



# ZDRAVOTNICTVÍ

---

# MEDICÍNA

**mf**  
MLADÁ FRONTA

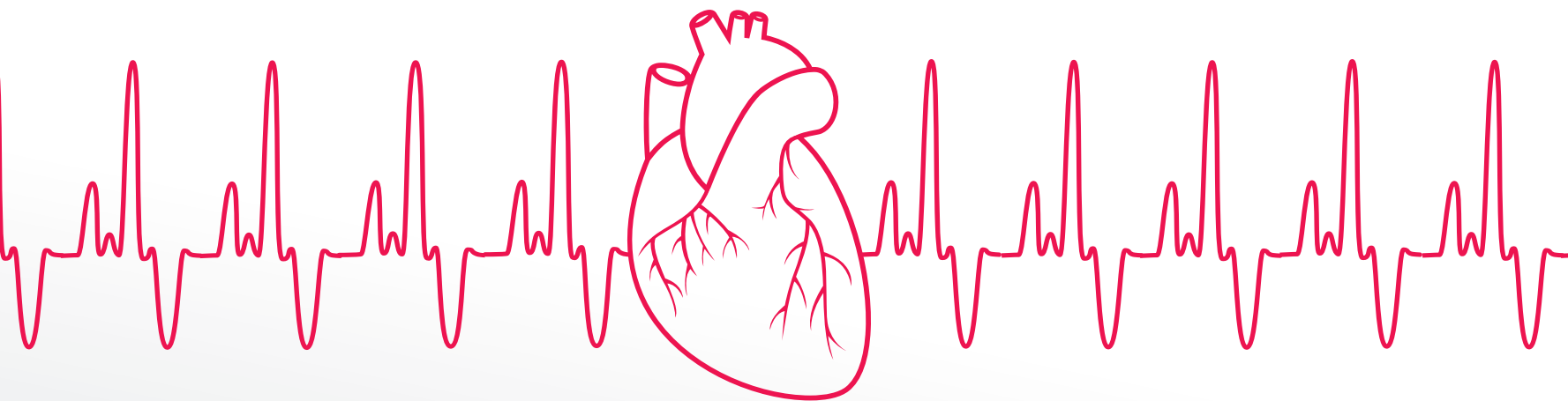
5/2017

vyšlo: 22. 5. 2017

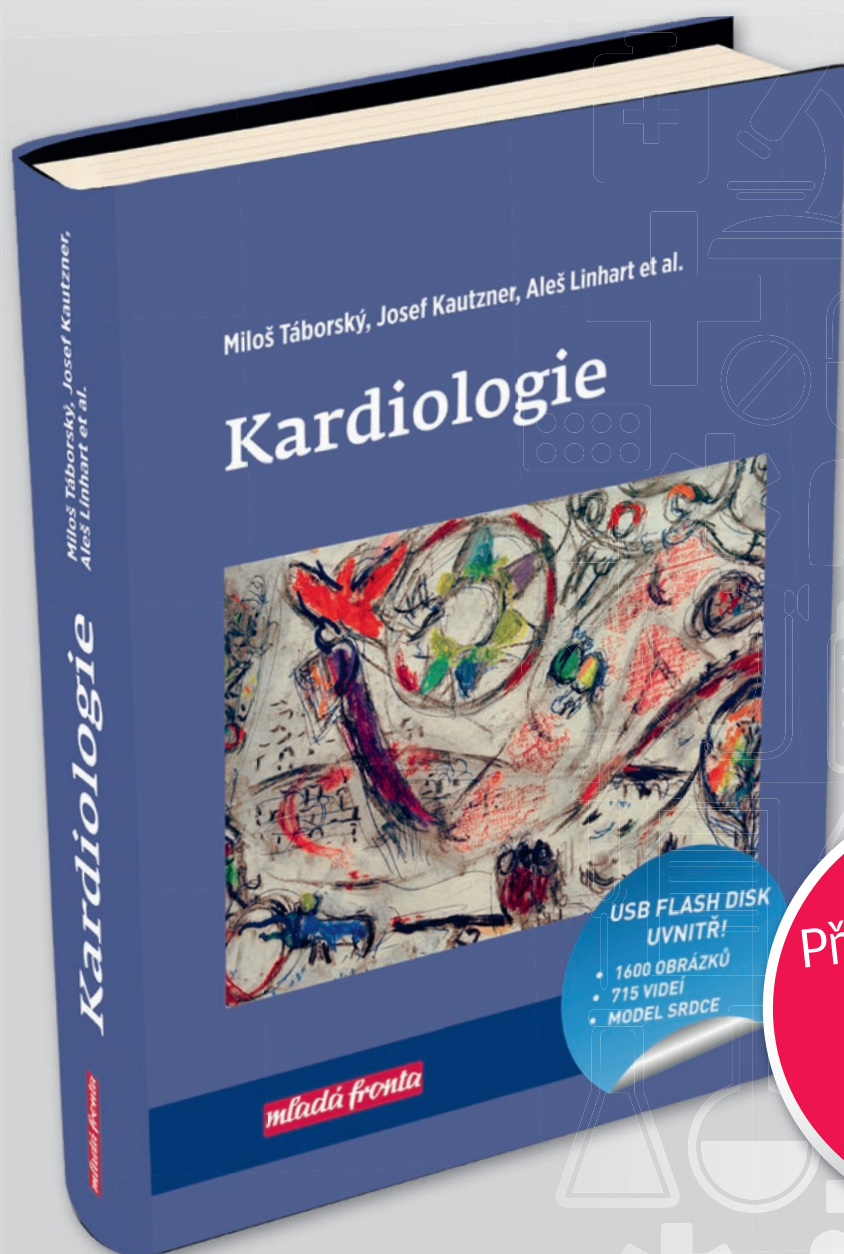
MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ



XXV. výroční sjezd ČKS (str. 32)



# Představujeme novou interaktivní učebnici **Kardiologie**



Tato publikace vychází z unikátní **interaktivní kardiologické výukové platformy**, která je dostupná na [www.ecardio.cz](http://www.ecardio.cz). Inovativní je právě dosud neexistující formát klasické učebnice spojený s touto platformou a **flash diskem s rozsáhlou obrazovou dokumentací a s množstvím videosekvencí z praxe**. V 62 zapitolách pokrývá celou oblast kardiologie.

Kniha je určena pro studenty lékařských oborů (pre- i postgraduální úroveň), kardiology, internisty a další akademické pracovníky.

Autoři:  
**Miloš Táborský,  
Josef Kautzner,  
Aleš Linhart et al.**

Při objednání na  
**knihka.cz**  
sleva 5 %

**MEDICAL  
SERVICES**  
www.medical-services.cz





# Samotná novela problém sester nevyřeší

Ve středu 26. 4. 2017 proběhlo ve sněmovně třetí čtení vládního návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

Novela zákona o vzdělávání byla naprosto nutná. Současný stav totiž na jedné straně tlačil zdravotní sestry do vysokoškolského vzdělání a na druhé, bohužel, degradoval střední zdravotnické vzdělání. Návrh, který v minulém roce přišel do Sněmovny od předkladatele, otevřel možnosti vylepšení a zdokonalení zákona. Předně bylo nutné doladit navrhovanou formu vzdělání (tzv. 4+1). V podstatě to znamená, že mladí lidé, kteří absolvují střední vzdělání na zdravotnické škole a stanou se tak asistenty, si dodělají jeden rok odborného vzdělání a stanou se plnohodnotnou všeobecnou zdravotní sestrou. Bylo nutné se dohodnout na obsahu doplňkového roku, aby výsledkem vzdělávacího procesu byla opravdu kvalitní plnohodnotná sestra.

Jedním z cílů novely bylo zastavit úbytek zdravotních sester v praxi, které často odcházejí do jiných, lépe placených nebo méně náročných profesí. Šlo tedy o to, abychom zdravotním sestřím ulehčili další vzdělávání, a hlavně abychom jim dali, co opravdu chtějí. Tím je kvalitní střední vzdělání, poněvadž většina

z nich, a to je kolem 60–70 procent, nepovažuje za nutné mít vysokoškolské vzdělání. Část z nich takové vzdělání však požaduje a tato možnost musí být pro ně zachována. Zde však nastává problém, protože vysokoškolsky vzdělané sestry nemají po absolvování studia adekvátní pracovní zařazení.

Je pravděpodobné, že zkrácení vzdělávání přiláká zájemce o studium na středních zdravotnických školách, ale jen v případě, že kvalita středních zdravotnických škol bude výrazně lepší, než je tomu doposud. Svého času školy přijímaly jen špičkové žáky a žáčky. V současné době tomu tak není a mnozí z nich nejsou schopni ani absolvovat maturitu. Taková degradace je na škodu a je vhodné se plně postavit na stranu zkvalitnění těchto škol, což může nastat jen ve spolupráci s Ministerstvem školství. Pokud by zůstalo jen u schváleného zákona, byla by to chyba a kvalitních zdravotních sester bychom se po absolvování studia nedočkali.

Hodnotit efektivitu zákona budeme moci až po několika letech a pozitivní dopad uvidíme jen v případě, že dojde ke zkvalitnění středních zdravotnických škol. Sestry totiž budou pozitivně hodnotit, že jejich vzdělání bude po pěti letech dostatečné a kvalitní. Ty, které další vzdělání nechtějí, tak budou spokojené. Je však jasné, že současná samotná novela problém nevyřeší. Je nutné se podívat i na sociální možnosti, pracovní, platové a další podmínky. Jedním z pozitivních příkladů mohou být mateřské školky v místě pracovního působení, dalším



pak flexibilnější pracovní doba – některé sestry chtějí jen jednosměnný provoz, jiné naopak preferují provoz trojsměnný.

Za naprosto zásadní považují redukci administrativní práce sester, aby se více mohly věnovat pacientům. Dnes se musejí i polovinu pracovní doby vyplňovat formuláři. V dalším kroku je vhodné zredukovat nároky na různá zbytečná školení a jejich časté opakování. Každý pacient si přeje příjemnou, ohleduplnou a empatickou zdravotní sestru, která se o něj stará v době těžké životní situace, jakou nemoc bezesporu je. Přetížená a otrávená zdravotní sestra, která se věnuje administrativní práci a snaží se plnit všechny administrativní úkoly svědomitě, na pacienta nemá nejen dostatek času, ale ani energie. A tomu je třeba zamezit.

prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc.,  
poslanec ČR

## O brožurách a programech

Kdyby se pokaždé, když vyjde nějaká publikace věnovaná českému zdravotnictví, vyřešil alespoň jeden jeho problém, bylo by hej. Leč není. Napsalo se toho hodně, vyřešilo málo. Útlá publikace „Budoucnost českého zdravotnictví“, která sbírkou sepsaných rozvah doplnila v posledních dnech, historii nepřepíše ani obsahem, ani úpravou. Přesto stojí zato se jí právě v tomto čase alespoň chvíli věnovat.

Záštitu nad ní převzali a úvodním slovem ji opatřili dva páni profesori – Rostislav Vyzula, poslanec za hnutí ANO a šéf sněmovního výboru pro zdravotnictví, a Jan Žaloudík, senátor za ČSSD a šéf výboru pro zdravotnictví v horní parlamentní komoře. Dá se tedy říci, že publikace má politické krytí z obou dominantních stran současného politického spektra. A právě ono politické krytí je vzhledem k obsahu pozoruhodné. Ačkoli jej poskytují dvě vládní strany, je obsah publikace k současnému stavu zdravotnictví velmi kritický. A třebaže ono krytí současně poskytuje dva hlavní soupeři v nadcházejících parlamentních volbách, je obsah až překvapivě jednoznačný, zejména pokud jde o budoucí financování zdravotnického systému.

Podle Vyzulova úvodního slova jsme významnou zemí „ve středu Evropy, s pracovním potenciálem, který nás uživí, ale k zajištění v podstatě bezplatného

zdravotnictví to stačit nebude“. „Musíme hledat i nové cesty financování,“ pokračuje Vyzula. „Oproti různým průhledným systémům ve světě, jako jsou národní zdravotní služba, různé poměry veřejného a komerčního pojištění nebo dominantně privátní služby, se v ČR podařilo protáhnout nemalý socialismus do kvazitržního hospodářství kapitalistického sociálního státu a postupně střádat negativa z obou,“ píše na vedlejší stránce ve svém úvodu Žaloudík. Nespokojenost se současným systémem financování zdravotnictví a potřeba hledat více zdrojů peněz než jen tupou zdravotní daň vydanou za pojištění je patrná i v dalších textech uvnitř brožury. „Financování z více zdrojů je nedílnou součástí ekonomiky systému,“ píše se ve kmenovém Vyzulově provolání „zo zdravých vět“, kolem něž se točí zbytek příspěvků.

To je ovšem významné. Především proto, že za pár měsíců jsou volby a že nejpozději za pár týdnů začnou strany představovat své volební programy. Bude velmi zajímavé pozorovat, zda a s jakou vervou budou ČSSD a ANO vpisovat do těchto programů body týkající se vícezdrojového financování zdravotnictví, což mimo jiné znamená zvýšení spoluúčasti pacientů ve formě nadstandardů, komerčního připojištění, individuálních pojistných plánů, případně malusů k pojištění. Těch se zejména socialisté vždycky báli jako čerti kříže.



To ostatně potvrzuje pohled do nejaktuálnějšího dokumentu, který je od ČSSD momentálně k dispozici, tedy dlouhodobého programu schváleného letos v březnu stranickým sjezdem. V něm se píše, na čem „je nutné trvat“ a co „je třeba ukotvit“. Takže zmínku o financování zdravotnictví aby člověk hledal lupou, ale je tu: „Systém povinného veřejného zdravotního pojištění bude i nadále hlavním zdrojem úhrady zdravotních služeb.“ O vedlejších zdrojích už se tu pro jistotu nepíše nic. Pokud by Vyzulova a Žaloudíkova brožura dodala socialistům i hnutí ANO odvahu napsat do programu něco ne úplně populistického o potřebě změny systému financování zdravotnictví, nebyla by tak zbytečná.

Martin Čaban,  
autor je komentátorem deníku E15

**Šéfredaktorka**

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

**Editor**

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

**Korektorka**

Mgr. Daniela Kučmašová, e-mail: kucmasova@mf.cz

**Stálí spolupracovníci redakce**

Martin Čaban,  
Martin Ježek

**Grafika a technické zpracování**

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

**Redakční rada ZAM**

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA  
(předseda)

MUDr. Václava Bártů  
doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.  
prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

MUDr. 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 18. 5. 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

# Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP)

*Více než tři čtvrtiny lidí si přejí zemřít doma. Vyplyvá to z reprezentativních výzkumů společností Cesta domů a STEM/MARK. Mobilní specializovaná paliativní péče umožňuje s podporou moderní medicíny dožít důstojně v domácím prostředí.*

V mnoha zemích západní Evropy (Německo, Rakousko, země Beneluxu, Británie) je domácí paliativní péče všeobecně dostupná a hrazená z veřejných prostředků. Češi stále nejčastěji umírají na akutním lůžku v nemocnici, v léčebně dlouhodobě nemocných či v domovech pro seniory. Změnu by mohl přinést Pilotní program mobilních hospiců, VZP a Ministerstva zdravotnictví, který je nyní ve své další, již třetí fázi ověření. Ve své první i druhé etapě přinesl nadějně výsledky. Potvrdila se rovněž bezpečnost a kvalita zajištěné péče. Jednání se povedou také o rozšíření do dalších regionů ČR, o delším období péče a o širší typologii nemocných. Cílem programu je taktéž zapojit ostatní pojišťovny. Pilotní program by měl být již od roku 2018 zařazen do systému standardní úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Zdá se totiž, že má podporu ministra zdravotnictví i napříč politickým spektrem.

v terminální fázi onemocnění, přičemž mobilní hospic zajišťoval veškerou zdravotní péči, kterou pacient v průběhu péče potřeboval, v režimu 24/7/365. Mobilní hospice, které dosud úhradu ze zdravotního pojištění nemají a pracují díky podpoře dárců asi ve dvaceti okresech ČR, se zavázaly garantovat, že nejméně 80 procent pacientů přijatých do péče skutečně dožije doma a VZP se zavázala hradit mobilnímu hospici po dobu maximálně 30 dnů života pacienta část nákladů na péči, odstupňovanou podle závažnosti stavu.

Vyhodnocení projektu, které provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), otevírá prostor pro jednání, jak systematicky zlepšit péči o umírající v ČR. Sběr dat, jež mobilní hospice prováděly, byl podpořen grantem Nadačního fondu AVAST v rámci programu „Spolu až do konce“.

**Výsledky programu?**

Pilotní program mobilní specializované paliativní péče ve své první fázi prokázal, že mobilní hospice jsou schopné:

1. bezpečně, kvalitně a při respektování všech zákonných norem pečovat o nevléčitelně nemocné v domácím prostředí,
2. dočkat pacienta, který si to přeje a má podporu své rodiny v domácím prostředí až do smrti v 92–97 procentech případů,
3. v závěru života pacientů při zhoršujících se symptomech účinně tlumit bolest a zachovat kvalitu života,
4. i když v péči mobilních hospiců dožívají pacienti se značnými potřebami zdravotní péče, nedochází u této skupiny k nárůstu vykázaných nákladů v posledních dnech života. Naopak průměrné náklady vykázané za jeden den v posledním měsíci života pacientů MSPP jsou 1316 Kč. Hodnota se pohybuje na spodní hranici vykázaných nákladů ve všech náhodně vytvořených kontrolních skupinách, jež ÚZIS modeloval na datech 70 tisíc pojištěnců VZP, kteří zemřeli ve stejném období. Průměrné náklady na jeden den v závěru života v těchto kontrolních skupinách byly 1632 Kč.

## Minimální personální požadavky na poskytovatele MSPP:

- lékař (minimálně L2): celkem úvazek 1,2, z toho lékař L3 s nástavbovou atestací z oboru paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti minimálně 0,2,
- zdravotní sestra: minimálně 5,0 úvazků,
- dostupnost psychologické, duchovní a sociální podpůrné péče kaplanství.

V rámci koncepčního rozvoje paliativní péče o pacienty v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob považuje odborná společnost za logické a efektivní budování organizačně propojených zařízení charakteru ambulance paliativní medicíny a MSPP, což umožní zajistit tolik potřebnou kontinuitu péče v posledních měsících, týdnech a dnech života.

Program běží již od jara roku 2015 a měl za cíl ověřit, jestli je mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) bezpečnou formou zdravotní péče, která má klinický přínos pro pacienta a která není významně dražší než současné způsoby péče o umírající. Vyjednávacímu týmu České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a VZP ČR trvala příprava více než tři čtvrtě roku. Jednat se začalo již v létě 2014. Třístrannou dohodu o pilotním projektu podepsali poslední březnový den roku 2015 prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc., tehdejší náměstek ministra zdravotnictví, ředitel VZP Ing. Zdeněk Kabátek a předseda ČSPM, toho času primář Léčebny dlouhodobě nemocných, nemocnice Milosrdných bratří v Brně, MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

Pilotní program organizoval péči, kterou poskytl osm hospicových organizací v ČR celkem 327 pacientům v období od dubna 2015 až do února 2016. Péče měla charakter „domácí hospitalizace“ pacienta

## Požadavky na zdravotnické pracovníky:

- Lékař ambulance paliativní medicíny a vedoucí lékař MSPP je držitelem atestace z nástavbového oboru paliativní medicína nebo oboru paliativní medicína a léčba bolesti.
- Všechny sestry v zařízení MSPP by měly absolvovat akreditovaný kurz paliativní péče v minimálním rozsahu 30 hodin (např. ELNEC).

Na základě vlastních a zahraničních zkušeností a doporučení považuje Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP za optimální, aby byla zajištěna dostupnost jedné ambulance paliativní medicíny na 100 tisíc obyvatel a aby jeden poskytovatel MSPP byl v dojezdové vzdálenosti, maximálně však 25 km.





Ilustrační foto: Shutterstock

Závěry jsou výsledkem nestranného zhodnocení pilotu Ústavem zdravotnických informací a statistiky a jsou odsouhlasené všemi zúčastněnými stranami.

Paliativní péče je podfinancovaná

Reálné náklady mobilních hospiců na zdravotnické služby za jeden ošetrovací den se pohybovaly v rozmezí 1700-1900 Kč, což je o 400 korun více, než činila úhrada ze strany VZP. Průměrná délka péče o pacienty v první fázi pilotního programu byla 15,2 dnů, medián osm dnů. Celkem bylo 12,5 procenta pacientů v péči déle než 30 dnů, kdy již VZP náklady nehradila, a mo-

bilní hospice je tedy musely kryt z darů, veřejné sbírky či dotací.

Rovněž všechny nezdravotnické služby umírajícím, tedy terénní sociální práce, psychologická nebo psychologická podpora, péče o pozůstalé a další, nejsou předmětem úhrady ze zdravotního pojištění a hospice na ně musejí peníze opět shánět jinde.

Co je mobilní hospic?

Mobilní hospic je komplexní formou poskytování ambulantní paliativní péče v domácím prostředí v kontinuálním režimu tzv. domácí hospitalizace (24/7). Multidisciplinární paliativní tým se věnuje zajištění zdravotní péče, ošetrovatelství, sociální a psychologické podpoře. Významná je oblast horizontální spirituality – podpora smyslu života v nemoci, hledání cesty k přijetí reality a smíření s dosavadním životem i s budoucností. Podporu poskytuje tým kontinuálně, nejen pro nemocného, ale také pro jeho blízké. Je to důležité i proto, že právě zajištěnost podpory v době, kdy je právě potřebná, rozhoduje o kvalitě života a také možnosti setrvání v původním sociálním prostředí.

Za nejvhodnější formu se považuje zřízení Mobilního paliativního týmu souběžně s ambulancí paliativní medicíny, protože uvedený model umožní zásadně zlepšit kontinuitu péče nejen v samotném závěru života. Ambulance umožňuje podporu péče praktického lékaře a agentur home care v době, kdy nemocný sice ještě nepotřebuje trvalý dohled multidisciplinárního týmu, ale péče často probíhá bez kvalifikované nastaveného paliativního plánu.

Mobilní specializovaná paliativní péče je indikovaná u pacientů v pokročilých a konečných stadiích nevléčitelných chorob s velmi limitovanou prognózou délky života (týdny až několik měsíců), u nichž zdravotní stav neumožňuje pravidelné kontroly u praktického lékaře nebo ambulantního specialisty, což znamená, že je významně omezená jejich mobilita a celková funkční zdatnost. Dalšími předpoklady pak jsou přítomnost závažných symptomů a celková klinická nestabilita, jež vyžadují časté intervence a pravidelné přehodnocování nebo úpravu plánu péče (časté krize a dekompenzace).

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D., člen výboru ČSPM ČLS JEP,  
MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D., předseda ČSPM ČLS JEP

### Úhrada péče ze strany VZP v roce 2017:

#### Praha

- Cesta domů
- Most k domovu

#### Středočeský kraj

- Most k domovu – Mníšek pod Brdy
- Kompletní péče – Beroun

#### Královéhradecký kraj

- Oblastní charita Červený Kostelec
- Oblastní charita Hradec Králové

#### Pardubický kraj

- Oblastní charita Ústí nad Orlicí

#### Jihočeský kraj

- Domácí hospic Jordán – Tábor

#### Karlovarský kraj

- LADARA – Karlovy Vary

#### Jihomoravský kraj

- Diecézní charita Brno – Rajhrad
- Hospic svatě Alžběty – Brno

#### Zlínský kraj

- Domácí hospic Společnou cestou – Valašské Meziříčí
- Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče – Uherské Hradiště

#### Kraj Vysočina

- Diecézní charita Brno – Třebíč
- Domácí hospic Vysočina – Nové Město na Moravě

#### Moravskoslezský kraj

- Mobilní hospic Ondrášek – Ostrava



## Obsah

### Z domova

- Samotná novela problém sester nevyřeší 3
- O brožurách a programech 3
- Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) 4
- Duel: Výhledy paliativní a hospicové péče 6
- Téma: Analýza dat 8
- Pomůže Ústavní soud zdravotně postiženým? 10
- Discovery AWARD 2016 10
- Čeští výrobci léků mají nové vedení 12
- Právní poradna 13
- Některé etické a legislativní problémy v sexuologii 14

### Sestra

- V Brně vyzkoušeli nový přístup u zlomenin hrudní páteře 17
- Intenzivní ošetrovatelská starostlivost o pacienta s MRSA na JIS 19
- Za obezitu mohou častěji prostředí a stres než geny 20
- Kontrolní činnost a audit 22
- Studie Mayo Clinic: duševní aktivita chrání před kognitivními poruchami 23
- Zubní kaz a onemocnění parodontu 24
- Ze společnosti 26

### Medicína

- Onkologická onemocnění nemusejí znamenat ukončení těhotenství 29
- Na diabetes už máme téměř ideální lék 31
- Česká kardiologická společnost: v Brně již po pětadvacáté 32
- MUDr. Petr Šonka novým předsedou SPL 35
- V Havířově byla otevřena nová výrobní hala 35
- Zaměřeno (nejen) na hepatitidu C 36
- Nové poznatky v neurobiologii a v léčbě deprese 38
- Symptomatická terapie roztroušené sklerózy 40
- Léčba chronické žilní insuficience: český pacient preferuje venofarmaka! 42
- Léčba pokročilého HER2 – pozitivního karcinomu prsu 44
- Čtvrtina nemocí u praktiků je způsobena psychosomatickou komorbiditou 46
- Knihy 47
- Personální inzerce 48

# Výhledy paliativní a hospicové péče

Ředitel neziskové organizace Cesta domů **Mgr. Marek Uhlíř** a předseda České společnosti paliativní medicíny **MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.**, představují svůj pohled na současný i budoucí systém mobilní paliativní péči.

Foto: archiv Jana Hanka



1. Podle MZ ČR by paliativní péči mohly po r. 2020 poskytovat všechny nemocnice. Jaké ale vidíte aktuální problémy týkající se mobilní paliativní péče?
2. Podle Českého statistického úřadu si více než čtvrtina z 220 tisíc českých domácností nemůže finančně dovolit domácí péči o člena rodiny z důvodu stáří, postižení nebo dlouhodobé nemoci. Jak byste si představoval ideální nastavení systému?
3. Rozsáhlou mobilní paliativní péči je nutné finančně zajistit. Kdo by ji měl hradit a z jakých prostředků? Kde vzít na péči peníze?

Foto: archiv FM



## MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

1. Otázka paliativní péče v nemocnicích a mobilní paliativní péče (tedy péče poskytované v domácím prostředí) spolu sice souvisí, ale jedná se o dvě různé oblasti. Je třeba připomenout, že již dnes se v lůžkových zařízeních akutní i následné péče pacienti s potřebou paliativní péče vyskytují a že jsou to právě nemocnice, kde většina pacientů s potřebou paliativní péče umírá (více než 60 procent úmrtí v ČR nastává v lůžkových zařízeních). Každá nemocnice by měla formulovat „nemocniční program paliativní péče“, který nastaví systém včasného rozpoznání pacientů s potřebou takové péče a především systém podpůrných intervencí a transparentního rozhodování o paliativním léčebném plánu. Klinicky nestabilní chroničtí pacienti v závěru života potřebují trvale dostupnou (7/24) a dobře koordinovanou lékařskou a ošetrovatelskou péči. Stávající systém zajištění služby (praktičtí lékaři a agentury domácí ošetrovatelské péče) je nedostatečný a nemůže adekvátně reagovat na komplexní potřeby pacientů. Důkazem jsou opakované akutní hospitalizace a „terminální“ akutní hospitalizace. V letech 2015–2016 byl v ČR ve spolupráci s VZP a MZ ověřován pilotní program Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP). Umožnil 95 procentům pacientů, kteří si to přáli, dožít v domácím prostředí a udržel dobrou kvalitu jejich života. A to vše s celkovými náklady na zdravotní péči, které byly významně nižší než u kontrolních skupin. V současné době je zapotřebí vyzkoušený a efektivní model péče dostat do systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění.

2. V uvedené oblasti neexistují nějaká jednoduchá technická řešení. Navíc se zde rozehrávají témata související se základním kulturním a hodnotovým „nastavením“ společnosti, jako jsou soudržnost rodiny, mezigenerační solidarita či pracovní mobilita. V současnosti opravdu platí paradox, že pro pacienta i jeho rodinu je nejlevnější variantou života s nemocí hospitalizace v lůžkovém zdravotnickém zařízení. V obecné rovině vidím cestu v celkové podpoře rozvoje komunitní péče, podpoře laických (rodinných) pečujících, ale také v budování různých forem asistovaného a náhradního bydlení. Mobilní specializovaná paliativní péče by mohla zajišťovat kvalitní zdravotní péči. Mnoho akutních hospitalizací, nákladných zdravotnických převozů, pobytů na ARO a JIP by se tak možná stalo zbytečnými. To by znamenalo významnou finanční úsporu.

3. Jsme přesvědčeni, že lékařské a ošetrovatelské aspekty paliativní péče (včetně léků, pomůcek a zdravotnického materiálu) by měly být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, ať bude pacient v této fázi pobývat v domácím prostředí, v lůžkovém hospici nebo v nemocnici. Z hlediska celkových nákladů na zdravotní péči je „domácí varianta“ prokazatelně nejlevnější. Otázka tedy stojí jinak. Jak dlouho se ještě budou tvůrci zdravotní politiky a zdravotní pojišťovny tvářit, že si můžeme dovolit mobilní paliativní péči ignorovat a udržovat nákladný model umírání na lůžkách akutních nemocnic? Nezdravotnické aspekty paliativní péče (např. sociální péči, asistenci, duchovní péči) je třeba hradit z jiných zdrojů. Přípravované změny v zákoně o sociálních službách počítají s nově definovanými specifickými službami v péči o pacienty v závěru života jako součástí státní sociální podpory. Tak jako i v jiných oblastech zdravotních a sociálních služeb předpokládáme, že i zde je zdravá a žádoucí určitá přímá finanční spoluúčast pacientů a jejich rodin.

## Mgr. Marek Uhlíř

1. Obávám se, že je to plán, který lze splnit jen na papíře, formálně. Jádrem paliativní péče je včas položená otázka ošetřujícím lékařem bez ohledu na odbornost: „Milý paciente, záleží mi na tobě, a proto kromě toho, že spádáme plán A na vyšetření choroby, potřebuji znát i tvé preference, přání, očekávání, které vkládáš do mě a mých kolegů v případě, že plán A nevyjde.“ Status quo roku 2017: náš průměrný pacient má před sebou přesně 16 dní života, je referován z péče fakultní nemocnice, ale neví, že plán A nevyšel, neví, že chemoterapie, kterou dostává, není kurativní. Netuší, že umírá.

Podle rozsáhlého výzkumu společnosti STEM/MARK z roku 2015 má lékař na nejtěžší rozhovor se svým pacientem deset minut. Zdravotnický systém se musí nejdříve naučit zacházet se samotnými zdravotníky jako s lidmi, aby i oni mohli jednat se svými pacienty jako s lidmi. Tyto systémové, měkké faktory se nedají vyhlásit ve věstníku. Jsem přesto velký optimista, neboť se domnívám, že v roce 2020 budou zcela jistě všechna klinická pracoviště, která mají schopné vedení, poskytovat kvalitní paliativní péči. Nabízet vstřícnou paliativní péči na pracovišti, kde lidé často umírají, totiž není jen otázkou empatie a hlasu srdce, ale i rozumu a manažerské rozvahy. Bez ohledu na to, zda mluvíme o lůžkové, ambulantní nebo terénní péči.

2. S nevyčísitelně nemocnými lidmi je to stejné jako se sirotky a dětmi z rizikového prostředí: všichni jsme 20 let tak nějak cítili, že by jim bylo lépe někde doma, třeba i v náhradní rodině, než v dětském domově. Trvalo to ale dlouho, než někdo vzal do ruky kalkulačku a sečetl náklady. A překvapivě, náklady na provoz jednoho místa v ústavu se ukázaly jako vyšší než náhradní rodinné modely. Obdobně společný pilotní program mobilních hospiců a VZP prokázal, že domácí hospitalizace i těch nejnáročnějších terminálně nemocných pacientů je bezpečná, má klinický přínos a pro systém může být levnější než současný stav. Češi jsou nedobrovolně evropskými šampiony v čerpání drahé akutní péče v závěru života, a přitom o to prokazatelně většinově nestojí.

3. V medicíně platí, že co dám jednomu pacientovi, beru jinému, neboť balík peněz je totiž pořád stejný. Tady ale otázka stojí jinak – co si počít se situací, kdy systém pacientům bez ptaní servíruje nákladnou péči, kterou nechťejí, jen proto, že neumíme zjistit, co si pacient přeje, a oprávněně se bojíme, že když tenhle rozhovor povedu a budu poté nařčen z neposkytnutí vší dostupné péče, management nemocnice se mnou vymete, místo aby se za mě postavil? Pilotní program ukázal, že někteří z pacientů dostanou biosimilars 20 dní před smrtí, aniž s nimi někdo mluví o cílech léčby. Většina z nás tedy – pokud se nezasadíme o změnu společně – dostane v posledních týdnech a dnech života péči na akutním lůžku, kterou si 80 procent z nás nepřeje, pro niž není klinické ani ekonomické zdůvodnění a která frustruje všechny zúčastněné.

Připravil Denis Drahoš





# 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 lékaři s vlastní praxí. 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 lékaře 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 lékařské komory (ČLK). Zajímavá je např. výší nezajištěného limitu jeden milion korun. Pro pořízení praxe nebo nákup přístrojů se tato hranice zvyšuje až na tři miliony Kč.

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

## UVEĎTE, PROSÍM, JAK MOHOU ČERPAT FINANCE ČLENOVÉ ČLK?

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 schva-



lovací 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](http://www.kb.cz).

KB

Inzerce ▲M171000230 ▼M171000301

# SYMPOZIUM AGEL XI.

5.– 6. 10. 2017

NH COLLECTION OLOMOUC CONGRESS

## NOVÉ TECHNIKY A TECHNOLOGIE V MEDICÍNĚ

### SYMPOZIUM SE KONA POD ZÁŠTITOU

Ing. Tomáše Chrenka, Ph.D.  
předsedy dozorčí rady AGEL a.s.

Veškeré informace: [symposium.agel.cz](http://symposium.agel.cz)



Vzdělávací  
a výzkumný institut  
AGEL

AGEL





# Téma: Analýza dat

## Ing. Petr Městka

Trade Relations Manager,  
Angelini



Foto: archiv Petr Městka

1. Zdrojů pro analýzu činnosti jak celé firmy, tak i jednotlivců/represantů, máme více. Samozřejmě je to v první řadě náš interní CRM systém, který slouží mimo jiné i pro sběr informací přímo od represantů. Kromě toho jsou do CRM systému importována externí data, jež kupujeme od zpracovatelů dat, jako je např. IMS. Zároveň využíváme i data přímo z lékáren. Vzhledem k tomu, že cca 50 procent lékáren je buď v „tvrdých“ řetězcích, či v nějakém sdružení lékáren a že naše společnost má s nimi dohodu o spolupráci v klíčových produktech, jedná se o data s docela dobrou vypovídající hodnotou. Od roku 2015 navíc v systému evidujeme poskytované slevy a bonusy až na úroveň jednotlivých produktů a zákazníků, což nám pomáhá sledovat náklady a případně upravovat obchodní strategii tak, abychom dosáhli plánovaných hospodářských výsledků. Systém pro nás spravuje externí společnost. V neposlední řadě je důležité sledovat ekonomické ukazatele z našeho účetního SW, především pak P&L report.

2. Osobně nejvíce využívám data o distribuci ze SÚKL, která jsou všichni distributoři povinni posílat podle předpisu DIS-13. Považuji je za nejrelevantnější a nej přesnější, pokud jde o distribuci léčivých přípravků do jednotlivých segmentů v rámci ČR i distribuci mimo naši zemi. Tato data jsou na webových stránkách SÚKL snadno dohledatelná, dají se exportovat ve formátu xls a můžeme s nimi dále analyticky pracovat. Navíc, i když nepravidelně, využívám informace na dalších webech, jako jsou SZÚ, ÚZIS či MZ ČR.

## MUDr. David Vaněček

Managing Director,  
LERAM Pharmaceuticals s. r. o.



