a poslanci o něm budou hlasovat v týdnu po Velikonocích.

Je to poměrně děsivé. Ačkoli se proti nápadu zvedla vina nevole ze strany lékařských autorit od České lékařské komory po Českou lékařskou společnost Jana Evangelisty Purkyně a ačkoli není vůbec jasné, jakou přesně funkci by měli čínští terapeuti a specialisté v systému péče plnit, zdá se, že Vyzulův návrh má solidní šanci uspět. Přitom vědecká rada ČLK trvá na tom, že tradič-

ní čínská medicína je nanejvýš léčitelstvím s neprokázanými terapeutickými účinky, a právníci zase upozorňují, že není jasné, kdo bude správnost a kvalitu péče poskytované čínskými terapeuty hodnotit. Leč na místo opatrnosti se vedle Vyzulova návrhu začínají rovnou objevovat i úvahy o tom, zda péči založenou na tradiční čínské medicíně alespoň částečně nehradit z veřejného zdravotního pojištění.

Je skutečně pozoruhodné, jak ochotně se neověřeným čínským alternativním medicínským metodám otevírá stát, jenž na druhé straně není schopen začlenit do svého zdravotnického systému jinou, výrazně prověřenější „alternativní“ léčbu, totiž terapii léčebným konopím. Státní ústav pro kontrolu léčiv nedávno opět zrušil tendr na dodavatele konopí do českých lékáren, protože jeho kritéria zřejmě zkrátka nelze naplnit, aniž to dodavatele ekonomicky zruinuje. Ostražitost a přisnost, kterou český stát uplatňuje vůči léčebnému konopí, může být pochopitelná, ale v kontrastu s politickým nadšením z čínských léčebných metod působí trapně. Řeč peněz je slyšet na sto honů.

Martin Čaban,
autor je komentátorem deníku E15



Inzerce ▲ M17100246
Ilustrační foto: Shutterstock

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 4/2017

ŠéfredaktorkaMUDr. Andrea Skálová
(Medicína a kongresové zpravodajství),
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz**Redakce**Mgr. Markéta Mikšová (Sestra),
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@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. Radkin Honzák, CSc.

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

MUDr. Ondřej Měšťák

Mgr. Jana Nováková, MBA

MUDr. Hana Roháčová

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

doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.

prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.

MUDr. Jana Vojtišková

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

Obchodní ředitelka

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

Personální inzerce

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


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.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí

všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele.

Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah

inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Snímky označené jako „Shutterstock“ použity na základě

licence od Shutterstock.com.

Tisk TRIANGL, a. s.

Číslo dáno do tisku 13. 4. 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

Kaplani mají dveře do nemocnic pootevřené

Spirituální neboli duchovní péče je důležitou součástí léčebného procesu. Po dlouhé době mlčení to uznalo i Ministerstvo zdravotnictví. Připravilo proto metodický pokyn, který vešel v účinnost na Zelený čtvrtek 13. 4. 2017, v němž zakotvuje a kvalifikuje postavení nemocničního kaplana.

Je to více než šest let, kdy na Ministerstvu zdravotnictví (MZ) jednal tehdejší ministr Leoš Heger s pražským arcibiskupem Dominikem Dukou. Heger tehdy prohlásil, že převezme oficiální záštitu nad duchovní službou v lůžkových zařízeních ministerstvem řízených nemocnic. Za tu dobu se – ve smyslu právního zakotvení nemocničních kaplanů v legislativě – nic nestalo a ministerstvo pouze dohlíželo na individuální dohody mezi jednotlivými nemocnicemi a nemocničními kaplany. Ze strany státu neexistoval žádný přesný pokyn, podle něhož by se uvedená služba veřejnosti řídila a jímž by byla garantována rovněž její kvalita.

„Dlouholetá zkušenost ze zdravotnictví i zkušenost ředitele nemocnice mne utvrdily v pocitu, že nemoc těla je vždy doprovázena tím, jak člověk vnímá svou chorobu nejen fyzicky, ale také spirituálně. Duchovno je součástí našeho života, zároveň i nesmírně důležitou součástí léčebného procesu. Byl jsem rád, že už kolem roku 2003 se v Motole podařilo rozběhnout projekt spirituální a duchovní péče. Potěšilo mě, že se tato péče dostává na nejvyšší úroveň, neboť Ministerstvo zdravotnictví vydává metodický pokyn a zřizuje radu, která se bude o duchovní péči v českých nemocnicích starat,“ uvedl na tiskové konferenci 27. 3. 2017 ministr Miloslav Ludvík. Podle něj je matkou celého projektu a osobou, která uvedla proces do chodu, náměstkyně Lenka Teska Arnoštová.

Nově zřízená Rada pro duchovní péči

Ministr zdravotnictví se rozhodl zřídit Radu pro duchovní péči, která se bude skládat z osmi lidí. Dva zástupce získá České biskupské konference, rovněž dva pak Ekumenická rada církví a po dvou do rady zased-

nou delegáti Asociace českých a moravských nemocnic a Asociace nemocnice ČR. Společně se budou zabývat významnými strategickými otázkami v oblasti duchovní péče. „Dnes můžeme říci, že se někam něco posunulo, a to velmi významně,“ řekl ke změnám bratr Marek Drábek, hlavní nemocniční kaplan Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (NMSKB).

Co musí splňovat kaplan?

- být pověřen vlastní církví
- mít ukončené magisterské teologické vzdělání
- absolvovat minimálně tříletou praxi v obecné pastorační péči
- absolvovat specializovaný kurz nemocničního kaplanství

Rada by měla rovněž rozvíjet mezioborovou diskusi o potenciálním zakotvení nemocničního kaplana do personální struktury nemocnic, jako tzv. ostatní zdravotnický personál (kam patří fyzioterapeuti, logopedové či psychologové), a možnost navrhnout konkrétní úpravy zákona 96/2004 Sb. Metodickým pokynem totiž MZ definovalo kvalifikační požadavky na nemocničního kaplana.

„Poprvé zakotvujeme nemocničního kaplana a kvalifikujeme jeho postavení do metodického pokynu, který chceme doporučit našim lůžkovým zařízením. Fakultní nemocnice, které má MZ v přímé působnosti, se tímto předpisem musejí řídit. Očekávám, že ostatní nemocnice, tedy krajské a okresní, se budou dokumentem řídit rovněž. Je to závazná instrukce pro naše fakultní nemocnice,“ přiblížila konkrétní obrysy projektu náměstkyně pro legislativu Teska Arnoštová.

Kaplanům nejde o misi

Ministerstvo se podle ní nebrání jakékoli právní úpravě duchovní péče ve zdravotnických zařízeních. Teska Arnoštová zmínila důležitost přijetí úpravy v praxi, aby česká zdravotnická zařízení a jejich management udělaly vše pro spokojenost pacientů. Poukázala rovněž na současnou právní úpravu zákona o zdravotních službách, jež pacientům zajišťuje právo na poskytnutí duchovní péče v lůžkových zařízeních. „Jsem za to vděčná a děkuji ministru zdravotnictví, že má odvalu a že tento pokyn vydal,“ uzavřela téma z pohledu MZ Teska Arnoštová.

Pochybnosti o misijních cílech rozptýlili sami kaplani. Svou službu totiž nevykonávají pouze pro lidi, kteří se hlásí k nějaké církvi, ale jsou k dispozici všem pacientům, příbuzným, přátelům nemocných, ale i zaměstnancům nemocnice. Snaží se předcházet syndromu vyhoření nebo ho řešit, podporují zdravotníky při výkonu zaměstnání, pomáhají v uzdravování



Ilustrační foto: Shutterstock



Zleva: Bohuslava Marie Kubačáková, Jiří Veselka, Lenka Teska Arnoštová, Miloslav Ludvík

Foto: archiv NMSKB

či doprovázejí na konci životní cesty. Sami zdravotníci dodávají, že tam, kde je kaplan v nemocnici přítomen (a nejde pouze o duchovního přivolaného na urgenci), signifikantně naroste zájem personálu o jeho přítomnost.

„Téma duchovní péče je v naší nemocnici velmi silně vnímáno a příkládáme jí velký význam. Je to logické, protože jsme vlastně jedinou církevní nemocnicí s akutní péčí v rámci ČR. Snažíme se vytvořit co nejlepší podmínky, týkající se nejen zázemí kaplanů, ale i možnost našich pacientů i zdravotnického personálu,“ zhodnotil současné postavení kaplanů ředitel Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského Ing. Jiří Veselka, MBA. Zdůraznil, že vytvořit metodiku pro poskytování duchovních služeb v českých nemocnicích jednoznačně vítá. Řekl také, že pokud bude z MZ zájem, jsou připraveni pomoci.

Interdisciplinární nemocniční týmy

Samí kaplani zastávají názor, že je žádoucí vytvářet týmy, kde informace o pacientovi kolují mezi různými odborníky. Pro skutečně holistický přístup však nejsou důležité pouze oni, ale musí do něj být zahrnuto také sociální zázemí a komunita, do níž se má nemocný po léčbě vrátit. Do nemocničního týmu by podle Drábka

měly být zapojeny různé odbornosti, a to jak lékaři, tak i sociální pracovníci, zdravotní sestry, psychoterapeuti, fyzioterapeuti, nutriční asistenti, dobrovolníci a také kaplani. „Nemocný totiž mluví jinak s lékařem nebo psychoterapeutem a jinak zase se sociální pracovníci či se zdravotní sestrou,“ argumentuje ve prospěch multidisciplinarity bratr Drábek.

Kaplani jsou vázáni mlčenlivostí a etickým kódexem nemocničních duchovních. „Spojení duchovní péče s péčí zdravotní je v naší nemocnici fenoménem, je to něco, čím se odlišujeme od ostatních běžných nemocnic. Jsme přesvědčeni, že z toho profitují jak pacienti, tak i náš zdravotnický personál,“ řekl Veselka. S personálem se ovšem kaplani snaží mluvit kontinuálně. Mezi základní činnosti patří rozhovor a prostá přítomnost u lůžka, dále pak přijetí svátosti, modlitby i krizová intervence. Pokud je to nutné, tak kaplani mohou vykonávat také další rituály spojené se svátostí (například žehnání při otevírání části nemocnic nebo při jiných příležitostech).

Služba dostupná nejen křesťanům

Výhodou kaplana je (a to nejen ve srovnání se sestrami a lékaři) jeho čas. Ze statistiky bratra Drábka vyplývá, že mezi nejčastějšími činnostmi kaplanů v NMSKB, které ve své službě musejí vykonávat, je obyčejná rozmluva, kterou tráví téměř dvě třetiny pracovního času. Teprve zbytek kaplanových povinností vyplňuje svátosti (23 procent) a modlitby (4 procenta) neboli potřeby čistě náboženské. Obdobná čísla mají rovněž i v jiných zařízeních. „Loni jsme měli bezmála čtyři tisíce návštěv u pacientů a zhruba 19 procent z nich byly návštěvy se svátostmi. Uskutečnili jsme také 270 rozhovorů s příbuznými, zhruba sto se zaměstnanci a vyřídili 56 telefonátů. Složení pacientů podle příslušnosti k církvi je i u nás podobné,“ uvedl vedoucí kaplan FN Olomouc Vítězslav Vurst.

Možná překvapivě nejde o službu dostupnou pouze sympatizantům tradičních náboženství. Kaplani jsou tu i pro pacienty bez vyznání či z méně rozšířených církví. „Chystáme se přijmout do týmu členku církve adventistů, jsme schopni kontaktovat i duchovní dalších náboženství. Pokud jsou u nás hospitalizovaní muslimové nebo buddhisté, jsme otevření i jim,“ říká bratr Drábek a dodává: „Přicházíme ke každému pacientovi, přivítáme ho, a pokud má zájem, tak naši službu může přijmout. Snažíme se být vliďnou tváří nemocnice. Zkrátka – všichni kaplani nabízejí pastorační poradenství, to jest poradenství založené na hodnotách, které ctíme.“

Činnost kaplanů:

- Pastorační poradenství
- Kontakt s duchovními jiných církví
- Svátosti
- Přítomnost
- Modlitba
- Krizová intervence
- Rituály – žehnání, modlitby

Struktura hospitalizovaných pacientů podle vyznání v NMSKB za rok 2015

Nezjištěno	2006
Bez vyznání	284
Římskokatolické	1144
Řeckokatolické	8
Pravoslavní	27
Evangelíci	102
CČSH	86
Ostatní	46

zdroj: NMSKB

Denis Drahoš



Obsah

Z domova

- Proč je dobré mít více pojišťoven a jak je rozpoehybovat 3
- Netradiční medicína a tradiční peníze 3
- Kaplani mají dveře do nemocnic pootevřené 4
- Duel: Mají psychedelika místo v moderní medicíně? 6
- Novinky v české vědě 7
- Harm Reduction je pro některé kuřáky nejvhodnějším řešením 8
- Kdy se opět setkáme s lékařským konopím? 10
- Terapie promethazinem v pediatrické populaci 10
- EBHC přináší zdravotníkům novinky z oboru 12
- Právní poradna 13

Speciál

- Česká kardiologie se předběhla o mnoho let 15
- Rozhovor s kardiologem MUDr. Petrem Kalou, Ph.D., FESC 16

Sestra

- Sestra roku 2016 19
- Andrea Růžičková: Sestrám přeji samé spokojené pacienty 20
- Dagmar Havlová: Mezi zdravotníky jsou andělé 22
- Představujeme finalisty a vítěze soutěže Sestra roku 22
- Členové poroty 22
- Martina Šochmanová: Zkrácení délky studia nebude mít kýžený efekt 24
- Marie Volková: O sestrách se hovoří až pět minut po dvanácté 24
- Jitka Coufalová: Děti dokážou vždy překvapit 26
- Jiří Čáp: Základ je především ve vztazích na pracovišti 26
- Sestra roku 2016 obrazem 27

Medicína

- Filip Tylš: Chceme využít psychedelika 31
- Kmenové buňky mají budoucnost... 33
- Počet pacientů s Parkinsonem stoupá... 33
- Fekální bakterioterapie může vyléčit... 33
- Léčba časného stadia karcinomu prsu 34
- Jarní roadshow představila novinky v gynekologii 36
- Jiří Hoch: Nová řešení a nové výzvy v koloproktologii 38
- Význam gap junctions... 39
- Hygiena ve zdravotnictví: od standardů k monitoringu a vyšší efektivitě 40
- Nové virové hrozby a riziko importovaných virových nákaz 42
- Léčba roztroušené sklerózy v dětském věku a dospívání 44
- Na český trh vstupuje nová generace angiografických přístrojů 46
- Gynekologie dětí a dospívajících 46
- Myelom je velmi variabilní 47
- Kontaktní dermatitida... 49

Personální inzerce

48

Mají psychedelika místo v moderní medicíně?

Svůj pohled na výzkumné a terapeutické využití psychedelik a morální dilemata spojená se stigmatizovanými látkami, které lidé chápou pouze jako drogy, představili **MUDr. Jan Hanka**, vedoucí lékař ambulance a odborný asistent na 3. LF UK, Národní ústav duševního zdraví, a **MUDr. Ivan David, CSc.**, náměstek pro vědu, výzkum a vzdělávání, Psychiatrická nemocnice Bohnice.

Foto: archiv Jana Hanka



1. Je české zdravotnictví připraveno na změnu legislativy týkající se kontrolovaného výzkumného a terapeutického využití psychedelik v ČR?
2. Společnost se začíná více zajímat o spiritualitu v léčebné praxi. Jaké postavení by měla mít psychedelika v léčbě?
3. Je morálně odpovědné dělat klinické výzkumy, když stále neumíme neurobiologicky vysvětlit mechanismus jejich působení?

Foto: archiv FM



MUDr. Jan Hanka

1. Výzkumníci by jistě uvítali zjednodušení administrativy při získávání psychedelik pro výzkumné účely, zejména pro experimenty na lidských subjektech. Terapeutické využití by mělo být definováno indikací a založeno na důkazech. Slibně se rozvíjí například v těchto oblastech: psilocybin v léčbě rezistentní deprese nebo obsedantně-kompulzivní poruchy, psychedeliky podpořená paliativní péče pro osoby terminálně nemocné s existenciální úzkostí, MDMA asistovaná psychoterapie u posttraumatické stresové poruchy, farmaky podpořená léčba návykových nemocí. Studie probíhaly v posledních letech a stále probíhají. Zaštiťují je svou autoritou univerzitní profesori (David Nutt, Roland Griffiths, Jiří Horáček). Počty zařazených pacientů odpovídají pilotním studiím, nedosahují tedy dostatečné síly důkazu pro uvedení na trh s farmaky. Při dodržení kontraindikací a pravidel pro nakládání s psychedeliky je bezpečnost podávání v klinickém prostředí (minimálně pro psilocybin, ketamin a LSD) dobře prokázána. Nejblíže rutinnímu využití je podávání subanestetické dávky ketaminu v léčbě rezistentní deprese. Pozitivní výsledky studií z akademického prostředí umožnily schválení farmakologické studie ve 3. fázi klinického hodnocení (efektivita a dlouhodobá bezpečnost u pacientů) opakovaného intranazálního podání s-ketaminu.

Pro větší rozšíření terapeutického využití je ještě třeba vydat závazné postupy léčby a zajistit výcvik a supervizi terapeutů, kteří by měli oprávnění psychedelika podávat. Tyto látky v medicínském kontextu nejsou a nemají být určeny k výdeji na recept a k domácímu užívání.

2. Při využití psychedelik pro účely spirituální a náboženské praxe nebo pro osobní rozvoj se dostáváme mimo oblast medicíny. Zde se jedná spíše o otázku práva dospělých lidí měnit pomoci psychedelik své vědomí bez dozoru státu.

V oblasti, kde se problematika spirituální a medicínská prolínají, tedy při vyrovnávání se s tématy vlastní smrti a smrti svých blízkých, hovoříme o léčbě úzkostných a depresivních poruch. V této indikaci považují terapii s podporou užití psychedelik za slibně se rozvíjející směr výzkumu. Nabízí se pro terminálně nemocné pacienty nebo pro osoby komplikované a nadměrně truchlící po ztrátě někoho blízkého. Postavení psychedelik jako jedné z terapeutických možností je v zájmu pacientů a jejich rodin.

3. Mechanismus působení psychedelik je objasněn do stejné míry jako mechanismus působení všech běžně užívaných psychofarmak. Anxiolytikum alprazolam zvyšuje propustnost GABA-A receptorů pro chloridové ionty, antidepressivum vortioxetin je inhibitorem serotoninového transportéru a je přímo aktivní na serotoninových receptorech (typ 3, 1A, 7 a dalších), psychedelikum psilocybin je agonistou serotoninových receptorů (typ 2A, 1A, 2C), anestetikum fentanyl je agonista μ -opioidních receptorů. Z hlediska množství neurobiologických poznatků není mezi těmito látkami zásadní rozdíl. Psychedelika byla studována v medicínském prostředí od šedesátých let, psychedelická sezení absolvovaly v té době desetitisíce pacientů i zdravých dobrovolníků. Výzkum na zvířatech probíhá od té doby nepřetržitě. Výzkumy s humánními subjekty se v poslední dekádě opět vracejí do laboratoří a nemocnic, tentokrát s přísnějšími etickými standardy a obohacené o neuroobrazovací a neurofyziologická hodnocení.

MUDr. Ivan David, CSc.

1. Otázka, kterou kladete, se mi jeví jako předčasná, pokud správně chápu vaši představu o „kontrolovaném terapeutickém využití“, protože v případě otevřených klinických studií bych o terapeutickém využití nehovořil. Od výzkumu k terapeutické praxi, zejména rutinní, je velmi dlouhá cesta, obvykle 10–20 let. U látek, jako jsou „psychedelika“, bude tato doba spíše delší, neboť jsou mnohem déle známa rizika, než nadějně výsledky kontrolovaných klinických studií. Různé klinické a zejména laické dojmy jsou pro odpovědné rozhodování naštěstí irelevantní. I když budou nebo částečně již i jsou k dispozici nadějně terapeutické výsledky z dobře organizovaných a metodicky správně provedených klinických studií, bude třeba další dlouhé doby pro srovnávací klinické studie, které prokážou (nebo neprokážou) výhody léčby psychedeliky ve srovnání s dosavadní léčbou, a to alespoň v některých významných indikacích.

Výzkum se již řadu let provádí, a to i u nás v NÚDZ v Klecanech, včetně klinických studií, to znamená, že tuto práci legislativa umožňuje. NÚDZ by se jistě nechlubil ilegální praxí. Výsledky, pokud jsem informován, doposud zdaleka neumožňují užití psychedelik v běžné klinické praxi. Všechno, co opravňuje k naději na lepší léčebné výsledky, by mělo být prozkoumáno, vše, co přináší neúměrná rizika, by mělo být zavrženo.

2. Společnost se zajímá o spiritualitu tisíce let, máme-li na mysli „duchovní život“, a to zejména tehdy, když jí to umožňuje materiální základna její existence. Onen opětovaný zvýšený zájem bych označil spíše za módní trend. Jde hlavně o mysticismus, snahu o přímou komunikaci s „něčím“ hlubokým, vysokým a dalekým, a to nikoli cestou klopotného poznávání, ale cestou bezprostřední rychlé komunikace. Tuto cestu mají zprostředkovat psychotropní látky. Zásadní roli hrají „tržní vztahy“. V době lijáků se těžko uplatní obchodníci s deštěm. Ne náhodou se spolek zvaný „Česká psychedelická společnost“ zaštiťuje tvrzením, že psychedelika nejsou návyková. O terapeutickém potenciálu se vyjadřuje obecně a samozřejmě ho s ohledem na reálné výsledky zveličuje. Společnost pro výstavbu vodních nádrží také nebude zdůrazňovat rizika přehrad. Lidé, kteří trpí duševními poruchami, se snaží dosáhnout vymizení potíží.

Pokud se „více zajímají o spiritualitu“, vede to obvykle k pečlivým diferenciálně diagnostickým úvahám. Psychedelika, jak doufám, budou mít v léčbě právě takové postavení, jaké si zaslouží. Bude-li prokázáno, že jsou velmi účinná a málo riziková, pak velké, bude-li tomu naopak, pak malé. Na účelmost použití psychedelik v psychoterapii nevěřím, ale jejich výzkum může mít značný heuristický význam i bez prokázání významného terapeutického účinku.

3. Historicky naprostá většina klinických výzkumů léků byla prováděna bez znalosti nebo alespoň dosti podrobné znalosti neurobiologických mechanismů. Jejich objevení napomohl právě onen výzkum a někdy to trvalo desetiletí. I dnes existují významné mezery ve znalosti mechanismu působení některých léků. Zásadní je to, jsou-li účinné a dostatečně bezpečné. Bohužel se vyrábějí a distribuují i „léky“ bez prokazatelného účinku, stačí, když jsou „bezpečné“, jako by neadekvátní léčení nebylo nebezpečné.

Spíše by bylo morálně neodpovědné výzkum nadějných látek neprovádět. Za morálně neodpovědné ovšem pokládám i nabídku dosud neopodstatněných „nadějí“ veřejnosti a také šíření manipulativně zneužívaných představ, že „užívání“ psychedelik a i jiných látek mimo výzkumnou práci nelegálních psychotropních látek je „léčivé“ a věda to „potvrzuje“.

Novinky v české vědě

● Ocenění mediků LF MU na Evropském radiologickém kongresu – ECR 2017

V rámci studentské sekce letošního ročníku Evropského radiologického kongresu (ECR 2017) byla oceněna práce dvou studentů LF MU – Martina Jakuba Arbeta a Tomáše Jůzy, kteří prezentovali studii týkající se akumulace liposomálního doxorubicinu v tkáních ošetřených radiofrekvenční ablací a ireverzibilní elektroporací (The accumulation of liposomal doxorubicin in tissues treated by radiofrequency ablation and irreversible electroporation in liver: in vivo experimental study on porcine models MJ Arbet, T Juza, T Andrasina, J Jaros, M Broz, D Cervinka, SN Gold-

berg). Práce vznikla pod vedením MUDr. Tomáše Andrašiny, Ph.D., a prof. MUDr. Vlastimila Války, CSc., MBA, EBIR, přednosty Kliniky radiologie a nukleární medicíny. Studie byla provedena v rámci širší spolupráce s profesorem SN Goldbergem (Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center), který navštívil KRNM LF MU a FN Brno v rámci programu hostujících profesorů v roce 2015.

Práce autorů byla vybrána jako nejlepší prezentace v kategorii studentské sekce. Symbolické ocenění bylo našim studentům a vítězům v dalších kategoriích, kteří byli z Mnichova, Moskvy a Cambridge, předáno v rámci slavnostního vyhlášení během ECR. Celkem se kongresu účastnilo okolo tří tisíc studentů z 16 zemí včetně Jižní Ameriky, Japonska, Číny a USA.

FN Brno

● Výzkumníci FNUSA-ICRC zkoumají vliv jógy na poruchy paměti

V Mezinárodním centru klinického výzkumu Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA-ICRC) začalo zkoumání vlivu všímavosti (mindfulness) na poznávací schopnosti, deprese, pozornost a imunitní profil vzorku seniorů starších 55 let s mírnou kognitivní poruchou.

Všímavost je schopnost být zaměřen na přítomný okamžik. Průměrný věk obyvatel vyspělých zemí se zvyšuje, ale současně roste počet seniorů trpících demencí, Alzheimerovou chorobou nebo jejich předstupněm – mírnou kognitivní poruchou. Výzkumníci proto intenzivně hledají různé možnosti, jak oddálit nástup a jak zmírnit průběh těchto onemocnění. Jednou ze

zkoumaných metod je vliv meditace na oblast kognitivních (poznávacích) funkcí. „Třicet dobrovolníků, kteří byli vybráni mezi pacienty naší studie o stárnutí mozku, absolvuje osmítýdenní program, který využívá techniky v mnohém shodné s klasickou jógou (meditace, soustředění na dech a jiné techniky všímavosti). Trénink je vedený zkušeným instruktorem,“ vysvětluje Kateřina Sheardová, vedoucí brněnské části České studie o stárnutí mozku a lékařka I. neurologické kliniky FNUSA. „V průběhu projektu účastníci absolvují třikrát podrobné vyšetření zaměřené na kognitivní funkce, stres, úzkost a depresivitu a stav imunitního systému, poprvé před zahájením meditačního programu, druhý týden po jeho skončení a poslední půl roku po skončení programu,“ doplňuje Sheardová.

Účastníci projektu tak absolvují paměťové testy, testy pozornosti a exekutivních funkcí, testy na úzkost a depresivitu a vyplní dotazník s otázkami odhalujícími kvalitu jejich života. Ze vzorků krve bude analyzován jejich imunitní profil a z analýzy slin potom úroveň jejich stresu. „Jóga pomáhá jako prevence mnoha nemocí, to je doloženo různými výzkumy,“ říká Kateřina Sheardová.

Mírná kognitivní porucha je lehčí porucha paměti nebo poznávacích funkcí. Člověk s mírnou kognitivní poruchou má s pamětí, soustředěním, rozhodováním nebo orientací o něco větší potíže, než odpovídá jeho věku, ale nesplňuje kritéria pro diagnózu demence. Mírná kognitivní porucha na rozdíl od demence totiž nebrání v každodenních aktivitách a soběstačnosti, ale může se přesto časem v demenci vyvinout.

FNUSA



Foto: archiv LF MU

Inzerce M171000254

PODĚKOVÁNÍ PARTNERŮM

Ples sester
PLES ČESKÉ ASOCIACE SESTER

PARTNEŘI

SATUM

B BRAUN
SHARING EXPERTISE

cardion
zdravotnická technika

AMI

PARTNEŘI GALAVEČERA

VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

211

VYSTAVOVATELÉ

clinitex
Umění oblékat ...

BHS
Investment of your future

UNIQ WORLD

ČESKÁ ASOCIACE SESTER
CAS

MEDICAL
SERVICES

LINET

Dr.Max

Harm Reduction

je pro některé kuřáky nejvhodnějším řešením

Letos v březnu proběhla v prostorách švédského velvyslanectví v Praze konference zaměřená na harm reduction v oblasti kouření a závislosti na tabáku. Cílem akce bylo zdůraznit nutnost podpory redukce rizik v legislativě České republiky a umožnit výměnu zkušeností v oblasti potírání závislosti mezi ČR a Švédskem. Konference se konala pod záštitou velvyslanectví a Business Sweden – the Swedish Trade and Invest Council.

Takzvaný „protikuřácký zákon“, jak bývá označován nedávno schválený zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, vstoupí v platnost 31. května 2017. „Uvedené datum bylo zvoleno symbolicky v souvislosti se Světovým dnem bez tabáku, který připadá na tento den,“ uvedla náměstkyně ministra zdravotnictví ČR JUDr. Lenka Teska Arnoštová, Ph.D. Zdůraznila též, že hlavním smyslem zákona je pomoc závislým, neboť závislost na tabáku je nemoc. „Česká republika nechce zakazovat, chceme pomoci, vzbudit zájem, zejména u dětí, a předejít riziku vzniku závislosti,“ vysvětlila náměstkyně.

Nikotin vs. dehet

Podle Karla Erika Lunda, PhD., z Norského institutu veřejného zdraví, si Česká republika v přijímání strategií podporujících HR v oblasti kouření nevede nejlépe. Cenová politika tabákových produktů není optimální, chybí zde agentura, která by se věnovala kontrole užívání tabáku, a léčba pro závislé na tabáku není dostupná plošně. Podle odborníků přitom úspěšná protikuřácká strategie musí poskytovat silné podněty k tomu, aby lidé s kouřením nezačínali, motivovat je, aby s návykem přestali, a redukovat riziko u těch, kteří nejsou schopni nebo ochotni se svého návyku zbavit. Jedním z hlavních paradoxů závislosti na tabáku je fakt, že „lidé kouří kvůli nikotinu, avšak umírají kvůli dehtu“, jak bylo prokázáno před více než 40 lety. Adekvátní redukci rizika je proto konzumace nikotinu bez dehtu a toxických látek, které vznikají při hoření tabáku.