Foto: archiv David Vaněček

1. Strategické řízení společnosti je založeno na měřitelných výstupech jednotlivých zaměstnanců i oddělení. Společnost, která chce fungovat efektivně a obstát v konkurenčním boji, se neobejde bez kvalitní práce s nejrůznějšími daty. To se týká samozřejmě jak těch interních, tak i externích. Interní data zpracováváme softwarovými nástroji typu business intelligence. Pro získání externích informací používáme kvantitativní i kvalitativní výzkumy, kde spolupracujeme s několika výzkumnými společnostmi. Podobně jako v medicíně (medicína založená na důkazech) používáme zkratku EBM – ve významu Evidence-Based Management.

2. Data státní správy pro svoji práci samozřejmě využíváme. Důležitá jsou například epidemiologická data Státního zdravotního ústavu, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a též Otevřená data SÚKLu. Používáme mj. i agregovaná data o dodávkách léčivých pří-

**1. Pro strategická rozhodnutí potřebujete relevantní data. Jakým způsobem analyzujete činnost vaší společnosti? Spoléháte se na interní čísla, nebo investujete i do externích služeb?**

**2. Potřebujete pro svou práci data státní správy? Jsou podle vás snadno dosažitelná? Prozradte nám metody, kterými je získáváte.**

pravků, líbí se nám, jak je zpracovává společnost Sprinx. Zdá se nám, že analýzy veřejných dat státní správy jsou obecně stále kvalitněji zpracovávány, jsou snadno dosažitelná a s jejich výstupy se nám pracuje dobře.

## PharmDr. Chudobová Hana

Léčárna ve Spálené,  
Praha

1. Ekonomiku své lékárny zatím vyhodnocuji jen na základě vlastních dat, která získávám z lékárenského programu. K odhadu vývoje příjmů lékárny se dále snažím sledovat očekávané změny ve správních řízeních SÚKL ohledně úhrad a cen léčiv, které nám s předstihem zpracovává Česká lékárnická komora a lékárenský software pak změny promítne přímo na přípravky v lékárně. Pro meziroční srovnání jsou svým způsobem užitečná data zveřejňovaná ÚZIS. Exaktnější analýzy pro veřejné lékárny bohužel dostupné nejsou.

2. Myslím, že pravidelně zveřejňuje vybraná data ohledně spotřeb léčiv v jejich ATC skupinách pouze Státní ústav pro kontrolu léčiv. Postrádám veřejně dostupné analýzy Ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven a přehledněji zpracovaná data ÚZIS.



Foto: archiv Hana Chudobová

## Jiří Stránský

Business Director Pharma,  
Sprinx Systems, a. s.



Foto: archiv Jiří Stránský

1. Relevantní data jsou zapotřebí vždycky, a to nejen pro strategická rozhodnutí. Pro analýzu činnosti naší společnosti používáme interní řešení, které je postavené nad finančními systémy. Analytický nástroj pro finanční a manažerský reporting je vyvinutý tak, aby dával každé z uživatelských rolí takovou porci informací a v takové struktuře, jakou pro svou práci potřebuje a jakou je také schopna uživatelsky strávit. Každý z manažerů nemusí být nezbytně fanouškem finančního řízení. Výhoda takového řešení je v tom, že ho můžeme přizpůsobit svým potřebám, aniž musíme měnit nastavení finančního systému. A jako každá firma, která se zabývá vývojem software, testujeme řešení také na sobě... Používáme rovněž externí dodavatele nebo zdroje dat, zejména pak při přípravě strategických kroků typu vstup do nového segmentu či při přípravě strategické aliance nebo akvizice, a to jak pro dodávku dat, tak i pro konzultace při jejich interpretaci.

2. Výstupy státní správy používáme rutinně jako zdroj pro naše aplikace, hlavně pro Market Access, ale i pro marketing. Jako vstupy používáme data, jež jsou snadno dostupná, veřejná a v naprosté většině případů relevantní. Neděláme s nimi tedy žádné tajnosti. Ostatně i spolupráce se státní správou a s dalšími organizacemi, které jsou jejich zdrojem, je v současné době zcela bez problémů. Nejčastější metoda přístupu je přes softwarové rozhraní, kde dochází k automatické výměně dat, jež jsou následně zpracována našimi aplikacemi do podoby, ve které je znají naši uživatelé, ať už se jedná o notifikační emaily u Market Access aplikací nebo o aplikace datové. Některé typy informací procházejí na naší straně ještě před zveřejněním do datečnou kontrolou.

Připravil Denis Drahoš



Ilustrační foto: Shutterstock  
Inzerce ▶ M17100097





## PORADNA

Všeobecné zdravotní  
pojišťovny ČR

Všeobecná zdravotní pojišťovna má zájem o maximálně korektní vztahy se smluvními partnery. Rozhodla se proto čas od času přicházet s konkrétními radami pro praxi. Podrobnější informace najdete na [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz).

# Pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace v patologické anatomii

**Při šetřeních na pracovištích patologické anatomie a v laboratořích patologie zjišťují naši revizní pracovníci zbytečné nedostatky ve vedení zdravotnické dokumentace k výkonům hrazeným z prostředků veřejného zdravotního pojištění.**

Veškeré hrazené služby, které jsou vykázány prostřednictvím výkonů zdravotní pojišťovně, musí být řádně zdokumentovány ve zdravotnické dokumentaci. Ke kontrole správnosti a oprávněnosti výkonů vykázaných v odbornosti 807 – patologická anatomie a 823 – laboratoř patologie musí předložená zdravotnická dokumentace ve výsledkovém listu kromě obecně povinných údajů, daných vyhláškou MZ ČR č. 98/2012 Sb., obsahovat i další údaje.

### Bioptické vyšetření

V dokumentaci nesmí chybět:

- písemný údaj o počtu zhotovených tkáňových bloků (zmrazených, parafínových) z každého konkrétního zaslání bioptického materiálu (pod jednu průvodkou),
- údaj o celkovém počtu zhotovených preparátů barvených standardním způsobem,
- celkové počty preparátů barvených speciálními metodami jednoduchými i složitými, včetně uvedení názvů použitých metod,
- počty tkáňových bloků, ze kterých bylo provedeno histochemické či imunologické vyšetření, včetně výčtu provedených metod.

Výsledek (pozitivní i negativní) jednotlivých vykázaných metod barvicích a histochemických, imunohistochemických, příp. genetických musí být zároveň součástí podrobného záznamu o mikroskopickém vyšetření zasláního materiálu. Totéž se týká vykázaného vyšetření morfometrického (za každý parametr).

V případech vykázaní výkonů s kódem 87127, 87129, 87131 a 87133 musí výsledkový list obsahovat i písemné makroskopické posouzení včetně popisu velikosti či objemu zasláního materiálu, nikoli pouze mikroskopické posouzení.



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

V závěru bioptického vyšetření, formulovaného verbálně pro potřeby indikujícího lékaře, musí být uvedena mikroskopická diagnóza nebo diagnostická rozvaha včetně odpovídajícího dg. kódu dle MKN klasifikace.

Je vhodné, aby byl v dokumentaci uveden i seznam kódů výkonů vykázaných daným pracoviš-

těm k úhradě (včetně jejich frekvencí). Jedná se zejména o případy, kdy se na zpracování biopsie/cytologie podílí několik samostatných laboratoří poskytovatele (imunohistochemická, standardní, elektronmikroskopická apod.) a každá vykáže své kódy výkonů.

### Cytologické vyšetření

Dokumentace k provedení cytologického vyšetření musí obsahovat:

- údaj o charakteru zasláního materiálu a jeho objemu (objem zaslání tekutiny, počet zaslání nativních nátěrových či otiskových preparátů apod.),
- celkové počty preparátů zhotovených cytocentrifugou,
- výčet všech metod použitých k jejich obarvení či dalších použitých speciálních metod,
- počty zhotovených cytobloků z centrifugovaného materiálu.

Výsledky všech použitých a zdokumentovaných metod (pozitivní i negativní) jsou povinnou součástí verbálně formulovaného závěru provedeného na základě mikroskopického vyšetření.

Pokud je vykázan výkon s kódem 87449 (příp. 95113) současně s výkonem cytologické diagnózy I.–III. stupně obtížnosti, musí výsledkový list obsahovat samostatný záznam cytotechnika/cytotechnologa i patologa (zdokumentovány musejí být oba vykázané provedené výkony).

Text v rozšířeném znění, včetně náležitostí zdravotnické dokumentace k provedení pitvy a pitevní diagnózy, najdete ve stejnojmenném článku na webu VZP na stránce [www.vzp.cz/informace-pro-praxi/](http://www.vzp.cz/informace-pro-praxi/) vykazování.

**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!**



# Pomůže Ústavní soud zdravotně postiženým?

Ústavní soud ve středu uskutečnil veřejné jednání o ústavní stížnosti, kterou skupina dvaceti senátorů napadá postupy, jimiž se zdravotní pomůcky zařazují do úhrad ze zdravotního pojištění.

Ústavní stížnost napadá ustanovení zákona, podle něhož se hradí „nejméně ekonomicky náročná varianta“ zdravotnického prostředku, „v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení“, přičemž cenu ekonomicky nejméně náročného provedení zjišťuje pojišťovna „průzkumem trhu“. Na tom samo o sobě není nic špatného.

Senátorům ve skutečnosti vadí vytváření tzv. číselníků zdravotní pojišťovny a libovůle při jejich tvorbě. Číselníky totiž určují, co pacienti ve zdravotnických zařízeních reálně dostanou. Některé zdravotnické prostředky nejsou zařazeny do úhrady vůbec, jiné pak jen s omezenou úhradou, což v praxi vede k jejich nedostupnosti. Opakovaně se vyskytly též situace, kdy v nich byla nastavena neúměrně vysoká maximální úhrada zdravotnických prostředků. Vykazování a hrazení průměrných „číselníkových“ cen pak vedlo k mnohamiliardovým ztrátám pojištěných a k pokřivení trhu.

Popsané problémy nejsou důsledkem chybného zákona, ale jeho aplikace. Zdravotní pojišťovny nemohou zákonem daný nárok pojištěnce číselníkem zkrátit ani rozšířit a nemají nikde v zákoně zakotvenou úlohu kategorizovat zdravotnické prostředky a rozhodovat o jejich ceně a úhradě vydáváním číselníků. Naopak jsou povinny uhradit každému prostředek splňující podmínky zákona 48/1997 Sb., a to bez ohledu na to, zda byl, či nebyl zařazen do číselníku, jak již dříve konstatoval Nejvyšší správní soud. Pojišťovny dále nepodléhají pouze pravidlům zákona o zdravotním pojištění,



Foto: archiv Ondřej Dostál

ale podpůrně též dalším národním i evropským předpisům. Nejsou to soukromé podniky, ale veřejné instituce hospodařící s veřejnými prostředky, a ve smyslu judikatury Evropského soudního dvora jsou v postavení veřejných zadavatelů. Právní nástroje zajišťující ochranu práv pojištěnců i dodavatelů zdravotnických prostředků tedy existují již za současného právního stavu, pouze nebyly zdravotními pojišťovnami respektovány ani dodavateli správně vynucovány.

Především ovšem napadené ustanovení § 15 zákona zakládá nárok pojištěnce na „ekonomicky nejméně náročnou variantu“ zdravotnického prostředku „v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení“, čímž je jednoznačně nutno rozumět zdravotní postižení konkrétního pojištěnce. U specificky postiženého pojištěnce, který z medicínského hlediska potřebuje specifický zdravotnický prostředek (například upravený vozík, implantát či inkontinenční pomůcka), dle zákona rozhodně nestačí, aby pojišťovna uhradila jen nejlevnější variantu vhodnou pro jakéhosi „obecného“ postiženého, která je však pro našeho pojištěnce nepoužitelná. Naopak, platný zákon vyžaduje individuální posouzení stavu každého pojištěnce a výběr nejlevnějšího pouze z těch zdravotnických prostředků, které jsou medicínsky dostačující právě pro něj. Každá situace, kdy je pojištěnci nabízen bezplatně pouze pro něj nevhodný prostředek z číselníku, kdežto úhrada nejlevnějšího zdravotnického prostředku z užší

množiny pro něj medicínsky vhodných zdravotnických prostředků je zdravotní pojišťovnou odpírána, je porušením platného zákona. Pojištěnec se teoreticky může svého nároku domáhat správními žádostmi na pojišťovnu či stížnostmi k dohledovým orgánům, na to však většina zdravotně postižených nemá energii a potřebné právní znalosti.

Lze proto doufat, že projednání i budoucí nález Ústavního soudu napomůžou tomu, aby každý zdravotně postižený dostal bezplatně takové pomůcky, které potřebuje, v přiměřené ceně a bez nutnosti domáhat se svých nároků soudně.

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.,  
odborník na zdravotnické právo



Ilustrační foto: Shutterstock

## Discovery AWARD 2016

Společnost Novartis uděluje ocenění výzkumníkům do 40 let, kteří se zasloužili o posun v medicíně a farmacii. Na otázky ohledně soutěže odpovídá prof. MUDr. Roman Prymula, DrSc., předseda české vakcinologické společnosti ČLS JEP.

### 1. Soutěž je vyhlášena pro obor Biomedicína. Proč soutěž vznikla a kdo se do ní může přihlásit?

Cílem je podporovat výzkum v českém zdravotnictví a motivovat české výzkumné týmy k hledání inovativních řešení právě v oblasti biomedicíny. Chceme, aby se do soutěže hlásily týmy, které v uplynulém období dosáhly pozoruhodných výsledků a nebojí se je podrobit náročnému posouzení hodnotící komise. V případě úspěchu mohou své výsledky touto cestou popularizovat.

### 2. Kritériem hodnocení jsou originalita, aplikovatelnost, společenský přínos a ekonomický dopad. Které měřítko považujete za stěžejní?

Každý má jistě trochu jiné priority a je obtížné favorizovat nějaké kritérium před ostatními. Osobně si myslím, že by projekty měly být posuzovány komplexnějším způs

sobem. Zdůraznil bych zejména kombinaci originality a aplikovatelnosti. Společenský přínos a ekonomický dopad jsou z praktického hlediska rovněž důležité, avšak byl bych nerad, abychom ovlivňovali mladé aktivní vědce optikou ekonomických měřítek. Potřebujeme stimulovat inovativní myšlenky a ocenit nekonvenční nová řešení.

### 3. Můžete si přeci přizvat poradce, který nemá hlasovací právo. Už jste ho v minulosti využili?

Soutěž je postavena tak, aby velmi transparentním způsobem a dominantně rozhodovali řádní členové poroty. Každý uděluje určitý počet bodů. Může se však stát, že dva projekty mají velmi podobné hodnocení, pak porota diskutuje, jestli udělit cenu oběma řešitelům, nebo pouze jednomu. Zde můžeme využít přizvaného poradce, který je v konkrétní oblasti specialistou a detailně

objasní pozitivita i negativita jednotlivých řešení. Standardní postup to však není a doposud jsme služeb poradců nevyužili.

### 4. Co soutěž mladým výzkumníkům kromě finanční odměny 100 tisíc korun může přinést?

Celkový rozpočet na ceny činí 250 tisíc korun. Tato částka rozhodně není zanedbatelná a pro mladého vědce může být velmi motivační. Peníze však podle mého názoru nejsou rozhodující. Hlavní je prestiž a zadostiučinění. Cena motivuje k určité rivalitě, která je ve vědě velmi žádoucí, neboť jedině v ostré konkurenci se můžeme posouvat kupředu.

Přihlašování do soutěže probíhá pomocí internetové aplikace a je možné do 15. 6. 2017 - [www.discoveryaward.eu](http://www.discoveryaward.eu).

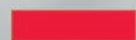




800 521 521  
www.kb.cz



PROFI ÚVĚR



## POSLECHNĚTE SI NAŠI NABÍDKU

- RYCHLÝ ÚVĚR PRO LÉKAŘE
- RYCHLE A JEDNODUŠE 1 000 000 KČ BEZ ZAJIŠTĚNÍ
- 3 MILIONY NA NÁKUP PRAXE / POŘÍZENÍ PŘÍSTROJE
- FINANCUJEME TAKÉ ZAČÍNÁJÍCÍ LÉKAŘE, ČLENY ČLK

NA PARTNERSTVÍ ZÁLEŽÍ





# Čeští výrobci léků mají nové vedení

Česká asociace farmaceutických firem (ČAFF) sdružující výrobce léčiv, kteří působí na území České republiky, si zvolila nového předsedu představenstva. Stal se jím **PharmDr. Michal Krejsta, MBA.**

Prioritami nového předsedy v čele asociace jsou úspěšné spuštění Národní organizace pro ověřování pravosti léčiv, jejímž cílem je ochrana pacientů v ČR před padělanými léky, a aktivní role asociace v implementaci novelizovaného zákona o léčivech a kultivaci oborového prostředí.

Michal Krejsta je generálním ředitelem firmy OMEGA Pharma-Perrigo pro Českou a Slovenskou republiku. Na vedoucích funkcích ve farmaceutickém průmyslu působí více než 16 let, dříve také jako generální ředitel firmy Pfizer. Působil rovněž na straně farmaceutických distributorů ve společnostech Phoenix a ViaPharma a jako tajemník Asociace velkodistributorů léčiv AVEL. Michal Krejsta vystudoval farmaceutickou fakultu v Brně, doktorát z farmacie získal z technologie lékových forem a MBA Senior Executive ze strategického managementu.

Krejsta nastupuje na pozici předsedy představenstva po generálním řediteli firmy Glenmark Jiřím Havránkovi. Ve své nové pozici bude úzce spolupracovat s výkonným ředitelem ČAFF Martinem Mátem.

„Prioritou nejen generických farmaceutických firem je dnes diskuse nad implementací zákona o léčivech, jehož aktuální novela, bohužel, zvyšuje bezhlavý tlak na ceny léků v ČR, a tím také riziko jejich reexportů a nedostupnosti. Věřím, že spolu s doktorem Krejstou a členy asociace dokážeme vést konstruktivní dialog se všemi představiteli zdravotního systému, abychom společně zajistili maximální dostupnost léků pro české pacienty,“ říká Martin Mátl.

„V České republice existuje více než 17 opatření, která regulují trh s léky. Ceny léčivých přípravků u nás navíc historicky patří mezi jedny z nejnižších v Evropě. Dohromady toto prostředí zvyšuje riziko reexportů a snižuje dostupnost léků pro české pacienty,“ dodává Krejsta.

Každý druhý lék, který denně pomáhá pacientům v České republice, dodávají firmy sdružené v České asociaci farmaceutických firem. Asociace sdružuje 22 hlavních výrobců generických a biosimilárních léků, kteří v ČR zaměstnávají více než 4400 lidí a každoročně dodají na trh v průměru 119 milionů lékových balení.



Foto: archiv FleishmanHillard

Hlavním cílem ČAFF je zajišťovat maximální dostupnost léků pro pacienty v ČR a udržitelnost zdravotního systému.

Společnost Omega Pharma je dynamická farmaceutická společnost, která je součástí globálního farmaceutického gigantu, společnosti Perrigo se sídlem v irském Dublinu, s působností ve více než 80 zemích světa, zaměstnávající téměř 13 tisíc lidí.

(red, FleishmanHillard)

Inzerce M171000287



## Vydavatelství Mladá fronta podporuje spolek Caballinus



### Kdo jsme?

Specializujeme se na léčbu pohybově a psychicky znevýhodněných dětí.

Běžně pracujeme s dětmi již od dvou měsíců věku.

Hipoterapii provozujeme na vlastních i pronajatých koních, a to ambulantní i pobytovou intenzivní formou.

Jsme tým odborných fyzioterapeutů s mnohaletými zkušenostmi s hipoterapií a dětskou rehabilitací.

Máme status Střediska praktické výuky a doporučené hipoterapie – udělený Českou hiporehabilitační společností.

### Jak nám můžete pomoci?

Přivítáme jakoukoliv finanční pomoc.

Finanční dar bychom rádi použili na nákup nového hiporehabilitačního koně a jeho speciální výcvik.

### Děkujeme Vám, že pomáháte!

Mgr. Tereza Honců

Caballinus z.s.

www.caballinus.cz

e-mail: tereza.honcu@caballinus.cz

mobil: +420 777 971 907







# Doba archivování dokumentace

## Jak dlouho musí být uchovávány výsledky ECHO a ERGO vyšetření?

Výsledky ECHO a ERGO vyšetření tvoří součást zdravotnické dokumentace podle § 2 písm. a) vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění. Výsledky musí být tedy uchovány minimálně po dobu uchování zdravotnické dokumentace. Před jejím uplynutím nesmí být zdravotnická dokumentace zničena.

Zdravotnická dokumentace se označuje vyřazovacími znaky, které vyjadřují její hodnotu pro další poskytování zdravotních služeb a způsob zacházení se zdravotnickou dokumentací po uplynutí doby jejího uchování.

### Vyřazovací znak

a) „S“ označuje zdravotnickou dokumentaci, která se po uplynutí doby uchování navrhne ke zničení, b) „V“ označuje zdravotnickou dokumentaci, jejíž hodnotu nelze v okamžiku vzniku určit. U takto označené zdravotnické dokumentace dochází po uplynutí doby uchování uvedených v příloze č. 3 k vyhlášce k posou-

zení potřebnosti. Části zdravotnické dokumentace již nepotřebné pro další poskytování zdravotních služeb se navrhnou k vyřazení a zničení.

Také § 5 odst. 2 výše specifikované vyhlášky obecně stanoví, že zdravotnická dokumentace musí být uchována po dobu pěti let a označuje se vyřazovacím znakem „S“, pokud není jiným právním předpisem nebo v příloze č. 3 k této vyhlášce stanoveno jinak.

U zdravotnické dokumentace skupiny „V“ posoudí vedoucí zdravotnický pracovník příslušného oddělení zdravotnického zařízení, u kterého dokumentaci vede, nebo jím určený zdravotnický pracovník, která část bude navržena k vyřazení a které části bude prodloužena doba uchování. Jde-li o zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní služby vlastním jménem, posouzení provede tento zdravotnický pracovník.

Příloha č. 3 předmětné vyhlášky č. 98/2012 Sb. upravuje další specifické doby uchování zdravotnické dokumentace nebo jejich částí. Rozhodující je, v rámci jaké zdravotní péče je dokumentace, a tedy výsledky ECHO a ERGO vyšetření, vedena. Zdravotní péče poskytovaná registrujícím poskytovatelem v oboru všeobec-



Foto: archiv Lucie Macáková

né praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství nebo např. v oboru gynekologie a porodnictví – lze znakem „S“ označit dokumentaci deset let od změny registrujícího poskytovatele nebo deset let od úmrtí pacienta. Výsledky laboratorních a dalších pomocných vyšetření – lze jako „S“ označit pět let od provedení vyšetření.

**Mgr. Lucie Macáková (dříve Neubertová), advokátka**

# Školení po noční směně

## Pracuji ve třísměnném provozu v sociálních službách. Chtěla jsem se zeptat, zda se mohu bránit a odmítnout školení, které následuje po noční směně?

Ve svém dotazu bohužel neuvádíte, o jaké se jedná školení. Mezi povinná školení, na kterých může zaměstnavatel účast nařídít, patří například prohlubování kvalifikace. Prohlubováním kvalifikace se v souladu s § 230 odst. 1 zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákoník práce“) rozumí doplňování, udržování a obnovování kvalifikace, která umožňuje zaměstnanci výkon práce. Jinými slovy, u dovedností, které potřebujete k plnění povinností vyplývajících z vaší pozice, je školení, o kterém zaměstnavatel rozhodne, povinné. Povinné je v souladu se zákoníkem práce rovněž školení při takzvaném „zaučení“ při nástupu zaměstnance do nového zaměstnání bez kvalifikace. V neposlední řadě je zaměstnanec povinen účastnit se školení týkající se

bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. I v tomto případě se jedná o přímou povinnost zaměstnance vyplývající ze zákoníku práce.

V souladu s § 230 odst. 3 zákoníku práce se účast na povinném školení považuje za výkon práce, za který zaměstnanci přísluší mzda, a počítá se do běžné pracovní doby, resp. se považuje za práci přesčas. Při posouzení, zda je možné účastnit se školení po konci noční směny, je nutné znát délku noční směny. Délka směny dle § 83 zákoníku práce nesmí přesáhnout 12 hodin. Pokud tedy noční směna například trvá osm hodin, je možné nařídít ještě školení. Při nařízení školení však musí být dodržena veškerá ustanovení zákoníku práce týkající se pracovní doby, zejména se jedná o ustanovení vztahující se na přestávku na jídlo a oddech nejdéle po šesti hodinách práce v délce alespoň 30 minut. Rovněž není možné překročit maximální dobu práce přesčas, která činí osm hodin týdně a ročně maximálně 150 hodin. V neposlední řadě musí být



Foto: archiv Petra Vodáková

dodrženo právo na nepřetržitý odpočinek mezi konci směny v délce alespoň 11 hodin.

**Mgr. Petra Vodáková, právnička**

Inzerce M17100045



APSS ČR Vás srdečně zve na konferenci

## Kvalita sociálních služeb v ČR

### 6. června 2017 od 9.30 hodin

Palác Charitas, Kongresové centrum Vavruška, Karlovo náměstí 5, Praha 2

#### Z programu:

- Zákonné pojetí kvality sociálních služeb z pohledu MPSV ČR (*David Pospíšil*)
- Kvalita sociálních služeb ve Švédsku (*Stefan Lundberg*)

- Garantovaná nabídka – minimální úroveň kvality provedení činností sociální služby (*Daniela Lusková*)
- Certifikace paliativní péče v pobytových službách sociální péče (*David Sourek*)

Další informace a přihlášení na [www.apsscr.cz](http://www.apsscr.cz), v menu „Konference & Kongresy & Semináře“



Cena: 100 Kč



# Některé etické a legislativní problémy v sexuologii

*V lidské sexualitě se uplatňují etické, legislativní i filozofické rozpory typické pro každou historickou kulturní formaci. Problémy, poruchy a patologické stavy jsou vždy nahlíženy aktuálním rámcem pro etickou a vědeckou orientaci. Problémem postmoderní „multikulturní“, a tedy tak trochu bezzásadové společnosti je skutečnost, že oněch rámců pro orientaci má dnes lidstvo řadu.*

Vyskytují se bohužel nikoliv sukcesivně, nýbrž simultánně, což významně komplikuje racionální orientaci v tak složité oblasti, jakou sexualita nepochybně je. Pokud se zabýváme lékařskou sexuologií, je třeba mít na paměti, že jde jen o jednu z mnoha různých sexuologií. Sexuálním chováním živočichů se zabývá etologie a v širším pojetí také jiné oblasti biologie. Lidskému sexuálnímu chování se dnes věnuje celá škála věd o člověku, zejména pak psychologie, antropologie, sociologie a právní vědy. Lékařská sexuologie je klinická disciplína, která je výrazně interdisciplinární. Čerpá z pokroku psychiatrie, gynekologie, urologie, endokrinologie, genetiky a řady dalších oborů. Historie medicíny u nás i ve světě ukazuje, že je pro péči o muže a ženy se sexuálními problémy prospěšné, když medicína má více či méně samostatný obor s tímto zaměřením. Velké klinické obory, které byly výše zmíněné, mají zcela pochopitelně velký rozsah lékařských problémů, a tak bývá sexualita pacientů a pacientek v jejich klinické praxi studována jen okrajově. Klinické (lékařské) sexuologie se dotýkají zejména tyto, aktuálně často a dosti konfliktně diskutované problémy:

- Sexuální dysfunkce, jejich definice, diagnostika a terapie
- Povaha, klinické aspekty a sociální adaptace různých sexuálních menšin
- Sexuální delikvence a deviace (parafilie), problémy v diagnostice a terapii

## Sexuální dysfunkce

Problémy s uskutečněním pohlavních styků studuje medicína od nepaměti. U mužů to kdysi byla především „impotence“, u žen pak „frigidita“. Sexuální dysfunkce pak byly dlouho nahlíženy jako „funkční poruchy“,

na kterých se etiologicky uplatňují především faktory psychogenní, často přímo psychopatologické. Rozvoj endokrinologie, interní medicíny, urologie i gynekologie přinesl a stále přináší nové poznatky o organických příčinách sexuálních poruch. Jestliže se dříve uvádělo, že až 80 % sexuálních poruch jsou poruchy psychogenní, dnes řada autorů naopak konstatuje, že až 80 % sexuálních dysfunkcí má nějakou organickou příčinu. Objektivně vzato je pro klinickou sexuologii nevhodnější důsledně respektování biopsychosociální povahy sexuálních dysfunkcí. Tedy přístup důsledně psychosomatický. Už proto, že naše každodenní klinická praxe v této oblasti ukazuje, že také u typicky organicky podmíněných dysfunkcí, jakými jsou vaskulogenní či neurogenní poruchy erekce nebo postmenopauzální dysfunkce u žen, můžeme výrazně zlepšit klinický obraz jednoduchou racionální psychoterapií. Sexuální funkce se realizují především v partnerském vztahu, a každá komunikace s pacienty je zde proto důležitá. Bylo by tak dobře, kdyby „sexoterapie“, tedy specifická psychoterapie sexuálních dysfunkcí, jak ji kdysi zavedla americká dvojice W. Masters a V. Johnsonová, nebyla zapomenuta v záplavě poznatků o nejrůznějších organických příčinách dysfunkcí.

Zajímavým problémem v psychoterapii sexuálních dysfunkcí je občas diskutovaný problém využívání služeb „surogátních“ partnerů a partnerek. V sexuologické klinice se tento prvek objevil v moderní době poprvé v publikacích legendárního neworleanského páru sexoterapeutů W. Masterse a V. Johnsonové. I když se tyto osoby prezentují jako specificky vycvičení odborníci typu tělesných asistentů či „koučů“, nelze s využíváním takových partnerů v klinické sexuologické praxi sou-



Jaroslav Zvěřina

Foto: archiv MF

hlasit. Jde vlastně o poněkud „alternativně“ nazvanou prostituční aktivitu, která vždy je eticky problematická a hodně připomíná snahu některých „sexoterapeutů“ nabízet svým pacientům či pacientkám vlastní sexuální služby. Za jistou paralelu se surogátními terapeuty lze považovat recentní propagaci „práva na sexuální styk“, uskutečňovaného s pomocí placených prostitutek v některých sociálních zařízeních pro mentálně a jinak handicapované klienty. Z hlediska na faktech založené sexuologie není žádný racionální důvod takovou sexuální asistenci nějak specificky podporovat.

## Sexuální deviace a sexuální minority

Neobvyklé sexuální zájmy jsou od nepaměti významným předmětem zájmu badatelů v oblasti lidské sexuality. K základním poznatkům v tomto směru patří nenaučená povaha homosexuální orientace. Homosexuální menšinová orientace byla velmi často studována již klasiky sexuologie. Dlouho pak byl poznatek o „vrozené“ povaze homosexuální orientace základním argumentem pro odkriminalizování a posléze odmedicinalizování homosexuality, kterou dnes chápeme jako menšinovou součást standardní lidské sexuality. V posledních letech tak výrazně ubylo případů „ego-dystonní homosexuality“ u mužů i u žen. Také již zmíněné snahy o „léčbu homosexuality“ nepadají dnes většinou na úrodnou půdu mezi odborníky.

Teorie patologických sexuálních deviací, parafilí, však dodnes nezodpověděla zásadní problém, zda totiž tato patologická sexuální orientace představuje celoživotní zvláštnost sexuální motivace. To předpokládá dnes u nás i mezinárodně zřejmě nepočtenější skupina lékařských expertů. Nechybí však hlasy, že tomu tak být



Ilustrační foto: 3x Shutterstock





nemusí a že některé kazuistiky svědčí o tom, že sexuální deviantní preference může v průběhu života zaznamenat změny. Naše dlouholeté zkušenosti s vyšetřováním a diagnostikou parafilních sexuálních delikventů svědčí zcela jednoznačně pro první zmíněný předpoklad, protože monotematické recidivy deviantních pachatelů sexuálních agresí, deliktů na dětech, expozérů genitálu i různých fetišistů nepodporují některými autory zmiňované proměny sexuální preference v průběhu života.

V posledních letech se významným způsobem prosazuje lobby, která bojuje za lidská práva transsexuálů a jiných poruch sexuální identifikace. Této lobbistické skupině se podařilo v některých státech prosadit představu, že sexuální identita, tedy příslušnost k tomu či onomu pohlaví, je jakási „volitelná disciplína“ a že člověk má prostě právo cítit se být jedincem opačného pohlaví, než mu bylo po porodu přisouzeno. Současně tito lidskoprávní aktivisté prosazují odmedicalizování poruch sexuální identity s tím, že podobně jako homosexualita představují tyto velmi menšinové případy ryze lidskoprávní agendu. V některých zemích je již dnes možné, aby matiční pohlaví muže či ženy bylo změněno na opačné prostou deklarací na úřadě. Nedávno se v médiích objevila zpráva, že jedna skandinávská země uzákonila právo šestiletého dítěte, aby změnilo své pohlaví podle svého pocitu. Zdá se ovšem poněkud nelogické, jestliže se biologický muž či žena cítí být příslušníkem opačného pohlaví, považovat takové stavy za projev duševního zdraví, který netřeba léčit. Za připomenutí ovšem také stojí, že případný proces přeměny pohlaví obnáší dnes i mezinárodně uznané postupy s hormonální i chirurgickou léčbou. Kdo z lékařů bude pak ochoten poskytovat takovou ireverzibilní léčbu lidem zcela zdravým?

Americký diagnostický manuál DSM-5 v kategorii parafilii uvádí jako kritérium diagnostiky skutečnost, že deviantní sexuální zájem vyvolává u subjektu psychické a sociální problémy a stres, případně že tento patologický motiv vedl ke spáchání trestného činu. Pokud deviantní preference žádné problémy nevyvolávají, hovoří se o pouhých „menšinových sexuálních zájmech“, které nemají být medicalizovány. Tato „liberalizační“ hnutí vedla již v některých zemích k výskrtnutí diagnózy transsexualismu nebo sadomasochismu ze seznamu poruch duševního zdraví. Také v České republice se již vedou debaty o vhodnosti přijetí podobných „antidiskriminačních“ zákonných předpisů.

Terapie parafilních sexuálních delikventů

Mezi pachatelé sexuálních deliktů nepochybně existuje podskupina motivovaná psychopatologicky nebo sexuálně deviantně. Tato podskupina je u různých deliktů různě početná. Její existence ospravedlňuje lékařskou inter-

venci v zacházení s pachatelé. Medicinalizace celé oblasti sexuální delikvence však není a nemůže být naším programem. Většina pachatelů sexuálních deliktů totiž nejedná ani z psychopatologické, ani ze sexuálně deviantní motivace. Medicíny se ostatně netýká jen péče o pachatele. Také oběti sexuálních deliktů vyžadují lékařské ošetření a poradenskou péči.

Naše organizace soudem nařízené „ochranné léčby“ parafilních delikventů je v mnoha směrech kontroverzní. Je zajímavé, že tuto nucenou léčbu nenařizuje soud trestaným zločincům, nýbrž zdravotnickým zařízením. Nucená léčba je pak hrazena ze zdravotního pojištění. To je samozřejmě velmi problematické, protože řada medikamentů k biologickým léčebným postupům je předepisována těmto pacientům v režimu „off label“, protože farmaceutické firmy nemají zájem tuto léčebnou indikaci nějak specificky u svých přípravků uvádět. Jedná se o širokou skupinu zejména hormonálních preparátů, ale též psychofarmak, o nichž se pak vedou někdy složité debaty. Zdá se nám, že stát by se zde měl konečně odhodlat k vypsání centrálně financovaného léčebného programu, který by byl hrazen mimo zdravotní pojištění a který

by dostatečně motivoval pacienty a také zdravotníky pro tento jistě společensky velmi významný, avšak organizačně i finančně nedocenený segment zdravotní péče.

Diagnóza sexuální deviace není vždy snadná. Pachatelé sexuálních deliktů patří k málo sdílným a často negativistickým klientům. Jejich sexuální anamnéza je typicky „hypernormální“. Pro sexuálního delikventa není snadné připustit, že trpí sexuální deviací. Takovému označení se často brání i pachatelé opakovaných deliktů, o jejichž deviantní motivaci není pochyb.