Závislost na tabáku je nemoc

„Nikotin je silně návyková látka, při jejím vysazení se dostávají nepříjemné pocity, podobně jako u alkoholu či nelegálních drog. Návykovost na nikotinu je přitom vyšší než u kokainu nebo heroínu,“ vysvětlil expert na výzkum závislostí PhDr. Ladislav Czémy z Národního ústavu duševního zdraví v Praze. Principy harm reduction jsou podle něj pro některé kuřáky nejlepší, nebo dokonce jedinou možnou variantou. Podle prof. MUDr. Evy Králíkové, CSc., z Centra pro závislé na tabáku 1. LF UK, je léčba závislosti na tabáku v České republice nerovnoměrně dostupná, chybí zde výzkumné instituce, které by se problému věnovaly. A proč se lidé neléčí? „Důvodem je nepochopení, že závislost na tabáku je nemoc, nedostatečné povědomí o léčbě, malá motivace ve společnosti, velký vliv tabákového průmyslu i to, že lékaři se obávají doporučit nekouření celebritám,“ popsala stav v ČR docentka Králíková. Tabáková epidemie podle ní u nás bude teprve kulminovat.

Kouření v číslech

- **22 % světové populace** kouří
- **6 milionu úmrtí** ročně má na svědomí kouření tabáku
- **30 % populace** v ČR kouří
- **1,7 milionu Čechů** kouří denně
- **80 % kuřáků** má klinické projevy závislosti
- **70 % kuřáků** by raději nekouřilo
- **1/3 kuřáků** v ČR zkouší každoročně přestat kouřit
- **jen 2 % českých kuřáků užívá bezdýmny tabák**
- **358 krabiček cigaret** lze koupit za průměrný plat v ČR
- **o 95 % je sníženo zdravotní riziko** při kouření elektronických náhrad ve srovnání s cigaretami
- **50-100x méně škodlivý** je snus ve srovnání s běžnými cigaretami

Elektronické cigarety a snus

Součástí léčby závislosti na tabáku a potencionálního přístupu harm reduction v této oblasti je dostupnost nikotinových náhrad. Bezdýmny nikotinové produkty (elektronické cigarety, orální tabák, nikotinové žvýkačky a náplasti) jsou bezpečnější než kouření běžných cigaret. U elektronických cigaret se udává o 95 procent nižší riziko škodlivého účinku oproti běžným cigaretám.

Mezi země s nejnižší prevalencí smrtelných chorob způsobených kouřením cigaret patří Švédsko. Odborníci věří, že důvodem je obliba tzv. snusu (druh orálního tabáku) mezi uživateli tabákových produktů. Statistiky ukazují, že snus je 50-100x méně škodlivý než běžné cigarety. Jak ale uvedl Karl Lund, zatímco ve Švédsku a Norsku je snus populární nikotinovou náhražkou, kterou často volí uživatelé jako mezistupeň před zanecháním kouření (ve Švédsku zaujímá až 60 procent trhu tabákových produktů), v Evropské unii je tento produkt stále zakázán.

Podle švédského experta na harm reduction docenta Ulf Zätterströma, PhD., užívání snusu významně napomohlo snížení kuřáctví ve Švédsku. Tento produkt původně volili dělníci, později se stal populárním u hokejistů a dalších uživatelů tabáku, kteří jej začali upřednostňovat před běžnými cigaretami. „Důležité je, že při výrobě snusu dochází k minimalizaci až eliminaci toxinů,“ upozornil Ulf Zätterström a doplnil, že se nenaplnily ani obavy o tom, že by snus vyvolával rakovinu dutiny ústní.

Preferovat bezdýmny produkty

Švédská zkušenost není podle skandinávských odborníků geograficky determinována a podobných pozitivních výsledků by se mohlo dosáhnout i v dalších státech Evropy včetně ČR. Problémem je, že pro řadu politiků i některých odborníků je řešení problému závislosti spojeno s restriktivním a puristickým přístupem, který odsuzuje uživatele a požaduje abstinenci. Mnozí odborníci se pak mylně domnívají, že dostupnost alternativních nikotinových produktů povede ke zvýšení prevalence kouření a rekrutu nových uživatelů, což se údajně ve skandinávské praxi nepotvrdilo. „Opozice vůči principům harm reduction je skoro totéž jako podpora obchodu s cigaretami,“ konstatoval ředitel Counterfactual Consulting Limited v Londýně Clive Bates, MA., MSc., který se zabývá podporou konceptu harm reduction v oblasti veřejného zdraví. Podle něj je evropský zákaz snusu neobhajitelný eticky, vědecky i legálně. „Je třeba rozlišovat mezi cigaretami a bezdýmnými produkty. Pokud existuje bezpečnější alternativa cigaret, měla by být dostupná,“ dodal k problému Bates.

Dostupné je nejškodlivější

„Bohužel nejnebezpečnějším, a přitom nejlépe dostupným výrobkem na trhu jsou běžné cigarety, zatímco prodej ostatních nikotinových alternativ je regulován či přímo zakázán,“ poukázal vedoucí Nikotin institutu ve Vídni doc. Dr. Med. Ernest Groman. Těžkým kuřákům je třeba nabízet náhradu za nebezpečné cigarety a snížit tak riziko rozvoje rakoviny plic a dalších zdravotních rizik, kterými jsou ohroženi. „U našich pacientů se snažíme modifikovat produkt, protože je to snazší než modifikovat jejich chování,“ vysvětlil doc. Groman.

K problému se vyjádřil také vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D. „Ze zkušenosti z oblasti nelegálních drog víme, že harm reduction funguje a že je efektivní. Potenciál pro jeho aplikaci u uživatelů alkoholu a tabáku, kterých je mnohem více, však není zatím využitý. Principy harm reduction jsou v této oblasti méně rozvinuté, neboť u nás nemají tradici.“



Karl Erik Lund

Vnímáte genderové a věkové rozdíly v preferencích tabákových produktů?

Cigaretový trh v Norsku je víceméně unisexový. Užívání snusu bylo tradičně mužským fenoménem, ale v posledních letech se stává populárním i u žen. Ty preferují zejména balený snus, který se prodává v drobných sáčcích připomínajících čaj. Ženy a mladí lidé dávají také přednost produktům s příchutí (například mentolu, citronu nebo eukalyptu) a miniaturním sáčkům, které nevytvorí pod rtem bouli. Výrobci snusu nabízejí atraktivní malá balení v pastelových odstínech, které se ženám líbí.



(používání elektronických cigaret), neboť tyto produkty často volí mladí kuřáci. Je jednoznačně prospěšné, pokud jimi nahradí škodlivé cigarety. S uvedenými produkty bychom měli zacházet podobně jako s alkoholem.

Ernest Groman

Myslíte si, že varovné obrázky na krabičkách cigaret mohou působit více než prevence? Nezpůsobí nakonec dokonce zhoršení zdravotního stavu u silných kuřáků?

Obrázky na krabičkách cigaret rozhodně nestačí. Informace je dobrá věc, zvláště pokud nemoc souvisí s kouřením, ale kampaň se zdá být poměrně omezená, protože je obvykle zaměřena pouze na rakovinu plic. Studie z devadesátých let ukazují, že informovanost kuřáků o dalších onemocněních spojených s kouřením naopak klesá. Varovné štítky sice přispívají ke zlepšení znalostí rizik na úrovni populace, ale někteří lidé je chápou jako zbytečné moralizování. I představitelé cigaretového průmyslu se domnívají, že jsou bezdůvodné. Přesto jim zjednodušují odpovědnost za jejich výrobky. Který spotřebitel bude žalovat výrobce cigaret s tím, že nebyl informován o nebezpečí kouření?



Nicméně pouze výstražná úroveň je nedostačující a sama u těžkých kuřáků nemusí přispět k odvykání. Je jim totiž potřeba dát další informace a podporovat produktů s nízkým rizikem. Bohužel je tento postup omezen platnou legislativou, která odpovídá době, kdy alternativní produkty nebyly dostupné, a kdy

HARM REDUCTON (HR)

Redukce škod či minimalizace rizik – je moderní politický přístup v oblasti veřejného zdraví, který snižuje škodlivé zdravotní, sociální a ekonomické následky kouření, užívání drog a alkoholu a současně chrání zbytek společnosti. Vychází z předpokladu, že nabídnout pomoc závislým jedincům je užitečnější než usilovat o jejich kriminalizaci. HR se využívá všude tam, kde se vyskytují návykové látky či návykové chování, ať jde o legální i nelegální drogy nebo hazard. Obecně je HR všeobecně přijímaný přístup podporovaný Světovou zdravotnickou organizací a představuje jednu z alternativ boje proti závislostem. Postoj odborníků ke strategii HR se liší, podle zastánců přístupu by HR měla mít oporu v legislativě dané země a zahrnovat preventivní a léčebná opatření, která lze nabídnout lidem se závislostí.

je zúčastněné strany tedy ani vlastně nemohly znát. K dnešnímu dni jsou zákony, bohužel, nakloněny nejnebezpečnější variantě – tabáku. To vede k dysfunkční situaci na trhu, a tím se dokonce brání svobodné volbě spotřebitelů a jejich přístupu k informacím. Ty jsou nyní naléhavě zapotřebí, a to zejména v zemích s vysokou prevalencí kouření, jako je Česká republika či Rakousko. Domnívám se proto, že tyto podmínky budou v příštích desetiletích udržovat počet onemocnění souvisejících s tabákem v těchto zemích stále na velmi vysoké úrovni.

MUDr. Andrea Skálová

Clive Bates

Jak přesvědčit kuřáky, aby preferovali alternativní (bez-dýmnné) tabákové produkty?

Existuje mnoho způsobů, jak motivovat kuřáky, aby přešli na bezdýmnné produkty. Za prvé je třeba je informovat o tom, že tyto výrobky jsou méně škodlivé než běžné cigarety, a říci jim, ať si je vyzkouší. Dále je nezbytné zvýšit spotřební daň u cigaret, aby kouření bylo dražší. Kontrolovaná reklama na méně rizikové tabákové produkty je další možností. Nemělo by se plošně zakazovat vapování



Inzerce M171000229

KOMERČNÍ BANKA - PARTNER PROFESIONÁLŮ

Jen málo bank v ČR dokáže poskytnout skutečně komplexní služby pro specifické obory podnikání. Patří mezi ně i Komerční banka (KB), která se této oblasti věnuje dlouhodobě a systematicky. Nyní KB přichází se zvýhodněným úvěrem, který mohou využít již stávající i začínající zdravotní sestry a bratři. Podrobnější informace nám sdělil Martin Ehrenberger, manažer Segmentového řízení - malé podniky.

JAKÝM ZPŮSOBEM DOKÁŽE KOMERČNÍ BANKA ZOHLEDNIT SPECIFICKÉ POŽADAVKY SVÝCH KLIENTŮ?

KB se dlouhodobě věnuje problematice podnikání členů jednotlivých profesních komor. Například pro zdravotní sestry a bratry máme v naší nabídce samostatné produkty a služby, které splňují jejich specifické potřeby. Naši bankovní poradci, kteří mají kromě kvalifikace v oblasti financí také zkušenosti s konkrétními požadavky této profese, jim dokáží přizpůsobit nabídku přímo na míru.

MŮŽETE UVÉST NĚJAKOU AKTUÁLNÍ NABÍDKU?

V současné době představujeme nabídku zvýhodněného financování, které je určeno všem členům České komory zdravotnických pracovníků (ČKZP). Zajímavá je nejen úrokovou sazbou, která je pouze sedm procent ročně, ale také výší nezajištěného limitu 600 tisíc Kč.

Úvěr si může sjednat nejen existující a zavedený podnikatel, ale i ten, který s podnikáním začíná. Komerční banka nabízí financování pro členy ČKZP, od kterých nevyžaduje doložení historie podnikání a účetní výkazy, jak tomu obvykle bývá u jiných bank.

UVEĎTE, PROSÍM, JAK MOHOU ČERPAT FINANCE ČLENOVÉ ČKZP?

Záleží na jejich rozhodnutí, zda využijí klasický podnikatelský úvěr nebo dají přednost kreditní kartě či povolenému debetu na podnikatelském účtu.

Garantujeme jim rychlý a jednoduchý schvalovací proces, širokou možnost využití úvěru a možnost sjednání pojištění schopnosti splácet.

Pro více informací volejte bezplatnou infolinku KB 800 521 521 nebo navštivte www.kb.cz

KB



Kdy se opět setkáme s lékařským konopím?

O tom, proč momentálně v lékárnách chybí konopí a na jaké typy bolestí se předepisuje, mluví primář Oddělení léčby bolesti Fakultní nemocnice Brno **MUDr. Marek Hakl, Ph.D.**

Na jaké nejčastější bolesti si pacienti stěžovali v souvislosti s předepisováním konopí?

Konopí se jako doplňkový lék hodí na většinu druhů chronických bolestí. Nejlepší efekt má u neuropatické bolesti, tedy vzniklé poškozením nebo onemocněním nervového systému, a na bolest onkologickou. Dobrý efekt jsme však zaznamenali i u bolesti kloubní a vertebrogní.

Považujete léčbu konopím za prospěšnou? Z jakých důvodů?



Léčba konopím byla velice přínosná a na českém trhu opravdu chybí. Bohužel je v terapii bolesti pro svůj charakter zcela nenahraditelná.

Jak se mohlo stát, že se konopí lékárnám nedostává?

Chyba se patrně stala na straně SAKLu, tedy Státní agentury pro konopí pro léčebné použití. Posledním dodavatelem konopí byl český producent. Nicméně po ukončení smlouvy došlo k vypsání nového výběrového řízení na dodavatele, ten však doposud nebyl vybrán. Proto



Ilustrační foto: Shutterstock

ani žádné konopí nemůže v současné době být v lékárnách k dispozici.

Jednalo se o léky vyráběné z českého, či zahraničního konopí?

Posledním dodavatelem byl český pěstitel ze Slušovic.

Jak odhadujete, že se bude situace s konopím dále vyvíjet?

Vzhledem k tomu, že dodávka dalšího konopí záleží zcela na státních institucích, nedokážu situaci předpovědět. Doufám, že by snad do třech měsíců mohlo být opět v lékárnách.

Zdroj a foto: FN Brno

Terapie promethazinem v pediatrické populaci

Léčivá látka promethazin-hydrochlorid je jedním z nejstarších antihistaminik s poměrně širokým spektrem účinků. Promethazin působí antagonisticky na cholinergní, histaminové, α -adrenergní receptory a serotoninové receptory. Klinicky významné jsou účinky potlačující hypersenzitivitu, vegetativně tlumivé, silné účinky sedativní, až účinky navozující spánek a v neposlední řadě i antiemetické působení.

Rizika podání

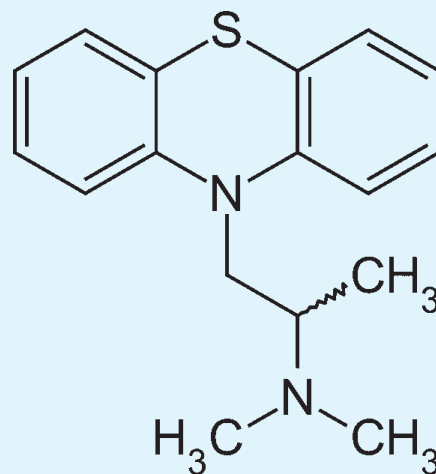
V určitých indikacích je promethazin příležitostně předepisovaným léčivem i pro dětské pacienty. Je třeba ale myslet i na možné nežádoucí účinky. U velmi malých dětí je hlavním rizikem útlum dechového centra a spánková apnoe, což je spojováno se syndromem náhlého úmrtí kojence a se zvýšeným rizikem potenciálně fatální respirační deprese. Může také dojít k halucinacím, záchvatům, dystonické reakci, ale i k paradoxní excitaci. Vzhledem k výše zmíněným rizikům je podávání promethazinu kontraindikováno

dětem do dvou let. V České republice je v současné době na trhu pouze jeden léčivý přípravek s obsahem promethazinu ve formě potahovaných tablet, v dávce 25 mg v jedné tabletě, který je v této síle kontraindikován dětem do deseti let. V podobě polykomponentního sirupu je v ČR registrován i přípravek určený pro dospělé a dospívající od 12 let, který ale aktuálně není dostupný na trhu.

Dělit tablety nelze

V nedávné době jsme obdrželi hlášení podezření na nežádoucí účinek u pětileté pacientky v souvislosti s nesprávným užitím přípravku ve formě tablet (kontraindikován do deseti let věku). Konkrétně se jednalo o zvýšenou spavost. Setkali jsme se i s dotazy na možnost dělení tablet s obsahem 25 mg promethazinu. Jak tedy řešit bezpečnou terapii u dětských pacientů od dvou do deseti let? Léčivá forma přípravku s obsahem 25 mg promethazinu registrovaného v ČR je potahovaná tableta o průměru 5,5 mm bez dělicí rýhy.

Dělení tablety pro dosažení nižší dávky proto nelze akceptovat, protože nelze zajistit, že bude tableta rozdělena na stejné části. Bez dělicí rýhy nelze zaručit stejnou dávku účinné látky ve všech částech tablety. Stejně tak není zaručena ani účinnost a bezpečnost při užití neurčité dávky u dětí. Takové podání nelze hodnotit ani jako užití off-label use. Jednalo by se o nesprávné užívání léčivého přípravku, které by mohlo nepředvídatelným způsobem ovlivnit účinnost a zvýšit riziko nežádoucích účinků.



nost a zvýšit riziko nežádoucích účinků.

Sirup je lepší

U dětí nad dva roky je promethazin indikován například k terapii poruch spánku či terapii laryngitis subglottica acuta (akutní zánět hrtanu) u pacientů bez obstrukce horních cest dýchacích. S užíváním promethazinu se lze setkat i v zubní praxi v kombinaci s jinými látkami při premedikaci u neošetřitelných dětí.

V ČR lze pro léčbu dětí ve věku od dvou do deseti let využít individuálně připraveného léčivého přípravku v lékárně (IPLP, magistraliter příprava) za použití léčivé látky promethazinu a jeho zapracování do vhodné lékové formy (např. sirupu) pro podání dětským pacientům.

Od roku 2010 je tato látka dostupná pro přípravu v lékárně v 2g a 5g balení. Závěrem lze shrnout, že v současnosti je v ČR na trhu pouze jediný léčivý přípravek s obsahem účinné látky promethazin-hydrochlorid, a to ve formě potahovaných tablet v síle 25 mg, který je nevhodný pro děti do deseti let. Magistraliter přípravky, připravované speciálně pro jednotlivé dětské pacienty s ohledem na jejich věk či hmotnost, by tak měly sloužit jako vhodná náhrada za chybějící léčivý přípravek s nižší dávkou promethazinu. Absolutní kontraindikace do dvou let věku je ovšem nutné dodržovat.

Zdroj: SÚKL

Informační zpravodaj Nežádoucí účinky léčiv 1/2017



Ilustrační foto: 2x Shutterstock



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.

Elektronická komunikace a podpisy

V dnešní Poradně bychom chtěli poskytovatele, kteří se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR komunikují elektronicky přes aplikaci EP2 Workspace nebo využívají možnosti elektronicky podepisovat smluvní dokumenty mimo tuto aplikaci, upozornit na zásady elektronické komunikace a zároveň připomenout postup při řešení potíží.

VZP ČR se snaží umožnit svým smluvním partnerům komunikovat elektronicky co nejjednodušším způsobem, a to zejména pomocí aplikace EP2 Workspace. Aplikace EP2 Workspace umožňuje efektivní a zabezpečenou komunikaci. Její výhodou je možnost hromadného elektronického podpisu, automatického generování elektronických Příloh č. 2 a v neposlední řadě dává přehled o smluvních dokumentech poskytovatele zdravotních služeb na jednom místě. Zřízení přístupu do aplikace je vyřizováno na oddělení správy smluv příslušné regionální pobočky, kde poskytovatelé mohou získat veškeré potřebné informace.

Podepisování v aplikaci EP2 Workspace a předání dokumentů zpět VZP ČR

Uživatelé aplikace EP2 Workspace bychom rádi upozornili na správný postup podepisování a předávání dokumentů zpět VZP ČR, ať už hromadně, nebo jednotlivě.

V souvislosti se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, jsou zdravotní pojišťovny povinny **zveřejňovat smlouvy a dodatky, z nichž vyplývá výše úhrady zdravotní pojišťovny poskytovateli za poskytnuté hrazené služby nebo rozsah poskytovaných hrazených služeb, a to ve lhůtě do 60 dnů od uzavření příslušného dokumentu.** Stává se však, že uživatel dokument elektronicky podepíše, ale nepředá jej prostřednictvím aplikace zpět do VZP ČR, což komplikuje včasné zveřejnění dokumentů, které musí projít ještě řádnou anony-



*JUDr. Lenka Havlasová,
ředitelka Odboru smluvní politiky*

mizací citlivých údajů. Pro předání podepsaných dokumentů zpět je po provedení elektronického podpisu za poskytovatele nutné **předmětné dokumenty v aplikaci označit a stisknout tlačítko „Vrátit podepsaný dokument“.**

Podrobněji je proces podepisování popsán v uživatelské příručce, která je dostupná přímo v apli-

kaci EP2 Workspace, nebo v dokumentu Jednoduchý pomocník pro aplikaci EP2W na webových stránkách (www.vzp.cz/e-vzp/ep2-workspace).

Kvalifikovaný elektronický podpis

V zájmu bezpečnosti **VZP ČR akceptuje při podepisování elektronických dokumentů pouze tzv. kvalifikovaný certifikát.** V tomto ohledu postupuje plně v souladu s platnými právními normami, zejména s ustanoveními § 5–7 zákona č. 297/2016 Sb., o službách vytvářejících důvěru pro elektronické transakce. Uznávaným elektronickým podpisem se rozumí zaručený elektronický podpis založený na kvalifikovaném certifikátu, vydaném akreditovaným poskytovatelem certifikačních služeb a obsahujícím údaje, které umožňují jednoznačnou identifikaci podepisující osoby.

Více se o uznávaných certifikačních autoritách mohou poskytovatelé dozvědět na webových stránkách (www.vzp.cz) v sekci e-VZP.

Vzdálená podpora

V případě, že se při práci s aplikací EP2 Workspace vyskytnou jakékoliv potíže, ať už s přihlášením, nebo elektronickým podepisováním, je pro poskytovatele připravena vzdálená podpora. Stačí zaslat e-mail na ekk@vzp.cz a v něm uvést příslušné IČZ, kontaktní telefon a stručný popis problému (např. problém s podpisem či s přihlášením). Problém bude následně řešit technik VZP ČR pomocí vzdáleného připojení.

VZP dá letos na péči 161,73 miliardy Kč. Oproti loňsku je to o 9 miliard více. Přidáno dostanou všechny segmenty.

Být naším partnerem se vyplatí!





EBHC přináší zdravotníkům novinky z oboru

V roce 2013 bylo v rámci Univerzity Palackého v Olomouci založeno České centrum Evidence-Based Healthcare, které chce přinášet co nejrychleji nové poznatky z oboru podložené vědeckými důkazy.

Již v 80. letech pocítovali zdravotničtí pracovníci, že nestíhají sledovat všechny aktuality a novinky v oblasti. Díky velmi rychlému rozvoji elektronizace a zejména internetu se počet odborných publikací zvýšil exponenciálně. V současné době jde meziroční nárůst odborných publikací do milionů. I to je paradoxně důvodem, proč ve zdravotnictví zaostává praxe za výzkumem v průměru o 20 let. Cílem Evidence-Based Healthcare je poskytnout zdravotnické praxi co nejpřehlednější a nejrychleji nejlepší dostupné vědecké důkazy a co nejefektivněji o nich informovat.

Zlepšení výsledků zdravotní péče

České centrum Evidence-Based Healthcare (EBHC) – Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech bylo založeno v roce 2013 při Ústavu sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Je členem celosvětové sítě specializovaných pracovišť, držitelů licence australské instituce The Joanna Briggs Institute at Faculty of Health Sciences, The University of Adelaide (JBI).

Evidence-Based Healthcare (EBHC) je v překladu zdravotnictví založené na vědeckých důkazech. JBI je neziskovou organizací, která rozvíjí a podporuje mezinárodní spolupráci vědců, zdravotníků a výzkumníků v oblasti zdravotnictví. Sdružuje více než 80 center a skupin ze 47 zemí, z nichž v Evropě jich nyní působí šestnáct. Jejím úkolem je vytvářet, poskytovat a předávat technologické a informační předpoklady včetně znalosti smysluplného využívání nejlepších dostupných vědeckých důkazů při rozhodování o vhodném postupu ve zdravotnictví. JBI se tak spolupodílí na zlepšení výsledků zdravotní péče. „Tento přístup využívá nejnovějších poznatků vědy i výzkumu a přenáší je do praxe medicínských a nelékařských zdravotnických oborů. EBHC je souborem činností, které vedou ve zdravotnické praxi k pečlivému rozhodování o tom, zda a kdy je u pacienta s nějakým velmi konkrétním problémem a v dané specifické situaci smysluplné využít výsledky nejnovějšího výzkumu. Uvedený způsob myšlení mohou lékaři a zdravotníci využívat v klinické praxi, při manažerských rozhodováních i jako součást

tvorby různých doporučení, která jsou podložena nejlepšími dostupnými vědeckými důkazy,“ vysvětluje ředitel českého EBHC Miloslav Klugar.

Hledám rychle a efektivně

Ročně se v českém EBHC věnují více než dvěma stovkám studentů olomoucké lékařské fakulty. Problematiku však vyučují i v jiných studijních oborech (např. v porodní asistenci). „Se studenty procvičujeme, jak zformulovat jasnou a zodpověditelnou problémovou otázku, jak ji transformovat do systematické vyhledávací strategie, jak rychle a efektivně vyhledávat v medicínských databázích a jak se dostat k nejlepší relevantní vědecké studii. Předáváme jim znalost postupů, jak text studie zhodnotit z hlediska metodologické kvality a klinické významnosti. Vedeme je k přemýšlení a kritickému myšlení. Je pravděpodobné, že se v životě ocitnou v situaci, kdy nebude naučený a standardně využívaný postup dostatečně účinný nebo použitelný a kdy budou potřebovat hledat jiná řešení.

Odborníkům a specialistům můžeme kromě uvedeného pomoci s hlubším porozuměním principům sekundárního výzkumu a jejich výsledkům. Optimální je práce s tématy specifickými pro určitou specializaci či v nějakém konkrétním tématu můžeme zpracovat systematickou analýzu na zakázku – tzv. systematické review,“ pokračuje docentka Jana Marečková, zástupkyně ředitele českého EBHC.

Praxe potřebuje kvalitní informace

Metodologické postupy a nástroje pro tvorbu systematických review lze podle doktora Klugara využít ke zpracování témat všech zdravotnických oborů a specializací. Nejde tedy pouze o obory, jež zabezpečují přímo klinickou nebo ambulantní praxi. „Systematická review přináší silné vědecky podložené důkazy i pro rozhodování managementu (např. v oblasti nákladovosti). Výsledky review jsou velmi nosné rovněž pro tvorbu národních i nadnárodních programů zaměřených na zlepšení zdraví populace. Takto kupříkladu od roku 2011 postupuje i WHO,“ zdůrazňuje Miloslav Klugar.



Jana Marečková a Miloslav Klugar

Prvopočátky sekundárních výzkumů se ve světě začaly uskutečňovat v osmdesátých letech minulého století a za uplynulých dvacet let byla jejich tvorba zdokonalena a rozšířena. Na některých metodologických vylepšeních či nových oblastech se podíleli i podléjší i olomoučtí odborníci. „Jsme si vědomi toho, že praxe potřebuje mít k dispozici skutečně věrohodné a kvalitní informace,“ dodává docentka Marečková.

Dokončené akce

Nejlepšími praktickými příklady jsou podle Miloslava Klugara dokončená review, která informují praxi, politiku i primární výzkum v oblastech osobních strategií zdravého stárnutí v Evropě. „Pokud se starší osoby adaptují na měnící se situaci a zvolí si pozitivní přístup, tak naleznou aktivní způsob života a také jeho smysl a své poslání. Pokud se senioři naučí novým aktivitám, věnují se cvičení, udržují vyvážené vztahy a řídí svoji finanční situaci, zůstávají mentálně, sociálně a fyzicky aktivní a také finančně odpovědní,“ popisuje ředitel centra.

Dalším příkladem je podle něj výzkum vhodnosti institucionální či neinstitutonální rehabilitace u starších pacientů po náhradě kyčelního kloubu. „Zjistili jsme, že dosud neexistují žádné vědecké důkazy, které by porovnávaly účinnost ambulantní fyzioterapie ve srovnání s tou institucionální na kvalitu života a provedení chůze u starších osob po totální náhradě kyčelního kloubu a po propuštění z nemocnice,“ říká Miloslav Klugar. Dále pak uvádí porovnání účinnosti operativní korekce nebo konzervativního přístupu při léčbě vbočeného pláce (hallux valgus). „Z našich výsledků vyplývá, že rozdíly v několika typech operativního ošetření jsou z hlediska klinických výsledků minimální. Avšak distální osteotomie prvního metatarzu typu chevron je z hlediska snížení bolesti efektivnější než konzervativní terapie. V doporučení pro další výzkum je ovšem nutné provést randomizovanou kontrolovanou studii, která by se zaměřila kromě hodnocení bolesti také na funkci a kvalitu chůze,“ zdůrazňuje ředitel olomouckého centra.