Tam, kde vyšetřovaný spolupracuje a je ochoten podávat hodnotné informace, je diagnóza deviace snadná. Klíčem k ní jsou subjektivní preference, problémy s konvenční sexualitou, erotické sny a fantazie. Pomoci mohou psychologické projekční testy. Specifickou cenu má falopletyomografické (PPG) vyšetření. To však vyžaduje alespoň pasivní spolupráci vyšetřovaného. Nelze-li takovou minimální kooperaci zajistit, je falografické vyšetření bezcenné. Zvláště užitečné je PPG vyšetření při zjišťování poruch sexuální orientace. U sexuálních delikventů je někdy vhodné objektivizovat uváděnou homo- nebo heterosexualitu. Rovněž stupeň erotické atraktivitvy prepupertálních dětí má velkou hodnotu při posuzování specifické nebezpečnosti pachatele pedofilního deliktu do budoucna. Právě metodický postup a interpretace naměřených PPG reakcí vyšetřovaných mužů je dnes předmětem sporů. Někteří sexuologové výsledky PPG nekriticky přijímají jako nespornou skutečnost, jiní tuto metodu považují za zcela nesporně pomocné vyšetření.

Kontroverze existují také v hodnocení biologických léčebných metod u parafilních sexuálních delikventů. Česká republika se v posledních letech stala opakovaně předmětem kritiky ze strany Rady Evropy za to, že u některých zvláště nebezpečných sexuálních delikventů a deviantů umožňuje provedení terapeutické kastrace. Naše klinické zkušenosti však ukazují, že tento jednoduchý chirurgický zákrok může být u některých nebezpečných sexuálních delikventů velmi užitečný. Také může být podstatně menším zdravotním rizikem než roky trvající hormonální útlumová léčba. To vede k tomu, že podobně jako v některých jiných státech také v České republice ponecháváme terapeutickou kastraci u nebezpečných sexuálních delikventů v celé paletě možných terapeutických postupů. I v mezinárodním měřítku se v léčení parafilních sexuálních delikventů uplatňují biologické terapeutické postupy, jak jsou shrnuty třeba v „doporučených postupech“ Mezinárodní federace pro biologickou psychiatrii.

doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.





# Předplatte si POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNU

a získejte jako dárek

## sadu pánské kosmetiky Philip Extreme ZEPTER v hodnotě 1854 Kč

### Toaletní voda Philip Extreme

Důmyslná vůně pro muže s orientálními a dřevitými tóny s citrusovým nádechem.



### Deodorant pro nejvyšší ochranu

Deodorant bez obsahu alkoholu s typicky pánskou kořenitou vůní cedru, mošusu a máty.



## Postgraduální medicína

ODBOBNÝ ČASOPIS PRO LÉKÁŘE



Postgraduální medicína  
JE OFICIÁLNÍM TITULEM  
ČESKOSLOVENSKÉHO VZDĚLÁVÁNÍ  
LÉKÁŘŮ ČESKÉ LÉKÁRSKÉ KOMORY

### Z obsahu

- Rostoucí nádorová prevalence: výzva pro onkology a praktiky
- IVF – je z hlediska vzniku karcinomu prsu skutečně neškodná?
- Kontroverze při současné radioterapii high-grade gliomů

Kontroverze  
Kontroverze v onkologii  
Kontroverze  
Kontroverze  
Kontroverze

2/2017  
ROČNÍK 19 • 129 Kč

## Tato nabídka platí jen do 26. 7. 2017

Cena ročního předplatného  
je 749 Kč



**Předplatte  
si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku  
**mladafronta@predplatne.cz**, uveďte  
své **jméno** a **doručovací adresu**.  
Do předmětu napište kód **PM 0317**  
Předplatit si můžete také **on-line**  
na našich stránkách **www.mf.cz**



**Volejte zdarma  
800 248 248**

Jednoduše zavolejte  
své osobní údaje  
a info o požadovaném  
předplatném a periodiku.  
Uveďte kód **PM 0317**



**Pošlete SMS  
na číslo 900 09 06**

ve tvaru **PM ABO jméno, příjmení, adresa,  
lekarska specializace** předplatitele.  
Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu  
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 rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel svojí objednávkou odborného titulu potvrzuje, že je lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné 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. Svojí objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svojí objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že 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

# V Brně vyzkoušeli nový přístup u zlomenin hrudní páteře

*Na Klinice úrazové chirurgie Fakultní nemocnice Brno byla poprvé v České republice provedena miniinvazivní kombinovaná operační metoda ošetření zlomenin hrudní páteře. Vedoucí lékař MUDr. Andrej Bilik, Ph.D., u ní skloubil několik operačních postupů v jeden.*

Na sklonku minulého roku byl pod vedením vedoucího lékaře Kliniky úrazové chirurgie FN Brno Andreje Bilika uskutečněn nový typ ošetření zlomenin hrudní páteře, při kterém lékaři spojili výkony, jež se na pracovišti do té doby prováděly výhradně zvlášť.

„Až doposud jsme poraněný obratel ošetřovali nadvakrát. Nejprve se provedla zadní stabilizace, což mohlo trvat až hodinu a půl, a teprve po několika dnech se přes hrudník ošetřil přední sloupec páteře s provedením korpéktomie. Tělo obratle se nahradilo titanovou expandovatelnou klíčkou, případně se doplnila i přední instrumentace úhlově stabilním implantátem. Náš postup je podobný. Provádí se ale miniinvazivně a jednotlivé výkony nejsou realizovány odděleně. Druhým zásadním rozdílem je, že zadní instrumentace v těle pacienta nezůstává a že je využita pouze k dekyfotizaci,“ popisuje metodu doktor Bilik.

Od nápadu k realizaci

Vedoucí lékař Andrej Bilik se s potenciální metodou seznámil již v roce 2015 na semináři mezinárodních odborníků na úrazy páteře v Německu. „Shlédl jsem příspěvek na téma miniinvazivní kombinovaná operační ošetření zlomenin hrudní páteře a velmi mě to zaujalo,“ vysvětluje inspirační zdroj doktor Bilik.

Po příjezdu domů hledal podobný postup v odborné literatuře, ale nic podobného nenašel. „Začali jsme tedy na klinice přemýšlet, jak operaci uskutečnit, aby vše vyšlo. Museli jsme doplnit instrumentarium k provádění torakoskopicky asistovaných operací, stejně jako najít vhodný implantát, který je kompatibilní k endoskopickému použití. Celá příprava nám trvala skoro tři čtvrtě roku. Nejobtížnější bylo získat souhlas nemocnice. Hodně se o koupi přístrojů a nezbytných pomůcek zasadil přednosta kliniky docent Michal Mašek. Na podzim loňského roku jsme se už cítili na kombinovanou operaci připraveni,“ doplňuje Andrej Bilik.

Velké nadšení

K prvnímu kombinovanému operačnímu výkonu došlo 7. prosince 2016. Operována tehdy byla mladá třicetiletá pacientka, jež měla dva měsíce po úraze. Byl u ní zvolen konzervativní postup terapie, ale v inkriminovaném segmentu páteře docházelo ke kyfotizaci. Z preventivních důvodů se indikovala stabilizace s korekcí osy páteře, aby se zabránilo sekundárnímu útlaku míchy s následkem neurologických příznaků. Podle doktora Bilika je to rovněž případná prevence možných poruch biomechaniky a stability páteře.

„Prožívali jsme velké nadšení. Mohli jsme operaci konečně realizovat a zavést ji plně do praxe. Výkon trval necelé čtyři hodiny a výsledek byl velice dobrý. Čekali jsme tak dlouhý průběh. Bylo to první dvoufázová operace tohoto typu a všechny technické problémy byly nové. Operační výkon bude určitě zkrácen, ale nejprve musíme najít mezioborovou souhru mezi anesteziologem, rentgenologem, instrumentáři a dalšími částmi týmu,“ vysvětluje Andrej Bilik.

Průběh operace

U nás se dosud unikátní operace prováděla ve dvou fázích. „Nejprve jsme perkutánně zavedli transpedikulární Shanzovy šrouby do páteře. Pak byl pacientka otočena na bok a začala druhá fáze operace. Videotorakoskopickým přístupem jsme se dostali do hrudníku a pod kontrolou kamery provedli výkon na páteři. Resekovali jsme obratel, nahradili ho expandovatelnou titanovou klíčkou a segment jsme poté stabilizovali novým implantátem. Expandovatelná klíčka se pak mezi obratli roztáhla, čímž nastal efekt distrakce, a tak byla zajištěna správná výška mezi obratli. Případnou kyfózu v tomto případě korigujeme právě pomocí Shanzových šroubů. Na závěr jsme resekovaný segment stabilizovali již zmíněnou montáží,“ líčí Andrej



Bilik. Po dokončení výkonu byly zadní Schanzovy šrouby odstraněny.

#### Výhody výkonu

Operace přináší pacientovi mnoho výhod. „Díky tomu, že je to miniinvasivní výkon, odbourávají se různá rizika, jako je hojení ran, neboť jsou zde jen drobné incize. Proto se snižuje pooperační bolestivost, což pro pacienta v důsledku znamená vyšší komfort. Snižuje se také riziko infekce,“ zdůrazňuje přínosy metody doktor Bilik.

Podle něj je rekonvalescence nemocného i jeho návrat do běžného života rychlejší a celková doba hospitalizace se zkracuje až o polovinu. Dokonce může být do týdne propuštěn do domácího ošetřování. Původní operace ve dvou částech byla výzvěmně časově náročnější. Po prvním výkonu totiž následoval druhý v rozptylu pěti až šesti dnů, čímž se doba hospitalizace prodloužila na zhruba dva týdny.

Indikační kritéria pro provedení uvedené operace mají ale i určitá omezení. „Abychom operační metodu mohli využít, musí se jednat o traumatický úraz bez neurologického deficitu, tedy bez poranění míchy. Tímto způsobem lze ošetřit zlomeniny hrudní páteře od segmentu T4, též i přechodu hrudní a bederní páteře až po segment L2 tak, abychom se mohli k přednímu sloupci páteře dostat přes



Tým Andreje Bilika při unikátní operaci

dutinu hrudní,“ pokračuje Andrej Bilik. Operace s sebou přesto nese určitá rizika. Operátor musí být velmi přesný a důkladný, pohybuje se v omezeném prostoru vymezeném vpředu aortou a vzadu míchou.

#### Alkohol zavíní každý druhý případ

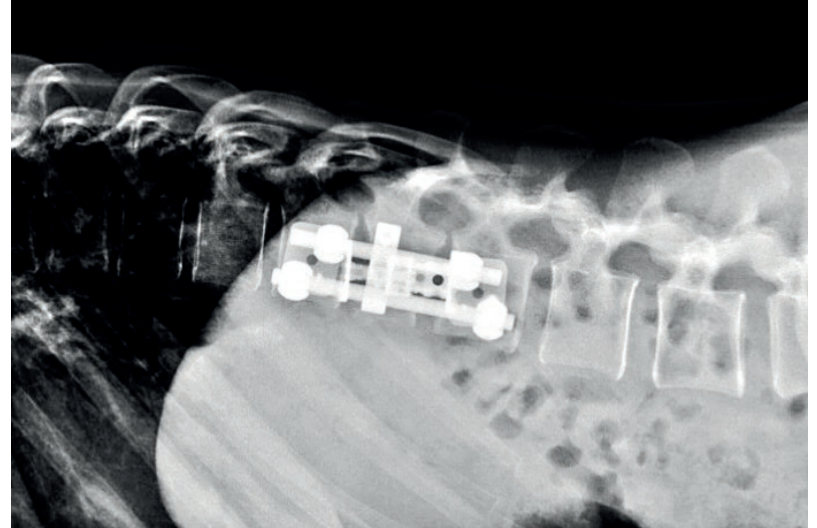
Poranění páteře tvoří podle doktora Bilika asi tři procenta všech úrazů. Ze všech případů poranění páteře jsou tři čtvrtiny lokalizované v oblasti hrudní a bederní a zbylá čtvrtina pak v oblasti krční. Asi třetina případů poranění páteře je spojena s poraněním míchy a nervových kořenů. Každoročně přibývá 20 až 40 lidí s poraněním míchy na jeden milion obyvatel.

Jen u nás dojde každý rok ke vzniku zhruba 250 míšních postižení. „Ve dvou třetinách se poranění míchy týká mladých mužů ve věku 15 až 30 let. Nejčastěji vznikají při dopravních nehodách, na druhém místě jsou sportovní úrazy a téměř v polovině případů sehraje svou roli alkohol,“ uvádí Andrej Bilik. Za největší mezníky v operativě páteře v poslední době považuje miniinvasivní zákroky a endoskopické operace. Pacienti mají totiž rychlejší rekonvalescenci, nedochází u nich k tolika infekcím a pro nemocné je to nesporně vyšší komfort.

Text Martin Ježek, foto archiv Andrej Bilik



Šrouby, kterými byla páteř zařizována



Výsledek unikátního zákroku na rentgenu

Inzerce M17000135

## Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získáte jako dárek

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



**Předplatte si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku [mladafronta@predplatne.cz](mailto:mladafronta@predplatne.cz), uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM0517**. Předplatit si můžete také **on-line** a našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



**Volejte zdarma 800 248 248**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM0517**. Nezapomenejte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

**Neváhejte!**

**Tato nabídka platí jen do 18. 6. 2017.**

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

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávku dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že 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](http://www.mf.cz)





# Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s MRSA na JIS

Na príklade kazuistiky pacienta hospitalizovaného na našej JIS chirurgického oddelenia chceme priblížiť intenzívnu ošetrovateľskú starostlivosť o polytraumatizovaného pacienta kolonizovaného danou infekciou.

Na začiatku hospitalizácie u pacientov nikdy nepoznáme stav ich infekčnosti, preto sme povinní používať všetky dostupné prostriedky bariérovej ošetrovateľskej techniky. Kmene Methicilín – rezistentný *Staphylococcus aureus* a Methicilín – rezistentné koaguláza-negatívne stafylokoky (ďalej MRSA a MRCNS) patria medzi najčastejšie sa vyskytujúce multirezistentné patogény v nemocničnom prostredí.

## Kazuistika

Na JIS bol preložený 53-ročný pacient z iného zdravotníckeho zariadenia s MRSA pozitívitou – dýchacie cesty, dekubit. Polytraumatizovaný, havaroval ako spolujazdec, Fraktúra C5-7, Th 5-7 stav po HALLO trakcii, po osteosyntéze, stav po kintúzií pľúc, Hemothorax bilat. s nevyhnutnosťou zavedenia hrudnej drenáže. Stav po Tracheostómii so sekundárnym hojením, v anamnéze M. Bechterev. PEG – zrušený (sek. hojenie), epicystostómia. Pacient pri vedomí, orientovaný, kachektický, významná atrofia svalstva na hrudníku, opuchy dolných končatín, fyziologické funkcie v norme, subfebrilný, plégia dolných končatín, paréza horných končatín, päsť neurobí, len flexiu prstov v malom rozsahu, s dekubitom na lýtku vľavo, v sakrálnej oblasti a na pravej lopatke. Postupy intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta boli podmienené smernicou dezinfekčného režimu nemocnice v prípade výskytu MRSA vypracovanej klinikým mikrobiológom nemocnice.

Pacient uložený na lôžko JIS s antidekubitovým matracom (izolácia pacienta!!!). Monitoring fyziologických funkcií. Sestra realizovala vstupný mikrobiologický skrining, ktorý na JIS tvorí nevyhnutnú súčasť ošetrovateľskej starostlivosti pri prijatí každého pacienta na JIS, chráni tak pacienta, ako aj personál JIS, hlavne pri preloženiach pacientov z iných zdravotníckych zariadení – pacient kolonizovaný polyrezistentnými kmeňmi.

## Sestry realizovali

- stery z nosa, krku, axily, perinea, odber moču, stery z vlasovej časti hlavy, z rán, dekubitov, katétrov, z otvoru po tracheostómii,
- odber iného biologického materiálu (hematologické, biochemické vyšetrenia),
- fotodokumentáciu dekubitov,
- vyhotovili ošetrovateľskú dokumentáciu.

## Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť – sestry realizovali

- závislé a nezávislé ošetrovateľské činnosti, samostatne alebo v spolupráci s lekárom JIS (náročné),
- dodržiavali smernicu pre hygienický a dezinfekčný režim pacienta s MRSA infekciou,
- dodržiavali a vykonávali umývanie rúk – tekuté mydlo s obsahom chlorhexínu na mechanické umývanie rúk personálu, dezinfekčný alkoholový prípravok na báze etanolu na dezinfekciu rúk,
- dekontamináciu pacienta s MRSA; zabezpečovali dôslednú hygienu, prevenciu dekubitov, realizovali celkovú toaletu pacienta – dutiny ústnej, zvýšenú pozornosť venovali hlavne miestam najčastejšieho výskytu MRSA (axila, ingvina, vlasová časť hlavy), používali antimikrobiálny umývací roztok, 1x denne realizovali celotelovú dekontamináciu pacienta, vrátane vlasov (na pokožke hlavy nechali pôsobiť 3 – 5 minút), 3x denne dekontaminovali sliznice (nos, uši),
- polohovali pacienta každé dve hodiny,
- ošetrovali a realizovali prevenciu dekubitov (asistovali lekárovi pri preväzoch – odstránení nekrotických častí dekubitov) – používali roztok a pomôcky na aseptické ošetrovanie rán,
- realizovali RHB na lôžku,
- realizovali dychový gymnastiku; nabádali pacienta k vykašliavaniu, realizovali časté odsávanie z otvoru po tracheostómii,
- v neposlednom rade neustále edukovali pacienta a nabádali ho k spolupráci, čo v súvislosti s vysokoškolským vzdelaním pacienta sestram uľahčovalo edukáciu, ale naopak v súvislosti s jeho nevyrovnanosťou s danou situáciou vyžadovala starostlivosť o pacienta značné psychické úsilie sestier a starostlivosť bola náročná.

## Sestry ďalej

- dbali a dôsledne a prísne vykonávali všetky postupy bariérovej ošetrovateľskej starostlivosti,

- pracovali asepticky, v rukavičiach, používali jednorazový materiál,
- dbali na individualizáciu prístrojov a pomôcok,
- dekontamináciu použitých prístrojov a pomôcok,
- dbali na existujúce nebezpečenstvo kontaminácie pred a počas neodbornej manipulácie so sterilnými pomôckami – pri zavádzaní venózných prístupov, CVK, močových katétrov, pri preväzoch rán a dekubitov,
- v zóne pacienta vykonávali dezinfekciu – jednorazovými utierkami s účinnou látkou roztoku, v ktorom boli namočené (chloramin); povinnosťou sestry bolo 2x denne v priebehu zmeny a po ukončení zmeny robiť dezinfekciu konzol, prístrojov, klávesníc, monitorov; na stoličku pacienta isopropanol – etanol utierky,
- transport pacienta bol obmedzený, niekedy bola nutnosť presunu napríklad na RTC vyšetrenie – personál dbal na minimalizáciu kontaminácie prostredia.

## Etické a psychologické aspekty kontroly MRSA

- Pacient nesmie byť poškodený obmedzením liečebnej starostlivosti,
- psychike pacienta v izolácii je potrebné venovať zvýšenú pozornosť,
- opakované mikrobiologické stery negativita/pozitívita,
- pacient a jeho blízky musia byť adekvátne a citlivo informovaní,
- návštevy – po poučení musia rešpektovať zásady bariérovej ošetrovateľskej starostlivosti,
- výborná spolupráca s príbuznými,
- hospitalizácia pacienta na JIS 25 dní.

## Záver

Základnými nástrojmi používanými proti šíreniu MRSA sú teda – aktívna mikrobiologická surveillance, hygiena rúk, používanie ochranných pracovných prostriedkov a izolačné opatrenia. Nevedomosťou alebo vedomím nedodržiavaním preventívnych opatrení môže dôjsť k závažnému poškodeniu zdravia alebo k ohrozeniu života pacientov, ale aj k zvýšenej chorobnosti zdravotníkov.

Počas hospitalizácie pacienta sa uplatňovali účelné zásady ATB politiky a cieleň výber vhodnej a účinnej dezinfekcie podľa mikrobiálneho osídlenia hospitalizovaného pacienta. Prebiehalo hodnotenie všetkých parametrov manifestujúcich akútny stav pacienta – hematologické, biochemické vyšetrenia, mikrobiologické výsledky. Skrining na prítomnosť MRSA kmeňov medzi personálom sa vykonával po ukončení hospitalizácie izolovaného pacienta a to u zamestnancov, ktorí prichádzali do priameho styku s pacientom vrátane pomocného personálu a konziliárov.

Na vytvorenie pozitívneho vzťahu medzi sestrami a pacientom bola potrebná úcta, rešpekt a uznanie k nemu ako k človeku. Sestry si tento fakt uvedomovali. Vzťah sestry – pacient je základom celej profesionálnej ošetrovateľskej činnosti, v intenzívnej starostlivosti zvlášť. Kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti nepredstavovali len ošetrovateľské výkony, ale z hľadiska pacienta ju podstatne ovplyvňovalo správanie a jednanie sestier. Vzájomný vzťah, ktorý sa v tejto situácii vytvoril, umožňoval úzku spoluprácu sestier a pacienta a urýchlil terapeutický a ošetrovateľský proces. Sestry nechápali pacienta len ako objekt na vykonanie výkonov, nemohli dokonca pracovať len pre chorého, ale veľmi často pracovali predovšetkým s ním. Pomáhali pacientovi pri uspokojovaní jeho potrieb, suplovali spoločenské vzťahy. Pacientovi poskytovali nielen intenzívnu „izolovanú“ ošetrovateľskú starostlivosť, ale zároveň mu pomáhali vyrovnáť sa so situáciou, ktorá jeho chorobu sprevádzala, a tiež vyrovnáť sa s faktom, že predchádzajúci spôsob života sa zmení.

Na záver musíme konštatovať, že sestry prísne dodržiavali všetky postupy a zásady bariérovej ošetrovateľskej techniky a pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti postupovali podľa procesuálnych ošetrovateľských štandardov, čím znižovali riziko vzniku alebo šírenia MRSA. Snaha o zvýšenie bezpečnosti pacientov vyžadovala aktívny prístup všetkých zamestnancov k riešeniu problematiky MRSA infekcie.

Uzdraviť všetkých chorých, to je nemožná vec. Zasiahnúť v pravý čas, to je základ každej liečby.

(Hipokrates)

PhDr. Daniela Beňadiková,

JIS, Chirurgické oddelenie, Nemocnica Zvolen, a. s.

Email: benadikovadaniela@gmail.com

# Za obezitu mohou častěji prostředí a stres než geny

Ve vědecké skupině se brněnská patofyzioložka **doc. MUDr. Julie Bienertová Vašků, Ph. D.**, již 12 let věnuje výzkumu obezity a stresu. V současnosti se přiklání k tomu, že podíl genů na vzniku obezity je spíše menší a že velkou roli hrají faktory vnějšího prostředí a reakce na ně.



Foto: archiv Julie Bienertové Vašků

## Jak dlouho se věnujete výzkumu obezity a proč?

Ve výzkumu obezity se pohybuji od roku 2005. Moje výzkumná skupina byla nejprve zaměřená na genetiku obezity, neboť jsme se zpočátku domnívali, že bude efektivní zkoumat geny, které s chorobou souvisejí. Doufali jsme, že odhalíme nějaké zásadní souvislosti. Mysleli jsme si, že objevíme určitou variantu genových předpokladů a že pak bude jasné, proč obezitu vlastně máme.

## Tato hypotéza nevyšla. Proč?

Čím déle jsme na našem projektu pracovali, tím víc bylo zřejmé, že nemůžeme zanedbat faktory vnějšího prostředí, protože jsou příliš významné. Dostávali jsme se tedy od genetiky k látkám vnějšího prostředí. Ať už se jedná o živiny nebo kontaminující látky, které se do těla dostávají, a které tedy mohou přispívat ke vzniku nepříznivých metabolických fenotypů, např. právě obezity.

## Začali jste před čtyřmi lety spolupracovat s Centrem pro výzkum toxických látek ve vnějším prostředí Masarykovy univerzity. Jak jejich poznatky využíváte?

Kolegové z centra na Přírodovědecké fakultě Masarykovy univerzity se zabývají problematikou chemických látek, včetně toxinů, ve vnějším prostředí, a nás naopak zajímá, jak si tělo s takovými látkami poradí. Některé z těchto látek totiž mohou ovlivňovat metabolismus tukové tkáně a přispívat ke vzniku obezity.

## Co je nejdůležitějším závěrem vašeho zkoumání?

Když si vezmeme sto lidí s obezitou, můžeme předpokládat, že asi dva až tři z nich budou mít nějaký závažnější genetický problém. Mají totiž větší dispozice k tomu, aby tuk v těle ukládali. U majoritní části se obezita vyvine spíše v důsledku faktorů vnějšího prostředí než vlivem dědičných předpokladů.

## Na čem u zmíněné většiny záleží nejvíc?

Čím déle obezitu zkoumám, tím více se domnívám, že zde nesmírně významnou roli hrají socioekonomické faktory. Typicky to je nutriční kvalita nejlevnějších potravin na trhu, dostupnost sportovišť a mnoho dalších činitelů. Zdá se, že ty jsou v řadě případů mnohem důležitější než genetické pozadí, které jsme zdědili od svých předků. Každý z nás má totiž nějaké „nedobré“ geny, například vloh pro nějakou nemoc, ale důležité je, zdali jsou vnější podmínky nastaveny tak, aby se jejich nadání realizovalo.

## Na geny to tedy nemůžeme svést, dá se s tím tedy vůbec něco dělat?

Myslím, že je zde obrovský prostor pro intervenci. Vlohy, které jsme zdědili a které označujeme nepřesně za genetické, nejsou zcela neměnné. Existují tzv. epigenetické znaky, jež se během života utvářejí a které se nedotýkají vlastní struktury DNA, ale molekul, které DNA obklopují. V každém okamžiku je naše existence výsledkem realizace působení vnějšího prostředí na jakési matici, jíž je náš soubor zděděných vloh, jež se ale i v relativně krátkodobém měřítku mohou mírně proměňovat. Když se změní socioekonomické nastavení, v němž lidé žijí, pak se dá rovněž očekávat, že se to nějak projeví na zdraví populace.

## Intervenovat? Jak to udělat, když slova akce a sleva jsou u nás národním sportem č. 1?

Je potřeba lidí opakovaně vzdělávat v tom, že kvalita stravy, kterou přijímáme, významně ovlivňuje naše zdraví, a předkládat jim pokud možno vhodnější alternativy. Nemám ráda pojem „zdravé“ stravování, ale vzdělávat populaci ve „vhodném“ stravování již od útlého věku je podle mě nesmírně důležité. Totéž platí pro pohybovou aktivitu.

## Co je tedy pro prevenci obezity nejdůležitější?

Hodně záleží na výchově. Pokud se s dětmi cvičí, když jsou ještě malé, pak v tom pokračují také v dospělosti. Nikdo o tom nechce slyšet, je to nepopulární, ale zdá se, že v dlouhodobém měřítku je tento přístup efektivní. Americká pediatriká společnost dříve zakazovala dětem do dvou let televizi. Teď ale vydali nové doporučení, podle kterého se děti dívat v rozumné míře mohou, ale musí to být vyváжено pohybem. Televize je zlá jen v případech, že v životě zastoupí pohyb, což je jakákoli fyzická aktivita či hraní si s vrstevníky. Dnes to můžeme vztáhnout spíše na počítačové hry.

## Zákazy se relativizují...

Obecně si myslím, že demonizace nevhodných stereotypů, jako jsou sezení u televize nebo přejídání a řada dalších, sama o sobě nic nevyřeší. Naopak, je nutné podpořit pozitiva, ukázat cestu, hledat řešení a nabízet možnosti dostupné v podmínkách, ve kterých se daný člověk skutečně pohybuje.

## Obezita souvisí se stresem?

Dá se říct, že v naprosté většině případů ano. Většina lidí má formu obezity, v níž stres hraje významnou roli. Problém se stresem ale je, že ho dosud stále není možné přímo změřit. Hodnotí se pouze nepřímé ukazatele, např. krevní tlak, hladina cukru v krvi nebo složené indexy z těchto parametrů. Navíc zatím neexistují metody, které by stres umožnily měřit kumulativně. U určité skupiny lidí se tím naopak délka života může i zvýšit, i když zatím nevíme proč. I to v současné době zkoumáme.

## To je další vaše výzkumné téma...

Ano, nezmiňuji se o něm náhodně. Jak se výzkumná skupina vyvíjela, začal se také měnit směr naší práce. Stále nás zajímala obezita, tuková tkáň, která stojí v centru práce mé skupiny. Přemýšleli jsme ale, jestli existuje něco, co nás odděluje od ostatních oborů a co ostatní nezkoumají. Tím jsou jednotlivé mechanismy nemoci. Dnes je medicína velmi atomizovaná, každý obor si zkoumá „své“ molekuly. Dřív ale fyziologie postupovala právě opačně. Snažila se integrovat detailní poznatky do větších celků. Myslím, že je to obrovsky inspirativní postup a velká výzva. Pro nás jako patofyziology je nejzajímavější právě stres.

## K čemu jste dospěli?

Musím nejprve zmínit, že koncept stresu byl v roce 1936 definován Hansem Selyem. Řekl, že jím je jakákoli reakce na faktory vnějšího prostředí, které ho jsou schopny vyvolat. Ten koncept je velmi obecný a Selye byl postupem času nucen k tomu, aby ho stále upřesňoval. Například tak, že stres vyvolá vysoký krevní tlak nebo vyšší hladinu cukru v krvi. Není to úplně pravda, respektive u různých lidí je reakce velmi odlišná, a z prosté hladiny krevního tlaku a přidružených parametrů nelze jednoznačně říct, jak moc je daný jedinec v danou chvíli stresován.

Naše koncepte naopak vychází z toho, že vnějších vlivů je příliš mnoho a že mohou působit v různých kombinacích a na každého jinak. Proto jsme upustili od zkoumání vnějších vlivů a měření síly stresorů a orientovali se na chování jedince při stresu. Zjednodušeně řečeno jsme zjistili, že kvůli stresu vydává víc tepla. A tak jsme se dostali do sféry měřitelnosti a přesnějších údajů. Ze svých pilotních výsledků jsme schopni odhadnout, kdy ke stresu začalo docházet či jak se stupňoval.

## Můžete být konkrétnější?

Víme, že stres se dá změřit pomocí termodynamických reakcí neboli tepla, které jedinec při stresovém chování vydá. Abychom mohli dojít k nějakému výsledku, pak také musíme znát jeho klidovou úroveň.

## Když to budete vědět, můžete pak empirická fakta nějak aplikovat?

Mohli bychom vyvinout stresový dozimetr. Měl by to být aparát, který upozorní, že se člověk blíží ke svým hranicím stresu, a měl by tudíž vypnout a odpočnout si. Složitější je to v tom, že lidé se v odolnosti vůči stresu hodně liší. Přístroj by se tedy musel kalibrovat na každého jedince zvlášť a musel by se používat během delšího časového období.

## A u obezity?

Důležitých je zde několik věcí: fyzický pohyb, vhodné stravování, sociální kontakty a obecně zdroje potěšení v životě. Pro mnoho lidí s nadváhou nahrazuje jídlo uspokojení či frustraci ze sociálních kontaktů. Je tedy potřeba přestavět vnitřní systém tak, aby byl člověk přiměřeně šťastný, protože pak nebude muset řešit problémy konzumací potravin. Chtěla bych ale zdůraznit, že nejsem obezitolog. Dost často se mi totiž stává, že se na mě obrací lidé o radu s terapií obezity. Vysvětluji jim, že jsem vědkyně, která se zabývá tím, proč obezita vznikne, ale že léčba je už na jiných odbornících.

Martin Ježek



GENERÁLNÍ PARTNER



UVÁDÍ

# LETNÍ SHAKESPEAROVSKÉ SLAVNOSTI 2017



| 27. 6. – 9. 9. |

vstupenky: [www.shakespeare.cz](http://www.shakespeare.cz)

# PREMIÉRA HAMLET

hlavní partneři



hlavní mediální partneři



spolupořadatelé



partneři



mediální partneři



pořadatel



předprodej



MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR



# Kontrolní činnost a audit

*Kontrolní činnost můžeme chápat jako určitý nástroj nebo systematické úkony ověřování, testování či přezkoumávání, na jejichž konci je výsledek sloužící pro hodnocení kvality.*

Zákoník práce stanovuje jako jednu z povinností všech vedoucích pracovníků vykonávat kontrolní činnost, což se v oboru ošetrovatelství týká všech sester manažerek (vrchní, staniční, náměstkyně ošetrovatelské péče), jež by měly mít tuto povinnost zakotvenou ve svých náplních práce. Jedním z nejdůležitějších nástrojů kontrolní činnosti výše jmenovaných pracovníků je kontrolní činnost ošetrovatelské dokumentace, resp. audit ošetrovatelské dokumentace. Provádí se po stránce formální i obsahové a závěry z kontrolní činnosti by měly sloužit jako podklad pro přijetí konkrétních opatření.

Pokud bychom měli jednoduchým způsobem popsat slovo audit, pak je to synonymum pro účinnost, objektivitu, ale také se jedná o určitý nástroj, který zkvalitňuje řízení. Podíváme-li se na latinský význam slova, pak se jedná o poslouchání, slyšení či dozvídání se. Funkcí auditorů ve starém Římě bylo totiž informovat Senát o výši státního majetku. „Jiný význam slova auditor je spojen rovněž s vyšetřováním určitých událostí, ale soudního charakteru, neboť auditori byli původně vojenští soudci, členové vyššího soudního dvora. V moderní angličtině výraz znamená revizi, kontrolu účtů,“ uvádí Dvořáček (2003).

Audit dělíme na externí a interní. Prvně jmenovaná činnost je definována jako veřejná služba, kterou poskytují kvalifikovaní odborníci a jež spočívá v revizi finančního stavu společnosti. Řídí se zvláštními normami a za pomoci speciálních technik. Jejím cílem je poskytnutí objektivní informace, zda hospodaření společnosti v daném okamžiku odpovídá ekonomické i finanční situaci společnosti. Dále také informuje, jestli jsou výsledky hospodaření a provedené změny v souladu s obecně přijatými účetními zásadami.

Auditoři zabývající se externím auditem jsou právníckými či fyzickými osobami zapsanými do seznamu auditorů. Základní podmínkou je, aby byli nezávislí jak na vedení auditované společnosti, tak na státních orgánech a rovněž na ostatních zájmových skupinách. Zvláštní skupinou externích auditů je tzv. státní audit, kdy se jedná o kontrolní činnost, která je v ČR vykonávána prostřednictvím Nejvyššího kontrolního úřadu, jehož identita je dána Zákonem č. 166/1993 Sb., o Nejvyšším kontrolním úřadu, ve znění pozdějších předpisů. Postavení je vymezeno Ústavou ČR a je nezávislým funkčním celkem, který nepodléhá ani zákonodárné, ani exekutivní moci.

Interní audit naopak provádějí zaměstnanci společnosti a jeho cíl je mnohem rozmanitější. V podstatě se jedná o penzum různých cílů v mnoha oblastech a aktivitách organizace. Uvedený druh má shodné pracovní postupy s podnikovou diagnostikou, a proto by měl být nezávislý na činnostech, jež auditoruje, a měl by se podílet i na zavádění navrhovaných opatření do praxe. Pokud moderní interní audit vytváří přidanou hodnotu a má podíl na zvyšování efektivnosti, pak je tento druh poradenské

## Z hlediska praxe rozeznáváme čtyři druhy ošetrovatelského auditu:

- retrospektivní revize (revize ošetrovatelských záznamů),
- audit implementace ošetrovatelských standardů (kontrola dodržování předepsaných norem),
- audit algoritmů (vyhodnocení strategie péče z perspektivy dohodnutých procesů),
- audit výsledků si klade otázku, zda péče byla k něčemu dobrá, a nespokojuje se pouze s údaji kdo, komu či jak.

činnosti pro společnost významný. Interní audit by měl ve všech oblastech identifikovat rizika, kterým je organizace vystavena, a mít je pod kontrolou.

Dalším rozdílem mezi interním a externím auditem je pružnost při výkonu interní auditní činnosti, související jak s vedením společnosti, tak s jednotlivými pracovníky oddělení interního auditu. Externí audit je prováděn v souladu určitých norem a postupů, které byly mezinárodně schváleny, a nelze je měnit ani do nich zasahovat.

Jednou z moderních metod, jež je v interním auditu velmi často používána, je tzv. benchmarking, což je výraz pro „učení se od nejlepších“. Jedná se o hledání a zavádění optimální praxe. Probíhá v několika fázích: nejdříve se

*Cílem auditu by nemělo být hodnotit výkon sestry za účelem hledání jejich osobních pochybení...*

jedná o identifikování problémů ve společnosti, které je zapotřebí zdokonalit. V další fázi je nezbytné se zaměřit na jiné organizace, jež uskutečňují sice stejné operace, ale s lepšími výsledky, a je tedy třeba zjistit, proč tomu

tak je. Následuje fáze zdokonalování, v níž je cílem implementace poznatků, rozvoj pracovních postupů, kvalifikace vedoucích zaměstnanců a posléze i ostatních zaměstnanců společnosti.