Vzájemně se potřebujeme

Členství v JBI poskytuje olomouckým vědcům možnost spolupráce se všemi centry na světě. „Dá se říci, že se vzájemně potřebujeme, a proto si vycházíme vstřícně například zapojením do grantových projektů s mezinárodní účastí. Navíc v rámci JBI existuje mezi jednotlivými centry velmi vřelá, až přátelská atmosféra. Nejužší spolupráci máme logicky v Evropě (například s centrem v Nottinghamu, Aberdeenu, belgickém Leuvenu, Madridu, portugalské Coimbre, dánském Aalborgu). Ze vzdálenějších lokalit se jedná o centrum v americkém San Antoniu, Fort Worth na Tchaj-wanu, v Singapuru či Japonsku a v neposlední řadě rovněž v Adelaide. Velmi rádi bychom posílili spolupráci s Fakultní nemocnicí v Olomouci (FNOL), která by se mohla stát klinickým partnerem našeho centra,“ uzavírá Miloslav Klugar.



Ředitel a zástupkyně ředitele českého EBHC (v bílých pláštích)

Foto: 2x archiv EBHC

Martin Ježek



Odebrání zbraně pacientovi

Mohu jako zdravotní sestra na psychiatrickém oddělení odebrat pacientovi zbraň, i když přichází k dobrovolné hospitalizaci a spolupracuje? Jak mám správně postupovat?

Uvedená problematika je řešena zejména zákonem č. 119/2002 Sb., o zbraních a střelivu. Důležitý je zejména § 20a odst. 1 zákona, který říká: „Každý lékař, který v rámci poskytování zdravotních služeb zjistí nebo nabude důvodné podezření, že pacient trpí nemocí, vadou nebo stavem, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost podle tohoto zákona, je oprávněn u příslušného útvaru policie ověřit, zda je taková osoba držitelem zbrojního průkazu. Příslušný útvar policie tyto údaje lékaři sdělí bez zbytečného odkladu.“

Pokud je takto zjištěno, že pacient má platný zbrojní průkaz, ale hrozí, že bude zbrání ohrožovat na ži-

votě či zdraví sebe nebo jiné osoby, probíhá následně přezkoumání toho, zda je nadále způsobilý si zbraň ponechat (takové přezkoumání v případě vědomosti o pacientově nebezpečnosti je povinen iniciovat sám lékař a informovat i policii). Nemá-li pacient zbrojní průkaz (a jde o zbraň, pro jejíž držení je průkaz zapotřebí) nebo hrozí, že pacient bude zbraň užívat k násilí, je možno požádat policii, aby mu zbraň ihned odebrala (v souladu s ust. § 35 zákona č. 273/2008, o Policii České republiky). Pokud ale nastane vámi popisovaný případ dobrovolné hospitalizace, kdy pacient spolupracuje a nikoho (legálně drženou) zbrání neohrožuje, není možné pacientovi proti jeho vůli zbraň odebrat (tím méně ze strany personálu zdravotnického zařízení bez asistence policie).



Foto: archiv Ivana Davida

JUDr. Ivan David, advokát

Školení v třísměnném provozu

Téměř dva roky jsem byla zařazena do špatného platového stupně, jak jsem si všimla na výplatní pásce. Na dotaz, zda mám nárok na ušlou finanční částku, mě personalistka ujistila, že jsem k žádné újmě nepřišla, že finanční rozdíl mezi 1. a 3. platovým stupněm mi nejspíš vrchní dorovnávala v osobním ohodnocení, které mám vyšší než mé kolegyně na oddělení. Chybu v počítači opravila a já podepsala nový platový výměr již se správným zařazením, ale se stejným osobním příplatkem. Na dotaz, proč se můj osobní příplatek nesížil, pokud mi dorovnával rozdíl mezi 1. a 3. platovým stupněm, mi personalistka řekla, že na to mám nárok, neboť jsem stejnou částku osobního příplatku podepisovala v lednu tohoto roku.

Prostudovala jsem své výplatní pásky, kde jsem zjistila, že výše osobního příplatku se velmi liší v době, kdy čerpám dovolenou, a že v případě čerpání pracovní neschopnosti je osobní příplatek nulový. Mám právo domáhat se ušlé finanční částky, nebo jednat zaměstnavatel správně a skutečně mi může dorovnávat rozdíl v osobním příplatku?

Nemohu být poškozena, pokud dojde na vypočítávání důchodu? Personalistka mi řekla, že důchod se počítá průměrem z celkového platu, nikoliv ze základu, tudíž podle jejích slov nejsem ochuzena ani v tomto směru. Pokud jsem v právu, jaký by byl nejlepší postup řešení dané situace?

Zákoník práce hovoří jasně. Plat není možné určit jiným způsobem, v jiném složení a jiné výši, než stanoví sám zákoník práce a prováděcí právní předpisy (zejména nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě). Pokud jste byla zařazena do špatného platového stupně, jedná se o špatně určený plat a v tomto kontextu by měla být provedena i oprava. Pozor však na to, jak byla zaměstnavateli vaše praxe prokázána, tedy zda měl zaměstnavatel dostatek informací a mohl tak chybu zařazení reálně zjistit. Povinnost prokázat svou předchozí praxi totiž leží na zaměstnanci.

Osobní příplatek je podle zákoníku práce poskytován zaměstnanci za dlouhodobé dosahování velmi dobrých pracovních výsledků nebo za plnění většího rozsahu pracovních úkolů. Tento osobní příplatek, ač je součástí platu jako takového, by neměl sloužit jako vyrovnání nesprávně určeného platového stupně. Uvedený argument, že vám byl poskytován větší osobní příplatek jako náhrada za špatně určený platový stupeň, může být značně nalomen tím, že o špatném zařazení musel někdo vědět a zároveň nedošlo k jeho úpravě po zvednutí platového stupně. Osobní příplatek se u jednotlivých zaměstnanců může lišit, zejména s ohledem na pracovní výsledky a rozsah práce. Je tak vhodné zjistit, jakým klíčem se stanovuje.



Foto: archiv Petry Maryškové

Důchod se – velmi zjednodušeně řečeno – počítá z celkového hrubého příjmu zaměstnance, tedy z platu zaměstnance včetně osobního příplatku. Domáhat se doplacení nesprávně určeného platu je možné v obecné promlčecí lhůtě tří let. Primárně však doporučuji domluvit se se zaměstnavatelem, pokud však nebude dohoda možná, je možné se obrátit na Státní úřad inspekce práce, případně pak i na soud.

Mgr. Petra Maryšková, advokát

Inzerce M171000134

Předplaťte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získáte jako dárek

Pánský sprchový gel a toaletní vodu YVES ROCHER Nature Homme v hodnotě 969 Kč

Neváhejte!**Tato nabídka platí jen do 21. 5. 2017.****Předplatné na rok pouze za 399 Kč.****Předplaťte 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 **ZM0417**. 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 **ZM0417**. Nezapomenejte 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 odbrnění 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 tímto dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávku dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jim vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1552/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tiskových prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. 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, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je dobrovolně, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Představujeme publikaci

Maligní kožní nádory



Účelem tohoto průvodce diagnostikou a léčbou nemelanomových kožních nádorů i melanomu je seznámit odbornou veřejnost se základní problematikou etiologie kožních nádorů, jejich diagnostikou, prevencí i možnostmi léčby. Incidence všech typů kožních nádorů se enormně zvyšuje a nejúčinnější léčbou je včasná diagnóza a včasné chirurgické odstranění. Kniha je určena pro dermatology, ale také praktické lékaře, chirurgy a další lékaře, kteří se ve své praxi s kožními nádory setkávají. Hlavním cílem publikace je zlepšit klinickou diagnostiku kožních nádorů, lépe porozumět jejich biologické podstatě, upozornit na možnosti a účinnost primární i sekundární prevence i nové metody léčby.

Autorka: Ivana Krajsová et al.

Doporučená cena 650 Kč

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

MEDICAL SERVICES

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

mf
MLADÁ FRONTA



Česká kardiologie se předběhla o mnoho let

Ilustrační foto: Shutterstock

Témata nadcházejícího 25. výročního České kardiologické společnosti pro naši redakci okomentoval prof. MUDr. Aleš Linhart, Dr.Sc., přednosta II. interní kliniky kardiologie a angiologie a předseda programového výboru sjezdu.

Květnový sjezd České kardiologické společnosti (ČKS) opět rozkryje nepřeborné množství aktuálních kardiologických problémů. Mohl byste přiblížit okruhy témat, které kardiologové a další odborníci rozhodně zaujmou?

Sjezd ČKS je jedním z nekomplexnějších setkání kardiologů a jeho témata pokrývají prakticky všechny oblasti současné kardiologie. Díky účasti spřátelených společností se však budeme věnovat především oblastem trombózy a hemostázy, arteriální hypertenze, diabetologie či angiologie. Očekáváme, že XXV. sjezd bude opět patřit k největším setkáním lékařů v ČR. Výjimečný bude kongres tím, že naše jednání svojí účastí obohatí prezident Evropské kardiologické společnosti (ESC) prof. Jeroen Bax, a také mezinárodním blokem, který bude věnován problematice mozkových cévních příhod. Uvedené téma je zařazeno mimo jiné proto, že se prof. Petr Widimský stal v loňském roce předsedou nově vzniklého ESC Council on Stroke. Každoročně bývá mimořádný zájem soustředěn na výsledky nedávných klíčových studií v kardiologii. Ty prezentujeme v blocích nazvaných Hot-lines. Tradičně očekáváme velký zájem o přímé přenosy intervencí z jednotlivých kardiocenter.

Česká kardiologie je dlouhodobě na světové úrovni. Mohl byste zmínit klinickou studii

z poslední doby, která dobrou pověst českých lékařů opět potvrdila?

Česká kardiologie je skutečně na špičkové úrovni nejen co se organizace kardiologické péče týče, ale i schopností spojit síly a realizovat významné klinické studie. Většina z nich tvořila rodinu studií PRAGUE a byla z dílny již zmíněného prof. Widimského. Naposledy to byla například studie PRAGUE-19 věnovaná výsledkům implantace re-sorbovatelných stentů.

Když se ohlédnete za loňským rokem, jaký posun česká kardiologie zaznamenala (guidelines, farmakoterapie, přístrojová technika, operační technika)?

Úroveň kardiologické péče v České republice předběhla o mnoho let svoji dobu. Podařilo se téměř beze zbytku realizovat cíle národního kardiologického programu v oblasti léčby akutních koronárních syndromů a významný pokrok nastal i u nemocných se srdečním selháním. V poslední době se dělá hodně pro nemocné s náhlými zástavami oběhu, pro něž se připravuje systém vysoce intenzivní péče s pomocí oběhových podpor. Vynikající výsledky máme i v léčbě vzácných kardiologických diagnóz, jako jsou myokarditidy, metabolická onemocnění srdce nebo plicní hypertenze. Nesmíme zapomenout i na pokrok v léčbě diabetu, kde se po dlouhých letech konečně

objevily preparáty snižující kardiovaskulární komplikace.

To vše ale nemůže existovat bez vazby na funkční systém celého zdravotnictví – kardiologie se nepohybuje ve vzduchoprázdnu, potřebujeme mezioborovou spolupráci, funkční systém interních oddělení a klinik a dostupné praktické lékaře. Naše zdravotnictví je však v řadě oblastí blízko významné personální krizi, a to jak na lékařské, tak zejména na sesterské úrovni. Za vším nestojí jen nedostatečné finanční ohodnocení zdravotníků, ale především mnohdy zbytečná administrativní zátěž vyplývající z různých alibistických akreditačních procesů, neustále se měnící systém postgraduálního vzdělávání, absence dobře fungujících a finančně zajištěných míst pro školení v jednotlivých oborech nebo nefungující systém lékařských pohotovostí, který směřuje většinu nemocných s často banálními problémy na již tak přetížená interní oddělení všech typů nemocnic. Přitom v řadě ohledů má česká kardiologie před sebou ještě mnoho práce, neboť kardiologická morbidita a mortalita je u nás stále vysoká – i přes nepochybný pokrok se v zemích EU pohybujeme stále na chvostu celého pelotonu. Ze zemí EU má vyšší mortalitu na ICHS jen Litva, Lotyšsko, Maďarsko a Slovensko. Abychom se posunuli vpřed, budeme potřebovat plně funkční systém celého zdravotnictví a k tomu máme nyní, zdá se, dále než v minulosti.

Petra Klusáková

Rozhovor s kardiologem MUDr. Petrem Kalou, Ph.D., FEŠC

Interní kardiologická klinika FN Brno využívá od prosince 2016 pro zobrazení srdečních a cévních struktur nové ultrazukové přístroje Vivid S70, které i ve spojitosti s využitím 3D jícnové echokardiografie umožňují lepší zobrazení a přesnější plánování léčby.

Již v 80. letech pociťovali zdravotníci pracovníci, že nestíhají sledovat všechny aktuality a novinky v oblasti medicíny. Díky velmi rychlému rozvoji elektronizace a zejména internetu se počet odborných publikací zvýšil exponenciálně. Technologie je dobře využitelná například při katérovém uzávěru ouška levé srdeční síně v prevenci cévní mozkové příhody u vysoce rizikových nemocných s fibrilací síní. Během zákroku, který je prováděn při vědomí pacienta, je pod RTG a 3D echokardiografickou kontrolou uzavřen vstup do ouška síně tzv. okludérem, kterým se eliminuje část srdce zatížená největším rizikem tvorby krevních sraženin (trombů).

Nová technologie 3D jícnového zobrazení srdce umožňuje katetrizujícímu týmu preciznější orientaci v operačním prostoru. Zákrok s novým přístrojem provedl tým brněnských kardiologů a uskutečnil se na Pracovišti invazivní a intervenční kardiologie Interní kardiologické kliniky FN Brno. Jaká jsou specifika uvedeného zákroku? Na to v krátkém rozhovoru odpověděl vedoucí pracoviště, kardiolog a zároveň lékařský náměstek pro interní obory FN Brno MUDr. Petr Kala, Ph.D., FEŠC.

Jedná se o zavedení něčeho podobného, jako je „bypass“?

Bypass a okludér jsou velmi odlišné techniky u velmi odlišných onemocnění. Bypass se využívá pro kardiochirurgickou léčbu ischemické choroby srdce, zatímco okludér implantujeme v průběhu ka-



Foto: archiv FN Brno

térového uzávěru ouška levé síně srdeční. Tam je však indikací prevence systémové embolizace, tzn. především cévní mozkové příhody, u pacientů s fibrilací síní a vysokým rizikem ischemie. K tomuto zákroku jsou v současnosti indikováni pacienti, kteří nemohou být léčeni chronickou antikoagulační léčbou z důvodu krvácivých komplikací.

Jaké jsou výhody operace?

Jedná se o miniinvazivní operaci, lépe řečeno intervenční léčbu, která výrazně snižuje riziko systémové embolizace a zároveň i riziko krvácivých komplikací. Toho dosáhneme eliminací ouška levé síně jako nejčastějšího místa vzniku krevních sraženin z krevního oběhu.

Jsou nějaká rizika?

Jako u všech invazivních zákroků je i tato léčba spojena s určitými riziky, která se mohou vyskytnout v průběhu zákroku nebo bezprostředně po něm, eventuálně v průběhu dalšího sledování. V perioperačním průběhu může dojít ke komplikacím v místě vpichu do stehenní žíly nebo i obtížím v důsledku manipulace instrumentáři v srdečních dutinách. Rizika jsou však vyvážena dlouhodobým klinickým přínosem pro pacienty.

Za jak dlouho bude operace zcela běžná?

Nyní provádíme zákroky u pacientů, kteří nemohou být účinně léčeni farmakologicky. Abychom k zákrokům běžně indikovali i pacienty, kteří mohou být léčeni antikoagulancii, musíme v přímém porovnání prokázat minimálně stejnou

efektivitu a bezpečnost. Této problematice se věnujeme v rámci českého multicentrického randomizovaného výzkumného projektu PRAGUE-17.

Je u výkonu potřebná nějaká spolupráce ze strany pacienta?

Spolupráce pacienta je vždy velmi důležitá, a to nejen před vlastním zákrokem, kterému předchází podrobné vyšetření včetně jícnové echokardiografie, již jsme nově doplnili o 3D zobrazení, ale i v následujícím období po zákroku. Pacient musí brát doporučenou farmakoterapii a je sledován ve specializované poradně. Spolupráce v průběhu vlastního zákroku je rovněž třeba, ale vzhledem k podané analozedaci je její význam spíše menší.

Jak dlouho se musí „školit“ lékař, aby byl výkonu schopen?

Program tzv. strukturálních intervencí, kam katérový uzávěr ouška levé síně řadíme, navazuje ve většině případů na trénink v invazivní a intervenční kardiologii a získání funkčních licencí České lékařské komory. Pokud sečteme dobu k získání kardiologické atestace a následně superspecializaci v intervenční kardiologii, pak je samostatné provádění těchto výkonů možné nejdříve po osmi letech od absolvování lékařské fakulty. Reálně je však tato doba delší.

Odkud metoda pochází?

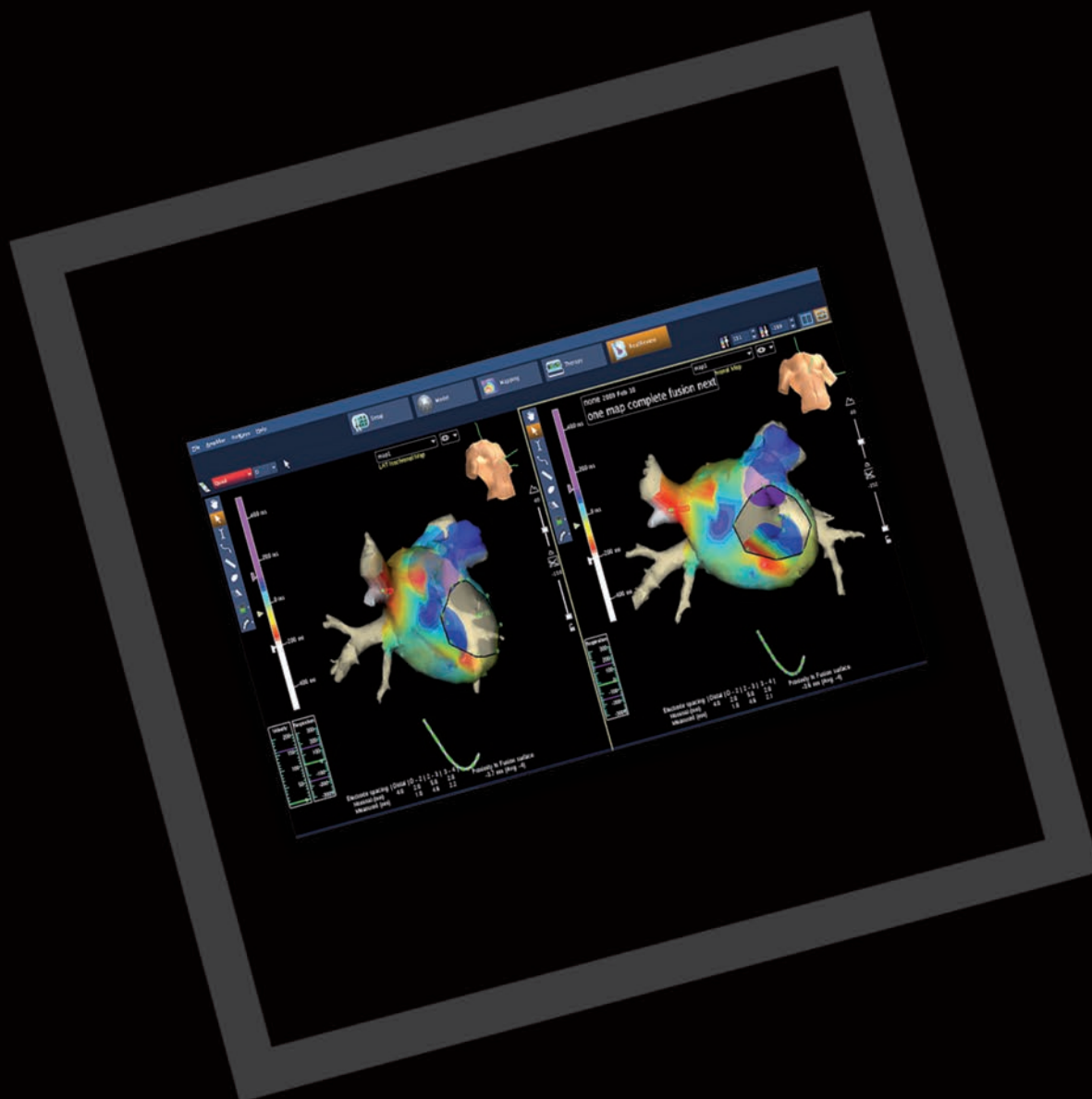
Okludéry pro uzávěr ouška byly vyvinuty ve Spojených státech amerických. Ve výzkumu a v klinické praxi se používají v posledních deseti letech. (red)



Ilustrační foto: Shutterstock

cardion

www.cardion.cz



CARDION s.r.o., Rybnická 136, 634 00 Brno
telefon: +420 547 241 313, fax: +420 547 241 314



ST. JUDE MEDICAL™
MORE CONTROL. LESS RISK.

Sestra roku



17. ročník soutěže vyhlášené redakcí odborného časopisu Zdravotnictví a medicína z vydavatelského domu Mladá fronta a. s.

Děkujeme partnerům soutěže!

GENERÁLNÍ PARTNER



O krok dál
pro zdraví

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI



ZÁŠTITY



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



Těšíme se na spolupráci v dalším, již 18. ročníku soutěže!



Jitka Coufalová, Jana Kocourková, Marie Volková, Jiří Čáp, Angelika Osovská, Zuzana Fišarová, Soňa Lamichová a Andrea Růžičková s prezidentkou České asociace sester Martinou Šochmanovou foto: Tomáš Hercog

Sestra roku 2016

V úterý 28. března proběhlo v Hudebním divadle Karlín v Praze slavnostní vyhlášení vítězů 17. ročníku soutěže Sestra roku, kterou každoročně pořádá divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta. Záštitu nad oceněním převzala i letos Mgr. Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar a Václava Havlových VIZE 97.

Patronát nad soutěží rovněž převzaly Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR i Magistrát hlavního města Prahy a odborným garantem je Česká asociace sester.

Soutěž Sestra roku je tradiční společenskou událostí, která je koncipována jako poděkování sestřím a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům za jejich mimořádnou a zodpovědnou práci. O vítězích v jednotlivých kategoriích rozhodovala v rámci galavečera odborná porota, jejíž předsedkyní byla prezidentka České asociace sester PhDr. Martina Šochmanová, MBA. Galavečer uváděl moderátor Libor Bouček. O hudební zážitek se postaraly zpěvačky Monika Absolonová, Martina Bárta, Victoria a pěvecký sbor Cancioneta Praga.

Ocenění Sestra roku 2016 bylo uděleno v těchto kategoriích:

- **Sestra v přímé ošetrovatelské péči** – v této kategorii soutěžily sestry vykonávající ošetrovatelskou praxi ve všech typech zdravotnických zařízení nemocniční a ambulantní sféry a všech formách domácí a sociální péče. Vítězkou kategorie se stala Bc. Jitka Coufalová.
- **Sestra v managementu a vzdělávání** – v této kategorii soutěžily sestry, jejichž přínos k rozvoji ošetrovatelské péče v ČR spočívá především v intenzivní vzdělávací, manažerské či vědecko-výzkumné činnosti. Ocenění si večer odnesl Mgr. Jiří Čáp.
- **Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství** – mimořádnou cenu uděluje redakce časopisu Zdravotnictví a medicína. Držitele ocenění vybírá ze všech došlých přihlášek s cílem ocenit celoživotní práci nominovaného, jež představuje významný kvalitativní přínos pro rozvoj oboru ošetrovatelství. Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství bylo uděleno porodní asistentce gynekologické ambulance Podhorské nemocnice, a. s., pracoviště Rýmařov, Marii Volkové.

- **Sestra mého srdce** – vítěze kategorie mohli lidé vybírat ze šesti finalistů vyhlášených kategorií, které vybrala odborná porota, a jedné držitelky Čestného ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství, a to prostřednictvím webových stránek www.sestramehosrdce.cz a www.frekvence1.cz. Vítězem hlasování se stává finalista, který v celkovém součtu získá největší počet hlasů. Sestrou mého srdce se stala vedoucí sestry Ortopedického oddělení NH Hospital, a. s., Nemocnice Hořovice, Andrea Růžičková.

- Novinkou letošního ročníku bylo vyhlášení kategorie **Nejlepší zdravotnická škola**. Podporou středoškolského zdravotnického vzdělávání chce vydavatelství Mladá fronta připomenout jeho celospolečenský význam a motivovat mladé lidi, aby se rozhodli pro studium na zdravotnických školách. Vítězem nové kategorie se stala Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola z Hradce Králové. Cenu převzala ředitelka PaedDr. Soňa Lamichová.

Součástí galavečera bylo také předání části výtěžku z akce. Ředitel divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta Karel Novotný, MBA, předal šek v hodnotě deset tisíc korun řediteli Dětského centra Jihočeského kraje Mgr. Martinu Karasovi.

Generální záštitu nad soutěží převzala společnost **HARTMANN - RICO, a. s.**
Hlavními partnery byly společnosti **AGEL, a. s., Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR a Unie zaměstnavatelských svazů ČR.**

Partnery galavečera se staly společnosti **Všeobecná zdravotní pojišťovna, BHS, Cadenza, Cestovní kancelář Adventura, Clinitex, Uniq, Fabos a Mary Kay.**

Hlavním mediálním partnerem se stala **Medixa.org**, mediálními partnery pak **Frekvence 1, Rádio Zet, odborný časopis Sociální služby, Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků, Mladá fronta, a. s., a odborný měsíčník Zdravotnictví a medicína.**

Sestrám přeji samé spokojené pacienty

Andrea Růžičková je vedoucí sestrou Ortopedického oddělení Nemocnice Hořovice. V anketě *Sestra mého srdce*, v níž hlasuje odborná i laická veřejnost, získala ze všech letošních finalistů Sestry roku nejvíce hlasů.

Získala jste nejvíce hlasů v anketě. Co pro vás ocenění znamená? Máte zřejmě hodně fanoušků mezi kolegy i pacienty...

Hodně pro mě znamená už jenom fakt, že mě hlavní sestra naší nemocnice Blanka Červenková vůbec do soutěže Sestra roku navrhla. Nominaci беру jako pochvalu od vedení nemocnice, ocenění méj práce i celého našeho týmu. Velmi mile mě překvapilo, když jsem se pak dozvěděla, že jsem rozhodnutím první odborné poroty postoupila do finále.

UVědomila jsem si, že je to soutěž s celostátní působností, kde je opravdu velká konkurence. Největší radost jsem ale měla ze získání titulu Sestra mého srdce, protože anketa představuje hlasy pacientů, kolegů a ostatních spolupracovníků. Tito lidé mě znají spoustu let a berou mě takovou, jaká jsem, ať už jako sestřička nebo jako člověk. Pocty si opravdu moc cením.

Proč jste se rozhodla pro práci ve zdravotnictví?

Pro budoucí povolání jsem se rozhodovala ve čtrnácti, což je dost těžké, protože je to hodně brzy. Na druhou stranu jsem ale už v té době věděla, co rozhodně dělat nechci, například pracovat v kanceláři. Nechtěla jsem být účetní jako moje maminka. To byl pro mě příklad přímo odstrašující. Už v dětství jsem si s kamarádkou hrála na sestřičky, asi jako každá malá holka, a tak jsem si říkala, že bych to mohla zkusit, že to je práce, která by mě bavila.

Později jsem úspěšně složila přijímací zkoušky na Střední zdravotnickou školu v Berouně. Po maturitě jsem absolvovala ještě specializační kurz obor chirurgie a ortopedie v Thomayerově nemocnici v Praze. Práce mě velice zaujala už na škole a líbí se mi dodnes. Potěšilo mě, že mě v soutěži Sestra roku podpořila také berounská zdrávka. Drželi mi palce a posílali hlasy.

V oboru pracujete už dvacet let. Co se v ortopedii za ta léta nejvíce změnilo?

Po škole jsem nastoupila na chirurgické oddělení. Před dvaceti lety byla v hořovické nemocnici ortopedie součástí chirurgie. Jako samostatné oddělení u nás funguje jedenáctým rokem. Specializujeme se na totální endoprotézy kyčelních a kolenních kloubů. Nárůst operativy je rok od roku větší, a proto se musíme těmto potřebám přizpůsobovat. Druhým rokem tady máme nově vybudované ortopedické oddělení, kde máme celkem 33 lůžek, z toho šest na intermediálním (pooperačním) pokoji.

V loňském roce jsme provedli téměř 900 totálních endoprotéz kyčelních a kolenních kloubů. Velmi se také změnil komfort pro pacienty. Díky různým pomůckám, jejichž využití pacientovi můžeme nabídnout, se obrovsky zkrátila doba hospitalizace po těchto výkonech. V podstatě již druhý den po operaci může pacient chodit s pomocí francouzských holí. Máme svoji rehabilitační sestřičku, která s operovanými cvičí, disponujeme moderními pomůckami i vybavením a velkou pomocí jsou rovněž polořadovací lůžka. Za ta léta se komfort pacientů opravdu výrazně zlepšil.

Jak lze náročnou práci skloubit s rodinou a výchovou dvou synů?

Skloubit se to samozřejmě dá, ale je třeba zapojit celou rodinu. Hodně mi pomáhá manžel a také babička s dědečkem. Bez nich by to nešlo. Mladší syn hraje závodně tenis, takže je třeba jej doprovázet na tréninky a podobně. Už to není tak náročné, jako dřív, když byly děti úplně malé. Bydlíme na vesnici, kde nebyla školka, ta nebyla ani



Foto: Tomáš Hercog

v nemocnici. Od září se ale u nás bude otvírat, což sestrám, které sem budou nastupovat moc přeju. Školka pomůže i našemu oddělení, protože děvčata, která jsou teď na mateřské, se rychleji vrátí do práce.

Máte na oddělení dostatek sester?

Potýkáme se s nedostatkem kvalitního středního zdravotnického personálu. V tuto chvíli u nás pracuje několik zdravotnických asistentů, ale chybí nám registrované sestry. Asistenti sice dál studují, aby mohli pracovat bez odborného dohledu, ale je to takový kolotoč. Jsou to většinou sestřičky, které za čas odejdou na mateřskou dovolenou. Řekla bych, že je spíše problém si personál udržet, což je úkolem celého týmu i vedení nemocnice.

Jak vlastně relaxujete?

Nejvíce si odpočinu, když si můžu vzít knížku a zalézt někam, kde na mě nikdo nemluví a nikdo mi netelefonuje. Občas se mi doma taková chvilka jenom pro sebe povede.

Pracujete na směny?

Zaskakují na směnách jen v situacích, kdy už opravdu nemám nikoho na službu, ale to se stává zřídka.

Uvažovala jste někdy o tom, že byste opustila obor ošetřovatelství a šla dělat něco jiného?

Abych byla upřímná, jedno takové smutné

období jsem zažila. Byla to spíše jen taková slabá chvilka. Už je to ale dávno za mnou. V žádném případě to však neznamená, že by mě má práce někdy přestala bavit.

Co byste vzkázala kolegyním, které zvažují odchod ze zdravotnictví?

Doporučila bych jim, ať to pořádně zváží. Ať si sednou a ze všeho nejdřív si rozmyslí, zda je ta práce baví, nebo ne. Jestliže nebaví, pak není o čem diskutovat. Ale jak znám sestry, tak je většinou ošetřovatelství zajímá. Pak je opravdu škoda ze zdravotnictví odejít. Všichni se snažíme, aby se situace sester a ostatního nelékařského personálu zlepšovala. Věříme, že se brzy vyřeší vzdělávání sester, aby nás ve zdravotnictví bylo víc, abychom nebyly vyčerpané.

Také usilujeme o to, aby sestry byly finančně motivovány a odpovídajícím způsobem ohodnoceny. Z praxe vím, že neodcházejí z oboru, protože by je ošetřovatelství přestalo bavit, ale protože už nemůžou. Jsou přetížené, slouží moc služeb do měsíce, často mají ještě malé děti a mnohdy se jim nedaří skloubit práci s rodinou. Doma pak třeba ještě slyší, že se nevěnují rodině, protože jsou pořád v práci, možná i to, že domů nepřinesou tolik peněz, jak by se očekávalo... Práce sestry je v dnešních podmínkách opravdu náročná. Na oddělení mám několik sester samoživitelek, tak moc dobře vídím, jak to v praxi vypadá.

Co byste sestrám nejvíce přála?

Sestrám přeju především spoustu dobře vyléčených a spokojených pacientů. Chtěla bych, aby byly spokojené nejen v práci, ale i v rodinném životě, aby dokázaly skloubit rodinu a zaměstnání, byly finančně motivované a aby jich ve zdravotnictví byl dostatek.

Markéta Mikšová



Vydavatelství Mladá fronta a. s. podporuje Veroniku Fojtíkovou



Příběh Veroniky

Naše dcera Veronika je dítě, které bylo od malička neustále v pohybu. Ráda jezdila na kolečkových bruslích, na kole, skákala na trampolíně, dělala hvězdy, stojky, ale nejvíce ze všeho milovala a stále miluje lyžování. Dokázala lyžovat od rána do večera, aniž by byla unavená, proto jsme se rozhodli ji přihlásit do lyžařského oddílu, a zanedlouho začala lyžovat závodně. Příprava na osudnou sezonu začala v pátek 13. listopadu 2015 odjezdem do Rakouska. Lyžování probíhalo tak, jak mělo, a Verunka měla radost z prvních zimních radovánek a příprav na závody, na které se celý rok tolik těšila. V neděli 15. listopadu 2015 se ale vše změnilo. Při posledním sjezdu z kopce, v důsledku nečekaného zhoršení počasí, nezvládla koordinaci na lyžích a narazila do dřevěného sloupku na okraji sjezdovky. Při pádu si vážně poranila páteř, plíce a zlomila ruku.

Od úrazu neustále hledáme možnosti léčby... Chtěli bychom velmi poděkovat všem, kteří nám doposud pomohli a stále pomáhají vyhrát tento boj. Lékařům, sestřičkám, terapeutům, přátelům, rodině i těm, kteří nás neznají, a přesto ochotně nabídnou svoji pomoc. Také děkujeme těm, kteří se nám rozhodnou přispět na Verunčinu léčbu. Velice si vážíme vaší solidarity.

Maminka a tatínek

Číslo transparentního účtu: 2501158446/2010

Sledujte internetovou stránku Verunky na www.veronika-fojtikova.webnode.cz



Verunka na Madeja Cup
Bílá 15. 3. 2015



Verunka to nevzdává

Inzerce ▶ M171000225

PROFESIONALITA A PRESTIŽ



Objevte výhody oděvů Cadenza.

NAKUPUJTE NA WWW.CADENZA.CZ

Cadenza®



Inzerce ▶ M171000251

Discovery AWARD 2016

INOVATIVNÍ POČIN V OBLASTI MEDICÍNY

SPOLEČNOST NOVARTIS VYHLAŠUJE JIŽ 6. ROČNÍK CENY PRO MLADÉ VÝZKUMNÍKY DO 40 LET, KTEŘÍ SE ZASLOUŽILI O VÝZNAMNÝ POSUN V OBLASTI MEDICÍNY A FARMACIE.

UZÁVĚRKA PŘIHLÁŠEK JE 15. 6. 2017. VÍCE NA WWW.DISCOVERYAWARD.EU

NOVARTIS

Inzerce ▶ M17100012



Mezi zdravotníky jsou andělé

Soutěži Sestra roku každoročně poskytuje záštitu Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97. **Dagmar Havlové**, která působí jako předsedkyně správní rady nadace, jsme na slavnostním předávání ocenění položili pár otázek.

Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97 přebírá záštitu nad soutěží již od roku 2002. Proč jste si pro podporu vybrala právě tuto soutěž?

Ano, soutěž Sestra roku podporuji od jejího počátku a pravidelně předávám Čestné ocenění za celoživotní dílo v oboru ošetrovatelství. Nesmírně si práce zdravotních sester vážím. V průběhu života jsem měla několik příležitostí setkat se s jejich obětavostí a vytrvalostí. Je důležité dávat sestřím najevo, že také jejich práce je pro společnost velice významná a že si uvědomujeme její náročnost. Soutěž Sestra roku to umožňuje.

Z vašich veřejných vystoupení víme, že se zdravotníky máte dobré zkušenosti. Můžete nám přiblížit, co na nich obdivujete nejvíc? Za co si jich nejvíc vážíte?

Velmi si vážím zejména toho, s jakou oddaností jsou schopni svou práci odvádět, i když za to nejsou adekvátně ohodnoceni. Jde o fyzicky a zejména psychicky náročné zaměstnání.



Foto: archiv Nadace VIZE 97

Jak se vám líbili letošní finalisté?

Velmi. Opět mě přesvědčili o tom, že mezi zdravotníky jsou „andělé“. Například paní Marie Volková, porodní asistentka, které jsem předala Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství, pracuje v rýmařovské Podhorské nemocnici téměř čtyřicet let. Porodnictví je jejím životem, ale zasloužila se také o založení místní rychlé lékařské pomoci! Nejen tedy že lidi přivádí na svět, ale zajistila také, že se jim dostane rychlé pomoci rovněž v nejdramatičtějších chvílích života. Před všemi finalisty klobouk dolů.

Co byste zdravotníkům, především sestřím, nejvíce přála?

Přála bych jim, aby ve své práci stále nalézali hluboký smysl, aby neztráceli odhodlání a chuť pomáhat lidem. A také aby přibývalo zdravých a šťastných pacientů.

(eta)

Sestra roku



MLADÁ FRONTA

Členové poroty

V letošním roce přijaly místo v odborné porotě tyto významné osobnosti českého zdravotnictví:

- **PhDr. Martina Šochmanová, MBA**, prezidentka České asociace sester (předsedkyně poroty),
- **JUDr. Lenka Teska Arnoštová, Ph.D.**, náměstkyně ministra zdravotnictví ČR,
- **Mgr. Marta Faiereislová**, z Odboru ošetrovatelství a nelékařských povolání MZ ČR, hlavní sestra MZ ČR,
- **Mgr. Hana Kadečková**, tisková mluvčí Zdravotní pojistovny ministerstva vnitra České republiky,
- **MUDr. Milan Leckéši**, předseda představenstva AGEL, a. s.,
- **MUDr. Ondřej Měšťák, Ph.D.**, z Kliniky Esthé a Kliniky plastické chirurgie Nemocnice Na Bulovce,
- **Mgr. Jana Mikulková**, ředitelka Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů,
- **Mgr. Jana Nováková, MBA**, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice v Motole,
- **Kateřina Palinčáková**, vítězka kategorie Sestra v přímé ošetrovatelské péči a Sestra mého srdce soutěže Sestra roku 2015,
- **Sylwia Říhošková**, Corporate Communication & Branding Manager, HARTMANN - RICO a. s.,
- **prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA**, předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně,
- **Petr Uchytil**, ředitel strategického marketingu mediální skupiny Lagardère Active ČR,
- **Bc. Tomáš Válek, DiS.**, předseda Profesní a odborové unie zdravotnických pracovníků.

Představujeme finalisty a vítěze soutěže Sestra roku 2016

Kategorie: Sestra v přímé ošetrovatelské péči

- Bc. Jitka Coufalová, staniční sestra, Oddělení pediatrické resuscitační a intenzivní péče Fakultní nemocnice, Ostrava
- Angelika Osovská, vrchní sestra, Oblastní charita, Znojmo
- Andrea Růžičková, vedoucí sestra, Ortopedické oddělení Nemocnice Hořovice

Kategorie: Sestra v managementu a vzdělávání

- Mgr. Jiří Čáp, vrchní sestra, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, Transplantcentrum, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha
- Bc. Zuzana Fišarová, vrchní sestra, Psychiatrická klinika, Všeobecná fakultní nemocnice, Praha
- PhDr. Jana Kocourková, MBA, náměstkyně pro nelékařské zdravotnické pracovníky, Masarykův onkologický ústav, Brno

Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství

- **Marie Volková**, porodní asistentka, gynekologická ambulance Podhorské nemocnice, a. s., pracoviště Rýmařov
Ocenění uděluje redakce odborného měsíčníku Zdravotnictví a medicína

Držitelé titulu Sestra roku 2016

- Titul Sestra roku 2016 v kategorii Sestra v přímé ošetrovatelské péči získala **Jitka Coufalová**
- Titul Sestra roku 2016 v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání získal **Jiří Čáp**
- V anketě Sestra mého srdce získala největší počet hlasů: **Andrea Růžičková**
- Titul Nejlepší zdravotnická škola roku 2016 získala: **Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové**

Druhé místo v kategorii Sestra v přímé ošetrovatelské péči získala Angelika Osovská, na třetím místě se umístila Andrea Růžičková.
Druhé místo v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání si odnesla Jana Kocourková, na třetím místě skončila Zuzana Fišarová.

800 521 521
www.kb.cz



PROFI ÚVĚR

OŠETŘÍME I VAŠE FINANCE

PŮJČKA AŽ 600 000 KČ BEZ ZAJIŠTĚNÍ PRO
VŠECHNY ZDRAVOTNÍ SESTRY A BRATRY.

ZVÝHODNĚNÁ ÚROKOVÁ SAZBA 7 % P.A.

NA PARTNERSTVÍ ZÁLEŽÍ



Zkrácení délky studia nebude mít kýžený efekt

O bezprostředních dojmech z vyhlášení, ale i obavách o kvalitu českých nelékařských zdravotníků a o slibovaném navýšení mezd pro sestry ve směnném provozu jsme mluvili s prezidentkou České asociace sester **PhDr. Martinou Šochmanovou, MBA**.



Foto: archiv MF

První místo v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání vyhrál Jiří Čáp z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, Transplantcentrum, IKEM Praha. Jde o vašeho kolegu, měla jste radost?

Pochopitelně jsem měla obrovskou radost. Bylo to opravdu velmi těžké, protože všechny finalisty osobně znám a protože všichni jsou úžasná lidé a skvělí profesionálové. To, že vyhrál můj kolega, je jistě prestižní pro celé naše zdravotnické zařízení. Ještě jednou z mé strany velká gratulace.

Návrh zákona o vzdělávání nelékařských zdravotníků (nový model 4+1) nyní prochází schvalováním. Jak jej vnímáte? A bude Česká asociace sester v této fázi usilovat o nějakou změnu poslaneckým návrhem či apelem na poslance?

Česká asociace sester dlouhodobě vystupovala a vystupuje proti krácení délky studia nelékařských zdravotnických profesí. Jsme přesvědčeni o tom, že tento postup nebude mít kýžený efekt a že do zdravotnictví více zaměstnanců nepřivede. Obáváme se, že zkrácení pomaturitního studia na pouhý jeden rok povede k omezení pravomocí nelékařů a zhoršení péče o pacienty. Je třeba si uvědomit, že práce sestry je dnes vysoce kvalifikovaná, pracuje s nejmodernějšími přístroji a technologiemi, musí se stále vzdělávat a učit se novým metodám a postupům. Tříleté pomaturitní studium dávalo nelékařům možnost vykonávat složitější úkony a přebírat určité kompetence lékařů.

Je třeba si uvědomit, že střední zdravotnické školy dnes nejsou stejné, jako bývaly v devadesátých letech. Dříve šlo o prestižní výběrovou střední školu, ale dnes již

kritéria pro přijímání žáků nejsou tak přísná. Odborné předměty se vyučují v menším rozsahu, maturita se skládá pouze ze dvou odborných předmětů namísto původních čtyř. Pokud se tedy zkrátí délka pomaturitního studia, mělo by současně dojít k systémovým změnám a úpravě osnov na středních zdravotnických školách. Dalším argumentem, který hovoří pro zachování tříletého pomaturitního studia nelékařů je fakt, že i v zahraničí je trend delšího vzdělávání zdravotníků a zvyšování jejich odborné způsobilosti všemožně podporován.

Pokud zákon sněmovnou projde a délka pomaturitního studia sester se nakonec přeje jen zkrátit na jeden rok, pak budeme za ČAS usilovat především o to, aby byl vzdělávací systém co nejkvalitnější a připravil zdravotníky do praxe.

Ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík před časem slíbil, že sestry ve směnném provozu dostanou za službu přidáno dva tisíce korun. Je už jasné, z jakých prostředků budou nemocnice příspěvek sestrám vyplácet?

Podle našich informací by uvedenou částku měly od prvního července dostat sestry ve směnném provozu, a to bez ohledu na to, zda pracují ve státní nebo soukromé nemocnici. Z jakých prostředků bude ministerstvo zdravotnictví příspěvek čerpat, je spíš dotaz přímo na pana ministra. Pokud je mi známo, tak 600 milionů korun půjde ze státního rozpočtu a dalších 400 milionů uvolnilo přímo ministerstvo zdravotnictví ze svých rezerv.

Připravila Petra Klusáková

O sestrách se hovoří až pět minut po dvanácté

Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství letos získala **Marie Volková**, porodní asistentka Gynekologické ambulance Podhorské nemocnice, a. s., pracoviště Rýmařov. Redakci časopisu řekla, jak vzpomíná na svou kariéru, co ji činí psychicky odolnou a jak vidí současný stav českého porodnictví.



Foto: Tomáš Hercog

Počítala jste někdy, kolik mohlo být dětí, které jste s pomocí ostatních nebo sama přivedla na svět?

Vlastně mě nikdy nenapadlo si to spočítat. Číslo pro mě není důležité. Více mě potěší, když je poznám a když mi v ambulanci řeknou: „Sestřičko, vy jste mi byla u porodu.“ Počet porodů jsem začala sledovat až jako vrchní sestra gynekologicko-porodnického oddělení. Odhadem si troufám říci, že to bylo asi 800 dětí. Rozhodně by bylo zajímavé se s nimi setkat.

Okamžik zrození je kouzelný a zároveň fyzicky i psychicky náročný. Při takové práci zdravotníci často vyhoří, protože s radostí přichází i hodně emocionálně obtížných situací. Jak jste se s tím během svého života vyrovnávala?

Zvládala jsem to celkem dobře. Byla jsem podstatně mladší, řadu věcí jsem si nepřipouštěla, na vše se dívala trochu jinýma očima. Práce na porodním mě bavila a byla mou srdeční záležitostí. Všechno šlo tak nějak hladce, bez problémů. No a časem se naučíte „nenosit si práci domů“ a vypnout. Zavřete dveře oddělení, vyjdete za bránu nemocnice a máte prázdnou hlavu. Složitější situace nastává v případech, kdy se to dotýká vašich blízkých nebo známých. Na to mi pomáhala a pomáhá jiná aktivita. Je jedno jaká. Do pohody mě dostává práce na zahrádce, jízda na kole, sluníčko i dobrá knížka.

Rýmařovská porodnice díky vám získala již v roce 2004 titul Baby Friendly Hospital. Jak se vaše oddělení a vůbec porodnictví za dobu vašeho působení změnilo?

Získání ocenění nebylo jen mou zásluhou, ale patří celému kolektivu porodního a zvláště pak novorozeneckého oddělení. Na tu dobu jsme byli velmi pokrokoví a přístupní ke všem změnám, ať už se jednalo o alternativní vedení porodu či porodnickou analgezii. Ke každé rodičce jsme přistupovali individuálně, protože na to byl čas. Naše porodní oddělení bylo vyhledávaným pracovištěm. Přicházely k nám proto maminky z širokého okolí. Smutné na tom bylo, že jsme si titulu Baby Friendly Hospital dlouho neuzili. Na konci roku bylo naše porodní oddělení totiž uzavřeno. Bylo to pro nás velmi emotivní období. Nerada se k tomu vracím. Dnes na tento krok pohlížím s chladnou hlavou a beru ho jako nevyhnutelný.

Sester a středního zdravotnického personálu se nemocnicím již delší dobu nedostává. Jak jsou na tom porodní asistentky, je po nich také šláňka?

Ano, bohužel je. Nedostatek sester se dotýká všech nelékařských profesí. Porodní asistentky, bohužel, nejsou výjimkou. Smutné na tom je, že se o tom, i přes veškerá předchozí upozornění, hovoří až pět minut po dvanácté.

Připravila Petra Klusáková



Náklady pod kontrolou bez zbytečného stresu

Kombinací nabídky špičkových produktů CombiSet, odborného poradenství HARTMANN consultancy a softwaru OPERIS lze významně zvýšit efektivitu a bezpečnost operačních výkonů jak pro zdravotníky, tak i pro pacienty.

Více na hartmann.cz nebo operis-sw.cz



O krok dál
pro zdraví



Děti dokážou vždy překvapit

Sestrou roku v přímé ošetrovatelské péči se stala **Bc. Jitka Coufalová**, staniční sestra Oddělení pediatrické resuscitační a intenzivní péče Fakultní nemocnice Ostrava.

Porotci se v soutěži Sestra roku usnesli na vašem vítězství v kategorii Sestra v přímé ošetrovatelské péči. Co pro vás ocenění znamená a čemu vděčíte za svůj úspěch?
Ocenění beru jako obrovskou poctu. Je to pro mě velká čest. Chtěla bych také říci, že to není pouze mou zásluhou, ale celého našeho kolektivu na pracovišti. Mám úžasně a pracovitě kolegyně, na které se mohu vždy spolehnout, a věřím, že si totéž myslí ony o mně.

Ve zdravotnictví pracujete bezmála čtvrt století. To je dost dlouhá doba, abyste svou profesi znala dokonale. Dokáže vás v praxi ještě něco překvapit?

Celý svůj profesní život pracuji s dětmi a ty dokážou vždy překvapit. Už jenom, že na nemoci reagují jinak a že v sobě mají obrovského bojovného ducha. Perou se s nepřízní osudu tak, že i my zdravotníci mnohdy nechápeme, kde se v nich ta síla bere.

Pracujete s dětmi v kritickém stavu. Některé osudy musí být skutečně pohnuté. Umíte si představit, že si k některým malým pacientům vybudujete silný vztah. Sledujete potom, jak se jim vede v životě dál?

Ano, některé děti se za námi rády v doprovodu svých příbuzných vracejí. Naštěstí ale jen jako milá návštěva. S radostí nám ukazují, jaké velké pokroky ve své následující léčbě udělaly a jak na nás vzpomínají, na usměvavé sestřičky Oddělení pediatrické resuscitační a intenzivní péče B. Pokud nepřijdou osobně, pak alespoň posílají pohledy, dopisy i fotky. S dětmi, které jsou napojené trvale na domácí umělou ventilaci, jsme také v pravidelném



Foto: Tomáš Hercog

kontaktu. Jezdí k nám na výměny tracheostomických kanyl nebo když se objeví problém s ventilátorem. Jednou za rok s nimi jezdíme na víkendový pobyt na hory a jsme k ruce rodičům, aby si od náročné a nekončící péče o své děti oddychli.

Působíte rovněž jako mentor odborné praxe pro dětské sestry a zdravotnické záchranáře Ostravské univerzity a ve FN Ostrava vykonáváte audit zdravotnické dokumentace a léků. Nepocítila jste někdy vyčerpání? Jak proti němu bojujete?

Bohužel jsem přišla na to, že mám spoustu činností a že musím myslet i sama na sebe. Ve volných chvílích se proto snažím sportovat, chodit po horách a také se učím trochu relaxovat. Ale zjistila jsem, že odpočinek mi moc nejde.

Není divu, že se s vyhořením musíte a umíte poprat. V posledních několika letech jste totiž členkou týmu Psychosociální intervenční služby nemocnice. Proč jste se do tak náročného úkolu vlastně pustila?

Vzhledem k tomu, že celý zdravotnický tým pečuje o děti, z nichž jsou některé i v ohrožení života, pak na rodiče a příbuzné nezbývá mnoho času. Strach o život dítěte bývá pro příbuzné obrovským akutním stresem. Při kurzu jsem zjistila, že rodiče zasažené tisíní obvykle stačí pouze chytit za ruku a vyslechnout si jejich pocity, mít na ně čas, vysvětlit jim, co se s jejich dítětem děje, a být jim po ruce, pokud to vyžadují.

Připravil Denis Drahoš

Základ je především ve vztazích na pracovišti

Nejvyšší ocenění v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání obdržel **Mgr. Jiří Čáp**, který působí jako vrchní sestra na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, Transplantcentrum, IKEM Praha.

V roce 2002 jste byl na zahraniční misi v Afghánistánu. Co se vám po bezmála 15 letech vybaví a čím vás mise obohatila? Změnil jste se nějak po tomto nestandardním zážitku?

Vybaví se mi celá řada úžasných kolegyně, kolegů, primář ARO a mnoha dalších lidí. A samozřejmě některé případy, které jsme řešili. Je to hodně komplexní a špatně definovatelné. Především mi ta doba přinesla nepřenositelné životní zkušenosti, za které jsem opravdu vděčný. A jestli mě, jak říkáte, tento nestandardní zážitek změnil? Dal mi zkušenosti, znalosti a nový pohled na prožitou situaci i pro můj další profesní i osobní život.

Vedení lidí je nesmírně obtížná práce. Na trhu práce je přitom nedostatek kvalifikovaných zdravotníků. Co děláte proto, aby od vás z IKEMu lidé neodcházel? Čím motivujete lidi, aby si nepřipadali jako roboti?

Práce zdravotní sestry, která každou svou směnu nebo den pracuje s nemocnými pacienty, je obtížná a náročná. Vyžaduje zapojit do rozhodování mozek, odborné znalosti, zkušenosti, empatii a umění komunikace. Finanční motivace je sice důležitá, ale základ je především ve vztazích na pracovišti. Na naší klinice klademe důraz na vstřícnost ke všem sestřím a dalším nelékařským pracovníkům, k jejich požadavkům v plánování služeb, udržování a rozvíjení dobrých mezilidských vztahů. Za to především děkuji staničním sestřím lůžkového a anesteziologického oddělení KARIP. Snažíme se, aby všichni pracovali v pěkném a dobře vybaveném prostředí, jež si zaslouží. Chceme všem poskytovat další vzdělávání s ohledem na rozvoj medicíny a ošetrovatelské péče.

V soutěži Sestra roku jste získal ocenění v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání. Co pro vás ocenění znamená a čemu vděčíte za svůj úspěch?

Ocenění je pro mě nepopsatelná čest. Čím déle o tom přemýšlím, tím více to cítím jako obrovský závazek. Můj pracovní den začíná v pět ráno zvoněním budíku a ob-

vykle nekončí odchodem z práce kolem 16 hodiny. Rozepisovat všechny moje úkoly a aktivity je nudné i pro mě. Ale abych to zvládal, mám okolo sebe úžasně kolegyně a kolegy, kterých si velice vážím. Takže, milé dámy a pánové, DĚKUJU!

Ještě těžší než vést zaměstnance je řídit kolektiv mladých lidí. Jako učitel na SZŠ jste přímou součástí budoucnosti českého zdravotnictví. Jsou dnešní studenti jiní, než byli vaši kolegové v době studijních let?

Každý rok potkávám jiné tváře, jiné osudy i různé motivace ke studiu. Rozdíly jsou samozřejmě zřetelné nejen ve srovnání s mou generací, ale rovněž se studenty například před deseti lety. V některých aspektech jsou dnešní studenti lepší, zatímco v jiných horší. Ale zábava a „ptákoviny“ zůstaly stejné. Můj úkol je studenty naučit látku, pokusit se je příkladem a způsobem výkladu zaujmout a někdy i donutit pojmout mnoho informací a dovedností, bez kterých se neobejdou. Bohužel je vždy nutné říct – promiň, ale na tohle hlavu nemáš, tady nejde o housky, ale o život...

Ve volném čase spolupracujete s veterinární nemocnicí, kde mimo jiné provádíte hemodialýzu psům a kočkám. Jak ještě ve volném čase relaxujete a dokážete se vůbec vypnout a nemyslet na svou práci?

Nevypnout se by znamenalo zbláznit se a úplně vyhořet. A to bych opravdu nerad. Bydlím nedaleko Prahy v přízemním bytě se zahrádkou. Doma mě po návratu z práce přivítá můj partner a dva kocoury. Mám také dva syny, se kterými si dobře rozumíme a ve volných chvílích děláme to, na co je zrovna nálada. Jezdíme na kole, vaříme nebo se jen tak válíme u televize. Staršímu bude v létě dvacet let a je automechanikem. Mladšímu bylo sedmnáct a studuje gymnázium. Tito dva pánové mi společně s celou, poměrně velkou rodinou dávají zázemí, pohodu a možnost žít běžný, krásný život.

Připravil Denis Drahoš



Foto: Tomáš Hercog



Sestra roku 2016 obrazem

Sestra roku **mf**

Pro účastníky slavnostního předávání ocenění Sestra roku 2016 bylo po skončení oficiální části programu připraveno pohoštění a další hudební program. Pozvání přijala řada významných osobností našeho zdravotnictví.



Jiří Čáp, Jitka Coufalová, Jana Kocourková, Marie Volková, Zuzana Fišarová, Soňa Lamichová, Angelika Osovská a Andrea Růžičková s ministrem zdravotnictví Miloslavem Ludvíkem



Zleva: děkanka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity Valerie Tóthová, vrchní sestra gynekologicko-porodnického oddělení Miloslava Bláhová, hlavní sestra Marie Janoušková a ředitel Nemocnice Strakonice, a. s., Tomáš Fiala



Přednosta Chirurgické kliniky 2. LF UK a FN Motol Jiří Hoch s manželkou



Ředitelka marketingu AGEL, a. s., Maya Nováčková, předseda představenstva AGEL, a. s., Milan Leckéš a bývalý reprezentant ČR v tenisu Karel Nováček



Pohled do naplněného sálu Hudebního divadla Karlín



Corporate Communication & Branding Manager, HARTMANN - RICO a. s., Sylwia Říhošková a Jitka Coufalová



Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Motol Jana Nováčková



Prezidentka Regionálnej Komory sestier a PA v Žilíně Jarmila Macková a ředitelka Erwin Böhm Institutu pro ČR/SR Eva Procházková



Ředitel CK Adventura Petr Novotný předává 1. cenu v tombole – 12denní zájezd na Madeiru



Ředitel strategického marketingu mediální skupiny Lagardère Active ČR Petr Uchytíl a Soňa Lamichová



Ředitel MOŮ Jan Žaloudík a Jana Kocourková



Dagmar Havlová a Marie Volková



Večereň provázal moderátor Libor Bouček



Business Development Director společnosti HARTMANN - RICO a. s., Stanislav Jančík



Náměstkyně ministryně práce a sociálních věcí Iva Merhautová a Angelika Osovská



Ředitel Dětského centra Jihočeského kraje, o. p. s., Martin Karas přebírá šek



Ředitel divize Medical Services Karel Novotný a Andrea Růžičková



Prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR Jiří Horecký



Tančící plastický chirurg Ondřej Měšťák s chotí



Křišťálové trofeje pro soutěž vyrobila společnost RÜCKL Crystal, a. s.

Foto na 3 stranách: Tomáš Hercog

Inzerce M171000044

Galavečer s koncertem Miroslava Žbirky

INSTITUT Bazální stimulace®
 ve spolupráci s Mezinárodní asociací Bazální stimulace
 a Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR a E. D. E. Vás srdečně zve na
Historicky VII. česko-slovenský kongres Bazální stimulace
 nabízíme jedinečnou příležitost se osobně setkat s autory konceptu Bazální stimulace
 prof. Andreasem Fröhlichem a prof. Christel Bienstein.



23. 11. 2017
 v unikátním místě
haly Gong
 Dolní oblasti Vítkovic
 v Ostravě

**Program, přihlášky
 a podrobné informace na
www.bazalni-stimulace.cz**

**Slevy pro certifikovaná
 zařízení, členy APSS ČR
 a SKSaPA SR.**

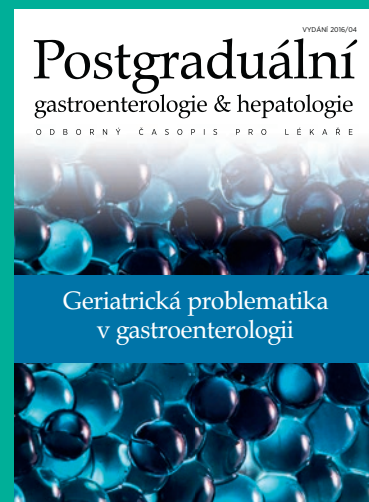
Předplatte si

POSTGRADUÁLNÍ GASTROENTEROLOGII & HEPATOLOGII

a získáte jako dárek

pánský sprchový gel
a toaletní vodu YVES
ROCHER Nature Homme

v hodnotě 969 Kč



Neváhejte!
Tato nabídka platí jen
do 20. 7. 2017.