Audit v oboru ošetrovatelství představuje systematické vyhodnocování ošetrovatelské péče, a proto by měl být založen na profesionálních standardech. Jeho hlavním úkolem je zjistit, jak dalece se ošetrovatelský proces, plán nebo výkon sestry těmito standardy řídí, resp. jestli se s ním slučují. Zcela jistě by cílem auditu nemělo být hodnotit výkon sestry za účelem hledání jejich osobních pochybení, ale mělo by jít o nalezení procesně slabých míst a o nápravu zjištěných systémových nedostatků.

Jakákoliv kontrolní činnost vedoucích pracovníků by neměla být chápána jako negativní nástroj na postih podřízených, nýbrž pozitivní nástroj sloužící k trvalému zvyšování kvality.

PhDr. Bára Kvapilová,

ZZK ZK výjezdové stanoviště Rožnov pod Radhoštěm

Inzerce M171000305

23. ČESKO-SLOVENSKÉ

# ANGIOLOGICKÉ SYMPOZIUM

S POSTGRADUÁLNÍ TEMATIKOU

## LEDNICE 2017

15. – 16. června  
Multifunkční centrum zámek Lednice

www.angiology.cz

AMCA, spol. s r. o., t: +420 731 496 062, e: amca@amca.cz, www.amca.cz






# Studie Mayo Clinic: duševní aktivita chrání před kognitivními poruchami

Ve výzkumném projektu americké Mayo Clinic vědci prokázali, že duševní aktivity provozované v pozdním věku mohou chránit proti vzniku mírných kognitivních poruch. Studie vyšla v prestižním časopise *JAMA Neurology* a podílel se na ní také šéf Mezinárodního centra klinického výzkumu Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně **Gorazd B. Stokin, M.D., MSc, PhD.**

## Jaké byly výsledky studie?

Hlavním zjištěním je, že duševní aktivity, i pokud s nimi začnete ve vyšším věku, mohou chránit proti vzniku mírných kognitivních poruch. Riziko vzniku se snížilo o 30 procent u účastníků, kteří používali počítače, o 28 procent u lidí vykonávajících ruční práce, o 23 procent u účastníků, kteří se věnovali sociálním aktivitám a o 22 procent u respondentů, kteří hráli stolní hry.

## Co a jak jste postupně zjišťovali, jaké byly reakce zkoumaných lidí?

Zaznamenávali a porovnávali jsme dvě hlavní informace: zda jsou účastníci duševně aktivní i jaké druhy duševních aktivit nejčastěji provozují a jestli je to v korelaci s výskytem mírné kognitivní poruchy, či ne. Potom jsme samozřejmě registrovali další údaje jako věk, ten průměrný byl 77 let, pohlaví, dosažené vzdělání a mnoho dalších údajů. Byla použita data z let 2006 až 2016 doplněná o nová vyšetření mozku radiologickými metodami. Pro pacienty je dobré, když se demence podchytí včas, neboť se průběh choroby dá zmírnit. Reakce byly opravdu vstřícné.

## Najdou výsledky studie praktické využití?

K praktickému využití výsledků nepotřebujete žádné drahé přístroje nebo léčiva. Prostě stačí začít trénovat mozek, vést aktivní sociální život a hrát si. Zcela postačí, když o výsledcích bude vědět co nejvíce lidí, hlavně pak lékařů, kteří by to doporučili svým pacientům.

## Jakým způsobem se může projevat demence a jaké má rizikové faktory?

Demence má mnoho podob. Může jít o Alzheimerovu, Huntingtonovu nebo Wilsonovu a další choroby. Jejich příčiny dosud nejsou plně objasněny. Za rizikové faktory se považují například stres a jiné psychické problémy, některá onemocnění, obezita, ale i nedostatečná výživa nebo nekvalitní potraviny či nedostatek pohybu. Proto se vědci kromě nalezení možné léčby chemickou cestou snaží také objasnit vztah mezi životním stylem a pravděpodobností onemocnění demencí. Podle různých studií právě správná životospráva, dostatek pohybu a duševních aktivit oddalují nástup onemocnění a zmírňují počáteční příznaky.

## Jak je vlastně aktuálně určen pozdní věk a je všude na světě stejný?

Všeobecně se používá rozdělení na mladou populaci, tedy do 15 let věku, a lidí v produktivním věku v rozmezí 15 až 64 let. Starší populace je pak nad 65 let. To je víceméně univerzální rozdělení používané všude, jak státy, tak i mezinárodními organizacemi. Potom se pro různé účely používají ještě jemnější označení, ale už nejsou jednotná.

## Jakou roli zde hrají kognitivní poruchy? Jsou v seniorském věku pomyslným mostem mezi stárnutím a demencí?

To není úplně přesné. Mírná kognitivní porucha je stav, kdy člověk má pouze o trochu, nicméně měřitelně, větší problémy s pamětí, soustředěním nebo orientací, než by odpovídalo jeho věku. Rozhodně ale nesplňuje kritéria pro diagnózu demence a je schopen vést úplně normální život. Demence je už závažné onemocnění, kdy kromě problémů s pamětí, soustředěním, plánováním, vyjadřováním a myšlením, dochází i ke změně osobnosti a hlavně k postupnému zhoršování stavu a viditelným neurodegenerativním změnám v mozku. Mírnou kognitivní poruchu má zhruba pětina populace nad 65 let, zatímco demenci méně než dvě procenta z nich. Z toho vyplývá, že jen část seniorů má mírnou kognitivní poruchu, ale ne každý, kdo jí trpí, onemocní demencí. Začínající onemocnění se ovšem zpočátku navenek proje-



Foto: archiv FNUSA-ICRC

vuje právě jako mírná kognitivní porucha. V malém množství případů mohou demencí onemocnět i lidé středního věku, nebo dokonce lidé mladí. Nyní je to poměrně vzácné, ale v předminulém století či dříve byla takzvaná progresivní paralýza běžnější.

## Kdo přišel s námětem na studii?

S námětem přišel můj hlavní partner na Mayo Clinic Dr. Yonas E. Geda. Podílelo se na ní deset výzkumníků z Mayo Clinic a já. Studie probíhala na vzorku téměř dvou tisíc účastníků, kteří se účastní dlouhodobé studie o stárnutí organizované Mayo Clinic Study of Aging. Ta probíhá v okrese Olmsted County ve státě Minnesota už od roku 2004 a zapojilo se do ní více než 3500 lidí nad 70 let.

Tito dobrovolníci se podrobují pravidelným zdravotním prohlídkám, psychiatrickým vyšetřením a absolvovali vyšetření mozku na magnetické resonanci, pozitronovou emisní tomografií nebo vyšetření vzorků míšních tekutin. Proto máme k dispozici spoustu informací, které se dají doplnit specializovaným vy-

šetřením a analyzovat. My ve FNUSA-ICRC máme podobnou studii Kardiovize Brno 2030. Běží sice teprve od roku 2011 a je trochu jinak zaměřená, ale je to největší podobná studie ve střední a východní Evropě. Jednou budeme schopni dělat podobné studie i v Brně.

## Kde jste výsledky publikovali a jaké měly ohlas?

Text byl publikován v prestižním časopise *JAMA Neurology*, jednom z 12 časopisů, které vydává Amewrická lékařská asociace. Vychází od roku 1919, tedy téměř století. Časopis je pokládán za jeden z nejvýznamnějších v oblasti klinické neurologie, má impakt faktor 8,2, tedy jeden z nejvyšších mezi neurologickými vědeckými časopisy. *JAMA Neurology* průměrně otiskne pouze 15 procent článků, které jí autoři zašlou, takže samotný fakt, že studie vyšla právě v tomto časopise, je samo o sobě velký úspěch. *JAMA Neurology* vždy nejprve vystaví nové články na měsíc na své webové stránce a poté je publikuje v tištěné verzi časopisu. Na webu byl článek zpřístupněn letošního 30. ledna. Během února si ho na webu *JAMA Neurology* přečetlo více než 15 tisíc registrovaných čtenářů, čímž se stal nejčtenějším v daném měsíci. Ohlas byl skutečně značný.

## Jaké jsou podle vašeho názoru možnosti úspěšného oddálení demence spojené se stářím?

Protože neznáme detailně, jak demence vzniká ani čím je způsobena, a protože existují různé formy onemocnění, nedá se, bohužel, říci, že určitý životní styl nebo aktivita oddálí demenci u naprosto všech a o stejnou dobu. Ale podle různých výzkumů mají sportování, aktivní život, vysoká míra intelektuálních aktivit nebo správná životospráva pozitivní vliv u většiny lidí. Stojí tedy za to jim věnovat pozornost. Důležité je také vyhýbat se zraněním hlavy, neboť se zdá, že i ta mají na pozdější vznik onemocnění vliv.

## Co byste tedy doporučil jako prevenci k oddálení demence?

Buďte aktivní, sportujte, udržujte správnou životosprávu, chodte mezi lidi, zapojte se do různých aktivit a neseďte doma u televize. Žijte naplno.

## Věnujete se v současnosti souvisejícím tématům?

V klinickém výzkumu se snažíme zjistit kognitivní změny co nejdříve, aby kombinací změny životního stylu a medikace byl postup demence co nejpomalejší. V základním výzkumu se snažíme více porozumět mechanismům, které způsobují rozvoj Alzheimerovy choroby.

Martin Ježek

# Zubní kaz a onemocnění parodontu

*K nejčastěji se vyskytujícím chronickým infekčním nemocem patří zubní kaz a onemocnění parodontu. Následky onemocnění jsou nejčastější primární příčinou ztráty zubů.*

Zubní kaz postihuje tvrdé zubní tkáň a zánětlivá onemocnění parodontu poškozují dásně a závěsný aparát zubů. V mnoha zemích byly uskutečněny početné epidemiologické studie k výskytu zánětlivých onemocnění. Přibývá zánětu dásní u dětí do věku 13 let a zároveň se zvyšuje výskyt parodontitidy mezi 35. a 40. rokem života.

Zubní kaz dnes patří k nejrozšířenějším chorobám. Nevyhýbá se totiž ani malým dětem. Kazivost mléčných zubů je velmi vysoká, péče o mléčný chrup není doceněna a je opředená řadou mýtů. Po dlouhou dobu byl kaz definován jako proces, který když jednou začne, pak nutně pokračuje, až do ošetření zubní výplní.

Zubní kaz je dynamický proces

Dnes se díky novým poznatkům díváme na zubní kaz jako na dynamický proces epizodické demineralizace a remineralizace. Za příznivých podmínek je povrch skloviny omýván slinami, čímž dochází k neustálé výměně kalciových a fosfátových iontů mezi slinou a povrchem skloviny. Mezi minerály v povrchové vrstvě skloviny a těmi přítomnými ve slině nastává iontová rovnováha. Avšak v místech, kde se nachází zralý bakteriální plak, jsou cukry z potravy přeměňovány na kyseliny. Tím klesá pH prostředí a fosfátové i kalciové ionty difundují ze skloviny ven a vstupují do plaku a sliny. Tento proces se jmenuje demineralizace. Pokud pH naopak stoupá, má slina schopnost transportovat uvedené ionty (včetně fluoridových, jsou-li přítomny) zpět do skloviny a mluvíme o procesu remineralizace.

Periodický proces iontové výměny probíhá vždy, když se mění prostředí v ústech jako odpověď na hygienu a dietní faktory. Pokud převažuje proces demineralizace nad remineralizací, vzniká začínající kariézní léze ve formě tzv. bílé skvrny. Povrchový kaz ve sklovině je v některých případech reverzibilní. Pokud však pokračují příznivé podmínky pro tvorbu zubního kazu, pak demineralizace postupuje a dochází k nevratné ztrátě tvrdých zubních tkání. Nedojde-li k ošetření, pak zubní kaz postupně zasahuje hlubší vrstvy skloviny, proniká do dentinu, zubní dřeň a může vést k zánětlivému okolnímu tkáni a k ztrátě zuby. Zubní kaz tedy vzniká interakcí mezi třemi základními činiteli: vnímavou zubní tkání, mikroorganismy přítomnými v zubním plaku a výživou. Čtvrtým faktorem je čas, v jehož průběhu výše uvedení činitelé působí. Při nepřítomnosti jednoho z uvedených faktorů zubní kaz nevzniká. K predilekčním místům vzniku zubního kazu patří jamky a rýhy žvýkacích plošek, plochy v mezizubním prostoru a oblasti zubních krčků. Všechna tato místa jsou nepřístupná samočištění, a proto je nutné se na ně při ústní hygieně zaměřit.

Zubní kámen je mineralizovaný zubní plak. Svým drsným povrchem poskytuje více možností pro zachycení dalších bakterií a zároveň dráždí dásně. Supragingivální zubní kámen je měkký, světlé barvy a vyskytuje se hlavně v okolí vývodů slinných žláz a na lingválních plochách frontálních zubů dolní čelisti. Má asi 40procentní obsah minerálů a vzniká velmi rychle. Subgingivální zubní kámen je tvrdší, tmavé barvy a na chrupu se může vyskytovat kdekoli. Vzniká pomalu, obsah minerálů je asi 60 procent a jeho vazba k povrchu zuby je velmi pevná.

Onemocnění parodontu

Primární příčinou vzniku onemocnění parodontu je podobně jako u zubního kazu plak. Dalšími faktory jsou pak lokální, například přítomnost zubního kamene, anomálie v postavení zubů (stěsnání, rotace) a převislé okraje výplní i korunek, a systémové faktory, mezi něž řadíme vrozená imunologická onemocnění, různé syndromy, onemocnění způsobená poruchami metabolismu a autoimunitními onemocněními.

Nejrozšířenější z gingiválních nemocí je plakem podmíněná gingivitida. Zánětené dásně jsou červené, zduřelé a lehce krvácejí na podnět i spontánně. Léčba spočívá v důsledné ústní hygieně. Pokud se podaří zlepšit hygienický režim, pak se dásně vyléčí úplně. Gingivitidy bez přítomnosti plaku jsou způsobené specifickým bakteriálním, virovým nebo mykotickým původcem. Mohou být také spojené s alergií či zraněním. Závažným onemocněním je ulcerózní gingivitida. Je to akutní zánět dásní s nekrotizací interdentalních papil. Průvodními znaky jsou výrazná bolestivost dásní a zápach z úst. Příčinou je přemnožení anaerobní bakteriální flóry. Léčba spočívá v celkovém podávání antibiotik a v ústní hygieně. Neléčený zánět obvykle přechází do parodontitidy.

Parodontitida je zánět, jenž postihuje všechny tkáň parodontu. Vyvíjí se po různě dlouhé době z neléčené plakem podmíněné gingivitidy. K jejím hlavním příznakům patří zánět dásní a resorpce alveolární kosti, která spolu se ztrátou závěs-



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

ného aparátu vytváří podmínky pro vznik pravých parodontálních chobotů, což jsou prostory mezi dásní a zubem, který už není krytý alveolární kostí a je hlubší než tři milimetry. Mohou být zdrojem krvácení nebo hnisavého exsudátu. K dalším příznakům parodontitidy patří obnažování zubních kořenů, zvýšená pohyblivost zubů a jejich spontánní eliminace, akutní bolestivé stavy a zápach z úst.

Úspěch léčby onemocnění parodontu závisí na jejich včasné podchycení a spolupráci lékaře a pacienta. Spočívá v dokonalé ústní hygieně, odstranění zubního kamene a zubů, které již nelze zachránit. V řadě případů navazuje rovněž chirurgická léčba. Po dosažení efektu musí následovat udržovací léčba spočívající v pravidelných kontrolách, které pomáhají udržovat dosažený stav.

Výživa a zubní kaz

Výživa je jedním z významných faktorů, které sehrávají roli při vzniku zubního kazu. Systémové účinky výživy se uplatňují hlavně při vývoji a dozrávání zubních tkání. Strava nezajišťující přísun všech látek nezbytných pro zdravý vývoj jedince a zubů zvyšuje jejich vnímavost vůči zubnímu kazu. V současné době se však systémové účinky nepovažují při vzniku zubního kazu za rozhodující. Z lokálních účinků výživy jsou vzhledem k vzniku zubního kazu nejdůležitější sacharidy. Zastupují obrovskou skupinu přirozených látek a tvoří většinu organických sloučenin. Jsou převážně rostlinného původu. Dělíme je na monosacharidy, oligosacharidy a polysacharidy. Monosacharidy a oligosacharidy (glukóza, fruktóza, laktóza, maltóza a sacharóza) jsou přímo využívány mikroorganismy zubního plaku k tvorbě kyselin. Nejvýznamnější postavení patří sacharóze, která je naším nejpoužívanějším sladidlem. Produkty jejího metabolismu podporují kolonizaci mikroorganismy, zvyšují lepivost plaku a umožňují, aby mohl ve velkém množství přilnout k zubní ploše. Polysacharidy se nacházejí hlavně v bramborách, obilninách a luštěninách. Škrobová zrna v přirozeném stavu jsou v ústní dutině rozkládána slinnými amylázami velmi pomalu, a proto je tvorba kyselin v zubním povlaku nízká. Pokud je však škrobová potravina tepelně upravená a přislazená, je mikroorganismy plaku využívána stejně jako sacharóza. Proto nejsou tepelně zpracované výrobky s vysokým obsahem škrobu považovány z hlediska zubního zdraví za bezpečné.

Za velmi zdravou potravinu je všeobecně považováno ovoce a ovocné šťávy. U obou však záleží na množství cukru a formě podání. Sušené ovoce má tendenci na zubech ulpívat, citrusové plody mohou zase poškozovat zubní tkáň obsaženými kyselinami a banán svou lepivostí prodlužuje a prohlubuje pokles kyselosti v ústech podobně jako slazené nápoje. Z tohoto hlediska je pro zuby nejlepší ovoce čerstvé,



protože jeho žvýkání podporuje tvorbu slin, jež snižují kyselost v ústech a smývají částičky jídla.

Mléko a sýry jsou velmi důležitou součástí výživy. Mléko obsahuje mléčný cukr neboli laktózu, již využívají bakterie, ale také vápník, fosfor či proteiny, které mají ochranný účinek, protože podporují tvorbu slin, zvyšují koncentraci vápníků v zubním plaku a po sladkém jídle upravují kyselý pH prostředí směrem k normě.

Neméně důležité jsou i fyzikální vlastnosti potravin – velikost částic, rozpustnost, lepivost a struktura. Schopnost vyvolat kaz je závislá nejen na množství sacharidů, ale i na době, po kterou v ústní dutině působí. Škodlivost jednotlivých druhů potravin se nedá zcela přesně stanovit. Závisí nejen na chemických a fyzikálních vlastnostech potravin, ale i na tom, kdo, kdy, jakým způsobem a jak často je používá. Mikroorganismy plaku jsou schopné využít téměř každou potravinu k tvorbě kyselin. Proto je nutné zaměřit se spíše na to, zda potravina stimuluje tvorbu slin, zdali je svou povahou kyselá a jestli se z dutiny ústní rychle odstraní, nebo naopak její části zůstávají v ústech dlouho. Prvořadá však zůstává úroveň provádění osobní hygieny.

### Ústní hygiena

Dobrá ústní hygiena je základní podmínkou prevence zubního kazu a onemocnění parodontu. Je nezbytné naučit se pravidelně a systematicky odstraňovat zubní plak pomocí zubního kartáčku a správné metody čištění. Mezi základní pomůcky k čištění zubů patří zubní kartáčky, mezizubní a jednosvazkové kartáčky. Doplnky pak můžeme zubní pasty, ústní vody, zubní nitě a párátka.

Historie zubních kartáčků sahá daleko do minulosti. Už v době 3000 let před naším letopočtem si staří Egypťané čistili zuby tenkými větvičkami, které byly na jednom konci roztřepené do vláken, zatímco druhý konec sloužil jako párátko. Rozkousané větvičky nebo kořínky se používají v Indii, Jižní Americe a na mnoha místech Afriky dodnes. První zubní kartáček podobných tomu dnešnímu byl vyroben v Číně už v 15. století. Do Evropy se ale dostal až o tři století později. Svoji čisticí plochou obsáhl celý kvadrant a jako vlákna byly použity prasečí štětiny, které se používaly až do první poloviny 20. století, kdy byl vynalezen nylon. Postupem času došlo rovněž k zmenšování pracovní plochy.

Zubní kartáček by měl mít malou pracovní část (hlavičku), protože se s ní lépe manipuluje, umožní totiž vyčištění i méně přístupných míst, člověk má také lepší kontrolu nad tlakem. Vlákna by měla být stejně dlouhá a hustě osazená, čímž se zvýší čisticí účinek. Měla by být měkká, protože zubní povlak je rovněž měkký. Tvar rukojeti není rozhodující. Zubní kartáček vyměňujeme při známkách opotřebení, neboť ztrácí funkčnost, a po překonané infekci v oblasti nosohltanu. Elektrický zubní kartáček používáme pouze v případě nutnosti – zejména u lidí s handicapem, mentálním postižením nebo s omezenou pohyblivostí zápěstí.

Mezizubní kartáčky jsou nevhodnější volbou pro vyčištění nedostupných míst, proto musí mít správnou velikost, aby mezizubní prostor úplně vyplnily. Příliš velký mezizubní kartáček poškodí dásně i zuby, zatímco malý zubní plak neodstraní.

Používá se jednou denně bez zubní pasty. Jednosvazkový kartáček slouží k vyčištění nepřístupných míst, pro čištění zubů při nošení fixních aparátů nebo na tzv. sólo techniku, při níž se čistí každý zub zvlášť.

Běžné zubní pasty se skládají z vody, brusných (abrazivních) částic, fluoridů, zvlhčovačů zabraňujících vysychání, konzervačních látek, barviv, sladidel, rostlinných výtažků a tenzidů, které zajišťují pěnivost. U zubní pasty je důležitý obsah fluoridů, i když v současnosti se význam zubních past přeceňuje. Ústní voda je často mylně považována za „chemický kartáček“, který dokáže očistit zuby bez práce. Ústní voda však nedokáže účinně odstranit plak přítomný na zubních plochách. Účinky jsou postavené na obsahu antiseptických látek, které působí bakteriostaticky, anebo baktericidně, což je závislé na použité koncentraci. Dlouhodobé používání ústních vod může způsobit zbarvení jazyka a může narušit přirozenou bakteriální flóru v dutině ústní. Indikací k použití je například aplikace antimikrobiální ústní vody před a po parodontálním chirurgickém výkonu jako prevence infekce.

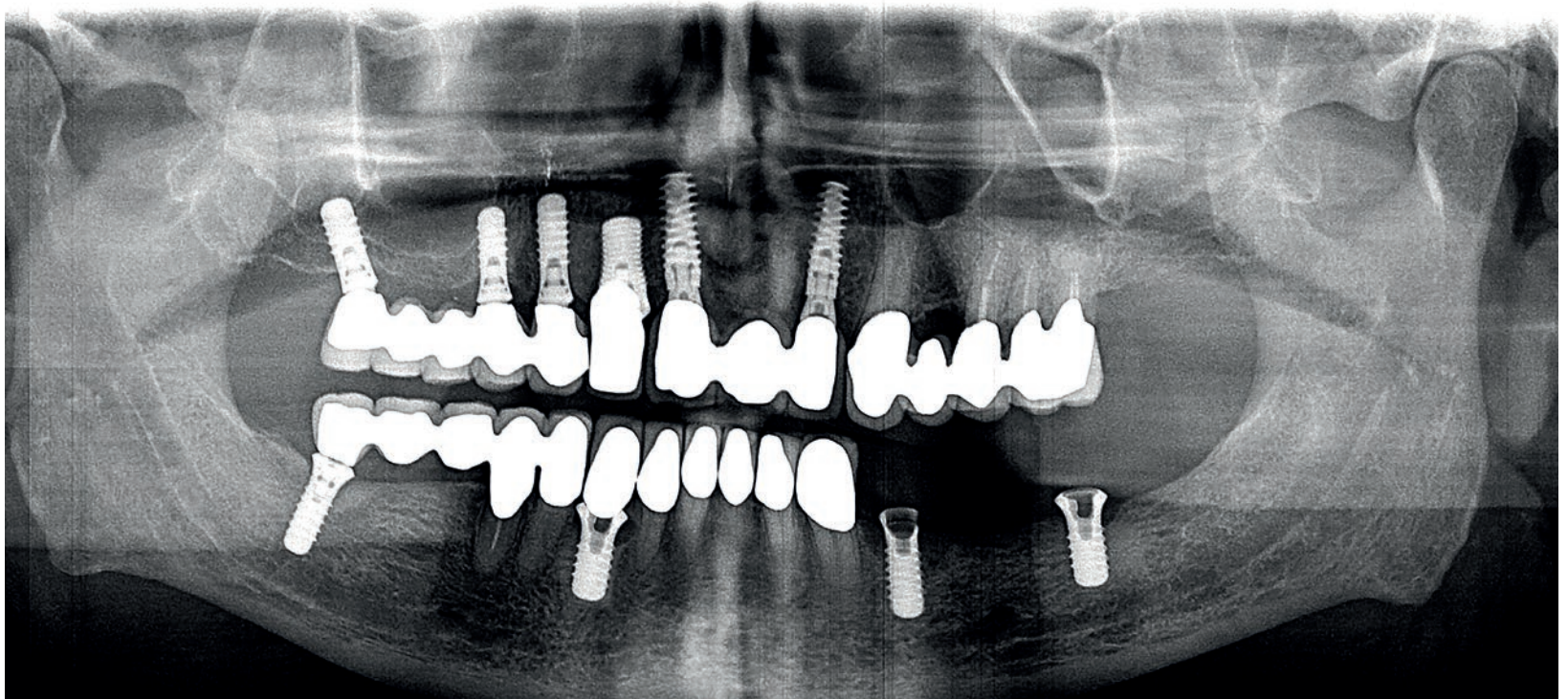
Zubní nit se vyrábí voskovaná, nevoskovaná, s mentolovou příchutí či s obsahem fluoridů. Používá se do velmi úzkých mezizubních prostorů. Technika čištění patří k nejsložitějším, a proto vyžaduje poměrně velkou zručnost. Ze dřeva a z umělých hmot jsou vyráběna párátka, která slouží k odstranění zbytků jídla. Jejich tvar může být plochý, okrouhlý nebo trojhranný, ale mohou být i „chlupatá“.

### Metody čištění zubů

Existují různé techniky čištění zubů (Chartersova, Stillmanova, Bassova či Fonesova metoda). Dnes se nejčastěji doporučuje Bassova technika, která umožňuje dokonalé vyčištění dásňového žlábků. Kartáček se přikládá k zubu pod úhlem asi 40 stupňů, aby polovina pracovní plochy kartáčku byla na dásni a druhá polovina na zubu. Kartáčkem se poté vykonávají drobné rotační pohyby. Ještě účinnější je sólo technika, při které se každý zub čistí jednosvazkovým kartáčkem. Ten se přikládá kolmo k čištěné ploše do dásňového žlábků a vykonávají se drobné rotační pohyby. Dříve doporučená krouživá technika (kartáček se přikládá kolmo a krouživým pohybem se čistily vestibulární plochy v horní a dolní čelisti společně) se dnes již nepoužívá. Nerozrušuje totiž plak v dásňovém žlábků a často přechází do horizontální techniky, kdy dochází k poškození dásní a obrušování zubní skloviny.

Při čištění zubů je důležitá systematicčnost. Začínáme na zevních plochách zubů jedné čelisti a přejdeme na vnitřní plochy. Stejně vyčistíme i druhou čelist a nakonec také žvýkácké plochy. Způsob, jakým si zuby čistíme, je důležitější než frekvence, a proto při důkladné ústní hygieně postačí vyčistit zuby jednou denně. Neexistuje žádné časové ohraničení, jak dlouho má čištění trvat. Zuby vždy čistíme tak dlouho, dokud nejsou čisté (hladké). Abychom mohli hladkost zubů kontrolovat během čištění, je lepší je čistit bez zubní pasty. Často uváděné dvě až tři minuty rozhodně nejsou dostačující.

Ing. Jarmila Dučaiová,  
Mgr. Blažena Litvínová







# Poděkování dárcům roku 2016

*Nadace pro transplantace kostní dřeně a Český národní registr dárců dřeně letos již po devatenácté ocenily nepřibuzné dárce kostní dřeně uplynulého roku a partnery Nadace roku 2016.*

„Kdo zachrání jeden lidský život, zachrání celý svět.“ Tento epitaf Oskara Schindlera se stal mottem dnes již tradičního Poděkování dárcům. Nadace oceňují nepřibuzné dárce kostní dřeně za uplynulý rok. Nikoliv tedy lidi, kteří se nechali zaregistrovat, ale ty, kteří v loňském roce podstoupili nepohodlí a neznámému nemocnému člověku skutečně darovali kus sama sebe. Krvetvorné buňky z kostní dřeně zachraňují svým rozmnožením v těle pacienta jeho život, neboť ho tím uzdravují. Ceny 44 dárcům uplynulého roku (křišťálový blok od společnosti Moser, grafický list od Oldřicha Kulhánka a diplom) letos předali patron programu dárcovství kostní dřeně biskup Václav Malý a sympatizant Českého národního registru dárců dřeně olympionik David Svoboda.

## Předaná ocenění

Za nejvýznamnější finanční pomoc v r. 2016 byla křišťálovým blokem oceněna firma Novartis Česká republika. Uznání za nejvýznamnější mediální pomoc obdrželo vydavatelství Studenta Media a za nejvýznamnější nemateriální pomoc byla křišťálovým blokem oceněna studentka ČVUT Alžběta Vachelová. Zvláštní cenu Adolfa Borna, která je udělena za mimořádný lidský čin ve prospěch Nadace a ČNRDD, letos obdržel trojnásobný dárce kostní dřeně a periferních buněk Jiří Paleček z Liberce. Součástí galavečera bylo rovněž předání stipendia Vladimíra Kozy (zakladatele Nadace pro transplantace kostní dřeně a ČNRDD) doc. MUDr. Mgr. Marku Mrázovi, Ph.D., z Fakultní nemocnice Brno.

Výjimečnou Zvláštní cenu Nadace pro transplantace kostní dřeně a Českého národního registru dárců dřeně za zásluhy k letošnímu 25. výročí existence obou organizací obdržel Miroslav Kaiser, spoluzakladatel obou organizací. Darovala ji mezinárodně respektovaná výtvarnice Gordana Glass.

Ocenění předali vedoucí lékař ČNRDD a předseda Správní rady Nadace pro transplantace kostní dřeně MUDr. Pavel Jindra, Ph.D., spolu s Ing. Vandou Staňkovou, členkou Správní rady Nadace pro transplantace kostní dřeně. Součástí galavečera byly rovněž tři vstupy houslového virtuóza Pavla Šporcla. Vystoupení bylo jeho sponzorským darem jako výraz úcty k dárcům kostní dřeně. Na závěr slavnostního večera se osobně setkali 28letý bývalý pacient Jakub Junek a 29letá dárcyně Nikola Radová.

[www.kostnidren.cz](http://www.kostnidren.cz)  
(dvostrana red)



Trojnásobný dárce Jiří Paleček

Foto: archiv kostnidren.cz

# Zemřel profesor Vladimír Kočandrle

Opustil nás kardiovaskulární a transplantáční chirurg prof. Vladimír Kočandrle, který stál sedm let v čele Institutu klinické a experimentální medicíny. V roce 1961 nastoupil do pražského Ústavu klinické a experimentální chirurgie (později IKEM) a za 30 let svého působení se vypracoval na přednostu Centra výzkumu transplantací orgánů. V letech 1983–1990 zastával funkci ředitele IKEM.



Foto: archiv IKEM

„Pan profesor Kočandrle byl důležitou součástí IKEM. Svou usilovnou prací se zasloužil o jeho nebývalý rozvoj. Zásadním způsobem přispěl k zahájení a rozvoji českého programu transplantací srdce, ledvin a slinivky břišní. Byl to nejen skvělý a precizní lékař, ale také výborný manažer, učitel i člověk,“ říká MUDr. Aleš Herman, Ph.D., ředitel IKEM.

Po odchodu z IKEM působil ve Walter Reed Army Medical Center v USA, kde mimo jiné v letech 1991–1993 zavedl program kombinovaných transplantací slinivky břišní a ledvin. S chirurgií skončil v roce 1994 po svém odchodu z Ústřední vojenské nemocnice. Dále se však věnoval publikování odborných textů, politice a své rodině.

(IKEM)

# Profesor Zvěřina obdržel medaili UK

Koncem dubna letošního roku obdržel prof. MUDr. Eduard Zvěřina, DrSc., FCMA, Stříbrnou medaili Univerzity Karlovy za vynikající výsledky v pedagogické a vědecké činnosti a za zásluhy o rozvoj lékařských věd v oboru neurochirurgie. Ocenění převzal v pražském Karolinu z rukou rektora UK prof. MUDr. Tomáše Zimy, DrSc., MBA.



Eduard Zvěřina a Tomáš Zima

Foto: archiv UK





# Legendě naší neurochirurgie je osmdesát

Stále aktivní emeritní přednosta Neurochirurgické kliniky 1. LF UK a ÚVN Praha prof. MUDr. Eduard Zvěřina, DrSc., FCMA, oslavil 21. dubna v kongresovém sále hotelu Ambassador v Praze své 80. narozeniny.

Profesor Zvěřina se zasloužil o vznik současné podoby neurochirurgie, kterou charakterizuje mikroneurochirurgie, chirurgie lebeční spodiny a monitorování nervových funkcí. Oslavy zahájené mysliveckou znělkou se zúčastnilo více než čtyři sta gratulantů z řad významných osobností naší medicíny, vědy, kultury, myslivců, pacientů i nejbližší rodiny a přátel jubilanta. Popřát přišli rektor Univerzity Karlovy Tomáš Zima, děkan 1. LF UK Aleksi Šedo a děkan 3. LF UK Michal Anděl. Ke gratulantům se dále připojili Pavel Pařko, Pavel Klener, Marek Trněný, Jiří Hoch, Petr Neužil, Jan Pirk, Jan Škrha, Richard Rokyta, Jaroslav Blahoš, Štěpán Svačina, členové neurochirurgické společnosti s předsedou Martinem Samešem zastoupeným Petrem Vachatou, Karel Šonka, Josef Syka, Helena Illnerová, Jan Raboch a Cyril Höschl. Dále se zúčastnili spolupracovníci z Neurochirurgické kliniky 3. LF UK a FN Královské Vinohrady a z ORL kliniky 1. LF UK ve FN Motol, kde oslavenec stále pracuje, operuje i slouží. Písemnou zdravici zaslali Miloslav Ludvík či Milan Kubek. Z kulturních kruhů gratulovali Jiří Suchý, Martin Hilský, Jan Vodňanský, Dagmar Havlová, Miroslav Kořínek, Jiří Lábus, Marek Eben nebo Zdeněk Svěrák a mnoho dalších.

S blahopřáním prostřednictvím videa se přihlásili také osobnosti ze zahraničí. Byli mezi nimi představitelé Světové neurochirurgické společnosti (WFNS), bývalí prezidenti a současní spolupracovníci jubilanta M. Samii (NSR), A. Nanda, P. Black (USA), H. Azevedo (Brazílie), A. Basso (Argentina), V. V. Dolenc (Slovinsko). Blahopřání přišlo rovněž z Iránu.

Profesor Zvěřina poděkoval všem přítomným za pomoc s organizováním večera. Některé na místě také odměnil. Přednostu Neurochirurgické kliniky 3. LF UK a FN KV Petra Hanince, přednostu Kliniky ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN v Motole Jana Betku a Jana Plzáka z téhož pracoviště korunoval na krále. Další spolupracovníky a přátele z řad myslivců pasoval v mysliveckém obřadu na operátéry nebo lovce.

Se spolupracovníky z ORL kliniky ve FN v Motole operoval Eduard Zvěřina za posledních 20 let pět stovek pacientů s tumorem sluchového nervu. Většina z nich se vrátila do normálního života. Uvedení pacienti se v Ambassadoru postarali o část organizace, o předtančení a o tombolu. Její výtěžek ve výši zhruba 60 tisíc korun pro Konto bariéry Nadace Charty 77 převzali Martin Bojar a zakladatel nadace František Janouch. O hudební vystoupení se postarali DJ Milan Pahorecký a podnikatel Pavel Policar. (eta)



Eduard Zvěřina

Foto: Michal Homola



Eduard Zvěřina s Jiřím Suchým

Foto: Michal Homola

## Kliniku kardiovaskulární chirurgie IKEM povede doc. Ivan Netuka

Ve výběrovém řízení získal dvanáct hlasů třináctičlenné komise složené ze zástupců Ministerstva zdravotnictví, odborných společností a Institutu klinické a experimentální medicíny.

Výsledek výběrového řízení potvrdil i ředitel IKEM MUDr. Aleš Herman, Ph.D.: „Těší mě, že se novým šéfem Kliniky kardiovaskulární chirurgie IKEM stal docent Ivan Netuka, který v Institutu profesně působí mnoho let, dlouhodobě se podílel na rozvoji klíčových programů kliniky a zná pracoviště a jeho personál do posledního detailu. Velmi rád bych poděkoval prof. MUDr. Janu Pirkovi, DrSc., nejen za jeho rozhodnutí předat jedno ze svých pracovišť svému nástupci, ale především za léta práce na klinice i za zásadní příspěvek k rozvoji celé transplantologie.“

Prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc., nadále zůstává šéfem Kardiocentra IKEM, pod které spadá Klinika kardiovaskulární chirurgie, a zůstává také aktivním kardiochirurgem a vedoucím několika výjimečných programů. „Kliniku kardio-



Aleš Herman a Ivan Netuka

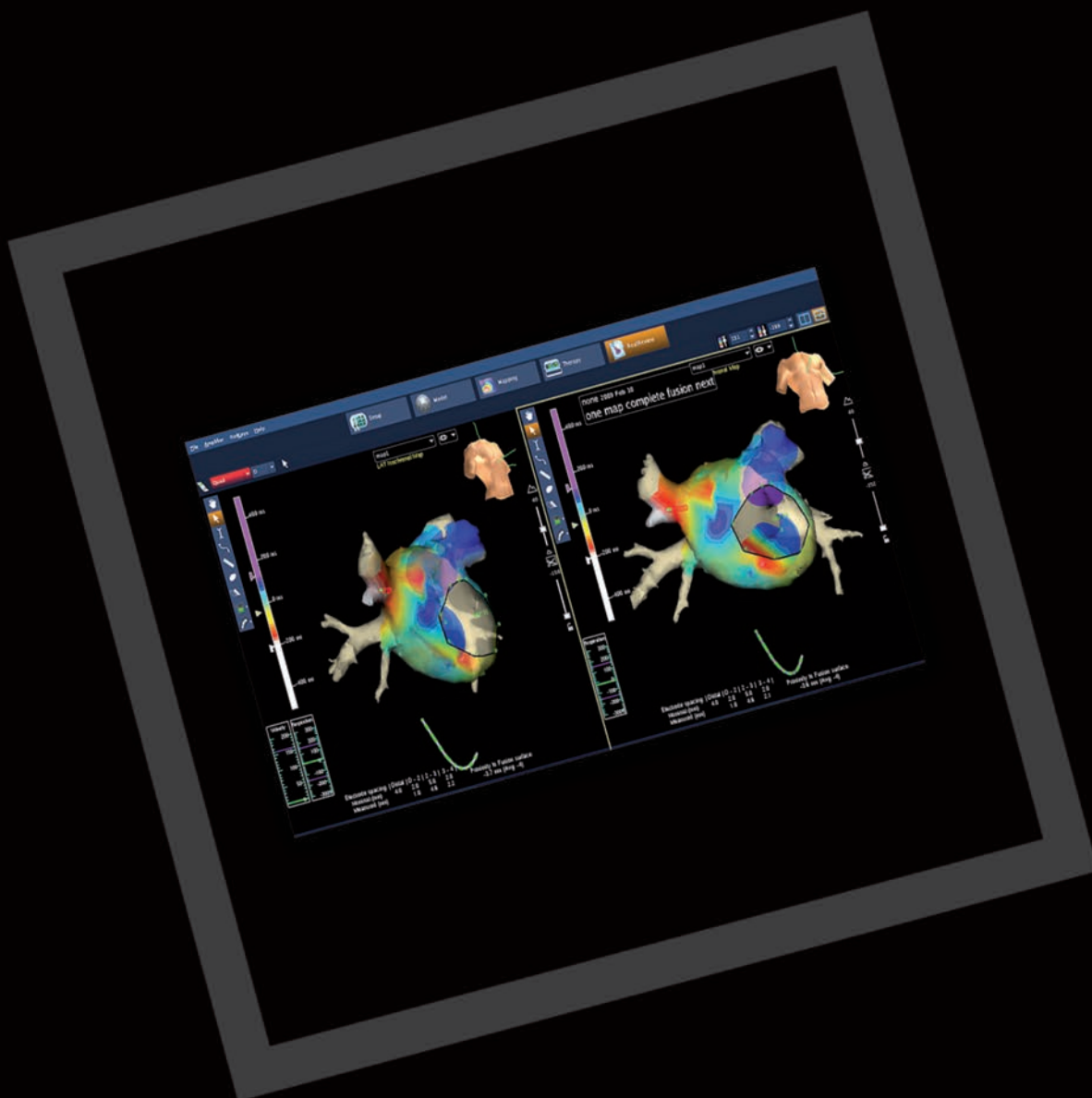
Foto: archiv IKEM

vaskulární chirurgie IKEM jsem dostal do své správy v roce 1991, abych se o ni staral jako řádný hospodář a rozvinul ji ve všech směrech. S tímto poselstvím ji rád předávám člověku, který na naší klinice profesně vyrostl,“ uvedl profesor Pirk.

Docent Ivan Netuka byl přednostou Kliniky kardiochirurgie IKEM jmenován k 1. 5. 2017. „Převzít řízení kliniky po prof. MUDr. Janu Pirkovi, DrSc., pro mě znamená především velkou zodpovědnost vzhledem k výsledkům, kterých pan profesor při rozvoji pracoviště dosáhl. Zásadním rysem naší strategie bude další rozvíjení mezinárodních výzkumných projektů a užší spolupráce v odborné i pedagogické oblasti s tuzemskou akademickou sférou, zejména s Univerzitou Karlovou.“ (IKEM)

# cardion

[www.cardion.cz](http://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.





Ilustrační foto: Shutterstock

# Onkologická onemocnění nemusejí znamenat ukončení těhotenství

Koncem února v Praze proběhlo mezinárodní setkání odborníků na problematiku onkologických onemocnění v těhotenství a fertilitu zachovávající terapie gynekologických nádorů – kongres INCIP 2017. Informace o akci nám poskytl organizátor konference **doc. MUDr. Michael Halaška, Ph.D.**, z Gynekologicko-porodnické kliniky FNKV v Praze.

## Můžete stručně představit ESGO a INCIP\* – jejich hlavní cíle a jak probíhá spolupráce s českými odborníky?

Skupina INCIP byla založena roku 2005 prof. Frédéricem Amantem, který působí jako onkogynekolog na Univerzitě v Lovani a v Národním onkologickém holandském institutu. Nejprve byl projekt skupiny zaměřen na ženy, u kterých bylo během těhotenství diagnostikováno onkologické onemocnění. Následně se projekt zaměřil rovněž na mladé pacientky, které prodělaly protinádorovou léčbu a plánují těhotenství, což je v současné době významně narůstající skupina žen.

Důvodem je posun ve věkové struktuře těhotných žen v posledních dvou dekadách. Výsledky práce kolaborativní skupiny INCIP jsou velmi významné. Po několika letech shromažďování a analyzování dat o těchto pacientkách probíhají v posledních letech jejich prezentace. Na základě získaných informací jsou nyní těhotné ženy bezpečně léčeny právě s ohledem na zachování těhotenství.

Výsledky a mezinárodní doporučení byly prezentovány v mnoha významných impaktovaných časopisech (New England Journal of Medicine, Lancet Oncology, Journal of Clinical Oncology, International Journal of Gynaecological Cancer a dalších). Skupina je součástí evropské onkogynekologické společnosti ESGO a spolupracuje s evropskou onkologickou školou ESO.

## Onkologie a těhotenství... Jak se mění v souvislosti s moderní léčbou přístup k onkologickým pacientkám, které ještě chtějí otěhotnět, a k těm, jež onemocněly v graviditě?

Jedná se o nejmodernější část onkologie. Diagnóza zhoubného nádoru v těhotenství znamenala v minulosti většinou ukončení těhotenství – interrupci nebo předčasný porod – a hektickou léčbu. V současnosti umíme mnoho malignit řešit i při těhotenství.

## Které zhoubné nádory se nejčastěji týkají mladých bezdětných žen?

Jedná se o nádory prsu, melanom, hematologické malignity a karcinom děložního hrdla, který je téměř přímo v kontaktu s vyvíjejícím se plodem. Vzácněji se zabýváme i kolorektálními karcinomy, sarkomy či nádory plic.

## Jaké jsou možnosti fertilitu zachovávajících přístupů u jednotlivých nádorů?

U nejčastějšího gynekologického nádoru – karcinomu děložního hrdla – můžeme provést do 22. týdne těhotenství pánevní lymfadenektomii a jeho odstranění se zachováním těhotenství. U vyšších stadií můžeme zapojit neoadjuvantní chemoterapii a buď zmenšený nádor operovat, nebo oddálit řešení až na dobu po porodu. Záleží vždy zároveň na týdnu těhotenství, kdy byl nádor zachycen. U karcinomu ovaria je možné aplikovat chemoterapii a operovat radikálně po porodu.

## Je záchyt maligního onemocnění v graviditě častý?

Obecně jde o vzácný výskyt, který ale v posledních letech výrazně stoupá vlivem vyššího věku žen při porodu. V kaž-



dě zemi je ale výskyt trochu jiný. V České republice je pořadí malignit diagnostikovaných v těhotenství následující: karcinom děložního hrdla, který je následován melanomem, hematologickými malignitami, karcinomem prsu a karcinomem štítné žlázy. V absolutních číslech to je asi dvacet až třicet pacientek ročně.

**Jaký je vztah malignity a gravidity, co se týče prognózy a progresu? Hrozí zde rovněž nějaké komplikace?**

Oproti dřívějším předpokladům se zdá, že těhotenství samo o sobě nemá na prognózu malignit vliv. Problémem je ovšem časté opoždění diagnózy, zejména u karcinomů prsu, kolorektálních karcinomů, kdy symptomy těchto onemocnění připomínají běžné strasti těhotných žen. Proto jsou, bohužel, diagnostikovány v pokročilém stadiu a naděje na úspěšnou léčbu tak významně klesají.

**Můžete se vyjádřit k obecným zásadám onkologické léčby v těhotenství? Lze podávat chemoterapii či biologickou léčbu?**

Z hlediska chirurgických výkonů lze říci, že jsou běžně využívány a že u nich máme nejvíce známých opatření. Rostoucí děloha však může logicky často ztížit přístup k postiženým orgánům, jako je tomu v případě karcinomu ovaria nebo kolorektálního karcinomu. Radioterapie je proveditelná jen v přísně indikovaných případech v průběhu I. a II. trimestru. Lze ozařovat jen horní polovinu těla, protože ionizující záření je pro plod vysoce teratogenní. Vybranou chemoterapii aplikujeme pouze v II. a III. trimestru. Některá cytostatika můžeme podávat i po ukončení I. trimestru. Naše znalosti v této oblasti v posledních letech za-

znamenal největší pokrok zejména v oblasti farmakokinetiky, transplacentárního přenosu a dlouhodobého vlivu na dítě, jež je intrauterinně vystaveno chemoterapii. Na konferenci byla prezentována data ohledně nejbezpečnějšího týdne těhotenství. Ukazuje se, že ideální doba je po 17. týdnu. Biologická léčba má v těhotenství zatím jen málo dat, v principu je kontraindikovaná pro výraznou teratogenicitu.

**Na kongresu byly prezentovány videopřenosy operací. Můžete se vyjádřit k výběru výkonů?**

Představeny byly fertilitu zachovávající výkony u karcinomu děložního hrdla. Z našeho pracoviště pochází jeden z celosvětově největších souborů – prostá trachelektomie s laparoskopickou lymfadenektomií.

**V čem se podle vás bude do budoucna zlepšovat osud mladých onkologických pacientek?**

Velkou roli hraje jejich centralizace. Mnoho středisek chápe, že není možné umět řešit všechny diagnózy na stejné úrovni, a že se proto vzácné nádory musí shromažďovat do větších center. Významným pokrokem je evropský registr INCIP, který nyní zahrnuje přibližně



Foto: archiv Michael Halaška

1500 pacientek s malignitou v těhotenství, z čehož je 110 pacientek z našeho centra. To u nich zároveň umožňuje významně lépe vyhodnocovat diagnosticko-terapeutické postupy.

**Co vás osobně na kongresu nejvíce zaujalo?**

Na konferenci se sešly současné špičky v dané oblasti pokrývající jak evropská, tak také zámožská pracoviště. Společný impakt faktor všech řečníků by byl ohromující. Došlo k propojení odborníků, což má výrazný pozitivní vliv na další fungování INCIP skupiny, která se v posledních letech stala celosvětově vedoucí skupinou.

**Jak hodnotíte průběh konference a její přínos pro českou gynekologii a porodnictví?**

Česká onkogynekologická škola patří v této specializaci k naprosté špičce, ať už se to týká malignit v těhotenství, či fertilitu zachovávajících postupů u mladých pacientek s karcinomem děložního hrdla. Konference podtrhuje naši dominanci v oboru.

\*INCIP – International Network of Cancer, Infertility and Pregnancy, ESCO – European Society of Gynaecological Oncology

MUDr. Andrea Skálová

Inzerce M171000157

## PROFESIONALITA A PRESTIŽ

Cadenza®



### NOVINKA TRIČKO LIMA

Udělejte si radost a přivítejte léto v pastelových barvách.



Profesní oděvy Cadenza nakupujte na  
[WWW.CADENZA.CZ](http://WWW.CADENZA.CZ)







# Na diabetes už máme téměř ideální lék

Pro účinnou a bezpečnou léčbu diabetu mellitu 2. typu platí, že je třeba včas identifikovat rizikové pacienty, optimálně nastavit léčbu a mít spolupracujícího pacienta. O novinkách a dosažených metách v diabetologii jsme hovořili s **prof. MUDr. Milanem Kvapilem, CSc., MBA**, přednostou Interní kliniky 2. LF UK a FN Motol v Praze.

## V poslední době se hovoří o tom, že současné technologie a léčebné postupy v diabetologii představují určitou revoluci.

Pokrok byl iniciován zjištěním, že pro pacienty s diabetem je ideální situace, kdy je glykemie v normě. Dovedává však byl pouze omezený počet prostředků, pomocí kterých mohl být pacient léčen. Důsledkem bylo, že normální glykemie se dosahovalo málokdy, naopak hrozil častý výskyt hypoglykemie coby „přestřelení“ anti-diabetické léčby. Víme přitom, že hypoglykemie jsou nebezpečné.

Uvedená skutečnost vedla k rozvoji diabetologie nové doby. Na jedné straně se objevily dnes již osvědčené molekuly – inkretiny, mezi něž patří gliptiny a agonisté GLP-1, dále pak glifloziny – inhibitory SGLT2. Pro tyto nové léky je charakteristické, že riziko hypoglykemie nezvyšují. Studie pak ukázaly, že některé další léky, jako například pioglitazon ze skupiny glitazonů, prokazatelně snižují kardiovaskulární riziko. Vedle toho došlo i k rozmachu technologickému. Byly vyvinuty mobilní aplikace, inzulinové pumpy a telemonitoring, které umožňují lepší monitorování glykemie na dálku či možnost průběžně řešit aktuální zdravotní stav pacienta. Evoluce v diabetologii se stala revolucí. Díky tomu dnes můžeme léčit prakticky každého pacienta s diabetem tak, aby byl správně kompenzovaný. Podmínkou ovšem je, aby byl dobře edukovaný a spolupracoval.

## To jsou jistě velké úspěchy. Kde jsou ale ještě rezervy anti-diabetické léčby?

Co zatím nedokážeme dobře zvládnout, je diabetická neuropatie. Její progresi umíme jen zpomalit, nedokážeme ji však zcela zastavit. Zejména při pokročilých neuropatických komplikacích se nemocní špatně léčí, protože hypoglykemie nerozpoznávají. Obecně však v současné diabetologii máme vynikající možnosti jak léčit, jen je třeba je správně využít.

## Jaké jsou aktuální zásady pro zahájení léčby diabetu?

U pacientů s diabetem mellitem 1. typu jsme stále odkázáni na inzulin. Technologie zde však díky existenci inzulinových pump a senzorů, které glykemií měří kontinuálně, skočila významně dopředu. Léčba je dnes pro pacienty mnohem bezpečnější. U diabetiků 2. typu se dá léčebný postup shrnout do několika základních bodů. Za prvé je to co nejčasnější rozpoznání diabetu. Jakmile se objeví symptomatická hyperglykemie nad 7 mmol/l, je třeba zahájit léčbu a snažit se dosáhnout těsné kompenzace na úrovni zdravého člověka. Zde se uplatňuje především léčba metforminem. V dalším kroku je potřeba využít anti-diabetika, která nezpůsobují hypoglykemií. To jsou však obecné zásady.

Nyní k praktickým otázkám. Na trhu se nedávno objevila fixní kombinace dlouhodobě působícího inzulinu s liraglutidem (IDegLira). Tato kombinace se opravdu povedla. Dosud totiž platilo, že když zaléčíte pacienta inzulinem, zvýšíte riziko hypoglykemie, a pacient navíc

přibere na váze. V případě uvedené kombinace pacient při léčbě zhubne, je lépe kompenzován a nemá hypoglykemie. Vedle toho nedávno publikované výsledky studie LEADER, která testovala liraglutid, prokázaly, že u pacientů s vysokým rizikem kardiovaskulárních komplikací přípravek snižuje riziko těchto obtíží. To je něco, co se pro diabetologa téměř rovná zázraku.

## O studii LEADER se v poslední době opravdu hodně hovoří. Čím je tak významná?

FDA před dvanácti lety z důvodu předběžné opatrnosti při nejasných výsledcích studií s rosiglitazonem, které se pak ale nepotvrdily, vydala požadavek, že u každého schváleného anti-diabetika musí být provedeny ještě bezpečnostní kardiovaskulární studie. Jedná se o velké morbiditně-mortalitní studie, jejichž smyslem je dokázat, že nová anti-diabetika jsou minimálně stejně bezpečná jako standardní léčba. Na chvíli jako by se zapomnělo, že hlavním cílem anti-diabetické léčby je snížit glykemií a že primárně nejde o kardiovaskulární riziko.

Následně se objevily výsledky studií, které potvrdily kardiovaskulární bezpečnost nových léků, ale i studie, jež vyznívaly v neprospěch vybraných nových anti-diabetik. Některé výsledky jsou diskutabilní, obecně však z provedených studií vyplývá, že všechna nová anti-diabetika jsou bezpečná. Studie LEADER prokázala, že veškeré pozorované parametry jako kardiovaskulární úmrtí, infarkt myokardu nebo cévní mozkové příhody jsou při léčbě liraglutidem redukovány a zmíněná fixní kombinace liraglutidu s inzulinem degludekem efekt ještě umocňuje.

## Na několika diabetologických akcích se v poslední době diskutovalo o významu časného zahájení inzulinoterapie. Kdy a komu tedy nasadit inzulin?

U diabetiků 1. typu, jak jsme si již řekli, je inzulinoterapie život zachraňující léčba. Inzulin se u těchto pacientů nevytváří, proto je nezbytné ho substituovat. U diabetiků 2. typu se dlouho mělo za to, že inzulin se má podat až jako poslední možnost. Na základě dnešních poznatků ale platí, že inzulin se může podat v kterékoli fázi diabetu, čímž je postaven na úroveň ostatních anti-diabetik druhé volby po metforminu. Záleží tedy na spolupráci s pacientem a jeho preferencích. Existují totiž mladí aktivně sportující pacienti, kteří mají normální glykemií nalačno, ale trpí vysokou postprandiální hyperglykemií. U nichž se může podávání inzulinu po jídle osvědčit. Vždy jde o to vybrat správný režim pro konkrétního pacienta. Výsledek léčby pak určí, zda se lékař rozhodl správně, nebo ne.

## V rozvoji diabetu mellitu 2. typu a metabolického syndromu hraje významnou roli inzulinová rezistence. Jaký je současný pohled na možnosti jejího ovlivnění?

V souvislosti s novými anti-diabetiky se na ni trochu pozapomnělo, nicméně víme, že jsou zde dva hlavní faktory rozvoje diabetu – porucha sekrece inzulinu a inzulinová rezistence. V souvislosti s druhým faktorem bych chtěl vyzdvihnout roli pioglitazonu. Nová data jsou



Foto: archiv Milan Kvapil

totiž velmi zajímavá. Velká studie IRIS ukázala, že u pacientů s inzulinovou rezistencí, kteří ještě nemají diabetes a kteří jsou po mozkové příhodě, snižuje riziko další mozkové příhody i rozvoje diabetu. Důležité však je, že lék je vhodný pro pacienty, kteří mají skutečně vyjádřenou inzulinovou rezistenci. To je asi 20 procent pacientů. U nich může mít pioglitazon významný efekt a měl by být zařazen mezi portfolio léků nabízejících se jako druhá možnost po léčbě metforminem.

## Jaké vlastnosti by mělo mít ideální anti-diabetikum? Dá se za něj považovat zmíněná IDegLira?

S trochou nadsázky lze říct, že ideální lék je takový, který vůbec nemusíte podat. To je ovšem zatím idea pro vzdálenější budoucnost. Zatím se bez farmakoterapie diabetu neobejdeme. Tím, že se snížila kardiovaskulární mortalita a že se prodlužuje život nemocných, pacientů s diabetem přibývá. Je pravda, že fixní kombinace inzulinu degludeku a liraglutidu se tomuto ideálu blíží. Stejně tak je vynikajícím lékem metformin, nebýt jeho nežádoucích účinků. V dalším kroku pak máme dobré zkušenosti s gliptiny, zejména sitagliptinem, a asi pětina pacientů, jak již bylo řečeno, profituje z pioglitazonu. Důležité je správně nastavit léčbu a vybrat vhodný lék pro každého pacienta. Neméně důležitá jsou režimová opatření, zejména aktivní pohyb, která hrají stále velkou roli v prevenci diabetu a jež v případě prediabetu mohou oddálit rozvoj onemocnění o pět až deset let.

## Podstatná data by diabetologům měl přinést vznikající Národní diabetologický registr.

Ano, právě je v přípravě. Byl vytvořen legislativní rámec pro jeho užití s ohledem na ochranu osobních dat a předpokládáme, že do konce roku bychom mohli mít k dispozici první hrubé výstupy. Aktuálně léčíme na základě dat z klinických studií a podle doporučených postupů. Díky informacím z registru, jež získává od zdravotních pojišťoven, se dozvíme, jaký reálný efekt přináší anti-diabetická léčba našim pacientům. Mohli bychom se tak dostat na úroveň světové špičky.

## Jaké poselství z diabetologie byste předal praktickým lékařům?

Časný záchyt pacientů s prediabetem je klíčový. V identifikaci těchto pacientů mají nezastupitelnou roli právě praktičtí lékaři. Jsem rád, že se jim brzy do rukou dostanou nové preparáty a že se tak budou moci efektivněji podílet na léčbě diabetu.

MUDr. Andrea Skálová



# Česká kardiologická společnost: v Brně již po pětadvacáté

Jubilejní XXV. výroční sjezd České kardiologické společnosti (ČKS) s mezinárodní účastí se konal ve dnech 7.–10. května 2017 v Brně.

Hlavní důraz byl kladen na edukační bloky, které navrhly asociace a pracovní skupiny. Zařazeno bylo rovněž více interaktivních sekcí a diskusí. Sjezd navštívili také zahraniční hosté, mezi nimiž nechyběl ani prezident Evropské kardiologické společnosti prof. Jeroen Bax či viceprezident prof. Stefan Anker. Jedním z hlavních témat sjezdu byla role kardiologa u nemocných s vysokým rizikem kardioembolizačních mozkových příhod.

„V dnešní době je pravděpodobně nejobtížnější získat sponzory, i když ve spolupráci s předsedou ČKS profesorem Milošem Táborským a Líduškou Klímovou se podařilo finančně výroční sjezd ČKS zajistit,“ řekl k náročnosti celé organizace prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc. Záštitu výročnímu sjezdu udělil premiér Bohuslav Sobotka, ministr financí Andrej Babiš i ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík. Další záštitu udělil rektor Masarykovy univerzity Mikuláš Bek, děkan LF J. Mayer, hejtman Jihomoravského kraje B. Šimek a primátor města Brna P. Vokřál.

Program byl nabitý

Nedělní program se nesl hlavně v duchu Členské schůze České kardiologické společnosti, České asociace pro srdeční rytmus s blokem o arytmií a sportu a České asociace srdečního selhání, jejímž tématem byl Guidelines ESC pro diagnostiku a léčbu akutního a chronického srdečního selhání. Novinky v srdečním selhání a plicní hypertenzi představilo Sympozium Kliniky kardiologie IKEM. V pondělí navázaly přednášky o hypertenzi, kardiovaskulárních zobrazovacích metodách a akutní kar-



Při křtu knihy *Kardiologie*. Zleva Josef Kautzner, Jiří Vítovec, Michaela Lízlerová, Miloš Táborský a Karel Novotný Foto: 5x Jana Schrammová

diologii. Během celého programu nechyběly ani posterové sekce, a to jak lékařská, tak i nelékařská, kde své vědecké úspěchy mohli prezentovat také sestry a technici. Samostatnou pozornost si určitě zasloužily Přímé přenosy z intervenčních pracovišť - například plastika aortální chlopně z Hradce Králové, PCI u vícečetného postižení věnitých tepen z Prahy či intervence u pacienta s vysokých rizikem.

Pondělí představilo prezidentský blok na téma Kardiologie jako významný medicínský obor: současnost, budoucnost a dlouhodobá udržitelnost. Svou přednášku prezentovali A. Linhart, P. Widimský, P. Neužil, T. Honěk či M. Táborský. Rotunda (pavilon A1) téhož dne hostila slavnostní přednášku prof. Mgr. Jindřicha Štreita, Dr.h.c., po níž následovala vernisáž výstavy fotografií. Profesor Štreit je jedním z našich nejvýznamnějších žijících fotografů. Jeho tvorba je charakterizována jako sociální či humanistická fotografie.

Sport i kultura

Jako každý rok, tak i letos se konal slavnostní gala večer, kterému ráno předcházel tradiční Kardioběh a Kardiochůze Jiřího Tomana. Závodníci odstartovali již v 6:45. Po ranní rozsvičce následoval opět maraton přednáškových bloků. Nejen kardiologové se věnovali např. myokardiálnímu postižení u neuromuskulárních chorob, kontroverzi v diagnostice a léčbě hypertrofické kardiomyopatie či bloku věnovanému České internistické společnosti.

Odborným garantem akce v rámci XXV. výročního sjezdu ČKS zaměřené na veřejnost se stal prof. Miroslav Souček z II. interní kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a kolektiv jeho spolupracovníků. Hlavním cílem bylo stanovení kardiovaskulárního rizika na zá-

kladě anamnézy a zjištěných hodnot glykemie, cholesterolu a krevního tlaku. (dd)



Aleš Linhart představuje novou publikaci



Kmotrem knihy *Akutní kardiologie* byl Vladimír Staněk





Bohatou nabídku odborných publikací představilo nakladatelství Mladá fronta



Účastnice kongresu si prohlížejí nové knihy

## Na sjezdu byly pokřtěny tři publikace nakladatelství Mladá fronta, divize Medical Services

### Akutní kardiologie

Jiří Kettner, Josef Kautzner et al.

Druhé, doplněné a přepracované vydání

Druhé, doplněné vydání klinicky zaměřené publikace, která je praktickým návodem pro diagnostiku, doporučená vyšetření a léčbu všech nejčastějších akutních kardiovaskulárních onemocnění, a to od zvládnutí akutní fáze po jejich definitivní řešení. Strukturované postupy vycházejí především z existujících doporučení Evropské kardiologické společnosti a současně z každodenních vlastních zkušeností pracoviště. Kniha dále obsahuje i návody k provedení nezbytných výkonů u nemocných s akutním kardiovaskulárním problémem, přehled nejpoužívanějších léků a přehled současných evropských doporučení pro jednotlivá kardiovaskulární onemocnění.

V novém vydání je přepracována a doplněna řada kapitol včetně obrazové dokumentace. Objevují se i zcela nové kapitoly jako je Elektrokardiografická diferenciální diagnostika arytmií, Náhla srdeční smrt nebo Základy umělé výživy v kardiologické intenzivní péči. I druhé vydání Akutní kardiologie si zachová kapsoní formát s heslovitým uspořádáním textu a důrazem na přehledná schémata, tabulky a obrazovou dokumentaci s cílem rychlé orientace při řešení akutních kardiovaskulárních stavů.

### Kardiologie

Miloš Táborský, Josef Kautzner, Aleš Linhart et al.

Tato učebnice kardiologie vychází z unikátní interaktivní kardiologické výukové plat-

formy, která je dostupná na [www.ecardio.cz](http://www.ecardio.cz). „Zásadní motivací byl požadavek studentů lékařských fakult a mladých lékařů v přípravě ke kardiologické atestaci vytvořit moderně koncipovanou elektronickou učebnici, která by obsahovala kompletní pojetí kardiologie jako oboru a která by navíc zahrnovala znalostní testy z jednotlivých kapitol,“ zdůvodnil vydání reprezentativní publikace prof. MUDr. Miloš Táborský, Ph.D., FESC, MBA.

Kniha v 62 kapitolách pokrývá celou oblast kardiologie. Inovativní je v kardiologii dosud neexistující formát klasické učebnice spojený s interaktivní platformou e-kardio a s flash diskem s rozsáhlou obrazovou dokumentací a s množstvím videosekvencí z praxe. Cílovou skupinou jsou studenti lékařských oborů (pre- i postgraduální úroveň), kardiologové, internisté a další akademičtí pracovníci. „Publikace tohoto formátu vznikala po dobu dvou let, prošla náročným závěrečným hodnocením projektu MŠMT s velmi dobrým výstupem,“ doplnil prof. Táborský.

### Obtížně léčitelná hypertenze

Jan Václavík

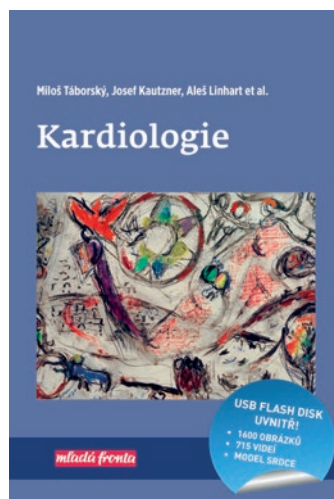
Druhé, doplněné a přepracované vydání

Kniha stručně a čtivě podává lékaři návod, jak postupovat při vyšetřování a léčbě pacientů s těžšími formami hypertenze. Ve druhém vydání knihy, která shrnuje epidemiologii, současné možnosti diagnostiky a farmakologické i nefarmakologické postupy léčby pacientů s obtížně léčitelnou a rezistentní arteriální hypertenzí, je přepracována a aktualizována většina kapitol.

V knize jsou například doplněna nová prevalence data a údaje o kardiovaskulárním riziku pacientů s rezistentní hypertenzí, nově jsou přepracovány a upraveny kapitoly o hodnocení adherence k léčbě a o OSA, v souladu s novými guidelines jsou aktualizovány kapitoly věnované diagnostice primárního hyperaldosteronismu a feochromocytomu.

Nové informace se čtenář dočte také v kapitole věnované léčbě rezistentní hypertenze, a to jak o nefarmakologických opatřeních, tak i o farmakologické léčbě – byla doplněna kapitola o diuretikách, nová zásadní data ze studie PATHWAY-2 o léčbě rezistentní hypertenze, nová data o eplerenonu, stať o léčbě rezistentní hypertenze u chronických onemocnění ledvin, rozšířena byla kapitola o nové studii věnující se renální denervaci a také ostatní nefarmakologické způsoby léčby.

Kniha je určena především internistům, kardiologům, nefrologům a praktickým lékařům.



(red)



# Pneumologie

Symposium se koná ve středu

**7. 6. 2017 od 14.00 hodin**

**Hotel Grandior**

(Na Poříčí 1052/42, Praha 1)

**GARANT ODBORNÉHO PROGRAMU:**

**prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.**

přednosta Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy  
FN Olomouc



## PROGRAM

13.30–14.00	registrace účastníků	15.45–16.15	přestávka na kávu
14.00–14.05	zahájení odborného sympozia	16.15–16.35	<b>MUDr. Martina Doubková, Ph.D.</b> Idiopatická plicní fibróza*
14.05–14.25	<b>prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.</b> Sarkoidóza – plicní a mimoplicní*	16.40–17.00	<b>MUDr. Vratislav Sedlák, Ph.D.</b> Těžké astma – nová léčba*
14.30–14.50	<b>MUDr. Martina Šterclová, Ph.D.</b> Plicní projevy systémových nemocí pojiva*	17.05–17.25	<b>MUDr. Vladimír Koblížek, Ph.D.</b> CHOPN*
14.55–15.15	<b>MUDr. Monika Žurková, Ph.D.</b> Eozinofilní granulomatóza s angiiitidou (syndrom Churga-Straussově)*	17.30–17.50	<b>Mgr. Kateřina Neumannová, Ph.D.</b> Rehabilitace u plicních onemocnění*
15.20–15.40	<b>prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.</b> Karcinom plic a paraneoplastické projevy*	17.55–18.00	závěr

\* Diskuse na konci přednášky

## PŘIHLÁŠENÍ NA AKCI:

V případě zájmu svou přihlášku vyplňte na adrese [WWW.LKCR.CZ](http://WWW.LKCR.CZ) – sekce vzdělávání, kurzy ČLK, číslo kurzu je **73/17**.  
Své evidenční číslo (EČ) najdete vpravo v seznamu registrovaných lékařů.

**ÚČASTNICKÝ POPLATEK: 350 Kč**

Číslo účtu: **19-1083620217/0100**; variabilní symbol: **7317** (číslo kurzu).

Útržek složenky, kopii výpisu z bankovního účtu nebo příkaz k úhradě prostřednictvím e-bankingu je nutné předložit při registraci.

Bližší informace obdržíte 10 dnů před konáním akce.

Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16.

**Akce je evidována v centrálním registru ČLK a je ohodnocena 4 kredity.**



JE OFICIÁLNÍM PARTNEREM CELOŽIVOTNÍHO  
VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY



Postgraduální medicína

JE OFICIÁLNÍM TITULEM  
CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ  
LÉKAŘŮ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY



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







# MUDr. Petr Šonka novým předsedou SPL

Novým předsedou Sdružení praktických lékařů se stal **MUDr. Petr Šonka**. Rozhodli o tom delegáti XXVII. konference SPL ČR, konané 8. 4. 2017 v hotelu Floret v Průhonicích, kteří zvolili vedení SPL. MUDr. Václav Šmatlák, jenž stál v čele sdružení od jeho vzniku celých 27 let, pokračuje v práci jako místopředseda. Dalšími místopředsedy jsou MUDr. Jana Uhrová, MUDr. Michal Bábíček a MUDr. Petr Šubrt.

Obměnila se třetina členů patnáctičlenného Výboru SPL ČR, který se výrazně omladil a získal novou dynamiku pro další práci. Na kurzu a politice SPL se pod novým vedením nic nemění, zůstává ve svých postojích a názorech kontinuální a bude dále plnit své hlavní poslání, tedy hájit profesní a ekonomické zájmy svých 4300 členů – všeobecných praktických lékařů.

Dlouhodobým cílem zůstává dostat primární péči v ČR do takové postavení, které bude odpovídat její pozici ve vyspělých západoevropských zemích, zejména co se týká její role ve zdravotním systému, kompetencí, ale také ekonomického ohodnocení a společenské prestiže.

Své nejbližší priority SPL popsalo v Prohlášení z XXVII. konference a v otevřeném dopisu vedení Ministerstva zdravotnictví, které naleznete níže.

Vedení SPL ČR je připraveno hledat společnou řeč a programové průniky s ostatními stavovskými a profesními organizacemi zdravotníků s cílem vyvinout společně tlak na skutečné systémové změny českého zdravotního systému, bez kterých nelze dlouhodobě udržet vysoký standard našeho zdravotnictví.