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



**Předplatte
si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku
mladafronta@predplatne.cz, uveďte
své **jméno** a **doručovací adresu**.
Do předmětu napište kód **PGH0117**.
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
PGH0117



**Pošlete SMS
na číslo 900 09 06**

ve tvaru **PGH ABO jméno, příjmení,
adresa, lekárska specializace** předplatitele.
Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu
provozuje 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 rozepisovány 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 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 společností Mladá fronta a. s. nesejde, 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 zafixováním všech jim 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 zasílání 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 poskytnuté údaje je dobrovolně, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz



Ilustrační foto: Shutterstock

Chceme využít psychedelika

*V rámci seriálu, v němž se ve spolupráci s odborníky Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech věnujeme trendům v neurovědním a neuropsychiatrickém výzkumu, jsme tentokrát oslovili **MUDr. Filipa Tylše, Ph.D.**, který se s námi podělil o základní informace týkající se výzkumu psychedelických látek a možností jejich terapeutického využití.*

Zdá se, že výzkum psychedelik zažívá po půlstoletí renesanci...

Vědecký zájem o léčebné využití vlastně nikdy nepřestal, zejména v oblasti animálního výzkumu. Odbočím-li krátce do historie, pak velkému vědeckému zájmu se tato oblast těšila hlavně v 60. letech minulého století, kdy byli psychiatři fascinováni schopností vyvolat experimentálně psychózu a také možným terapeutickým využitím. Užívání psychedelik však proniklo do ulic, bylo to v době generace hippies, a posléze došlo k všeobecnému zákazu jejich užívání, což se promítlo i do psychiatrického výzkumu, který byl jinak docela nadějný. Cesta k dalšímu výzkumu psychedelik se ve světě znovu otevřela po přelomu tisíciletí a v současné době zažíváme jeho boom. Jistě to souvisí s klimatem ve společnosti, která se začíná více zajímat o spiritualitu, takže je o něco málo snadnější získat finanční podporu pro výzkum. My jsme například obdrželi grant na výzkum psilocybinu od Ministerstva zdravotnictví ČR.

Cím se skupina psychedelik vlastně odlišuje od užívaných psychofarmak, zvažujeme-li jejich léčebný potenciál?

Psychedeliky u nás zatím neléčíme, nicméně víme, že při jejich užívání hraje významnou roli takzvaný set a setting. Prvním rozumíme jako vnitřnímu nastavení jedince (momentální rozpoložení a genetická determinace), zatímco tím druhým chápeme nastavení okolního prostředí. Je to něco obdobného jako efekt placebo působícího u psychofarmak. Předpokládáme, že psychedelika mohou působit jako akcelérátor nebo katalyzátor placebo, čímž se v podstatě znásobuje jeho účinek. Zesilují totiž vnímání podnětů zvnějšku i z vnitřního prostředí. Část účinku probíhá patrně v oblasti thalamu, který slouží jako brána vnímání pro senzory vstupy, současně ale dochází k přijímání informací z našeho vnitřního světa nevědomí, kde se uplatňují podněty z hypothalamu a limbického systému. Co se stane, když člověk dostane psychedelikum, je pak závislé právě na jeho vnitřním nastavení

a působení okolí – setu a settingu. Neurobiologicky to neumíme ještě vysvětlit, víme však, že jde o nástroj, který může být velice užitečný ve smyslu terapeutického ovlivnění, stejně tak jako škodlivý v případě neadekvátního použití.

Dá se říci, že psychedelika působí nějakým společným mechanismem účinku?

Jestliže hovoříme o klasických psychedelicích, jako jsou LSD, psilocybin z lysohlávek, mezkalin z kaktusu či dimethyltryptamin – DMT obsažený v ayahuasce, tak ty působí přes serotoninové receptory. Jiný mechanismus účinku má ketamin, avšak i zde se ve výsledku zapojují podobné neurobiologické struktury a i fenomenologie je v mnohém podobná jako u výše jmenovaných psychedelik. Ještě jinak působí MDMA (v podobě tablet či v krystalické formě označovaná jako extáze), která je také využitelná v psychoterapii, řadí se však mezi empatogeny – látky zvyšující empatii. Pak jsou tu ještě delirogeny, které jsou skutečnými halucino-



geny – na rozdíl od klasických psychedelik, které způsobují pseudohalucinace – proto jsme u psychedelik také ustoupili od používání termínů halucinogeny.

S kterými látkami mají odborníci nejvíce zkušeností, ať se jedná o základní či klinický výzkum?

Nejdelší zkušenosti jsou s LSD, s nímž se začalo experimentovat v polovině minulého století. Od roku 1995, v takzvané druhé psychedelické vlně, se pak nejdéle experimentuje s DMT. Obě látky jsou terapeuticky využitelné a byly testovány

v různých psychiatrických indikacích. V současné době je patrný odklon od LSD, což je možná škoda, protože tato látka působí v minimálních koncentracích a je minimálně toxická. Současně u ní nebylo nikdy prokázáno riziko vzniku závislosti, ačkoliv má afinitu k dopaminergnímu systému. Renesancí dnes zažívá především výzkum psilocybinu, v NÚDZ probíhá studie na zdravých dobrovolnících, v USA pak již látku v rámci klinických studií dostávají i pacienti, zejména ti s depresí v rámci terminálních onemocnění. Jiná studie, která proběhla nedávno v Anglii, ukázala, že pacienti s těžkou farmakoresistentní depresí, kteří dostali psilocybin, se do týdne deprese zbavili. Z 12 pacientů bylo po třech měsících ještě sedm z nich v plné remisi, po šesti měsících pak pět. Výsledky jsou tedy slibné, problém je jen v tom, že studie neměla kontrolní skupinu. Vedle rezistentní deprese je hlavní indikací psilocybinu obsedantně-kompulzivní porucha, dále cluster headache a výborný, až osmdesátiprocentní efekt byl zaznamenán také při odvykání kouření. Potenciálně má využití u většiny typů závislostí (studie z 60. let).

U některých uživatelů se však po podání psilocybinu objeví ochromující úzkost...

Ano. Jak jsme si již řekli, prožívání různých stavů po užití psilocybinu je ovlivněno setem a settingem. Naš výzkum je ale teprve v začátcích, takže neumíme přesně vysvětlit, proč a u koho se to děje. Jednou z hypotéz je,

že psychedelika zvyšují chaos v mozku – míru neuspořádanosti biosignálů neboli entropii. Lze to měřit pomocí kvantitativního EEG a následně interpretovat na úrovni neuronálních sítí. Entropický stav mozku, charakterizovaný proměnlivými stavy vědomí a rozpouštěním různých obranných mechanismů ega, může být mimo jiné zdrojem úzkosti, která je však terapeuticky ovlivnitelná. Pokud se zvládne, bývá to pro pacienta přínosné. Je také možné, že zvýšená mozková entropie souvisí s vyšší neuroplasticitou mozku. Po podání psilocybinu bývají mnozí lidé (nejen pacienti) kreativnější a spokojenější.

Co se dá udělat pro lidi, kteří si vzali psychedelikum a prožívají tzv. bad trip?

Zde bych chtěl vyzdvihnout význam projektu harm reduction, kterému se začínáme věnovat. V rámci České psychedelické společnosti se v rámci festivalů snažíme zvládat akutní intoxikace u jedinců, kteří užili psychedelika a mají obtížný zážitek. Ukazuje se, že tento přístup redukuje potřebu akutní hospitalizace na psychiatrickém oddělení, a že tedy funguje jako primární prevence. U nás jsme s harm reduction ale teprve na začátku, přesto je jedním z hlavních cílů psychedelické společnosti. Na terénní práci s intoxikovanými lidmi totiž navazuje terapeutická práce, kam by se jinak tyto lidé nedostavili. Síť psychoterapeutů spolupracujících na projektu je dostupná na webu www.czeps.org. Od terapeuta je požadováno absolvování psychoterapeutického výcviku, sebezkušenostní terapie a vlastní zkušenost s psychedeliky.

Dokážete včasným zásahem například zabránit rozvoji schizofrenie?

Samozřejmě se může stát, že u člověka s určitou predispozicí k psychóze onemocnění po užití psychedelika propukne. Zejména je důležité diferenciatně diagnosticky odlišit, kdy se jedná o procesuální onemocnění a kdy je potřeba dlouhodobá léčba. Hlavním důvodem nejasnosti v této oblasti, i mezi psychiatry a psychology, je určité zmatení pojmů. Rozlišovat je totiž třeba mezi první atakou schizofrenie, toxickou psychózou, akutní psychotickou atakou a psychospirituální krizí – která není diagnostickou kategorií, ale je jí míněna přechodná psychóza se seberozvojovým potenciálem. Psychedelika častěji vyvolávají právě psychospirituální krizi. U ní ale většinou není potřeba hospitalizace a je dobře psychoterapeuticky zvládnutelná.

Které mýty kolem využití psychedelik nejvíce brání jejich terapeutickému využití?

Mýtus číslo jedna je, že „psychedelika vyvolávají závislost“. To není pravda. Dalším rozšířeným mýtem je, že vyvolávají psychózu, zejména pak schizofrenii. Abych to upřesnil, schizofrenie má samozřejmě genetickou složku, ale ovlivňují ji i faktory prostředí. Z návyko-



Foto: archiv Filipa Tyšše

vých látek ji mají největší potenciál vyvolat pervitin a marihuana. Psychedelika jsou spíše vzácným, nspecifickým spouštěčem. Data ze souborů desetitisíců uživatelů psychedelik ukazují, že jejich užívání specificky nezvyšuje riziko rozvoje psychózy ani hospitalizace z důvodu psychického onemocnění.

Jak se díváte na rekreační užívání psychedelik? Mohla by vzniknout nějaká platforma, kde by zdraví jedinci mohli bezpečně a pod dohledem užívat psychedelika s cílem spirituálního rozvoje?

Lidé budou psychedelika užívat, ať chceme, nebo ne. Dokonce bych řekl, že mít možnost využít psychedelika jako nástroj sebepoznání je základní lidská svoboda, je to podobné jako s meditací. Je to jistě zajímavá představa, že by si zájemci mohli vyzkoušet užití psychedelik pod dohledem odborníka, když jsou zcela zdraví. Nevidím to však zatím jako něco reálného. Nelíbí se mi ani představa, že by se dostupnost psychedelických látek zkomercionalizovala a nabízely by se jako adrenalinový zážitek, který by se stal darem podobně jako seskok z letadla. Myslím, že k užití psychedelik přivede člověka jeho vnitřní cesta a že je to tak správné. V současnosti je třeba se zaměřit spíše na využití potenciálu látek u lidí, kteří je opravdu potřebují – tedy pacienti s těžkou a rezistentní depresí nebo s obsedantní poruchou, a na zmíněnou primární prevenci u uživatelů psychedelik.

Objevily se i výsledky ze základního výzkumu, které svědčí o tom, že by některá psychedelika mohla být využita při léčbě civilizačních onemocnění...

Ano. V loňském roce byla publikována revoluční práce, která naznačuje, že DMT umožňuje delší přežívání neuronů vystavených hypoxii. To by mohlo znamenat, že tato molekula udržuje neuroplasticitu mozku (vytváření nových nervových spojů) a mohla by být využita například u cévních mozkových příhod.

Loni se v Praze konala mezinárodní konference Beyond psychedelics. Jaký byl dopad této akce?

Samozřejmě považujeme za velký úspěch, že se konference konala u nás. Záštitu jí poskytl Národní ústav duševního zdraví v Klecanech a pro nás to znamenalo zejména získání nových příležitostí a možnost napojit se na světový psychedelický výzkum.

MUDr. Andrea Skálavá

Česká psychedelická společnost, z.s.

Česká psychedelická společnost, z.s. (CZEPS, z.s.), vznikla za účelem vytvoření prostoru k otevřené diskusi o psychedelických látkách, jejich přínosech a rizicích. Odborníci nejen z oblasti neurovědních oborů tak chtějí zprostředkovávat přístup k novým poznatkům a podporovat výzkum v této oblasti. Zmíněnou aktivitou se současně snaží navázat na odkaz ČR jako jednoho z center psychedelického výzkumu z 60. let minulého století.

- Cílem CZEPS je:
- destigmatizovat psychedelika,

- sdružovat odborníky zabývajících se psychedeliky,
- podporovat psychedelický výzkum a mezioborovou odbornou diskusi o psychedelických látkách,
- redukovat rizika a negativní důsledky související se zneužíváním psychedelických látek,
- připravovat podklady pro změnu legislativy týkající se kontrolovaného výzkumného a terapeutického využití psychedelik v ČR.

Více informací na: www.czeps.org

Kmenové buňky mají budoucnost při léčbě migrény

Ve Fort Lauderdale (Florida, USA) se sešli světoví odborníci zabývající se buněčnou terapií a regenerativní medicínou na prestižní mezinárodní konferenci „Academy of Regenerative Practices“. Pozornost byla zaměřena zejména na diskutovanou bezpečnost a účinnost buněčné terapie v různých oblastech medicíny. Na konferenci vystoupil i průkopník buněčné terapie v České republice prof. MUDr. Jaroslav Michálek, Ph.D., z kliniky Cellthera.

Buněčná terapie neboli podání vlastních kmenových buněk se rozšiřuje po celém světě. Je aplikována u různých onemocnění, včetně ortopedie, očního lékařství a neurologie. Aplikace kmenových buněk je pro pacienta bez jakýchkoliv závažných vedlejších účinků. Léčí-li se například artróza jenom léky proti bolesti, většinou k uzdravení postiženého kloubu nedojde, a naopak pacient skončí na operaci umělého kloubu. U pacientů s umělým kloubem hrozí zvýšené riziko infekčních komplikací, cévní mozková příhoda nebo infarkt. Z dlouhodobého hlediska má pacient s umělým kloubem vyšší riziko vzniku rakoviny.

Na konferenci představila vlastní zkušenosti z oblasti očního lékařství i česká lékařka MUDr. Jitka Pidrmanová, úzce spolupracující s klinikou Cellthera při využití kmenových buněk u některých onemocnění zraku. Ukazuje se, že zejména některá one-

mocnění sítnice mohou být uzdravena s využitím kmenových buněk. „U pacientů, kteří trpí věkem podmíněnou makulární degenerací sítnice nebo diabetickou retinopatií, dochází k postupné ztrátě zraku a současná medicína jim nedokáže nabídnout účinnou léčbu. Podáním kmenových buněk je možné proces vedoucí ke zhoršování nebo ke ztrátě zraku zastavit a zvrátit k lepšímu,“ vysvětluje Pidrmanová.

Australský odborník MUDr. Ralph Bright seznámil kolegy s převratnými výsledky léčby migrény a dalších neurologických onemocnění u svých pacientů, včetně roztroušené sklerózy a mozkové mrtvice, pomocí kmenových buněk. Po aplikaci buněčné terapie u nich došlo buď k výraznému zlepšení jejich zdravotního stavu, nebo dokonce k úplnému vyléčení. Kmenové buňky se v tomto případě aplikují nitrožilně.

Zdroj: Cellthera, (akt)

Počet pacientů s Parkinsonem stoupá

Loni Evropská léková agentura (EMA) schválila dva nové léky na Parkinsonovu chorobu – jeden generický a jeden inovativní. Přesto zůstává významným léčivým přípravkem téměř půl století stará aminokyselina levodopa, která nahrazuje chybějící dopamin. Farmaceutický průmysl vkládá velké naděje do genové terapie.

Letos v březnu americká média oslavovala schválení prvního nového léku na Parkinsonovu chorobu po více než deseti letech. Lék, který již před dvěma lety autorizovala Evropská léková agentura, pomáhá prodlužovat stavy s dobrou hybností, a naopak zkracovat dobu, kdy má pacient s hybností problémy. Jako mnoho dalších přípravků určených pro parkinsoniky se podává s levodopou, náhražkou chybějícího dopaminu. Levodopa, využívaná od roku 1970, zůstává základním kamenem léčby Parkinsonovy choroby, především v jejích pozdějších stádiích. Její účinnost ale bohužel po pěti až deseti letech prudce klesá. Přes milion Evropanů s Parkinsonovou chorobou tak stále upíná naději k modernímu výzkumu této nevléčitelné nemoci. Jejich počet se přitom má do roku 2030 zdvojnásobit. Všeobecná zdravotní pojišťovna v roce 2015 evidovala na 16 tisíc klientů s Parkinsonovou nemocí, loni jich bylo již přes 20,5 tisíce. Stoupají také náklady na jejich léčbu – meziročně o 11,5 procenta

(ze 408 milionů korun v roce 2015 na 455 milionů korun o rok později).

Viry jako nosič

Farmaceutické firmy mají rozběhnuto přes 30 výzkumných projektů v oblasti léčby Parkinsonovy choroby. Zaměřují se například na zkoumání A2 adenosinových receptorů, které mají klíčový vliv na bazální ganglia v mozku, vývojově starou část šedé hmoty ovlivňující vznik a řízení pohybu. Jinou cestou se ubírá výzkum genové terapie. Vědci zkoumají, zda by bylo možné nasměrovat do mozku geny zodpovědné za tvorbu dopaminu. Jako nosiči (vektory) by posloužily tzv. AAV viry. Na podobném principu je založená další genová terapie – do neuronů, již u pacientů přestali tvořit dopamin, by se dopravil speciální nervový růstový faktor GDNF. Ten by následně poškozené neurony opravil a ochránil před další degenerací.

Zdroj: AIFP, (red)

Fekální bakterioterapie může vyléčit zánět střev

Zánět střev způsobený bakterií Clostridium difficile je infekční choroba, která může probíhat jako banální průjem, ale také jako život ohrožující nemoc. Může se opakovat a postiženého jedince vysiluje fyzicky i psychicky.

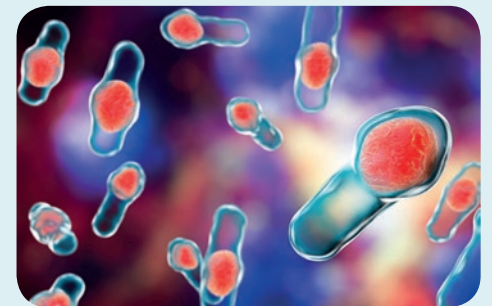
„Je to především problém oslabených imobilních pacientů staršího věku, kteří leží v nemocnici delší dobu a kteří jsou opakovaně léčeni antibiotiky. Dojde u nich k poruše rovnováhy střevní mikroflóry, což se může projevit až těžkým zánětem střev. V léčbě často nezabírají ani vzácná drahá antibiotika,“ uvádí primářka infekčního oddělení Uherskohradištské nemocnice MUDr. Eva Černá.

Fekální bakterioterapie se při léčbě opakujících se zánětů střev jeví jako velmi slibná a levná metoda. Spočívá v transplantaci stolice, získané od příbuzných i nepříbuzných dárců, u kterých je předpoklad, že nemají antibiotiky narušenou mikrobiální skladbu stolice. Ta se po odběru rozpustí v solném roztoku, odfiltrují se pevné části a připravený roztok se podá sondou do tenkého nebo tlustého střeva. Účelem je rozmnožení zdravých bakterií a zabránění dalších opakování zánětlivých průjmů.

V budoucnu může pomáhat

Metoda byla popsána již v roce 1958, ale ani v současné době není zdaleka běžná. „Pro mnohé je představa přijetí stolice do těla odpuzující. Spíše s ní souhlasí jedinci, které nemoc velmi sužuje. Určitě však má budoucnost, protože ředeším je levná a lze tak zvládnout infekci, na kterou prakticky nic nezabírá. Je spíše náročná organizačně a časově. Velmi důležitá je také správná komunikace s pacientem a jeho rodinnými příslušníky,“ upozorňuje primářka Eva Černá a dodává: „Zatím jsme na infekčním oddělení tuto terapii použili jednou u pacienta, který trpí těžkou nevléčitelnou chorobou a trpěl opakovanými clostridiovými průjmy. Byli jsme úspěšní, ohledně průjmů je již druhý rok bez potíží. V budoucnu chceme metodu po dokončení erudice mladých lékařů u vytipovaných pacientů běžně používat.“

Zdroj: NEMUH, (red)



Léčba časného stadia karcinomu prsu

Karcinom prsu je v České republice nejčastějším zhoubným nádorem žen. V časných stadiích má zpravidla velmi dobrou prognózu. Léčba vyžaduje úzkou mezioborovou spolupráci, protože je potřeba skloubit a správně načasovat operaci, radioterapii a systémovou léčbu.

I přes stoupající incidenci mortalita karcinomu prsu klesá. Důvodem je zavedení mamografického screeningu a také účinná systémová neoadjuvantní a adjuvantní hormonoterapie, chemoterapie i cílená léčba. O léčebném plánu v každém individuálním případě rozhoduje multidisciplinární tým. „Snažíme se, aby léčba probíhala v rámci onkologických týmů, ale také o to, abychom mohli dohlédnout i na vzdálenější místa, kde se onkologická léčba poskytuje. I z tohoto důvodu onkologická společnost pravidelně aktualizuje standardy onkologické léčby. Snažíme se také o predikce z dat národního onkologického registru, která nám pomáhají mapovat a plánovat poskytování onkologické péče do budoucna,“ shrnuje činnost České onkologické společnosti členka jejího výboru doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc., z Onkologické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Adjuvantní léčba snižuje riziko relapsu a zvyšuje přežití

Adjuvantní léčba zhoubného nádoru prsu následuje po chirurgickém odstranění nádoru. Čím větší a méně diferencovaný (nezralější) je nádor, tím větší je pravděpodobnost, že dojde k rozšíření nádorových buněk krevní či lymfatickou cestou do celého těla a založení mikro-metastáz. Ty jsou běžnými vyšetřovacími metodami nezjistitelné. Cílem systémové adjuvantní léčby je zničit možná ložiska včas, a tím zlepšit prognózu pacientky. Doporučený postup má svá přesná pravidla, která vznikla na základě výsledku mnoha klinických studií a pravidelně se aktualizují v souladu s novými poznatky.

Jednou z možností adjuvantní léčby je chemoterapie, pro jejíž vyšší účinnost jsou cytostatika podávána v kombinaci dvou až tří účinných látek. Konkrétní látky a počet cyklů podávání se volí podle typu a rozsahu nádoru. Chemoterapie je doporučována hlavně u žen, u kterých nádor nemá prokázanou přítomnost steroidních receptorů (míst, kde se vážou ženské pohlavní hormony, jež mohou působit jako růstové faktory pro nádorové buňky).

Pacientkám, u nichž byla jejich přítomnost prokázána, je chemoterapie doporučována tehdy, když onemocnění postihuje podpažní uzliny nebo má jiné rizikové faktory (jedná se o nádor vyššího gradu, nádor šířící se do krevních nebo mízních cév, nádor HER2 pozitivní). Pro ženy pokročilého věku se závažnými přidruženými nemocemi je nutné pečlivě zvážit přínos a rizika chemoterapie.

Pro pacientky s HER2 pozitivním karcinomem prsu je zlatým standardem léčby chemoterapie kombinovaná s podáváním trastuzumabu po dobu jednoho roku. Jeho přidání podle studií snížilo riziko relapsu a zvýšilo šanci na přežití pacientek s tímto agresivním typem onemocnění.

Neoadjuvance zlepšuje šanci pacientky na vyléčení

Rozšíření neoadjuvantní terapie znamená vyšší procento šetrných chirurgických výkonů, které jsou spojeny s lepší kvalitou života. Doc. Tesařová podotýká, že významným trendem chirurgických přístupů je i snížení radikality a invazivity zákroku, jehož příkladem je odstraňování sentinelové uzliny u klinicky a ultrazvukově negativních axilárních uzlin. Podle oxfordské analýzy se však i přežití pacientek s pokročilým nádorem za poslední dvě dekády zdvojnásobilo.

Důležitým faktorem, který pomáhá určit prognózu pacientky po ukončení systémové neoadjuvantní léčby, je dosažení patologické kompletní odpovědi (pCR). Patologická kompletní odpověď definovaná jako nepřítomnost invazivních a in situ reziduí v prsu a uzlinách je podle několika metaanalýz (např. von Minckwitz. J Clin Oncol 30:1796-1804, 2012) nejvhodnějším nástrojem pro odlišení pacientek s příznivou a nepříznivou prognózou. U HER2 pozitivního onemocnění zdvojnásobilo přidání trastuzumabu počet patologických kompletních odpovědí oproti chemoterapii. Duální blokáda HER2 receptoru kombinací pertuzumab a trastuzumab dále navyšuje četnost pCR. Právě pacientky, které patologické kompletní odpovědi (ypT0 ypN0) dosáhnou, mají nižší riziko relapsu.

U části nemocných jde díky moderní léčbě o chronicky léčitelné onemocnění s dobrou kvalitou života. Rostoucí poznání mechanismů procesu kancerogeneze, rezistence k léčbě a nacházení nových účinných látek přináší naději, že se šance nemocných na účinnou terapii ještě zlepší.

Individualizace léčby

Systémová léčba karcinomu prsu zaznamenala v posledních desetiletích obrovský rozvoj. „Velký přínos jak v paliativní, tak v adjuvantní léčbě karcinomu prsu představovalo zavedení taxanů (paclitaxelu a docetaxelu) již v 90. letech a jejich lépe tolerované varianty nab-paclitaxelu v poslední době. Nové léky se díky systému klinického zkoušení nejprve objevují v léčbě metastatického onemocnění. Hlavním cílem léčby metastatického onemocnění je prodloužení života pacientek, kontrola progresu onemocnění, zlepšení symptomů nemoci a kvality života. Cílem léčby časného karcinomu prsu je vyléčení pacientky a zabránění vzniku relapsu.

Karcinom prsu je na základě molekulárně biologického vyšetření skupina různých nádorů s různou genezí, různou růstovou aktivitou, citlivostí k léčbě a také prognózou. Právě možnost přesného rozpoznání jednotlivých typů nádoru (luminal A, luminal B, HER2+, normal-like, basal-like) povede pravděpodobně k větší individualizaci léčby,“ domnívá se onkoložka Tesařová s tím, že karcinom prsu je systémové onemocnění, které zakládá vzdálené metastázy často dříve, než je diagnostikován primární nádor. Například overexprese HER2 u karcinomu prsu v minulosti představovala jednoznačný negativní prognostický faktor, kdy pacientky s tímto typem onemocnění umíraly dříve. Po zavedení léčby trastuzumabem, a nyní i kombinací pertuzumab a trastuzumab, je naopak tento typ nádoru spojován s lepší prognózou právě díky využívání cílené léčby, která účinněji blokuje HER2 receptor a na něm závislou signalizaci. Proto je v případě karcinomu prsu účinná a cílená systémová léčba tak významná.

(red)

Inzerce M17000152



Využijte elektronizaci zdravotnictví pro sebe i své pacienty

S elektronickou zdravotní knížkou Zdravel vidíte veškerou zdravotní dokumentaci svých pacientů přehledně, v souvislostech, v časové ose a na jednom místě: zápisy od všech lékařů napříč obory, výsledky laboratoří či užívané léky. Rychleji a s větší jistotou můžete vyhodnotit pacientův stav, zvolit vhodnou léčbu či odhalit riziko kontraindikací.



- Snadná dostupnost zdravotních záznamů pacienta
- Vysoká úroveň zabezpečení dat i přístupů
- Odlehčení administrativy – nemusíte tisknout a posílat zprávy po pacientech
- Sdílení informací a rychlejší komunikace s pacientem, lékaři, lékárnou a laboratoří
- Posílení prevence – výzvy k prohlídkám, očkování a informovanost pacienta

**Svůj software můžete používat i nadále beze změny.
Zdarma Vám jej propojíme se systémem Zdravel.**

INSTITUT
PRO ELEKTRONIZACI
ZDRAVOTNICTVÍ Z.Ú.

www.zdravel.cz

+420 212 288 100

ZDRAVEL



Protinádorový účinek axitinibu u nemalobuněčného karcinomu plic

Axitinib, perorálně podávaný inhibitor tyrozinkináz cílený na receptory růstového faktoru z destiček (PDGF) a receptory vaskulárního endotelového růstového faktoru (VEGF), prokázal účinnost v terapii plicních nádorů.

Interakcí tyrosinkinázového inhibitoru s receptory na povrchu nádorové buňky dochází k ovlivnění intracelulárních signálních drah, což v konečném důsledku ovlivňuje proliferaci tumoru a neoangiogenezi. Axitinib se osvědčil jak v preklinických studiích in vitro a na zvířecích modelech, tak i v klinickém hodnocení u pacientů s nádory ledvin a v některých dalších onkologických indikacích. Na konferenci Americké společnosti pro klinickou onkologii (ASCO) o tom referovala Dr. Joan Schillerová.

Design studie

Cílem studie bylo prokázat účinnost axitinibu v monoterapii u pacientů s pokročilým nemalobuněčným karcinomem plic (NSCLC) hodnocením odpovědi na léčbu (response rate – redukce objemu nádorové masy o více než 50 procent). Do studie bylo na počátku zařazeno 18 nemocných s pokročilým NSCLC a po prokázání účinnosti axitinibu byli zařazeni další až do celkového počtu 32 pacientů. Předchozí léčba mohla zahrnovat chemo-

terapii a cílenou léčbu inhibitory EGFR (erlotinib). Vylučovacími kritérii byly předchozí antiangiogenní léčba bevacizumabem, epizoda závažné hemoptýzy a tumor s invazí velkých cév mediastina. Pacienti užívali axitinib v dávce 5 mg perorálně 2× denně, při dobré toleranci se dávka navýšila na 10 mg 2× denně.