(Text i foto Tempus Medicorum 5/2017, red)



## Sdružení praktických lékařů

- je dobrovolné profesní sdružení, které vzniklo v roce 1990 v Praze a v současnosti má 4500 členů
- zastupuje praktické lékaře při jednáních se státními institucemi a ZP, koordinuje postgraduální vzdělávání, vydává odborná periodika Bulletin a Appel SPL ČR a poskytuje právní pomoc a pomoc v tísni (zdroj: SPL ČR)

Inzerce M171000134

## V Havířově byla otevřena nová výrobní hala

Společnost Mölnlycke slavnostně otevřela v průmyslové zóně Dukla v Havířově-Dolní Suché nový závod. Bude vyrábět jednorázové chirurgické sety jako již fungující provoz v Karviné.

„Mölnlycke Procedure sety špičkové švédské kvality pomáhají zachraňovat životy po celém světě. O to víc mě těší, že dnes nachází svůj nový domov v regionu, který je po několik let domovem i nás všech,“ uvedl generální ředitel závodů v České republice Emmanuel Chilaud během slavnostního ceremoniálu. Kromě generálního ředitele Mölnlycke Richarda Twomeye a předsedy dozorčí rady společnosti Gunnarta Brocka zúčastnili i hejtman Moravskoslezského kraje Ivo Vondrák, primátorka města Havířov Jana Feberová a velvyslankyně Švédského království v České republice J. E. Viktoria Li.

### Globální poptávka roste

V blízké Karviné působí Mölnlycke již od roku 2002. Přestože v tamním závodě dosahuje produkce milionů jednorázových chirurgických setů ročně, výrobní kapacity firmy nestačily uspokojit neustále rostoucí globální poptávku, a proto se začala dívat po místě pro další závod. V konkurenci jiných evropských regionů si společnost nakonec opět vybrala Moravskoslezský kraj a před třemi lety se rozhodla vybudovat továrnu v Havířově s novým špičkovým vybavením a automatizovanou výrobou. Firma díky výstavbě největší sterilizační linky v Evropě slibuje téměř 70procentní zvýšení výrobních kapacit.

### Investice ožíví pracovní trh

Mölnlycke společně s Agenturou pro podporu podnikání a investice (Czech Invest) vložila do výstavby více než 1,8 miliardy korun. „Jedná se o největší investici ve více než



Nová továrna bude vyrábět jednorázové Mölnlycke Procedure sety

Foto: archiv MHC

stopadesátileté historii naší společnosti. V České republice a v Moravskoslezském kraji se nám daří a já věřím, že tento krok je dostatečným důkazem toho, že v kraji chceme setrvat minimálně dalších patnáct let,“ přiblížil rozhodnutí firmy Gunnart Brock.

Revitalizace bývalého dolu Dukla v Dolní Suché přinese do regionu i nová pracovní místa. Nový závod nabídne více než 200 pracovních míst, které by v příštím roce měly být doplněny o dalších sto míst. Současný počet 900 zaměstnanců v obou závodech by se tedy podle odhadů společnosti měl do konce roku 2018 rozšířit na více než tisíc. „Jako představitelka města s relativně vysokou nezaměstnaností vítám nové možnosti pracovního uplatnění pro naše občany. Věřím, že nová výrobní hala je prvním z řady projektů, které se v budoucnu podaří

v průmyslové zóně Dukla realizovat,“ uvedla Jana Feberová. „Jsem rád, že se u nás investorům daří. Pozitivem je vytvoření dalších pracovních míst v našem regionu, kde v poslední době klesá nezaměstnanost a zastavuje se odliv mladých lidí. To vše může být dobrým signálem i pro další potenciální investory,“ doplnil Ivo Vondrák.

Mölnlycke patří mezi přední světové výrobce zdravotnického náčiní. Jedním z klíčových produktů firemního portfolia jsou jednorázové chirurgické sety, které o 40 procent snižují čas nutný k přípravě na lékařský zákrok. Díky speciálnímu procesu sterilizace eliminují možnost postoperační infekce. Výrobky z České republiky tak zachraňují životy na operačních sálech po celém světě a ve více než 30 nemocnicích ve všech koutech ČR.

(akt)





# Zaměřeno (nejen) na hepatitidu C

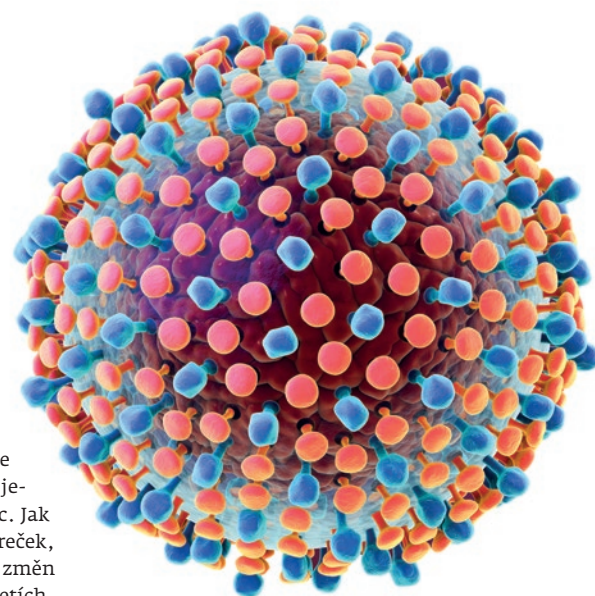
Pořadatelé XLV. májových hepatologických dnů, jež letos proběhly 10.–12. května v Olomouci, jsou Česká hepatologická společnost ČLS JEP ve spolupráci s Českou lékařskou společností JEP a Českou asociací sester.

Odborné programové bloky se tentokrát zaměřily na aktuální problematiku virových hepatitid, experimentální hepatologii, jaterní cirhózu, transplataci jater a hepatocelulární karcinom. V bloku věnovanému hepatitidám zazněly pod vedením prof. MUDr. Petra Urbánka, CSc., a prof. MUDr. Petra Husy, CSc., příspěvky shrnující zkušenosti s léčbou hepatitidy C a E v České republice. Účastníci byli seznámeni s problematikou HCV/HIV konfekce (AIDS centrum Praha), zkušenostmi s hepatitidou E ve FN Ostrava a FN Brno, léčbou rekurentní HCV infekce u pacientů po ortotopické transplantaci jater či se sofosbuvirovými režimy v léčbě chronické HCV infekce u hemodialyzovaných pacientů (MUDr. Soňa Fraňková a kol).

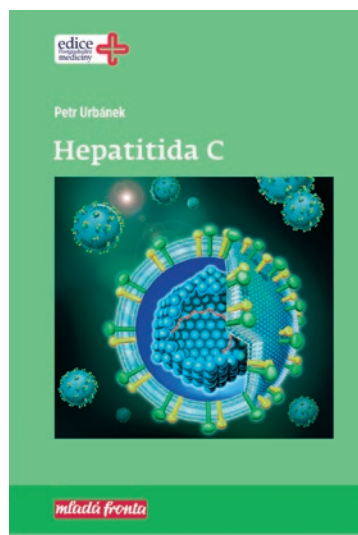
## Hepatitida C

Na kongresu byla rovněž pokřtěna nová publikace prof. MUDr. Petra Urbánka, CSc., *Hepatitida C*, jejímž kmotrem byl doc. MUDr. Václav Jirásek, CSc. Jak píše v předmluvě knihy prof. MUDr. Zdeněk Mareček, DrSc.: „... historie virové hepatitidy C je ukázkou změn ve společnosti a v medicíně v posledních desetiletích. Mimořádný rozvoj zdravotnické péče, používání krevních převodů, invazivních vyšetřovacích postupů a vznik významné skupiny intravenózních narkomanů vedly k prudkému vzestupu frekvence infekce virem hepatitidy C. Na druhé straně ale ohromné pokroky v medicíně, především v základním výzkumu, a vznik nových vyšetřovacích metod umožnily detekci a charakteristiku virového agens. Odtud pak vedla cesta k pochopení patogenese onemocnění. Rychlá aplikace těchto výsledků do praktické medicíny pak ukázala cestu k včasné diagnostice a úspěšnému léčení tohoto onemocnění.“

Monografie obsahuje kompletní problematiku týkající se infekce virem hepatitidy C. V úvodu je věnována pozornost historii výzkumu virových hepatitid, dějinám pátrání po původci non-A, non-B hepatitidy a vlastnímu objevu viru hepatitidy C. Následující část se věnuje virologii, molekulární genetice a replikačnímu cyklu viru.



Ilustrační foto: Shutterstock



Dále je pozornost soustředěna na epidemiologii infekce, příčiny rozdílné prevalence v různých geografických oblastech či rizikových skupinách. Podrobně jsou rozebrány diagnostické metody, jejich správné indikace a interpretace. Těžištěm knihy je problematika klinická, průběh akutní i chronické infekce, mimojaterní projevy HCV infekce, možnosti predikce rozvoje jaterní fibrózy a cirhózy s jejími komplikacemi včetně hepatocelulárního karcinomu. Závěrečná část se věnuje terapeutickým možnostem onemocnění, a to jak variantám léčby, jež jsou v současnosti již opuštěny, tak i moderním léčebným kombinacím přímo působících virostatik. Podle prof. Marečka se jedná o nejobsáhlejší práci věnovanou této problematice v české literatuře. Publikace vyšla v edici Postgraduální medicíny nakladatelství Mladá fronta. (red)



Petr Urbánek a Václav Jirásek při křtu knihy

Součástí kongresu byl dále přednáškový blok Slovenské hepatologické společnosti, v němž byly prezentovány příspěvky věnované myostatínu a pokročilému chronickému onemocnění jater (ACLD), státním v hepatologii či akutnímu selhání jater při chronickém onemocnění (ACLF). Postgraduální kurzy České hepatologické společnosti proběhly pod vedením odborníků prof. Petra Urbánka, doc. MUDr. Lubomíra Skladaného, Ph.D., (portální hypertenze, jaterní elastografie), prof. MUDr. Radana Brůhy, CSc., doc. MUDr. Stanislava Plíška, Ph.D., (hepatitida A, projekt HARM) a MUDr. Tomáše Fejfara, Ph.D., a prof. Petra Husy (jaterní cirhóza, screening hepatocelulárního karcinomu). Součástí kongresu byla také sekce zdravotnických pracovníků nelékařských profesí s postgraduálním kurzem pro sestry, věnovaným zejména problematice hepatitidy C.



Zleva: Michaela Lízlerová, šéfredaktorka edice Postgraduální medicíny, autor knihy Petr Urbánek, Peter Jarčuška, Petr Husa, recenzenti publikace, Jiří Láryš z nakladatelství Mladá fronta, Václav Jirásek, který se ujal role kmotra, a Zdeněk Mareček

Foto: 2x archiv MF





Vzpomínky významné Češky

Elišky Haškové Coolidge

nejen na život v Bílém domě



Žádejte u svého knihkupce nebo se slevou 20 % na [www.kniha.cz](http://www.kniha.cz)



# Nové poznatky v neurobiologii a v léčbě deprese

Deprese je jednou z nejčastějších duševních poruch, která postihuje přibližně sedm procent populace. Článek se zabývá aktuálními trendy v léčbě onemocnění a novými farmakologickými postupy.

Tato závažná duševní porucha patří mezi hlavní příčiny nemocnosti vůbec, měřeno například ztrátou pracovní schopnosti podle WHO (YLD, years lived with disability, roky prožité v neschopnosti), a to i při srovnání s ostatními chronickými somatickými chorobami. Depresivní onemocnění je i nejdražším neuropsychiatrickým onemocněním. Na rozdíl od ostatních nemocí netvoří největší část výdajů na léčbu duševního onemocnění přímé medicínské (léčiva) a nepřímé medicínské (platy zdravotníků, nemocniční služby apod.) náklady, ale jsou to především nepřímé náklady, které vznikají v důsledku ztráty pracovní schopnosti a možnosti výdělků, nutnosti výplaty důchodů a dalších sociálních dávek.

Ve výzkumu etiologie a patofyziologie depresivního onemocnění se pozornost v poslední době soustřeďuje na nálezy, které ukazují na zvýšenou imunitní odpověď a aktivitu markerů zánětu, jako jsou cytokiny. Zánětlivá odpověď v mozku ovlivňuje metabolickou a molekulární cestou neurotransmitery v okruzích, které regulují projevy charakteristické pro depresi: motivační chování (anhedonie), vyhýbavé a alarmující chování (anxieta). Prozánětlivé cytokiny, interferony I a II, interleukin-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ) a tumour necrosis factor (TNF) snižují dostupnost serotoninu, dopaminu a noradrenalinu jednak zvýšenou expresí a aktivitou transportních pump pro jejich zpětné vychytávání a jednak jejich sníženou syntézou. Zvyšují rovněž aktivitu indolamin 2,3-dioxygenázy, enzymu, který štěpí prekursor serotoninu tryptofan na kynurenin, jenž mikroglie dále metabolizují na kyselinu chinolinovou. Ta se váže na glutamatergní NMDA receptory a posiluje glutamatergní neurotransmisí se všemi negativními důsledky: redukce neurotrofního faktoru BDNF v hipokampu, neurotoxické účinky, snížená neurogenese a neuroplasticita, reduované dendritické větvení či narušení dlouhodobé paměti. Cytokiny také negativně působí na dopaminergní dráhy, inhibují motivační systém odměny a indukují anhedonii v kortikostriálních okruzích a současně aktivují okruhy,

kteří regulují úzkost, nabuzení, alarm a strach. S jistou mírou nadsázky tak lze hovořit o depresi jako o neurozánětlivém onemocnění. Bohužel však dostupná antiflogistika v klinické praxi úlevu od deprese nepřinášejí.

V léčbě deprese máme ale k dispozici celou řadu účinných a relativně bezpečných antidepresiv, která primárně zvyšují na synaptických spojeních dostupnost a obrát neurotransmiterů, které mají klíčovou úlohu při ovlivnění nálady: noradrenalinu, serotoninu a dopaminu. Toho lze docílit buď bloádou jejich zpětného vychytávání, antagonismem transportních míst na presynaptické membráně, nebo inhibicí enzymů, které se podílí na jejich biodegradaci či přímým receptorovým působením, antagonismem presynaptických auto- a heteroreceptorů, které zpětnovazebně regulují výdej neurotransmiterů, případně antagonismem postsynaptických receptorů. Celá řada z nich také mechanismus účinku kombinuje. Antidepresiva mají navíc postsynaptické účinky, indukují dlouhodobé změny prostřednictvím aktivace cAMP a CREB, které ovlivňují genovou expresi. Podávání antidepresiv má prokázány neuroprotektivní a neurotrofický (neuroplastický) efekt, vede mimo jiné ke zvýšení hladin růstového faktoru BDNF.

V poslední době se lze rovněž setkat s kritickými komentáři, které se znepokojením sledují nárůst spotřeby antidepresiv v ČR. Je ale třeba uvést několik faktů, která uvedou tyto údaje do jiného kontextu. Antidepresiva dnes především nepředepisují pouze psychiatři, neboť mají mnohem širší indikační uplatnění: léčba úzkostných stavů, bolesti, insomnie. To je dokumentováno korespondujícím poklesem spotřeby analgetik a anxiolytik, které mohou vyvolat závislost. Vyšší spotřeba antidepresiv rovněž reflektuje lepší diagnostiku depresivního onemocnění a snižující se stigma spojené s návštěvou psychiatra. Nárůst spotřeby antidepresiv kopíruje trend všech vyspělých zemí, přičemž za evropským průměrem stále trvale zůstáváme.

Spolehlivý nástroj predikce terapeutické odpovědi stále nemáme k dispozici. Potenciální biologické markery (např. genotypizace, hladiny BDNF, redukce prefrontální theta EEG kordance) jsou zatím v klinické praxi nedostupné. Jako nejspolehlivější tak zůstává vyhodnocení časné terapeutické odpovědi (redukce symptomů v 1.–2. týdnu léčby). I přes pokroky ve farmakoterapii deprese zůstává velký počet pacientů, kteří na antidepresiva nereagují, medikaci netolerují, jsou jen parciální respondéři, přetrvávají u nich reziduální symptomy nebo jsou označeni za rezistentní na léčbu. Terapeuticky rezistentní deprese je zpravidla definována jako epizoda deprese, jež neodpovídá na jeden, ale častěji právě na dva a více adekvátních terapeutických pokusů, a postihuje 15 procent až jednu třetinu depresivních pacientů.

Při nedostatečné terapeutické odpovědi je třeba vyhodnotit dávku a délku léčby, znovu prošetřit diagnózu, zjistit adherenci, případně stanovit hladiny farmak v plazmě nebo provést genotypizaci (identifikaci rychlých a pomalých metabolizérů) a zvážit další faktory ovlivňující odpověď (komorbidita, nežádoucí účinky). Jako neefektivnější se u rezistentní deprese jeví elektrokonvulzivní terapie (ECT), která je jinak i léčbou volby u těžké psychotické deprese, deprese se stuporem, s odmítáním potravy, vysokým rizikem suicidia nebo u pacientů s předchozí anamnézou odpovědi na ECT.

V případech prokázané farmakorezistence se doporučuje změna antidepresiva na jiné s odlišným mechanismem účinku (z SSRI na TCA nebo SNRI), kombinace dvou antidepresiv ze stejné skupiny (např. SSRI nebo SNRI s NaSSA), augmentace antidepresiva jinou látkou (lithium, hormony štítné žlázy, atypická antipsychotika) i kombinace antidepresiv s jinou terapeutickou modalitou (ECT, rTMS, tDCS, spánková deprivace, fototerapie, psychoterapie). Rezistentní pacienti tvoří velmi heterogenní skupinu, která na léčbu neodpovídá nebo ji netoleruje z rozličných důvodů. Nabízí se u nich využití alternativních, nefarmakologických biologických intervencí.

V této indikaci se zkouší také některé nové farmakologické postupy, např. ovlivnění glutamatergního systému. Dnes existuje celá řada prací, která prokázala rychlý antidepresivní účinek po podání subanestetické dávky nekompetitivního antagonisty glutamatergních NMDA receptorů ketaminu u farmakorezistentních pacientů. Po i. v. podání lze pozorovat velmi rychlý (v řádu hodin) nástup účinku. Efekt však bohužel přetrvává jen několik dnů a odezní zpravidla do jednoho až dvou týdnů. Pozoruhodné je, že ketamin vedle antidepresivního efektu také významně redukuje suicidální úvahy a tendence. Úkolem dalšího výzkumu je rychlý antidepresivní účinek ketaminu prodloužit a udržet. Kromě i. v. aplikace se aktuálně testuje také intranazální podání.

Všechna dostupná antidepresiva spoléhají téměř výhradně na ovlivnění neurotransmiterových systémů v mozku. Vzhledem k aktuálním poznatkům o narušení rovnováhy v komplexní síti funkčních okruhů, neuronálních drah a mozkových center u deprese, se nabízí využití neurostimulačních a neuromodulačních metod, které by mohly cílové struktury ovlivnit přímo. Z tradičních stimulačních metod je v klinické praxi stále nejrozšířenější







a nejdostupnější výše zmíněná elektrokonvulzivní terapie (ECT).

K modulaci cílových struktur lze využít také magnetického pole, jak je tomu v případě repetitivní transkraniální magnetické stimulace (rTMS), která je schválenou metodou v léčbě deprese, uvedenou i v Sazebníku zdravotních výkonů zdravotních pojišťoven. Jedná se o neinvazivní metodu, kdy se nad cílovou oblast mozku přikládá magnetická cívka, která dle nastavené intenzity a frekvence stimulace inhibuje nebo aktivuje aktivitu v mozku. Existuje konsenzus, podle kterého má vysokofrekvenční rTMS nad levým dorzolaterálním prefrontálním kortexem (DLPFC) prokázaný antidepressivní účinek, slabší evidence ukazuje na možnou účinnost nízkofrekvenční rTMS nad pravým DLPFC. Metaanalýza 23 placebem kontrolovaných studií potvrdila antidepressivní účinnost rTMS (NNT=10), nicméně v porovnání s ECT (šest kontrolovaných studií) byla rTMS méně účinná. Modifikací rTMS jsou hluboká rTMS zacílená na hlubší mozkové struktury anebo tzv. theta-burst stimulation, jež redukuje čas nutný k aplikaci z původních 20–45 min na 1–3 minuty, při stimulaci tří 50 Hz pulzů každých 200 ms. Je minimálně stejně účinná a snažená jako standardní rTMS.

Pokusem o alternativu k ECT je magnetická záchvatová terapie (MST), využívající princip rTMS k indukci konvulzí, o níž se mimo jiné předpokládá, že bude mít méně kognitivních nežádoucích účinků. Přes slibná data zůstává zatím metoda kvůli nedořešeným technologickým překážkám stále jen převážně experimentální.

Staronovou, jednoduchou a široce dostupnou metodou je stimulace kortexu pomocí stejnosměrného proudu (tDCS). Její princip spočívá ve vysílání slabého stejnosměrného proudu z baterie mezi dvě elektrody (anoda a katoda), které se přikládají k hlavě. Metoda má široké uplatnění u mnoha stavů, od bolesti přes pohybové poru-

chy, afázi, roztroušenou sklerózu, epilepsii, závislosti, kognitivní poruchy, deprese až po refrakterní sluchové halucinace. Pro léčbu deprese existuje konsenzus doporučující aplikaci anody nad levým DLPFC a katody nad pravým orbitofrontálním kortexem. Dosavadní data a analýzy studií i kazuistik ukazují na dobrou snášenlivost tDCS s minimem nežádoucích účinků a střední klinický antidepressivní účinek (srovnatelný s rTMS), nikoliv však u rezistentní deprese. Stimulace tDCS byla v kontrolovaných studiích účinnější než placebo (NNT pro odpověď 7, NNT pro remisi 9).

Nejinvazivnějšími metodami jsou stimulace bloudivého nervu, vagová stimulace (VNS) a hluboká mozková stimulace (DBS). Principem obou metod je implantace podkožního stimulatoru, který podle nastavených parametrů vysílá elektrické impulzy do cílových struktur. V případě VNS jsou elektrody uchyceny na krku k vstupu raménku nervu vagu. VNS byla po prvních optimistických výsledcích, jež vyplynuly z metodologicky nekonzistentních studií, rychle schválena k léčbě rezistentní deprese v Evropě i zámoří. V současnosti je její dlouhodobé antidepressivní působení hodnoceno s jistou mírou skepticismu.

Zavedení DBS do psychiatrie, podobně jako VNS, vycházelo z prvních náhodných zpráv o změnách nálady vyprovokovaných stimulací, depresích i mániích u pacientů s primárními poruchami hybnosti bez psychiatrické anamnézy. Jedná se stále o experimentální metodu. Celkový počet stimulovaných subjektů v dosud publikovaných pracích je dnes několik desítek. Podstatou DBS je chirurgický zákrok, při kterém jsou do cílových oblastí mozku stereotakticky implantovány elektrody. Stimulátor vysílá impulzy k elektrodám přes jedno nebo dvě vedení uložená v podkoží k úchytným místům na kalvě. Párové elektrody obsahují několik kontaktních míst rozložených za sebou

tak, aby pokryly další části cílové anatomické oblasti. Stereotaktické techniky s využitím zobrazovacích metod, navigačního počítače a atlasů umožňují zacílit jakoukoliv intrakraniální strukturu s milimetrovou přesností. Programovatelná kontaktní místa na elektrodách dovolují úpravu stimulace v různých anatomických oblastech.

Výzkumné skupiny zkoumající antidepressivní účinky DBS implantují elektrody do několika odlišných oblastí, jež jsou však všechny součástí patofyziologických okruhů regulujících náladu: subgenuální kortex přední cinguly, specificky Brodmannova area 25, dále to je nucleus accumbens nebo ventrální capsula a ventrální striatum, případně přední raménko capsula interna. V otevřených i kontrolovaných sledováních, využívajících buď paradigma střídání fází zapnuto/vypnuto, anebo kde jako placebo slouží neúčinná shamová stimulace, jsou výsledky vesměs pozitivní. Klinický efekt je rovněž doprovázen neurobiologickými změnami, které představují markery změny afektivity a které lze vizualizovat funkčními zobrazovacími metodami, například specifickým snížením aktivity v předním cingulu. Kromě zmíněných neurostimulačních metod se objevují i nové způsoby neuromodulace. Nedávno byly například publikovány první práce s použitím externí stimulace nervu trigeminu (eTNS) u depresivních pacientů nebo přímá a nepřímá prefrontální korová stimulace.

Depresivní porucha patří mezi nejčastější a svými negativními důsledky i nejdražší duševní nemoci vůbec. Lze si jen přát, aby pokroky ve výzkumu neurobiologie depresivní poruchy brzy přinesly ovoce v podobě dalších účinných a bezpečných léčebných modalit, které posílí naše stávající terapeutické armamentárium.

prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

Národní ústav duševního zdraví, Klecany,  
3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze

Inzerce M171000276

# Hospitalin®

## MultiUsi Gel

Gelová dezinfekce rukou vhodná do kabelky i do provozů, na umyvadla, toalety, do čekáren, společenských místností, kuchyněk

- Obsahuje zvláčňující látky pečující o pokožku
- Příjemná citrónová vůně
- Včetně pumpičky ZDARMA
- Obj. č.: 150 ml - 206-0150  
500 ml - 206-0500

Cena: **118 Kč** včetně DPH za 150 ml balení  
**196 Kč** včetně DPH za 500 ml balení

**AKCE DO 31. 8. 2017!**

**Při koupi Sanocid Plus 150 ml a MultiUsi gel 150 ml obdržíte 1 ks MultiUsi Gel 150 ml jako dárek.**

**Doprava ZDARMA při odběru nad 350 Kč včetně DPH.**



DOTAZY  
Tel: 773 802 801  
E-mail: info@hospital-in.cz

Objednávky: [objednavky@hospital-in.cz](mailto:objednavky@hospital-in.cz)  
[www.hospital-in.cz](http://www.hospital-in.cz)

## Sanocid Plus

Alkoholová dezinfekce rukou na vodní bázi proti všem virům vhodná do kabelek, provozů, čekáren, společenských místností, kuchyněk

- Plně virucidní
- Neparfémovaný
- Včetně pumpičky ZDARMA
- Obj. č.: 150 ml - 203-0150  
500 ml - 203-0500

Cena: **81 Kč** včetně DPH za 150 ml balení  
**196 Kč** včetně DPH za 500 ml balení





# Symptomatická terapie roztroušené sklerózy

*Symptomatická terapie neboli léčba zaměřená na příznaky nemoci je nezbytnou součástí léčebného plánu. Používají se léky proti bolesti, závratím, obtížím s močením a poruchám sexuálních funkcí či antidepresiva.*

Zvýšenou svalovou ztuhlost (tzv. spasticitu) je možné ovlivnit rehabilitačním cvičením, případně léky, které uvolňují svalstvo. Pravidelné cvičení je doporučeno i při zvládání zvýšené únavy. Chronické onemocnění je výraznou psychickou zátěží, proto se nemocným doporučuje také podpůrná psychoterapie. Někdy se doporučuje podávání vitamínu D, ačkoli mechanismus jeho účinku v léčbě roztroušené sklerózy nebyl dosud objasněn. Důležitou součástí léčby je fyzioterapie a rehabilitace, které pomáhají překonávat každodenní potíže při běžných činnostech, při pohybu či potížích s rovnováhou. U chronicky nemocných se symptomatická terapie používá jako nejběžnější způsob léčby. Nepůsobí sice proti příčině onemocnění, ale potlačuje obtíže, které nemoc doprovázejí.

Terapie v obecném slova smyslu by měla zlepšit kvalitu života nemocného a předcházet komplikacím neléčených příznaků s ohledem na potřeby a individuální přání pacienta. Mnohdy je totiž vhodnější léčit komplexy příznaků než se soustředit pouze na jeden konkrétní vedlejší příznak. Patrné to je hlavně u polysymptomatických pacientů. Přístup, který se snaží odstranit konkrétní příčinu za použití kauzálních mechanismů, zde nemůže účinně intervenovat, protože se právě vlivem léčby může objevit komplikace, jež se objevila například při podávání medikamentů a v průběhu léčby.

## Obecné principy symptomatické terapie

Nezastupitelným se v procesu symptomatické terapie stává především neurolog. Ten by měl pacienta doporučovat na urologii, psychiatrii, oftalmologii a jiná specializovaná oddělení. Zahájení symptomatické léčby je třeba vždy řešit po dohodě s nemocným, podle míry závažnosti příznaků a jejich individuální tolerance. Riziko polypragmatie, tj. užívání obvykle více než pěti léčivých přípravků současně, je vysoké a interakce při kombinaci tří a více symptomatických léčiv jsou velmi těžko předvídatelné. Pokud však potíže řešitelné symptomatickou léčbou významně snižují kvalitu života nemocného, je její nezahájení hrubou lékařskou chybou. Racionální postup při symptomatické terapii zahrnuje definování původu příznaků, vyloučení faktorů provokujících či zhoršujících příznak, edukaci pacienta, fyzioterapii, farmakoterapii, psychoterapii a prevenci komplikací.

Důsledná anamnéza, jež identifikuje povahu příznaků, je nutnou podmínkou k započítí vlastní symptomatické terapie. Před nasazením medikamentózní léčby musíme vyloučit nebo mitigovat faktory akcentující daný příznak (např. přítomnost infekce močových cest u spasticity či únavy). Poučení pacienta o původu příznaků, o tom, co je může zhoršovat a jak je můžeme ovlivnit farmakologickou a nefarmakologickou terapií, je nezbytnou součástí léčby.

## Léčba spasticity a poruch chůze

Spasticita úzce souvisí s kvalitou chůze a u nemocných s RS se vyskytuje velmi často, až v 80–85 procentech případů, a to od minimálního stupně do velmi těžkých projevů. Obecně lze konstatovat, že spasticita vzniká

nesouhrou inhibičních vlivů na míšňí segmenty při lézi centrálního motoneuronu. Součástí klinického syndromu je kromě zvýšené svalové aktivity (spasticity v užším slova smyslu) zkrácení svalu a paréza. Základní informace o povaze příznaků nám poskytnou důkladné neurologické vyšetření včetně svalového testu (na stupnici od 0 do 5), vyšetření svalového napětí (Ashworthova škála) a hodnocení svalové ztuhlosti vleže i při chůzi.

Prvním krokem v terapii spasticity by měla být edukace pacienta o souvislostech mezi svalovým napětím a chůzí a nácvik protahování svalů pod vedením fyzioterapeuta. Léčba spasticity u RS se nezaměřuje na kompletní odstranění zvýšeného svalového tonu, ale spíše na zlepšení schopnosti chůze a případně na odstranění bolesti.

Cílem komplexního přístupu k léčbě spasticity je minimalizovat faktory provokující spasticitu, redukovat negativní efekt příznaku na kvalitu života a předejít následným komplikacím spasticity.

## Možnosti farmakoterapie

Sloučeniny magnezia jsou empiricky užívány u RS pacientů s lehkými příznaky křečí ve svalectech. Ačkoliv indikace k tomuto účelu neexistuje, jsou v literatuře popsány případy jednoznačného efektu na spasticitu u RS. Absorpce kalcia a magnezia v gastrointestinálním traktu je v rovnováze a k výkyvu hladiny magnezia v intersticiální tekutině může dojít například v souvislosti s vyšší absorpcí kalcia (při suplementaci kalcia). Naopak terapie glukokortikoidy zvyšuje absorpci magnezia a snižuje absorpci kalcia.

**Baklofen** je indikován ke zmírnění svalového hypertonu kosterního svalstva vznikajícího v důsledku roztroušené sklerózy nebo onemocnění míchy. Baklofen inhibuje přenos monosynaptických i polysynaptických reflexů, a to pravděpodobně stimulací GABAB receptorů. Stimulace inhibuje uvolňování excitačních aminokyselin (glutamát a aspartát). Neuromuskulární transmise není baklofenem ovlivňována. K nežádoucím účinkům patří sedace a somnolence, které se objevují zvláště na počátku léčby, pokud se dávkování navyšuje příliš rychle, či u starších pacientů. Dále můžeme pozorovat poruchy akomodace, motání hlavy, hypotenzi či nauzeu a zhoršení sfinkterových obtíží.

**Tizanidin** je indikován k léčbě spasticity v důsledku RS i k léčbě bolestivých spasmů v souvislosti se statickými a funkčními poruchami páteře. Tizanidin je alfa-2-adrenergní agonista, který snižuje reflexní míšňí aktivitu excitačních interneuronů na presynaptické úrovni, tlumí uvolňování substance P z nociceptivních aferentních vláken a snižuje bolestivé spasmy. Je možno ho použít jako lék první volby anebo v kombinaci s baklofenem. Nežádoucí účinky, k nimž patří spavost, sucho v ústech a motání hlavy, se mohou vyskytnout dříve, než pacient dosáhne potřebného antispastického efektu, a mohou vést k ukončení léčby.

**Benzodiazepiny** zesilují inhibiční účinek GABA v CNS a snižují uvolňování excitatorních neurotransmiterů z aferentních vláken. Klonazepam a diaze-

pam jsou schváleny k léčbě epilepsie a panických atak a jsou mimo indikaci používány k léčbě spasmů. Benzodiazepiny jsou obecně pro léčbu spasticity nevýhodné, protože jsou výrazně sedativní a dochází k rozvoji tolerance a návyku. Pacienti s roztroušenou sklerózou však mnohdy trpí bolestivými epizodickými spasmy v dolních končetinách, které mohou přetrvávat i při úspěšné léčbě spasticity končetin. K běžným nežádoucím účinkům patří somnolence, závratě, ataxie.

**Gabapentin** byl původně vyvíjen jako lék na spasticitu, avšak poté, co byly objeveny jeho antikonvulzivní účinky, získal indikaci jako antiepileptikum. Další jeho důležitou indikací je léčba neuropatické bolesti, čehož je možno využít i u RS. Gabapentin je molekula silně se podobající GABA, avšak její terapeutický účinek není zprostředkován GABA receptorem. Pravděpodobným mechanismem účinku je vazba na receptor napěťově řízeného kalciového kanálu na neuronech. K běžným nežádoucím účinkům patří somnolence, závratě, ataxie, nystagmus, bolest hlavy a nauzea.

**Kanabinoidy** jsou pacientům s chronickými a těžko léčitelnými příznaky známy z domácího užití již řadu let. Antispastický efekt není zcela jasný, ale předpokládá se, že dochází k modulaci endokanabinoidního systému. Hlavní funkcí kanabinoidních receptorů je potlačení uvolňování GABA, potlačení uvolňování a zpětného vychytávání glutamátu a vliv na uvolňování dalších neurotransmiterů (acetylcholin, noradrenalin atd.). THC působí jako analgetikum, svalové relaxans, antiemetikum, stimulant chutí, zlepšuje motorické funkce a má psychoaktivní účinky. CBD působí jako antikonvulzant, svalové relaxans, neuroprotektivum, antioxidant a má antipsychotické účinky. Bylo prokázáno, že CBD snižuje úzkost a psychoaktivní účinky THC. Kombinace THC a CBD zvyšuje klinickou účinnost a snižuje vedlejší účinky. Nežádoucí účinky, jako jsou závratě, únava, průjem, nucení na zvracení, poškození vnímání chuti a sucho v ústech, mají větší nebo slabou intenzitu.

U pacientů s výraznou fokální spasticitou na končetinách se doporučuje použít **intramuskulární botulotoxin** do postižených svalů. Toxický účinek tohoto neurotoxinu je zprostředkován presynaptickou blokádu uvolňování acetylcholinu, která postihuje všechny cholinergní synapse: tedy nervosvalová spojení, postganglionární parasympatická zakončení a autonomní ganglia. Blokádu uvolnění acetylcholinu na nervosvalové ploténce vzniká denervační syndrom daného svalu, tzv. chemodenerve. Nežádoucí účinky se objevují minimálně a zahrnují bolest, otok či hematom v místě vpichu. Nejčastějšími indikacemi botulotoxinu jsou spasticita po cévní mozkové příhodě a při dětské mozkové obrně. Spasticita následkem roztroušené sklerózy nepatří u nás ke schváleným indikacím botulotoxinu.

(red)

## Zdroj:

Eva Havrdová a kolektiv. *Roztroušená skleróza*. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 9788020431547.





# Oligoastrocytom původně diagnostikovaný jako roztroušená skleróza

*V kazuistice publikované v únoru 2016 v časopisu Molecular and Clinical Oncology popisují čínští autoři případ 46leté ženy s oligoastrocytomem s atypickými příznaky, které původně přisuzovali roztroušené skleróze (RS).*

Pacientka byla hospitalizována z důvodu závratí a ztráty rovnováhy při chůzi, které se objevily po prodělaném nachlazení a přetrvávaly pět dní. V anamnéze měla zánět *nervus opticus*, který odezněl po injekční aplikaci kortikosteroidů. MRI hlavy ukázala ložiska snížené intenzity signálu T1 a zvýšené intenzity signálu T2 v blízkosti pravého bazálního ganglia a zadního rohu pravé postranní komory. Zrakové evokované potenciály byly abnormální a v cerebrospinálním moku byly zjištěny oligoklonální pásy. Byla stanovena diagnóza roztroušená skleróza. Pacientka byla léčena methylprednisolonem a po odeznění příznaků byla propuštěna z nemocnice.

Za týden se z důvodu závažných závratí a ztráty rovnováhy dostavila znovu. MRI spektroskopie ukázala řadu abnormálních signálů a bylo vysloveno podezření

na tumorové léze. Vyšetření CSF bylo normální. Doporučenou biopsii rodina pacientky odmítla. Za další tři týdny se stávající příznaky prohloubily a přidala se dysartrie, dysfagie, rozmazané vidění a necitlivost končetin na pravé straně. Následná MRI a stereotaktická biopsie potvrdily diagnózu oligoastrocytomu (stupně II dle WHO). Byla provedena kraniotomie, ovšem příznaky přetrvávaly a nadále progredovaly. Po měsíci pacientka zemřela v nemocnici na plicní infekci.

## Diagnostika oligoastrocytomu a RS

Oligoastrocytom je velmi vzácný tumor neuroepitelu obsahující řadu různých neoplastických gliových buněk. Vychází z oligodendrocytů, ependymálních buněk i astrocytů a může se objevit v jakékoliv části mozkových

hemisfér. Tvoří 5–10 procent všech gliomů a 1 procento všech mozkových nádorů. Postihuje převážně osoby ve věku 30–50 let. Typickými příznaky jsou záchvaty, bolest hlavy a změna osobnosti. Jeho klinické projevy i charakteristiky při zobrazovacích vyšetřeních jsou velmi různorodé, a proto je často špatně diagnostikován. Povědomí o výskytu vzácných nádorů mozku a znalost jejich klasifikace jsou při diagnostice pacientů s neurologickými příznaky, které mohou svědčit pro RS, velmi důležité.

(zza)

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

## Zdroj:

Gao J., Ti Y., Meng H. et al. A rare case of oligoastrocytoma with atypical symptoms initially diagnosed as multiple sclerosis: a case report. *Mol Clin Oncol* 2016 Feb; 4 (2): 206–208.

# Roztroušená skleróza a chronická cerebrospinální insuficience

*V posledních letech je příčina roztroušené sklerózy (RS) v některých vědeckých studiích spojována se zhoršenou cerebrospinální venózní drenáží, takzvanou chronickou cerebrospinální insuficíncí (CSVI).*

CCSVI je zapříčiněna obstrukcí na různých úrovních žilního systému, drénujícího mozek a míchu (v. jugularis interna, v. azygos, bazilární vény a lumbální venózní plexus). Podle zmíněné teorie má obstrukce cervikálního venózního systému za následek zvýšený intrakraniální tlak, který vede k poškození mozkových buněk s následnou depozicí železa, rozvojem lokální zánětlivé odpovědi a rozvojem roztroušené sklerózy. Dosud však nejsou dostatečně známá data o výskytu CCSVI na začátku onemocnění RS.

Autoři italské studie si dali za cíl zjistit prevalenci CCSVI u pacientů s klinicky izolovanými syndromy (CIS), které byly suspektní z rozvoje RS. Do studie bylo během 12 měsíců zařazeno 50 pacientů s CIS a disseminací zánětlivých lézí (DIS). Kontrolní skupiny zahrnovaly: 50 zdravých jedinců, věkem a pohlavím odpovídajících pacientům s RS, 60 pacientů s transienční globální amnézií (TGA) a 60 zdravých jedinců, věkem a pohlavím odpovídajících pacientům s TGA.

U pacientů byla provedena magnetická rezonance CNS a páteře, analýza mozkomíšního moku, biochemický a imunologický rozbor krve, extrakraniální (ECDS) a transkranální dopplerovská sonografie (TCDS). Pacienti s předpokládanou RS a pozitivními sonografickými nálezy se navíc podrobili selektivní venografii. Všechny kontrolní skupiny byly vyšetřeny

pomocí ECDS a TCDS, přičemž nejčastější zachycenou anomálií byla inkompetence chlopně jugulární vény.

Bylo zjištěno, že CCSVI není častou patologií u pacientů s předpokládanou RS, u 84 procent z nich nebyla prokázána. Kompletně normální nález na TCDS u všech pacientů s předpokládanou RS jednoznačně ukazuje, že i při existenci několika pacientů s CCSVI extrakraniální venózní abnormality neovlivnily cerebrální venózní hemodynamiku. V dané studii navíc všichni pacienti s podezřením na RS měli při selektivní venografii normální nález.

Závěry studie tedy nepodporují teorii o příčinném vztahu mezi CCSVI a vznikem RS. Z toho vyplývá, že jakékoliv invazivní endovaskulární terapeutické procedury (angioplastika a zavedení venózních stentů) jsou nejen nebezpečné, ale v současné době u pacientů s pravděpodobnou RS i neopodstatněné. Další vědecké práce by však měly ozřejmit vztah CCSVI s pozdějšími stadii a progresivními formami roztroušené sklerózy.

(moa)

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

## Zdroj:

Baracchini C. No evidence of chronic cerebrospinal venous insufficiency in clinically isolated syndrome suggestive of multiple sclerosis. *The 26th Congress of the European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (ECTRIMS), Gothenburg, Švédsko. Prezentováno 13. až 16. října 2010.*



Ilustrační foto: Shutterstock



# Léčba chronické žilní insuficience: český pacient preferuje venofarmaka!

Výskyt chronické žilní insuficience (CVD) v populaci má stoupající trend, a to má neza-  
nedbatelný zdravotní i ekonomický dopad, zejména v pokročilých fázích nemoci.

Typickými nežádoucími jevy onemocnění jsou zhoršená kvalita života, pracovní neschopnost a náklady na léčbu bérkových vředů. CVD se stává civilizačním onemocněním a epidemií 21. století.

Jedna z hlavních příčin morbidity

Průzkum Vein Consult Program, který pod patronací Union International de Phlebology proběhl v roce 2012 na 90 tisících pacientech v 22 zemích světa, měl za cíl zmapovat epidemiologickou situaci a stanovit aktuální prevalenci žilních onemocnění. Na přelomu roku 2014/2015 pak proběhla v ČR průřezová observační retrospektivní studie zaměřená na hodnocení péče o nemocné s CVD. Do studie bylo zařazeno osm tisíc pacientů. Z průzkumů vyplynulo, že prevalence CVD v České republice je srovnatelná s ostatními evropskými zeměmi a týká se 70 procent dospělé populace. Čtyři pětiny pacientů trpí alespoň jedním symptomem CVD a 60 procent má minimálně jednu objektivní známku (nejčastěji varixy). Pětina pacientů má tzv. C0s stadium, tedy typické příznaky CVD v dolních končetinách bez objektivních známek onemocnění.

Průzkum mezi českými ženami

V srpnu 2016 provedla agentura IPSOS průzkum na populaci českých žen ve věku 35 až 55 let. Šetření spočívalo v online dotazování a zúčastnilo se ho tisíc respondentek. Nezávislý průzkum potvrdil data o vysoké incidenci CVD v české populaci. Ukázalo se, že 52 procent žen trpí pocitem těžkých nohou, o šest procent více uvádí přítomnost varixů, z toho ve dvou třetinách bolestivých. Výskyt pocitu těžkých nohou a zároveň varixů uvedlo 64 procent dotázaných a v posledních dvou letech trpělo minimálně jedním symptomem 92 procent žen. Překvapivě bylo, že až 58 procent respondentek trpí symptomy celoročně, neboť CVD, zejména stadium symptomů a otoků nohou, je totiž považováno spíše za „letní“ onemocnění. Bezmála čtvrtina žen ve věku 35–55 let uvádí, že má symptomy CVD již déle než sedm let. Většina českých žen (74 procent) považuje příznaky a projevy CVD za zdravotní problém, který je třeba léčit.

Průzkum dále ukázal, že celá třetina dotázaných, která narazila na informace o CVD – ať již v tisku, televizi nebo čekárně, navštívila lékaře či lékárnou, aby svůj problém konzultovala. Ženy, které žádné informace o CVD neregistrovaly, většinou čekají, že příznaky zmizí samy. Edukace pacientů s příznaky CVD je tudíž velmi důležitá. Bohužel v lékárnách jsou jim většinou nabídnuty doplňky stravy. Každá šestá žena se symptomy CVD zašla do lékárnky a zakoupila si volně prodejné přípravky bez konzultace s lékařem. Je zde tedy zjevný trend k samoléčbě, přičemž reklama hraje významnou roli. Jen 18 procent žen se symptomy CVD či varixy užívá účinnou léčbu předepsanou lékařem. Pouze pětina žen totiž doporučil lékárník lékařské vyšetření. Z toho jednoznačně vyplývá, že důležitá je i edukace lékárníků. Léčba CVD zásadně patří do rukou lékaře! Bohužel, 46 procent žen s varixy a 52 procent se symptomy CVD doposud žádné lékáře nenavštívilo. Pokud lékařské ošetření vyhledají, pak téměř ve 45 procentech případů navštíví praktického lékaře.

Aktualizovaný doporučený postup

V roce 2011 byl vytvořen první Doporučený postup pro léčbu chronického žilního onemocnění, který byl o pět let později aktualizován. Lékaři by měli být obeznámeni se skutečností, že léčbu CVD je třeba zahájit co nejdříve – od stadia C0s – s čímž souvisí i potřeba aktivního screeningu onemocnění a edukace pacienta o komplexní dlouhodobé léčbě a o dodržování režimových opatření. Ukazuje se, že časná léčba CVD dokáže výrazně oddálit progresi nemoci a zlepšit kvalitu života pacientů. Nezbytnou součástí je ale spolupráce pacienta.

Chronickým žilním onemocněním nazýváme morfologické nebo funkční dlouhodobé postižení žilního systému projevující se subjektivními symptomy či objektivními nálezy, které vyžadují zdravotní péči. Typickou a častou formou jsou varixy až vředy žilní etiologie. Začátky CVD mohou být nenápadné i nespecifické bolesti nohou či pocit tíhy, otok a napětí v nohách, hlavně večer po celodenní zátěži, kožní změny, parestezie, intermitentní otoky, zejména perimaleolární. Subjektivní symptomy jsou hodně variabilní se závislostí na poloze, teplotě, prováděné činnosti a fázi menstruačního cyklu. Identifikace pacientů s žilní symptomatikou v prvních stadiích onemocnění bez zjevných klinických známek je obtížná a vyžaduje pečlivou anamnézu a angiologické vyšetření doplněné duplexní sonografií. Podle posledních studií (Tsoukanov, 2015) se až u 63 procent pacientů (tzn. jen se symptomy, stadium C0s) vyskytuje tzv. tranzitorní, přechodný reflux, sonograficky detekovatelný jen večer po celodenní námaze. U predisponovaných jedinců vyvolávají poruchy žilního návratu a udržují závažnou reakci, která je zodpovědná za udávané symptomy. V průběhu času se tyto změny na žilních chlopních a stěnách stávají ireverzibilními a přechodný reflux se stává trvalým.

Komplexní terapie a adherence

Léčba CVD zahrnuje konzervativní a chirurgické postupy. Součástí nezbytné komplexní terapie je (podle stadia onemocnění) zevní komprese bandážemi a elastickými punčochami, farmakoterapie pomocí venofarmak, režimová opatření, eventuálně cvičení a lymfodenaže. Cílem léčby je prevence, zabránění rozvoje či stabilizace žilní hypertenze. Screening pacientů se děje jednoznačně na úrovni praktických lékařů, kteří jsou schopni zachytit nejranější stadia včas. U pokročilých stadií choroby je indikován radikální postup s eliminací varixů a refluxu ve spolupráci s odbornými lékaři – angiologem, cévním chirurgem, dermatologem nebo flebologem.

Adherence pacienta s léčbou je nezbytným předpokladem úspěchu. Bylo prokázáno, že nejméně oblíbená jsou režimová opatření, která jsou spojena také s nejnižší adharencí. Přílišně oblíbě se netěší ani kompresní terapie. V letech 2013–2014 proběhl v 293 ordinacích napříč ČR projekt nazvaný Léčebné metody užívané u nemocných s CVD a adherence pacientů k těmto metodám v běžné klinické praxi v ČR. Přinesl zjištění, že kompresivní terapie není pacienty z mnoha různých důvodů dodržována a prováděna. Pouhých 31 procent českých pacientů je schopno dodržet doporučení k bandážování elastickými obinadly či navlékat si kompresivní punčochy. Z pro-

jektu dále vyplynulo, že český pacient preferuje léčbu účinnými venofarmaky (adherence 95 procent), která předepisují lékaři. Je pravdou, že zahájení léčby účinným venofarmakem v časném stadiu onemocnění může oddálit progresi změn, jak se uvádí i v neaktuálnějších doporučených postupech (Vojtíšková, Karetová, 2016). Již výše zmíněná práce Tsoukanova z roku 2015 prokázala, že mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce dokáže redukovat tranzitorní reflux u celých 85 procent pacientů ve stadiu C0s již po dvou měsících léčby.

Venofarmaka: účinná a oblíbená

Z analýz více než 80 klinických studií vyplynulo, že nejlepší postavení zaujímá mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce (MPFF) diosminu s hesperidinem (v ČR pod názvem Detralex). Uvedený lék má v porovnání s ostatními venofarmaky nejkompexnější mechanismus účinku a pro léčbu CVD je jako jediné venofarmakum doporučován pro všechna stadia onemocnění, od C0s po C6s (tedy od symptomů po bérkové vředy).

Detralex podle posledního mezinárodního doporučení European Venous Forum (EVF) z roku 2014 stojí nejvýše v průkazu pozitivního působení na žilní tonus, zachování kvality žilní stěny a chlopní, na zábranu patologicky zvýšené kapilární propustnosti, posílení lymfatické drenáže, dále má protizánětlivé působení a příznivý antitrombotický vliv v oblasti mikrocirkulace. Přípravek má jako jediné venofarmakum nejvyšší stupeň doporučení č. 1. Jedním z důkazů, které potvrzují jeho superioritu oproti jiné venoaktivně účinné látce, je rozsáhlá metaanalýza (Allaert, 2012), kdy neúčinněji redukoval maleolární otok, signifikantně více než extrakt z Listnatce (Ruscus) nebo rutosidy.

Důležité je nezaměňovat MPFF se samotným diosminem, který nedosahuje účinnosti flavonoidní frakce diosminu a hesperidinu. Jak dokázala jiná studie (Paysant, 2008), každá jednotlivá frakce v MPFF (např. linarin, isorhoifolin, hesperidin a další) přispívá synergicky k maximální účinnosti Detralexu. Lék by se měl užívat kontinuálně a léčba by neměla být přerušována. V žádném případě jej nelze zaměňovat s potravinovými doplňky, jež deklarují přítomnost diosminu a v rozporu s legislativou se prezentují jako generika. Doplňky stravy jsou určeny pro zdravou populaci a nejsou léčivými přípravky. Proti registrovaným venofarmakům u nich nebyla prokázána účinnost, složení a obsah účinné látky se jen deklarují, nikoli dokazuje. Proto je nelze považovat za plnohodnotné léky pro žilní onemocnění, jak upozorňují i doporučené postupy (SVL ČLS JEP 2016).

Závěr

Zanedbávání a podceňování účinné a komplexní léčby CVD od počátku onemocnění vede k progresi onemocnění a zhoršené kvalitě života pacientů. Časná diagnostika žilních onemocnění má nezastupitelný význam. Léčba CVD patří do rukou lékaře, přičemž role praktického lékaře je klíčová. Lékárníci by měli pacientům s příznaky CVD doporučovat vyšetření u odborníka a nespolehat se na doporučení doplňků stravy. Pacienty je třeba edukovat a varovat je před nástrahami reklamy a samoléčby.

MUDr. Andrea Skálová ve spolupráci s MUDr. Janou Vojtíškovou



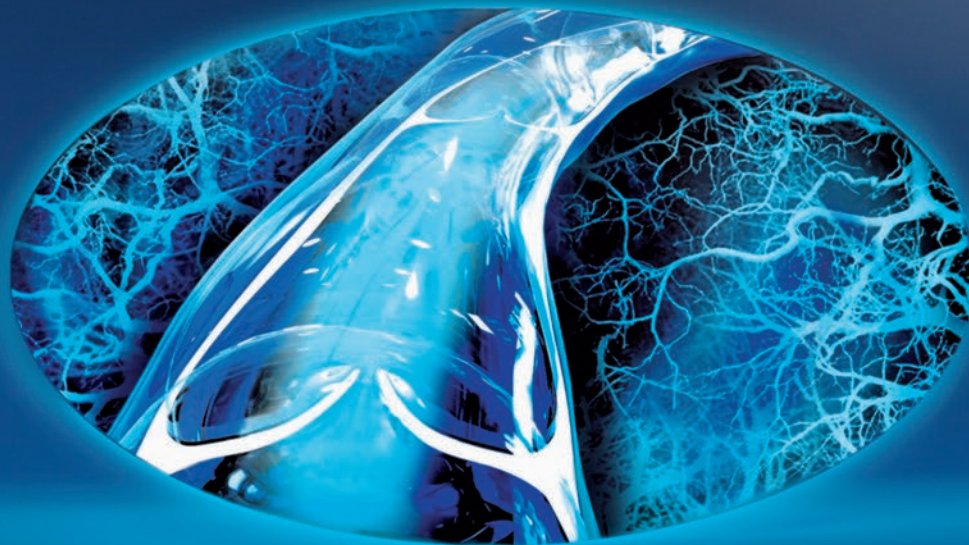
Ilustrační foto: Shutterstock



# detralex®

MPFF® – mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce

## Chrání strukturu a funkci žil<sup>1-3</sup>



### Léčba chronického žilního onemocnění<sup>4</sup>

**2 TABLETY DENNĚ**

### Léčba hemoroidálního onemocnění<sup>4</sup>

**1Ā 6 TABLET DENNĚ**



**Zkrácená informace o přípravku Detralex®** • **SLOŽENÍ\***: Flavonoidorum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE\***: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bérčového vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ\***: Venolyfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE\***: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ\***: Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE\***: Žádné. **FERTILITA\***. **TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ\***: V experimentálních studiích na zvířatech nebyly zjištěny teratogenní účinky a nebyly prokázány žádné anatomické anomálie ani potíže v chování mláďat během období kojení; nežádoucí účinky nebyly zaznamenány ani u lidí. Z dostupných údajů o podávání přípravku těhotným ženám vyplývá, že nedochází k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samic a samic potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE\***: Žádný. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY\***: Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. **Vzácné**: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. **Méně časté**: kolitida. **Frekvence neznámá**: ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. Abdominální bolest\*\*. **PŘEDÁVKOVÁNÍ\***: FARMAKOLOGICKE VLASTNOSTI\*: Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ\***: Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ\***: 30, 60 a 120 potahovaných tablet. **Datum revize textu**: 4.3.2014. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. **Registrační číslo**: 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Další informace na adrese**: Servier s.r.o., Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, [www.servier.cz](http://www.servier.cz)

\* Pro úplnou informaci si prosím přečtete celý Souhrn údajů o přípravku. \*\* Všimněte si prosím změny v informaci o léčivém přípravku Detralex.

1. Pascarella L et al. Mechanisms in experimental venous valve failure and their modifications by Daif on 500 mg. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2008;35:102-110. **experimentální studie**. 2. Nicolaides A et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs: guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol*. 2014;33(2): 126-139. 3. Tsoukanov YT, Toukanov AY, Nikolaychuk A. Great saphenous vein transitory reflux in patients with symptoms related to chronic venous disorders, but without visible signs (GOs), and its correction with MPFF treatment. *Phlebology*. 2015;22(1):18-24. 4. Souhrn údajů o přípravku Detralex, datum poslední revize textu: 4.3.2014





# Léčba pokročilého HER2 – pozitivního karcinomu prsu (přehled aktuálních doporučení a kazuistika)

*Karcinom prsu s nadměrnou expresí HER2 (receptor 2 pro epidermální růstový faktor) je velmi nepříznivou formou onemocnění. Charakterizuje ji vysoké riziko relapsu a horší celkové přežití.*

Pacientky s pokročilým onemocněním mají prospěch z cílené anti-HER2 terapie, která by měla být podána podle aktuálních doporučení České onkologické společnosti a mezinárodních guidelín v první, druhé a také třetí linii léčby. Pro její indikaci je vyžadován imunohistochemický průkaz nadměrné exprese HER2 receptoru (3+ pozitivita) nebo průkaz amplifikace HER2 genu metodou in situ hybridizace (nejčastěji fluorescenční in situ hybridizace, FISH). Pacientky musejí mít dobrý výkonostní stav (0-1 dle ECOG) a fyziologickou systolickou funkci srdeční (ejekční frakce levé komory alespoň 50procentní).

První linie léčby HER2+ pokročilého onemocnění

Cílená anti-HER2 terapie by měla být nabídnuta co nejdříve všem pacientkám. Standardní doporučenou léčbou první linie je v současné době kombinace duální blokády HER2 trastuzumab a pertuzumab a chemoterapie taxanem (docetaxel nebo paklitaxel). Chemoterapie se podává zpravidla po dobu šesti měsíců současně s cílenou léčbou. Poté pokračuje kombinovaná duální blokáda HER2 do neakceptovatelné toxicity nebo progresse onemocnění. Duální blokáda HER2 v kombinaci s chemoterapií zlepšuje přežití nemocných. Randomizovaná klinická studie fáze III CLEOPATRA (n = 808) prokázala ve srovnání s léčbou trastuzumab a taxanem zlepšení v obou primárních cílových ukazatelích, kterými byly přežití bez progresse onemocnění (PFS; 18,5 měsíce vs. 12,4 měsíce ve prospěch kombinace) a celkové přežití (OS; 56,5 vs. 40,8 měsíce, HR = 0,68, p < 0,001). Nejčastějšími nežádoucími účinky léčby byla myelotoxicita, zejména neutropenie, dále průjem a stomatitida. Duální blokáda anti-HER2 by měla být nabídnuta všem pacientkám, které dosud nebyly léčeny anti-HER2 terapií v neoadjuvanci/adjuvanci, a dále těm, u kterých byla léčba ukončena před více než 12 měsíci.

V případě nedostupnosti pertuzumabu je standardní léčbou první linie kombinace trastuzumabu a chemoterapie (taxan, vinorelbin). V klinické studii MARIANNE (n = 1095) se superioritu duální blokády HER2 kombinací pertuzumab a trastuzumab emtansin v první linii ve srovnání se standardní terapií trastuzumab a taxan nepodařilo prokázat. V souboru však představovaly pacientky předléčené trastuzumabem v neoadjuvanci/adjuvanci 30 procent (ve studii CLEOPATRA šlo o malý soubor 88 nemocných), oproti studii CLEOPATRA také rameno s duální blokádou neobsahovalo konvenční chemoterapii. U nemocných progredujícího během adjuvantní léčby nebo do šesti měsíců od jejího ukončení by měl být pacientkám nabídnut trastuzumab emtansin.

U onemocnění se současnou pozitivitou hormonálních receptorů může být při kontraindikaci chemoterapie podán inhibitor aromatázy a trastuzumab. Přidání inhibitoru jako udržovací léčby se doporučuje u nemocných se současnou pozitivitou hormonálních receptorů po ukončení chemoterapie. Při kontraindikaci biologické léčby pro komorbidity může být pacientka léčena samotnou hormonoterapií.

Druhá a třetí linie léčby

Po selhání první linie léčby založené na trastuzumabu by měly pacientky dále pokračovat v cílené anti-HER2 te-



Ilustrační foto: Shutterstock

rapii. Nejúčinnější léčbou je ve druhé linii trastuzumab emtansin (T-DM1, konjugát trastuzumabu a cytostatika DM1). Konjugát prokázal superioritu v randomizované klinické studii fáze III EMILIA (n = 991) ve srovnání s kombinovanou léčbou lapatinibem a kapecitabinem. Do studie byly zařazeny nemocné, které progredovaly během léčby nebo po léčbě trastuzumabem a taxanem (případně i pertuzumabem) pro pokročilé onemocnění, případně během šesti měsíců po ukončení adjuvantní léčby časného onemocnění. T-DM1 dosáhl prodloužení přežití bez progresse onemocnění (PFS; 9,6 vs. 6,4 měsíce) a celkového přežití (OS; 25,1 vs. 20,9 měsíce, HR = 0,68, p < 0,001).

Trastuzumab emtansin je doporučován také pacientkám s asymptomatickými, již dříve léčenými a stabilizovanými mozgovými metastázami, u nichž bylo v retrospektivní analýze studie EMILIA prokázáno statisticky signifikantní prodloužení celkového přežití (OS; medián 26,8 vs. 12,9 měsíce, HR = 0,38, p = 0,008). Výhodou T-DM1 je příznivý profil toxicity. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou myelotoxicita, zejména trombocytopenie, a elevace jaterních transamináz. Trastuzumab emtansin by měl být nabídnut v první linii léčby pacientkám, jež progredovaly při adjuvantní léčbě časného HER2+ onemocnění zahrnující trastuzumab a taxan, případně nemocným, u kterých došlo k progresi během šesti měsíců po jejím ukončení.

Také ve třetí linii by měla být pacientkám nabídnuta cílená anti-HER2 terapie. Pokud je to možné, pak nejlépe v rámci klinické studie lze nabídnout kombinaci lapatinib a kapecitabin, která má aktuálně v České republice jako jediná stanovenou úhradu ze zdravotního pojištění.

Kazuistika

Jako příklad účinné a dobře tolerované léčby duální inhibicí HER2 uvádíme příklad 35leté pacientky s diseminovaným karcinomem prsu. Dosud zdravá žena si sama v červnu roku 2016 vyhmatala rezistenci v pravém prsu, pro kterou byla vyšetřena. Při klinickém vyšetření byl patrný tumor pravého prsu, který infiltroval kůži a byl

hmatný paket uzlin v pravé axile. Histologicky byl ověřen invazivní adenokarcinom prsu, grade 3, ER 90 procent, PR 10 procent, MIB1 30 procent, HER2 skóre 2+ a prokázána amplifikace FISH metodou, stádium cT4bN2M1. Při stagingu onemocnění byla zjištěna na PET/CT rozsáhlá diseminace onemocnění do lymfatických uzlin krku, nadklíčků, axil, mediastina a plicních hilů, dále difúzní osteolytické poškození skeletu (sternum, C7, Th7, tělo L1, kost křížová, levá lopata kosti pánevní) a vícečetná metastatická ložiska do 14 mm v obou jaterních lalocích.

Pacientka udávala bolesti sternu a bederní páteře. Laboratorní nález byl v normě, vyjma vyšší hladiny cholesterolu a elevace nádorového markeru CA 15-3 s hodnotou 149,8 kU/l. Výkonostní stav nemocné byl 1 dle ECOG. Byla zajištěna Jewetovou ortézou, analgetiky (Zaldiar, Biofenac) a antidepresivem (Citalec), po stomatologickém ošetření retinovaných osmiček byla zahájena léčba denosumabem. Po ověření fyziologické srdeční funkce byla od září 2016 zahájena systémová léčba duální blokádou HER2 trastuzumab a pertuzumab a chemoterapie paklitaxelem v týdenním podání. Pacientka současně absolvovala paliativní analgetickou radioterapii na oblast sternu a bederní páteře dávkou 10 x 2,5 Gy s výborným analgetickým efektem.

Již po první sérii podání systémové terapie došlo k poklesu nádorových markerů, klinicky byla patrná regrese nádorových změn v pravém prsu a axile. V lednu 2017 byla pacientka bez obtíží, neměla bolesti, neuzívala již analgetika a neudávala parestezie končetin. Při přešetření efektu léčby kontrolním PET/CT všechna ložiska patologického metabolismu úplně vymizela. Zbytková aktivita s nízkou až podhraniční kumulací byla patrná v pravé axile, sternu a pravém prsu. Na CT byla zřetelná rekalcinace kostních osteolytických metastáz. Laboratorně došlo k normalizaci nádorových markerů. V současné době pacientka pokračuje v aplikaci paklitaxelu a kombinované duální blokádě HER2 pertuzumab a trastuzumab cestou implantovaného PICC portu na levé paži a v denosumabu. Nosí bederní pás, udává mírné parestezie prstů horních končetin stupně 1. Neuzívá žádná analgetika a je schopna pečovat o svoje dítě.

Závěr

Cílená terapie anti-HER2 zlepšuje přežití nemocných s pokročilým onemocněním při dobré kvalitě života. V současné době nemá duální kombinace trastuzumab a pertuzumab v České republice stanovenou cenu a podmínky úhrady. Jednání se Státním ústavem pro kontrolu léčiv stále pokračují. Pacientkám je možné nabídnout v první linii kombinaci trastuzumabu s taxanem. Druhá dočasná úhrada trastuzumab emtansinu na dobu 12 měsíců je opětovně stanovena s platností od 1. 6. 2017 pro pacientky předléčené trastuzumabem a taxanem pro pokročilé/metastatické onemocnění, případně pro ty, jež progredovaly během adjuvantní léčby nebo do šesti měsíců od jejího ukončení. Léčba však nebude hrazena nemocným, které byly dříve léčeny pertuzumabem nebo lapatinibem.

MUDr. Marta Krásenská,  
Klinika komplexní onkologické péče,  
Masarykův onkologický ústav, Brno





# Úspěšná transplantace ovariální tkáně

*Kryokonzervace ovariální tkáně je jeden z účinných postupů zachování budoucí fertility patientek před gonadotoxickou léčbou.*

Z údajů mezinárodních registrů vyplývá, že více než deset procent zhoubných nádorových onemocnění je diagnostikováno u mladých pacientů, často ještě před tím, než stačili založit vlastní rodinu. Dokumentován je nárůst incidence těchto onemocnění, ale stejně tak se zvyšuje i procento vyléčených pacientů. Zajištění optimální kvality života vyléčených pacientů – včetně zachování budoucí fertility – se tak stává jedním z významných úkolů onkologických týmů. Nezbytná chemoterapie a radioterapie však často významně poškodí reprodukční funkce s následkem trvalé poruchy plodnosti, předčasné ovariální selhání (v závislosti na léčebném protokolu a dávce) je diagnostikováno u 20–80 procent patientek. Ani pokračující ovariální funkce po onkologické léčbě však není zárukou normální plodnosti – naděje na spontánní koncepci u žen ve věku vyšším než 25 let se udává pouze v pěti procentech. Dalšími indikacemi mohou být nemoci na podkladě autoimunity, geneticky podmíněná onemocnění spojená s předčasným ovariálním selháním či benigní onemocnění vyžadující ovariectomií.

Jednou z možností ochrany reprodukčních funkcí je odběr a kryokonzervace ovariální tkáně, které lze provést bez oddalování potřebné onkologické léčby, či dokonce i po jejím zahájení. Jako experimentální práce byl uvedený postup uplatňován již od konce tisíciletí a první těhotenství po ortotopické transplantaci bylo popsáno v roce 2004. V současné době jsou již publikovány soubory s desítkami narozených dětí. I přes veškeré pokroky je však stále nutné počítat pouze s omezenou dobou funkčnosti transplantovaných štěpů a intenzivně řešeným tématem je riziko transplantace tkáně s metastatickými buňkami původního onkologického onemocnění.

V České republice některá centra reprodukční medicíny spolupracující s onkologickými pracovišti tento postup patientkám zajišťují. Naše kazuistika popisuje pacientku s předčasným ovariálním selháním po léčbě karcinomu prsu, u které jsme po transplantaci dosáhli normalizace hormonálních parametrů a obnovy menstruačního cyklu.

## Vlastní pozorování

Referujeme o pacientce s negativní rodinnou onkologickou anamnézou, u které byl ve věku 29 let diagnostikován karcinom prsu. Před zahájením onkologické léčby (tumorectomia mammae l. sin., exenteratio axillae l. sin. s následnou chemoterapií a radioterapií) byla provedena resekce ovarií a zamrazen ovariální kortex. Ovariální tkáň byla kryokonzervována a následně rozmrazena v komerčně dostupných médiích používaných pro embrya (Embryo freezing pack a Embryo thawing pack [Origio], obsahující propandiol a sacharózu jako kryoprotektivum).

Po onkologické léčbě byla dokumentována sekundární amenorea. Dva roky po léčbě byla potvrzena dlouhodobá remise a onkolog následně souhlasil s případnou graviditou. Při vstupním vyšetření byla zjištěna děloha v anteverti-flexi, podélně 60 mm, v děloze atrofické čárkovité endometrium, ovaria velmi malá, homogenní, bez patrných antrálních folikulů, špatně

zobrazitelná. Vyšetření ovariální rezervy (FSH 62,7, LH 19,9, AMH méně než 0,1) potvrzuje ovariální selhání. Během následujícího roku FSH postupně stoupá až na hodnotu 139 U/l, LH 62,8 U/l. Bylo rozhodnuto o transplantaci poloviny zamrazených vzorků kryokonzervované ovariální tkáně. Dne 16. 10. 2015 byla provedena laparoskopie: pravé ovarium po resekcii má podobu „streak“ gonády, transplantace do tohoto ovaria je proto technicky nemožná. Levé ovarium je jen mírně zmenšeno, bez známek folikulární aktivity, v něm byl vypreparován pod tunica albuginea prostor, do kterého bylo vloženo pět proužků rozmrazené ovariální tkáně. Po laparoskopii byla pacientka zcela bez obtíží, v měsíčních intervalech se prováděla monitorace funkce transplantovaných ovariálních štěpů.

Při kontrole 2. 2. 2016 byl nalezen v levém ovariu dominantní folikul 18,5 mm v průmětu, následující den 20,5 mm a za 48 hodin byla prokázána ovulace a přítomnost žlutého tělíska s následnou adekvátní sekreční transformací endometria. Celý ovulační cyklus byl dokumentován i monitorováním hormonálních hladin. Snaha o koncepci je komplikována sníženou plodností partnera pacientky, a proto byla v březnu a květnu 2016 provedena stimulace ovaria pro mimotělní oplodnění. Pokaždé, i přes maximální dávky gonadotropinů pouze monofolikulární, byl vývoj bez zisku oocyty. Pacientka má však od února 2016 pravidelné spontánní menstruační cykly. K 26. 7. 2016 byla hladina FSH 11 IU/l a hladina AMH 0,04 ng/ml.

## Diskuse

Kryokonzervace ovariální tkáně u žen s plánovanou gonadotoxickou léčbou a nedokončenými reprodukčními plány se stává rutinním postupem v době fungujících centrech reprodukční medicíny. Zamrazení ovariální tkáně se uplatňuje především u adolescentních, prepupertálních či dětských patientek, kde žádný jiný z existujících postupů použít nelze.

Možnosti uvedeného postupu jsou nejlépe doloženy dokumentovanými porody po autotransplantacích. Kritickým časovým úsekem je revaskularizace transplantované tkáně, ke které dochází na podkladě prorůstání novotvořenými cévami. Tato ischemická fáze způsobuje ztrátu 25–95 procent přítomných primordiálních folikulů, jejímž důsledkem je redukce objemu štěpu, jeho fibróza a následně pouze omezené funkční přežití. Doba přežití štěpu dále závisí zejména na věku pacientky při odběru tkáně, objemu transplantované tkáně a případné předchozí gonadotoxické léčbě.

Hlavní předností po úspěšné transplantaci je obnovení endokrinních i reprodukčních funkcí ovariální tkáně. Obnovení ovariální funkce po úspěšné transplantaci lze očekávat za čtyři až pět měsíců, neboť je zapotřebí více než 120 dnů k zahájení růstu folikulů a přibližně 85 dnů potřebuje folikul k vývoji od preantrálního stadia do zralého folikulu. Imbert ve své práci popisuje průměrnou dobu potřebnou k obnovení funkce štěpu pět měsíců. Tyto údaje přesně odpovídají naší zkušenosti s výše popsanou pacientkou.