Výsledky

Z 32 pacientů s mediánem věku 66 let byla většina léčena jednou nebo dvěma liniemi chemoterapie. U 2/3 až 3/4 pacientů byla v průběhu podávání axitinibu zaznamenána různá míra zmenšení tumoru. Nebylo dosaženo žádné kompletní odpovědi, což je ale u pokročilých NSCLC obvyklé. Tři pacienti ze studie (9,4 procenta) dosáhli částečné odpovědi a u deseti (31 procent) následovala stabilizace onemocnění. Medián celkové doby přežití činil 14,6 měsíce. V době, kdy byla tato studie prezentována, pokračovali v léčbě dva pacienti, ostatní léčbu ukončili po progresi onemocnění.

V rámci studie byly monitorovány nežádoucí účinky axitinibu. Asi tři čtvrtiny pacientů udávaly únavu, dále sníženou chuť k jídlu, méně pak průjem, vysoký krevní tlak, nevolnost, chraptot a bolest kloubů. Nebyl zaznamenán žádný závažný nežádoucí účinek.

Závěr

Studie potvrdila protinádorovou aktivitu axitinibu v léčbě NSCLC s mediánem přežití překračujícím jeden rok. Ačkoliv jde o malou studii zahrnující jen několik desítek pacientů, prokázala, že axitinib v této indikaci zasluhuje další zkoumání a provedení rozsáhlejších klinických testů.

(rej)

www.prolekare.cz

Zdroj:

West J. Axitinib: new drug with activity in lung cancer. Global Resource for Advancing Cancer Education (GRACE) 2007 Jul 1. Dostupné na: <http://cancergrace.org/cancer-treatments/2007/07/01/axitinib-in-lung-cancer>

Výhody podávání sunitinibu v dávkovacím režimu 2/1

Randomizovaná otevřená klinická studie fáze II se zabývala hodnocením účinku a toxicity sunitinibu podávaného pacientům s metastatickým renálním karcinomem (mRCC) v dávkovacím režimu 2/1 v porovnání se standardním režimem 4/2.

Sunitinib, který patří mezi inhibitory tyrosinkináz, se mimo jiné používá k léčbě mRCC, kde doporučený standardní dávkovací režim spočívá v podávání 50 mg sunitinibu 1× denně perorálně po dobu čtyř po sobě následujících týdnů, po kterých následuje dvoutýdenní pauza (režim 4/2).

Tento režim může být spojen s klinicky závažnými nežádoucími účinky, jako jsou únava, průjem, stomatitida, syndrom palmoplantární erytrodysestezie (hand-foot syndrom), neutropenie a trombocytopenie. Toxické účinky vedou ke zpožděnému užívání dávek a k jejich snižování, což oslabuje účinek terapie. U některých pacientů mohou nežádoucí účinky vést i k ukončení léčby.

Sunitinib a jeho dávkování

Doporučené dávkování bylo založeno na výsledcích získaných hodnocením limitovaného počtu pacientů. Další provedené studie fáze I ukázaly, že dávkování 2/1 by mohlo být lépe tolerované a přitom obdobně účinné jako režim 4/2.

Na základě těchto výsledků byla provedena klinická studie fáze II RESTORE, která porovnávala účinek a bezpečnost sunitinibu podávaného ve standardním dávkovacím režimu 4/2 s režimem 2/1, kdy je podáván 1× denně perorálně po dobu dvou týdnů, po kterých následuje jeden týden pauza.

Metodika studie

Do multicentrické randomizované otevřené studie bylo v období od roku 2007 do roku 2014 zařazeno 74 pacientů se světlobuněčným mRCC, kteří dosud neuzívali léčiva ze skupiny inhibitorů tyrosinkináz receptorů pro vaskulární endotelový růstový faktor (VEGFR). Pacienti byli po stratifikaci podle rizikových skupin (s nízkým, středním nebo vysokým rizikem) dle kritérií MSKCC (Memorial Sloan Kettering Cancer Center) a dle přítomnosti měřitelných lézí podle kritérií RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) randomizováni v poměru 1 : 1 k léčbě režimem 4/2 nebo 2/1. Dávka sunitinibu činila 50 mg a v závislosti na závažnosti nežádoucích účinků u jednotlivých pacientů mohla být snížena na 37,5 mg a následně až na 25 mg denně.

Primárním cílovým parametrem byla četnost šestiměsíčního přežívání bez selhání léčby (FFS – failure-free survival) hodnocená intention-to-treat analýzou. Selhání léčby bylo definováno jako přerušování terapie z jakéhokoli důvodu včetně progresu onemocnění, toxicity, odmítnutí pacientem a smrti. Sekundárními cílovými parametry byly: míra léčebné odpovědi (ORR – objective response rate), doba do progresu onemocnění (TTP – time to progression), doba do selhání léčby (TTF – time to treatment failure) a celkové přežívání (OS – overall survival).

Výsledky

FFS bylo častěji dosaženo ve skupině s režimem 2/1 (63 procent) než ve skupině s režimem 4/2 (44 procent). Při léčbě režimem 4/2 byl v porovnání s režimem 2/1 pozorován častější výskyt neutropenie (pro všechny stupně 61 vs. 37 procent, pro stupeň 3–4 28 vs. 11 procent) a únavy (83 vs. 58 procent). U pacientů léčených režimem 2/1 byla zjištěna silná tendence k nižší incidenci stomatitidy, palmoplantární erytrodysestezie a kožních vyrážek. ORR byla u režimu 2/1 47 procent a u režimu 4/2 36 procent. Medián TTP činil 12,1 měsíce u režimu 2/1 a 10,1 měsíce u režimu 4/2, medián TTF byl 7,6 a 6,0 měsíce pro režimy 2/1 a 4/2, medián OS dosáhl 30,5 měsíce u režimu 2/1 a 28,4 měsíce u režimu 4/2.

Závěr

Podávání sunitinibu v režimu 2/1 je spojeno s nižší toxicitou a častějším dosažením šestiměsíčního FFS než při použití režimu 4/2, a to bez snížení účinnosti.

(blu)

www.prolekare.cz

Zdroj:

Lee J. L. et al. Randomized phase II trial of sunitinib four weeks on and two weeks off versus two weeks on and one week off in metastatic clear-cell type renal cell carcinoma: RESTORE trial. *Ann Oncol* 2015; 26 (11): 2300–2305.

Jarní roadshow představila novinky v gynekologii

Sdružení soukromých gynekologů ČR uspořádalo v březnu a dubnu tradiční Jarní roadshow, na které představilo novinky a trendy v gynekologii a urogynekologii. Seminář mohli zhlédnout odborníci v devíti českých a moravských městech. Akce je organizována ve spolupráci se společnostmi Exeltis Czech a Richter Gedeon.

Letošní program byl zaměřen na možnosti využití progesteronu v porodnictví, léčbu infekcí dolních močových cest, význam komunikace při výběru antikoncepce, zkušenosti s transdermálním estrogením sprejem v léčbě klimakterického syndromu a postavení ulipristalacetátu v léčbě děložní myomatózy. Zaměřili jsme se na dva z prezentovaných příspěvků.

Lék první volby u IMC

Současné postupy první volby v léčbě infekcí dolních močových cest (IMC) představil MUDr. Oldřich Šottner (Gy-



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

nekologicko-porodnická a urogynekologická ambulance na Vysočině). Infekce močových cest je po respiračních infektech druhé nejčastější zánětlivé onemocnění. Udává se, že jím onemocní během života 50 až 70 procent žen a na jejich léčbu připadá 15 procent všech ordinovaných antibiotik. Mezi nejčastější patogenetické činitele patří Enterobacterie, zejména E. coli, která způsobuje až 85 procent všech IMC. K dalším bakteriálním původcům onemocnění patří Klebsiella, Proteus, stafylokoky a enterokoky, významně vzácněji se mohou uplatnit i některé viry, plísňe a kvasinky či parazité.

Cystitidu (akutní infekci močového měchýře) řeší v řadě případů gynekolog či urogynekolog. „Chtěl bych v této souvislosti připomenout, že léčíme symptomatické infekce, nikoli nález bakterií neboli asymptomatickou bakteriurii. U nekomplikované cystitidy není třeba provádět kultivaci před léčbou, infekci léčíme empiricky a při uzdravení kultivační nález neověřujeme,“ upozornil MUDr. Šottner. Pro empirickou léčbu první volby jsou nejvhodnějšími preparáty fosfomycin a nitrofurantoin.

Fosfomycin je starý, ale účinný baktericidní lék, jehož předností je jednorázové podání, rychlý efekt – do dvou až čtyř hodin po podání, 95procentní podíl vylučování ledvinami, 97–100procentní citlivost vůči E. coli, absence zkřížené rezistence vůči jiným antibiotikům a dobrá snášenlivost. Výhodou podávání je i přirozená



Foto: archiv Exeltis Czech

rezistence laktobacilů vůči tomuto léku. Naproti tomu u dalších léků byla potvrzena významnější antibiotická rezistence: u Amoxicilinu 40procentní, u Norfloxacinu 10procentní. Jako méně vhodná první volba se ukázala i kombinace trimethoprim-sulfamethoxazol. „Fosfomycin je pro zajištění nejvyšší účinnosti ideální podát v dávce 3 g nalačno a po vymočení. Umožní se tak rychlé vstřebání léku a současně vysoká koncentrace léku v moči při vylučování ledvinami,“ vysvětlil MUDr. Šottner. Vedle nekomplikované IMC lze tento lék užít v rámci chirurgické, postkoitální či dlouhodobé profylaxe, lze jej podat i těhotným a kojícím ženám (skupina B podle FDA).

Fosfomycin se uplatňuje také v léčbě komplikovaných IMC. U rekurentních infekcí močových cest se vedle antibiotické léčby výrazně uplatňuje non-mikrobiální léčba, kde vhodnou alternativou četných brusinkových preparátů mohou být produkty s obsahem D-manózy. „Fosfomycin a nitrofurantoin jsou léky první empirické volby u akutních nekomplikovaných infekcí dolních močových cest. Jako méně vhodný se dnes již – vzhledem k nárůstu rezistencí – jeví trimethoprim-sulfamethoxazol, k nevhodným antibiotikům pak patří širokospektré peniciliny či chinolony a vyloženě nevhodným lékem pro první volbu jsou cefalosporiny I. a II. generace,“ uzavřel MUDr. Šottner.

Kdy podat progesteron

Aktuální pohledy na užití progesteronu v porodnictví a asistované reprodukci prezentoval prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D. (přednosta ústavu Ústavu lékařské genetiky, FN Olomouc). Progesteron je hormon přirozeně se uplatňující v menstruačním cyklu, významně ovlivňující reprodukční cyklus ženy. V porodnictví jej lze díky jeho efektu na snížení dráždivosti myometria využít terapeuticky v prevenci spontánního předčasného porodu a habituálního potratu. Přednášející rovněž upozornil na některé důležité body doporučeného postupu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP z roku 2017, které se týkají spontánního předčasného porodu:

- Progesteron je klíčový hormon pro stabilizaci myometria, neboť inhibuje jeho kontraktilitu a při vaginálním podání působí protizánětlivě. Jeho podání je indikované u asymptomatických těhotných s krátkým děložním hrdlem.
- U žen s anamnézou předčasného porodu či pozdního potratu ve II. trimestru je možné

zvážit podávání progesteronu od týdne těhotenství 16+0 do 35+0.

- Progesteron určený pro vaginální použití má oproti injekčnímu syntetickému progestinu vyšší biologickou dostupnost a nižší frekvenci nežádoucích účinků. Doporučuje se podávání progesteronu



ve formě tablet v dávce 200 mg vaginálně na noc.

Na užití progesteronu v prevenci potratu jsou rozporuplné názory. Studie totiž vycházejí rozdílně, a to včetně metaanalýz. „Důvodem je zejména skutečnost, že etiologie habituálních potratů je odlišná,“ konstatoval prof. Procházka a dodal: „Rutinní použití progesteronu aktuálně není doporučováno, nicméně benefit lze očekávat u pacientek s deficitem luteální fáze. Precizní diferenciální diagnostika je v těchto případech klíčová.“

Své místo má terapeutické užití progesteronu také v asistované reprodukci, kde se s úspěchem využívá u defektů luteální fáze. Data navíc prokázala, že vaginální podání mikronizovaného progesteronu má stejný efekt jako podání intramuskulární (i. m.). „Podpora luteální fáze progesteronem je standardní součástí cyklu in vitro fertilizace (IVF), zajišťuje optimální strukturu a funkci endometria, je předpokladem úspěšné implantace embrya a vývoje časného těhotenství,“ uzavřel profesor Procházka.



Systemová terapie acne vulgaris

Někteří pacienti léčení pro acne vulgaris dosáhnou remise díky topickým prostředkům, v jiných případech je třeba přistoupit k systémovému řešení. Adherence je pro systémovou léčbu naprosto zásadní.

Systemová terapie je určena především pro vážnější nebo obtížněji léčitelné formy akné. K dispozici jsou tři základní skupiny léků:

- antibiotika,
- retinoidy,
- hormonální preparáty s antiandrogenní aktivitou.

Systemová antibiotika

Systemová antibiotika se uplatňují především při převaze zánětlivých pustul. Snižují kvantitu Propionibacterium acnes ve folikulu, tím zmírňují iritaci a tlumí zánět. Po jejich vysazení jsou však časté recidivy. K nejlepší volbě patří tetracykliny (doxycyklin, minocyklin, tetracyklin), makrolidy/azalidy (erythromycin, azithromycin), případně klindamycin. Dlouhodobé užívání antibiotik ovšem může mít poměrně výrazné nežádoucí účinky.

Retinoidy

Retinoidy jsou velmi účinné, zejména isotretinoin. Jeho účinek na akné je komplexní: tlumí hyperproliferaci epitelu mazových folikulů, potlačuje tvorbu mazu, inhibuje vycestování neutrofilů a monocytů z kapilár a navíc inhibuje angiogenezi. Indikujeme je u případů těžké akné, kde antibiotická terapie neměla dostatečný efekt. Je nutné užívání nejméně po dobu pěti měsíců. Vzhledem k jeho teratogenitě a množství nežádoucích účinků i lékových interakcí je před nasazením nutné důkladně odebrání anamnézy a zavedení kontracepce.



Ilustrační foto: Shutterstock

Kombinované hormonální přípravky

Kombinované hormonální přípravky obsahující kombinaci estrogenů a gestagenů doporučujeme ženám s výraznou seboreou, aknézními problémy a příznaky hyperandrogenismu. K déletrvajícimu efektu je nutné alespoň roční užívání. Před indikací je vhodné komplexní vyšetření pacientky a spolupráce s gynekologem.

Základním hlediskem při volbě z kožní indikace je přiměřená antiandrogenní aktivita a minimální androgenní aktivita gestagenu. V případě preparátů s vyšší androgenní aktivitou může naopak dojít ke zhoršení seborey i aknézních projevů. Nejčastěji jsou indikované přípravky s cyproteron-acetátem, menší antiandrogenní efekt má drospirenon, chlormadinon-acetát a dienogest.

Další možnosti

Vedle těchto tří hlavních skupin jsou k dispozici ještě mikrobiální lyzáty s imunomodulačním účinkem, imunomodulátor levamisol a dapson.

(pez)

www.prolekare.cz

Zdroj:

Obstová I. Etiopatogeneze a terapie acne vulgaris. Klin Farmakol Farm 2015; 29 (2): 69–72.

Folikuly stimulujícího hormonu u idiopatické neplodnosti zlepšují možnost otěhotnění

V časopisu *Endocrine Connections* byla publikována metaanalýza zabývající se vlivem podávání folikuly stimulujícího hormonu (FSH) na úspěšnost léčby idiopatické mužské neplodnosti.

Cílem studie bylo jasné vyhodnocení možného přínosu podávání FSH mužům z neplodného páru, který se buď snaží o spontánní koncepci, nebo je léčen pomocí metod asistované reprodukce.

Celkem bylo do metaanalýzy zařazeno 15 dílčích klinických hodnocení. Vybírány byly takové studie, kde byla muži diagnostikována idiopatická neplodnost a podávání FSH muselo být porovnáváno buď s placebem, nebo absencí léčiva. Randomizace studie nebyla podmínkou pro zahrnutí do metaanalýzy.

Výsledky

Pro účely metaanalýzy bylo shledáno jako vyhovujících celkem 15 dílčích studií. Dohromady tedy byla k dispozici data od 614 mužů léčených se pomocí FSH oproti 661 mužům v kontrolní skupině. Osm prací používalo rekombinantní FSH, sedm prací pak purifikovaný FSH. Rozdíl v účinnosti obou typů FSH nebyl prokázán.

Analýzována byla tato kritéria: pravděpodobnost spontánního otěhotnění, pravděpodobnost otěhotnění za pomoci technik asistované reprodukce, koncentrace spermatu, motilita spermií a velikost varlat.

K úspěšnému těhotenství docházelo častěji ve skupině užívající FSH, stejně tak byla u těchto mužů prokázána lepší koncentrace spermatu (zabývalo se tím 11 studií). Ukázal se i trend lepší pohyblivosti spermií, ale rozdíl nedosáhl na statistickou signifikanci. Stejně tak byl ve třech studiích prokázán jako vyšší objem varlat, opět však bez statistické signifikance.

Závěr

Dle aktuálně dostupných dat z literatury vše nasvědčuje tomu, že podávání FSH mužům z neplodných párů zvyšuje pravděpodobnost úspěšného početí. A to jak u spontánního početí, tak i v za pomoci asistované reprodukce. Nicméně výsledky této metaanalýzy mají

své limity a těmi jsou jednak heterogenita jednotlivých klinických hodnocení, dále vysoké riziko zdvojení případů a rovněž nedostatečná specifikace léčebného programu využívajícího aplikaci FSH. Bylo by tedy namístě tuto oblast dále probídat včetně nalezení markerů, které by odrazily pozitivní odpověď na podávání FSH. V současné době tedy podávání FSH neplodným mužům ještě nemůže být považováno za rutinní postup.

(bak)

www.prolekare.cz

Zdroj:

Santi D., Granata A. D., Simoni M. et al. Follicle-stimulating hormone treatment of male idiopathic infertility improves pregnancy rate: a meta-analysis. *Endocr Connect* 2015 Sep; 4 (3): R46–R58.

Nová řešení a nové výzvy v koloproktologii

Začátkem února se konaly pracovní dny Koloproktologické sekce ČCHS ČLS JEP. Oslovili jsme proto odborného garanta akce prof. MUDr. Jiřího Hocha, CSc., přednostu Chirurgické kliniky 2. LF UK a FN Motol, aby nám poskytl základní informace o probírané problematice.

Tématem setkání byla miniinvasivita a nová řešení v koloproktologii. Proč jste letos zvolili toto téma a co si má čtenář představit pod pojmem „nová řešení“?

Letošní Pracovní dny byly pořadím právě dvacáté. Všechny předchozí se vždy zaměřovaly alespoň k jednomu hlavnímu tématu, se snahou dotknout se všech jeho aspektů. Stejně tomu bylo letos. Nová řešení se týkala zcela zásadních problémů: inkontinence, anastomóz, laparoskopie a robotiky, funkčních poruch a perioperační péče. Nové zde většinou znamená zdokonalení již známého nebo jeho kontrolu. V případě fekální inkontinence to bylo shrnutí naší dosavadní zkušenosti s implantací umělého svěrače a sakrální stimulace. Obě metody jsou vhodné pro určitý okruh nemocných.

Umělý svěrač byl pro fekální inkontinenci implantován dosud jen s grantovou podporou, stejně tak byla užita neurostimulace – oběma postupům dosud brání výše nákladů. Změnu situace lze nyní očekávat u neurostimulace. Novým řešením inkontinence je implantace kmenových buněk do oblasti svěračů. Tento postup však byl použit pouze experimentálně. V anastomózách je dosud novým řešením možnost kontroly správného prokrvení metodou ICG. Nikoliv novinkou, ale u nás poprvé revidovaným řešením byla kontrola účinnosti transanální drenáže po operacích rekta.

Nová řešení v bloku onkochirurgie byla zaměřena na epidemiologické, biologické, genetické, onkologické aspekty rozdílů mezi nádory pravé a levé poloviny tlustého střeva a konečníku s dopadem na chirurgickou léčbu, na revizi významu kompletní excize mezokola a na některé momenty léčby karcinomu rekta. Novým řešením je stále vyšší podíl resekcí operací na rektu proti výkonům amputačním, novou zkušeností jsou důsledky, případně komplikace takového postupu. Narůstajícím problémem je pak rozhodování o dalším postupu léčby karcinomu rekta u nemocných, kteří dosáhli kompletní klinické odpovědi na neoadjuvantní radiochemoterapii. Nepřehlédnutelným novým problémem bez snadné odpovědi na řešení je kolorektální karcinom u mladých nemocných. Technicky nové jsou všechny laparoskopické a robotické výkony, včetně postupů závislých na nových instrumentech umožňujících transanální radikální operace karcinomu rekta.

Funkční poruchy vrozené nebo získané následkem operace jsou stále stranou chirurgické pozornosti, kterou si ale právem zaslouží. To jsme se pokusili napravit. Novinkou byla též revize výsledků léčby Hirschsprungovy choroby, obstrukční defekační syndrom (ODS), nízkých resekcí rekta a IPAA po kolektomiích pro idiopatickou kolitidu. Významnou novinkou byla velmi podrobná informace o možnostech a významu rehabilitace v léčbě kolorektálních funkčních poruch. Novými řešeními v perioperační péči jsou ERAS, perioperační termoregulace a předoperační prerehabilitace. Všechny uvedené novinky patří jistou měrou pod název nová řešení. V mnoha ohledech jsou řešení staronová a význam jejich referování

spočívá v revizi výsledků a hledání místa v kontextu ostatní léčby. Z toho pohledu byla témata námětem a praktickým dopadem víc než aktuální.

Jaké jsou dosavadní zkušenosti s miniinvasivitou v oblasti kolorekta? V čem je přínosná? Jaké jsou zde limity a výzvy?

Miniinvasivnost je jedním z hlavních trendů současné chirurgie. Menší operační trauma způsobené operačním přístupem a snazší udržení tělesné teploty během operace jsou obvykle následovány menší pooperační odezvou. Laparoskopický přístup zvyšuje přehlednost detailů a jistou měrou umožňuje přesnější disekci tkání. To je významné i v léčbě nádorů. Naopak zakládání anastomóz zůstává určitým kontroverzním problémem ve srovnání s konvenčními operacemi. Významným přínosem může být robotická operativita karcinomu rekta. Počty výkonů ve světě i u nás stoupají, ale v případě kolorektální chirurgie stále představují jen zanedbatelný zlomek ze všech operací. Od robotických operací se očekává, že umožní dokonalou a přesnou disekci včetně mezorektální excize u karcinomu rekta a že v důsledkulepší onkologické výsledky. To potvrzuje i sestava střešovické chirurgické kliniky. Ani v tom ale není polemika nikde ve světě ukončena. V širším kontextu se má za to, že miniinvasivní operace v krátkodobém výhledu zanechávají méně komplikací, v dlouhodobém pak mají srovnatelné onkologické výsledky. Pro operace kolorektálního karcinomu je dokonalejší disekce a onkologický výsledek podstatnější, než je zkrácení hospitalizace a eventuelní kosmetický výsledek.

První den proběhl ve FN Motol workshop. Co bylo jeho obsahem a jak se zdařil?

Cílem workshopu byla demonstrace a nácvik kontroly anastomózy metodou ICG, některé laparoskopické triky, demonstrace a nácvik transanální operace a užití endoskopických klipů OVESCO. K tomu sloužily čtyři trenážery, na nichž mohli účastníci všechny techniky zkoušet. V průběhu workshopu se všichni zúčastnili operací, při nichž byla po resekcí střeva provedena kontrola anastomózy metodou ICG. Workshop byl současně i certifikovaným kurzem EAES. Obě akce se konaly poprvé a možnosti zúčastnit se kurzu s evropským certifikátem si všichni účastníci cenili.

ČR drží prvenství ve výskytu kolorektálního karcinomu. Pro řadu pacientů byla donedávna tato diagnóza spojena s nutností trvalého vývodu – kolostomií. Jaké jsou současné možnosti chirurgické léčby KRK – musí se pacienti obávat výrazného a trvalého snížení kvality života po operaci?

Málo se ví, že Česká republika se svého prvenství v incidenci kolorektálního karcinomu zbavila. To je velkým úspěchem našeho zdravotnictví a všech, kteří dokázali prosadit a realizovat screeningové programy. Dalším úspěchem je zlepšení přežití a pokles mortality, zejména u karcinomu rekta. I to je výsledkem spo-



lečného úsilí více oborů. Chirurgická léčba své možnosti rozšířila o laparoskopický a robotický přístup a transanální přístup. Trvá preference resekcí proti extirpacím rekta, méně stomií je trvalých. Vyšší počet nízkých resekcí rekta má ale za následek zvýšení počtu protektivních ileostomií, podstatná část je našťastí přechodných. V souhrnu je současná stomická péče v České republice po všech stránkách na vysoké úrovni a do kvality života tak zasahuje nesrovnatelně méně než před léty.

Běžný čtenář (nechirurg) se asi příliš neorientuje v operačních technikách a nástrojích. Můžete ale přeci nastínit, jaké jsou přednosti současné chirurgie, moderních nástrojů a technologií?

Soudobá medicína umožňuje velmi kvalitní diagnostiku a zobrazení různých nálezů, které jsou ošetřovány operačně. Pro chirurgii to znamená, že operace mohou a musí být přesnější, s dokonalou anatomickou orientací, umožňující v kontextu odstranit nádor z celým embryonálně založeným prostorem. Výsledkem jsou onkochirurgicky dokonalejší operace. Moderní nástroje a technologie umožňují tyto požadavky splnit – zlepšením přehledu v operačním poli, omezením nebo vyloučením krvácení při preparaci tkání a také zlepšením podmínek při rekonstrukci orgánů. To platí například pro sutury a anastomózy zaživačích ústrojí včetně střeva.

Jaké jsou dnes možnosti řešení fekální inkontinence a co čeká pacienty v blízké budoucnosti?

Fekální inkontinence je skrytý zdravotně-spoolečenský problém. S výjimkou osob, jejichž inkontinence souvisí s vrozenou vadou nebo vznikla následkem léčby či úrazu, ostatní postižení unikají evidenci, není u nás známo, kolik vlastně inkontinentních je. Incidence

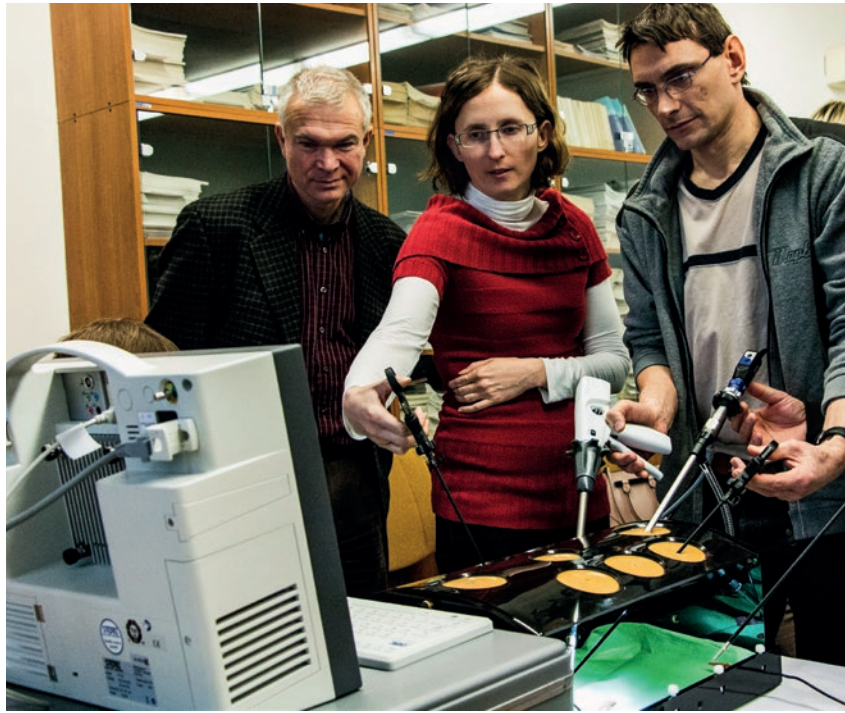
močové i fekální inkontinence stoupá s věkem. Právě u těchto osob chybí evidence nejvíc, ale také jsou u nich nejvíc omezeny možnosti řešení. Umělý svěrač v různém technickém provedení je vhodným řešením jen u části postižených, což platí i pro sakrální nervovou stimulaci. Implantace kmenových buněk je zřejmě hrdou vzdálenou budoucností. Podstatnou pomocí může být rehabilitace.

Jaké je postavení koloproktologa v řešení funkčních poruch kolonu a rekta?

Pacienti s funkčními poruchami jsou vyšetřováni právě koloproktology a někdy také gastroenterology. Obě odbornosti užívají shodné vyšetřovací postupy a podobně nálezy interpretují. Významnou úlohu v tom mají neurologové a specialisté zobrazovacích metod a rehabilitace. Na koloproktologovi zůstává rozhodnout, které z těchto poruch lze ovlivnit nebo vyřešit operací.

Můžete zhodnotit proběhlé pracovní dny - v čem byly podle vás nejvíce přínosné, a naopak. Chybělo zde něco? Jaké jsou úspěchy a výzvy české koloproktologie?

Všichni přítomní se shodli, že letošní pracovní dny, konané opět v atraktivním prostředí žižkovské televizní věže, byly úspěšné. Všichni ocenili volbu témat a jejich odbornou návaznost a aktuálnost pro praxi.



Prezentace měly vynikající formální a obsahovou úroveň, která se zvýšila ne lineárně, ale exponenciálně. Kritický náhled na výsledky postupů a vlastní práce byl esencí našeho setkání, které by po všech stránkách splnilo nároky evropského kongresu. Chyběl čas. Přednášky byly následovány diskusí a byla natolik zajímavá, že předsedající ji nechtěli ukončit. To platilo

i v tématu zdánlivě okrajovém: bodové hodnocení v koloproktologii a jednání s pojišťovnami. Úspěchem české koloproktologie je, že v mezinárodním srovnání drží krok. To platí všude, kde uplatňujeme své know how, chirurgickou zručnost a odhodlání, a méně, kde potřebujeme ekonomicky nákladné technologie. Výzvou je v tom pokračovat a více se i publikačně a prezentacemi prosadit v mezinárodním měřítku. Ostatně cena za nejlepší publikovanou práci v koloproktologii byla udělena za článek publikovaný v zahraničním časopise.

V rámci akce byla pokřtěna publikace Koloproktologie, která vyšla v edici Postgraduální medicína. Jak hodnotíte výsledný produkt? Bylo obtížné zkompletovat knihu, na které se podílelo více než 50 autorů? Jaké je její postavení mezi ostatními publikacemi z oblasti koloproktologie/chirurgie?

Křest knihy Koloproktologie, vybrané kapitoly byl dokladem pravdivosti řečeného. Některé aktuální problémy a klíčová témata dokázal kolektiv autorů popsat a v krátkém termínu i s výtečnou pomocí nakladatelství ve vynikající kvalitě vydat. Publikace je dobrým příspěvkem do českého koloproktologického písemnictví.

Organizátorem akce byla divize Medical Services Mladá fronta, a. s.

MUDr. Andrea Skálová, foto: Jana Schrammová a archiv organizátora

Význam gap junctions u pravostranných a levostranných karcinomů kolorekta

V klinické praxi se ukazuje, že karcinomy lokalizované v pravé části tlustého střeva bývají hůře léčitelné než karcinomy v jeho levé části. Nabízí se tedy otázka, jaká je podstata tohoto jevu. Pokud se ji podaří objasnit, mohly by tyto poznatky sloužit k optimalizaci léčebné strategie. Podstatnou roli možná hrají mechanismy vedoucí k nefunkčnosti mezibuněčné komunikace.

Pravostranné karcinomy se nacházejí v proximálních dvou třetinách colon transversum, v colon ascendens a v céku. Levostranné karcinomy se nacházejí ve zbytku colon transversum, v colon descendens, v colon sigmoideum a v rektu. Jisté odlišnosti lze vypořádat i mezi pacienty s levostrannými a pravostrannými tumory. Liší se mikrobiomem, klinickými charakteristikami, molekulárními charakteristikami, klinickými výsledky a odpovědí na léčbu. Levostranné karcinomy bývají více chromozomálně nestabilní a oproti tomu ty pravostranné mají ve větším procentu zastoupenou mikrosatelitovou nestabilitu (MSI) a mutace v KRAS a BRAF, což může vysvětlovat obvykle horší prognózu těchto pacientů.

Odlišnosti pravostranné a levostranné karcinogeneze

Již od 60. let minulého století je známo, že většina nádorových buněk postrádá funkční mezibuněčnou komunikaci prostřednictvím gap junctions. Jejich proliferaci tedy neomezují kontaktní inhibice. Tuto komunikaci nevykazují ani dospělí (orgánové) kmenové buňky a ty neprodukují ani základní strukturní pro-

tein gap junctions, konexin. U řady nádorových buněk k produkci proteinu dochází, ale může být posttranslačně modifikován, a neplnit tak správně svou funkci.

Rozdílná citlivost pravostranných a levostranných kolorektálních karcinomů může být vysvětlována právě působením faktorů, které ovlivňují schopnost kmenových buněk ve fázi iniciace tumoru na pravé straně kolon dělit se symetricky a vytvořit plochý typ léze nebo léze svým vzhledem podobné embryonálním tkáním, které sice exprimují geny Oct4A a ABCC2, ale neexprimují konexiny. Pokud jsou iniciované kmenové buňky na levé straně kolon stimulovány k tomu, aby se dělily asymetricky, vzniknou částečně diferencované léze nebo léze vzhledu polypu, které pravděpodobně neexprimují geny Oct4A či ABCC2, ale naopak exprimují některý gen pro konexin. Navíc genetické a epigenetické změny nalezené v pravostranných a levostranných karcinomech se podstatně liší (mikrosatelitová nestabilita, metylační status a mutace např. RAS nebo RAF). To naznačuje, že etiologie pravostranné a levostranné karcinogeneze se může lišit a možná i kmenové buňky mohou být iniciovány různě.

Možnosti léčebných strategií

Aby bylo možné nádorovou buňku v pravém kolon, která neexprimuje konexin, a má tak nefunkční mezibuněčnou komunikaci, přeměnit v kontaktně inhibovanou a diferencovanou buňku podléhající apoptóze, je třeba transkripčně aktivovat gen pro konexin. Inhibitory histon-deacetyláz by takové aktivátory transkripce mohly představovat a mohly by být vhodným doplněním léčebné strategie u méně diferencovaných kolorektálních karcinomů lokalizovaných napravo. Naopak v léčbě nádoru exprimujícího konexiny, ale s nefunkční mezibuněčnou komunikací z důvodu posttranslačních modifikací konexinu, by se mohly uplatňovat nejrůznější inhibitory onkogenů nebo látky přímo zlepšující funkci gap junctions. (ivh)

www.prolekare.cz

Zdroj:

Trosko J. E., Lenz H. J. What roles do colon stem cells and gap junctions play in the left and right location of origin of colorectal cancers? J Cell Commun Signal 2017 Feb 20, doi: 10.1007/s12079-017-0381-y [Epub ahead of print].

Hygiena ve zdravotnictví: od standardů k monitoringu a vyšší efektivitě

Používání správných dezinfekčních přípravků a dodržování stanovených hygienických postupů je jednou ze zásadních podmínek prevence šíření infekčních nemocí ve zdravotnických zařízeních.

Jak se orientovat v nabídce produktů a aplikací pro dezinfekční účely, jaké standardy by měly být dodržovány při jejich testování a jak monitorovat kvalitu úklidu a zvyšovat compliance hygieny rukou zdravotnických pracovníků? Na to odpověděl odborný seminář Testovací normy dezinfekčních přípravků pro zdravotnictví a hygienické standardy, který proběhl pod záštitou PROMEDICA INSTITUTU koncem března v Pardubicích.

Standard standardů

Přehled norem k testování účinnosti dezinfekčních přípravků podle EN aktualizované v roce 2017 poskytl v hlavním příspěvku Dr. Bernhard Meyer, který působí jako odborný konzultant pro vývoj a aplikaci dezinfekčních přípravků společnosti Ecolab a Senior Staff Scientist oddělení výzkumu a vývoje divize Healthcare EMEA. Je rovněž členem pracovních skupin 1 (WG1) a 5 (WG5) CEN TC 216 pro vývoj testovacích metod dezinfekčních přípravků a soustavnou revizi EN 14885. Účastníkům prezentoval složitou problematiku spojenou s terminologií, kategorizací a standardizací testovacích norem. Pozornost zaměřil zejména na normu EN 14885 – tzv. „standard standardů“, jejímž smyslem je umožnit uživatelům lepší orientaci ve stávajících normách. „EN 14885 určuje, jaké normy používat a jak upotřebit ostatní standardy testování. Uvedený standard je aktualizován minimálně jednou ročně,“ řekl dr. Meyer. Dále informoval, že Evropská komise připravila hierarchii pro testování dezinfekčních přípravků – všechny přípravky musí být minimálně účinné proti bakteriím a kvasinkám, v budoucnu by měly být vypracovány chybějící standardy, například pro testování účinnosti na bakterii *Clostridium difficile* a viry. „Odborníci jednotlivých pracovišť by měli být zodpovědní za výběr správných dezinfekčních přípravků a vycházet přitom z potřeb a organické zátěže jejich oddělení. Obecně jsou standardy EN členěny do tří fází, z nichž relevantní pro potřeby zdra-



vozních pracovišť je fáze 2. Pokud tedy vidíte na obalu normy jako EN 1040, 1275 či 14347, nemusíte je brát v úvahu, neboť se jedná o testy fáze 1, které nejsou relevantní pro praxi,“ uvedl dr. Meyer. Vhodné podle přednášejícího nejsou ani testy pro další aplikační oblasti, které nejsou modifikované pro zdravotnictví.

Compliance hygieny rukou

Možnosti měření compliance dezinfekce rukou u pracovníků ve zdravotnictví představil Petr Havlíček ze společnosti HARTMANN - RICO a. s. Hygiena rukou je považována za významné opatření vedoucí ke snížení infekcí spojených se zdravotní péčí. „Úroveň hygieny rukou, compliance, by měla být monitorována a zvyšována,“ upozornil Petr Havlíček a odkázal přitom na Vyhlášku 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (zejména standard 8.3 ukládající povinnost kontrolovat stanovené postupy a metody snižování rizika infekce) i standardy akreditovaných nemocnic.

Hygiena rukou je obecně považována za nejjednodušší, nejlevnější a neúčinnější opatření prevence infekcí. „Bylo potvrzeno, že s každým zvýšením míry compliance o 10 procent klesá riziko přenosu MRSA o 24 procent oproti stavu s nízkou compliance (pod 60 procent),“ upozornil Petr Havlíček s tím, že cílem by měla

být 80procentní compliance. Vyšší míra již nemá vliv na snižování míry nozokomiálních nákaz. Míru lze měřit třemi základními metodami: 1. sledováním spotřeby dezinfekčního přípravku, 2. pomocí elektronických monitorovacích systémů, 3. přímým pozorováním. Přednášející porovnal výhody a nevýhody jednotlivých metod a konstatoval, že přímé pozorování je levné a efektivní a může jej provádět každá nemocnice. K vyhodnocení dat lze využít speciální webové nebo mobilní aplikace. „Předpokladem úspěchu pro zvyšování compliance hygieny rukou je zavedení a dostupnost alkoholových dezinfekčních přípravků na odděleních, systematické vzdělávání pracovníků a zavedení přímého pozorování compliance,“ uzavřel Petr Havlíček.

Jak monitorovat úklid na HTO

Zkratkou HTO jsou označovány povrchy a předměty s vysokou hladinou kontaktů. Průzkumy ukazují, že kvalita úklidu na pokojích pacientů není dostatečná. Pro zlepšení hygieny prostředí ve zdravotnictví se doporučuje systémový přístup zahrnující monitorovací program ušitý na míru zdravotnickému zařízení nebo oddělení. Informoval o tom Ing. Pavel Táborský, vedoucí divize Healthcare společnosti Ecolab Hygiene s.r.o. Součástí programu je značení vybraných kontaktních bodů v prostorách nemocnice, následované úklidem a monitoringem. Na základě získaných dat jsou zpracovány reporty, po nichž by se měly přijmout nápravná opatření. K vyhodnocení získaných dat slouží opět speciální webové a mobilní aplikace.

Odborný seminář organizovala vzdělávací a poradenská společnost PROMEDICA INSTITUT, která poskytuje zdravotníkům přístup k moderním technologiím a inovativním postupům léčby. Partneři akce byli Ecolab Hygiene s.r.o. a HARTMANN - RICO a. s.

MUDr. Andrea Skálová, foto: archiv PROMEDICA INSTITUT

Zadavatel by měl specifikovat požadavek na testovací standardy

V souvislosti s konáním semináře jsme požádali Ing. Pavla Táborského, aby čtenářům objasnil pozadí problematiky.



Co je testovací norma dezinfekčního přípravku a jaký je její význam v nemocniční praxi?

Je to oficiální norma, která popisuje, jakým způsobem má být konkrétní výrobek otestován na mikrobiologickou účinnost, aby mohl být použit ve zdravotnictví. Výstupem je pak deklarace účinnosti dezinfekčního přípravku.

Kdo z odborníků by měl být blíže obeznámen s problematikou těchto norem?

Především osoby zodpovědné za výběr aplikací a produktů pro dané zdravotnické zařízení. Nejjednodušší cestou, jak zabezpečit legislativní výběr, je zadat požadavky do výběrového řízení. Všichni uchazeči přitom musí splnit podmínky, které určuje zadavatel. Výkonní pracovníci, kteří používají produkty pro konkrétní aplikace, by měli mít jistotu, že nemocnice přijala všechna opatření k tomu, aby se v daném zdravotnickém zařízení používal produkt otestovaný podle správných standardů.

Na semináři se hovořilo o potřebě evropské harmonizace testovacích norem. Jaké problémy mohou vyplynout z nedostatečného souladu?

Harmonizace norem testování dezinfekčních prostředků probíhá, je to však dlouhodobý proces a není plně dokončen. Z toho vyplývá, že některé prostředky a aplikace nemohou být otestovány podle evropských standardů, protože tyto standardy nejsou v tuto chvíli úplné. V těchto případech se používají alternativní lokální metodiky. U nás je historicky nejvíce akceptován německý model testování. Naopak tam, kde standardy dokončeny jsou, je předpoklad, že výrobci budou testovat své produkty podle stanovených kritérií.

V diskusi byla několikrát zpochybněna věrohodnost označení produktů - například deklarace účinnosti vůči konkrétním virům, přičemž v rámci standardu probíhá testování jen na sku-

pinu virů. Do jaké míry se nemocnice mohou spolehnout na označení daná výrobcem?

Spolehnout se na ně musíme. Nemáme totiž jiný spolehlivý zdroj, jakým by danou skutečnost bylo možné ověřit. Je zde odpovědnost každého výrobce. Nemocnice jako konečný odběratel a zadavatel výběrového řízení má však právo nechat si předložit příslušnou dokumentaci.

Jaké je hlavní poselství semináře, které by si měli účastníci odnést do praxe?

Jsme členy Evropské unie, v ní probíhá proces harmonizace testovacích norem, který je z větší části dokončen. Evropské normy jsou zároveň ty, které jsou prioritně požadovány při výběru produktů. Byl zde prezentován postup, jak se v těchto normách orientovat, co u jednotlivých produktů hledat a jak se na celou problematiku dívat.

(asa)



DŮVĚRA V OBLASTI PÉČE O ZDRAVÍ



**Komplexní řešení hygieny
právě pro Vás**

Ecolab Hygiene s.r.o. HEALTHCARE
Hlídky 118, 603 00 Brno
www.ecolabcz.cz

ECOLAB®
Everywhere It Matters.™

Inzerce ▶ M171000214

HARTMANN

◊ Dezinfekce

Míříme výš

Evoluční koncept hygieny rukou:
Krok za krokem až na špičku v hygieně
rukou s moduly vytvořenými na míru.

www.bode.cz

Inzerce ▶ M171000249



Nové virové hrozby a riziko importovaných virových nákaz

Evoluční biolog prof. F. Ryan považuje mutaci za jeden ze čtyř základních mechanismů zodpovědných za změny v dědičnosti a domnívá se, že specificky pro viry existují ještě i mechanismy další. Po dobu své dosavadní existence se lidstvo muselo postupně vyrovnat se zásadními změnami podnebí, přírody, velkým množstvím epidemií či pandemií virového původu.

Situace se vstupem do jednadvacátého století rozhodně nezměnila – jmenujme stále přetrvávající a ve skutečnosti z celosvětového hlediska narůstající problém HIV, ničícího samotné lidské buňky určené na obranu proti němu, nedávnou epidemií obřích rozměrů, jejíž příčinou byl virus Ebola v západní Africe, či v neposlední řadě takřka globální obavy z infekce virem Zika. Právě u výše zmiňované Eboly je její virový původce také velmi úspěšný v potlačování lidských imunitních reakcí, a to dosud ne příliš objasněnými mechanismy.

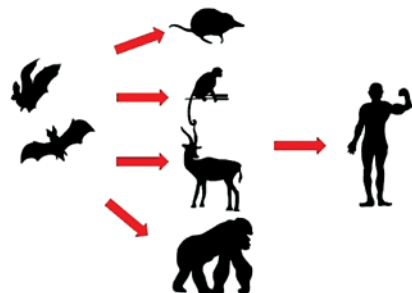
Přibližování virů člověku

Pokračovat by se dalo doslova „telefonním seznamem“ virů z čeledi Togaviridae (viry Chikungunya, Mayaro, Sindbis, Ross River nebo Barmah Forest), čeledi Flaviviridae (virus žluté zimnice, japonské encefalitidy, West Nile virus, virus encefalitidy Murray Valley, virus encefalitidy St. Louis, dengue nebo virus Rocio) či čeledi Bunyviridae (například virus Tahyňa, Inkoo, virus kalifornské encefalitidy, virus LaCrosse, Jamestown Canyon virus). Shodou okolností je vyjmenovaným virům ze všech tří čeledí společné to, že patří mezi tzv. arboviry neboli arthropod-borne viruses, tj. viry typické biologickým přenosem probíhajícím mezi hematofágními členovci a obratlovci. Takovýchto virů známe v současnosti zhruba pět set a okolo stovky je člověku patogenních (přenos se děje povětšinou pomocí vektoru – a ve vyjmenovaných případech se jedná převážně o komáry).

Zásadní rozvoj místy nekontrolované celosvětové urbanizace, sociální změny, rozvoj dopravy – od automobilové po leteckou, zkracování doby cestování a vzdáleností, včetně mezikontinentálních letů, migrace obyvatelstva, válečné konflikty, likvidace deštných pralesů a rozvoj průmyslu, to vše vede k přibližování se virového světa člověku. Globální klimatické změny, ve smyslu oteplování, vedou k šíření mnohých vektorů (komáři, klíšťata, hlodavci ad.) do nových lokalit, zároveň mohou urychlovat jejich reprodukci i šíření do vyšších nadmořských poloh a dosud atypických lokalit výskytu.

Nebezpečné mutace

Viry si vyvíjejí a upravují své strategie s použitím rozličných genetických mechanismů – od okamžitých mutací až k přestavbě genomu a rekombinaci. Jejich mutace



Obr. 1 Schéma transmise viru Ebola od koloňů k člověku

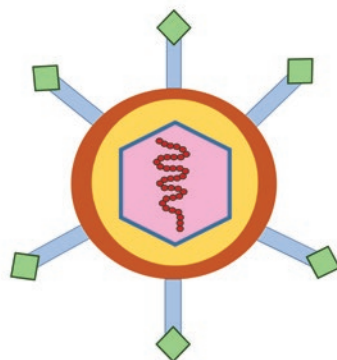
(kresba 3x N. Boštiková)

vedou ke vzniku nového funkčního povrchového proteinu, který není rozeznávaný protilátkami, jež v mezičase imunitní systém napadeného lidského organismu vyprodukoval. Nové varianty viru jsou pak pro imunitní systém více či méně „neviditelné“ a nic jim nebrání v napadání dalších a dalších buněk lidského organismu. Imunitnímu systému trvá několik dní, než vytvoří nové specifické protilátky. Maximální prostor k mnoha nebezpečným mutacím pak otevírá nové možnosti pro přechod virů mezi různými živočišnými druhy.

Epidemie Eboly v západní Africe, která začala v roce 2013 a naplno propukla v roce následujícím, byla unikátní nejen svým rozsahem (28 616 nemocných, z toho 11 310 úmrtí), ale také množstvím informací, které se podařilo získat. Diskutuje se o tom, že u viru se na počátku epidemie (Sierra Leone) vyvinula mutace (GP-A82V), která výrazně zvýšila jeho účinnost při napadání dalších lidských obětí. Uvedená mutace totiž mění část tzv. proteinové „kotvy“, kterou se virus přichytává k napadené lidské buňce. To je klíčová část celého procesu infekce, protože virus se množí výhradně uvnitř napadených buněk.

Zika virus je virologům znám několik desítek let, ale až rok 2015 ho přiblížil lidem po celém světě. V současnosti probíhající studie ukazují na snadnější přenos z muže na ženu než naopak. Byly nalezeny velmi vysoké virové nálože v dělohách těhotných žen, což je jednoznačně velmi nebezpečný faktor pro vyvíjející se plod. Vztah mezi výskytem mikrocefalií u novorozenců a matkami infikovanými Zika virem už není považován za spekulaci. Na základě dat a studií to potvrdilo americké Centrum pro kontrolu nemocí (CDC) v Atlantě. Světová zdravotnická organizace pak 1. 2. 2016 vyhlásila Zika virus globálním ohrožením.

Virus obsahuje deset proteinů, z nichž NS4A a NS4B proteiny jsou pravděpodobně právě zodpovědné za vývoj mikrocefalií, a to v důsledku svého negativního působení při vývoji mozku plodu – způsobují zpomalení růstu a vývoje nervových kmenových buněk až o 65 procent.

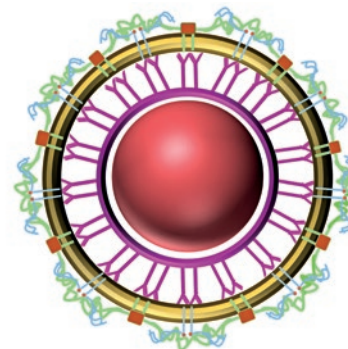


Obr. 2 Schéma struktury Zika viru

Sindbis virus

V nedávné době na sebe upozornil veřejnosti jen minimálně známý Sindbis virus. Poprvé byl izolován již

v roce 1955 v egyptské vesnici Sindbis. V roce 1971 byl zachycen na Slovensku – byl přítomen v játrech tažného ptáka rákosníka obecného (čeleď pěnícovití). V České republice byly dosud detekovány pouze protilátky u savců lužních ekosystémů Moravy. Virus je k nám pravděpodobně zavlékán tažnými ptáky a ti jsou nakaženi přes vektory – komáry rodu Culex. Onemocnění u lidí se projevuje třemi až čtyřmi dny horečnatých stavů, úpornými bolestmi hlavy a pohybového ústrojí, včetně mírné žloutenky, spolu s exantémem, lokalizovaným na hrudníku a končetinách. Únava může posléze u pacientů přetrvávat od několika týdnů až po měsíce. V některých případech se může rozvinout i chronická artritida. V současnosti se s tímto virem potýká švédská populace. Studie poukazují na šestinásobný vzestup protilátek proti Sindbis viru ve švédské populaci během posledních třiceti let. Navíc panuje domněnka, že celková data jsou silně podhodnocena.



Obr. 3 Schéma Sindbis viru

V ČR je situace příznivá

Krátký výčet nejnovějších poznatků pro několik málo virů, které tento text uvádí, lze zobecnit. Je nepopíratelným faktem, že v České republice je epidemiologická situace infekčních nemocí dlouhodobě příznivá. Prakticky se u nás nevyskytují infekční nemoci vysoké nebezpečnosti. Navíc jsme zemí s vysokými hygienickými standardy, dobrou sociální a edukační úrovní obyvatelstva a vysoce organizovanou zdravotní péčí. Nicméně import infekčních nemocí prakticky z kteréhokoli místa na světě není při současné úrovni cestování a globalizace ničím problematickým. Z hlediska těchto rizik patří Evropa, Kanada a USA do skupiny zemí s minimálním rizikem, naopak země Střední a Jižní Ameriky, oblasti Asie a africký kontinent jsou vysoce rizikovými lokalitami. V souvislosti s touto problematikou je nutné uvažovat nejen o našem obyvatelstvu, ale také o cizincích, kteří do naší země přicházejí. Ve všech těchto případech je velmi důležité zajistit epidemiologickou anamnézu specifikující místo a délku pobytu, způsoby stravování a ubytování, možné kontakty se zvířaty či poštípání hmyzem.

Vítězství nad variolou

Skončeme ale optimisticky. Rozhodně pozitivním, dnes již historickým případem, je vítězství lidstva nad vari-



olou neboli virem černých neštovic. Jednalo se o akutní a jedno vůbec z nejnebezpečnějších virových infekčních onemocnění, které v průběhu dějin zahubilo stovky milionů lidí (do doby, než byl virus eradikován díky celosvětové očkovací kampani řízené Světovou zdravotnickou organizací). Kampaň byla spuštěna 1. ledna 1967 a trvala více než deset let. Proti tomuto virovému onemocnění neexistovala žádná specifická terapie a jedinou ochranou byla právě vakcinace. Přenos viru se uskutečňoval inhalační cestou, další možností infekce byl nechráněný kontakt s infikovanou osobou či kontaminovaným materiálem.

Variolou byla pravděpodobně epidemie, která postihla etiopská vojska při obléhání Mekky v 5. století, jak je o tom zmínka v Koránu v sůře č. 105 Slon. Od tohoto století se také pravidelně objevovaly zprávy o výskytu neštovic v Evropě. Postupně, v průběhu středověku a později v době velkých zeměpisných objevů, byla variola zavlečena prakticky do všech částí světa (Amerika, Jižní Afrika, Grónsko), kde pak měly epidemie zvláště devastující dopad na původní zcela neimunní obyvatelstvo.

Mezi oběťmi pravých neštovic se objevovaly i významné osobnosti dějin – francouzský král Ludvík XV., rakouský císař Josef I. Habsburský či princ Leopold Lotrinský, původní ženich Marie Terezie. Ta prodělala neštovice v padesáti letech a údajně kvůli jizvám na obličeji nechala ze svého okolí odstranit všechna zrcadla.

Eradikace vakcinací

Mimo lidský organismus přežívá virus jen velmi omezenou dobu. Proto bylo možné začít v padesátých letech minulého století za předpokladu nasazení dostatečného počtu lidských sil a potřebných finančních prostředků skutečně uvažovat o zahájení globálního projektu eradikace varioly. Základními předpoklady bylo vyrobení



Ilustrační foto: Shutterstock

dostatečného množství vakcíny, zajištění očkování ohrožené skupiny obyvatelstva, důsledné zpracování získaných dat a především okamžité potlačování nákazy. Vzhledem k tomu, že v této době se neštovice vyskytovaly v podstatě jen v rozvojových zemích, které nebyly schopny náročnou akci zajistit vlastními silami, bylo nutné, aby se na realizaci programu podílely především vyspělé země Evropy a Severní Ameriky.

K definitivnímu vymýcení došlo ve druhé polovině dvacátého století. Velkou zásluhu na tom má i český epidemiolog Karel Raška, který byl v letech 1963 až 1970 ředitelem Oddělení přenosných nemocí WHO v Ženevě, jakož i řada dalších českých lékařů (Ježek,

Šerý a další). Princip eradikace byl jednoduchý – zaměřit se na ohniska nemoci, izolovat je a všem okolo zajistit očkování, aby se choroba dále nešířila. Podle údajů WHO bylo po dobu trvání eradikace podáno celkem 2,4 miliardy očkovacích dávek. Poslední případ pravých neštovic byl zaznamenán 26. října 1977 v Somálsku, poté byla vyhlášena úspěšná celosvětová eradikace varioly a povinné očkování se již neprovádí.

MUC. Nora Boštitková,
Lékařská fakulta UK, Hradec Králové
doc. RNDr. Vanda Boštitková, Ph.D.,

Katedra epidemiologie, Fakulta vojenského zdravotnictví,
Univerzita obrany, Hradec Králové

Inzerce M171000217

Co říkají naše sestřičky...

Je pro mě důležitá **rodinná atmosféra, přátelský kolektiv a bezpečné pracovní prostředí.**



Využívám pomoc při **péči o mé děti a rodinné příslušníky.**



Má práce je oceněna.



S NADACÍ AGEL ráda **otevřu své srdce potřebným.**



Vítám možnost dalšího **vzdělávání a zvyšování kvalifikace.**

Svou práci zvládám lépe i díky **zázemí, pracovní jistotě a právní ochraně.**



Po nástupu jsem se rychle zorientovala s pomocí **mentora, který mi pomáhal.**

www.agel.cz/kariera

 **AGEL**

Léčba roztroušené sklerózy v dětském věku a dospívání

Principy imunomodulační léčby bez ohledu na věk musí splňovat dvě základní podmínky: potlačení akutního zánětu a omezení patofyziologických procesů v období klinické remise, ovlivňující progresi onemocnění.

Nedílnou součástí léčby je ovlivnění souvisejících symptomů (únava, spasticita, bolesti, autonomní dysfunkce), které má často významný dopad na kvalitu života.

Léčba akutní ataky RS

U dětí je otázkou volba perorální nebo intravenózní aplikace methylprednisolonu. Předpokládá se, že volba aplikace intravenózní je více určena pro těžké ataky, které charakterizuje optická neuritida, míšní symptomatika nebo multifokální cerebrální léze včetně psychických změn. V dávkování je obecný konsenzus od 30 mg/kg/den do 1000 mg/den po dobu 3 až 5 dnů s tendencí aplikace co nejvyšší dávky při prevenci a monitorování možných nežádoucích účinků. Pro dětské pacienty, kteří nemají dostatečný efekt po podání methylprednisolonu nebo ho netolerují, je volbou plazmaferéza, která je sporadicky indikována u některých případů juvenilní RS. U dětí, kde zejména injekční léčba první volby není tolerována, mohou být alternativou intravenózní imunoglobuliny (IVIG) v doporučené dávce 2 g/kg podávané po dobu 2 až 5 dnů. IVIG u dětí s RS se empiricky podávají následně každé 4 týdny v dávce 0,2-0,4 g/kg/den po dobu dalších 6 až 12 měsíců. IVIG léčba 12 měsíců od první ataky RS významně snižuje riziko druhé ataky a konverze do definitivní formy RS a snižuje aktivitu onemocnění měřenou MR.

První léčebná volba u dětí

U dětí s potvrzenou diagnózou RS je zpravidla v centrech pro léčbu RS, nejenom v ČR, zvažována a aplikována léčba léky ovlivňujícími onemocnění (dinase modifying drugs – DMD), interferonem beta nebo glatiramer acetátem.

Tato léčba, která je u dospělých léčbou první volby, nebyla nikdy Úřadem pro kontrolu potravin a léčiv (Food and Drug Administration – FDA) schválena pro pacienty mladší 18 let, je „off-label“, ale ve většině zemí je u dětí s RS používána. Dnes již existuje řada publikovaných zkušeností o bezpečnosti a účinnosti této léčby u dětí.