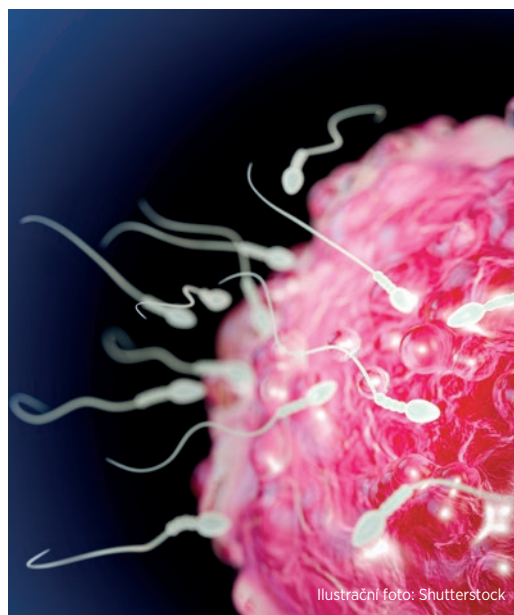
Ani přes veškeré pokroky nejsou sjednoceny indikace, zejména věkový limit: zatímco některá centra dodržují horní věkovou hranici 30 let, jiná provádějí kryokonzervaci ovariální tkáně až do věku 39 let. K většině publikovaných těhotenství po transplantaci ovariální tkáně došlo však u žen, kterým v době zamrazení tkáně bylo méně než 30 let.

Rizikem je především nebezpečí transplantace tkáně obsahující metastatické buňky původního nádoru a závisí především na typu a rozsahu nádoru. S ohledem na riziko metastáz do ovarii byla maligní onemocnění rozdělena do tří kategorií (nízké, střední a vysoké riziko), i přesto jsou údaje o skutečném riziku možných metastáz velmi neúplné. S ohledem na vysoké riziko se kryokonzervace ovariální tkáně s následnou transplantací nedoporučuje u žen po úspěšné léčbě leukemie. Velký důraz je proto kladen na vypracování alternativních strategií – u žen s estrogen-dependentními nádory (především karcinom prsu) lze u velké části pacientek provést stimulaci ovarii s následnou kryokonzervací zralých oocytů či embryí protokolem, který nezvyšuje hladiny estrogenů (gonadotropiny v kombinaci s letrozolem). Dalším nadějným postupem se v budoucnu může stát in vitro maturace primordiálních folikulů. První úspěšné těhotenství po jejich použití bylo popsáno v roce 2014.

## Závěr

Popsali jsme úspěšnou ortotopickou transplantaci zamrazené ovariální tkáně, která vedla k obnovení ovariální funkce u mladé ženy s ovariálním selháním po úspěšné léčbě karcinomu prsu. Kryokonzervace ovariální tkáně je jeden z účinných postupů zachování budoucí fertility patientek před gonadotoxickou léčbou. S ohledem na prognostický význam věku pacientky je tento postup indikován především u prepupertálních dívek a u mladých dospělých.

*Autoři: Mardešić T., Jelínková L., Melicharová L.  
www.prolekare.cz*



Ilustrační foto: Shutterstock

# Čtvrtina nemocí u praktiků je způsobena psychosomatickou komorbiditou

*Psychosomatika je jednoduše řečeno komplexní vnímání nemoci a zdraví. A proto je psychosomatické uvažování u zdravotnických profesionálů zapotřebí.*

Stále více na nás působí stres, který se stává chronickým, a přibývá nejrůznějších nevyřešených emočních potíží. Máme tendenci je odkládat a tlumit. Lidé se dokonce tváří, jako by žádné negativní emoce ani nebyly. „V prožívání vnitřních věcí jsme hodně osamoceni, protože se nejen před okolím, ale i sami před sebou snažíme vytvářet dojem, že jsme silní, nezlomní a emoční bolesti a ztráty se nás nedotýkají. Každý nezpracovaný a neprožitý silný afekt však vede k somatizaci. Psychická bolest se ale může promítnout do fyzické roviny. Naše psychika je propojena s tělem v ucelený systém, společně by proto měly utvářet rovnováhu. A když se stabilita naruší, pak s velkou pravděpodobností onemocníte,“ vysvětluje doktorka Neudertová.

Člověk churaví na psychické úrovni. Důsledkem je vysoký nárůst užívání antidepresiv a psychiatrické péče. Nebo onemocní na úrovni těla. Pacienti s psychosomatickou komorbiditou tvoří v ordinacích praktických lékařů více než čtvrtinu. „U mladších kolegů se setkávám s pochopením, ti starší jsou k psychosomatickému vnímání nemoci spíše neteční,“ říká vedoucí Oddělení klinické psychologie Fakultní nemocnice Brno Hana Neudertová.

## Přímočaré uvažování

Na vzrůstající přítomnost psychosomatických onemocnění stále není většina zdravotnických profesionálů dostatečně připravena. „Má to svou historii. Od dob Reného Descartese nastal odklon od celostního uvažování. Lékaři byli fascinováni tím, jak funguje tělo. Potřebovali jej popsat a detailně pochopit jeho fungování až na úrovni genu, ale zapomněli vnímat psychiku.

Psyché se přitom těžko měří a objektivizuje. Tělo však lze objektivizovat velmi dobře. Na základě logického uvažování můžeme pochopit, jak funguje. Už za novověku se přirovnávalo k činnosti stroje. U tělesných systémů je logická návaznost, která při správném fungování či maladaptaci vychází z tzv. lineární kauzality, při níž vnímáme příčinu a následek. Proto jsou na lékařských fakultách už po několik století medicíni vzdělávání a cvičení v tomto stylu uvažování. To má samozřejmě své opodstatnění například v epidemiologii, při etiologii infekčních chorob, v chirurgii či traumatologii nebo při rozvoji různých závažných stavů,“ vysvětluje Hana Neudertová.

## Cirkulární kauzalita

Psychosomatika je podle slov vedoucí klinické psychologičky FN Brno charakterizovaná změnou myšlenkového paradigmatu. Ustupuje se z pozic lineární kauzality a klade se důraz na kauzalitu cirkulární. Změna byla inspirována nejen antropologickými filozofickými směry, ale i moderními teoriemi kybernetiky. Odborníci si uvědomili, že člověk je sociální bytost a je součástí sociální sítě, která se zpětnově sebereguluje. „Na základě teorií o attachmentu víme, že kvalitní vztahy s rodiči, sourozenci a dalšími důležitými autoritami jsou nutnou podmínkou pro rozvoj zdravé strukturované osobnosti. Odtud je už jen krůček k systémovému myšlení. Fungujeme stejně jako internet. I my jsme totiž založeni na propojení lidí, věcí a poznatků. Víme také, že na nás působí děje na makro úrovni (ekonomické, politické, umělecké, filozofické).

Proto moderně pojatá psychosomatika používá systémové pojetí. Na člověka zvnějšku i zevnitř se díváme jako na celek. Nemoc přichází v okamžiku, když v člověku podpůrné mechanismy selžou. I člověk, tedy tělo a psyché, funguje na základě homeostázy a zákona o zachování energie. Na to je dobré si vzpomenout, když nevidíme řešení v lineárním uvažování a když nám přestává klasická medicína nabízet efektivní způsoby léčby vedoucí k uzdravení,“ upozorňuje doktorka Neudertová.

Subjektivní prožívání musíme akceptovat

Jak to vypadá v praxi? Pacient podle Hany Neudertové přichází s tím, že je nemocný. Léky, které u jiných lidí běžně fungují, u něj ale nezabírají. „Nemoc je subjektivní prožitek a je třeba to tak brát. Když nemáme objektivně zodpovězenou otázku, jaké je organické pozadí choroby, měli bychom akceptovat i subjektivní stesky a subjektivní prožívání nemoci. Pokud tedy pacient řekne, že se cítí nemocný, musíme to brát vážně.

Psychosomatický výklad vzniku a rozvoje nemoci nám pak může významně pomoci. Když totiž uvažujeme v klasickém biomedicinském přístupu a lékař nenachází zjevnou příčinu problémů, nemůže pak ani dobře léčit následek, tedy konkrétní nemoc. V tu chvíli je bezmocný. Když se pak začne dívat optikou cirkulární kauzality a připojí k celkovému obrazu rovněž psychický stav pacienta i jeho sociální pole, pak se značně rozšíří možnosti léčebných intervencí, které nemusí být založeny jen na farmakoterapii. Podle kontextu onemocnění je zapotřebí přizvat i další odborníky, ať to jsou psychoterapeuti, fyzioterapeuti, nebo kliničtí psychologové. Tím se nemocný snadněji dostane do požadované rovnováhy,“ pokračuje Dr. Neudertová.

## Somatogenní guidelines

Dnešní praxe je podle klinické psychologičky taková, že se u nemocného vylučovací metodou hledá příčina nemoci. Projde ordinací praktického lékaře, vyšetřením u odborného lékaře, hospitalizací, CT, laboratorními i diagnostickými vyšetřeními. „Kdyby na začátku celého procesu stál zkušený psychiatr nebo klinický psycholog, mohly by se mnohem dříve zachytit psychosomatické či psychiatrické faktory, které se spolupodílejí na rozvoji a udržování nemoci. Na ně totiž dobře reagují antidepresiva a účelná psychoterapie,“ soudí Neudertová.

Zdůrazňuje také rozdíl mezi psychogenním, tedy psychiatrickým, a psychosomatickým neboli psychosociálním problémem. Člověk, který má psychogenní onemocnění, jež se somatizuje na fyzické úrovni, je psychiatrickým pacientem. U psychosomatického onemocnění je podle Neudertové důležitý kontext. „Sou typicky psychosomatické choroby – žaludeční vředy nebo atopický ekzém. O tom nikdo nepochybuje. Ale řeknu-li onkologům, že některý z karcinomů má psychosomatic-



Foto: archiv Hana Neudertová

Vedoucí Oddělení klinické psychologie Fakultní nemocnice Brno Hana Neudertová

kou podstatu, pak bude mnoho z nich protestovat. Odpověď je přitom v souvislostech, které mohou rozvoj onkologického onemocnění spoluvytvářet,“ říká Neudertová, která psychosomatiku na Lékařské fakultě MU Brno učí.

Rituály a psychiatrické nebezpečí

Postoje k pacientům se časem mění. Lékaři před dvaceti či třiceti lety posílali své pacienty na psychiatrii. Dnes si jsou psychosomatických souvislostí vědomi. „Pacient nemusí být psychiatrický. Je to často člověk, který je unavený životem, vyhořelý, přepracovaný. Možná prožil silný emoční otřes nebo intenzivní psychické trauma. Potřebuje tedy nějaký čas na regeneraci a odpočinek. To naše

společnost ale příliš neumožňuje,“ objasňuje problematiku Neudertová.

Lidé se v posledních desetiletích zbavují běžných rituálů. Žármutek, truchlení, držení smutku, nic z toho se dnes nenosí a neudrzuje. „Lidé sice říkají, že nechtějí upozorňovat na svůj žármutek, ale já to nepovažuji za příliš moudré. Myslím, že společensky tradované rituály upozorňují okolí, že je třeba něco vyřešit, být poctivý k odžití smutku ze ztráty blízkého. Zároveň je to důležitá ochrana pro truchlícího. Je tím zřejmé, že prožívá pocity, kdy se mu nechce smát a veselit.

Snažíme se hyperkompenzovat smutek tím, že se tváříme, že se nás v běžném životě netýká, i když to není pravda. Otázkou pak je, kdy si vlastně událost odtruchlíme. Ztráta rituálů je tedy jeden z důležitých psychologických momentů pro možné budoucí psychosomatické potíže.“

## Farmakoterapie není samospasitelná

Neudertová se domnívá, že mladší generace lékařů, tedy pětatichtáctní a mladší, už umí psychosomatické onemocnění velmi dobře rozpoznat. „Pokud má pacient tzv. ‚nemoc v hlavě‘, pak ho starší kolegové v lepším případě předávají psychiatrům a nemoc se řeší v rámci farmakoterapie. Často se neuvažuje o tom, aby byl nemocný léčen nefarmakologicky, tedy pomocí psychoterapie či fyzioterapie.

Nemluvě už vůbec o tom, že lékaři často neumí rozlišovat mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry a jejich efektivností u různých diagnóz a klinických obrazů. To je důležité pro správnou indikaci následné péče. Ve FN Brno teď rozvíjíme výzkum na zjišťování prediktorů přežití po operaci u pacientů s karcinomem pankreatu s přihlédnutím k mechanismům zvládnání stresu. Přišli s tím sami chirurgové. Všimli si totiž, že různé styly chování a rozvoj různých copingových mechanismů, jež pacienti měli ve vztahu k nemoci, měly za následek různou délku přežití,“ uzavírá Hana Neudertová.

Martin Ježek



## Peter Rohoň et al. Nové možnosti v léčbě vybraných hematologických onemocnění

**Rozsah:** 240 stran  
**Cena:** 460 Kč  
**ISBN:** 978-80-204-4220-8  
**Vydavatel:** Mladá fronta

**Edice:** Postgraduální medicína  
Hematologie je mimořádně dynamické odvětví medicíny především díky novým poznatkům o etiopatogenezi nádorových onemocnění. Chemoterapie, radioterapie nebo transplantace krevtvočných kmenových buněk v minulosti představovaly jedinou účinnou léčbu pro téměř celé spektrum hematologických malignit a byly spojeny s významnou mírou toxicity.

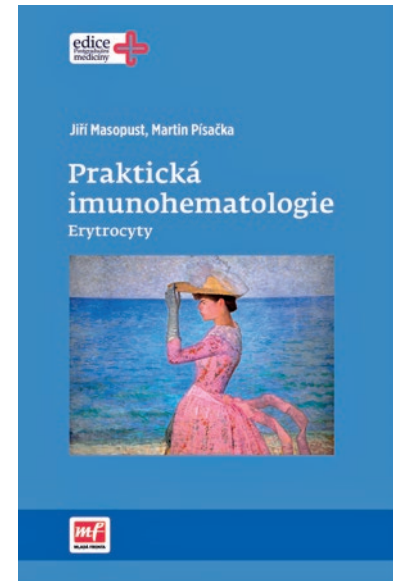
Snahou publikace je stručným a přehledným způsobem přiblížit základní informace o nových léčích, které využíváme v hematologii, poskytnout analýzu jejich použití v širším kontextu interních nemocí a předat praktické zkušenosti z reálné klinické praxe.



## Jiří Masopust, Martin Písačka Praktická imunohematologie

**Rozsah:** 392 stran  
**Cena:** 770 Kč  
**ISBN:** 978-80-204-3740-2  
**Vydavatel:** Mladá fronta

**Edice:** Postgraduální medicína  
Publikace přináší kromě nezbytného teoretického základu řadu praktických poznatků a zkušeností z oblasti imunohematologie erytrocytů. Nabízí přehledné informace o krevněskupinových systémech erytrocytů včetně jejich klinického významu a funkcí. Samostatné kapitoly jsou věnovány imunohematologickým aspektům transfuzí, potransfuzním imunitním reakcím červené řady, autoimunitním hemolytickým anémiím a hemolytickému onemocnění plodu a novorozence. Velká část učebnice se věnuje vyšetřovacím metodám v imunohematologii včetně širokého spektra problémů a úskalí spojených s jejich prováděním. Zahrnuje rovněž řadu speciálních imunohematologických metod. Příloha obsahuje podrobný popis vybraných laboratorních metod. Jednotlivé kapitoly



zакončují krátké zkušební testy. Učebnice je doplněna bohatou obrazovou přílohou.

## Jiří Knor, Jiří Málek Farmakoterapie urgentních stavů, 2. vydání

**Rozsah:** 260 stran  
**Cena:** 495 Kč  
**ISBN:** 978-80-7345-514-9  
**Vydavatel:** Maxdorf 2016  
**Edice:** Jessenius

První vydání publikace bylo přijato s nadšením, zejména lékaři širokého spektra oborů od záchranné služby přes ARO a intenzivní medicínu až po pohotovostní službu. Bez znalosti farmakologie léků vhodných pro neodkladnou péči a možnosti jejich použití bychom mohli kriticky nemocným zajistit pouze zlomek péče, kterou jsme dnes schopni poskytnout.

První část knihy seznamuje lékaře s nejčastěji používanými léky v podmínkách neodkladné péče, druhá část knihy je věnována klinickým situacím.



## Jan Hugo, Martin Vokurka, Markéta Fidlerová Slovník lékařských zkratk

**Rozsah:** 303 stran  
**Cena:** 595 Kč  
**ISBN:** 978-80-7345-519-4  
**Vydavatel:** Maxdorf 2016

Zkratky jsou typickým rysem moderní medicíny. Platí to pro lékařskou dokumentaci, odbornou literaturu, prezentace na lékařských kongresech či klinické studie. Většina lékařů ovládá zkratky používané na jejich pracovišti, ale s postupující diverzifikací podoborů již zdaleka ne všechny zkratky v rámci své specializace. Texty z jiných pracovišť či z jiných oborů tak vyžadují stále dohledávání zkratk, přičemž vyhledat zkratku na internetu bývá obtížné – stejná zkratka bývá kromě medicíny užívána i v desítkách dalších kontextů.



## Ivana Krajsová, Jan Bauer Melanom Imunoterapie a cílená léčba

**Rozsah:** 381 stran  
**Cena:** 795 Kč  
**ISBN:** 978-80-7345-515-6  
**Vydavatel:** Maxdorf 2017  
**Edice:** Jessenius

Kromě aktuálně užívaných terapeutických postupů obsahuje také nejbližší perspektivy imunoterapie a cílené léčby melanomu. Úvodní část uvádí nejvýznamnější genetické, biologické a imunologické charakteristiky různých typů a forem melanomu. Druhá část se zaměřuje na přehledný popis mechanismu účinku jednotlivých způsobů imunoterapie, cílené a biologické léčby. Třetí a čtvrtá část se zabývají existujícími výsledky použití jednotlivých terapeutických možností v klinických studiích.



## Kamil Miketa Mapa úspěchu 2

**Rozsah:** 192 stran  
**Cena:** 299 Kč  
**ISBN:** 978-80-204-4352-6  
**Vydavatel:** Mladá fronta  
**111 tajemství firem, které změnil tvář české ekonomiky**

O tajemství úspěchu, ale i o strastiplné cestě na vrchol podnikatelského nebe se s vámi podělí 22 českých či u nás působících společností. Patří mezi špičky svého oboru v českém, evropském, či dokonce celosvětovém měřítku. Jejich zakladatelé, majitelé a ředitelé si svět velkého byznysu rozhodně nelakují na růžovo.



## Peter Salaj Poruchy hemostázy

**Rozsah:** 102 stran  
**Cena:** 245 Kč  
**ISBN:** 978-80-7345-513-2  
**Vydavatel:** Maxdorf 2017  
**Edice:** Jessenius

Přestože poruchy hemostázy jsou jedním z nosných témat moderní medicíny, praktická znalost diagnostiky a zejména terapie je mimo hematologická pracoviště zcela nedostatečná. Atraktivní knížka, jejímž autorem je náš přední hematolog MUDr. Peter Salaj, je věnována jak speciální hematologické problematice, tak také poruchám hemostázy.



## Wendy Holden Narodili se, aby přežili

**Rozsah:** 312 stran  
**Cena:** 349 Kč  
**ISBN:** 978-80-204-3800-3  
**Vydavatel:** Mladá fronta  
**Připomínka válečné hrůzy se šťastným koncem**

Tři mladé matky a jejich neobyčejně příběhy odvahy, utrpení a přežití. Mezi milionem obětí holocaustu, které byly v roce 1944 poslány do koncentračního tábora Osvětim-Birkenau, prošly Priska, Rachel i Anka jeho branami s tajemstvím – všechny tři právě otěhotněly, a svému osudu musely čelit samy, bez manžela.



**Volná místa****Lékař/lékařka**

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

**• Lékaře/lékařky pro klinickou práci  
na ambulanci a stacionáři Oddělení  
klinické hematologie**

**Nabízíme:**

- možnost profesního růstu,
- zázemí největší fakultní nemocnice v ČR,
- ubytování pro mimopražské, zaměstnanecké benefity.

**Požadujeme:**

- atestace v oboru hematologie (nebo probíhající příprava k atestaci) velmi vítána, minimálně ukončený základní interní kmen.

**Kontakt:**

Tel.: 224 435 125, 5101

Písemné nabídky s CV zasílejte:

E-mail: ivana.hochova@lfmotol.cuni.cz

M171000271

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**

**Personální inzerce  
do časopisu  
Zdravotnictví a medicína**

je přijímána na e-mailu  
personalni.inzerce@mf.cz  
nebo telefonicky  
na tel.: 225 276 380

Inzerce M171000295

**Dermatolog**

Kožní klinika Achillea hledá:

**• dermatologa na zkrácený úvazek**

**Nabízíme:**

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

**Kontakt:**

Tel.: 603 222 133

E-mail: dlabola@achillea.cz

M171000183



Hledáte novou profesní výzvu?  
Rehabilitační klinika Malvazinky  
vyhláší výběrové řízení na pozici

**PRIMÁŘ  
REHABILITACE**

na nově vytvořený úsek  
lůžkové rehabilitace

**Náplň práce:**

- řízení svěřeného rehabilitačního úseku
- vedení a vzdělávání týmu rehabilitačních lékařů
- spoluodpovědnost za kvalitu poskytované péče a ekonomické výsledky úseku
- týmová spolupráce s ostatními zdravotníky, kteří se podílejí na rehabilitační péči

**Kvalifikační a osobnostní předpoklady:**

- specializovaná způsobilost v oboru rehabilitační a fyzikální medicína
- licence ČLK pro výkon funkce primáře, popř. splnění podmínek pro její vydání
- praxe ve vedoucí pozici výhodou
- velmi dobré organizační a manažerské schopnosti
- komunikační a prezentační dovednosti
- aktivní znalost AJ či jiného světového jazyka vítána

**Nabízíme:**

- příležitost realizovat se ve vedení akreditovaného pracoviště poskytujícího komplexní rehabilitační péči
- pracoviště s moderním vybavením a příjemným pracovním prostředím
- motivující finanční ohodnocení, zaměstnanecké benefity
- podporu dalšího odborného i manažerského vzdělávání

Nástup možný po vzájemné dohodě.

Příhlásky obsahující strukturovaný  
životopis a krátký motivační dopis  
zasílejte na adresu personálního  
oddělení kliniky  
personalni.rkm@mediterra.cz.  
Pro více informací volejte 251 116 656.

Inzerce M171000286



Správní rada **Městské  
nemocnice v Litoměřicích**  
přijme do pracovního poměru

**LÉKAŘE/  
LÉKAŘKU**

NA POZICI ZÁSTUPCE  
PRIMÁŘE NA ARO

**Požadujeme:**

- způsobilost k výkonu povolání lékaře dle zák. 95/2004 Sb., členství v ČLK
- odborná praxe minimálně 5 let
- specializovaná způsobilost v oboru ARO

**Písemné žádosti zasílejte na adresu:**

Městská nemocnice v Litoměřicích,  
sekretariát Správní rady, paní Petra Lisá,  
Žitenická 2084, 412 01 Litoměřice.

**Bližší informace:**

MUDr. Jiří Štverák, MBA,  
telefon. +420 416 723 702  
(j.stverak@nemocnice-lt.cz)

nebo prim MUDr. Lukáš Fuhrmann  
telefon. +420 416 723 702  
(l.fuhrmann@nemocnice-lt.cz)

Inzerce M171000257

**FYZIOTERAPEUT**

Nemocnice Na Pleši s.r.o.  
přijme do pracovního poměru  
FYZIOTERAPEUTA  
do jednosměnného provozu  
s náborovým příspěvkem  
5000 Kč.

Praxe vítána, vhodné i pro  
absolventy. Možnost ubytování  
v areálu nemocnice.

Písemné nabídky s CV zasílejte  
na e-mail: personalni@naplesi.cz

Inzerce M171000277

**VŠEOBECNÉ SESTRY**

Nemocnice Na Pleši s.r.o.,  
262 04 Nová Ves pod Pleší přijme  
do pracovního poměru staniční  
sestru do onkologické ambulance  
na jednosměnný provoz a všeobecné  
sestry do nepřetržitého provozu i na  
zkrácený úvazek. Na oddělení onkologie  
náborový příspěvek 5000 Kč.

Požadujeme zdravotní způsobilost  
a bezúhonnost, registrace a specializace  
jsou výhodou.

Nabízíme práci v malém stabilním  
kolektivu, podporu dalšího vzdělávání,  
možnost ubytování v areálu nemocnice.

Písemné nabídky s CV zasílejte  
na e-mail: personalni@naplesi.cz,  
tel. 318 541 513

Inzerce M171000278



Kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor  
Nemocnice Tábor, a.s., přijme  
do pracovního poměru:

**LÉKAŘE/KU PRO NEUROLOGICKÉ  
ODDĚLENÍ**

LÉKAŘE/KU PRO ODDĚLENÍ  
CENTRÁLNÍCH LABORATOŘÍ

LÉKAŘE/KU PRO INTERNÍ  
ODDĚLENÍ – GASTROENTEROLOGIE

LÉKAŘE/KU PRO PSYCHIATRICKÉ  
ODDĚLENÍ

LÉKAŘE/KU PRO ODDĚLENÍ  
NÁSLEDNÉ PÉČE

- specializovaná způsobilost  
či zařazení v oboru vítáno
- vhodné i pro absolventy VŠ

**Nabízíme:**

- plný pracovní úvazek
- pracovní poměr na dobu určitou, s výhledem na trvalý pracovní poměr
- výhodné mzdové ohodnocení
- plně hrazenou specializační přípravu
- v případě potřeby možnost ubytování na ubytovně Nemocnice Tábor, a.s.
- náborový příspěvek až do výše 100 000 Kč v případě lékaře pro oddělení následné péče

Nástup ihned, popřípadě dle dohody.  
Nemocnice Tábor, a.s., má akreditaci  
na spec. vzdělávání lékařů.

**Bližší informace podá:**

MUDr. Alexandr Orel, primář NEUR,  
tel. 381 606 200, 603 224 804;  
alexandr.orel@nemta.cz

MUDr. Pavla Novotná, primářka CL,  
tel. 381 607 300; 737 266 117;  
pavla.novotna@nemta.cz

MUDr. Ladislav Douša, primář INT-G,  
tel. 381 606 000; 737 266 127;  
ladislav.dousa@nemta.cz

MUDr. Libor Macák, primář PSYCH,  
tel. 381 606 700, 775 863 110;  
libor.macak@nemta.cz

MUDr. Dana Růžicková, primářka ONP,  
tel. 381 607 000;  
dana.ruzickova@nemta.cz,

popř.

MUDr. Jana Chocholová,  
místopředsedkyně představenstva,  
tel. 381 606 000;  
jana.chocholova@nemta.cz

Inzerce M171000264





# IKE+EM

## ŘEDITEL INSTITUTU KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY vyhlašuje výběrové řízení na pozici: **PŘEDNOSTA RADIOIZOTOPOVÉHO PRACOVISTĚ (RIP) IKEM**

### KVALIFIKAČNÍ POŽADAVKY:

- VŠ vzdělání lékařského směru
- Atestace z nukleární medicíny
- Minimálně 10 let praxe v oboru
- Základní znalost rozpočtových pravidel a efektivita práce
- Základní znalost vykazování zdravotní péče směrem ke ZP
- Schopnost přenosu nových metod a poznatků do praxe
- Velmi dobré organizační a řídicí schopnosti
- Zkušenost s koordinací týmové práce

Příhlášky zasílejte do 12. června 2017 v zalepené obálce s označením:  
„Výběrové řízení – neotvírat“ na adresu:

**Institut klinické a experimentální medicíny**  
**Ing. Michal Stiborek, MBA**  
náměstek ředitele pro ekonomiku a provoz  
Videňská 1958/9, 140 21 Praha 4-Krč

### K přihlášce je nutno přiložit:

- Strukturovaný profesní životopis
- Ověřené kopie dokladů o vzdělání a udělených titulech
- Osvědčení a čestné prohlášení podle zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění, způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění
- Výpis z rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce
- Prohlášení o souhlasu s použitím osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění, pro účely výběrového řízení

**Podrobnější informace na tel. čísle: +420 261 364 014**



## ESTETICKÁ MEDICÍNA v Plzni

### HLEDÁME LÉKAŘE DERMATOLOGA

specialistu se zájmem o obor estetické medicíny  
a laserové zákroky, omlazení tváře atd.

Pracoviště je registrované jako NZZ v oboru dermatovenerologie,  
dentální hygiena, stomatologie, chirurgie, cévní chirurgie,  
plastická chirurgie a fyzioterapie.

### Nabízíme:

- hlavní pracovní poměr, možnost i částečné spolupráce
- možnost školení, kurzů a osobního rozvoje v oboru dermatologie  
na náklady kliniky (zaškolení na lasery, přístroje, atd.)
- celou směnu profi servis sestry, která zároveň dělá  
všechnu administrativu
- zajištěná klientela se zájmem o menší i velké zákroky
- stabilní zázemí společnosti s historií 16 let
- prostoje zaplacené fixním platem
- minimální výdělek garantován **500 Kč/hodinu**
- zahraniční a tuzemské kongresy na náklady kliniky
- podpora marketingu
- služba recepce 14 hodin denně

**Kontakt:** [prace@medicalinstitut.cz](mailto:prace@medicalinstitut.cz)  
tel.: 608 962 862  
Bezručova 16, Plzeň 301 00

[www.medicalinstitut.cz](http://www.medicalinstitut.cz)  
[facebook.com/medicalinstitutplzen](https://facebook.com/medicalinstitutplzen)  
[instagram.com/medical\\_institut](https://instagram.com/medical_institut)

## ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA





# FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA

## VÝBĚROVÁ ŘÍZENÍ

**Ředitel Fakultní nemocnice Ostrava spolu s děkanem Lékařské fakulty Ostravské univerzity vyhlašují výběrová řízení na obsazení pracovních míst:**

### PŘEDNOSTA INTERNÍ KLINIKY

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru vnitřní lékařství
- vědecká hodnost (CSc., Ph.D.)
- vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), popř. předpoklad získání vědecko-pedagogické hodnosti nejpozději do 5 let
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 5 let v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PŘEDNOSTA NEUROLOGICKÉ KLINIKY

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru neurologie
- vědecká hodnost (CSc., Ph.D.)
- vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), popř. předpoklad získání vědecko-pedagogické hodnosti nejpozději do 5 let
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 5 let v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PŘEDNOSTA ONKOLOGICKÉ KLINIKY

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru klinická nebo radiační onkologie
- vědecká hodnost (CSc., Ph.D.)
- vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), popř. předpoklad získání vědecko-pedagogické hodnosti nejpozději do 5 let
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 5 let v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PŘEDNOSTA KLINIKY HEMATOONKOLOGIE

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru hematologie a transfúzní lékařství
- vědecká hodnost (CSc., Ph.D.)
- vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), popř. předpoklad získání vědecko-pedagogické hodnosti

- nejpozději do 5 let v oboru, z toho 5 let v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PŘEDNOSTA KLINIKY DĚTSKÉHO LÉKAŘSTVÍ

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru dětské lékařství
- vědecká hodnost (CSc., Ph.D.)
- vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), popř. předpoklad získání vědecko-pedagogické hodnosti nejpozději do 5 let
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 5 let v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PŘEDNOSTA KLINIKY ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru anesteziologie a intenzivní medicína
- vědecká hodnost (CSc., Ph.D.)
- vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), popř. předpoklad získání vědecko-pedagogické hodnosti nejpozději do 5 let
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 5 let v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PŘEDNOSTA OČNÍ KLINIKY

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru oftalmologie
- vědecká hodnost (CSc., Ph.D.)
- vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), popř. předpoklad získání vědecko-pedagogické hodnosti nejpozději do 5 let
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 5 let v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PŘEDNOSTA ÚSTAVU LABORATORNÍ DIAGNOSTIKY

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání přírodovědného směru
- specializovaná způsobilost v oborech určených pro odborného pracovníka v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků
- osvědčení k výkonu

- zdravotnického povolání bez odborného dohledu
- vědecká hodnost (CSc., Ph.D.)
- vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), popř. předpoklad získání vědecko-pedagogické hodnosti nejpozději do 5 let
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 5 let v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PŘEDNOSTA ÚSTAVU RADIODIAGNOSTICKÉHO

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru radiologie a zobrazovací metody
- vědecká hodnost (CSc., Ph.D.)
- vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), popř. předpoklad získání vědecko-pedagogické hodnosti nejpozději do 5 let
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 5 let v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

#### Požadované materiály:

- příhláška
- strukturovaný profesní životopis
- osobní dotazník
- doklady o dosaženém vzdělání a doklady o manažerském vzdělávání
- doklady o získaných vědeckých a vědecko-pedagogických titulech
- přehled vědecko-výzkumných a publikačních aktivit
- lustrační osvědčení podle zákona č. 451/1991 Sb. a čestné prohlášení ve smyslu § 4 zákona č. 451/1991 Sb.
- (nevztahuje se na uchazeče narozené po 1. 12. 1971)
- platný výpis z rejstříku trestů
- čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení
- strategie pracoviště

**Příhlášky přijímá do: 30. 6. 2017**

**Fakultní nemocnice Ostrava Oddělení zaměstnanosti a péče o zaměstnance 17. listopadu 1790 708 52 Ostrava-Poruba**

## VÝBĚROVÁ ŘÍZENÍ

**Ředitel Fakultní nemocnice Ostrava vyhlašuje výběrová řízení na obsazení pracovních míst:**

### PRIMÁŘ KARDIOVASKULÁRNÍHO ODDĚLENÍ

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru kardiologie
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PRIMÁŘ KOŽNÍHO ODDĚLENÍ

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru dermatovenerologie
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PRIMÁŘ ODDĚLENÍ NEONATOLOGIE

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru neonatologie
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PRIMÁŘ ODDĚLENÍ PRAČOVNÍHO A PREVENTIVNÍHO LÉKAŘSTVÍ

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru pracovní lékařství
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PRIMÁŘ LÉČEBNÝ DLOUHODOBÉ NEMOCNÝCH V KLOKOCOVĚ

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru geriatrie
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PRIMÁŘ POPÁLENINOVÉHO CENTRA

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru popáleninová medicína
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci

- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PRIMÁŘ TRAUMATOLOGICKÉHO CENTRA

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru traumatologie
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### VEDOUcí LÉKAŘ TRANSPLANTAČNÍHO CENTRA

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru chirurgie
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PRIMÁŘ UROLOGICKÉHO ODDĚLENÍ

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru urologie
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PRIMÁŘ ORTOPEDICKÉHO ODDĚLENÍ

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PRIMÁŘ CENTRÁLNÍCH OPERAČNÍCH SÁLŮ

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru chirurgie
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PRIMÁŘ ODDĚLENÍ CENTRÁLNÍHO PŘÍJMU

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru chirurgie nebo traumatologie nebo urgentní medicína
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PRIMÁŘ KREVNIHO CENTRA

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru hematologie a transfúzní lékařství
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### PRIMÁŘ ODDĚLENÍ LÉKAŘSKÉ GENETIKY

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v oboru lékařská genetika
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

### VEDOUcí LÉKÁRNÍK LÉKÁRNY

#### Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání farmaceutického směru
- specializovaná způsobilost v oboru veřejné lékárenství
- praxe minimálně 10 let v oboru, z toho 4 roky v řídicí funkci
- pedagogická a publikační aktivita
- morální bezúhonnost
- organizační a řídicí schopnosti

#### Požadované materiály:

- příhláška
- strukturovaný profesní životopis
- osobní dotazník
- doklady o dosaženém vzdělání
- lustrační osvědčení podle zákona č. 451/1991 Sb. a čestné prohlášení ve smyslu § 4 zákona č. 451/1991 Sb.
- (nevztahuje se na uchazeče narozené po 1. 12. 1971)
- platný výpis z rejstříku trestů
- čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení
- strategie pracoviště

**Příhlášky přijímá do: 30. 6. 2017**

**Fakultní nemocnice Ostrava Oddělení zaměstnanosti a péče o zaměstnance 17. listopadu 1790 708 52 Ostrava-Poruba**





# MEDICAL SERVICES



MLADÁ FRONTA

## Zajišťujeme kvalitní komplexní služby na míru:

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

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



## SPLACHOVATELNÉ SÁČKY AURUM<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 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](http://www.ja-zdravotnickepotreby.cz)