Vzhledem k tomu, že:

- nejméně u 1/3 dětí s RS se vyvine střední nebo těžší stupeň disability,
- konverze do sekundární progresie nastupuje v mladším věku než u dospělých,
- více relapsů v prvních několika letech je nepříznivým prognostickým příznakem,



- u vysokého procenta dětí s RS se vyvine kognitivní dysfunkce, je plně oprávněné zahájení takové léčby.

Eskalace léčby

U dětí s agresivním průběhem RS byla dříve zvažována imunosupresivní léčba cyklofosfamidem nebo mitoxantronem. Novou alternativou je léčba natalizumabem, která ale není schválena k aplikaci u nemocných s RS ve věku do 18 let. Přibývá však kazuistik úspěšné eskalace léčby RS u dětí natalizumabem.

Od roku 2006 (v ČR 2008) je natalizumab první monoklonální protilátkou registrovanou a schválenou k eskalaci léčby RS u dospělých, když selhává první léčebná linie a narůstá aktivita a progresie onemocnění.

Eskalace terapie je indikována v situacích, kdy standardní terapie selhává nebo se jedná o závažný stav těžkých demyelinizačních atak charakterizovaných závažným neurologickým deficitem a současným extenzivním zobrazením postižení mozku na MR s přítomností gadolinium enhancujících lézí. Eskalaci léčby u dětí provádíme vždy po vyčerpání všech možností standardní léčby RS. Před zahájením léčby je nezbytné získat souhlas rodičů nebo zákonného zástupce dítěte a splnit formální aspekty podpisem informovaného souhlasu.

Natalizumab je v současné době považován za nejúčinnější lék v terapii RS. Léčba v důsledku dlouhodobého omezení imunitního dohledu (surveillance) v organismu může u některých jedinců způsobit nejzávažnější nežádoucí účinek, oportunní infekci JC virem, progresivní multifokální leukoencefalitidu (PML). Natalizumab není schválený k léčbě RS u dětí a dospívajících. Není důvod se domnívat, že rizika u dětí budou jiná než u dospělé populace léčené natalizumabem, proto je třeba, aby stejná pravidla farmakovigilance byla dodržována i u dětí léčených natalizumabem. Retrospektivně bylo zjištěno, že do roku 2013 byla léčba natalizumabem indikována a zahájena u více než 120 dětských pacientů před 18. rokem. Největší z toho jsou skupiny dětí léčených natalizumabem v USA, Rakousku a Itálii.

Kombinovaná léčba RS u dětí

Kombinovaná léčba RS je další možností, jak přistupovat k léčbě tohoto onemocnění, nelze se však opírat o data z žádných klinických studií, pouze o publikovaná anekdotická data a zkušenosti z léčby jiných autoimunitních onemocnění. Základním předpokladem kombinované terapie je nedostatečná účinnost stávající monoterapie a důvody, které brání léčbu změnit nebo eskalovat. Jednu možnost představuje léčba interferonem beta v kombinaci s methylprednisolonem i. v. nebo p. o. Ne zcela jasný a jednoznačný je benefit z imunosupresivní léčby azathioprinem, která je v porovnání s kortikosteroidy preferována především z důvodu méně závažných nežádoucích účinků.

Léčba symptomatiky

Cílem symptomatiké léčby RS u dětí je zmírnit, optimálně eliminovat symptomy RS, které nejsou dostatečně ovlivnitelné imunomodulační léčbou. Jedná se zejména o léčbu spasticity, sfinkterových a sexuálních poruch, bolesti, deprese, únavy, třesu a záchvatovitých projevů. Používané léky se kromě adjustace dávek neliší od symptomatiké léčby dospělých pacientů s RS.

Léčba nemedikamentózní

Do komplexního léčebného postupu patří rovněž léčebná rehabilitace a všechny její formy, včetně speciálních metodik, rekondičních pobytů, psychoterapie, ergoterapie atd. Volba léčebných programů je významně závislá na věku vzniku RS u dětí. Léčba infantilní formy RS je plně závislá na součinnosti rodiny nebo nejbližších příbuzných dítěte. V případě, že se stane diagnóza RS záležitostí celé rodiny, je velká šance zajistit pro dítě s touto diagnózou kvalitní remisí, návrat do školy mezi vrstevníky a program zajištění fyzické a psychické odolnosti vůči chronickému onemocnění CNS.

Doc. MUDr. Radomír Taláb, CSc.

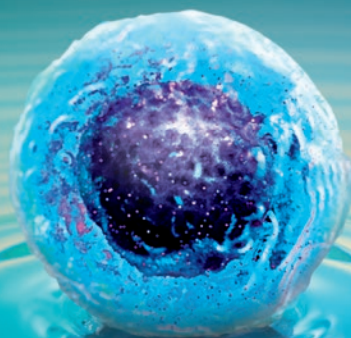
Vyšlo v knize: Roztroušená skleróza, Eva Havrdová a kol., vydala Mladá fronta, Praha 2013





**U roztroušené sklerózy
je každé spojení rozhodující**

**Jak významnou roli hrají
B-buňky v aktivitě nemoci
u roztroušené sklerózy?**



Na český trh vstupuje nová generace angiografických přístrojů

PHILIPS

Inzerce M17000219

Společnost Philips představila nejmodernější přístroj pro miniinvazivní léčbu. Angiografický přístroj Azurion reprezentuje revoluci v léčbě řízené obrazem (Image guided therapy). Inovativní zařízení umožňuje rychlejší a přesnější vyšetření cév s menší dávkou ozáření.

Miniinvazivní terapie pomáhá především kardiologickým, neurologickým a onkologickým pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje například výměnu srdeční chlopně či uzavření nebo otevření cévy. Umožňuje léčbu i těch pacientů, kteří by kvůli svému zdravotnímu stavu nemohli podstoupit klasickou otevřenou operaci.

Nový přístroj byl zkonstruován v úzké spolupráci s řadou nemocnic a na základě sledování potřeb odborných pracovníků. Umožňuje přímou léčbu pacienta v reálném čase, ale i rychlý a snadný přístup k jeho zdravotní historii na obrazovce ve vyšetřovně. V inovativním zařízení bychom našli přes tisíc nových řešení, především nejnovější detektor s plochým panelem. Systém je řízen novým operačním systémem, který zabezpečuje hladké propojení a získávání informací v reálném čase ze všech relevantních technologií na operačním sále. Výsledkem nové koncepce je vysoká obrazová kvalita při ultranízké dávce záření. Přístroj umožňuje lepší identifikaci a vizualizaci cílových orgánů a tkání, snadnější obsluhu i přesnější a rychlejší umístění instrumentů.

Intuitivní, efektivní, bezpečný

„Kvalita zobrazení je klíčová pro efektivní provádění potřebných operací. Naším cílem je umožnit lékaři přehled o veškerém dění na sále a nabídnout možnost ovlivňovat



Ilustrační foto: Shutterstock

jej pouhým dotykem prstu, podobně jako to dělá pilot. Výsledkem jsou kratší dobu trvající operace s lepšími výsledky, z čehož má ve výsledku největší přínos samotný pacient,“ říká Barry T. Katzen, MD., zakladatel a hlavní lékař Miami Cardiac & Vascular Institutu působícího v rámci zdravotnického zařízení Baptist Health South Florida v Miami (USA).

„Jednou z hlavních výhod nového přístroje je, že šetří dávkou radiace při výkonu. Současně poskytuje lepší snímky a zjednodušuje práci odborníkům, kteří s ním pracují. Ovládání přístroje je totiž snadné a intuitivní. Díky tomu je možné provést více kvalitních vyšetření v daném čase a zvyšovat tak efektivitu oddělení. Ceníme si také možnosti lepší kontroly během vyšetření,“ doplňuje prof. MUDr. Antonín Krajina, CSc., z Radiologické kliniky FN Hradec Králové. Přístroj této kategorie by podle něj měl být ideálně k dispozici ve všech krajských a fakultních nemocnicích, a to zvláště pro invazivní kardiologická, dále pro akreditovaná cerebrovaskulární centra a také na všech menších pracovištích zabývajících se katetizačními metodami. (asa)

Gynekologie dětí a dospívajících

Na přelomu března a dubna se v olomouckém NH Hotelu konala (předjubilijní) 49. konference dětské gynekologie.

Kongres organizovala Česká společnost gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP v tradiční spolupráci s partnerskými organizacemi – Sekcí gynekologie dětí a dospívajících SGPS a Sekcí gynekologie dětí a dospívajících ČGPS. Akce má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantována ČLS JEP ve spolupráci s ČLK a ČAS (ohodnocena kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání a vystoupila na ní řada českých odborníků.

Úvodem konference organizátoři vzpomenu na prof. Jiřího Hořejšího, který loni v listopadu zemřel, a pokřtili monografii našich předních specialistů v oboru dětská gynekologie. Publikace je praktickým návodem, který se snaží poskytnout ucelené informace o příčinách, symptomech a léčbě nejčastějších patologických

stavů v gynekologii dětí a dospívajících. Publikace je určena především gynekologům a pediatrům všech zdravotnických zařízení. Současně však bude cenným zdro-

jem odborných informací pro postgraduální studium a předatestační přípravu v gynekologii a pediatrii. (red)

Dětská gynekologie

prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc. a kol.

Kniha prof. Hořejšího a kolektivu Dětská gynekologie je nesporně velmi užitečným počinem pro české odborné písemnictví. Jejich 25 kapitol a 300 stran textu a názorných ilustrací není touhou po získání slávy, ale projevem lásky k tomuto podoboru gynekologie. Nahrazuje čtvrt století starou monografii stejného autora a reflektuje vývoj oboru a nezměrné zkušenosti hlavního autora i jeho žáků.

Význam samostatné dětské gynekologie je někdy relativizován. Je samozřejmě diskutabilní, zda má být obor gynekologie a porodnictví atomizován do dalších podoborů, ale musíme si přiznat, že mnoho „velkých“ gynekologů nemá na práci s dětmi čas ani náladu.

Každopádně každý, kdo chce dobře pečovat o naše malé pacientky, by si měl tuto knihu nejen pořídit, ale hlavně přečíst. Obsahuje vše, od teorie a fyziologie přes diagnostiku až po léčbu jednotlivých patologických stavů, ale také zajímavé kapitoly o lázeňské terapii a forenzních aspektech oboru.

Myslím, že lepší rozloučení s naší odbornou veřejností si pan profesor, který nás při práci na této knize ve věku 76 let náhle opustil, nemohl přát.

Vydavatel: Mladá fronta, Edice Aeskulap
ISBN: 978-80-204-4027-3



Doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D.
Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha



Jitka Chalánková, Jiří Láryš z Medical Services, Hana Kosová, poslankyně PS Parlamentu ČR, Peter Koliba, senátor Parlamentu ČR.

Foto: archiv AMCA, spol. s r. o.

Myelom je velmi variabilní

Na zhoubné onemocnění krve ročně zahyne více než 19 tisíc Evropanů a 11 tisíc pacientů v USA. Nové léky jim ale mohou výrazně prodloužit život.

Kehlerova choroba, jak je rovněž myelom nazýván, postihuje lymfocyty. Jejich poslední fázi jsou plazmocytové neboli plazmatické buňky, odpovědné za tvorbu protilátek, a tedy i za velkou část naší imunity.

„Myelom tvoří jedno procento všech nádorových onemocnění a je druhou nejčastější hematologickou nádorovou chorobou. Ročně je v ČR diagnostikováno kolem 400 nových pacientů. Za posledních 10–15 let se ale myelom zařadil k nemocem, které lze u části pacientů vyléčit úplně a u řady z nich alespoň kontrolovat,“ uvedl prof. MUDr. Ivan Špička, CSc., z I. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Rysy myelomu souvisejí se třemi projevy nemoci. Prvním je tvorba protilátek (neboli imunoglobulinu), druhým infiltrace buněk v kostní dřeni (čímž se naruší krvetvorba) a třetím rysem, který ovlivňuje nemocnost a morbiditu pacientů, je tvorba ložisek ve skeletu nebo v kostech (tzv. osteolytické léze – díry ve skeletu vedoucí k metabolickým poruchám, bolestem a kompresivním zlomeninám páteře). Kvůli nim může pacient během pouhé vteřiny ochrout. Při postupující chorobě rovněž dochází k vývoji a růstu nových klonů nádorových buněk a jejich opakovaným genetickým změnám.

Nemoc se dokáže chovat velmi variabilně, neboť nádor vyrůstá z buňky odpovědné za tvorbu imunoglobulinu, který prochází do moči a může se usazovat v ledvinách. Většina pacientů je diagnostikována právě až na základě akutního selhání ledvin. Zajímavým rysem nemoci je fakt, že od samotného počátku tvoří heterogenní skupiny buněk.



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

Nové léky

Za posledních patnáct let byl zaznamenán výrazný pokrok v léčbě. Zlomové bylo cytostatikum Belfanam, jež se (ve spojení s kortikoidy) používá dodnes. V osmdesátých letech se objevily autotomní transplantace, jen v ČR se jich podle profesora Špičky provede okolo 150 ročně. Pacient při nich dostává svoji vlastní kostní dřeň – po několika cyklech chemoterapie a velké dávce cytostatik, jež mají zabít všechny spící nádorové buňky.

Jedním z nejdůležitějších léků v léčbě je Thalidomid, který se dříve používal k léčbě bolesti hlavy či celkové únavy v těhotenství. Způsobil ale embryopatii a byl stažen. Posléze se ovšem zjistilo, že působí protinádorově (na úrovni plazmatické nádorové buňky). Důležitou skupinou látek jsou také inhibitory proteosomu, které narušují kompletizaci a vyvrátání virů. Příkladem této skupiny může být bortezomid, který se v ČR začal používat v roce 2005. Jde o speciálně zacílený lék na myelomovou nádorovou populaci, prodlužující dobu do relapsu.

Původní léky s sebou nesly mnoho zdravotních komplikací. Stále se proto hledají modernější, účinnější léčiva s nižším výskytem nežádoucích účinků (padání vlasů, zvracení, těžké průjemy po klasické chemoterapii). Nejperspektivnějším lékem se zatím jeví Lenalinomid. Je mimořádně účinný, má akceptovatelný toxický profil a snadno se perorálně aplikuje. V posledních dvou až třech letech se do praxe dostávají protilátky (elotuzumab, dalotuzumab) proti plazmatickým buňkám. V kombinaci se stimulací přirozené imunity reprezentují moderní léčebný směr. Jejich užívání vede k cílenému ovlivnění myelomových buněk s minimálním zasažením zdravé tkáně. Zatím ovšem nemají v České republice normu.

„Dnes má šanci na vyléčení pět až deset procent pacientů. Chtěli bychom dosáhnout 50% kurability a aby pacienti po primoterapii byli minimálně 15 let bez známky choroby. Nárůst léčených proto není v incidenci, ale ve zvyšujícím se počtu pacientů dožívajících se vyššího věku. Tím nám ale rovněž stoupá i cena léčby,“ uvedl k pokroku v léčbě MUDr. Jan Straub z I. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Počet léčených pacientů v ČR ročně

2007	571
2008	778
2009	929
2010	1066
2011	1108
2012	1246
2013	1314
2014	1340
2015	1422
2016	1046

(dd)

**REGISTRACE BUDE
SPUŠTĚNA V DUBNU 2017**

6. KONGRES

ČESKÉ GASTROENTEROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI

30. 11. – 2. 12. 2017

CLARION CONGRESS HOTEL OSTRAVA

TECHNICKÝ SEKRETARIÁT KONGRESU
 (registrace, ubytování, sponzorování, výstava, technická organizace akce)
GUARANT International spol s r.o. / Gastro Ostrava 2017
 Na Pankráci 17, 140 21 Praha 4
 Tel.: +420 284 001 444 | Fax: +420 284 001 448
 E-mail: gastro2017@guarant.cz | Web: www.guarant.cz

www.gastro2017.cz

Jarní únava: Jak nad ní zvítězit

Celkové oslabení, malátnost, častá únava. To jsou nejčastější příznaky jarní únavy, která trápí lidstvo už od nepaměti a projevuje se právě s koncem zimy a příchodem jara. Děje se zejména z **nedostatku** tolik potřebného **slunečního světla**. Náš organismus je zároveň oslaben a vyčerpán **stresem** a **nemocemi**, jedná se o vyčerpání po fyzické i duševní stránce.

Jarní únava u dospělých

Jarní únava u dospělých probíhá intenzivněji než u dětí a její příznaky jsou znásobeny. Je to dáno zejména tím, že dospělí mají tendence tělo i mysl během zimy huntovat daleko více. Zima je většinou spojená s nezdravým jídelníčkem, vyšší konzumací alkoholu, častějším kouřením a stresovým obdobím v práci, kde je přelom roku po většinu času kritický, ať už z důvodu inventur, nejrůznějších závěrek a auditů. I z toho důvodu si přechod jarní únavy žádá více času a úsilí a zřídka stačí jen pozměnit jídelníček.

Pozor, trvá-li jarní únava delší dobu než šest týdnů.

Právě i ten nelze ignorovat. Před příchodem jara je třeba zvýšit příjem vitaminů. „*Na jaře by měl člověk konzumovat více ochranných látek. Není třeba si však kupovat průmyslově vyráběné vitaminy a doplňky stravy, místo toho je vhodné zvýšit příjem antioxidantů z čerstvého ovoce a zeleniny.*“, radí přední výživový poradce a tvář Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky PETR HAVLÍČEK. Zároveň s tím je důležité neoslabovat organismus kouřením a konzumací alkoholu, a naopak zvýšit frekvenci pobytu na čerstvém vzduchu a jarním slunci. Optimální je vzít si několik dnů volno a načerpat energii například na horách či jinde v přírodě.

Jarní únava u dětí

Ani dětem se jarní únava nevyhýbá. Nejčastěji se projevuje celkovou slabostí, nedostatkem energie, bolestmi hlavy a mrzutostí. Toto

období lze podstatně zkrátit či se mu do budoucna úplně vyhnout několika činnostmi. Ideální je na konec zimy začít s otužováním, přičemž postačí postupné ochlazování na závěr ranní či večerní sprchy. Obrannyschop-

poměrně často organizují školy a školky. Na ty dokonce ZP MV ČR každoročně přispívá v rámci programu prevence pro předškolní a školní děti. Děti by se měly věnovat různým sportovním aktivitám, které v kombinaci se



nost organismu posílí také sauna, kterou by děti měly navštěvovat jednou týdně. Sauna totiž nejen posiluje imunitu, ale také zlepšuje náladu, kvalitu spánku a snižuje únavu.

I u dětí je samozřejmostí úprava jídelníčku. Rodiče mohou zařadit nejrůznější ovocné a zeleninové koktejly, libové maso a hlavně ryby, kterých děti dle průzkumů obecně konzumují málo. Je také potřeba dbát o to, aby se dítě pravidelně pohybovalo na čerstvém vzduchu. Naplánujte jarní výlety v přírodě nebo děti pošlete na ozdravné pobyty, které

správným jídelníčkem pomáhají vybudovat obrannyschopnost a posilují imunitu dítěte.

Pozor však, trvá-li jarní únava delší dobu než šest týdnů. V takovém případě vám totiž tělo pravděpodobně signalizuje, že je něco špatně a příznaky není dobré podceňovat. Pokud se tedy necítíte nejlépe po dobu dvou měsíců a ani pozitivní zásahy do životosprávy nepomáhají, raději vyhledejte odborníka. Místo jarní únavy se totiž může jednat o závažnější onemocnění, které je potřeba řešit.



Kontaktní dermatitida u zdravotnických pracovníků – retrospektivní studie

Dánská párová studie případů a kontrol z roku 2016 se zabývá spektrem alergií a jejich projevů u zdravotnických pracovníků s kontaktní dermatitidou ve srovnání s kontrolami (nezdravotníky s kontaktní dermatitidou).

Rizika kontaktní dermatitidy u zdravotníků

Mezi osobami postiženými pracovní kontaktní dermatitidou (KD) tvoří zdravotničtí pracovníci nejpočetnější skupinu. Důvodem je pravděpodobně jejich vystavení jak alergenům, tak iritantům při výkonu povolání. Ze studií vyplývá častý výskyt dermatitidy rukou a kontaktní alergie po opakovaném kontaktu kůže s ochrannými rukavicemi (alergenem jsou zde urychlovače vulkanizace, např. thiuram mix), léky (např. tetrazepamem) nebo dezinfekcí (např. formaldehydem a 2-bromo-2-nitro-1,3-propandiolem), avšak dosud žádná párová studie případů a kontrol se nezabývala přímo kontaktními alergeny v souvislosti s prací ve zdravotnictví. Hlavním cílem dánské studie proto bylo zjistit, zda jsou u pacientů s KD alergie na thiuram mix spojeny s prací ve zdravotnictví. Zároveň byl zjišťován výskyt dalších alergií u zdravotnických pracovníků.

Metodika a výsledky studie

V rámci párové studie případů a kontrol bylo vyšetřeno 1 402 zdravotnických pracovníků s KD a stejný počet kontrol (nezdravotníků) s KD. Jedinci zařazení do studie byli vybráni z pacientů dermatologických oddělení tří dán-

ských nemocnic mezi lety 2007 a 2014. K zjištění citlivosti na alergeny byly použity epikutánní testy z Evropské základní sady. Studie prokázala, že kontaktní alergie na thiuram mix je signifikantně spojena s prací ve zdravotnictví (u zdravotnických pracovníků byl její výskyt o 60 procent vyšší než u kontrol). Naopak alergie na dichroman draselný, methylchloroisothiazolinon/methylisothiazolinon (MCI/MI) a methylisothiazolinon (MI) byly inverzně asociovány se zdravotnickým povoláním (tedy u zdravotníků se vyskytují statisticky významně méně často než u kontrol). U alergií na jiné urychlovače vulkanizace (merkaptobenzothiazol a N-isopropyl-N-fenyl-1,4-fenylendiamin) nebyla žádná souvislost s prací ve zdravotnictví statisticky prokázána. Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že výskyt alergie na thiuram mix je ve skupině osob s KD signifikantně vyšší u jedinců s pracovní KD, dermatitidou rukou a u jedinců vyššího věku (> 40 let). Nejvyšší výskyt alergie na thiuram mix (mezi 6 a 7 procenty) byl zaznamenán u zubních lékařů, sester a pomocného středního zdravotnického personálu. Pro srovnání – u lékařů ostatních odborností (včetně chirurgů) činil výskyt alergie na thiuram mix 3,6 procenta, a u farmaceutů se dokonce nevyskytovala vůbec.

Diskuse a závěr

Ačkoli výrobci ochranných rukavic v posledních letech začali snižovat použití urychlovačů vulkanizace, stále je podíl rukavic s těmito urychlovači na trhu poměrně veliký a s tím souvisí i vyšší výskyt KD u zdravotnických pracovníků. Uvádí se, že výskyt dermatitidy rukou je u sester dvojnásobný oproti běžné populaci. Zároveň až 30 procent případů KD u zdravotnických pracovníků bylo označeno jako pracovní KD. Tento výzkum prokázal, že ve skupině osob s KD je práce ve zdravotnictví významně spojena s alergií na thiuram mix, dermatitidou rukou a pracovní KD. Tento aspekt by dle názoru autorů prezentované práce mohl být brán v úvahu i z hlediska legislativy, která by se měla zaměřit na využívání thiuramů a karbamátů v ochranných rukavicích, neboť se zdá, že jejich používání ve výrobě si vybírá daň na zdraví kůže rukou zdravotnických profesionálů.

(norg)

www.prolekare.cz

Zdroj:

Schwensen J. F., Menné T., Sommerlund M. et al. Contact allergy in Danish healthcare workers: a retrospective matched case-control study. *Acta Derm Venereol* 2016; 96 (2): 237–240, doi: 10.2340/00015555-2202.

Inzerce M171000240

POZNEJTE SVĚT S ADVENTUROU

Afrika | Asie | Latinská Amerika | Severní Amerika | Austrálie a Nový Zéland | Evropa a atlantické ostrovy



POZNÁVACÍ ZÁJEZDY
2017/18



TURISTIKA
2017/18



DOVOLENÁ NA KOLE
2017/18



DĚKujeme, že jste s námi!

DĚKujeme, že jste s námi!

www.adventura.cz

408 TITULŮ ZÁJEZDŮ DO 121 ZEMÍ 6 KONTINENTŮ

**Volná místa****Sestry a zdravotničtí asistenti**

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.
hledá:

• **všeobecné sestry
a zdravotnické asistenty**

Nabízíme:

- Aдекватní finanční ohodnocení s možností růstu na základě získané praxe, náborový příspěvek, příspěvek na bydlení po dobu 2 let při plném pracovním úvazku, možnost zajištění ubytování v místě pracoviště rovněž s příspěvkem na bydlení, podporu vzdělávání, firemní benefity - stravování, firemní jesle, příspěvek na penzijní připojištění, týden dovolené navíc, 2 Sick Days, péče o tělo (zvýhodněná cena pedikúry, masáže, kosmetiky, apod.).
- Absolventům zdravotnických škol oboru zdravotnický asistent dále nabízíme: pracovní poměr na dobu neurčitou, úhradu školného na VŠ nebo VOŠ při studiu kombinované formy studia, podporu ve zvyšování kvalifikace dle ZP, včetně uzavření kvalifikační dohody na 5 let a získání jistoty absolventa v trvání pracovního poměru, studijní stipendium při stanoveném prospěchu na státní VŠ.

Kontakt:

Tel.: 317 756 554
E-mail: pam@hospital-bn.cz

M171000238

Lékař/lékařka

Klinika komplexní rehabilitace Monada,
spol.s.r.o. Praha 8, přijme:

• **lékaře/ku se specializovanou
způsobilostí v oboru RFM nebo
v oboru neurologie s oprávněním
k výkonům myoskeletální medicíny**

Nabízíme:

- plný nebo i částečný pracovní úvazek

Kontakt:

Tel.: 736 750 911, PaedDr. Kateřina Marková
E-mail: klinika@monada.cz

M171000224

Dermatolog

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

M171000182

Medtronic

Inzerce M171000250



Inzerce M171000209

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



**NEMOCNICE NOVÉ MĚSTO
NA MORAVĚ,**
příspěvková organizace,
vyhlašuje výběrová řízení
na obsazení

**FUNKČNÍHO MÍSTA – PRIMÁŘ
NEUROLOGICKÉHO ODD.**

**FUNKČNÍHO MÍSTA – PRIMÁŘ
OČNÍHO ODD.**

Bližší informace o výběrovém
řízení najdete na www.nnm.cz,
sekce kariéra/výběrové řízení

Inzerce M171000173

Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice SČK přijme do pracovního
poměru

**PRIMÁŘE UROLOGICKÉHO
ODDĚLENÍ**

Požadujeme atestaci II. stupně
v oboru nebo specializovanou
způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme práci na zavedeném
akreditovaném pracovišti
poskytující komplexní urologickou
péči, nadstandardní finanční
ohodnocení, podporu dalšího
vzdělávání.

**Nástup možný ihned,
popř. dle dohody.**

**Kontakt: MUDr. M. Janka, náměstek
řed. pro LPP, tel. 312 606 120**

Inzerce M171000239



Představenstvo Nemocnice Tábor, a.s.,
vypisuje **výběrové řízení na obsazení
pracovního místa**

**PRIMÁŘ/KA ODDĚLENÍ
NÁSLEDNÉ PÉČE**

Požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v kterémkoli z oborů interních, chirurgických, urologickém, neurologickém, ortopedickém, pediatrickém nebo z. kmenem všeobecného praktického lékařství
- 10 let odborné praxe lékaře ve zdravotnictví
- licence ČLK pro výkon vedoucího lékaře
- organizační a řídicí schopnosti, samostatnost
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost
- orientace v ekonomice zdravotnictví

Příhlaška uchazeče musí obsahovat:

- profesní životopis, potvrzení zdravotní způsobilosti dle zákona č. 95/2004 Sb., doklad o bezúhonnosti ne starší 90 dnů, doklad o členství v ČLK, licence ČLK, návrh koncepce rozvoje a řízení oddělení
- Ověřené kopie: dokladu o získání odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře dle zákona č. 95/2004 Sb., dokladu o získané specializované způsobilosti

**Dotazy mohou uchazeči směřovat na
Ivu Glatzovou, vedoucí personálního
oddělení, tel. 381 608 210; e-mail:
iva.glatzova@nemta.cz**

**Písemnou přihlášku vč. telefonního
spojení a s požadovanými doklady
uchazeči zašlou nejpozději
do 19. 5. 2017 na adresu:
Nemocnice Tábor, a.s., kpt. Jaroše 2000,
390 03 Tábor, personální oddělení
tel. kontakt: 381 608 210, vedoucí
personálního oddělení Iva Glatzová**

**Termín výběrového řízení bude
uchazečům oznámen.**

Inzerce M171000248

Domažlická nemocnice a.s., Kozinova 292, Domažlice
přijme:



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

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

■ **Lékaře se specializací gynekologie
a porodnictví**

■ **Lékaře se specializací dětské lékařství**

■ **Lékaře se specializací anesteziologie
a intenzivní medicína**

Požadujeme:

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

Nabízíme:

- HPP na dobu neurčitou, plný úvazek
- práci v lůžkovém i ambulantním provozu
- smluvní platy + osobní ohodnocení
- náborový příspěvek až do výše 200 tis. Kč
- příspěvek na penzijní připojištění, na stravování, dovolená 25 dní/rok

Bližší informace: Ing. Vyrutová, tel.: 379 710 299, e-mail: alena.vyrutova@donem.cz
pí Blažková, tel.: 379 710 261, e-mail: marcela.blazkova@donem.cz

Inzerce M171000247



MEDICAL SERVICES



mf
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

Úrokové sazby hypoték stále rostou.
Rezervujte si aktuální výhodnou
sazbu ještě dnes!

Hypotéky



**dárek ke každé
uzavřené hypotéce**

**kávovar Cafissimo TUTTOCAFFÈ
v hodnotě 1499 Kč**

